

ARTÍCULOS/ARTICLES

Atendiendo a la persona en riesgo de suicidio en el Servicio Andaluz de Salud: un estudio cualitativo del proceso de institucionalización

Caring for People at Risk of Suicide in the Andalusian Health Service: A Qualitative Study of the Institutionalisation Process

Patricia S. Sánchez-Muros Lozano

Universidad de Granada, España
sonsoles@ugr.es

Recibido/Received: 4/2/2022

Aceptado/Accepted: 18/5/2022



RESUMEN

El suicidio continúa siendo la principal causa externa de muerte en España. Andalucía es la región con mayor número de suicidios del país. Es importante abordar su prevención. Aquí se describe cómo las personas que han sufrido tentativas de suicidio acceden al Servicio Andaluz de Salud y son atendidas en este. Se realizó un estudio cualitativo explorando la asistencia sanitaria pública y su valoración. Se recabaron datos mediante entrevistas en profundidad, tanto a profesionales de la sanidad como a personas afectadas y familiares de estas. Esta búsqueda se complementó con información etnográfica. Todo ello se analizó siguiendo una estrategia combinada de exploración atendiendo a los presupuestos de la teoría fundamentada. Los resultados revelan contrariedades en el acceso al sistema sanitario y representaciones estigmatizadas entre profesionales. Al mismo tiempo, se identificaron limitaciones por la falta de capacitación y las incertidumbres en la gestión del riesgo. Finalmente, se comprobaron fuertes dificultades en familiares y supervivientes, pues hacen frente a la estigmatización y a los tabúes con profunda vulnerabilidad, especialmente en las zonas con menos recursos. Todo ello lastra la detección temprana y resta capacidad de prevención.

PALABRAS CLAVE: intento de suicidio; Servicio de Salud; registros médicos; derivación y consulta; atención al paciente; familiares cuidadores.

CÓMO CITAR: Sánchez-Muros Lozano, Patricia S. (2022). Atendiendo a la persona en riesgo de suicidio en el Servicio Andaluz de Salud: un estudio cualitativo del proceso de institucionalización. *Revista Centra de Ciencias Sociales*, 1(1), 81-102. <https://doi.org/10.54790/rccs.6>

La versión en inglés de este artículo puede consultarse en <https://centracs.es/revista>

ABSTRACT

Suicide continues to be the main external cause of death in Spain. Andalusia is the region with the highest number of suicides in the country. It is important to address its prevention. Here we describe how people who have attempted suicide access and are treated by the Andalusian Health Service. A qualitative study was conducted exploring public health care and its assessment. Data were collected through in-depth interviews with health professionals, patients, family members and relatives. This search was complemented with ethnographic information, all of which was explored following a combined strategy of analysis in line with the grounded theory assumptions. The results reveal setbacks in access to the health system, and stigmatised representations among professionals. At the same time, limitations due to lack of training and uncertainties in risk management were identified. Finally, strong difficulties were found among family members and patients, as they face stigmatisation and taboos that lead to profound vulnerability, especially in areas with fewer resources. All of this hinders early detection and reduces the capacity for prevention.

KEYWORDS: suicide attempt; health service; medical records; referral and consultation; patient care; family caregivers.

1. Introducción y estado de la cuestión

Cada 40 segundos una persona se suicida. De acuerdo con la OMS, el suicidio, con una tasa mundial estandarizada de 10,5 por cada 100.000 habitantes, es un importante problema de salud pública y se ha convertido en uno de los Objetivos de la Agenda 2030 —Indicador 3.4.2— (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). La tasa es 1:8 veces mayor en hombres que en mujeres. Esta superior incidencia ocurre especialmente en países de Europa (World Health Organization [WHO], 2019). Además, se calcula que por cada suicido se cometen hasta 20 intentos, suponiendo estas tentativas el mayor factor de riesgo y el área clave para mejorar su prevención (WHO, 2014). El problema no solo afecta a las víctimas, sino a todo el entorno social: familiares, seres queridos y allegados. Por cada suicidio se estima que entre seis y catorce personas se verán gravemente afectadas (Clark y Goldney, 2008; Jordan y McIntosh, 2011).

En España, el suicidio continúa siendo la primera causa externa de muerte (tasa 7,5 por 100.000 habitantes), incluso por encima de la suma de los fallecidos en accidentes de tráfico, decesos por homicidio y muertes por violencia de género (Instituto Nacional de Estadística de España [INE], 2019). Esta tendencia no ha variado en los veinte últimos años (Sáiz y Bobes, 2014), siendo 2014 el año con mayor tasa de suicidios (8,4), y 2010, el de menor tasa (6,8). Pese a las cifras, España carece de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Es una cuestión aún no resuelta (Sáiz y Bobes, 2014).

Parecería que el suicidio depende de factores individuales. Sin embargo, como ya anticipó Durkheim (2012), considerando no el hecho individual sino su suma, es decir las tasas de suicidio en cada sociedad, grupo, categoría social, se observa que estas están plagadas de regularidades. El análisis de los datos históricos sobre las tasas de suicidio en España (Barricarte *et al.*, 2017) mantiene vigentes las hipótesis que Durkheim propuso hace ya casi dos siglos de esta publicación (Se-

minario de fundamentos clásicos de la sociología, 1999). De hecho, por ejemplo, la tasa de suicidios en Francia históricamente es el doble de la de España. Otra regularidad observada establecía el decremento de la tasa de suicidios en situaciones de crisis socioeconómica y su incremento en tiempo de bonanza. Eso podría explicar lo ocurrido con las tasas de suicidio en el contexto de la COVID-19 (Pirkis *et al.*, 2021). Es lo que se ha llamado la «paradoja de la buena salud en pandemia» (INE, 2021), cuestión de la que también se ha hecho eco el contexto internacional (véase al respecto el análisis en *Surprisingly, suicide has become rarer during the pandemic*, 24 de abril de 2021).

Que ocurran estas regularidades transforma el suicidio de un hecho que tiene «su unidad y su individualidad, y por consiguiente, su naturaleza propia [...], a un hecho eminentemente social» (Durkheim, 2012, p. 5). Como tal, está sometido a fuerzas reales que acaban imponiéndose: «el individuo está dominado por una realidad moral que le supera: la realidad colectiva» (*ibid.*, p. 6).

En la sociedad actual, las personas que han realizado actos autolesivos (con o sin resultado letal), o que tienen/han tenido ideaciones suicidas, son consideradas enfermas mentales y se las deriva a la atención especializada en organizaciones sanitarias específicas (hospitales psiquiátricos, unidades de salud mental, etc.). Siguiendo a Goffman (2001/1961), en cierta manera, podrían considerarse «instituciones totales» porque crean un escenario de supervisión y resocialización (con sistema rígido de normas) que impone una transformación de la imagen propia, aunque no llegan a actuar como organizaciones coercitivas (puertas cerradas, barrotes en ventanas, personal de seguridad...). Continuando con Goffman, cada sociedad favorece formas especiales entre proveedores de servicios y clientes, que, en el caso de la atención a personas en riesgo de suicidio, quedarían representadas por profesionales de la sanidad, por un lado, en el marco de los dispositivos de atención sanitaria pública, y por otro, «el cliente», que quedaría conformado por las personas afectadas, y, también, por sus familiares y allegados.

