

VII PREMIO TFG

CURSO ACADÉMICO 2023/2024

Documentos de Trabajo Social

DTS

Revista de Trabajo Social y Acción Social

ORGANIZA



Colegio Profesional
de Trabajo Social de
Málaga

COLABORA



Fest
Federación de Estudiantes de Trabajo Social

uma.es

Edición Especial

VII Premio TFG

Curso Académico 2023/2024

Año 2024

Documentos de Trabajo Social

DTS

Revista de Trabajo Social y Acción Social

Edita

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga

C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1ºC. 29005 - Málaga

Correo-e: dts@trabajosocialmalaga.org

www.trabajosocialmalaga.org

Director

Javier Pacheco Mangas, Trabajador Social. Jefe de Servicio de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Vélez-Málaga

Secretaría Técnica

María Lara Márquez. CPTS Málaga

Consejo de Redacción

Rafael Arredondo Quijada, Doctor por la Universidad de Málaga. Profesor del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la FEST

David Caracuel Ruiz, Trabajador Social

Rosario Castilla Mora, Doctora por la Universidad de Málaga. Profesora del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la FEST

Eva María del Pino Villarrubia, Trabajadora Social. Málaga Acoge

María de las Olas Palma García, Doctora por la Universidad de Málaga. Profesora del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la FEST

Consejo Científico Asesor

Ana Barranco Carrillo. Trabajadora social. Diputación Provincial de Jaén (Salud)

José Enrique Bernal Menéndez, Abogado ejercente. Funcionario de la Administración Local (Mujer y Violencia Género)

Luis Gómez Jacinto. Catedrático de Psicología Social. Profesor del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga

Ana Hernández Escobar, Trabajadora social. Directora General de Firma Quattro Trabajo Social S.L.

Francisco Javier Jiménez Gómez, Secretario General y trabajador social de Cáritas Diocesana Málaga

Enrique Pastor Seller. Trabajador social. Licenciado y Doctor en Sociología. Profesor titular de Universidad de Murcia. Vicepresidente del Consejo General del Trabajo Social de España

María Luisa Taboada González, Trabajadora social y profesora emerita de Ética de la Universidad de Málaga

Maquetación e impresión

Gráficas Anarol S.L.

ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

SUMARIO.....

1^{er} PREMIO

- **LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES EN EL ÁMBITO DE LAS MIGRACIONES EN LA FRONTERA SUR DE ESPAÑA**

5

Autora: Elena Lorenzo Corrales

Tutora: Paula Guerrero Liñán

ACCÉSIT 1

- **ABUSOS POLICIALES EN ESPAÑA UNA APROXIMACIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

49

Autora: Miguel Cobos Martín

Tutora: María de las Olas Palma García

ACCÉSIT 2

- **EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA**

97

Autora: María Thalía Postigo López

Tutora: Ana Cristina Ruiz Mosquera

“Los riesgos psicosociales de las trabajadoras sociales en el ámbito de las migraciones en la frontera sur de España”

Autora: Elena Lorenzo Corrales

Tutora: Paula Guerrero Liñán

“La importancia de dar voz a las trabajadoras sociales que han estado en la primera línea de la Frontera Sur de España durante la última década ha sido fundamental para este proyecto de investigación. Es esencial visibilizar sus experiencias, su dedicación y sus sacrificios. Solo así podremos lograr un cambio real que mejore el bienestar de quienes se dedican a esta profesión y fomentar un trabajo social saludable y competente en el contexto de la emergencia humanitaria. Este esfuerzo es un homenaje a ellas y a todas aquellas que continúan con esta labor, reflejando un compromiso inquebrantable con la justicia y la dignidad.”

Resumen

El tema elegido para este proyecto de investigación, titulado “Los riesgos psicosociales de las trabajadoras sociales en el ámbito de las migraciones en la Frontera Sur de España”, es pertinente debido a la relevancia y la urgencia de abordar los desafíos que enfrentan las trabajadoras sociales en una de las Zonas más complejas y vulnerables de emergencia humanitaria.

Esta zona abarca las costas andaluzas, las Islas Canarias, Ceuta y Melilla, siendo un punto clave para la entrada de migrantes, lo que ha generado una crisis humanitaria sin precedentes. Las trabajadoras sociales, mayoritariamente mujeres, desempeñan un papel crucial en la intervención social, enfrentándose a riesgos psicosociales significativos debido a la carga emocional y a las difíciles condiciones laborales.

El motivo de la elección del tema radica en la necesidad de visibilizar y dignificar la labor de estas profesionales, quienes, a pesar de su importancia, no reciben el reconocimiento ni el apoyo institucional adecuado. Se pretende, a través de este estudio, analizar cómo la feminización de la profesión y la falta de organizaciones saludables incrementan la vulnerabilidad de las trabajadoras sociales, afectando su bienestar físico, mental y social.

Los objetivos del proyecto incluyen la identificación de los riesgos psicosociales específicos que enfrentan las trabajadoras sociales en la Frontera Sur, la eval-

luación de las normativas vigentes para la prevención de dichos riesgos y la promoción de una transformación hacia organizaciones saludables que garanticen un entorno laboral seguro y justo para estas profesionales. Este estudio busca no solo contribuir al conocimiento académico, sino también impulsar cambios reales que mejoren las condiciones laborales en este contexto de emergencia humanitaria.

Palabras claves

Riesgos psicosociales, Trabajo Social y mujer, Migración, Frontera Sur España y Emergencia Humanitaria.

Abstract

The topic chosen for this research project, titled “The Psychosocial Risks of Social Workers in the Context of Migration at the Southern Border of Spain,” is relevant due to the importance and urgency of addressing the challenges faced by social workers in one of the most conflict-ridden and vulnerable areas at Spain’s Southern Border. This area includes the Andalusian coastlines, the Canary Islands, Ceuta, and Melilla, serving as a key entry point for migrants, which has led to an unprecedented humanitarian crisis. Social workers, the majority of whom are women, play a crucial role in social intervention, facing significant psychosocial risks due to the emotional burden and difficult working conditions.

The rationale behind choosing this topic lies in the need to raise awareness and dignify the work of these professionals who, despite their importance, do not receive adequate recognition or institutional support. This study aims to analyze how the feminization of the profession and the lack of healthy organizations increase the vulnerability of social workers, affecting their physical, mental, and social well-being.

The project’s objectives include identifying the specific psychosocial risks faced by social workers at the Southern Border, evaluating the existing regulations for the prevention of these risks, and promoting a transformation towards healthy organizations that ensure a safe and fair working environment for these professionals. This study seeks not only to contribute to academic knowledge but also to drive real changes that improve working conditions in this context of humanitarian emergency.

Keywords

Psychosocial Risks, Social Work and Women, Migration, Southern Border Of Spain and Humanitarian emergency.

ÍNDICE.....

1. INTRODUCCIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1. La acogida de personas migrantes. Emergencia Humanitaria – Frontera Sur de España desde el Trabajo Social	11
3.1.1. Contextualización Histórica v Frontera Sur – Migración.....	12
3.1.2. Intervención social – trabajo social en la acogida de Migrantes Frontera Sur de España	15
3.1.3. Las trabajadoras Sociales – Mujeres en la intervención con migración (el papel en la Frontera Sur de España)	17
3.2. Los Riesgos Psicosociales de las Trabajadoras Sociales, en la Emergencia Humanitaria migratoria – Frontera Sur de España	18
3.2.1. Los Factores de Riesgo Psicosociales en el Trabajo Social y la perspectiva de género	18
3.2.2. Los Riesgos Psicosociales en el Trabajo Social y la perspectiva transversal de género	21
3.2.3. La prevención de los Riesgos Psicosociales de las Trabajadoras Sociales en Emergencia Humanitaria, Frontera Sur	22
3.3. La Salud Mental en el centro del Trabajo Social	23
3.3.1. La Salud Mental prioridad en la intervención, la gestión y organización en Emergencia Humanitaria en Frontera Sur	23
3.3.2. Los Derechos Humanos, Derechos de la Mujeres Trabajadoras y Salud Mental en el marco frontera sur	24
3.3.3. Los Retos en la Intervención en Emergencia Humanitaria de la migración y desarrollo profesional de las trabajadoras sociales	26
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	27
5. METODOLOGÍA.....	28
6. ESTUDIO DE CASOS	29

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
7.1 Resultados.....	30
7.2 Discusión.....	38
8. CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA.....	44
LEGISLACIÓN.....	47
WEBGRAFÍA.....	48

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la frontera sur de Europa, localizada en territorio español tanto por mar como por tierra, se ha consolidado como la tercera vía de entrada más significativa a nivel mundial para personas migrantes y refugiadas. Este escenario plantea importantes desafíos migratorios, especialmente en relación con el acceso a procedimientos de Protección Internacional y Atención Humanitaria. Estos desafíos incluyen la acogida, identificación y tratamiento especializado de personas en situaciones de extrema vulnerabilidad que han atravesado procesos migratorios complejos y traumáticos. Estas personas llegan a las fronteras en cayucos o pateras en la costa andaluza, las Islas Canarias, o a través de las vallas fronterizas en ciudades autónomas españolas como Ceuta y Melilla. Este fenómeno migratorio, clasificado como una Emergencia Humanitaria, constituye una de las crisis migratorias más graves a nivel global (CEAR, 2023; ACNUR, 2024).

Frente a esta emergencia, la intervención social desempeña un papel crucial, tanto por parte de las instituciones competentes como de las organizaciones y profesionales dedicados a la defensa de los derechos humanos de las personas migrantes y refugiadas en Europa. Entre estos profesionales se encuentran trabajadores/as sociales, educadores/as sociales, psicólogos/as, abogados/as, personal sanitario y cuerpos del Estado, quienes son responsables de proporcionar atención directa desde la llegada al territorio europeo. Su labor incluye la detención, acogida, atención sanitaria y defensa de los derechos humanos (APDHA, 2023).

En este contexto, el trabajo social adquiere una relevancia particular, siendo una de las profesiones clave en el desarrollo y gestión de programas sociales dirigidos a personas refugiadas y solicitantes de asilo, así como a quienes forman parte de programas de Atención Humanitaria que asisten a personas en situación de irregularidad y vulnerabilidad social. La figura del trabajador/a social es esencial en el contexto humanitario, ya que estos profesionales llevan a cabo una labor delicada y directa en el campo, enfrentándose a la complejidad de la frontera sur de Europa, marcada por la migración desde el continente africano y los múltiples problemas de vulneración de derechos humanos que esto implica. Como resultado, los riesgos psicosociales que enfrentan los y las trabajadoras sociales en su labor diaria son significativos y complejos, debido a su exposición constante a situaciones de riesgo (Royo Martín, Salavera Bordás, Teruel Melero, & Royo Martín, 2016).

Este estudio se enfoca en comprender la situación y los riesgos específicos que enfrentan las mujeres trabajadoras sociales en este entorno, donde interactúan con múltiples factores de vulnerabilidad provenientes de las personas migrantes y de agentes

externos. La investigación tiene como objetivo analizar la gestión y organización del trabajo social en las zonas fronterizas, identificando las vulnerabilidades específicas a las que se enfrentan las trabajadoras sociales en su labor diaria, con un énfasis particular en los riesgos psicosociales que experimentan a través de sus organizaciones.

La profesión del trabajo social ha estado históricamente feminizada, cargando con roles y estereotipos de género que asignan a las mujeres el papel de cuidadoras. Aunque estos roles están evolucionando en los países occidentales y se observa un aumento en la participación de hombres en el trabajo social, las mujeres siguen predominando en la intervención social en zonas de extrema desigualdad. Esto significa que las trabajadoras sociales no solo enfrentan los desafíos inherentes a su profesión, sino también una serie de riesgos adicionales derivados de su condición de mujer en entornos de alta desigualdad social (Consejo General del Trabajo Social, 2023).

Por ello, se investigará a continuación como la cultura machista, aún presente en nuestra vida cotidiana, junto a las diversas vulnerabilidades e inseguridades sociales y laborales afectan a las trabajadoras en su desempeño profesional y en el bienestar social y personal, especialmente por las organizaciones empleadoras de las que las trabajadoras sociales operan en emergencias humanitarias en la frontera sur de España.

2. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación nace de la necesidad de visibilizar el trabajo de las mujeres trabajadoras sociales en el ámbito de las migraciones de la Frontera Sur española, una rama profesional de gran importancia en Andalucía y en todo el ámbito del trabajo social.

La Frontera Sur entre Europa y África es una zona conflictiva y de extrema inseguridad, como frecuentemente reflejan los medios de comunicación. Existen numerosos estudios y artículos sobre la problemática de la Frontera Sur en relación con las personas migrantes y los riesgos que enfrentan, como puede ser el informe “El libro de la Frontera y el impacto de sus condiciones” (*Psicosocial, s.f.*). Sin embargo, la intervención social que realiza el trabajo social y otras profesiones del ámbito social en estas zonas, así como los peligros y riesgos a los que se exponen diariamente, no reciben la misma atención.

Las mujeres trabajadoras sociales que trabajan o han trabajado en zonas fronterizas, así como otras profesionales del ámbito social, como es mi caso como autora de este TFG y educadora social, hemos expresado en numerosas ocasiones los riesgos y consecuencias para nuestra salud y bienestar en los entornos laborales de intervención social

en el ámbito migratorio. Además, hemos señalado la falta de sensibilización en la prevención de los riesgos psicosociales de las organizaciones empleadoras en emergencias humanitaria. Nos hemos sentido amenazadas, desprotegidas, vulnerables y expuestas a factores de riesgo que investigaremos a continuación.

La importancia de que las entidades sociales en materia de inmigración sean organizaciones saludables y cumplan con la obligación de garantizar nuestra salud como trabajadoras es crucial para facilitar un desempeño profesional saludable en la emergencia humanitaria. En España, contamos con muchas mujeres altamente cualificadas en trabajo social, quienes desempeñamos labores esenciales con este colectivo. Esto debería ser motivo de orgullo y no de temor al ejercer nuestra profesión. Es importante destacar que hablamos de mujeres, ya que, como investigaremos a continuación, la mayoría de nosotras que trabajamos en este ámbito somos mujeres.

Visibilizar esta problemática es esencial para la disciplina del trabajo social. Es necesario reivindicar y dignificar a las trabajadoras sociales que han estado al frente de la emergencia humanitaria en la Frontera Sur de Europa en las últimas décadas, así como a aquellas que continúan en el campo de batalla junto con otras profesionales del ámbito social. Todos los riesgos a los que se enfrentan deben ser mitigados para que no afecten su salud física y psíquica. Es muy difícil que una frontera con tanta desigualdad social y vulnerabilidad no impacte de alguna manera en la actuación profesional.

El motivo de este estudio es visibilizar todo lo que implica la acogida migratoria y cómo nos afecta a nosotras, las mujeres trabajadoras sociales, en nuestro entorno laboral, social y personal, así como los riesgos a los que estamos expuestas. Por lo tanto, esta investigación busca fomentar una reflexión que impulse una transformación profunda en la organización y gestión del trabajo en la emergencia humanitaria en la Frontera Sur. Además, pretende analizar los riesgos psicosociales que enfrentamos como profesionales y validar los factores que nos afectan de manera desproporcionada en esta área de trabajo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. La acogida de personas migrantes. Emergencia Humanitaria–Frontera Sur de España desde el Trabajo Social.

En el complejo panorama de la migración hacia Europa, la Frontera Sur de España se ha convertido en un símbolo de los desafíos y crisis humanitarias que enfrentan miles de migrantes cada año. Desde la llegada del primer cayuco a las costas canarias en 1994, esta región ha sido testigo de una creciente ola de migración forzada, marcada por

travesías extremadamente peligrosas y una severa crisis humanitaria. La Frontera Sur, que incluye las Islas Canarias, Ceuta, Melilla y la costa andaluza, no solo destaca por su importancia geográfica, sino también por el drama humano que enmarca. A medida que Europa intensifica sus políticas de control fronterizo y externaliza la gestión migratoria, la situación de los migrantes en esta región se ha vuelto cada vez más crítica, revelando profundas cuestiones sobre derechos humanos, seguridad y solidaridad internacional. A continuación, se explora cómo estas dinámicas han evolucionado y el impacto que tienen en los migrantes y en las comunidades de acogida. (Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, 2021; Cruz Roja Española, 2022).

En este apartado, se presentarán tres bloques fundamentales que abordan distintos aspectos relacionados con la Frontera Sur y la migración. El primer apartado ofrecerá una contextualización histórica de la Frontera Sur, destacando su importancia como ruta migratoria hacia Europa. El segundo apartado se centrará en la intervención social, examinando el papel crucial del trabajo social en la acogida de migrantes en esta región. Finalmente, el tercer apartado analizará la participación de las trabajadoras sociales, con un enfoque en la interseccionalidad y los desafíos específicos que enfrentan en este contexto.

3.1.1. Contextualización Histórica v Frontera Sur–Migración.

En noviembre de 1988, naufragó la primera patera en el Estrecho de Gibraltar, específicamente en la playa de Los Lances, en Tarifa, marcando el inicio de lo que se convertiría en la ruta migratoria de la Frontera Sur. Aquel trágico viaje simbolizó la desesperación de quienes, sin opciones seguras ni legales, se vieron obligados a lanzarse al mar desde África en busca de un futuro mejor. Desde entonces, la ruta de la Frontera Sur ha ganado relevancia, convirtiéndose en una travesía de entrada de migrantes entre África y Europa cada vez más transitada y peligrosa. (Comisión Española de Ayuda al Refugiado [CEAR], 2024).

Esta frontera no solo incluye la Costa Andaluza, sino que incluye también las ciudades de Ceuta y Melilla, situadas en la costa norte de África y colindantes con Marruecos, donde los migrantes intentan saltar las vallas fronterizas o bordearlas a nado. Para evitar la entrada irregular de migrantes, ambas ciudades están rodeadas por vallas equipadas con alambre de púas, cámaras de vigilancia y sensores de movimiento (CEAR, 2024). Además, desde 1994, las Islas Canarias han sido escenario de la llegada de cayucos provenientes de Marruecos, Sáhara Occidental, Mauritania, Senegal y Gambia, lo que en 2023 culminó en una de las mayores crisis humanitarias de España, según el informe “Frontera Sur” de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR, 2023).

El perfil del migrante en la Frontera Sur de España ha evolucionado en los últimos años, reflejando una realidad compleja y diversa. La mayoría de los migrantes que intentan cruzar esta frontera provienen de países del África Subsahariana, como Senegal, Gambia, Guinea, y Nigeria. Sin embargo, también hay un número significativo de personas procedentes de Marruecos y del Sáhara Occidental. (CEAR, 2023)

En términos de edad y género, los migrantes en la Frontera Sur de España son mayoritariamente hombres jóvenes. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un incremento significativo en la llegada de mujeres y menores, incluidos aquellos que viajan sin compañía. Este cambio en el perfil demográfico refleja una creciente vulnerabilidad en las zonas de origen, donde la desesperación impulsa a familias enteras a embarcarse en el arriesgado viaje hacia Europa. Un aspecto alarmante es el aumento de mujeres que llegan en condiciones de trata o esclavitud sexual, lo que agrava aún más los peligros asociados con esta ruta migratoria (CEAR, 2023) y los menores no acompañados que se exponen a múltiples adversidades y hace que los niños abandonen precozmente su infancia. (SAVE THE CHILDREN, 2024)

Las motivaciones que impulsan a estos migrantes a intentar cruzar la Frontera Sur son múltiples, pero generalmente están vinculadas a la huida de conflictos armados, persecuciones políticas, pobreza extrema y la búsqueda de mejores oportunidades de vida en Europa. Este flujo migratorio también refleja la desigualdad global y la falta de alternativas seguras y legales para migrar (APDHA, 2024)

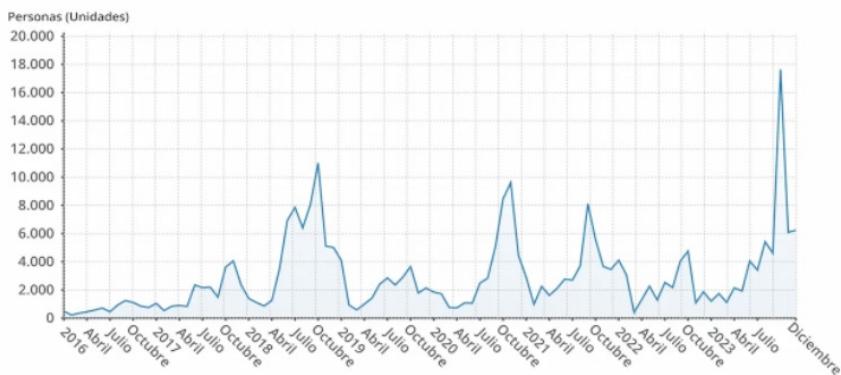


Figura 1. Evolución del número de personas de 2016 a 2023.

Datos del Ministerio del Interior de España (2023).

Las rutas migratorias en la Frontera Sur son peligrosas y frecuentemente resultan en graves violaciones de los derechos humanos. La gestión de esta frontera involucra no solo a España, sino también a la Unión Europea y a los países de origen y tránsito de los migrantes. Cabe destacar que las condiciones en las que la mayoría de migrantes intentan cruzar la frontera son extremadamente peligrosas, ya sea por la alta seguridad de las vallas o por la peligrosidad de cruzar el mar Mediterráneo o el océano Atlántico con infraestructuras mínimas, lo que lleva a situaciones de alto riesgo, accidentes graves y/o muertes. (CEAR, 2023)

A su llegada a territorio español, muchos migrantes son retenidos en Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE), en Centros de Acogida, Centros de Estancia Temporal para Inmigrantes (CETI) o en centros de menores, entre otros. En este contexto, los y las trabajadoras sociales desempeñan un papel crucial, proporcionando apoyo y asistencia a los migrantes durante su estancia en dichos centros. Esto incluye la evaluación de necesidades básicas, la acogida, el asesoramiento emocional y psicológico, la mediación cultural y lingüística, y la orientación sobre derechos y procedimientos legales junto a un equipo multidisciplinar de actuación. (ACNUR, 2024)

La gestión de la frontera sur de España está fuertemente influenciada por las relaciones diplomáticas entre España y Marruecos, siendo la cooperación en temas de seguridad y migración crucial para el control de los flujos migratorios. España recibe apoyo logístico y financiero de la Unión Europea para la gestión de sus fronteras exteriores, que son también fronteras de la UE. Este complejo panorama hace de la frontera sur de España un punto neurálgico de la geopolítica y las dinámicas migratorias en Europa. (CEAR, 2023)

Si ponemos el foco en la Frontera Sur española, desde 1988, se han registrado 16.898 migrantes muertos o desaparecidos en la Frontera Sur (Ortega Dolz, 2024). Las organizaciones de derechos humanos han llamado la atención sobre los abusos y las condiciones inhumanas que enfrentan los migrantes en todo el proceso migratorio, generando debates sobre la necesidad de enfoques más humanitarios tanto en el camino como a su llegada al territorio al europeo (Fernández, 2019; García, 2020), (Accem, 2024).

Asimismo, las condiciones en los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIEs) y otros centros de acogida han sido criticadas por la falta de atención médica adecuada y otras condiciones adversas (Rodríguez, 2022). Aquellos que llegan a España suelen estar exhaustos, sin recursos económicos, y sin la capacidad de cubrir sus necesidades básicas, además de no contar con una red de apoyo social o familiar. (Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, 2021).

Diversas organizaciones y entidades sociales, como Accem, Cruz Roja Española, la Asociación Pro-Derechos Humanos en Andalucía, CEAR, CEPAIM, entre otras, desempeñan un papel crucial en la asistencia a migrantes y refugiados en la Frontera Sur. Estas entidades colaboran con el gobierno para ofrecer asistencia integral mediante el Programa de Atención Humanitaria y el Programa de Protección Internacional.

3.1.2. Intervención social – Trabajo Social en la acogida de Migrantes Frontera Sur de España.

La intervención social en la emergencia humanitaria de la Frontera Sur de España se caracteriza por una gestión integral y personalizada de diversos programas sociales dirigidos a la población migrante, donde las trabajadoras y los trabajadores sociales desempeñan un papel fundamental que va más allá de la simple prestación de servicios. Su labor implica una convivencia laboral cercana y continua con personas migrantes, lo que les permite comprender profundamente sus necesidades, experiencias y vulnerabilidades. Estos profesionales no solo proporcionan apoyo en trámites y asistencia básica, sino que también acompañan a los y las migrantes en su vida cotidiana, estableciendo relaciones de confianza y respeto que facilitan una intervención más empática y efectiva, creando un entorno en el que los migrantes se sienten escuchados y apoyados durante su travesía. (ACNUR, 2024)

Entre los programas más relevantes en este ámbito se destacan el Programa de Protección Internacional y el Programa de Atención Humanitaria.

El Programa de Protección Internacional no solo cubre las necesidades básicas de los migrantes solicitantes de asilo y refugio, sino que también ofrece un acompañamiento jurídico que les guía en el proceso para obtener un permiso temporal de estancia en España. Este permiso se mantiene vigente hasta que el Ministerio del Interior determine su estatus de refugiado, conforme a la Ley 12/2009, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria (BOE, 2009). El permiso de estancia puede prorrogarse una vez finalice el programa si se cumplen los requisitos establecidos por la ley.