La OMS señaló lo imperativo de adoptar medidas urgentes de prevención del suicidio (WHO, 2019), y las estrategias necesarias para ello, señalando como prioridad la necesidad de un adecuado registro, seguimiento y ubicación de las personas en riesgo suicida en los sistemas públicos de salud (OPS, 2018). La prevención es posible y comienza con la capacitación para detección del riesgo en los profesionales de la sanidad en atención primaria, donde el 83% de las personas que fallecieron por suicidio acudieron para su asistencia el año previo al fatal acto, y el 66% incluso fue en el mes previo (Giner y Guija, 2014; Luoma *et al.*, 2002). Esta debería continuar con la correcta clasificación de la gravedad del riesgo, permitiendo así la remisión de la persona afectada al dispositivo y nivel asistencial más adecuado (OMS, 2000). Finalmente terminaría con un registro adecuado, y adaptado a cada caso, de la información en intentos de suicidio previos, o de cualquier dato relativo a los casos de autolesiones.

Para llevar a cabo este mandato de prevención, las comunidades autónomas han diseñado sus propias guías de actuación. Andalucía, la región con más población del país, es una de las áreas con mayor número de muertes por suicidio al año (Chishti *et al.*, 2003; Córdoba-Doña *et al.*, 2014), y ha diseñado varias directrices sobre la atención a la persona en riesgo de suicidio, así como diferentes guías de recomendaciones

prácticas para profesionales de la sanidad (Basaluzzo Tamborini *et al.*, 2010; Rueda López, 2010). En dichas guías se concluye que las personas en riesgo siguen sin estar ubicadas en los itinerarios más convenientes, y esto impide que se haga un adecuado seguimiento de ellas. Especialmente lleva la atención hacia esas personas que no se han incorporado a la estructura institucional especializada en salud mental. Todo lo cual subraya, fuertemente, que no se está teniendo en cuenta el riesgo real de la persona con intención de suicidarse (Oquendo y Mann, 2008).

En este sentido, el objetivo general del presente estudio ha sido describir cómo accede la persona en riesgo de suicidio al Sistema Nacional de Salud en Andalucía (SNS-A), cómo es atendida y cómo se registra esta información. Adicionalmente, los objetivos específicos se centran en recabar la opinión de familiares y allegados, pues el impacto en ellas es un factor de riesgo que debe corregirse (OPS, 2018). Esta investigación se enmarca en el proyecto europeo EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide), destinado a reforzar las acciones preventivas del suicidio (Euregenas Project, 2012).

2. Contextualización teórica

En la investigación sobre el suicidio, más allá del enfoque durkhemiano, ha primado la perspectiva biomédica de la salud pública, faltando, desde la sociología, ir más allá, hacia una perspectiva integradora de lo micro-macro en la agenda central de la investigación sociológica del suicidio (Wray *et al.*, 2011). Aquí se propone un intento de abordaje de esta perspectiva y para ello se plantea utilizar el proceso de «institucionalización» de la persona superviviente, o en riesgo de suicidio, y el «estigma» social resultante.

El proceso por el que se llega a ser «hombre», siguiendo los términos utilizados por Berger y Lukmann, «se produce en una interrelación con un ambiente» (2003, p. 66). Por tanto, la significación del ambiente en la construcción social de las personas tiene importancia vital. Así, la vida en torno al suicidio se construye socialmente, y en ello juegan un papel crucial las instituciones en las que tiene lugar este proceso.

El proceso de institucionalización comporta la integración en ese ambiente. Esta integración requiere del proceso de habituación, que antecede a toda institucionalización. Toda actividad humana está sujeta a la habituación, por la cual las personas otorgan significados a su actividad habitual y legitiman los órdenes de la vida cotidiana.

Es a partir de aquí cuando se hace necesario explicar buena parte del proceso de institucionalización de la persona en riesgo de suicidio, ocurre en las instituciones de atención sanitaria, y esto implica objetivar socialmente la solución al problema, junto con acciones rutinarias legitimadas en dichas instituciones.

Por su parte, el concepto de estigma presenta desafíos en tanto en cuanto la reducción del concepto de Goffman a un simple «atributo que desacredita profundamente» y que reduce al portador «de una persona completa y habitual a una persona manchada y desconectada» (1963, p. 3). Sin embargo, este concepto ha evolucionado, y autores como Link y Phelman, completando las definiciones propuestas por otros (Jones

et al., 1984), y aplicándolas especialmente al contexto de la salud mental, proponen una conceptualización esencialmente útil para este trabajo, pues entienden que el estigma existe cuando convergen cinco componentes interrelacionados: «aplicamos el término estigma cuando los elementos de etiquetado, estereotipado, separación, pérdida de estatus y discriminación, coinciden en una situación de poder que permite el desarrollo de los componentes del estigma» (Link y Phelan, 2001, p. 370).

Tanto el etiquetaje como la estereotipación son parte de procesos cognitivos, que Susan Fiske (1998) alerta de su necesaria conexión con el contexto social, y que son la antesala de la tendencia a la conducta expresada en prejuicios, discriminación y exclusión (Augoustinos y Walker, 2001).

Dado este marco, aquí se propone como objetivo general describir la atención sanitaria que reciben las personas que han sobrevivido a intentos de suicidio y han accedido a dispositivos de atención sanitaria del SAS. Como objetivos específicos: identificar los procesos de estigma e institucionalización detrás del acceso y las dinámicas de atención sanitaria, describir los discursos de profesionales y explorar la valoración de esta atención por parte de las propias personas afectadas y sus familias.

3. Métodos

El contexto social en el que se acomete esta investigación se circunscribe a la saliente crisis económica del 2008, que potenció los factores socioeconómicos asociados a la mala salud mental (pobreza, bajos niveles educativos, fragmentación y desigualdad social o desempleo); ya entonces el informe SESPAS (Gili *et al.*, 2014) registró un incremento muy significativo de los trastornos mentales en Atención Primaria.

El ámbito de esta investigación se circunscribió a las provincias andaluzas de Málaga y Jaén, cuya alta mortalidad por suicidio supera la media autonómica (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía [IECA], 2017) y donde se puede constatar la demostrada asociación entre la prevalencia de población que padece enfermedades mentales y el impacto de la desigualdad en términos económicos, pero también en calidad de relaciones sociales y grado de diferenciación de estatus en las sociedades (Pickett y Wilkinson, 2010).

3.1. Muestreo y recogida de información

Para abordar este objetivo se adoptó una estrategia metodológica cualitativa combinando la labor etnográfica con la recogida del discurso (Krippendorff, 1990), para lo cual se realizaron entrevistas en profundidad y semiestructuradas, junto con observación tanto en el ámbito institucional (profesionales de la sanidad) como en el privado (personas en riesgo y sus familiares y/o allegados). En este sentido se adquirió, alternativamente, el rol participativo de «asistente social» ante personas supervivientes de suicidio y sus familiares, y el rol de «investigador» ante profesionales de la sanidad. En ambos casos, dichos roles permitieron llevar a cabo, simultáneamente, el registro del discurso y la observación anotada en el diario de campo, para poder interpretar dicha observación *a posteriori* (Guasch, 2002).