El Programa de Protección Internacional puede extenderse por más tiempo que el Programa de Atención Humanitaria, debido a los requisitos específicos y al proceso necesario para el reconocimiento y la concesión del estatus de refugiado.

En cambio, el Programa de Atención Humanitaria se centra en la respuesta inmediata a las situaciones de emergencia humanitaria. Este programa está diseñado para proporcionar asistencia rápida y efectiva a las personas migrantes que llegan a la Frontera Sur, asegurando que sus necesidades básicas sean satisfechas durante los primeros momen-

tos críticos de su llegada. Este programa es financiado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, y está dirigido por la Dirección General de Atención Humanitaria y del Sistema de Acogida de Protección Internacional. (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2023).

Tanto en el programa de Atención Humanitaria como en el de Asilo y Refugio, los/as trabajadores/as sociales realizan las funciones de evaluar las necesidades de las personas afectadas y proporcionar asistencia en materia de alojamiento, realizan informes sociales, gestión de acogida, trámites administrativos, participación comunitaria, itinerarios integrables, atenciones individuales y/o grupales, visitas domiciliarias, acompañamientos, detección de posibles víctimas de TRATA, mediación, alimentación, ropa, salud, educación, justificación de proyectos y memorias, empleo, coordinación con otras entidades o recursos, etc. (CEAR, 2017)

Ambos programas cuentan con la participación de un equipo multidisciplinar que no solo incluye a las y los trabajadoras/es sociales sino que también elaboran de manera activa educadoras/es sociales, psicólogas/os, abogadas/os, integradoras/es sociales, mediadoras/es interculturales, voluntarias/os, así como personal sanitario y cuerpos del Estado. Este equipo trabaja en conjunto para ofrecer una asistencia integral y efectiva a las personas migrantes, abordando sus diversas necesidades desde múltiples ángulos y garantizando su bienestar y seguridad mientras se encuentran en territorio español. (Cruz Roja Española, 2022).

Asimismo, el trabajo social realiza una intervención integral con menores no acompañados enfocada en su protección, acogida, integración social y educativa, y apoyo psicosocial en centros de menores o campamentos, ofreciendo así una atención básica, asesoramiento legal, y gestión en programas socioeducativos y futura formación laboral para facilitar su adaptación y bienestar en el país. (SAVE THE CHILDREN, 2024)

El trabajo interdisciplinar es fundamental en la emergencia humanitaria, implicando la colaboración entre estos diferentes profesionales para abordar de manera integral las necesidades de las personas migrantes en la convivencia personal, social y laboral. Este enfoque asegura una atención más efectiva y personalizada (Cruz Roja Española, 2022).

El dominio de varios idiomas es crucial para la comunicación efectiva con las personas migrantes, facilitando una atención más personalizada y efectiva en la convivencia laboral y en la acogida en centros de estancia. (Accem, 2021; CEAR, 2023).

Las nuevas tecnologías también juegan un papel significativo, permitiendo una mejor coordinación y seguimiento de los casos (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2023).

Las y los trabajadoras/es sociales deben adaptarse a un entorno dinámico, cambiante y estresante, lo que precisan formación continua, flexibilidad y la capacidad para manejar el estrés. La importancia de un entorno laboral saludable y sostenible es fundamental para su bienestar (Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, 2021).

3.1.3. Las trabajadoras Sociales – Mujeres en la intervención con migración. (el papel en Frontera Sur de España).

El Trabajo Social ha sido históricamente una profesión predominantemente gestionada por mujeres, mostrando una notable feminización, y se ve reflejado en cualquier contexto como es el de la Frontera Sur. En Andalucía, según los datos del Colegio de Trabajo Social de Málaga (2024) evidencian una disparidad significativa: 1,581 mujeres trabajadoras sociales frente a 202 hombres colegiados. Esta predominancia femenina subraya la influencia de roles de género tradicionalmente vinculados al cuidado y la asistencia. Además, pone de manifiesto estereotipos persistentes y el llamado “techo de cristal”, que revela desigualdades de género aún dentro de profesiones en las que las mujeres son mayoría, como es el caso del trabajo social (Rodríguez Miñón Sala, E.).

La interseccionalidad es esencial para comprender las experiencias de las trabajadoras sociales en la Frontera Sur. Este enfoque destaca cómo múltiples identidades—como género, etnicidad, clase social y estatus migratorio—interactúan y afectan tanto a las vidas de las personas migrantes como a las de las trabajadoras sociales. En un entorno tan complejo, las trabajadoras sociales deben navegar estas interseccionalidades para ofrecer intervenciones efectivas y culturalmente adaptadas, lo que requiere una comprensión profunda de las múltiples dimensiones que configuran las realidades de las personas que asisten (Hill Collins y Bilge, 2016).

La Frontera Sur de España es un punto crítico en el flujo migratorio hacia Europa desde África como hemos venido señalando. Aquí, las Trabajadoras Sociales se enfrentan con desafíos adicionales debido a políticas migratorias restrictivas que proyectan sexism, racismo institucional y condiciones de vida precarias para los y las migrantes (Informe Irídia y Novact, 2021-2022). La pandemia de COVID-19 ha exacerbado estas condiciones, destacando la necesidad urgente de políticas públicas centradas en la vulnerabilidad y los derechos humanos en las fronteras.

La intervención de las Trabajadoras Sociales en la Frontera Sur está guiada por un compromiso ético con los derechos humanos universales. Esto implica abogar por políticas migratorias justas, denunciar prácticas discriminatorias hacia las mujeres y promover la inclusión social de las y los migrantes vulnerables, especialmente las mujeres víctimas

de trata sexual y violencia de género, aunque esto puede llegar a verse proyectado en ellas. En definitiva, ofrecer refugio, comprensión y apoyo a estas mujeres con la asistencia de una trabajadora social femenina puede proporcionar un entorno más seguro y tranquilo, especialmente después de haber experimentado violencia patriarcal y sexual. (ACNUR, 2021). La aplicación de una perspectiva de género y una atención interseccional son cruciales para asegurar que las intervenciones sean equitativas y efectivas. De ahí la importancia de una protección institucional hacia las trabajadoras y una apuesta real y efectiva de organización saludables para todas las mujeres. Pérez Viejo, Lorenzo Gilsanz, & García-Castilla, (2022).

3.2 Los Riesgos Psicosociales de las Trabajadoras Sociales en la Emergencia Humanitaria Migratoria–Frontera Sur de España

En el contexto de la emergencia humanitaria migratoria en la Frontera Sur, los riesgos psicosociales que enfrentan las trabajadoras sociales son especialmente complejos y multidimensionales. Este análisis se estructura en tres áreas clave que destacan los desafíos y las necesidades específicas de estas profesionales. Primero, exploraremos los factores de riesgo psicosociales que afectan a las trabajadoras sociales en este entorno crítico, considerando cómo la alta carga emocional y la exposición a situaciones de vulnerabilidad extrema impactan su salud mental y física. A continuación, abordaremos cómo la perspectiva de género intensifica estos riesgos, analizando cómo la segregación laboral y la “doble presencia” influyen en la situación de las trabajadoras sociales, exacerbando el estrés y otros problemas psicosociales. Finalmente, discutiremos las estrategias de prevención necesarias para mitigar estos riesgos, enfocándonos en medidas prácticas y adaptadas a las condiciones específicas de la emergencia humanitaria, así como en el marco normativo que apoya la protección y el bienestar de las trabajadoras sociales. Esta estructura permitirá una comprensión integral de los desafíos y soluciones para mejorar las condiciones laborales y de salud en este entorno crítico.

3.2.1 Los Factores de Riesgo Psicosociales en el Trabajo Social y la Perspectiva de Género

Los riesgos psicosociales en el ámbito del trabajo social, particularmente en contextos de emergencia humanitaria como la Frontera Sur de Andalucía, representan una amenaza significativa para la salud integral de las trabajadoras sociales.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), estos riesgos se derivan principalmente de la combinación de factores organizacionales deficientes y las demandas extremas inherentes

al trabajo, como la alta carga emocional, la exposición a situaciones de sufrimiento humano y la insuficiencia de recursos para enfrentar los desafíos del entorno (OIT, 1987; INSST, 1997).

Para Cox y Griffiths (1996), “los riesgos psicosociales son los hechos, acontecimientos, situaciones o estado del organismo con una alta probabilidad de afectar a la salud del trabajador siendo el más común el estrés, cuyas consecuencias suelen ser importantes dependiendo de la vulnerabilidad de cada trabajador en particular” (p.210).

En el caso específico de las trabajadoras sociales que trabajan en la Frontera Sur, están constantemente expuestas a situaciones que implican un alto grado de responsabilidad social y ética, lo que pone a prueba su capacidad para manejar el estrés y la presión. La exposición continua a factores de vulnerabilidad y riesgos extremos, donde los derechos humanos están en peligro, aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental si no se tiene antes en cuenta los factores de riesgo a los que están expuestas. (Freudenberger, 1974; Maslach y Jackson, 1981).

La definición de estos factores de riesgo, según Cox y Griffiths (1996), abarca: “las características del entorno laboral, en gran medida de la organización del trabajo, que interaccionan con las características de los trabajadores cuya intensidad y/o frecuencia resulta en una probabilidad de causar daños a los trabajadores” (p.215).

El análisis de los factores psicosociales en el trabajo social no puede separarse de la perspectiva de género, ya que la segregación sexual en el ámbito laboral sigue siendo una realidad persistente (Gallardo Romero, 2023). Esta segregación se manifiesta en tres direcciones principales: la segregación horizontal, la segregación vertical y la segregación contractual, todas las cuales afectan directamente a las trabajadoras sociales que acentúan los factores de riesgos.

- **Segregación horizontal:** Esta forma de segregación implica que las mujeres están concentradas en sectores menos remunerados y de menor prestigio, mientras que los hombres dominan sectores más lucrativos y técnicos. Esta concentración en áreas feminizadas no solo limita las oportunidades económicas de las mujeres, sino que también aumenta su exposición a riesgos psicosociales específicos (López y Sánchez, 2023).
- **Segregación vertical:** Las mujeres, incluidas las trabajadoras sociales, suelen estar subrepresentadas en los niveles jerárquicos superiores dentro de las organizaciones. Esto significa que a menudo ocupan roles de menor responsabilidad y tienen menos oportunidades para avanzar a posiciones de liderazgo. Esta situación no solo perpetúa la desigualdad de género, sino que también las expone a un mayor

riesgo de estrés y burnout debido a la falta de reconocimiento y apoyo en sus roles (Álvarez, 2009).

- **Segregación contractual:** Las trabajadoras suelen tener contratos más precarios, como contratos temporales o a tiempo parcial, en comparación con sus compañeros masculinos, quienes a menudo disfrutan de contratos más estables e indefinidos. Esta inestabilidad laboral contribuye a un mayor nivel de inseguridad y estrés, lo que afecta negativamente su salud y bienestar (Dolores Vallelano y Rubio-Valdehita, 2019).

La “doble presencia” debe de acentuarse dentro de la segregación vertical como factor crucial para considerar en la evaluación de los riesgos psicosociales desde una perspectiva de género en el trabajo social. Este término se refiere a la situación en la que las mujeres deben cumplir con responsabilidades tanto en el ámbito laboral como en el doméstico, lo que incrementa significativamente su carga de trabajo y el estrés asociado. (Teresa Ramírez y Cota Elizalde, 2017). En el caso de las trabajadoras sociales, esta situación se ve agravada por la naturaleza de su trabajo, que a menudo involucra tareas de cuidado y apoyo emocional similares a las que realizan en el hogar, haciéndolas más susceptibles a sufrir estrés, ansiedad y otros trastornos psicosociales. Este fenómeno se ve agravado en contextos como la Frontera Sur, donde las condiciones de trabajo son particularmente desafiantes y la falta de apoyo institucional amplifica los riesgos (Gallardo Romero, 2023).

Asimismo, a la hora de analizar los factores de riesgos, nos encontramos con herramientas de evaluación como el método FPSICO 4.1, desarrollado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSHT, 2024), que ofrece un enfoque integral para la evaluación de los riesgos psicosociales en el entorno laboral. Este método destaca una serie de factores fundamentales que influyen en el bienestar de las personas trabajadoras y en la calidad del ambiente de trabajo.

Los factores de riesgo que destaca el método FPSICO 4.1 incluyen: el Tiempo de Trabajo, que analiza la organización de los horarios laborales y los períodos de descanso; la Autonomía, que se refiere a la capacidad de las personas para gestionar su ritmo de trabajo y tomar decisiones sobre sus tareas; y la Carga de Trabajo, que examina las presiones y demandas asociadas con la cantidad y complejidad del trabajo. También se consideran las Demandas Psicológicas, que abarcan las exigencias cognitivas y emocionales del puesto; la Variedad y Contenido del Trabajo, que explora la diversidad y el significado de las tareas realizadas; y la Participación y Supervisión, que investiga el grado de implicación en la toma de decisiones y la calidad de la supervisión recibida. Además, se

evalúan el Interés por el Trabajador y Compensación, que analiza las oportunidades de desarrollo profesional y la satisfacción con la compensación recibida; el Desempeño de Rol, que aborda la claridad en las tareas y posibles conflictos de rol; y las Relaciones y Apoyo Social, que examina la calidad del apoyo social y la presencia de conflictos interpersonales (INSHT, 2024).

3.2.2 Los Riesgos Psicosociales en el Trabajo Social y la Perspectiva Transversal de Género

Los riesgos psicosociales en el trabajo social pueden tener un impacto negativo significativo en la salud física, psicológica y social de las trabajadoras. Entre los factores más comunes como hemos citado en el anterior párrafo, se encuentran la sobrecarga laboral, la falta de flexibilidad horaria, el trabajo durante fines de semana, la dificultad para conciliar la vida laboral y personal, la falta de control sobre el trabajo, la escasez de apoyo social en el entorno laboral, el sexismo y la ambigüedad en los roles, entre otros factores característicos del sector (Cooper, 1998; Karasek, 1989).

En cuanto al principal tema en cuestión, que son los riesgos psicosociales, el estrés, identificado por la OIT está representado como uno de los principales riesgos, se presenta cuando existe un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles para gestionarlas, lo que puede tener graves consecuencias para la salud (OIT, 1987). La situación de las trabajadoras sociales es particularmente crítica debido a la intensa carga emocional inherente a su labor. Vázquez (2012). La exposición constante a situaciones de sufrimiento, pobreza y riesgo extremo, junto con la falta de recursos y apoyo institucional, incrementa significativamente el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos (Bennet, Evans y Tattersall, 1993). Diversos estudios indican que el 72% de las trabajadoras sociales experimentan altos niveles de estrés, ansiedad y depresión debido a la carga laboral y las condiciones adversas en las que se desempeñan (Caughey, 1996; Balloch, Pahl y McLean, 1998).

La perspectiva de género añade una dimensión adicional a estos riesgos para las mujeres. Las trabajadoras sociales no solo enfrentan las presiones inherentes a su labor, sino que también, debido a las condiciones a las que están expuestas y a la vulnerabilidad en entornos donde los derechos humanos pueden no estar plenamente garantizados, deben lidiar con problemas como la discriminación de género, el acoso sexual, el mobbing, el acoso laboral, el burnout, la falta de igualdad de oportunidades y violencia en el entorno laboral (Pérez del Río, 2007; Aveiga Macay & Ponce Figueroa, 2019).

Las trabajadoras sociales son especialmente susceptibles a desarrollar el síndrome de burnout, conocido como el “síndrome del trabajador/a quemado/a”, debido a la “do-

ble carga” que pueden llegar a enfrentar, que incluye tanto el trabajo remunerado en el cuidado de personas como las responsabilidades no remuneradas en el hogar debido a los roles de género todavía existentes. (Söderfeldt et al., 1995; Tereso Ramírez y Cota Elizalde, 2017).

Estos riesgos no solo incrementan la presión sobre las trabajadoras, sino que también subrayan la urgente necesidad de implementar medidas efectivas de prevención de riesgos psicosociales para proteger su bienestar (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, 2019).

3.2.3 La Prevención de los Riesgos Psicosociales de las Trabajadoras Sociales en Emergencia Humanitaria, Frontera Sur

La prevención de los riesgos psicosociales en el ámbito del trabajo social, especialmente en contextos de emergencia humanitaria como la Frontera Sur, requiere un enfoque integral que considere tanto las condiciones laborales como las necesidades específicas de las trabajadoras sociales. Según la Guía para la Acción Preventiva y Evaluación de Riesgos del Ministerio de Trabajo y el INSST, es fundamental identificar y abordar factores como la calidad del liderazgo, el apoyo social en el entorno laboral, el manejo del estrés crónico y los problemas en la interacción con los usuarios (INSST, 2021).

Las medidas preventivas deben incluir la evaluación continua de las condiciones laborales y la formación regular en la identificación y gestión de riesgos psicosociales. Es esencial proporcionar apoyo psicológico y emocional a las trabajadoras sociales, así como desarrollar políticas de bienestar que promuevan un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal (INSST, 2021). En el contexto de la Frontera Sur, estas medidas deben adaptarse a las particularidades del entorno, proporcionando formación especializada y apoyo adaptado a las circunstancias extremas a las que se enfrentan estas profesionales.

La legislación española, a través de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, establece un marco normativo que protege a las trabajadoras frente a los riesgos psicosociales. Estas leyes requieren que las organizaciones no solo identifiquen y controlen estos riesgos, sino que también promuevan la igualdad de oportunidades y prevengan el acoso sexual y por razón de sexo (BOE, 1995; BOE, 2007). La Ley 10/2021 de Prevención de Riesgos Psicosociales proporciona directrices específicas para abordar estos riesgos, contribuyendo a la creación de un entorno laboral más seguro y saludable (BOE, 2021).

En definitiva, la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo social en contextos de emergencia humanitaria como la Frontera Sur requiere una acción coordinada que integre tanto la formación y el apoyo psicológico como la adaptación de las políticas laborales a las condiciones específicas del entorno. Solo a través de un enfoque integral que considere la perspectiva de género y las condiciones extremas del trabajo en estas áreas, se podrá proteger efectivamente la salud y el bienestar de las trabajadoras sociales (INSST, 2021).

3.3. La Salud Mental en el centro del Trabajo Social

La salud mental en el campo del Trabajo Social debe ocupar una posición central, subrayando la importancia de que las organizaciones empleadoras prioricen el bienestar de las trabajadoras sociales. Esta priorización es crucial para garantizar una intervención y gestión del trabajo con alta calidad y eficacia. Además, es fundamental integrar un enfoque transversal que considere los Derechos Humanos, los derechos de las mujeres y la salud mental, especialmente en contextos críticos como el de la frontera sur. El análisis de este punto incluye la influencia de factores como la sobrecarga laboral, la falta de recursos y la perspectiva de género, destacando la necesidad de implementar medidas efectivas, como los Planes de Igualdad y estrategias para promover organizaciones saludables.

3.3.1. La Salud Mental prioridad en la intervención, la gestión y la organización en Emergencia Humanitaria en Frontera Sur española.

La Organización Mundial de la Salud (2024) define la salud mental como “un estado de bienestar en el que una persona es capaz de enfrentar el estrés cotidiano, desarrollar sus habilidades, aprender y trabajar de manera efectiva, así como integrarse adecuadamente en su entorno social.”

La salud mental es un componente fundamental del bienestar general para la capacidad de gestionar el estrés, junto con el desarrollo personal y profesional. Organización mundial de la salud (2024).

Los riesgos psicosociales, la falta de apoyo institucional y la carencia de organizaciones saludables agravan considerablemente los desafíos que enfrentan las profesionales del trabajo social en la Frontera Sur. A pesar de la importancia de su profesión en un contexto de extrema vulnerabilidad y crisis migratoria, a menudo carecen de recursos adecuados, reconocimiento institucional y de recursos para sobrellevar el estrés. Esta falta de respaldo pone de relieve la necesidad urgente de que las organizaciones y las

instituciones revisen y cumplan con las normativas de Prevención de Riesgos Laborales, asegurando los recursos necesarios para proteger la salud mental de su personal (Cárdenas et al., 2023; Sánchez-Silva, 2021).

La pandemia de COVID-19 intensificó los problemas de salud mental, incrementando los niveles de ansiedad y depresión tanto entre las personas migrantes como entre las profesionales que trabajan en la Frontera Sur. OMS (2022). La incertidumbre y la carga adicional que trajo consigo esta crisis sanitaria, junto con las políticas restrictivas y la elevada demanda de atención en áreas críticas como Ceuta, Melilla, las costas andaluzas y, más recientemente, el auge en Canarias, han agravado aún más la situación. Muchas y muchos profesionales se han encontrado sin los recursos necesarios para gestionar el estrés y el trauma continuos durante la última década (García, 2022).

Según un informe de Umivale Activa y el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie), el coste de las bajas laborales en España ha superado los 17.000 millones de euros anuales, lo que representa el 1,4% del PIB español (El Independiente, 2023). Los datos de la Seguridad Social muestran que, hasta octubre de 2023, las bajas laborales mensuales aumentaron un 20% en comparación con el año anterior, lo que refleja la gravedad de la situación (The Objective, 2023). Aproximadamente el 15% de estas bajas están relacionadas con problemas de salud mental, como el estrés, la ansiedad y la depresión, exacerbados por factores como el teletrabajo, que puede aumentar el aislamiento y dificultar la separación entre la vida laboral y personal (Cinco Días, 2023). Además, el acoso laboral y sexual hacia las mujeres contribuye significativamente al deterioro de su salud mental, elevando el riesgo de absentismo y de bajas prolongadas.

3.3.2. Los Derechos Humanos, Derechos de la Mujeres Trabajadoras y Salud Mental en el marco frontera sur.

Diversas investigaciones llevadas a cabo por organizaciones como la APDH, Amnistía Internacional, CEAR y Cruz Roja han puesto en evidencia que la Frontera Sur de España es el escenario de graves violaciones de derechos humanos, que afectan tanto a las personas migrantes como a las profesionales que laboran en estas regiones. Estas entidades han denunciado el uso desproporcionado de la fuerza en varias situaciones a lo largo de la última década. Entre los incidentes más traumáticos se encuentra la tragedia del Tarajal en Ceuta en 2014, en la que catorce personas migrantes murieron presuntamente a causa de la intervención de las autoridades (Human Rights Watch, 2014). Otro evento relevante es el incidente del 26 de junio de 2022 en Melilla, donde se alegó que agentes estatales emplearon fuerza física durante un intento de cruce fronterizo. Además, la crisis migratoria de 2018 se destacó por la llegada masiva de miles de personas a Canarias y

al estrecho de Gibraltar en un solo mes (La Voz de Galicia, 2018). O en el 2021, entre otros, el salto fronterizo de aproximadamente 8,000 migrantes, en su mayoría menores, en la valla de Ceuta, llevó a la activación de todos los protocolos de emergencia humanitaria en España (CEAR, 2021; Amnistía Internacional, 2022).

Estas tragedias no solo afectan profundamente a las personas migrantes, sino que también impactan directamente en los y las profesionales que presencian estas situaciones. Además, se han documentado numerosos casos de devoluciones en caliente al territorio marroquí, lo que representa una doble injusticia: para las personas migrantes y para las profesionales del trabajo social que luchan por defender los derechos humanos en un entorno cada vez más hostil y peligroso (Medicus Mundi, 2021).

Es crucial recordar que todos y todas merecemos la salvaguarda y garantía de los derechos humanos, incluyendo el derecho a vivir sin violencia ni discriminación, a gozar de buena salud física y mental, a acceder a educación, a la propiedad, al voto, a una vivienda adecuada y a un trabajo digno, entre otros derechos fundamentales (Amnesty International, 2024). No obstante, estos derechos a menudo se ven vulnerados, y la desigualdad de género persiste como un grave problema, afectando especialmente a los derechos de mujeres y niñas. Esta desigualdad se manifiesta en diversas formas, como la violencia de género, doméstica y sexual, la disparidad salarial, la falta de acceso a educación y atención sanitaria, así como en la carencia de oportunidades. Estos problemas también tienen un impacto significativo en el ámbito laboral.

Los Derechos Humanos deben de ofrecer un marco universal para proteger y promover la dignidad y el bienestar de todas las personas, incluyendo los derechos específicos de las mujeres trabajadoras y la salud mental. Normativas como la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad Efectiva y la Ley 10/2022 refuerzan estos derechos, asegurando igualdad de oportunidades, condiciones laborales justas y protección contra la discriminación y el acoso en el ámbito laboral (Ley Orgánica 3/2007, 2007; Ley 10/2022, 2022).

En el caso del trabajo social, un entorno laboral que respete estos derechos puede reducir el estrés y la ansiedad, mejorando la salud mental de las mujeres trabajadoras (Organización Mundial de la Salud, 2013; Ministerio de Igualdad, 2022). La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que un entorno de trabajo saludable y programas de bienestar son cruciales para prevenir problemas de salud mental a largo plazo (OMS, 2020).

La integración de los derechos humanos, los derechos de las mujeres, derechos de las mujeres trabajadoras y la salud mental requiere un enfoque interdisciplinario que incluya políticas de apoyo psicológico y emocional, garantizando un entorno laboral seguro y equitativo que promueva el bienestar de todas para la vida digna. (Human Rights Watch, 2022).

3.3.3. El reto de las Organizaciones Saludables y la Salud de las Trabajadoras sociales.

Los entornos profesionales caracterizados por niveles elevados de estrés crónico, como los asociados con la intervención en emergencias humanitarias y el trabajo social, así como aquellos marcados por la precariedad laboral, presentan una problemática significativa. Esta situación tiene consecuencias graves tanto para las organizaciones como para sus empleados/as.

La necesidad urgente de que las organizaciones, entidades sociales y gobiernos implementen medidas para promover un entorno de trabajo saludable es real, especialmente en contextos de alta presión laboral como es el marco de Frontera sur. Esto es crucial para apoyar el bienestar psicosocial de los trabajadores, y más concretamente, las trabajadoras, quienes se enfrentan un doble desafío debido a la carga adicional de discriminación y desigualdad de género. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST, 2021)

Una organización saludable es aquella que no solo se enfoca en alcanzar altos niveles de rendimiento y eficacia laboral, sino que también se preocupa activamente por el bienestar integral de sus empleados. Esto significa que la organización implementa procesos de trabajo que favorecen la salud física, mental y social de sus trabajadores/as. La manera en que está estructurada y opera la organización tiene un impacto significativo en la salud de sus empleados/as, lo que a su vez afecta la efectividad y el éxito general de la organización. (Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson y McGrath, 2004).

De igual forma, la implementación de Planes de Igualdad en pequeñas y grandes empresas es esencial para eliminar la discriminación de género y garantizar igualdad de oportunidades laborales y esto también se debe de desarrollar en las entidades sociales. Los Planes de Igualdad son fundamentales para promover la equidad en el ámbito laboral, aunque aún queda un largo camino por recorrer. Antes de crear un Plan de Igualdad, es crucial comprender la situación actual de la empresa en términos de igualdad de género. Esto incluye la revisión de datos sobre empleo, salarios, promociones y otras métricas relevantes. La dirección debe comprometerse y liderar el proceso de implementación, ya que el apoyo desde la alta dirección es esencial para garantizar la asignación de recursos y la participación en todos los niveles de la organización. (Merino San Cristan, N. 2023)

Los planes de igualdad, muy necesarios en las ONGs y entidades sociales que luchan por los derechos humanos, favorecen a la extinción de los riesgos psicosociales a los que están expuestos diariamente sus trabajadores/as, modelos de trabajo enfocados en la creación de organizaciones saludables. Estos modelos buscan estructurar procesos que generen consecuencias positivas en el entorno laboral, como es el caso del método HERO (Healthy and Resilient Organization, 2012).

Este método propone tres elementos clave: 1) Recursos y prácticas para fomentar organizaciones saludables; 2) Empleados saludables; y 3) Resultados organizacionales saludables. Bajo el elevado riesgo que enfrentan las trabajadoras sociales, especialmente el estrés continuo derivado de trabajar en entornos vulnerables como las emergencias humanitarias, es fundamental implantar estas medidas. (HERO, 2012)

El valor de las organizaciones saludables, su capacidad para crecer y competir en el futuro se tiene que centrar en una serie de áreas cruciales: la estabilidad de los recursos económicos y materiales, planes de igualdad, el desarrollo tecnológico, y el valor intangible aportado por las personas dentro de la organización. En este contexto, la salud laboral debe convertirse en un factor estratégico para desarrollar el talento y contar con equipos comprometidos y emocionalmente positivos para realizar así su labor de forma óptima. (Enclave Social, 2024)

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Este punto presenta la hipótesis y los objetivos de la investigación sobre los riesgos psicosociales en el Trabajo Social en la Frontera Sur de España.

4.1 Hipótesis de investigación:

➤ La sensibilización y la implementación de estrategias para la prevención de riesgos psicosociales en el ámbito del Trabajo Social, junto con la transformación de las entidades sociales en Organizaciones Saludables, contribuyen significativamente a la promoción de la salud mental y el bienestar de las mujeres trabajadoras sociales que operan en el ámbito de migraciones en la Frontera Sur de España.

4.2 Objetivos:

- General:
 1. Analizar los riesgos psicosociales de las Trabajadoras Sociales en ámbitos migratorios y fronterizos.
 2. Visibilizar el testimonio de las Trabajadoras sociales del ámbito de las migraciones frontera Sur.
- Específicos:

Objetivos específicos sobre el marco teórico:

- 1.1 Conocer el contexto migratorio específico de la Frontera Sur de España.
- 1.2 Analizar la intervención social realizada por las trabajadoras sociales en esta región.
- 1.3 Explorar los riesgos psicosociales que enfrentan las trabajadoras sociales en el ámbito de las migraciones en la Frontera Sur.
- 1.4 Identificar factores de riesgo específicos y sus implicaciones.
- 1.5 Conocer las normativas vigentes relacionadas con la prevención de riesgos psicosociales en el ámbito del Trabajo Social.
- 1.6 Examinar cómo estas normativas se aplican y su efectividad en la práctica.
- 1.7 Analizar los retos que enfrentan las entidades sociales en cuanto a la salud mental de sus trabajadoras sociales.
- 1.8 Examinar cómo la transformación en organizaciones saludables puede mejorar el bienestar de las trabajadoras sociales.

Objetivos específicos sobre el estudio de caso:

- 2.1 Describir el testimonio de las trabajadoras sociales en la última década de la Frontera Sur de España.
- 2.2 Relacionar los testimonios con la prevención de riesgos psicosociales.
- 2.3 Platear retos e intervenciones para la mejora de la salud de las trabajadoras sociales.

5. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este proyecto de investigación, se ha adoptado una metodología mixta que integra diversas técnicas de recolección de datos para proporcionar una visión exhaustiva de los riesgos psicosociales a los que se enfrentan las trabajadoras sociales en la Frontera Sur de España.

En primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica y académica disponible sobre los riesgos psicosociales en el trabajo social y las condiciones laborales en contextos de emergencia humanitaria. Las fuentes clave consultadas incluyen estudios y publicaciones de instituciones reconocidas en materia de migración y derechos humanos, tales como ACNUR, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Colegio de Trabajo Social de Málaga, CEAR, Cruz Roja Española y la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, entre otras. Esta revisión ha permitido establecer un marco teórico sólido y una contextualización del problema dentro de la literatura existente.

Además, se han seleccionado estudios de caso representativos para analizar en profundidad las experiencias de las trabajadoras sociales en la Frontera Sur. Estos estudios

permiten identificar y contextualizar los riesgos psicosociales específicos y las estrategias de afrontamiento que utilizan las profesionales en su labor cotidiana, proporcionando una comprensión detallada de las situaciones individuales en este entorno.

La población diana como un perfil de muestra incluye a 10 trabajadoras sociales activas en zonas de alta presión migratoria como las costas andaluzas, Ceuta, Melilla y las Islas Canarias. Se ha considerado la diversidad en términos de edad, que va de los 22 a los 67 años, así como la experiencia laboral, el puesto de trabajo y la ubicación geográfica, con el fin de obtener una representación equilibrada y detallada de la población estudiada. Esta diversidad en la muestra contribuye a una mejor comprensión de cómo los riesgos psicosociales afectan a las trabajadoras sociales en diferentes etapas de su carrera y en distintos contextos geográficos de la Frontera Sur de España.

Para la recolección de datos cuantitativos, se ha utilizado el método ISTA FPSICO 4.1, validado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) en 2024. Esta herramienta consta de 44 preguntas, algunas de ellas con opciones múltiples, lo que eleva el número total de ítems a 89. Esto permite una evaluación precisa de los niveles de riesgo psicosocial en el entorno laboral de las trabajadoras sociales. A través de este cuestionario estandarizado, se cuantifican aspectos críticos como la carga de trabajo, la autonomía, las demandas psicológicas y las relaciones interpersonales, proporcionando datos detallados sobre los riesgos específicos a los que están expuestas las trabajadoras sociales en su día a día.

La combinación de métodos tanto cualitativos como cuantitativos nos permite reunir diferentes tipos de información que se complementan entre sí, haciendo que los resultados del estudio sean más sólidos y detallados. Por un lado, la revisión de la literatura nos da una base teórica y nos ayuda a entender mejor el problema. Los estudios de caso nos permiten ver de cerca las experiencias individuales de las trabajadoras sociales, mientras que las encuestas nos ayudan a medir los riesgos a los que se enfrentan y a encontrar patrones comunes en sus experiencias. Al combinar todos estos enfoques, no solo aportamos conocimiento al ámbito académico, sino que también podemos proponer soluciones prácticas para mejorar las condiciones laborales de las trabajadoras sociales que trabajan en contextos de migración y emergencias humanitarias.

6. ESTUDIO DE CASOS

El estudio de caso se enfoca en un grupo específico de 10 trabajadoras sociales que trabajan en la Frontera Sur de España, una región que incluye áreas de alta presión migratoria como la costa andaluza (Málaga-Almería, Cádiz-Campo de Gibraltar), Ceuta,

Melilla y las Islas Canarias. Estas trabajadoras desempeñan un papel fundamental en la acogida y atención de migrantes en condiciones extremadamente difíciles.

Perfil de las participantes:

- Rango de edades: Las participantes tienen edades comprendidas entre 22 y 67 años, lo que permite analizar cómo los riesgos psicosociales impactan a diferentes generaciones dentro de la misma profesión.
 - Distribución de edades:
 - 22 a 30 años: 2 trabajadoras
 - 31 a 40 años: 3 trabajadoras
 - 41 a 50 años: 2 trabajadoras
 - 51 a 60 años: 2 trabajadoras
 - 61 a 67 años: 1 trabajadora
 - Años de experiencia laboral en trabajo social:
 - 1 a 5 años: 3 trabajadoras (30%)
 - 6 a 10 años: 2 trabajadoras (20%)
 - 11 a 20 años: 3 trabajadoras (30%)
 - Más de 20 años: 2 trabajadoras (20%)
 - Zona fronteriza del desempeño profesional:
 - Andalucía: 4 trabajadoras (40%)
 - Canarias: 3 trabajadoras (30%)
 - Ceuta: 2 trabajadoras (20%)
 - Melilla: 1 trabajadora (10%)

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7.1. Resultados

Este informe presenta los resultados de una evaluación de riesgos psicosociales llevada a cabo con 10 trabajadoras sociales que operan en la Frontera Sur de España, abarcando la costa andaluza (Málaga-Almería, Cádiz-Campo de Gibraltar), Ceuta, Melilla y Canarias. Las participantes tienen edades comprendidas entre 22 y 67 años. La evaluación se realizó utilizando el método FPSICO 4.1 del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSHT).

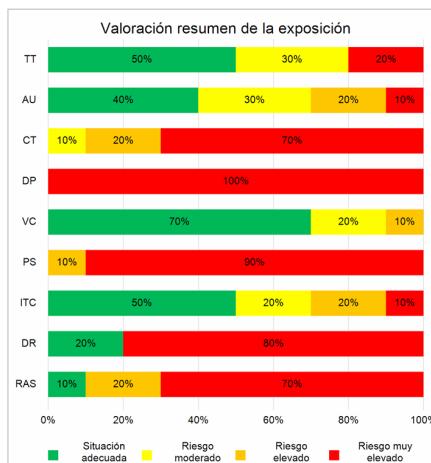
La evaluación del método FPSICO 4.1 mide nueve factores clave para evaluar los riesgos psicosociales en el entorno laboral. Estos factores son: Tiempo de Trabajo (TT), Autonomía (AU), Carga de Trabajo (CT), Demandas Psicológicas (DP), Variedad/Contenidos

do (VC), Participación/Supervisión (PS), Interés por el Trabajador/Compensación (ITC), Desempeño de Rol (DR) y Relaciones y Apoyo Social (RAS). Estos factores permiten una evaluación integral de los riesgos psicosociales que pueden afectar la salud y el bienestar de los trabajadores.

El análisis revela diversos aspectos relacionados con la carga de trabajo, la autonomía, las relaciones interpersonales y los riesgos psicosociales entre las trabajadoras. La mayoría enfrenta una carga de trabajo considerable y niveles de autonomía que varían, aunque predominan la autonomía moderada. Las relaciones interpersonales en el entorno laboral son un desafío, con muchas trabajadoras percibiendo un apoyo social insuficiente y experimentando conflictos laborales con diferentes frecuencias. Además, el estrés y el burnout son preocupaciones significativas, lo que sugiere la necesidad de mejoras en el entorno laboral para optimizar el bienestar de las trabajadoras y reducir los riesgos psicosociales.

– Resultados Principales por Factor de Riesgo:

1.1 Gráfico valoración resumen de los principales Factores de Riesgo



El gráfico refleja que las trabajadoras sociales que operan en la Frontera Sur España enfrentan riesgos psicosociales significativos, especialmente en las Demandas Psicológicas, donde el 100% está en riesgo muy elevado. Otros factores con alto riesgo incluyen la Carga de Trabajo (70% en riesgo muy elevado), Participación/Supervisión (90% en riesgo muy elevado), Desempeño de Rol (80% en riesgo muy elevado), y Relaciones y Apoyo

Social (70% en riesgo muy elevado). En contraste, factores como el Tiempo de Trabajo y la Autonomía presentan una situación más equilibrada, con un 50% y 40% de las trabajadoras en una situación adecuada, respectivamente. Sin embargo, la mayoría de los factores críticos requieren intervención urgente debido a los elevados niveles de riesgo identificados.

1. Tiempo de Trabajo

- Horarios Laborales:
 - o El 20% de las trabajadoras indica que trabaja los sábados siempre o casi siempre, mientras que un 40% nunca lo hace.
 - o Respecto a los domingos y festivos, el 50% no trabaja nunca, pero un 10% lo hace siempre o casi siempre.
- Descanso Semanal:
 - o Un 50% de las trabajadoras dispone de al menos 48 horas consecutivas de descanso semanal “a veces”, lo cual sugiere que hay un riesgo moderado en la organización del tiempo de trabajo.
- Compatibilidad Vida Laboral y Personal:
 - o Solo el 20% de las trabajadoras siempre puede compaginar su horario laboral con su vida social y familiar, lo que indica una exposición significativa a riesgos psicosociales debido a la falta de conciliación.

1.2 Gráfico tiempo de trabajo



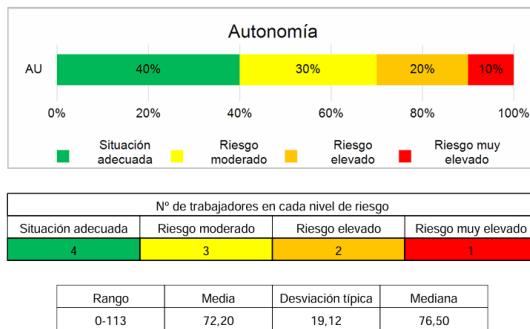
INFORME AGRUPADO. ESTUDIO: ERP_Agrupado_RIESGOS PSICOSOCIALES EN FRONTERA SUR ESPAÑA TRABAJADORA SOCIALES
Unidad de análisis: Todas

Nº de trabajadores en cada nivel de riesgo			
Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
5	3	0	2
Rango	Media	Desviación típica	Mediana
0-37	15,20	12,40	15,50

2. Autonomía

- Autonomía Temporal:
 - El 80% de las trabajadoras solo a veces puede decidir sobre su ritmo de trabajo, y un 30% nunca puede detener su trabajo para realizar una pausa cuando lo necesita.
- Autonomía Decisional:
 - Solo un 30% puede decidir “a menudo” sobre las tareas que realiza. Además, el 40% nunca tiene control sobre la calidad de su trabajo, y un 30% nunca puede resolver incidencias en su trabajo de manera autónoma.
- Nivel de Riesgo:
 - La mayoría de las trabajadoras está en niveles de riesgo moderado o elevado debido a la falta de autonomía, tanto temporal como decisional.

1.3 Gráfico Autonomía

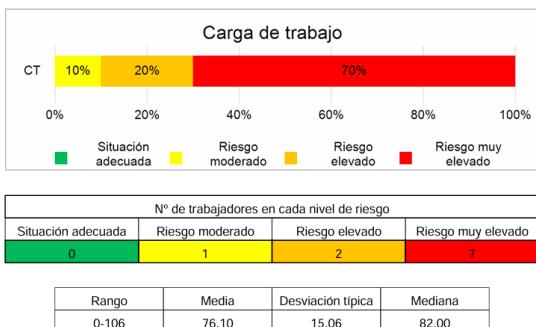


3. Carga de Trabajo

- Presiones de Tiempo:
 - El 90% de las trabajadoras reporta que siempre o casi siempre deben acelerar el ritmo de trabajo, y el 60% considera que su carga de trabajo es excesiva.
 - Además, un 70% señala que debe atender a múltiples tareas simultáneamente, y que las interrupciones frecuentes afectan seriamente su desempeño.
- Esfuerzo Cognitivo:
 - El trabajo requiere un alto nivel de atención y esfuerzo cognitivo, con un 70% que describe la demanda atencional como “muy alta”.

- Cantidad y Dificultad de la Tarea:
 - o La cantidad de trabajo es percibida como elevada o excesiva por la totalidad de las trabajadoras, y el 60% encuentra su trabajo complicado o difícil.
- Nivel de Riesgo:
 - o Un alto porcentaje de trabajadoras se encuentra en riesgo elevado o muy elevado debido a la carga de trabajo excesiva y las demandas cognitivas y atencionales.

1.4 Gráfico carga de trabajo



4. Demandas Psicológicas

- Exigencias Cognitivas:
 - o El 100% de las trabajadoras debe tomar iniciativas constantemente, y un 90% necesita adaptarse a nuevas situaciones y ser creativo en su trabajo.
- Exigencias Emocionales:
 - o El 90% de las trabajadoras siempre trata directamente con personas ajenas a su entorno laboral (clientes, pacientes), lo que incrementa la demanda emocional.
 - o Además, un 80% tiene que ocultar sus emociones ante sus superiores, y el 60% ante sus compañeros.
- Impacto Emocional:
 - o Todas las trabajadoras están expuestas a situaciones de alto impacto emocional de forma constante, lo que contribuye a un nivel de riesgo muy elevado en este factor.

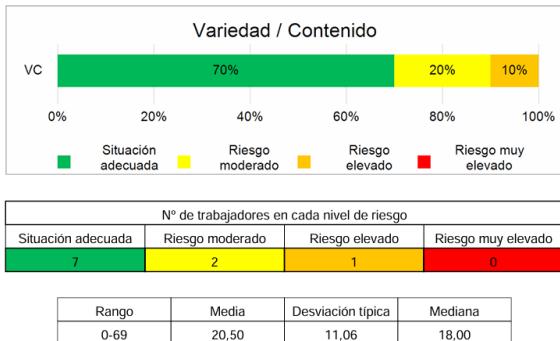
1.5 Gráfico demandas psicológicas



5. Variedad y Contenido del Trabajo

- **Rutina y Significado:**
 - o El 70% considera que su trabajo no es rutinario, y la mayoría cree que sus tareas tienen sentido y contribuyen significativamente a la empresa.
- **Reconocimiento:**
 - o Sin embargo, solo el 20% se siente adecuadamente reconocido por sus superiores, y un 50% siente que su trabajo es muy importante para la empresa.
- **Nivel de Riesgo:**
 - o A pesar de la percepción positiva sobre la variedad y contenido, la falta de reconocimiento adecuado genera un riesgo moderado en este factor.

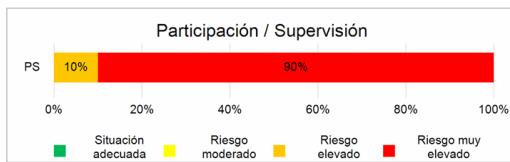
1.6 Gráfico variedad / Contenido



6. Participación y Supervisión

- Participación en Decisiones:
 - o Un 60% de las trabajadoras no tiene ninguna participación en la introducción de cambios en su trabajo, y un 50% recibe solo información sin posibilidad de intervenir en decisiones relevantes.
- Supervisión:
 - o La supervisión es percibida como insuficiente o excesiva en aspectos clave como el ritmo y calidad del trabajo. Un 40% considera la supervisión inadecuada.
- Nivel de Riesgo:
 - o Las trabajadoras se encuentran en niveles de riesgo muy elevado debido a la escasa participación en decisiones y la percepción de una supervisión ineficaz.

1.7 Gráfico participación / Supervisión



INFORME AGRUPADO. ESTUDIO: ERP_Agrupado_RIESGOS PSICOSOCIALES EN FRONTERA SUR ESPAÑA TRABAJADORA SOCIALES
Unidad de análisis: Todas

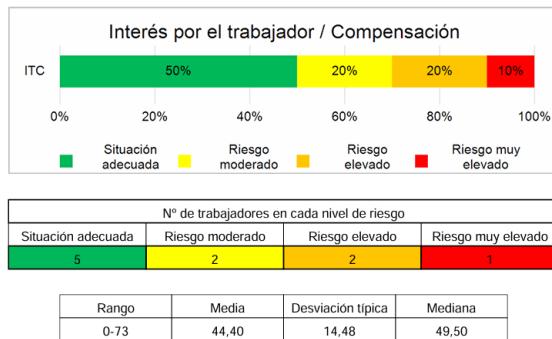
Nº de trabajadores en cada nivel de riesgo			
Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
0	0	1	9

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
4-87	55,40	14,97	53,50

7. Interés por el Trabajador y Compensación

- Formación y Promoción:
 - o La mayoría considera que la información sobre formación y promoción es insuficiente, y un 30% siente que no existe posibilidad de desarrollo profesional.
- Compensación:
 - o Un 50% está insatisfecho con su salario, y el 30% considera que la correspondencia entre esfuerzo y recompensas es insuficiente.
- Nivel de Riesgo:
 - o Existe un riesgo moderado a elevado en este factor debido a la insatisfacción con la compensación y la falta de oportunidades de desarrollo.

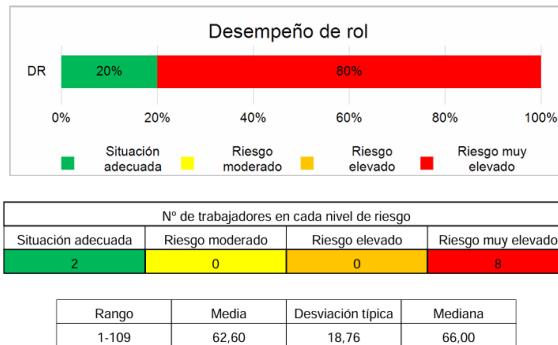
1.8 Gráfico interés por el trabajador / Compensación



8. Desempeño de Rol

- Claridad en las Tareas:
 - o El 70% de las trabajadoras considera que la información sobre la cantidad, calidad y tiempos de trabajo es poco clara, lo que provoca ambigüedad en su rol.
- Conflictos de Rol:
 - o Un 60% reporta recibir instrucciones contradictorias, y un 80% señala que a veces se le asignan tareas sin los recursos necesarios para realizarlas.
- Nivel de Riesgo:
 - o Este factor presenta un riesgo muy elevado debido a la ambigüedad y los conflictos en la definición de roles y responsabilidades.

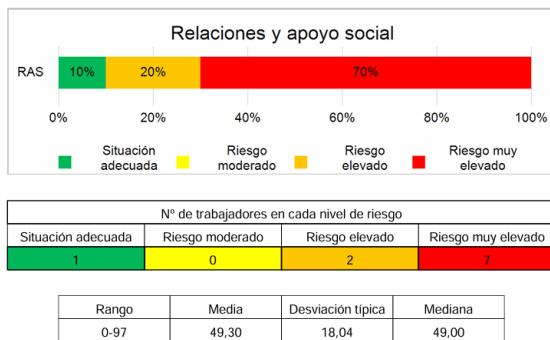
1.9 Gráfico desempeño de rol



9. Relaciones y Apoyo Social

- Conflictos Interpersonales:
 - o Las trabajadoras reportan una exposición significativa a conflictos interpersonales, con situaciones de violencia psicológica y discriminación presentes en su entorno laboral.
- Apoyo Social:
 - o El apoyo social es limitado, y la calidad de las relaciones con jefes y compañeros no es adecuada en muchos casos.
- Nivel de Riesgo:
 - o Las relaciones y el apoyo social representan un riesgo elevado para la salud psicosocial de las trabajadoras debido a la falta de apoyo y la presencia de conflictos.