El estudio se centró en tres niveles analíticos y sus correspondientes unidades de observación:

- 1) Acceso al Servicio Andaluz de Salud (en adelante, SAS) por parte de la persona en riesgo. En este caso, las unidades de observación son los dispositivos sanitarios que, a su vez, subdividimos en estructuras institucionales (y tres niveles asistenciales) para su detenida observación:
 - a. Atención Primaria (Centros de Salud y Consultorios Rurales, en adelante, CS y CR respectivamente).
 - b. Dispositivos móviles (ambulancias) de Cuidados Críticos Urgentes (DCCU en adelante).
 - c. Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH en adelante).
 - d. Centros Hospitalarios de Alta Resolución (CHARE en adelante).
- 2) Asistencia realizada. En este caso las unidades de observación las conforman los profesionales de la sanidad, considerando también tres niveles:
 - a. Personal médico comunitario (MC en adelante).
 - b. Profesionales médicos de urgencias.
 - c. Profesionales especialistas en salud mental (Psiquiatría/Neurología).
- 3) Valoración de esta asistencia realizada por las personas afectadas. Las unidades de observación las constituyen las personas que han sufrido algún intento de suicidio, y sus familiares y allegados.

Para la observación de estas unidades se realizó un muestreo estratégico, es decir, no probabilístico, «cuya selección de unidades muestrales responde a criterios subjetivos, acorde con los objetivos de la investigación» (González y D'Ancona, 1997, p. 200). Para ello se determinaron tres clases de unidades muestrales: dispositivos, profesionales y personas afectadas. Estos tres niveles se delimitaron a los dos distritos sanitarios de Jaén-Sur y Málaga-Valle Guadalhorce.

Para la selección de profesionales de la sanidad, se adoptaron los siguientes criterios de inclusión: 1) una antigüedad de más de dos años en el lugar y puesto de trabajo y 2) que tuviesen entre sus pacientes a personas en riesgo suicida, o incluso, fallecidas por suicidio. Esta selección fue realizada por las Unidades de Gestión Clínica en Salud Mental (en adelante, UGCSM) de ambos distritos sanitarios. Estas unidades fueron las encargadas de seleccionar y contactar personalmente tanto con los/as profesionales de la sanidad que cumplieran con los criterios de inclusión como con las personas afectadas.

Se estimó necesario realizar al menos 10 entrevistas por distrito, procurando mantener proporcionalidad por género del/a profesional y dispositivo de asistencia. El procedimiento para invitar a los participantes a realizar las entrevistas se llevó a cabo mediante una carta de presentación del estudio y un formulario de consentimiento facilitados a través de las UGCSM. En total participaron 17 profesionales de la sanidad, 4 personas supervivientes de suicidio, y 4 familiares y/o allegados de estas personas. Esto conformó una muestra de 25 individuos. Ningún profesional ni participante declinó su colaboración. En la tabla 1 se presenta la distribución de la muestra de profesionales de la sanidad.

Tabla 1

Profesionales de la sanidad participantes por tipo de dispositivo, distrito sanitario y género

| Participantes y dispositivos | Jaén-Sur | | Málaga-Valle Guadalhorce | | Total |
|--------------------------------|----------|-------|--------------------------|-------|-------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | |
| Médicos AP (Centro Salud) | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Médicos AP (Consultorio Rural) | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Médicos DCCU* | 1 | 1 | - | 1 | 3 |
| Médicos SUH* | 3 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| Total | 6 | 4 | 3 | 4 | 17 |

Nota: *DCCU: Dispositivos de Cuidados Críticos Urgencias (unidades móviles); *SUH: Servicios Urgencias Hospitalarias.

En la tabla 2 se describe la muestra de personas supervivientes y familiares/allegados afectadas, distribuida por género y distrito. La infrarrepresentatividad de familiares masculinos se debió a la preselección realizada por las UGCSM en base a la voluntad de participación en el estudio, a la autorización mediante consentimiento informado y a la disponibilidad de tiempo de dicho perfil informante.

Tabla 2

Personas con intentos de suicidio y familiares participantes por distrito sanitario y género

| | Jaén-Sur | | Málaga-Valle Guadalhorce | | Total |
|----------|----------|-------|--------------------------|-------|-------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | |
| Paciente | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Familiar | - | 2 | - | 2 | 4 |
| Total | 1 | 3 | 1 | 3 | 8 |

Una vez seleccionadas las personas participantes, se concertó una agenda de campo primando la recogida de datos por distritos. La recogida de información se realizó en las consultas y en los domicilios de las personas participantes en el estudio. Se grabaron en audio todas las entrevistas (con una duración máxima de 70 minutos) y se realizó observación simultánea, registrando todas estas notas en un diario. El trabajo de campo se realizó en el mes de abril de 2011, fecha en la que se enmarca la Estrategia 3 «Salud Mental y Género» del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía-PISMA (Del Pino López, 2013). Este plan tiene continuidad en el PISMA 2016-2020, que continúa proponiendo, de manera específica, diseñar un plan de prevención del suicidio a nivel regional coordinado por las UGCSM.

3.2. Categorías analíticas

Los temas tratados en las entrevistas se basaron en la revisión de la literatura, la consideración de los objetivos específicos de este estudio, la adaptación del instrumento de la OMS para la prevención de suicidio en profesionales generalistas (OMS, 2000) y el ajuste de las recomendaciones de detección de personales en riesgo de suicidio y actuación correspondiente, para los profesionales de la sanidad andaluzes (Huizing *et al.*, 2016). La guía elaborada responde al objetivo de la investigación y estructura la observación guiada a los aspectos referenciados en la tabla 3.

Tabla 3

Guía de categorías analíticas

| Bloque | Categorías de análisis |
|------------------------------|---|
| I. Acceso a la red sanitaria | Modos de llegada de la persona al sistema sanitario Agentes comunitarios implicados Circunstancias de acceso a la atención sanitaria Intervenciones dirigidas a familiares |
| II. Evaluación del riesgo | Quién evalúa el riesgo en esta etapa inicial Cómo se evalúa, según el dispositivo al que se accede Dónde se realiza la evaluación de riesgo |
| III. Derivaciones | Tipo de remisiones por clasificación del riesgo Protocolo de derivación utilizado en cada caso Acciones según tipo de riesgo y dispositivo |
| IV. Registro Información | Información registrada de la persona afectada (riesgo/dispositivo) Quién realiza el informe clínico En qué soporte se registra dicho informe A quién se entrega la información |
| V. Barreras profesional | Dificultades que expresan los profesionales en la detección e intervención de la persona en riesgo Disposición de profesionales a implicarse en acciones formativas |
| VI. Intervención en familias | Intervención con persona del entorno cercano Valoración de las familias y personas que han sufrido un intento de suicidio de la asistencia sanitaria recibida Principales demandas al sistema sanitario público |

3.3. Análisis

Se trata de una investigación transversal cuyo propósito es descriptivo con muestreo estratégico. La metodología de análisis ha seguido la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002). Esta estrategia parte de la idea de que todo análisis debe ir más allá de la mera descripción de la realidad social que se investigue, reconociendo la subjetividad. Se trata de poner al descubierto los puntos de vista y los enfoques de los participantes. Para ello se codifica en tres etapas: codificación abierta, selectiva y teórica, en las que se fragmenta la información y se comprueban las regularidades, se promocionan las categorías vinculadas y se cierra con una propuesta de proceso social básico latente.