1.10 Gráfico relaciones y apoyo social



7.2 Discusión

La evaluación realizada a través del método FPSICO validado por el INSST (2024) a las trabajadoras sociales en la frontera sur de España revela la presencia de múltiples riesgos psicosociales que pueden afectar de manera significativa su bienestar físico, emocional y social. A continuación, se exponen las conclusiones detalladas basadas en los resultados obtenidos:

– *Sobrecarga de Trabajo y Exigencias Psicológicas.*

Las trabajadoras sociales están sometidas a una carga de trabajo excesiva, con el 90% de ellas reportando la necesidad de acelerar el ritmo de trabajo constantemente y el 70% calificando su carga laboral como “excesiva”. Esta situación se ve agravada por las altas demandas psicológicas que caracterizan su labor. Las exigencias cognitivas y emocionales, tales como la necesidad constante de tomar iniciativas, adaptarse a nuevas situaciones y manejar interacciones emocionales complejas, colocan a este colectivo en un nivel de riesgo muy elevado. La combinación de estos factores no solo incrementa la posibilidad de desarrollar estrés y agotamiento, sino que también impacta negativamente en la calidad del servicio prestado. Su contacto constante con situaciones de sufrimiento, pobreza y alto riesgo, sumado a la escasez de recursos y al insuficiente apoyo institucional, aumenta considerablemente la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos (Bennet, Evans y Tattersall, 1993).

– *Falta de Autonomía en la Toma de Decisiones.*

En la frontera sur de España y según los resultados de la muestra, las trabajadoras sociales enfrentan una notable falta de autonomía en su entorno laboral, lo que limita su control sobre aspectos cruciales como el ritmo de trabajo, la distribución de tareas y la resolución de incidencias. Esta restricción en la toma de decisiones no solo disminuye la satisfacción laboral, sino que también puede afectar negativamente la efectividad en la prestación de servicios, ya que las trabajadoras no pueden ajustar sus funciones a las necesidades cambiantes del entorno. Para que una organización sea considerada saludable, debe centrarse no solo en alcanzar altos niveles de rendimiento y eficacia, sino también en promover el bienestar integral de sus empleados. Esto implica implementar procesos que favorezcan la integridad personal, el reconocimiento y el estatus, así como la salud física, mental y social de los empleados. De este modo, se influye positivamente en la efectividad y el éxito general de la organización (Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson, & McGrath, 2004).

– *Inadecuada Organización del Tiempo de Trabajo.*

El informe destaca que las condiciones relacionadas con el tiempo de trabajo también son inadecuadas. Aunque no todas las trabajadoras trabajan regularmente los fines de semana, una proporción significativa no siempre dispone de un descanso semanal adecuado, y solo el 20% puede compaginar satisfactoriamente su horario laboral con su vida personal. Esto sugiere un riesgo moderado que, aunque no es el más elevado en comparación con otros factores, contribuye al estrés general y dificulta el equilibrio en-

tre la vida laboral y personal, identificado por la OIT como uno de los principales riesgos, se presenta cuando existe un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles para gestionarlas, lo que puede tener graves consecuencias para la salud (OIT, 1987).

– *Deficiencias en la Participación y Supervisión.*

En la frontera sur de España, las trabajadoras sociales de la muestra, enfrentan un entorno laboral en el que su participación en la toma de decisiones que afectan su trabajo diario es mínima o inexistente. Muchas reportan una implicación limitada en la implementación de cambios en equipos, métodos de trabajo y decisiones organizativas clave. Esta falta de inclusión, junto con una supervisión que a menudo es percibida como insuficiente o excesiva, genera una sensación de descontrol y desmotivación, elevando significativamente los riesgos psicosociales en su labor. La combinación de escaso control sobre cómo desempeñan sus tareas y la falta de apoyo social contribuye al sentimiento de aislamiento y malestar. Además, factores como el sexismo, la ambigüedad en la definición de roles y responsabilidades, y un entorno laboral poco claro agravan este clima negativo, afectando tanto la moral como la eficiencia en el trabajo. Estas condiciones no solo complican la conciliación de la vida laboral y personal, sino que también incrementan la probabilidad de problemas graves como el burnout, la discriminación de género, el mobbing y el acoso laboral (Cooper, 1998; Karasek, 1989).

– *Insatisfacción con la Compensación y Desarrollo Profesional.*

Las trabajadoras sociales de la muestra en Frontera Sur enfrentan una notable insatisfacción con respecto a sus condiciones salariales y oportunidades de desarrollo profesional. Muchas de ellas consideran que la formación ofrecida y las posibilidades de ascenso son insuficientes, y se sienten descontentas con su salario en comparación con las responsabilidades que asumen. Este desajuste entre el esfuerzo invertido y las recompensas recibidas no solo afecta su motivación, sino que también incrementa la posibilidad de que el personal abandone la organización y debilita la cohesión del equipo. Es crucial que la dirección se involucre activamente en la mejora de estas condiciones, ya que su apoyo y liderazgo son fundamentales para asegurar que se asignen los recursos necesarios y se fomente la participación en todos los niveles de la organización (Merino San Cristan, 2023).

– *Ambigüedad y Conflicto en el Desempeño de Rol.*

El desempeño de las trabajadoras de la muestra se ve gravemente afectado por la falta de claridad en la definición de sus tareas y responsabilidades. Frecuentemente, se

enfrentan a situaciones de ambigüedad y conflicto de roles, recibiendo tareas sin los recursos adecuados o instrucciones contradictorias. Esta confusión no solo aumenta el estrés y la frustración, sino que también puede conducir a errores en la ejecución de las tareas, deteriorando la calidad del servicio prestado. Además, la ambigüedad en los roles y la falta de apoyo adecuado contribuyen a un entorno laboral tan vulnerable en derechos humanos, donde surgen problemas como la discriminación de género, el acoso sexual, el mobbing, el acoso laboral y el burnout, así como una evidente falta de igualdad de oportunidades. Estos factores no solo afectan el bienestar de las trabajadoras, sino que también impactan negativamente en el rendimiento global y la eficacia del servicio (Pérez del Río, 2007; Aveiga Macay & Ponce Figueroa, 2019).

– *Relaciones Interpersonales y Apoyo Social.*

En el entorno laboral, las trabajadoras sociales enfrentan serios problemas en sus relaciones interpersonales, caracterizados por la falta de apoyo social adecuado y la presencia de conflictos, que incluyen violencia psicológica y discriminación. Estos factores contribuyen a un ambiente de trabajo hostil que afecta negativamente su bienestar emocional. La ausencia de protocolos efectivos para gestionar estos conflictos intensifica el riesgo psicosocial, dificultando la creación de un entorno colaborativo y saludable. A esto se suma la carga adicional de responsabilidades en el ámbito doméstico, donde las trabajadoras deben gestionar tareas de cuidado sin una adecuada corresponsabilidad. Esta doble carga de trabajo, tanto en el ámbito laboral como en el hogar, incrementa significativamente el estrés y la presión, afectando gravemente su salud y bienestar (Teresa Ramírez y Cota Elizalde, 2017).

Para finalizar esta discusión, hay que destacar que este estudio revela que estas profesionales enfrentan un alto nivel de estrés debido a la naturaleza de su trabajo, que incluye la gestión de situaciones complejas y emocionalmente intensas con personas en situación de extrema vulnerabilidad en la emergencia humanitaria. Los resultados también indican que las trabajadoras sociales experimentan una carga laboral significativa, lo que contribuye a un mayor riesgo de burnout. Asimismo, se destaca la falta de recursos y apoyo organizacional como factores que agravan estos riesgos, afectando negativamente su bienestar y rendimiento laboral. En conjunto, el informe subraya la necesidad de implementar medidas preventivas y de apoyo para mitigar estos riesgos psicosociales y mejorar las condiciones laborales de las trabajadoras sociales en la Frontera Sur de España.

8. CONCLUSIONES

Este proyecto de investigación ha explorado profundamente los riesgos psicosociales que enfrentan las trabajadoras sociales en la Frontera Sur de España, un contexto marcado por la alta presión, riesgos y la vulnerabilidad extrema. A lo largo del estudio, se han alcanzado los objetivos propuestos, y se ha verificado la hipótesis central: la sensibilización y la implementación de estrategias preventivas, junto con la transformación de las organizaciones en entornos más saludables, son cruciales para mejorar el bienestar y la salud mental de estas profesionales.

La hipótesis planteada en este estudio, que sugería que la prevención de riesgos psicosociales y la creación de entornos organizacionales más saludables mejoraría significativamente el bienestar de las trabajadoras sociales, ha sido confirmada. A lo largo de la investigación, se han logrado los objetivos específicos: analizar el complejo contexto migratorio, identificar los riesgos psicosociales inherentes a la labor de estas trabajadoras, y evaluar las normativas vigentes en materia de prevención. El estudio ha permitido visibilizar las duras condiciones laborales a las que se enfrentan, proporcionando una base sólida para proponer mejoras necesarias en su entorno de trabajo.

Los resultados de este estudio se alinean claramente con el marco teórico propuesto, corroborando lo que otros estudios ya han señalado sobre los riesgos psicosociales y la feminización del trabajo social. Este proyecto refuerza la evidencia de que las trabajadoras sociales en la Frontera Sur están expuestas a múltiples factores de riesgo que afectan negativamente su salud mental y física. Los hallazgos no solo confirman las teorías existentes sobre la necesidad de organizaciones más saludables, sino que también subrayan la urgencia de enfoques preventivos que se adapten a contextos de alta presión como el analizado.

No obstante, este estudio también enfrenta limitaciones significativas que han condicionado el análisis. Una de las mayores dificultades ha sido la falta de datos estadísticos precisos sobre los riesgos psicosociales que enfrentan las trabajadoras sociales en la Frontera Sur. A pesar de una búsqueda exhaustiva, incluyendo consultas a diversas organizaciones y un extenso proceso de investigación, se encontraron muy pocos índices y estadísticas sobre este tema específico. Esta carencia de datos refleja un vacío preocupante en la visibilización y comprensión de los riesgos que afectan a estas profesionales. Además, es relevante señalar que, según el Colegio de Trabajo Social de Málaga (2024), solo 22 mujeres están colegiadas en el sector de inmigración en Andalucía, lo que subraya la invisibilidad de este colectivo en cuanto a la protección y demanda de sus derechos. La falta de reconocimiento y representación formal dificulta no solo la recopilación de datos, sino también la implementación de políticas efectivas para su apoyo.

A pesar de estas limitaciones, el estudio realizado aporta significativamente al campo del trabajo social y la psicología laboral. Los resultados obtenidos proporcionan una visión más clara de los riesgos a los que están expuestas las trabajadoras sociales en la Frontera Sur, y ofrecen una base sólida para el desarrollo de políticas y prácticas laborales que promuevan su salud y bienestar en contextos de emergencia humanitaria. Este trabajo destaca la necesidad urgente de transformar las organizaciones en entornos que prioricen la salud mental y la equidad, asegurando así un soporte adecuado para las profesionales que operan en situaciones tan desafiantes generando así organizaciones saludables.

Los hallazgos de este proyecto tienen importantes repercusiones tanto teóricas como prácticas. Desde una perspectiva teórica, el estudio refuerza la importancia de integrar la perspectiva de género en el análisis de los riesgos psicosociales, subrayando la necesidad de enfoques interseccionales en la intervención social. En términos prácticos, los resultados destacan la urgencia de implementar políticas de prevención de riesgos adaptadas a las necesidades específicas de las trabajadoras sociales, proponiendo medidas concretas que puedan mejorar significativamente su calidad de vida laboral.

En cuanto a futuras líneas de investigación, sería valioso para nuestra profesión profundizar en el impacto a largo plazo de los riesgos psicosociales en las trabajadoras sociales y desarrollar estudios comparativos que incluyan diferentes regiones fronterizas de España y Europa. Asimismo, sería pertinente seguir investigando para la prevención de riesgos psicosociales a través del fomento de las organizaciones saludables en el ámbito de las migraciones, evaluando su impacto en la reducción del estrés y la mejora del bienestar entre estas profesionales.

Este Trabajo de Fin de Grado ha supuesto una contribución invaluable tanto a nivel personal como profesional. A nivel personal, este proyecto me ha permitido, como autora, comprender de manera más profunda las dificultades y desafíos inherentes a la profesión al trabajar con migrantes en situaciones de riesgo, fortaleciendo así mi compromiso con la defensa de los derechos de las trabajadoras sociales y la mejora de sus condiciones laborales. Asimismo, me ha llevado a revivir mis experiencias en el marco de la Frontera Sur como educadora durante la última década, evocando en mí una profunda nostalgia por lo positivo y enriquecedor de la intervención social con personas migrantes en áreas a menudo desconocidas para muchos. No obstante, también ha reavivado la memoria de la desprotección que hemos experimentado, tanto yo como el equipo multidisciplinar de la Frontera Sur, y, en particular, mis compañeras trabajadoras sociales, quienes han enfrentado situaciones extremadamente duras para cualquier ser humano. En lo profesional, el proyecto ha desarrollado habilidades cruciales en investigación, análisis

crítico y desarrollo de políticas, que serán fundamentales en el futuro ejercicio de las trabajadoras sociales y las organizaciones. Este TFG trasciende su valor académico, convirtiéndose en un testimonio de compromiso con la justicia social y una herramienta para el cambio positivo en la vida de quienes operan a nivel social y personal en contextos de emergencia humanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, P. (2009). *Comportamientos de acoso laboral en entornos jerárquicos*. Editorial Académica Española.Aveiga Macay, V. I., & Ponce Figueroa, J. (2019).
- Una problemática de intervención del trabajador social: Acoso sexual laboral. *MILKARIMIN Revista Multidisciplinaria*, 5(2), 117-126. Universidad Técnica de Manabí. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8605612>
- Balloch, S., Pahl, J., & McLean, C. (1998). Work stress and mental health: Evidence from social work. *Journal of Social Work Practice*, 12(1), 63-77. <https://doi.org/10.1080/02650539808416472>
- Balloch, S., Pahl, J., & McLean, J. (1998). Working in the social services: Job satisfaction, stress and violence. *British Journal of Social Work*, 28(3), 329-350.
- Bennet, C., Evans, P., & Tattersall, A. (1993). Health problems and the work environment: A study of social workers. *Social Work Review*, 45(3), 55-62.
- Bennet, L., Evans, R., & Tattersall, A. (1993). Stress and coping in social work: Mental health and occupational outcomes in a random sample of British social workers. *The British Journal of Social Work*, 23(1), 31-45.
- Castro Trancón, C. (2020). Riesgos psicosociales y género en el trabajo: Desafíos y perspectivas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 36(2), 105-119. <https://doi.org/10.1016/j.rptp.2020.05.002>
- Caughey, S. (1996). Mental health and stress among social workers: A comparative study. *Social Work Journal*, 49(4), 356-367. <https://doi.org/10.1093/sw/49.4.356>
- Caughey, M. (1996). The burdens of care: Stress, welfare and social work. *Social Work Today*, 26(5), 14-17.
- Cooper, C. L. (1998). Stress and burnout in the workplace: A review and research agenda. En *Stress and work* (pp. 1-24). Routledge.
- Cooper, C. L. (1998). *Theories of organizational stress*. Oxford University Press.

- Dolores Valletano, M., & Rubio-Valdehita, S. (2019). Carga mental y satisfacción laboral: Un estudio comparativo entre Trabajadoras Sociales, Educadoras Sociales y profesoras de enseñanza primaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 35(2), 123-136.
- Fernández Felipe, M.ª C., De la Cruz Cantos, M.ª L., Gayoso Doldan, M.ª, & Rodríguez Tupayachi, S. (2015). Carga mental en la mujer trabajadora: Desigualdad de género y prevalencia. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 61(238).
- Fernández, A. (2019). *Crisis migratoria en Ceuta y Melilla*. Editorial XYZ.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gallardo Romero, I. (2023). *Transversalización de género en la gestión de riesgos psicosociales para la mejora en la cultura preventiva*. Universidad de Málaga.
- García, L. (2022). El estrés laboral y su impacto en la frontera sur de España. *Revisita de Estudios Migratorios*, 27(2), 77-91.
- García, M. (2020). *La gestión fronteriza y los derechos humanos en España*. Editorial ABC.
- García-Castaño, A., Rodríguez, M., & Pérez, C. (2022). Desafíos y apoyo institucional en el trabajo social en contextos de alta vulnerabilidad. *Social Work Review*, 29(1), 88-103.
- García-Castilla, F. J., Pérez Viejo, J. M., & Lorenzo Gilsanz, F. J. (2022). Ética, derechos sociales y trabajo social como mecanismos de resiliencia de la ciudadanía. En F. J. García-Castilla (Ed.), *Orígenes y desarrollo del trabajo social: Trayectoria de una profesión* (pp. 221-244). UNED. ISBN 978-84-7991-582-7.
- Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (1997). *Factores de riesgo psicosociales en el trabajo: Definición y evaluación*. INSST.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2021). *Guía para la Acción Preventiva y Evaluación de Riesgos*. INSST.
- Karasek, R. A. (1989). Theoretical models of job stress and strain. En *Handbook of work stress* (pp. 150-166). Sage Publications.
- Karasek, R. A. (1989). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.

- Kessler, R. C., & Greenberg, P. E. (2002). The economic burden of anxiety disorders in the United States. En *The Global Burden of Mental Disorders* (pp. 59-80). Cambridge University Press.
- López, S., & Sánchez, M. (2023). Riesgos psicosociales en el trabajo social: Una revisión crítica. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 10(2), 45-58. <https://www.tecnologia-ciencia-educacion.com/index.php/rtss/article/view/1912>
- López, A., & Sánchez, M. (2023). *Segregación laboral y riesgos psicosociales en el trabajo social*. Editorial Universidad de Granada.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. En *The Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 191-218). Free Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mendoza, I. (2021). *El estrés laboral en profesionales de la ayuda: Un enfoque multidimensional*. Editorial Universidad.
- Morales, M. (2021). Crisis migratoria y respuesta institucional en la frontera sur. En *La respuesta humanitaria en tiempos de crisis* (pp. 45-68). Editorial Humanitaria.
- Pérez, M., & Ortega, J. (2020). Estrategias para la prevención del burnout en el trabajo social. *Revista de Trabajo Social*, 31(4), 301-315. <https://doi.org/10.1080/00380237.2020.1809924>
- Pérez del Río, T. (2007). Violencia de género en el ámbito laboral: El impacto del acoso sexual y por razón de sexo. *Revista de Psicología del Trabajo*, 16(3), 45-60.
- Rodríguez-Miñón Sala, E. (2017). La mujer como profesional del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, (80), 23-44. ISSN 1134-0991.
- Sánchez-Silva, M. (2021). El impacto de la pandemia en la salud mental de las trabajadoras sociales. *Revista de Psicología Social*, 53(4), 112-130.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315. <https://doi.org/10.1002/job.248>

- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC Press.
- Selby, J. (2018). Challenges in humanitarian work: Mental health and support systems. En *Mental Health in Humanitarian Crises* (pp. 102-123). Sage Publications.
- Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Muntaner, C., O'Campo, P., Warg, L. E., & Ohlson, C. G. (1995). Psychosocial work environment in human service organizations: A conceptual analysis and development of the demand-control model. *Social Science & Medicine*, 40(2), 223-234.
- Valero-Romero, M. A., & López-Ibor, J. J. (2018). Depresión y burnout en profesionales de la ayuda: Un estudio comparativo entre médicos, psicólogos y trabajadores sociales. *Revista de Salud Mental*, 41(1), 32-40. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.004>
- Vázquez, M. (2012). *Salud mental y condiciones de trabajo*. Osalan–Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. https://www.euskadi.eus/contenidos/libro/medicina_201320/eu_saludmen/adjuntos/salud_mental_trabajadores.pdf
- Wilson, K. M., Dejoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., & McGrath, D. J. (2004). The relationship between organizational health and organizational performance: A review. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 393-414. <https://doi.org/10.1002/job.256>

LEGISLACIÓN

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 71, de 23 de marzo de 2007, pp. 12611 a 12645.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 269, de 10 de noviembre de 1995, pp. 32590 a 32611.
- Ley 5/2000, de 4 de agosto, sobre el acoso moral en el trabajo. *Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña*, núm. 3191, de 7 de agosto de 2000, pp. 14746 a 14748.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 27, de 31 de enero de 1997, pp. 3307 a 3317.

WEBGRAFÍA

- ACNUR España. (2024). ¿Qué hace un trabajador social? EACNUR. [https://eacnur.org/es/blog/que-hace-un-trabajador-social-tc_alt45664n_o_pstn_o_pstAsociacion_Pro Derechos Humanos de Andalucía \(APDHA\). \(2024\). Informes Migraciones. Recuperado de https://www.apdha.org/informes-migraciones/](https://eacnur.org/es/blog/que-hace-un-trabajador-social-tc_alt45664n_o_pstn_o_pstAsociacion_Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA). (2024). Informes Migraciones. Recuperado de https://www.apdha.org/informes-migraciones/)
- CEAR. (2023). Informe Frontera Sur. Recuperado de <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2018/02/INFORME-FRONTERA-SUR.pdf>
- FSS-CCOO. (2020). Guía de prevención de riesgos laborales con perspectiva de género. https://www.sanidad.ccoo.es/noticia:576108—Guia_de_prevencion_de_riesgos_laborales_con_perspectiva_de_genero
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2021). Informe sobre riesgos psicosociales en el sector de servicios sociales. <https://www.insst.es/documentacion>
- Ministerio del Interior de España. (2023). Balances e informes. Ministerio del Interior. <https://www.interior.gob.es/opencms/es/prensa/balances-e-informes/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Salud mental en el trabajo: Estrategias para su promoción. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-the-workplace>
- Ortega Dolz, P. (2024, 21 de febrero). El cotidiano drama de la frontera sur: 16.898 migrantes muertos o desaparecidos en 35 años. El Confidencial. https://www.elconfidencial.com/espana/andalucia/2024-02-21/balance-migratorio-muertes-desapariciones-frontera-sur_3835065/
- Seguridad Social España. (2020). Informes anuales sobre la salud mental en el ámbito laboral. <https://www.seg-social.es/informes/saludmental>
- Psicosocial. (s.f.). El limbo de la frontera: Informe frontera sur. Recuperado de [https://www.psicosocial.net/investigacion/el-limbo-de-la-frontera-informe-frontera-sur/Save the Children. \(2024\). Los más solos. Save the Children. https://www.savethechildren.es/losmassolos](https://www.psicosocial.net/investigacion/el-limbo-de-la-frontera-informe-frontera-sur/Save the Children. (2024). Los más solos. Save the Children. https://www.savethechildren.es/losmassolos)

“Abusos policiales en España una aproximación desde el Trabajo Social”

Autora: **Miguel Cobos Martín**

Tutora: **María de las Olas Palma García**

Resumen

Tribunales e instituciones internacionales denuncian casos de abuso de autoridad en las relaciones que la policía sostiene con la ciudadanía en España, particularmente en determinados contextos; así como inacción del estado al respecto. Estudio de aproximación mediante revisión de literatura sobre la problemática. A partir de análisis y las conclusiones se lanzan propuestas de intervención e investigación para la disciplina del Trabajo Social.

Palabras claves

Violencia institucional, tortura, brutalidad, derechos humanos, trabajo social.

Abstract

International courts and institutions denounce cases of abuse of authority in police relations with citizens in Spain, particularly in certain contexts, as well as state inaction in this regard. Study of approximation through literature review on the problem. Based on the analysis and conclusions, intervention and research proposals for the discipline of Social Work are launched.

Keywords

Institutional violence, torture, brutality, human rights, social work

ÍNDICE.....

1. Introducción.....	51
1.1. Delimitación y conceptualización.....	52
1.2. Aclaraciones	53
2. Marco jurídico.....	54
2.1. Legislación internacional	54
2.2. Legislación nacional	56
3. Metodología	59
3.1. Pregunta de investigación	60
3.2. Objetivos de investigación.....	60
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	61
4. Resultados.....	62
4.1. Condenas y denuncias de instituciones europeas.....	62
4.2. Informes del defensor del pueblo	66
4.3. Represión contra la protesta social y uso de material antidisturbios	67
4.4. Un paso más allá: la “Ley Mordaza”	69
4.5. Falta de transparencia	70
4.6. Abusos en Centros de Internamiento de Extranjeros	74
4.7. Elaboración y uso policial de perfiles étnicos/raciales.....	78
5. Discusión	78
5.1. Contexto histórico-político contemporáneo	78
5.2. Mecanismos de funcionamiento interno	80
5.3. Encuadre en violencia institucional.....	81
6. Conclusiones	83
7. Propuestas de intervención desde el Trabajo Social	85
8. Propuesta de investigación desde el Trabajo Social.....	87
Bibliografía.....	88

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo supone una aproximación, mediante revisión bibliográfica, a la problemática de los abusos policiales en España.

Se emplea el término “abusos policiales”, aun sin consenso académico al respecto, por ser el único, usado también por otras autorías e instituciones, que sintetiza y abarca todas aquellas conductas y comportamientos indebidos, abusivos y/o violentos de los agentes de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado (CFSE, en adelante) en su relación con la ciudadanía.

Aunque se trataría de una problemática social soterrada, sobre el estado español pesan numerosas condenas de tribunales internacionales por la vulneración de legislación internacional en Derechos Humanos, que ha firmado y ratificado, contra la tortura y los tratos degradantes. Del mismo modo, constan informes de instituciones internacionales, del Defensor del Pueblo, y organizaciones de Derechos Humanos, entre otras, expresando su preocupación al respecto. Se cuenta también con trabajos académicos y no académicos donde la problemática es analizada en alguna vertiente.