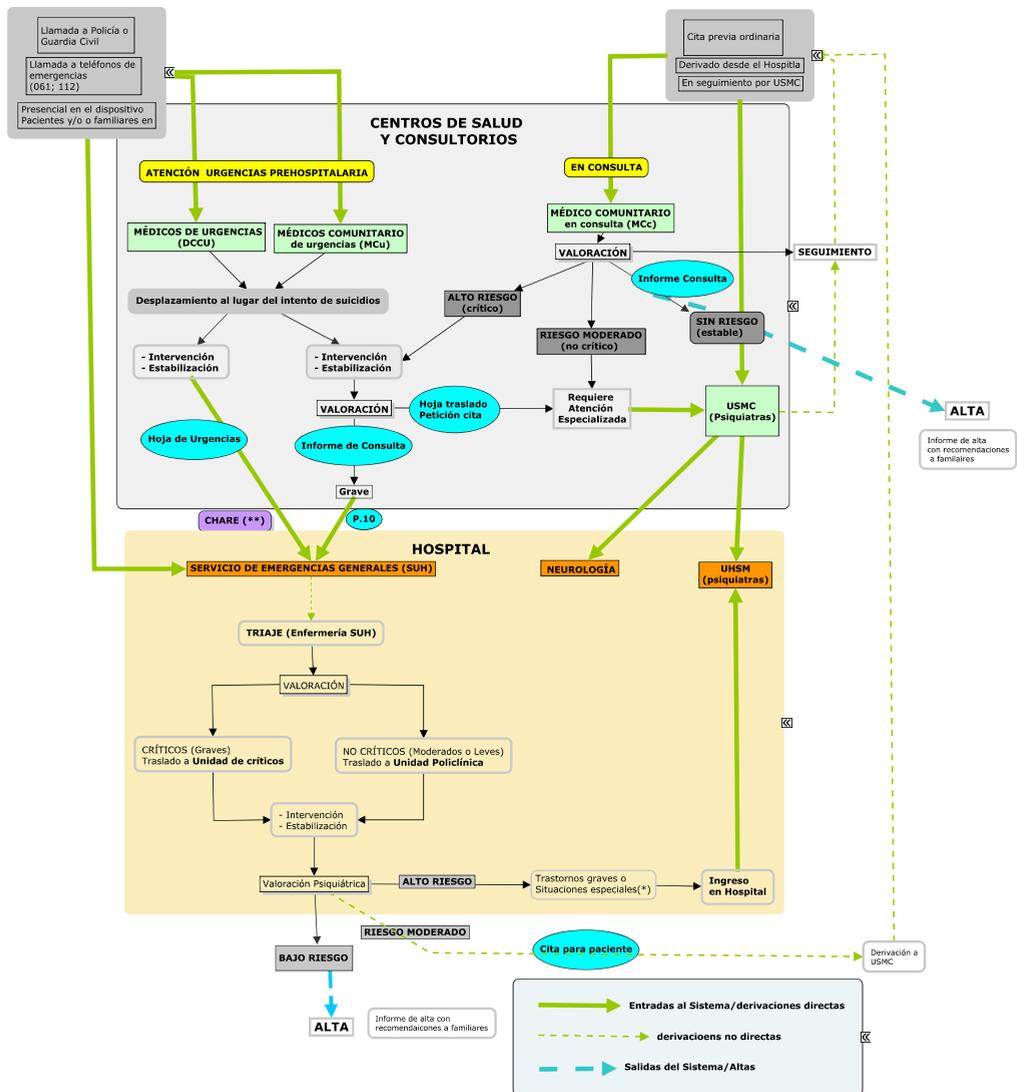
Para realizar este proceso, una colaboradora transcribió el material, y un investigador realizó un preanálisis identificando categorías que figuran en el cuadro 2. Estas fueron contrastadas con otros investigadores participantes en el proyecto. Durante esta fase, las categorías fueron evaluadas explorando su pertinencia y ajuste a los datos obtenidos. Una vez validadas, se codificaron todas las entrevistas, se fragmentaron las categorías por perfil profesional, dispositivo y distrito sanitario. Para describir el tipo de información recogida en cada nivel asistencial, se graficaron los resultados utilizando el CAQDAS CmapToo (v6) desarrollado para organizar y representar el conocimiento en mapa conceptual (Lee y Fielding, 1991). Se realizó un gráfico por cada nivel asistencial para, posteriormente, unificar todos en uno que representase los tipos de acceso, las intervenciones, las remisiones, los procedimientos y el seguimiento. Para explicar las posibles intervenciones dirigidas a las familias, así como las barreras u obstáculos que encuentran los profesionales, se realizó un análisis de categorías, explorando la opinión de estos en la práctica clínica y las principales dificultades que indican los profesionales para gestionar estos casos, así como la opinión de las personas que son supervivientes del suicidio, y sus familiares o allegados, en el contexto sanitario. Esta información se presenta en texto.

4. La institucionalización de las personas en riesgo suicida

4.1. Construyendo el estigma: estructuras institucionales y discursos profesionales sobre las personas en riesgo de suicidio

Los resultados se representan en un flujograma (figura 1) donde se describe cómo entran y salen de los distintos dispositivos y niveles asistenciales las personas que han sufrido un intento de suicidio. Junto a ello se señalan los procedimientos, los tipos de derivaciones entre niveles asistenciales según nivel de riesgo suicida (grave, moderado, bajo/sin riesgo), el tipo de profesional que atendió (MC, urgencióloga/o, etc.) y qué información se registró.

Figura 1
Circuito de atención a la persona en riesgo de suicidio en el SAS



Se han observado tres formas de acceso a la red sanitaria, en función del grado de riesgo y el lugar y momento en el que ocurre la tentativa.

En primer lugar, el acceso a la atención de urgencias no hospitalaria. Esta se realiza mediante llamada de teléfono a los servicios de emergencias y/o agentes comunitarios (policía local o guardia civil). El acceso será diferente dependiendo de si la

tentativa ocurre en una zona sin centros de asistencia sanitaria pública cercanos o abiertos, o si se trata de un fallecimiento o intento muy grave. En estos casos, los agentes se personan en el lugar donde ha ocurrido la tentativa y alertan a los DCCU. El equipo médico de la ambulancia realiza *in situ* una primera valoración e intervención en función del grado de riesgo de muerte: si es moderado o grave, se realizan intervenciones para estabilizar y dar traslado al hospital más próximo (o CHARE). Continúa la atención en las SUH. Si es de bajo riesgo, se realizan intervenciones para estabilizar emocionalmente y se remite al MC para su atención en consulta.

La información de esta primera asistencia se recoge en soporte papel en una «Hoja de Urgencias», donde consta fecha, hora, lugar y motivo de asistencia (códigos X60-84 de CIE 10), sin especificar clase de intención de suicidio (ideación, repetición, gesto...). Igualmente se registran las intervenciones realizadas. Esta hoja se da a la persona que ha intentado suicidarse, si está consciente, para que la entregue a su llegada al hospital.

En este escenario, los profesionales de la sanidad construyen su propio discurso sobre «la clientela». Así, por un lado, los profesionales ubicados en DCCU evidencian dificultades de atención a la persona en riesgo de suicidio. Califican las situaciones de «agresivas» en personas que entienden que no quieren ser atendidas. A estas interpretaciones se suman las restricciones en el acceso a información clínica entre distintos niveles asistenciales.

No sé por qué, pero en nuestro módulo, necesitamos la autorización del enfermo o familiar, o por el chip, y no todos los diagnósticos, a no ser que sea ingreso hospitalario, están pasado a Diraya¹ (hombre; MC-CR-J07)².

[si no vemos la información previa] No sabemos qué ha pasado (mujer; DCCU-M13).

Otra interpretación recurrente reside en la forma en que se ven obligados a transmitir la información. Repiten que es contraproducente informar a la persona afectada, y sobre todo a la familia, de todas las observaciones realizadas por profesionales, especialmente cuando se detectan como causas los conflictos familiares:

[Sobre el Informe Clínico] no debería caer en manos de los propios pacientes, [...] A mí, como médico, puede impresionarme algo que no debe interferir en el paciente, pero que sí es necesario que conozca el próximo profesional que le va a atender (hombre; MC-CR-J07).

En segundo lugar, la persona afectada es trasladada a un hospital o centro de salud para ser atendida. De nuevo esto depende de la cercanía y disponibilidad, ya sea en CS, CSr u hospital. En este caso, el personal profesional de urgencias evalúa el grado de riesgo y valora la remisión a otro nivel asistencial. Si la persona afectada se dirige al dispositivo CS, es el o la profesional de atención primaria quien evalúa el grado de riesgo: si valora alto riesgo (o que tiene alguna condición especial), solicita derivación y traslado urgente a hospital (mediante volante de derivación «P.10»). El traslado puede realizarse en ambulancia o lo puede realizar algún familiar. Si el riesgo es bajo, o moderado, los profesionales de la sanidad en atención primaria pueden remitir a la persona en riesgo de suicidio a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (en adelante USMC) o, si hay tiempo de espera, derivarla a urgencias del hospital. Se registra esta información en el «Informe de Consulta» y se ingresa en el sistema informático *Diraya* del SAS. Aquí se incluyen tanto antecedentes familiares y tentativas

previas como exploraciones de posibles causas, medicación habitual y accesibilidad a medios letales. Si hay derivación al hospital, se le da copia en papel de dicho informe a la propia persona que ha realizado el intento de suicidio.

Si la persona afectada se dirige directamente al hospital, el personal de enfermería realiza una primera evaluación del grado de riesgo mediante *triaje*. Si el riesgo es alto, la persona afectada será remitida a la Unidad de Cuidados Críticos. Si el riesgo es bajo, o moderado, será remitida a la Unidad de Atención Policlínica. En cualquier caso, las personas profesionales de la sanidad en urgencias realizarán las pruebas y estudios necesarios para el diagnóstico, así como la estabilización orgánica y emocional de la persona afectada. Una vez estabilizada, si aún hay riesgo alto, se solicitará una nueva valoración del profesional de urgencia especialista en psiquiatría, quien podrá dar el alta médica, solicitar un ingreso hospitalario en USMH o remitirá al consiguiente seguimiento en USMC. Una vez emitido el alta, se remite al seguimiento en atención primaria. La asistencia recibida en el hospital queda registrada electrónicamente en una «Hoja de Urgencias», que incluye los datos del Informe de Consulta, y lo recabado en urgencias hospitalarias, así como la valoración psiquiátrica si la hubiera.

Aplicando la definición de «estigma» de Link y Phelan (2001), ya en las primeras anotaciones y registros del discurso de las personas profesionales de urgencias se pueden identificar las etiquetas, construidas bajo metáforas, que marcan las diferencias respecto a este tipo de «clientela»:

Hay pacientes que... hablar con un muro de hormigón es más fácil que hablar con ellos (hombre, SUH-J01).

Continuando con Link y Phelan, el segundo componente, la vinculación de la etiqueta con estereotipos negativos («no colaboran», «niegan la enfermedad», «niegan la necesidad»), emerge con cierta reactividad:

La familia puede pedir mucho, pero si el paciente no colabora, [es decir] niega su enfermedad, niega la necesidad de acudir al médico cinco minutos... (hombre, MC).

El proceso de cognición social se produce cuando el etiquetaje y la vinculación con atributos negativos justifican la carga de actitudes negativas hacia este tipo de pacientes. Se legitima el rechazo arguyendo que las reincidencias son «culpa» de la persona en riesgo suicida, a la que le atribuyen la recreación de esta situación:

[...] ves que repiten, que no cambia nada [...] Te rayas. Ya no te importa tanto. Te imaginas que les gusta manejar la situación. Y les gusta manejar a la familia. Y en Urgencias se utilizan recursos que no debería ser para estos pacientes (hombre, médico en SUH-J09).

[...] ya han pasado un umbral de dolor por las reincidencias y van a la consulta con cierto grado de apatía e, incluso, indiferencia (hombre, MC-CS-M14).

Desde la perspectiva de los profesionales de la sanidad de urgencias, el trabajo que realizan está continuamente en cuestión. Se ven obligados a legitimar sus acciones y, para ello, necesitan tener una causa que justifique observación, diagnóstico y tratamiento. De esta manera, se marca «la norma» que «deben» seguir las personas usua-

rias del servicio de salud. A ello se suma una estructura institucional que no deja el espacio físico y tiempo que los profesionales de la sanidad reclaman como necesarios para atender a las personas en esta situación:

[necesitamos espacios] no tan compartidos ni con tanto ruido, además, lugares con espacios que permitan una observación adecuada (hombre, SUH-J01).

Finalmente, se puede acceder al sistema solicitando cita, o ser remitido desde otro dispositivo, o si se requiere seguimiento por secuelas específicas (por ejemplo, en cuello, garganta, por ahorcamiento o ingesta de tóxicos). En estos casos la información registrada también ofrece importantes barreras. La primera tiene que ver con la limitación a un código CIE que no distingue gesto, ideación o repetición, cuestión que trata de suplirse mediante la entrevista en consulta. Los SUH no disponen de acceso a la valoración del área de Salud Mental y las personas profesionales de DCCU destacan la importancia de este *gap* para comprender mejor la situación de las y los afectados. Por su parte, los profesionales MC también señalan la importancia de la falta de información y su barrera al reducir su intervención a la prescripción farmacológica, y en caso de una nueva tentativa, la dinámica de «contra-derivaciones» que multiplica el riesgo.