La pertinencia del trabajo se justifica en:

- La escasa repercusión social, política y académica de la problemática social, en relación a su gravedad cualitativa y al riesgo que puede suponer para las bases de la convivencia y participación pública, en el marco de un estado democrático y social.
- Una oportunidad que supone para la disciplina del Trabajo Social, que sigue trabajando por resituarse, definir y ampliar sus espacios, dejar atrás los vestigios del asistencialismo (Lorente et al. 2018) y superar el esquema necesidad-recurso; de abrirse nuevos campos de actuación, intervención e investigación con enfoque en las víctimas, los Derechos Humanos y la Justicia Social.
- Un déficit cuantitativo de literatura académica indexada, que analice el alcance y tipología de la problemática en España, y que la aborde de manera holística o integral. En las indagaciones realizadas, los resultados son escasos, y el abordaje siempre es parcial, bien en alcance, bien en enfoque disciplinar, limitándose a cubrir, por ejemplo, los fundamentos jurídicos o procesales de los casos. En este sentido el Trabajo Social puede realizar una aportación diferencial. Sirva este trabajo como humilde aporte a la academia, que facilite sentar las bases de futuras investigaciones y/o intervenciones.

Respecto a la metodología, el déficit descrito en el párrafo anterior, junto con la naturaleza del objeto de estudio, hace imprescindible la inclusión y análisis de bibliografía

de otro tipo, tal como informes de entidades sociales especializadas en Derechos Humanos (tales como Amnistía Internacional), informes del Defensor del Pueblo o libros, algunos de ellos descatalogados, que no se encuentran entre la literatura indexada. Esta decisión es necesaria, pero imposibilita la sistematización completa de los métodos de revisión. No obstante, es de interés del autor ofrecer resultados, válidos, de máximo rigor y ofrecer información detallada acerca del proceso.

Tras los resultados y las conclusiones, se lanzan propuestas de intervención y de investigación para la disciplina del Trabajo Social, que pueden suponer una oportunidad para el avance colectivo de la disciplina y para los/las profesionales y estudiantes que decidan trabajar en esta línea en particular.

1.1.- DELIMITACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN

Para una investigación rigurosa es oportuno partir de una sólida delimitación del objeto de estudio. Sin embargo, para los casos relacionados con la problemática que se procede a estudiar no existe consenso, ni académico ni social, sobre el concepto y la terminología más precisa para identificarlo. La literatura consultada arroja diferentes conceptos para tratar problemáticas similares y/o que se superponen.

Aparece con frecuencia el de brutalidad policial, referido de forma específica al uso de violencia de forma desproporcionada o ilegítima por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado: “Puede incluir palizas, insultos racistas, tortura, homicidio ilegítimo o el uso indiscriminado de agentes de represión de disturbios en manifestaciones.” (Amnistía Internacional, 2007).

Un concepto con mayor recorrido histórico y una definición sólida es el de tortura:

“Se entenderá por tortura todo acto por el cual se inflaja intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instancia suya o con su consentimiento.”
(Convención de la ONU contra la tortura, 1984: art 1)

Sin embargo, los términos anteriormente referidos puede hacer pasar por alto las conductas abusivas más sutiles o leves, u otras malas praxis, entre las que se contem-

plan: comentarios despectivos, descorteses, vejatorios o inapropiados, preguntas dirigidas o malintencionadas en el marco de trámites administrativos, conductas discriminatorias, redadas y/o identificaciones en base a perfil étnico; sanciones, retenciones, cacheos y detenciones sin justificación o arbitrarias, retirada de efectos personales sin orden de incautación, extravío o deterioro de efectos personales en intervenciones... No todas ellas consideradas de relevancia penal, como veremos más adelante.

Por ello, para el presente trabajo académico se prefiere y usará la expresión de abusos policiales, en coincidencia con parte de la bibliografía analizada, por englobar sin extralimitarse todas las posibilidades de conductas abusivas y/o violentas -desde las más leves y sutiles, hasta las más graves y evidentes- de los cuerpos policiales para con la ciudadanía.

Para esta revisión, quedan fuera del objeto de estudio fenómenos similares cuando estos no sean protagonizados por agentes de las FCSE, tales como posibles casos de torturas o tratos degradantes en centros penitenciarios, a manos de funcionarios de prisiones, o de conductas abusivas por parte de vigilantes de seguridad; de violencia institucional en otros sistemas públicos y/o protagonizada por otros funcionarios públicos.

1.2.- ACLARACIONES

Estudios sociológicos recientes sitúan a los servicios públicos de seguridad entre los mejor valorados por los españoles (CIS, 2023). Entre las pretensiones de este estudio no está la de denostar a la policía ni a sus agentes, ni su labor; ni analizar su función social, ni cuestionar su legitimidad. Se parte de la presunción de que las conductas abusivas serían excepciones a la norma general, y de que señalarlas y prevenirlas ofrece un potencial beneficio para la institución pública y sus miembros; además de para la convivencia y la sociedad en su conjunto.

Aunque se aborde de forma adyacente, tampoco corresponde a este trabajo abrir una causa general sobre si se respetan los Derechos Humanos en España y en qué medida, sobre si goza España de leyes y de un sistema de justicia adecuados a tal fin, o sobre si los engranajes del sistema democrático son lo suficientemente avanzados y bien engranados para permitir ese objetivo. Se entiende que la temática que pretende el estudio es ya muy amplia, difícilmente abarcable, y que cualquier desviación puede acabar en una disertación, tampoco carente de interés, pero más alejada del método científico y poco práctica de cara a alcanzar conclusiones certeras y lanzar propuestas de intervención e investigación.

2. MARCO JURÍDICO

Dado que la relación entre las FCSE y la ciudadanía, y en el marco de estas, la eventual aparición de violencias, abusos y malas praxis está sujeta a implicaciones legales; es pertinente hacernos eco del *corpus iuris*, nacional e internacional, atinente a la problemática social que aquí se analiza.

2.1.- LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

En cuanto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1945), su artículo 5, que prohíbe las torturas, así como las penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, es el que más directamente se relaciona con nuestro objeto de estudio.

En los casos en los que se registran detenciones injustificadas, se vulnera igualmente el artículo 9, por el que “nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso, ni desterrado”. Cuando estudiamos el fenómeno, observamos que los abusos suceden en no pocas ocasiones en contextos en que individuos o grupos de personas ejercen sus libertades de expresión, opinión y manifestación, en este sentido, el artículo 19 incluye el derecho a no ser molestado a causa de las propias opiniones.

Respecto al artículo 12, se refiere a los ataques a la “honra y reputación”. Podrán ir aquí enmarcados también algunos casos de abusos verbales, tratos degradantes y contra la integridad moral, así como los casos de victimización secundaria: las víctimas de abusos policiales en ciertos contextos, como movimientos sociales y de protesta pacífica, que han sufrido criminalización policial, social y por una parte de la clase política.

Los artículos 8, 10 y 11 hacen referencia a la tutela judicial efectiva y la presunción de inocencia, que saltan por los aires cuando un castigo es propinado desde instancias policiales, esto es, sin la puesta a disposición judicial, previamente a esta o al margen de esta. El artículo 28 también apunta en este sentido: “toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.”. Queda vulnerado cuando los propios tribunales internacionales observan un déficit sistemático de investigación de las denuncias de abuso, como se verá más adelante.

Por último, el artículo 2 sanciona la discriminación por diversas razones como raza, color de la piel u origen. En la revisión bibliográfica veremos cómo los casos de abuso se redoblan ante personas racializadas, étnicamente diferenciadas o extranjeras, así como se acrecienta la situación de indefensión cuando se trata de ciudadanos en situación irregular.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos (PIDCP, 1976), a efectos de la problemática del presente trabajo, supone una transposición casi literal del contenido de la DUDH en los artículos citados en los párrafos anteriores.

Resulta clave para nuestro campo de estudio la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984), dado que define el concepto de tortura y obliga a los estados ratificantes a incluirlas en su legislación como delito, investigarlas y perseguirlas eficazmente.

La legislación internacional también dispone normativa específica dirigida a los Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Así, encontramos:

- Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. (ACNUDH, 1979). Recoge el deber de la policía de cada país de proteger a la comunidad observando el cumplimiento de los Derechos Humanos, haciendo un uso de la fuerza limitado y proporcional, sin infligir ni tolerar torturas, tratos inhumanos, crueles o degradantes.
- Principios básicos sobre el empleo de la fuerza y de armas de fuego por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (ACNUDH, 1990). Establece el deber de todos los países de elaborar reglamentos que limiten progresivamente, de distintas maneras, el uso de medios represivos que puedan ocasionar daños o muertes. El uso de la fuerza deberá ser previamente advertido, moderado, limitado y proporcional, asistiendo a los heridos de forma inmediatamente posterior. El estado deberá contar con mecanismos que investiguen y castiguen las actuaciones en contrario, y no podrán ser invocadas situaciones de excepción, como el estado de alarma o de sitio para contravenir este tratado.

A pesar de la aparente ambigüedad del término “funcionarios encargados de hacer cumplir la ley”, el propio articulado explica que se refiere a los cuerpos, militares o civiles, que se ocupen de las funciones policiales, de mantenimiento de la seguridad y orden público en cada país.

Respecto a la legislación europea, la Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH, 1953) del Consejo de Europa, también contempla en su articulado la libertad de expresión (art 10), de convicciones (art 9), de reunión y asociación, (art 11) y la no discriminación (art 14), aunque en todas ellas contemplando excepciones y la posibilidad de que los estados, mediante leyes, puedan limitar estos derechos. Sin embargo, traspone de la DUDH la prohibición de la tortura y los tratos inhumanos y degradantes (art 3) de forma extensiva, esto es, sin contemplar posibilidad de excepción alguna.

Todos los tratados internacionales anteriormente referidos han sido firmados y ratificados por el Reino de España.

2.2.- LEGISLACIÓN NACIONAL

En la Constitución Española (1978), el artículo 15, que garantiza el derecho a la vida, integridad física y moral, impide de forma explícita la tortura, las penas y tratos inhumanos o degradantes.

En el Código Penal (LO 10/1995), la tortura y los delitos contra la integridad moral se tipifican en el Capítulo VII. La tortura infligida por autoridad o funcionario público, con definición traspuesta de la legislación internacional, queda penada con de entre uno y ocho años de prisión y entre ocho y doce años de inhabilitación (art. 174). Cuando el daño infligido por el mismo sujeto activo no pueda ser considerado tortura, pero se atente contra la integridad moral de una persona, se prevén penas de prisión de entre seis meses y cuatro años, así como inhabilitación especial para empleo o cargo público de dos a cuatro años (art. 175). Se disponen las mismas penas para quienes faltando al ejercicio de su cargo, permitan que otras personas ejercent estos hechos (art. 176).

El régimen jurídico de los FCSE se establece en la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. A los efectos que nos ocupan, recoge, en su artículo 5.1, los principios básicos de actuación de sus miembros, que, en adecuación al ordenamiento jurídico, son entre otros:

- a) *“Ejercer su función con absoluto respeto a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico.*
- b) *Actuar, en el cumplimiento de sus funciones, con absoluta neutralidad política e imparcialidad y, en consecuencia, sin discriminación alguna por razón de raza, religión u opinión.*
- c) *Actuar con integridad y dignidad. En particular, deberán abstenerse de todo acto de corrupción y oponerse a él resueltamente.*
- d) *Sujetarse en su actuación profesional, a los principios de jerarquía y subordinación. En ningún caso, la obediencia debida podrá amparar órdenes que entrañen la ejecución de actos que manifiestamente constituyan delito o sean contrarios a la Constitución o a las Leyes...” (LO 2/1986: art 5)*

La Guardia Civil está sujeta en sus actuaciones al Código de Conducta del personal de la Guardia Civil (RD 176/2022). Respecto a los principios que guían las actuaciones, obser-

vamos, entre otras, las obligaciones de actuar con imparcialidad y neutralidad (art.6), responsabilidad (art.7), velando por el impacto de su profesión en la dignidad de las personas (art. 8), neutralidad ideológica y política (art. 13), y respetando la igualdad y no discriminación (art. 12), la pluralidad cultural (art. 17), los derechos fundamentales y libertades públicas, respetando la vida, dignidad e integridad física y moral de las personas (art. 11).

En cuanto a las normas generales de comportamiento, destaca el deber de mostrar la mayor cortesía y educación, respeto y atención en sus relaciones con la ciudadanía, proporcionando información comprensible sobre las actuaciones que les afecten. El uso de la fuerza queda restringido a situaciones en que no quede otro recurso menos lesivo para proteger los derechos y libertades, el orden o la seguridad. Deberá ser usado de forma gradual, prudente, progresiva y proporcional. El uso de armas de fuego queda restringido a situaciones de peligro racionalmente grave para la integridad física o la vida del agente o de terceras personas. El trato a las personas detenidas o bajo custodia deberá ser respetuosa con su reputación, imagen y dignidad, así como velarse por su integridad física y moral, sin permitirse ningún tipo de maltrato, vejación o injuria. También se procurará trato respetuoso y nunca discriminatorio a las víctimas y testigos de los delitos desde el primer contacto, mostrando especial sensibilidad a víctimas de violencia de género, personas indefensas, pertenecientes a minorías y otros colectivos vulnerables.

En el Régimen Disciplinario de la Guardia Civil (LO 12/2007), se encuentran tipificadas como falta muy graves:

- “*Toda actuación que suponga discriminación o acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad, orientación sexual, sexo, lengua, opinión, lugar de nacimiento o vecindad, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.*
- *La obstaculización grave del ejercicio de los derechos fundamentales o de las libertades públicas.*
- *El trato inhumano, degradante, o vejatorio a las personas que se encuentren bajo su custodia o con las que se relacionen por razón del servicio.*
- *El abuso de atribuciones que cause grave daño a los ciudadanos, a entidades con personalidad jurídica, a los subordinados o a la Administración.*
- *La realización reiterada, en el marco de una relación de servicio, de actos de acoso psicológico u hostilidad.”* (LO 12/2007: art 7)

También se encuentra tipificada como falta leve “*la incorrección con (...) los ciudadanos*” (art 9).

Respecto al Régimen Disciplinario de la Policía Nacional, (LO 4/2010: art 7) encontramos tipificadas como faltas graves “*el abuso de atribuciones que cause grave daño a los ciudadanos*” y “*la práctica de tratos inhumanos, degradantes, discriminatorios o vejatorios a los ciudadanos que se encuentren bajo custodia policial*”. Igual que en el reglamento de la Guardia Civil, aparece tipificada como falta leve “*la incorrección con los ciudadanos*” (art 9).

Concluimos entonces, que las formas más leves de abuso policial, como serían la incorrección con los ciudadanos, faltas de cortesía o educación, o no aprecio a la imparcialidad y dignidad, no constituyen un ilícito penal, sino disciplinario.

Algunas cuestiones problemáticas previstas en la ley que pueden suponer indefensión para la ciudadanía en su relación con agentes de la policía son las siguientes:

- La llamada presunción de veracidad.

Regulada por el artículo 77.5 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, por el que “*Los documentos formalizados por los funcionarios a los que se reconoce la condición de autoridad y en los que, observándose los requisitos legales correspondientes se recojan los hechos constatados por aquéllos harán prueba de éstos salvo que se acredite lo contrario.*”

Es decir, la declaración o testimonio de un agente de policía tendría más valor que la de otro ciudadano en ausencia de pruebas en contrario. Se justifica por la necesidad de seguridad jurídica, y se antoja razonable ante actos antijurídicos en que ni los agentes ni su entorno estén implicados como víctimas. Pero pueden surgir conflictos de intereses e interpretaciones cuando no es así, como el caso de presuntas faltas de respeto a la autoridad, desobediencia u otros; como en el caso de contextos en los que en el ejercicio de derechos fundamentales pueda suponer la crítica o cuestionamiento de los poderes del estado y/o su funcionamiento, cuya agencia de la autoridad ejercen los cuerpos policiales, como puedan suponer manifestaciones, huelgas y demás formas de protesta.

- Las discrecionalidad en la persecución de infracciones.

Ante ilícitos como el de “*desobediencia a la autoridad*” o de “*faltas de respeto y consideración a la autoridad*”, en los que al menos un agente resulta implicado como sujeto pasivo. Es él mismo quien, mediante el poder de discrecionalidad y en base a la interpretación que haga en ese momento de los hechos, puede no tomar acción sancionadora en absoluto, interpretar y proponerse sancionar los hechos como leves (LO 4/2015 arts 36 y 37) o interpretarlos y proponerse sancionarlos como de cierta

gravedad (CP art 550-556). En el primer caso las sanciones a las que se enfrenta el sujeto activo serán siempre dinerarias y de menor cuantía, pero resultarán muy reducidas y antieconómicas sus capacidades de oponerse a las mismas, dado que se le impondrán, en primer trámite, sin tutela judicial. En el segundo caso se enfrenta a un proceso penal, arriesgándose a mayores sanciones e incluso a privación de libertad para los casos más graves, pero tendrá garantizada la tutela judicial efectiva antes de recibir pena alguna.

3. METODOLOGÍA

En este apartado se describe la metodología y los métodos empleados en la realización del presente trabajo, en pretensión de facilitar su replicabilidad, aprovechamiento, indagaciones y posteriores investigaciones.

Teniendo por objetivo conocer y sintetizar la realidad social de la problemática de los abusos policiales en España, la metodología de primera elección es la revisión sistemática de literatura. Esta metodología permite concluir conocimiento nuevo sometiendo a análisis crítico y reproducible -al menos hasta cierto punto- investigaciones de terceras autorías, proporcionando toda la información posible acerca de las fuentes utilizadas, los criterios de búsqueda utilizados, buscadores de literatura académica de elección, criterios de inclusión y exclusión, operadores booleanos utilizados... Las revisiones sistemáticas de literatura son, por lo tanto, estudios científicos en sí mismos, y gozan de una alta aceptación en la comunidad académica. (García-Peñalvo, 2022)

No obstante, llevada a cabo una revisión y análisis preliminar (scoping review), el método sistemático no se muestra realista para el enfoque de la investigación, por dos principales razones:

- Existe un decepcionante déficit de literatura académica sobre la problemática objeto de análisis, indexada en bases de datos apropiadas. Menos aún que aborde el fenómeno en nuestro país en las últimas décadas, y prácticamente ninguna de interés del enfoque disciplinar del Trabajo Social.
- La naturaleza de la problemática social sugiere introducir, además de literatura académica y/o indexada, fuentes de calidad, pero de distinta naturaleza; tales como legislación, jurisprudencia, protocolos de actuación, informes de instituciones públicas y del tercer sector, libros descatalogados, etc.

Lo expuesto justifica que la metodología definitiva de elección sea la revisión narrativa de literatura. Esta decisión nos dota de la posibilidad de trabajar con herramientas de

búsqueda de información más versátiles, así como incorporar, sintetizar y analizar mayor cantidad y variedad de fuentes.

No obstante, es pretensión del autor cuidar la calidad, validez, y rigor de este trabajo y sus conclusiones. En este sentido, no usar el término “revisión sistemática de literatura”, para una revisión bibliográfica que no puede cumplir *todas y cada una* de las condiciones para serlo, se ruega sea entendido, en virtud de las circunstancias, como una muestra de apego al método científico y no como un intento de sortearlo.

Otros métodos de investigación, cualitativos o cuantitativos, aunque más ambiciosos, han resultado descartados por:

- Ausencia de sustento teórico mínimamente sintetizado y analizado, lo cual supone la principal pretensión de este trabajo.
- Falta de los medios necesarios que permitan llevarlos a cabo con las garantías de rigor y validez que requiere una temática tan sensible, y sea compatible con un resultado válido, fiable y certero.

Se entiende que, en casos como este, dar un paso atrás y optar por una metodología más discreta pero que todavía permite una aproximación segura al objeto de estudio, hace más favor a la academia que un afán de producir conocimiento nuevo a costa de su calidad. En cualquier caso, del presente estudio se desprenden propuestas de intervención y de investigación más ambiciosas, que podrán llevarse a cabo en adelante. Sírvanse de este trabajo, si se quiere, como sustento teórico de los mismos.

3.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué alcance, formas y consecuencias sociales presentan los abusos policiales en España?

3.2.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Ofrecer una aproximación académica a la problemática de los abusos policiales en España.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar en la tipología, posibles causas/explicaciones, factores de riesgo y consecuencias individuales y sociales de las conductas abusivas.

- Construir, a partir de lo anterior, propuestas de intervención e investigación para esta problemática desde la disciplina del Trabajo Social.

3.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Las fuentes han sido seleccionadas usando criterios de ámbito geográfico, validez, pertinencia, verificabilidad, credibilidad, autoridad/prestigio, actualidad y cobertura. Al respecto, los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cobertura: Fuentes que se refieren o estudian la problemática social a estudio en España; que hacen referencia a hechos acaecidos en territorio español, o que tengan alguna relación con el estado español y/o sus FCSE.
- Actualidad: Los documentos referidos a abusos policiales concretos hacen referencia a hechos acaecidos o enjuiciados en las últimas dos décadas.
- Prestigio, validez, verificabilidad: Las informaciones incluidas son de la siguiente naturaleza documental: artículos académicos indexados, legislación -nacional o internacional-, sentencias y jurisprudencia, libros publicados, informes de instituciones -nacionales o internacionales- e informes de entidades sociales de defensa de los Derechos Humanos.
- Calidad, pertinencia: Antes de la inclusión de cada fuente, se comprobará la calidad y pertinencia de su inclusión mediante su análisis preliminar, que hará especial hincapié en la fundamentación de estas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cobertura: Documentación que recoge o estudia episodios de abuso policial ocurridos fuera de España, sin relación alguna con el estado español ni con sus FCSE.
- Actualidad: Fuentes que refieren casos de abusos policiales que han ocurrido y sido enjuiciados en tiempos pretéritos a las últimas dos décadas.
- Prestigio, validez, verificabilidad: Informaciones en distinta naturaleza documental a las incluidas en los criterios de inclusión, tales como enciclopedias, revistas, fanzines, blogs, medios de comunicación de masas...
- Calidad, pertinencia: No se incluirán fuentes que por motivos de falta de recursos o tiempo no puedan ser sometidas a previo análisis preliminar.

EXCEPCIONES

- Exclusivamente a efectos de la elaboración teórica y conceptual, del objeto de estudio, no se tiene en cuenta el alcance territorial ni de actualidad de las publicaciones incluidas.
- Exclusivamente a efectos de la elaboración del subapartado “contexto histórico-político”, se incluyen publicaciones que permiten reconstruir la historia de la relación de las instituciones policiales con la ciudadanía española desde la transición.

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Excepciones
Cobertura	España	Resto del mundo	Concepto y teoría
Actualidad	2004-2024	Anterior a 2004	Contexto histórico-político
Prestigio, validez, verificabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Literatura académica - Legislación - Jurisprudencia - Libros publicados - Informes institucionales - Informes de entidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> Informaciones de otra naturaleza documental, por ejemplo: - Revistas/fanzines - Enciclopedias - Informativos - Blogs - etc. 	
Calidad, pertinencia	Valoración por análisis preliminar.		

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Elaboración propia.

4. RESULTADOS

La existencia de abusos policiales en nuestro país ha sido objeto de preocupación reciente, principalmente por parte de instituciones internacionales, del Defensor del Pueblo y de organizaciones sociales especializadas en la de defensa de los Derechos Humanos. Del mismo modo, se ha tenido acceso a literatura académica y no académica que describe y/o hace análisis de la problemática. En esta sección se analiza y sintetiza la bibliografía revisada.

4.1.- CONDENAS Y DENUNCIAS DE INSTITUCIONES EUROPEAS

El estado español ha sido condenado al menos en quince ocasiones, desde 2010, por el Tribunal Europeo de Derecho Humanos por la vulneración del artículo 3 de la Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH) de prohibición de la tortura y tratos inhumanos y degradantes. De todos los artículos de la Convención, es el tercero más desobedecido en nuestro territorio (Blanco, 2022).

De las condenas, solo una se basa en la vulneración material o sustantiva del artículo. El tribunal internacional de apelación pudo constatar la existencia de torturas, tratos inhumanos o degradantes por los agentes de la autoridad, en este caso la Guardia Civil, y la ausencia de castigo sobre los mismos.

Se trata de dos personas que habrían sufrido amenazas con pistola, insultos, puñetazos, patadas, bofetones, obligados a hacer flexiones... Tras lo cual serían atendidos por el Instituto Vasco de Medicina Legal, que redactó sendos informes médicos -con material gráfico- que respaldan sus testimonios. Uno de los cuales, a consecuencia de ello, tuvo que ser ingresado en la UCI del hospital Aránzazu de San Sebastián en estado grave bajo custodia policial, ingreso durante el cual continuaría siendo insultado y amenazado. Nuevos informes periciales serían adjuntados con posterioridad (STEDH 1653/13).

Las otras catorce sentencias condenan al estado por una trasgresión del artículo en su aspecto procesal, lo que supone el bloqueo o ausencia de investigaciones efectivas. En ellas los demandantes alegan haber sufrido insultos, humillaciones, vejaciones, amenazas y/o agresiones físicas de diversa consideración; bien en la calle -como es el caso de una prostituta racializada que denuncia ser víctima de insultos racistas- (STEDH 47159/08), bien durante detenciones, interrogatorios, o en uno de los casos, buscando refugio en un establecimiento de hostelería tras la disolución policial de una protesta (STEDH 32897/16).