Si ves que tienes un paciente insistente, que ves que va dando problemas evidentes (que no duerme, que le supera la ansiedad, etc.). Debería derivarlo al psiquiatra [UHSM], o llevarlo tú mismo a Salud Mental [USMC] (mujer; MC-CR-M17).

4.2. Construyendo la trayectoria del estigma en las familias y allegados

Cada persona superviviente de suicidio muestra su dolor de diferente forma y todas las familias afectadas expresan una opinión unánime: «El pánico más grande de mi vida»³ (F.2. Mujer. Málaga).

El estremecedor testimonio de esta joven mujer superviviente de varios intentos de suicidio, que expone la secuencia de pensamientos a los que se enfrenta en este momento crucial, constata cómo el primer recurso de la atención sanitaria se presenta como única puerta de salida:

Yo era una persona muy activa, muy abierta [...] Como ya lo he intentado [otras veces], ya sé que eso es un minuto. Un minuto en el que no te acuerdas que tienes familia, no te acuerdas de que tienes hijos [...] Es un instante tan pequeño que [pausa]... que cuando lo estás pensando, antes de que pase ese instante, te dices «necesito ayuda» [...] Ya sabes que es cuestión de días, bueno, de horas (S.1. Mujer. Jaén).

Se especifica hasta qué punto la asistencia sanitaria supone una «tabla de salvación»:

El cuerpo se va acostumbrando a los tratamientos. Entonces, cada equis tiempo, necesitas que te vayan cambiando el tratamiento. Vas con la intención de hacerte daño. Entonces, ahí [Unidades de Agudos] sabes que vas a estar vigilada día y noche (S.1. Mujer. Jaén).

Los discursos de pacientes y familiares dejan poco margen de dudas sobre qué papel juega la atención sanitaria en la vida, o más precisamente la falta de esta. Por su parte, la totalidad de las personas profesionales de la sanidad consideran a los familiares y allegados actores principales, tanto por ser depositarios de información clave como por ser en ellos en quienes recaen los cuidados especiales de la persona afectada desde que sale del dispositivo asistencial.

Sin embargo, la invisibilidad de los recursos básicos para personas afectadas (como guías, catálogos o directorios) y que podrían atender sus demandas, especialmente las de colectivos vulnerables como menores y grupos en riesgo de exclusión social, son gravemente desconocidas. Esta cuestión resulta crucial para las familias:

Me gustaría que hubiera un sitio donde tú pudieras hablar con personas... gente que esté en casos parecidos, aunque no esté presente un médico ni nada. Una especie de uniones de personas que tengamos los mismos problemas (F.2. Mujer. Málaga).

Ni profesionales ni familias mencionan ninguna intervención específica de acompañamiento, consuelo o apoyo social dirigida a ellas. Es notorio señalar que no hay ninguna iniciativa específica para menores hijos/as de personas con tentativas, quedando en desamparo.

Por su parte los familiares, parcialmente representados por las mujeres seleccionadas por las UCGSM para este estudio, en los roles de madre, esposa o hija, son los que realizan las tareas de cuidadores informales. La fuerte presión que esto supone, añadido al impacto emocional que sufren, refleja la angustia y el continuo temor a la reincidencia. Esto ocurre fundamentalmente en familias en las que ya han vivido episodios previos y han visto casos parecidos en las localidades donde viven. Expresan el temor a un efecto contagio, descrito como efecto Werther (Niederkrotenthaler *et al.*, 2010), que les hiciera entrar en ese etiquetaje dicotómico «ellos»/«nosotros». En este sentido, vuelven a converger factores como la vinculación del estereotipo negativo asociado al rechazo, la discriminación, la pérdida de cierto estatus y, finalmente, la exclusión, especialmente si esto ocurre en un contexto rural. Así expresaba una de las cuidadoras expresaba su temor:

Yo llevo 26 años en X. [localidad rural], y le puedo hablar de unas 30 personas o así. Es decir, más de uno por año que se han suicidado [¿y lo han logrado?] Sí, sí. Y, algunos intentos. Vaya, que yo se lo digo con nombres y señales [...] Cada vez que ha pasado uno de estos sucesos, lo tengo grabado. Vaya, casi sé el orden en que sucedió (F.1. Mujer. Málaga).

Poco a poco, emerge un discurso profundo de las personas supervivientes y familias afectadas, que puntualizan cómo haber vivido un intento de suicidio (sobreviviendo o no) hace que sienta una «fuerza social» que empuja poco a poco al aislamiento, a la soledad. Y por ello no lo expresan, pero sí saben que el suicidio de un familiar es un tabú en los espacios sociales que comparten, lo cual refuerza esa invisible línea que separa a «ellos» de «nosotros»:

Por lo menos, poder hablar con alguien que sepa, que entienda los miedos que tú tienes, porque se tiene mucho miedo (S.2. Hombre. Málaga).

[...] nos ponemos a llorar [cada vez que tocamos el tema], por lo que, cuanto menos lo toquemos, mejor (S.2. Hombre. Málaga).

Las dificultades se agravan en las zonas rurales, donde las familias viven estos sentimientos con mayor intensidad, pues el mayor aislamiento social y la lejanía de servicios especializado, no contribuye a reducir ese sentimiento de estigma. La falta de servicios especializados en salud mental, especialmente los servicios de urgencias psiquiátricas, así como el desconocimiento sobre recursos de apoyo⁴, aumenta ese sentimiento de aislamiento. Aquí es igualmente necesario destacar la particular falta de recursos para los colectivos vulnerables.

En este sentido, los profesionales comunitarios de entornos rurales apuntan la conveniencia de potenciar la consulta compartida y los recursos TIC para la prevención del suicidio.

5. Discusión y conclusiones

El análisis de esta información sugiere que en la sanidad pública andaluza se ha institucionalizado a la persona en riesgo de suicidio. Es decir, por un lado, se construyen estructuras institucionalizadas y, por otro, se generan escenarios y discurso que evidencian un clima actitudinal difícil. Como consecuencia, las familias también se van integrando en este proceso, que a medida que avanza, va generando trayectorias cada vez más estigmatizadoras. Este proceso igualmente se da en los medios de comunicación, cuando se habla del suicidio en población adolescente (Sánchez-Muros y Jiménez-Rodrigo, 2021).

El proceso de institucionalización comienza con el ingreso en el dispositivo. Esta primera ubicación en el sistema es diferente dependiendo de cuándo ocurra la tentativa y del grado de gravedad de esta, la persona en riesgo y los familiares recorren un itinerario asistencial que les enfrentan a distintos condicionamientos para una adecuada y correcta atención y lastra la prevención del suicidio.

Los discursos de rechazo evidenciado en todos los niveles asistenciales analizados contribuye al proceso construyendo una jerga profesional específica y que justifican por la falta de formación específica, de recursos necesarios, de manejo y de comunicación para atender adecuadamente. Esta cuestión coincide con otras investigaciones (Saunders *et al.*, 2012) y estas barreras coinciden con las ya encontradas en otras investigaciones que señalan la necesidad de centrarse tanto en la detección temprana (Bajaj *et al.*, 2008; Hawton y Van Heeringen, 2009) como en la necesaria formación de profesionales de la sanidad en atención primaria, urgencias y salud mental (Muñoz-Sánchez *et al.*, 2018). La institucionalización dificulta una adecuada evaluación del riesgo y la atención sanitaria específica a ese riesgo de la persona afectada, cuestión que también ha sido puesta de manifiesto en otros estudios (Gensichen *et al.*, 2010).

Para qué y por qué es importante el adecuado registro de información sobre la persona que ha intentado suicidarse y acude al servicio público de salud viene determinado por cómo las instituciones y profesionales construyen el escenario y su discurso frente al hecho social. Tanto el registro de información sobre cada caso como el acceso a la historia clínica varían según la forma de acceso al sistema de la persona en riesgo. Los dispositivos sanitarios no registran uniformemente la información, ni se accede de igual forma a esta, y esta variación afecta en la tardía detección del riesgo, ya que no favorece la previsión de la gravedad de un intento (Gotsens *et al.*, 2011). El registro de información sobre cada caso de suicidio, o intento, y su oportuno traslado y accesibilidad entre los distintos niveles asistenciales por los que transita la persona en riesgo, no sigue las recomendaciones de la OMS (2018) diseñadas con el fin de controlar repeticiones de tentativas y autolesiones de una misma persona. Esta cuestión coincide con otras investigaciones que señalan al menos siete indicadores de calidad que solo se recogen en menos de un tercio de los informes clínicos (Miret

et al., 2010). En suma, este procedimiento conlleva «vacíos de información» que los profesionales de la sanidad tienden a compensar mediante entrevistas con las personas supervivientes y/o sus familiares, determinando así cierto sesgo que supone una significativa dificultad para la adecuada asistencia en cada momento.

Finalmente, la falta de apoyos sociosanitarios a poblaciones especialmente vulnerables cimienta trayectorias estigmatizadas. La falta de información sobre recursos o servicios destinados al apoyo de familiares o allegados afectados por el intento de suicidio de algún ser querido redundan en la falta de intervenciones dirigidas a ellos. La falta de prevención en estos grupos vulnerables aumenta el riesgo. Se ha detectado una importante demanda de grupos de apoyo en los cuidados de personas en riesgo de suicidio, y la escasa información resta fuerza a las posibles iniciativas. Estos resultados coinciden con los estudios sobre satisfacción en supervivientes de suicidio y sus familiares con este tipo de asistencia sanitaria, así como con la demanda de que sea Atención Primaria el servicio y nivel asistencial más adecuado para la difusión de este tipo de información (Triañes Pego, 2014).

Se hace imprescindible señalar que es en las familias, generalmente en las mujeres, en quienes recae una importante carga de cuidados informales de la persona en riesgo suicida, pues son los principales depositarios de los informes clínicos, acompañantes esenciales y cuidadoras en alerta continua, lo cual genera mucha ansiedad. Estas cuidadoras viven la tentativa o ideación con profunda sensación de presión y estigma, especialmente en poblaciones pequeñas, y demandan mayor contacto con grupos de iguales, valorando iniciativas encaminadas a poner en marcha grupos de atención familiar en salud mental. Son estos mismos familiares quienes demandan que sea el personal sociosanitario quien les informe adecuadamente sobre recursos y/o servicios de orientación y apoyo a quien ha sufrido un impacto irreparable.

Se hace imprescindible exponer las limitaciones que esta investigación tiene, en tanto en cuanto su limitado tamaño muestral y ambición no permite extraer resultados concluyentes, pero sí sugerentes. El análisis de estructuras y discursos ayuda a trascender las limitaciones de las metodologías cualitativas para comprender los procesos de construcción social mediante la extracción de componentes discursivos y dinámicas estructurales, que ayudarían a crear iniciativas y políticas para solucionar este problema.

En suma, la forma en que la persona en riesgo entra en contacto con la red sanitaria, el procedimiento de registro de la información del caso y las carencias en la asistencia sanitaria forman parte del proceso de institucionalización de la persona en riesgo de suicidio. A su vez, estos factores empujan a la convergencia de los componentes del estigma, asentándolo firmemente tanto en las personas afectadas por el riesgo de suicidio como en sus familiares y/o allegados, y esto, en definitiva, condiciona severamente la prevención del suicidio.

Agradecimientos

Esta investigación fue posible gracias al apoyo de diversas personas e instituciones que a continuación expreso: Evelyn Huizing (SAS), Berta Moreno Küstner (UMA), Rafael del Pino (PISMA), Daniel Gutiérrez Castillo (SAS), Israel Codina Fullerat (SAS) y Almudena Millán Carrasco (EASP).

Notas

1 «Sistema que se utiliza en el Servicio Andaluz de Salud como soporte de la historia clínica electrónica. Integra toda la información de salud de cada una de las personas atendida en los centros sanitarios, para que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesario para atenderle, y sirva también para la gestión del sistema santuario» (Diraya, s. f.).

2 Códigos: Identidad de género del profesional (binario: hombre o mujer); Acrónimo de profesional sanitario (SUH: médicos/as en servicios de urgencias de hospital; MC: médico/a en atención primaria —médico/a comunitario—; Acrónimo del dispositivo asistencial (CS: Centro de Salud; CR: Consultorio Rural; Inicial del ámbito geográfico (J: Jaén; M: Málaga) y número de identificación de la persona entrevistada.

3 Códigos de identificación de las entrevistas; F (familiar); S (persona superviviente de suicidio) seguido de número de identificación. A continuación, el sexo y la provincia.

4 Tanto los dispositivos de atención específicos de salud mental: Unidades de Salud Mental Infante-Juvenil, Comunidades Terapéuticas de Salud Mental, Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM), Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM) como los recursos comunitarios y de apoyo social: Programa residencial (casas hogar, viviendas supervisadas, plazas respiro familiar, atención en domicilio), Programas ocupacionales-laborales (talleres ocupacionales, cursos de formación para el empleo, empresas sociales), Programas de ocio y tiempo libre (espacios permanentes-club social, actividades de ocio y tiempo libre), Programas de promoción y apoyo a entidades tutelares, Programas de apoyo al movimiento asociativo de familiares y personas usuarias (iniciativas de ayuda mutua, sensibilización, gestión de programas de apoyo social, fomentar participación colectivos), Programas de atención a la población penitenciaria con trastorno mental grave.