Respecto a las pruebas aportadas, los denunciantes físicamente agredidos aportaron informes médicos, algunos de ellos con material gráfico, si bien varios reconocieron no haber declarado los malos tratos y lesiones a los médicos que les reconocieron mientras estaban detenidos, dado que el reconocimiento se lleva a cabo con presencia policial, y temieron que eso empeoraría la situación. Varios de los denunciantes pidieron también en primera instancia acceder a las imágenes del sistema de videovigilancia de los espacios donde habrían sido maltratados, pero sus peticiones no fueron atendidas, por desestimación de los jueces de primera instancia o por diferentes motivos técnicos o burocráticos (STEDH 20690/17, STEDH 74016/12, STEDH 2507/07, STEDH 36286/14, STEDH 32897/16).

En todos los casos sus denuncias no fueron estimadas en los tribunales nacionales.

El Tribunal de Estrasburgo en los distintos casos determina que, por causa del paso del tiempo o por falta de pruebas no puede dirimir la existencia o no de torturas, tratos inhumanos o degradantes; pero achaca la responsabilidad de este hecho al estado español por su falta de diligencia a la hora de investigar los hechos denunciados. En las diferentes sentencias, el tribunal aprecia que desarrollar una “*investigación oficial eficaz*”

de las posibles violaciones de los hechos recogidos en el artículo 3, es también una exigencia derivada del mismo (García, 2018).

El alto tribunal lo expresa en estos términos: “*Las autoridades deben tomar las medidas razonables, vistas las circunstancias, para recoger y conservar los elementos de prueba, estudiar el conjunto de los medios concretos para descubrir la verdad, y dictar decisiones plenamente justificadas, imparciales y objetivas*” (STEDH 47159/08). “*El TEDH observa a este respecto que, cuando hay motivos razonables para creer que se ha cometido un acto de tortura, incumbe a las Autoridades competentes del Estado, proceder de oficio y con presteza a una investigación imparcial. (...) Insiste, por otra parte, sobre la importancia de adoptar las medidas recomendadas por el CPT para mejorar la calidad del reconocimiento médico forense de las personas sometidas a detención preventiva en régimen de incomunicación*” (STEDH 36286/14).

Según Blanco (2022), las numerosas sentencias coincidentes en este sentido permiten constatar que el Reino de España tiene un problema con la falta de investigación de los casos torturas y tratos degradantes.

En el mismo sentido, Matia reflexiona:

“*Resulta evidente que estamos ante uno de los puntos negros de nuestra justicia. Cualquier queja o denuncia relacionada con el comportamiento abusivo de agentes de los distintos cuerpos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado suele tener una tramitación tormentosa en nuestro país. (...) El pesimismo es aún mayor cuando se recuerda que el Gobierno español ha indultado, por dos ocasiones, a varios Mossos d’Esquadra condenados como autores responsables de un delito de torturas agravadas, posibilitando así su eventual e inmediato reingreso al cuerpo policial.*” (Matia, 2013: 5)

Pero concluye que la jurisprudencia del Tribunal Europeo, aunque sitúa en una posición incómoda al sistema de justicia español, supone una oportunidad para que el poder judicial recupere su posición nuclear como garante de los Derechos Humanos y fundamentales y avanzar posiciones hacia tales fines.

Adquiere notoriedad la sentencia más reciente, sobre Íñigo González Etayo. El demandante denuncia maltrato mientras estaba detenido en régimen de incomunicación, siendo juez instrucción el ahora ministro de interior Fernando Grande-Marlaska. El entonces Juez Instructor nº3 de la Audiencia Nacional, era responsable judicial de la integridad del detenido, y habría hecho caso omiso de las dudas que expresó el abogado de oficio sobre los tratos recibidos por el detenido, y las peticiones de la familia para prevenir posibles abusos. (STEDH 20690/17)

Sobre el mismo magistrado, hoy ministro, pesan desde hace años sospechas de ignorar sistemáticamente las medidas necesarias de salvaguardar la integridad de los detenidos, como sí estarían haciendo otros jueces instructores: “*la delegación observó que durante los cinco primeros meses de 2011 que todas las detenciones en régimen de incomunicación fueron autorizadas por un juez que no aplica ninguna de estas salvaguardias, una situación que resulta sorprendente.*” (CPT, 2013: 7)

La Comisión por la Prevención de la Tortura (2021), que forma parte del Consejo de Europa, traslada, más recientemente, su preocupación al gobierno español al observar un número significativo de malos tratos a personas detenidas, protagonizados principalmente por agentes de Policía Nacional. El informe recoge tanto malos tratos físicos como verbales, tanto usados como castigo como para obtener información, e incluye denuncias de malos tratos a menores. Respecto a los malos tratos físicos, estos incluyen principalmente: puñetazos, patadas, bofetadas y golpes con porras u otros objetos. Respecto a los malos tratos verbales, destacan los insultos racistas y tratos despectivos a ciudadanos extranjeros.

Se recogen testimonios concretos, entre los que podemos destacar el de un menor que recibió una paliza en presencia de otros -que aportaron también su testimonio- y el de un ciudadano extranjero que también recibió golpes tras ser apuntado con una pistola en la cabeza. Otros testimonios, también destacables, son los que siguen:

“*...sacó el dinero necesario para pagar la multa, tras lo cual el policía le empujó contra la pared y le dio un puñetazo en la cara. Otros agentes le agarraron de los brazos, se los retorcieron y le aplicaron las esposas con fuerza. A las 6h00 fue trasladado a la comisaría de Zapadores, donde fue llevado a un centro médico de urgencia. El médico del CPT observó marcas de esposas en ambas muñecas y una hemorragia subconjuntival en el ojo izquierdo cuando AEK fue entrevistado unas 10 horas después.*” .” (CPT, 2021: 7)

“*... había obedecido la instrucción de un agente de policía de levantarse y poner las manos en alto. Sin embargo, mientras estaba de pie con las manos en alto, un segundo agente se le acercó por detrás y le golpeó con una porra en el lado derecho de la caja torácica, lo que le hizo caer al suelo. Posteriormente, fue esposado y trasladado a la comisaría de Zapadores. Al día siguiente, a las 16h00, quejándose de dolor, fue llevado al hospital donde una radiografía reveló una fractura de las costillas nº 6 y 9. En el informe médico no se indicaba la causa de la lesión, mientras que en el informe policial se indicaba que se había autolesionado.*” (CPT, 2021: 17)

Las declaraciones de las víctimas se refuerzan con informes médicos, lesiones visibles y testimonios de terceros en múltiples ocasiones.

En tres de las dependencias policiales visitadas, el personal de la CPT afirma haber encontrado material potencialmente peligroso y/o sospechoso de utilizarse con fines abusivos como palos o bates de beisbol en las zonas de detención o de oficina.

4.2.- INFORMES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO

El Defensor del Pueblo es un alto comisionado público encargado de velar por los derechos fundamentales de la ciudadanía en España. Sin función ejecutiva, recoge quejas y reclamaciones de los ciudadanos en su relación con las instituciones y administraciones públicas, estudiándolas, realizando las consultas necesarias y emitiendo si procede las resoluciones oportunas, que suelen adoptar forma de sugerencia no vinculante hacia la institución o administración pública sobre la que se ha detectado un funcionamiento inadecuado, negligente o mejorable, realizando un seguimiento acerca si la sugerencia es contemplada. También está facultado para interponer recursos de amparo e inconstitucionalidad. Además, el Defensor del Pueblo ejerce en España el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (LO 3/1981).

Con carácter anual, la institución da cuenta de sus actuaciones mediante un informe general, en el que se incluyen las quejas recibidas sobre cada institución o administración pública, incluyendo siempre un apartado de ciudadanía y seguridad pública. Se describen algunas de las quejas, la forma en que se han incoado, y las sugerencias y recomendaciones desprendidas a su causa.

Analizados los últimos tres informes generales disponibles, correspondientes al periodo 2021-2023, es numerosa la problemática relacionada con el objeto de estudio. Aparecen casos de abuso policial con resultado de lesiones por traumatismos, tracciones... en distintas provincias del país. Las agresiones se producen en encuentros dispares con las fuerzas policiales, como al producirse una discusión en el transcurso de la renovación del DNI en comisaría, en uno de los casos, o al requerir la presencia policial para mediar en un conflicto, en otro de ellos. Las lesiones se corroboran con partes de lesiones y fotografías. En estos casos el Defensor del Pueblo no emite dictamen por encontrarse abiertas actuaciones judiciales.

También se constatan quejas de abusos de menor entidad, “Son comportamientos o actitudes despectivas con el ciudadano, con falta de cortesía, de esmero y educación o que constituyen disfunciones en el funcionamiento de los servicios policiales que generan un grado de insatisfacción al ciudadano, que, en todo caso, deben ser corregidas.” (Defensor del Pueblo, 2022: 150), identificadas como faltas de corrección en el trato.

En cuanto a la Ley de Seguridad Ciudadana, se reciben quejas de sanciones por preceptos jurídicos difusos o indeterminados, respaldadas por el acta de propuesta de denuncia, y coincidentes con las acusaciones de dejar demasiado margen a la interpretación y discrecionalidad que encontramos en otras piezas de la bibliografía. En algunos casos, los agentes habrían usado la citada Ley para sancionar conductas que estaban permitidas durante el estado de alarma, tales como realizar desplazamientos por causas de fuerza mayor. El alto comisionado insta a la devolución del montante económico de las sanciones, aunque estas sean firmes. Más cuando finalmente la limitación a la libertad de circulación mediante el estado de alarma fue declarada inconstitucional (STC 183/2021).

En particular en el informe del año 2022 se menciona la tragedia que tuvo lugar tras la entrada masiva de población extranjera a través del asalto a la valla fronteriza de Melilla. El asalto finalizó con la devolución “en caliente” de tantas personas como se pudo alcanzar, más de 70 heridos y la muerte de entre 23 y 37 inmigrantes. El informe no entra al fondo del asunto, dado que los tribunales españoles avalan la legalidad de las devoluciones “en caliente”, y tampoco entra a valorar el posible uso excesivo de la fuerza, que condenaron distintos cargos de la ONU, ni la posibilidad de que uno de los fallecidos lo hiciera en el lado español de la frontera, tal como señala una investigación periodística. El informe se limita a señalar la necesidad de reglamentar con mayor precisión las devoluciones en frontera de acuerdo a la jurisprudencia, así como facilitar mecanismos para evitar expulsiones de personas que requieran de medidas de protección internacional. (Defensor del Pueblo, 2022)

Aparecen también quejas referentes a la negativa u obstaculización de diversos agentes de las FCE del estado a la hora de identificarse, bien de forma directa, o bien por llevar su placa identificativa oculta tras elementos de protección o dotación tales como chalecos antibalas o antitrauma. (Defensor del Pueblo, 2022, 2023)

En dependencias policiales, se recogen quejas referentes a tratos degradantes o incorrectos a personas detenidas. También existe un patrón de insuficiencia de condiciones mínimas de salubridad y seguridad en calabozos, y falta de medidas de garantía de custodia, como el sometimiento a interrogatorios sin información del objetivo de los mismos, sin ofrecimiento de asistencia letrada, y el no llenar actas de custodia, o hacerlo evitando precisar qué agente estaba a cargo de la custodia en cada tramo horario.

4.3.- REPRESIÓN CONTRA LA PROTESTA SOCIAL Y USO DE MATERIAL ANTIDISTURBIOS

Los abusos no se limitan a las paredes de las comisarías, ni a los contextos de contención de la delincuencia. Amnistía Internacional (2014) denuncia cómo el excesivo uso de

la fuerza supone una amenaza a los derechos fundamentales en España, especialmente al derecho de reunión y manifestación pacífica. El informe aportado se redacta sobre el contexto del ciclo de movilizaciones derivadas del 15M que tuvo lugar con razón de la crisis económica, social y política entre los años 2008 y 2015.

En el informe se denuncia el uso excesivo e indebido de la fuerza y del material anti-disturbios durante la disolución de manifestaciones, durante las detenciones de algunos manifestantes y malos tratos al ser puestos bajo custodia policial. También destacan denuncias de periodistas que declaran haber sufrido malos tratos o haber visto obstruido su trabajo al tratar de documentar los hechos.

La entidad muestra además preocupación al observar cómo una parte de los dirigentes políticos criminalizaron a los movimientos sociales y de protesta, asociándolos con movimientos terroristas “filoetarras” y antisistema.

Se documenta entre otros el caso de Ester Quintana, que a causa del disparo de un proyectil de FOAM (“pelota de goma”) directo en la cara, perdió un ojo, sufrió desviación del tabique nasal, lesiones en la boca y el oído, y tuvo que ser sometida a cuatro operaciones quirúrgicas y tratamiento psicológico.

A este respecto señalan Iridia y Novact (2021) que en el periodo 2000-2020 los disparos de proyectiles de goma han causado cuarenta víctimas graves, entre las que concretan siete mutilaciones de globo ocular y la amputación de un testículo.

Destacan por su desenlace fatal la muerte del joven Íñigo Cabacas en 2012 por el impacto de un proyectil en el cráneo en el contexto de una celebración futbolística; así como la tragedia del Tarajal en 2014, en que 56 agentes de Guardia Civil de Ceuta, encargados de defender la frontera, dispararon los proyectiles contra personas migrantes que trataban de mantenerse a flote, exhaustas en el mar. Al menos catorce de ellas perdieron la vida ahogadas. Respecto a este caso todas las causas judiciales fueron archivadas.

En el resto de los casos también resultan impunes los agentes: en ninguno de ellos se ha condenado la autoría directa de los disparos. A menudo en las sentencias judiciales se argumenta la dificultad de identificar al agente que ejecutó el disparo o cual de los disparos es el que causó el daño concreto. Solo en un caso concreto se ha condenado a un mando intermedio.

Muchas víctimas exponen además revictimización, victimización secundaria, al llevar su caso a instancias judiciales y palpar el desamparo de la Justicia.

Tras las secuelas como la pérdida de un globo ocular las víctimas emprenden un proceso de duelo y de reajuste psicosocial. A las secuelas físicas las acompaña un inmenso dolor psíquico, estigma social y estrés postraumático. También experimentan una interrupción de su proyecto vital.

“Hay una parte de ti que muere también ese día o que desparece ese día. Tienes que reconstruirlo todo.” (...) Te hace cambiar la vida. Yo me miro todos los días al espejo y sigo sin ser yo (...) Hay una parte de mí que no me devuelve la mirada” Carles Guillot (Iridia y Novact, 2021: 91)

“Los ruidos, las detonaciones y todo eso, la cabeza me la trastocan. Es algo que es inconsciente, que no lo puedo evitar, estoy en mi casa y oigo un determinado ruido, y ese ruido me recuerda al golpe”. Esther Quintana (Iridia y Novact, 2021: 93)

4.4.- UN PASO MÁS ALLÁ: LA “LEY MORDAZA”

La criminalización de la protesta pacífica y el desprecio por las garantías democráticas por una parte de los actores políticos que plasman los informes desembocaría más adelante en la Ley Orgánica 4/2015, de Protección de la seguridad Ciudadana, conocida por algunos sectores como “Ley Mordaza”. Cuando todavía era un anteproyecto, leemos en un informe del magistrado Preciado Domènech (2013) las amenazas que enfrentaba el estado de derecho si salía adelante, entre otras: mayor punitivismo, desproporción en las sanciones sin atender a las circunstancias del penado, menor control judicial sobre los hechos, persecución de formas de protesta pacífica, persecución de los derechos fundamentales y fijación de las bases de un estado policial.

También se granjea críticas de otros agentes sociales, tales como, el relator de la ONU sobre libertad de reunión, Maina Kiai, y Amnistía Internacional.

Coinciden en señalar que la reforma legal introduce un cambio de prioridad en el objeto a proteger. De un enfoque garantista en la protección de los derechos civiles propios de un estado democrático y social, se avanza hacia un concepto extensivo y difuso de seguridad ciudadana en base a protección de instituciones y autoridades, muy restrictivo con las libertades públicas, en especial con las de reunión y manifestación pacífica. Algunas de las conductas sancionables son inherentes a los propios derechos referidos, condicionándolos o cercenándolos (Maina Kiai, 2014).

Las críticas coinciden también en la imprecisión de la redacción de la Ley, dejando un amplio margen de actuación a agentes de la autoridad para proponer sanciones y a la

autoridades administrativa y/o judicial para imponerlas. Sanciones que, por otro lado, se critican por desproporcionadas y excesivas. (Amnistía Internacional, 2014)

Uno de los puntos más polémicos de la Ley fue la prohibición del “uso no autorizado de datos o imágenes de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado...” (art 36.23) entre otros motivos porque pudiera fomentar la indefensión a la hora de documentar actuaciones inapropiadas. El Tribunal Constitucional tuvo que ajustar la redacción de dicho artículo y sentar jurisprudencia sobre la interpretación de este y otros, para ajustar la ley a los preceptos constitucionales; aunque rechazó buena parte de las otras impugnaciones que los recurrentes planteaban. (STC 172/2020, STC 13/2021)

4.5.- FALTA DE TRANSPARENCIA

Las organizaciones Iridia, Novact y Rights International Spain (2022) ponen el acento en la falta de transparencia de los cuerpos policiales españoles cuando se trata de investigar los casos que se denuncian. Una de las principales causas de los abusos sería la falta de investigación y de castigo, la impunidad. Critican que la actuación de la fiscalía suele asumir un papel de inactividad, cuando no de oposición a la práctica de instrucciones o petición del archivo prematuro de estas. En los casos que acaban en condena para algún agente, se han observado medidas de gracia como indultos por parte de sucesivos gobiernos.

Propone diversas medidas de limitación y control del uso de la fuerza por parte de las fuerzas del orden público, así como mecanismos de trazabilidad y transparencia en las actuaciones policiales.

La Coordinadora para la Prevención de la Tortura (CPDP, 2017) coincide con varios de los informes consultados en que la mayoría de los casos de abusos policiales o de funcionarios de prisiones no son denunciados por vía judicial por miedo a sufrir represalias, contradenuncias... También por la sensación de indefensión, inseguridad jurídica e impunidad contra este tipo de comportamientos, y por la criminalización y descrédito social a que se ven sometidas las personas que los denuncian. Numerosas víctimas no acceden a prestar su testimonio a entidades defensoras de los Derechos Humanos o lo hacen a condición de que este sea anonimizado.

4.6.- ABUSOS EN LOS CENTROS DE INTERNAMIENTO DE EXTRANJEROS

Los CIEs, Centros de Internamiento de Extranjeros, son establecimientos públicos no penitenciarios, donde se retiene a personas extranjeras en situación de irregularidad

administrativa y/o propuestas para expulsión, sin que necesariamente hayan cometido delito alguno.

Esto supone una excepción al resto del ordenamiento jurídico español, a los principios constitucionales y derechos fundamentales y también al derecho internacional; en base a los cuales para que alguien sea privado de libertad, debe pesar condena por algún delito, o la acusación del mismo, en caso de privación preventiva o cautelar. Si bien el internamiento en CIEs está amparado por el Tribunal Constitucional (SSTC 115/1987), este no es el tema que nos ocupa.

Las personas pueden permanecer ingresadas en los CIEs un máximo de 60 días, bajo custodia del estado y en concreto de la Policía Nacional, responsable de su integridad física y moral.

Los CIEs aparecen mencionados por primera vez en la legislación en 1985, (LO 7/1985 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España), pero no contaron con reglamento de funcionamiento y régimen interno hasta 2014 (RD 162/2014). Esto facilitó el riesgo potencial de abusos y torturas durante el periodo, que se materializa y quedaría documentado como procedemos a analizar.

LLedín (2015) se aproxima a casos de torturas y otros delitos contra la integridad de las personas custodiadas. La mayoría de las denuncias se producen con posterioridad a 2010. Probablemente esto no se deba a la inexistencia de comportamientos abusivos previos, sino a la inexistencia de interés social o control judicial sobre los mismos. Hasta 2010 no se crean los Juzgados de control de estancia y se empiezan a canalizar quejas y denuncias de los internos.

Todas las denuncias evocan presuntos abusos de Policías Nacionales. Se reportan golpes, amenazas, coacciones, inmovilizaciones, insultos racistas... En algunos, pero no en todos, estas actitudes tendrían como fin castigar actitudes interpretadas por los agentes como desafiantes o no sumisas, tales como quejarse, reclamar salir al patio, esconder un mechero para fumar, o no facilitar un traslado.

Las quejas y denuncias se ven reforzadas por partes médicos en tres cuartas partes de los casos. A menudo no son suficientemente detallados, presentan deficiencias, y los juzgados suelen observar compatibles las lesiones con la aplicación de la “mínima fuerza imprescindible” en las actuaciones policiales.

En los casos en que existen sistemas de videovigilancia y se solicita su visionado como prueba, existen trabas técnicas o resistencia burocrática que lo imposibilitan. En cuanto a las testificales, se ven dificultadas por la deportación o puesta en libertad de posibles testigos de los abusos -dada la alta rotación de internos en los CIEs- por las

barreras idiomáticas, por la dificultad de comprensión de la situación, el proceso y sus derechos, y por el miedo a posibles represalias.

Todo esto facilita que los casos analizados, a pesar de la gravedad de los hechos, acaben en su gran mayoría sobreseídos o, en el mejor de los casos, desviados a juicio de faltas. Concluye la autora que la estrategia del estado al respecto combina una imagen pública de oposición a la tortura con el mantenimiento de espacios y mecanismos que permiten que se reproduzca y quede impune.

Ferrocarril Clandestino, Médicos Mundo Madrid y SOS Racismo Madrid emiten un informe (2009) en el que documentan la existencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes en el CIE de Aluche mediante la recogida de innumerables testimonios.

Se deduce que el uso de la fuerza es una práctica común en la relación de las FCSE con las personas internadas:

“Ahí vi a un chico que estaba cojito, con el pie levantando, y creo que se tropezó, así caminando, no sé qué en su idioma le dijo. Y la cosa es que se ha alterado, “No me jales, no me empujes”, le dijo, e hizo así la mano, y entonces el oficial se molestó y le dio una paliza ahí.” (p. 85)

“En esta madrugada eran cuatro policías y entraron tres, el otro se quedó al lado de la puerta y cerró. Inmediatamente le propinaron una paliza..., y le fracturaron aquí en la muñeca y en el codo. A este señor se lo llevaron abajo, no sé dónde, lo desaparecieron que no se vio nunca más.” (p. 85)

También, en el mismo informe, se aprecia un uso habitual de insultos, vejaciones, comentarios de carácter racista, humillaciones, amenazas y hostigamiento psicológico:

“Ustedes no deberían venir, indios!”, es que son esto, son aquello..., bueno, ahora no recuerdo bien las palabras (...) yo lo único que hacía era llorar.” (p. 91)

“Gilipollas, todo eso, y nos insultan y otros decían igual que “¿Por qué no se van a su país?”, “¿Qué cosa quieren aquí?” (...) Insultándonos y amenazándonos, nos decían que éramos la lacra de la sociedad, que debemos regresar atados como animales a nuestro país” (p. 101)

Por último, se recogen testimonios de invasiones contra el derecho a la intimidad y de posibles conductas contra la libertad sexual, dado que relatan cómo agentes masculinos invaden las celdas de las internas, y durante la noche les ofrecen tener relaciones sexuales en el marco de una relación de dependencia y desequilibrio de poder.

En el CIE de Capuchinos de Málaga, un antiguo cuartel en ruinas, clausurado definitivamente en 2013 por sus condiciones lamentables (Pre/9/2013), se documentaron sucesos parecidos durante sus últimos años de funcionamiento.

Pernía et al. (2009) hablan de un agente condenado en juicio de faltas en 2005 por agresión a dos internas, que le denunciaron por “manosearlas”. Ese mismo año, se produce un suicidio de otro interno ante la amenaza de ser deportado.

En 2006 se destapa un escándalo que adquirió especial trascendencia pública por su gravedad, en que varios agentes de policía celebrarían “fiestas” con internas consistentes en cenas, alcohol y relaciones sexuales, desde una posición de abuso de poder. Afirmando que iban “*a beber, cenar y follar*” (p. 83), las internas no participantes serían insultadas y amenazadas.

Los hechos fueron enjuiciados pero buena parte de las testigos y víctimas, que fueron expulsadas del país, no comparecieron. A pesar de esto, la sentencia considera “hechos probados” lo referente a la realización de las “fiestas”, “una práctica absolutamente inadecuada”, en un marco de “ambiente relajado de disciplina” y el hallazgo de preservativos por el personal de limpieza, pero considera estos hechos carentes de entidad suficiente para probar el delito de abuso sexual, dado que “... en alguna ocasión los inflababan y los usaban como globos o los llenaban de agua para jugar entre ellas. Así lo declararon en el juicio los agentes...” (SP 276/2015, Málaga: p. 26)

Más adelante, en el mismo 2006, registran otro incidente en que una internada sufre un aborto tras ser testigo de un nuevo abuso policial en el CIE de Capuchinos.