Referencias

- Augoustinos, M. y Walker, I. (2001). *Social Cognition. An integrated introduction*. SAGE.
- Bajaj, P., Borreani, E., Ghosh, P., Methuen, C., Patel, M. y Crawford, M. J. (2008). Screening for suicidal thoughts in primary care: The views of patients and general practitioners. *Mental Health in Family Medicine*, 5(4), 229-235.
- Basaluzzo Tamborini, S., Benito Riesco, O., Calvo Azpeitia, M., Cantarero Villanueva, M., Cerezo Camacho, I., Corredera Guillén, M. Á., González Almendros, E. M., López Narbona, M., Perea Baena, José Manuel, Pérez Costillas, L., Rodríguez Marín, E. M., Rueda López, F., Ruiz Ramos, M. y Zafra Jiménez, R. (2010). *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida*. Servicio Andaluz de Salud.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Chishti, P., Stone, D. H., Corcoran, P., Williamson, E. y Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13(2), 108-114. <https://doi.org/10.1093/eurpub/13.2.108>
- Clark, S. E. y Goldney, R. D. (2008). The impact of suicide on relatives and friends. En Hawton y Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 467-484). Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470698976.ch26>

- Córdoba-Doña, J. A., San Sebastián, M., Escolar-Pujolar, A., Martínez-Faure, J. E. y Gustafsson, P. E. (2014). Economic crisis and suicidal behaviour: The role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *International Journal for Equity in Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-55>
- Del Pino López, R. (2013). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012* (E. Gómez de Lara, Ed.). Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Diraya (s. f.). Servicio Andaluz de Salud. Recuperado el 4 de febrero de 2022 de <https://https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/sistemas-de-informacion/diraya>
- Durkheim, É. (2012). *El suicidio: Estudio de sociología y otros textos complementarios*. Miño y Dávila.
- Euregenas (25 de abril de 2014). Euregenas en español. *Euregenas*. <https://www.euregenas.eu/espanol>
- Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. En D. T. Gilbert (Ed.), *The Handbook of Social Psychology*. McGraw Hill.
- Gensichen, J., Teising, A., König, J., Gerlach, F. M. y Petersen, J. J. (2010). Predictors of suicidal ideation in depressive primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 124-127. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.008>
- Gili, M., García Campayo, J. y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- Giner, L. y Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: Diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice Hall.
- Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- González, R. A. y D'Ancona, M.^a A. C. (1997). Metodología Cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. *Reis*, 80, 240. <https://doi.org/10.2307/40183928>
- Gotsens, M., Olmo, M. M., Rodríguez-Sanz, M., Martos, D., Espelt, A., Pérez, G., Pérez, K., Brugal, M. T., Barbería, E. y Borrell, C. (2011). Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención medicolegal. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 163-174. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272011000200005>
- Guasch, Ó. (2002). *Observación participante*. CIS.

- Hawton, K. y Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, 9672, 1372-1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Huizing, E., Gutiérrez Castillo, D., Pérez Costillas, L. y Moreno Küstner, B. (2016). *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. Resumen para Atención Primaria*. (A. Millán Carrasco, Ed.). Servicio Andaluz de Salud.
- IECA (2017). *Estadística de Condiciones de vida, consumo y bienestar social. Estado de salud de la población: Tasas de suicidio por provincia. Indicadores sociales en Andalucía*. <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/indsoc/indicadores/791.htm>
- INE (2019). *Defunciones según la Causa de Muerte, Año 2018. Principales causas de muerte por grupos de enfermedades 1*.
- INE (2021, enero). La salud mental en la pandemia: Lo que dicen las encuestas. *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística*, 1-6.
- Jordan, J. R. y McIntosh, J. L. (2011). Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors. En *Grief after Suicide: Understanding the Consequences and Caring for the Survivors*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203886045>
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Paidós.
- Lee, R. M. y Fielding, N. G. (1991). Computing for qualitative research: Options, problems and potential. En N. G. Fielding y R. M. Lee (Eds.), *Using Computers in Qualitative Research* (pp. 1-14). Sage Publications.
- Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Luoma, J. B., Martin, C. E. y Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>
- Miret, M., Nuevo, R., Morant, C., Sainz-Cortón, E., Jiménez-Arriero, M. Á., López-Ibor, J. J., Reneses, B., Saiz-Ruiz, J., Baca-García, E. y Ayuso-Mateos, J. L. (2010). Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 13-18. [https://doi.org/10.1016/S1888-9891\(10\)70003-3](https://doi.org/10.1016/S1888-9891(10)70003-3)
- Muñoz-Sánchez, J. L., Sánchez-Gómez, M. C., Martín-Cilleros, M. V., Parra-Vidales, E., De Leo, D. y Franco-Martín, M. A. (2018). Addressing suicide risk according to different healthcare professionals in Spain: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102117>

- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B. y Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633>
- OMS (2000). Prevención del Suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. *Oms*, 1-19.
- OMS (2021, junio 17). *Suicidio. Datos y Cifras*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OPS (2018). *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*. World Health Organization. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49120>
- Oquendo, M. A. y Mann, J. J. (2008). Suicidal Behavior: A Developmental Perspective. *Psychiatr Clin North Am*, 31(2), xiii-xvi. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.001>
- Pickett, K. E. y Wilkinson, R. G. (2010). Inequality: An underacknowledged source of mental illness and distress. *British Journal of Psychiatry*, 197(6), 426-428. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072066>
- Pirkis, J., Shin, S., Mres, A., Dwyer, J., Spittal, M. J., Delpozo-Banos, M., John, A., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brečić, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S.-S., ... Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Articles Lancet Psychiatry*, 8, 579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
- Rueda López, F. (2010). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. Servicio Andaluz de Salud. <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/guia-sobre-la-prevencion-del-suicidio-para-personas-con-ideacion-suicida-y-familiares-anexo-la>
- Sáiz, P. A. y Bobes, J. (2014). Suicide prevention in Spain: An uncovered clinical need. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003>
- Sánchez-Muros, P.-S. y Jiménez-Rodrigo, M.-L. (2021). Digital Media and Youth Suicide: Analysis of Media Reporting on «Blue Whale» Case. *Communication & Society*, 34(3), 117-133. <https://doi.org/10.15581/003.34.3.117-133>
- Saunders, K. E.; Hawton, K.; Fortune, S. y Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139, 205-2016. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>
- Seminario de fundamentos clásicos de la sociología. (1999). Centenario de *El suicidio*, de Émile Durkheim. *Papers. Revista de Sociología*, 57, 39-72. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v57n0.1966>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquía.

The Economist (24 de abril de 2021). «Surprisingly, suicide has become rarer during the pandemic». <https://www.economist.com/graphic-detail/2021/04/24/surprisingly-suicide-has-become-rarer-during-the-pandemic>

Triañes Pego, Y., Senra-Rivero, C., Seoane Pesqueira, G., Álvarez Ariza, M., De las Heras, E. y Atienza Merino, G. (2014). Satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(1), 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.09.004>

WHO (2014). *Preventing suicide: A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112852>

WHO (2019). Suicide in the world. Global Health Estimates. En *World Health Organisation* (p. 32). CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.1201/b14713-3>

Wray, M., Colen, C. y Pescosolido, B. (2011). The Sociology of Suicide. *Annual Review of Sociology*, 37, 505–528. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150058>