Zanón (2021) profundiza respecto al papel del Trabajo Social en los CIEs. El reglamento de funcionamiento y régimen interno de los CIE, que entró en vigor en 2014, dispone en su artículo 15 que deberán contar con “*los correspondientes servicios de asistencia social (...) atendidos por trabajadores sociales*”, si bien posibilita que los mismos provengan de acuerdos con otras instituciones públicas, o entidades privadas o del tercer sector. No dice mucho acerca de la función del servicio: “*la resolución de los problemas surgidos (...), en especial los relacionados con interpretación de lenguas, relaciones familiares con el exterior o tramitación de documentos*” (RD 162/2014 art 15).

Concluye que en la práctica y también según la redacción del propio reglamento, la intervención social está supeditada a la gestión policial de los centros. El servicio está concertado, sin concurso público, a Cruz Roja en todos los centros del país. Al respecto, el Defensor del Pueblo, tras sucesivas visitas a distintos CIEs, en su informe de 2017, informa de carencias en el servicio. (Zanón, 2021)

Dado que el ingreso y la expulsión no deberían materializarse, en teoría, en casos de vulnerabilidad, arraigo o peligro para la integridad de las personas extranjeras, cabe plantearse si es también función de las Trabajadoras Sociales de los CIEs acreditar, mediante informes sociales, estas situaciones, y si esa función se está ejerciendo de manera efectiva.

4.7- ELABORACIÓN Y USO POLICIAL DE PERFILES ÉTNICOS/RACIALES

La CERD/C/GC/36 (2020) alerta de una problemática diagnosticada en diferentes países -también en España- en las últimas décadas, en la relación de los cuerpos policiales con la ciudadanía: el empleo de perfiles étnicos o raciales.

Consistente en usar, en menor o mayor grado, la construcción social de raza, rasgos corporales como el color de piel, la descendencia, origen étnico, nacional o la aparente pertenencia a comunidades religiosas, sin justificación objetiva o razonable, como criterio previo de investigaciones o actuaciones policiales, para someter a las personas a identificaciones, investigaciones, o considerarlas, *ceteris paribus*, sospechosas o culpables de actividades delictivas.

El uso de perfiles étnicos o raciales puede introducirse por directrices desde mandos intermedios o superiores de los propios cuerpos de la policía o de los responsables políticos de estos. Pero también pueden emplearse, incluso de modo inconsciente, por los distintos agentes de base en su rutina de trabajo, estereotipos percepciones, sesgos, experiencias, formación, prejuicios... También en los últimos años se aprecia el riesgo de introducción de sesgos étnicos o raciales en sistemas de tratamiento automatizado de datos o de inteligencia artificial.

El uso de perfiles raciales se concreta habitualmente en actuaciones sistemáticas de control de identidad, registros, cacheos, inspecciones de pertenencias... contra personas percibidas de una raza, etnia u origen diferente al mayoritario del país al que se encuentran.

Esta descripción coincide y completa la de la Declaración y Programa de Acción de Durban (DPAD, 2002).

A consecuencia de su elaboración y uso se producen sentimientos de indefensión, criminalización y malestar entre los individuos y comunidades que quedan incluidos dentro de los mismos, además de la pérdida de confianza de estos en los sistemas de seguridad. Esto a su vez puede producir un menoscabo en el acceso a sus derechos de ciudadanía, como su vida privada, su libertad y seguridad personal, su derecho a circular

libremente... Pero también puede suponer que se planteen la pertinencia de no colaborar con las fuerzas de seguridad en ocasiones posteriores. En este sentido, se estima que el uso de perfiles además de no resultar eficaz, a efectos policiales, a corto plazo, puede resultar contraproducente a medio y largo plazo. En definitiva, los perfiles étnicos serían perjudiciales también para los cuerpos policiales y los objetivos que persiguen.

En todo caso, los organismos internacionales consideran que la elaboración y/o utilización de perfiles raciales o étnicos atenta contra los Derechos Humanos y la legislación internacional vigente, dado que suponen una discriminación por motivos étnicos o raciales, además de atentar contra los principios de igualdad ante la ley, y del derecho a procesos judiciales justos e imparciales. Por lo tanto, consideran que los estados miembros están obligados tomar medidas para contrarrestar el problema. (Tolmo, 2020)

En primer lugar y, sobre todo, se considera necesaria legislación que defina y prohíba de forma explícita la elaboración y uso de perfiles raciales en cada país, que contemple medidas para garantizar su cumplimiento efectivo, así como sanciones disciplinarias en los casos en que no suceda. Para ello, se deberá dotar a las personas damnificadas de mecanismos de recurso efectivo, individual y colectivo, que permitan obtener una reparación justa.

La Convención Internacional dispone también la necesidad de que los estados miembros instruyan a sus cuerpos de seguridad en Derechos Humanos y no-discriminación mediante programas especializados y obligatorios en los que participen también los grupos estigmatizados. Estas actividades y sus resultados deberían evaluarse y actualizarse periódicamente.

A este respecto puede servir como herramienta la *Guía para entender y evitar la elaboración de perfiles étnicos discriminatorios* que aborda la misma problemática desde una perspectiva policial y una redacción muy pedagógica, abarcando multitud de ejemplos, y centrada en concienciar sobre la problemática y erradicar los perfiles étnicos incrementando la eficacia policial sin perder operatividad. (FRA, 2010)

También se considera necesario avanzar en diversidad cultural y étnica en la contratación de agentes de seguridad, avanzar en la comunicación en materia de seguridad y orden público para no alimentar los discursos de odio, y crear un canal de rendición de cuentas, cuantificación y control para que se puedan evaluar de forma objetiva las denuncias y los avances.

Respecto a la implementación de la primera de las medidas, la Ley de Seguridad Ciudadana 4/2015 introduce en su artículo 16:

“En la práctica de la identificación se respetarán estrictamente los principios de proporcionalidad, igualdad de trato y no discriminación por razón de nacimiento, nacionalidad, origen racial o étnico, sexo, religión o creencias, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.” (LO 4/2015, art 16)

En cuanto a lo que a legislación respecta, parece que, con la introducción en 2015 del párrafo anterior, el estado español diera por traspuestas y atendidas las recomendaciones internacionales.

En España, concretamente en Madrid, las Brigadas Vecinales de Observación de Derechos Humanos son un colectivo ciudadano que documenta la labor policial cuando se sospecha del uso de perfiles fenotípicos en la vía o espacios públicos, emitiendo informes de actividad sobre el periodo 2011-2014.

Según su criterio, además de la legislación internacional, las redadas racistas, esto es, en base a perfiles raciales o étnicos, violan principios constitucionales. En cualquier caso -argumentan- se trata de prácticas policiales ilegítimas e injustas que vulneran derechos fundamentales, atentan contra la dignidad y generan un estado de sospecha permanente. (BVODH, 2011)

Han recogido testimonios de víctimas de estas actuaciones que han ido acompañadas de violencia física, amenazas, o sustracción de objetos personales, entre otras formas de abuso:

“Uno de ellos tenía un palillo en la boca y lo sacó, siendo el gesto interpretado por uno de los agentes como desafío a la autoridad. Le pegaron.” (p. 39)

“Nos comentan que incluso alguna vez han llegado a escuchar amenazas del tipo “mirad que en la puerta (de las canchas), hay muy poca luz, qué buen sitio para meteros de hostias” y que suelen ser violentos” (p.40)

“Nos dicen que algunos han dormido en comisaría porque anoche fueron víctimas de otra macrorredada (...) entró y empezó a separar a negros de blancos. Alguno de los chicos refiere, además, que los propios policías le robaron dinero” (p.40)

Interpelando a los agentes sobre su labor en las redadas, algunas veces han conseguido arrancar testimonios racismo o xenofobia en los mismos que podrían estar imbricados en la cultura policial de nuestro país: *“El ochenta por ciento de los delitos los cometan extranjeros”*, *“a ver cómo lo demuestras”*, *“no son criterios raciales, paramos tanto a negros como a rumanos”*, *“son nuestros propios criterios”* (BVODH, 2011: 44)

Como consecuencias, señalan la intromisión disruptiva en la vida cotidiana que sufren las personas y colectivos encuadrados en los perfiles raciales y/o étnicos, que cursan en ocasiones con tratos humillantes, violencia física, miedo en la ocupación del espacio público, e incluso problemas laborales al verse obstaculizada sistemáticamente la circulación por vía pública a las mismas personas, llegando tarde a sus obligaciones.

“Son frecuentes las redadas en las calles y la actitud de la policía es provocativa e insultante a la hora de dirigirse a las personas a las que se les piden los papeles (señala como los policías buscan provocar para añadir excusas y legitimar una posible detención).” (BVODH, 2012: 34)

“Cada vez que veía un policía mi corazón se aceleraba y tenía un miedo que no se puede explicar, como si estuviera haciendo algo muy malo, nos tratan como si fuéramos ladrones o terroristas, siguiéndonos por nuestros rasgos.”

“¿Habéis pensado alguna vez lo difícil que puede ser mantener un curro si llegas tarde a menudo porque te han parado en el metro para pedirte papeles?” (BVODH, 2012: 35)

En su último informe disponible reafirman que las redadas basadas en perfiles raciales/étnicos son cotidianas, habituales, extendidas y generalizadas, dándose casos de llegar a identificar al mismo individuo en diversas ocasiones el mismo día. Las caracterizan como una forma de racismo institucional.

Consideran meramente retórica la mención del artículo 16 de la Ley de Seguridad Ciudadana que hace referencia a no usar criterios discriminatorios para llevar a cabo identificaciones, ya que no va a acompañada de mecanismos de cumplimiento efectivo, ni de control y seguimiento, ni de medidas disciplinarias contra su incumplimiento, tal y como recomiendan los organismos internacionales.

Al contrario, critican que otros aspectos de la ley, que sobreprotegen a los cuerpos policiales y sus agentes, podrían reforzar estos comportamientos. De hecho, denuncian una intensificación contra la labor de los brigadistas, algunas veces siendo amenazados con ser sancionados y otras veces consumándose las amenazas en forma de multas. (BVODH, 2015)

Sobre el mismo tema, Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes afirma que *“a los afrodescendientes se los toma constantemente por inmigrantes indocumentados y se los detiene mucho más a menudo que a personas de otro origen étnico en los controles en la vía pública y sin que existan problemas de seguridad”*. Señala el uso de perfiles raciales como un problema endémico y se da por informada de que *“la población*

negra corre el riesgo de ser señalada 42 veces más a menudo en los puertos y el transporte público”. Coincide en la insuficiencia de la inclusión del criterio de no-discriminación para las identificaciones en la Ley de Seguridad Ciudadana dado que “los controles de identidad basados en perfiles raciales habían continuado desde que se promulgó”, y que sigue sin existir una prohibición explícita de la elaboración y uso de perfiles raciales. (A/HRC/39/69/Add.2, 2018)

5.- DISCUSIÓN

Procede cuestionarnos entonces la razón de que sobrevivan y se reproduzcan los comportamientos abusivos en el tiempo, así como el cierre de filas de cierta parte de las FCSE y otros aparatos del estado cuando se denuncian los abusos. Más aun cuando, como señala referencias analizadas, el sistema policial podría resultar no beneficiado a corto plazo y perjudicado a medio y largo plazo de estos, además del evidente perjuicio que resulta para la sociedad en su conjunto.

5.1.- CONTEXTO HISTÓRICO-POLÍTICO CONTEMPORANEO

Una de las posibles explicaciones, es el peculiar contexto histórico-político de nuestro país. Aunque seguimos avanzando juntos en la construcción de un marco de convivencia democrático y social, es evidente que España no goza -en comparación con otros países- de una tradición democrática *de longa data*. En definitiva, los estados y sus instituciones, como las personas, serían herederas de su pasado, del cual arrastran inercias, a no ser que se trabaje activa y conscientemente por frenarlas.

Durante la dictadura franquista, el control policial de cualquier aspecto de la vida pública y los métodos policiales violentos, incluyendo la tortura sistemática, estaban amparados por el estado como mecanismo de garantía de sostenimiento del régimen. Incluso se contaba con una sección de policía secreta, dentro del Cuerpo Nacional de Policía, denominada Brigada de Investigación Social, más conocida como Brigada Político-Social, cuya misión no era otra que perseguir y reprimir a todos los movimientos de oposición y disidencia, tales como movimientos sociales, vecinales, políticos, sindicales... La BSI fue fundada en 1941 con ayuda asesoramiento la Gestapo nazi, especialmente respecto al uso de tortura para la obtención de confesiones e informaciones. También se contaba con la Policía Armada, especializada en la represión violenta de huelgas y manifestaciones, aunque no era su única función. Del mismo modo, se contaba con un órgano judicial, el Tribunal de Orden Público, para procesar “delitos políticos” tales como huelgas, ma-

nifestaciones o “propaganda ilegal”, cuando no se juzgaban directamente en tribunales militares. (Lorenzo, 2020)

A diferencia de lo ocurrido en otros países, en España el *fascismo* no fue nunca derrotado. La transición se emprendió partiendo de los “principios fundamentales del movimiento”, jugando con las normas y las personas predispuestas por el antiguo régimen. Nunca tuvo lugar una ruptura democrática (Muñoz, 2008). Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado no fueron depuradas, ni tan siquiera los mencionados cuerpos y unidades especializados en represión de “delitos políticos”. Los posibles crímenes de lesa humanidad durante la dictadura fueron amnistiados. (Ley 46/1977)

Gallardo (2004) va más allá y afirma que los franquistas del “bunker”, esto es, opuestos a cualquier reforma de avance democrático, encontraron en las FCSE su principal aliado estratégico. La transición habría sido posible entonces a pesar de la policía española.

Todavía en 1982, año en que el partido socialista entraba en el gobierno y muchos historiadores dan por concluida la transición, antiguos miembros de la Brigada Político-Social dirigían nueve de las trece jefaturas superiores de policía existentes en España. (Miralles y Arques, 1989)

Se suele presumir de una transición “modélica” y “pacífica”, pero estos calificativos solo son aplicables si nos referimos a que no estalló la enésima guerra civil española, ni triunfó el enésimo golpe de estado. En lo que resta, se trata de la construcción social de un mito.

Para lo que respecta a nuestro objeto de estudio, los cambios en la forma en que la policía abordaba el control social, el orden público y el trato a la ciudadanía en general y a los detenidos en particular no sucedieron de la noche a la mañana. Entre el día primero de octubre de 1975 y el final del año 1982, las fuerzas de seguridad mataron a 178 personas, 32 de las cuales en la represión que los cuerpos policiales hacían de las manifestaciones y demás “alteraciones del orden público”. (Baby, 2018)

En 1977, en Málaga, es asesinado el joven MJ García Caparrós a manos de un agente de Policía Armada, que le propinó un disparo cuando participaba en una protesta. Nunca se identificó al culpable concreto. (Burgos, 2009). En 1981, en Almería tres guardias civiles fueron condenados por matar de forma intencionada a tres jóvenes -a los que confundieron con terroristas- y calcinar sus cadáveres. En 1982, tras 9 días detenido, ingresa J. Arregi en el hospital de Carabanchel, donde fallece y cuya autopsia evidencia signos de extrema violencia. En 1983, un joven delincuente común, apodado *El Nani*, fue detenido, torturado, y declarado desaparecido. La hipótesis más probable es la de que habría sufrido un infarto durante las torturas, fallecería y habría sido enterrado en cal viva. Por

último, tampoco se puede aparentar ajenidad de las FCSE para con el terrorismo de estado de los GAL y otras organizaciones parapoliciales de extrema derecha, que operaron durante la transición y los años 80 (Parra, 2020).

Aunque posteriormente la intensidad de los casos disminuyó en gravedad y número, con el afianzamiento del régimen democrático, y lejos de toda pretensión de este estudio el enjuiciar los procesos históricos; este memorándum resulta más que pertinente, imprescindible, dado que puede ayudar a explicar el presente.

La policía que presta servicio hoy en nuestro país dista mucho de ser la misma que en el franquismo o en la transición. Es de suponer que ninguno o prácticamente ninguno de los agentes que la componían sigan en activo. Los procesos de socialización en que se desarrollan las personas que se han ido incorporando en promociones posteriores no es comparable. Se valoran importantes avances, en concreto, en la formación que se exige a los candidatos para superar el proceso selectivo y posteriormente, durante su incorporación a las FCSE. El temario exigido y también las materias impartidas a posteriori incluyen Derechos Humanos y fundamentales, deontología y ética, gestión de situaciones conflictivas... (RD 853/2022)

Pero este repaso a nuestra historia reciente puede suponer, junto a otras, una explicación plausible para los abusos del presente. Podría ser objeto de estudio cómo el contexto histórico-político de nuestro país y el papel que jugaron los cuerpos policiales en el pasado reciente, tienen todavía un lugar, en forma de herencia, en la identidad colectiva policial, en el ideario común y la cultura policial actuales.

5.2.- MECANISMOS DE FUNCIONAMIENTO INTERNO

Yñiguez (2007) explica que los agentes de policía presentan un arraigado sentido de pertenencia y vinculación hacia su colectivo profesional, replicando en determinadas circunstancias patrones de actuación grupales similares. Presentan un elevado sentido pertenencia, compañerismo y solidaridad endogrupal, en definitiva, corporativismo, que se comparte incluso entre las distintas organizaciones policiales. En este contexto, el secretismo o la no actuación ante la conducta abusiva de un compañero es percibido por ellos como un mecanismo necesario para la supervivencia profesional y para la defensa de la institución frente a los ataques del exterior, así como una muestra de lealtad y fidelidad a los compañeros, que se espera sea mutua. La cohesión del endogrupo policial se intensifica cuanto mayor es el contexto de peligro, conflictividad y riesgo, real o percibido, en que se trabaja.

La potestad de discrecionalidad es otro de los mecanismos de funcionamiento policial que pueden desembocar en conductas o comportamientos abusivos. Consiste en la facultad de ejercer o no determinadas acciones en base a su juicio y experiencia en el su función operativa. Será mayor cuanto más confuso, rápido y viciado sea el conflicto entre los hechos a lo que el sistema policial se enfrente y el código de leyes a salvaguardar. La discrecionalidad es un mal necesario, que empleado honestamente es necesario para la garantía de la seguridad ciudadana y la eficacia policial, pero mal empleado se convierte en una fuente de conflicto y abuso.

Sirva de ejemplo cuando un agente detecta una infracción leve y opta un apercibir a un ciudadano en lugar de proponer una sanción o denuncia; por considerar que la persecución de esa conducta antijurídica, por su levedad, no es prioritaria o necesaria en ese momento.

Sin embargo, esta potestad tiene potencialidad de abuso si se la decisión de actuar o no, o de hacerlo de un modo u otro, se toma, de forma consciente o inconsciente, en base a sesgos, prejuicios o preferencias personales; por ejemplo, con relación a la edad, aspecto, sexo, etnia, clase social, origen, lugar de residencia... de la persona infractora. En definitiva, existe el riesgo potencial de que la potestad de discrecionalidad se torne en arbitrariedad.

Una última particularidad del sistema policial que puede desembocar en comportamientos de tipo violento o abusivo es la potestad que le confiere el Estado para la utilización de la violencia legítima, y que las leyes y reglamentos regulan bajo criterios de oportunidad, proporcionalidad y congruencia (LO 2/1986, art 5.2). Se justifica entre otras cosas, para proteger la vida de los propios agentes, la de otras personas... No obstante, incluso cuando el uso de la fuerza se muestra inapropiado o desproporcionado, sistemáticamente se suelen esgrimir razones de necesidad, como la resistencia a los arrestos o la defensa propia.

Por otro lado, se registran recursos a la violencia contra ciudadanos cuando agentes de los FCSE, en multitud de contextos, perciben cuestionada su autoridad, utilizando la violencia para reafirmarla o recuperarla por la fuerza. (Yñiguez, 2007)

5.3.- ENCUADRE EN VIOLENCIA INSTITUCIONAL

La violencia institucional se define como el ejercicio indebido de poder y autoridad por parte de los poderes públicos, las administraciones públicas, las autoridades y sus agentes. Esta forma de violencia se manifiesta cuando dichas entidades fallan en su

deber fundamental de proteger y garantizar los derechos fundamentales de los ciudadanos. Dicho incumplimiento puede ocurrir de dos maneras principales: a través de un perjuicio directo, por mala praxis profesional o administrativa, o a través de un perjuicio indirecto, que se traduce en un daño moral infringido al mantener y perpetuar sistemas que son inherentemente incapaces de salvaguardar esos derechos (Boladeras, 2019).

En otras palabras, el término no recoge solo las formas de violencia explícita o fácilmente percibida por quien la recibe, sino también aquellas formas más tenues pero que perpetúan y refuerzan los mecanismos de poder y dominación (Barak, 2003). En efecto, a menudo a violencia institucional se adapta a la definición de Bourdieu (2000) de violencia simbólica. Se sustenta principalmente en el desequilibrio de poder en la relación de los individuos con los sistemas públicos y en la dilución de responsabilidad individual de los agentes públicos que ejerzan conductas abusivas (Curtin y Litke, 1999).

La violencia institucional puede encontrarse entonces en cualquier sistema público donde exista una relación de poder desigual, no solo ante el sistema policial, donde este desequilibrio tal vez resulte más notorio, sino también en otros, como el sistema sanitario (Boladeras, 2019).

En similar dirección apunta el término abuso de autoridad (Pariona, 2016) que se tipifica como delito en el Código Penal peruano (DL 635, art 376).

El encuadre de los abusos policiales dentro de la violencia institucional nos ofrece otra posible explicación y nuevas posibilidades de estudio y de actuación. Dado que la existencia de violencia institucional se sustenta en el desequilibrio de poder, y aparece allí donde existe este, y en medida en que existe este; esto permitiría contextualizar la problemática y ponderar otras hipótesis. En base a esta explicación, las particularidades de las FCSE, el perfil de sus agentes, el pasado de la institución, los mecanismos de funcionamiento concretos de la institución... pasarían a un segundo plano en favor de la mera existencia de relaciones de desequilibrio de poder, dado que los abusos se reproducen en otras instituciones de muy distinta naturaleza donde estos desequilibrios se presentan. En base a esta hipótesis, cualquier trabajo encaminado a reducir estos desequilibrios sería fructífero para la mejora de problemática.

6. CONCLUSIONES

PRIMERA.- Los abusos policiales siguen siendo una realidad presente en nuestro país. Se trata de una problemática de escasa repercusión social, política y académica en relación a sus potenciales implicaciones, que necesita de mayor investigación e intervención de los diferentes agentes sociales.

SEGUNDA – Si a la vista de los datos, cuesta ver la existencia de la problemática, esto es porque cualquier problema que tiene como origen una injusticia social, tiende a la invisibilidad, hasta que una masa crítica no lo reivindica activamente, siempre venciendo importantes inercias y resistencias (Blumer, 1971).

A este respecto podemos trazar algunos paralelismos, salvando las distancias, con la violencia machista hace más de dos décadas atrás y su evolución hasta la fecha.

TERCERA – La bibliografía consultada no permite concluir que los abusos policiales sean la tónica general en el funcionamiento del sistema policial, pero tampoco que se trate de episodios aislados. Sobre todo, en medida en que ni desde dentro de la institución, ni desde las otras instituciones públicas, como el sistema de justicia, se aprecian esfuerzos notorios por aislarlos ni depurarlos.

CUARTA – Más al contrario, se suceden evidencias de que, tanto desde el endogrupo policial como desde el sistema judicial, entre otros, se enfoca la problemática de manera poco constructiva para su superación, negándola, disimulándola, minimizándola o tapándola. En caso contrario no hubieran sido necesarias las correcciones de las instancias internacionales de Derechos Humanos.

QUINTA – Se observan patrones de opresión que interrelacionan con categorías como sexo, etnia, raza, extranjería y clase social, entre otras, que compadecen con la teoría interseccional (Crenshaw, 1991). Aparecen con mayor frecuencia casos cuyas víctimas son personas migrantes, extranjeras, racializadas, étnicamente diversas, de clase baja o trabajadora... En cuanto a las mujeres, a los abusos contra la integridad física y moral se acumulan los de naturaleza sexual.

SEXTA – Aunque, con toda probabilidad, en menor intensidad que en épocas pasadas, los poderes públicos siguen contemplando el uso de la fuerza como una herramienta para impedir u obstaculizar la disidencia y el ejercicio de derechos fundamentales que puedan suponer el cuestionamiento del status quo, como ciertas expresiones de disidencia, protesta, o demanda de justicia social. Los poderes públicos se muestran dispuestos a reforzar las facultades de los cuerpos policiales y criminalizar a la ciudadanía que ejerce

sus derechos fundamentales cuando se agudizan las crisis y/o los ciclos de movilización social que les son inherentes.

SÉPTIMA – La LO 4/2015, apodada “Ley Mordaza” ha supuesto un paso atrás en las garantías democráticas de nuestro estado de derecho. Supone un vuelco en el esquema de prioridades de protección jurídica de nuestro ordenamiento, situando por encima de los derechos fundamentales a las instituciones y autoridades públicas, valiéndose para ello de mecanismos que cercenan los primeros y que dejan un amplio margen a la arbitrariedad policial y la indefensión ciudadana.

OCTAVA – Las distintas fuentes analizadas coinciden en señalar algunas consecuencias sociales de los abusos policiales, además de las evidentes sobre la salud física y mental. Se describen sentimientos de indefensión, humillación, criminalización y pérdida de confianza en el funcionamiento social. Pueden darse procesos de victimización secundaria, judicial y/o política. Describen fuertes desincentivos al ejercicio de derechos fundamentales como la libertad de circulación, de expresión, de reunión y manifestación, así como procesos de duelo y reajuste psicosocial.

NOVENA – A menudo, se ignoran los efectos perniciosos de los abusos para el propio sistema policial, así como para el conjunto del estado. A corto plazo, los métodos abusivos, como forma de alcanzar los objetivos operativos policiales, no se muestran fiables. A medio y largo plazo la comunidad puede acusar pérdida de confianza en las autoridades y cuestionarse la pertinencia de colaborar.

En condiciones normales, la ciudadanía se atiene a las normas e instrucciones con mayor eficacia por convencimiento moral -de que es lo correcto para la convivencia y el bien común- que por miedo al castigo. Si se da mal uso reiterado de la autoridad, su legitimidad decae y este convencimiento disminuye (Gutiérrez, 2021).

Llegados a ese punto, el prestigio del conjunto del estado, tanto a nivel interno como en el ámbito internacional, podría quedar también en entredicho.

DÉCIMA – La bibliografía converge en algunas propuestas de actuación dirigidas a la sociedad civil, camino que ya están emprendiendo algunas organizaciones sociales. Se basan en la promover la visibilidad de la problemática, el apoyo a las víctimas frente a la victimización secundaria y su rehabilitación psicosocial, la comunicación efectiva con organismos internacionales de Derechos Humanos, la creación de mecanismos efectivos de observación y prevención -como las Brigadas Vecinales-, y la concienciación pública sobre la problemática (del Cura, 2013).

DECIMOPRIMERA – La intervención desde el Trabajo Social en prevención y tratamiento de abusos policiales es posible, pertinente y la disciplina cuenta con ciertas ventajas

estratégicas para su abordaje. Pero es necesario partir de una premisa: al contrario que para otras problemáticas, es difícil imaginar que el estado, ni las entidades que dependan a nivel financiero de este, pongan a disposición los recursos adecuados para combatirla. Esta inconveniencia puede enfocarse también como una oportunidad para el avance de la profesión. Al respecto se realizan algunas propuestas.

7. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Según la definición consensuada a nivel internacional en Melbourne (FITS y AIETS, 2014), el Trabajo Social es la profesión y disciplina académica que “*promueve el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social (...) involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar*”.

En España, la disciplina lleva cierto tiempo en afán de reivindicarse, asentar y ampliar sus espacios, superar los vestigios del asistencialismo, la subordinación y las limitaciones del binomio necesidad-recurso. Esta puede ser una oportunidad en esa dirección. La problemática se caracteriza por manifestar vertientes jurídico-administrativas, psicológicas, sociales... y el Trabajo Social es la disciplina mejor situada y capacitada para abordarla desde su centralidad, con perspectiva integral/holística, sin despreciar la potencialidad del trabajo multidisciplinar o interdisciplinar siempre que sea posible.

En base a las competencias atribuidas al Grado en Trabajo Social por parte de ANECA (2004) y a la profesión por el Consejo General del Trabajo Social (CGTS, 2012), se realizan las propuestas correspondientes:

PRIMERA – Una de las competencias transversales del Trabajo Social es la concienciación sobre problemáticas sociales. La bibliografía analizada señala la necesidad de que la población tome conciencia de las potenciales implicaciones de los abusos policiales en todas sus vertientes. Así mismo, las instituciones públicas internacionales observan la necesidad de reforzar y sistematizar la formación y concienciación de los agentes de policía en materia de Derechos Humanos.

SEGUNDA – El Trabajo Social se alza como articulador de políticas sociales. La literatura analizada, incluyendo instituciones públicas internacionales, coincide en que el estado debe reforzar su legislación para regular en favor de los ciudadanos las relaciones de estos con los agentes de la autoridad. Hacen referencia a impedir el trato discriminatorio, el uso excesivo de la fuerza, limitar la indefensión ante potenciales abusos... Corresponde pues a esta disciplina proponer y promover los cambios correspondientes.

Adicionalmente se podrá promover legislación que refuerce el papel de la profesión en la defensa de los DDHH.

TERCERA – También es competencia del Trabajo Social el fomento de la participación ciudadana, el ejercicio de la ciudadanía activa y el asociacionismo. En un contexto cada vez más individualista, y para esta problemática concreta, en que resulta poco realista la espera contemplativa de recursos externos, es crucial que se promueva el empoderamiento de las personas afectadas mediante el derecho de asociación para la defensa de sus intereses comunes.

CUARTA – Buena parte de las víctimas de abusos policiales arrastran secuelas de diversa consideración; entre ellas, psicosociales y sociales, tales como procesos de duelo, disruptión de proyectos vitales, victimización secundaria, estrés postraumático, déficit o perdida de redes de apoyo...

Ruiz-Mosquera (2020) comparte y sistematiza su experiencia de intervención desde el Trabajo Social, basada en acompañamiento, la atención, y la promoción del apoyo social para prevenir la constitución de duelos patológicos. Regalado (2023) reivindica la legitimidad del Trabajo Social clínico para el tratamiento terapéutico de pacientes que padecen sufrimiento psíquico, especialmente ante realidades opresivas o de injusticia social.

QUINTA – Corresponde al Trabajo Social planificar y ejecutar proyectos sociales. Diseñar proyectos de concienciación, prevención y amparo a las víctimas de la problemática estudiada fortalece nuestra profesión y la calidad democrática de nuestra sociedad.

SEXTA- Sería enriquecedor para la profesión emprender un estudio sobre el papel del Trabajo Social en España en la defensa efectiva de los Derechos Humanos, así como la posibilidad de potenciar ese campo de actuación. Al respecto podría considerarse mapear la presencia de profesionales en entidades como el Defensor del Pueblo y en entidades sociales de defensa de los Derechos Humanos, y describir cuáles son sus funciones concretas.

SEPTIMA – Relacionado con lo anterior, sería de especial pertinencia indagar sobre el desempeño de los servicios de Trabajo Social en los CIEs, sobre sus funciones y posibles limitaciones en base a la subordinación al sistema policial, o limitaciones de otro tipo. Si se potencia su rol, y con herramientas de todos conocidas como los informes de arraigo o de vulnerabilidad social -cuando procedan- pueden alzarse en garantes de los Derechos Humanos de las personas allí ingresadas.

OCTAVA – En relación a la gravedad de la problemática estudiada y sus implicaciones para la convivencia en el sistema democrático, la literatura académica indexada sorprende

de por su escasez. De la existente, ninguna aborda la problemática de forma integral, sino desde alguna vertiente de la misma, por ejemplo, la jurídica/procesal. Es necesario para intervenir sobre la problemática un mayor sustento teórico basado en la evidencia. Léase como una oportunidad para cumplir con el esfuerzo que el Trabajo Social tiene pendiente, de acercarse al nivel cuantitativo de investigaciones indexadas de otras disciplinas sociales.

8. PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Completada la aproximación teórica a los abusos policiales en España en base a la bibliografía disponible, corresponde proponer una investigación cuyo alcance sea descriptivo, esto es, que nos permita definir con toda profundidad la problemática y sus aristas. Los objetivos concretos que se proponen son:

OBJETIVO GENERAL

- Describir la problemática social de los abusos policiales en España.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconstruir el relato vital, vivencias y sentimientos de las personas afectadas.
- Valorar necesidades sociales concretas y esbozar un proyecto de intervención acorde.

Dados los objetivos, es fácil deducir que se propone la adopción de metodología cuantitativa, que permitirá arrojar luz sobre los significados, vivencias y necesidades de las personas que han sido víctimas o han vivido de cerca la problemática objeto de estudio (Vieytes, 2009).

Se propone utilizar como método la entrevista en profundidad a víctimas con distintos perfiles (étnico, cultural, social...) y si fuera posible, reforzar el estudio con informantes clave de las FCSE y/o de otros profesionales que hayan trabajado con la problemática.

Para elegir los distintos perfiles de víctimas podemos servirnos de la presente revisión bibliográfica, observando las categorizaciones sociales que aparecen más frecuentemente mencionadas, como personas de origen extranjero o racializadas, personas sin hogar, mujeres prostituidas, activistas sociales, políticas, sindicales y/o pro-derechos humanos... Observada la teoría interseccional, puede contemplarse incluir otras categorizaciones tradicional o socialmente estigmatizadas o discriminadas. En adición, será oportuno entrevistar a víctimas ajenas a cualquier categoría de las anteriores para estudiar posibles diferencias de discurso y/o para evitar sesgos de confirmación.

Esta forma de muestreo, denominado muestreo teórico estructural, trata de representar, reproducir y escenificar, previo estudio de la realidad social, “*las representaciones simbólicas y los discursos sociales presentes en la sociedad en un momento determinado (...) con relación al objeto de estudio; ya que los grupos de diversas posiciones estructurales aportarían variedades discursivas en torno a un mismo discurso tipo*” (Conde, 2009).

En todo caso, se trataría de un muestreo provisional. Pueden añadirse nuevos informantes o entrevistados en medida en que la investigación lo sugiera, por ejemplo, si las personas entrevistadas sugieren nuevos perfiles clave (efecto bola de nieve) (Mendieta, 2015). También puede darse el caso contrario y alcanzarse la saturación teórica antes de lo previsible, entendiendo esta como el punto en que se todos los datos de las nuevas observaciones repiten patrones de discurso sin añadir nuevos elementos, caso en el cual no tendría sentido seguir añadiendo observaciones a la muestra.

Respecto a las entrevistas, dado el abanico diferenciado de informantes a que se pretende entrevistar, se considera pertinente que el guion se ajuste para cada una de ellas, adoptando una semiestructura, que combine flexibilidad para cada caso con la posibilidad de analizar los discursos agrupados.

El principal reto a que puede enfrentarse esta propuesta será la dificultad para encontrar candidatos a entrevistados e informantes, a quienes se deberá dar toda garantía posible de confidencialidad y anonimato.

BIBLIOGRAFÍA

- A/HRC/39/69/Add.2. (2018.) Informe del Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes acerca de su misión a España. Consejo de Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas.
- ACNUDH. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1979). Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Resolución 34/169.
- ACNUDH. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1990) Principios básicos sobre el empleo de la fuerza y de armas de fuego por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-use-force-and-firearms-law-enforcement>
- Amnistía Internacional (2007). *Report 2007, the state of the world's human rights*. Amnesty.org

- Amnistía Internacional (2014). *España: El Derecho a Protestar, Amenazado*. Amnesty.org
- ANECA. Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación. (2004). *Libro Blanco del título de grado en Trabajo Social*. https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco_trbjsocial_def.pdf
- Baby, S. (2018). *El mito de la transición pacífica, violencia política en España*. Akal.
- Barak, G. (2003). *Violence and nonviolence: Pathways to understanding*. Sage.
- Blanco, A. (2022) *Las condenas a España del Tribunal Europeo de Derechos Humanos: lecciones a extraer*. Universidad de Valladolid.
- Blumer, H. (1971). Social Problems as Collective Behavior, *Social Problems*, 18(3), 298-306. <https://doi.org/10.2307/799797>
- Boladeras, M. (2019) Violencia institucional por incumplimiento de derechos. *Musas*, 1(4), 60-76. Universidad de Barcelona.
- Bourdieu, P. (2000). Sobre el poder simbólico, en *Intelectuales, política y poder* (65-73). Eudeba.
- Burgos, R. (2009). *La muerte de García Caparrós en la transición política*. Airon.
- BVODH. Brigadas Vecinales de Observación de Derechos Humanos (2011). *Informe de las BVODH sobre los controles de identidad racistas en Madrid. 2010-2011*. En: <http://brigadasvecinales.org>
- BVODH. Brigadas Vecinales de Observación de Derechos Humanos (2012). *2º Informe de las BVODH (2011-2012). Cuando la vulneración de derechos se normaliza. Controles de identidad racistas en Madrid*. En: <http://brigadasvecinales.org>
- BVODH. Brigadas Vecinales de Observación de Derechos Humanos (2015). *Tercer informe sobre las redadas racistas de las BVODH. PERSECUCIÓN Y ACOSO POLICIAL. La persistencia de los controles de identidad por perfil étnico*. En: <http://brigadasvecinales.org>
- CGTS. Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- CIS. Centro de Investigaciones Sociológicas. (2023). *Calidad de los servicios Públicos (XIV) Estudio 3430. Noviembre-diciembre 2023. Avance de resultados*. En: https://www.cis.es/documents/d/cis/es3430marmt_a
- Código Penal del Perú (2005) Artículo 376. Abuso de autoridad. Diario Oficial El Peruano.

- Conde, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Constitución Española. (1978). Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1978-31229.
- Convención de la ONU contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. (1984). Organización de las Naciones Unidas.
- Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1953). Consejo de Europa. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_spa
- CPT. Comité Europeo Para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes. (2013). Informe al Gobierno Español sobre la visita a España llevada a cabo del 30 de mayo al 13 de junio de 2011. CPT/Inf, 2013, 6. <https://rm.coe.int/1680e697eab>
- CPT. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y tratos o Penas Inhumanas o Degradantes. (2021). *Informe al Gobierno Español sobre la visita a España realizada por el CPT del 14 al 28 de septiembre de 2020*. Consejo de Europa. <https://rm.coe.int/1680a47a78>
- CPDP. Coordinadora para la Prevención y la Defensa de la Tortura. (2017). *La tortura en el Estado español*. <https://www.apdha.org/tortura-estado-espanol-2017/>
- Crenshaw, K. (1991). *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. Stanford Law Review.
- Curtin, D. W., & Litke, R. (Eds.). (1999). *Institutional violence*, 88. Rodopi.
- Defensor del Pueblo. (2021). Informe Anual. <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2021/>
- Defensor del Pueblo. (2022). Informe Anual. <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2022/>
- Defensor del Pueblo. (2023). Informe Anual. <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2023/>
- Del Cura, J. (2013). La tortura en el estado español en la actualidad. En Anitua I. y Zysman D. (comp) *La tortura. Una práctica estructural del sistema penal, el delito más grave* (pp 215-244). Didot.
- DPAD. Declaración y Programa de Acción de Durban. (2002) Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. Organización de las Naciones Unidas.

- DUDH. Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). Organización de las Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- CERD/C/GC/36. Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. (2002). Recomendación general núm. 36, relativa a la prevención y la lucha contra la elaboración de perfiles raciales por los agentes del orden. Organización de las Naciones Unidas.
- Ferrocarril Clandestino, Médicos del Mundo, SOS Racismo. (2009) Voces desde y contra los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE). https://sosracismo.eu/wp-content/uploads/2021/01/inmig_Voces_desde_contra_CIE.pdf
- FITS y AIETS. Federación Internacional de Trabajo Social y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. (2014). Definición Global del Trabajo Social. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/>
- FRA. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2010). Guía para entender y evitar la elaboración de perfiles étnicos discriminatorios. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Gallardo, J. (2004) *El caso Téllez*. Carena.
- Gandía, Y. (2018) La prohibición de la tortura: condenas del TEDH al estado español por la violación del artículo 3 del CEDH en su vertiente procesal. *Actualidad jurídica iberoamericana*, 9, 488-523.
- García-Peñalvo, FJ. (2022). *Los métodos de revisión sistemática de literatura*. Ed Salamanca. DOI: 10.5281/zenodo.6320299
- Gutiérrez, J.M. (2021) *Uso de la Fuerza por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado*. Universidad de Jaén.
- Kiai, M (2014) *Report of the Special Rapporteur on the rights to freedom of peaceful assembly and of association*. Human Rights Council, 23th session. United Nations, General Assembly.
- Ley 46/1977, de 15 de octubre, de Amnistía. BOE-A-1977-24937. Boletín Oficial del Estado.
- LO 3/1981. Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, del Defensor del Pueblo. BOE-A-1981-10325. Boletín Oficial del Estado.
- LO 7/1985. Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España. BOE-A-1985-12767. Boletín Oficial del Estado.

- LO 10/1985. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE-A-1995-25444. Boletín Oficial del Estado.
- LO 12/2007. Ley Orgánica 12/2007, del régimen disciplinario de la Guardia Civil. BOE-A-2007-18392. Boletín Oficial del Estado.
- LO 4/2010. Ley Orgánica 4/2010, de Régimen Disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía. BOE- A-2010-8115. Boletín Oficial del Estado.
- LO 4/ 2015. Ley Orgánica 4/2015, de protección de la seguridad ciudadana. BOE-A-2015-3442. Boletín Oficial del Estado.
- LO 39/2015. Ley Orgánica 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2015-10565.
- Lledín, J. (2015). Torturas y otros delitos contra la integridad moral cometidos por funcionarios públicos en España: el caso de los Centros de Internamiento para Extranjeros (1999-2014). *Crítica penal y poder*, 9, 279-303.
- Lorente-Molina, B. y Luxardo, N. (2018). Hacia una ciencia del trabajo social. Epistemologías, subalternidad y feminización. *Cinta de moebio*, 61, 95-109. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2018000100095>
- Iridia y Novact (2021) *Informe: Stop Balas de Goma*. iridia.cat
- Iridia, Novact y Rights International Spain (2022) *Transparencia y Rendición de Cuentas de los Cuerpos Policiales en el Estado Español*. iridia.cat
- Matia, F.J. (2013) Del activismo judicial para dificultad la libertad de los condenados a la inacción en la protección de otros Derechos Humanos: balance de algunas decisiones recientes del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que afectan al Reino de España. *Revista General De Derecho Constitucional*, 17, 1-25
- Mendieta, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1148-1150.
- Miralles, M y Aques R. (1989). *Amedo, el estado contra ETA*. Plaza & Janes.
- Morillas, L. (2014). Reflexiones críticas sobre el anteproyecto de Ley Orgánica de Seguridad Ciudadana. *Revista electrónica Abogacía.es*, 67. Consejo General de la Abogacía Española.
- Muñoz, G. (2008) Una derrota dulce: el intento de la oposición antifranquista de lograr su unidad y la ruptura democrática. *Gerónimo de Uztariz*, 23, 103-121.

- Pariona, R. (2016) El delito de abuso de autoridad. Consideraciones dogmáticas y político-criminales. *Themis*, 68, 91-100.
- Parra, E. (2020). La práctica de la tortura en la transición y la democracia. En Oliver P. (coord). *La tortura en la España contemporánea* (pp 199-254). Catarata.
- Perelman, M. y Trufó M. (2017). Violencia institucional. Tensiones actuales de una categoría política central. Cels.
- Pernía, L. Rodríguez JL. Ruíz G. (2009). Cárcel Encubiertas. Centros de Internamiento de Extranjeros. Plataforma de Solidaridad con los/las inmigrantes de Málaga.
- PIDCP. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) Organización de las Naciones Unidas.
- PRE/9/2013. Orden presidencial, de 8 de enero, por la que se acuerda el cierre del centro de internamiento de extranjeros de Málaga. BOE-A-2014-2749. Boletín Oficial del Estado.
- Preciado-Doménech, C.H. (2013). Anteproyecto de Ley de Seguridad Ciudadana. Comentarios de Urgencia y Tablas Comparativas. *Jueces para la Democracia. juecesdemocracia.es*
- RD 162/2014. Real Decreto 162/2014, de 14 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de funcionamiento y régimen interior de los centros de internamiento de extranjeros. BOE-A-2014-2749. Boletín Oficial del Estado.
- RD 176/2022. Real Decreto 176/2022, de 4 de marzo, por el que se aprueba el Código de Conducta del personal de la Guardia Civil. BOE-A-2022-3477. Boletín Oficial del Estado.
- RD 853/2022. Real Decreto 853/2022, de 11 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de procesos selectivos y formación de la Policía Nacional. BOE-A-2022-16582. Boletín Oficial del Estado.
- Regalado, J. (2022). El Trabajo Social clínico es legítimo. *Letrame*.
- Ruiz-Mosquera, AC. (2020) El duelo desde el Trabajo Social. Experiencia de intervención social con grupos. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 63, 29-42.
- SP 276/2015. Sentencia núm. 276/2015 del 17 de junio de 2015, de la Audiencia Provincial de Málaga. Sección 3^a. <https://acoge.org/wp-content/uploads/2015/06/sentencia-CIE-de-M%C3%A1laga.pdf>

- STC 172/2020. Sentencia del Tribunal Constitucional sobre recurso de inconstitucionalidad 2896-2015. BOE-A-2020-16819. Boletín Oficial del Estado.
- STC 13/2021. Sentencia del Tribunal Constitucional sobre el recurso de inconstitucionalidad 3848-2015. BOE-A-2021-2832. Boletín Oficial del Estado.
- STC 115/1987. Sentencia 115/1987, de 7 de julio, del Tribunal Constitucional. BOE-T-1987-17724. Boletín Oficial del Estado.
- STC 183/2021. Sentencia del Tribunal Constitucional. Sobre el recurso de inconstitucionalidad 5342-2020. BOE-A-2021-19512. Boletín Oficial del Estado.
- STEDH 2507/07. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 28 de septiembre de 2010. Asunto San Argimiro c. España
- STEDH 40351/05. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 8 de marzo de 2011. Asunto Beristain Ukar c. España.
- STEDH 47159/08. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 24 de julio de 2012. Asunto B.S. c. España.
- STEDH 47303/08. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 16 de octubre de 2012. Asunto Otamendi Egiguren c. España.
- STEDH 58438/00. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 12 de junio de 2014. Asunto Martínez Sala c. España.
- STEDH 3344/13. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 7 de octubre de 2014. Asunto Ataun Rojo c. España.
- STEDH 74016/12. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 7 de octubre de 2014. Asunto Etxebarria Caballero c. España.
- STEDH 58488/13. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 5 de mayo de 2015. Asunto Arratibel Garciandia c. España.
- STEDH 36286/14. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 31 de mayo del 2016. Asunto Beortegui Martínez c. España.
- STEDH 1653/13. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 13 de febrero de 2018. Asunto Portu Juananea y Sarasola Yarzabal c. España.
- STEDH 32897/16. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 9 de marzo de 2021. Asunto López Martínez c. España.

- STEDH 20690/17. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 19 de enero de 2021. Asunto González Etayo c. España
- Tolmo, J. (2020). *Manual de legislación, jurisprudencia y recomendaciones de ámbito internacional aplicables a España en materia de discriminación racial y xenofobia*. Cepaim.
- Vieytes, R. (2009). Campos de aplicación y decisiones de diseño en la investigación cualitativa, en Merino A. (coord.) *Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales*. Cengage Learning.
- Yñiguez, A. (2007). Reglas básicas de la práctica policial y funcionamiento interno de la Policía. *Cuadernos De Trabajo Social*, 20, 57-73. Ediciones Complutense.

“El papel del Trabajo Social en la prevención de la conducta suicida”

Autora: María Thalía Postigo López

Tutora: Ana Cristina Ruiz Mosquera

Agradecimientos

Con cariño y gratitud, extiendo mi agradecimiento a mi tutora y a mis profesoras, por su dedicación como docentes y sus inestimables guías que han sido fundamentales en la dirección y enriquecimiento de este trabajo.

A mi compañera Sofía Moreno, le agradezco su invaluable apoyo, por compartir su tiempo y reflexión a revisar mi proyecto.

A mi madre, ya que este logro es una demostración de su inmenso amor y dedicación. A mi hermana y familiares por confiar siempre en mí.

Y, por último, a mi abuela Pilar por expresarme en sus últimos días el orgullo que procesa hacia a mí. A tí abuela te dedico este trabajo y el enorme esfuerzo de conseguir una prueba que para tí había quedado pendiente, verme terminar la carrera universitaria.

Resumen

Este Trabajo de Fin de Grado proporciona un análisis detallado del suicidio y su prevención dentro de la disciplina del trabajo social. Para ello se han utilizado dos técnicas: en primer lugar, un estudio bibliográfico del fenómeno y el papel de la disciplina en la intervención y prevención del suicidio; y, en segundo lugar, se realizó un cuestionario a más de 150 estudiantes del grado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga, preguntándoles sobre sus percepciones y formación académica específica para abordar eficazmente la conducta suicida.

El objetivo principal de este estudio fue concienciar y sensibilizar a los/as estudiantes de trabajo social sobre la importancia del apoyo social en la prevención del suicidio, erradicando el estigma que rodea a este fenómeno, así como conocer los aspectos sociales claves. El motivo de la elección de este tema fue demostrar y comprender la necesidad que surge entre la práctica y la teoría de

elaborar una formación académica específica sobre este fenómeno para reivindicar el papel del trabajo social en la intervención y prevención del suicidio.

Quedando demostrado que la disciplina del trabajo social tiene un papel fundamental en la prevención del suicidio, aunque primeramente debe centrar todos sus esfuerzos en reivindicar una formación específica y el reconocimiento de su labor en el fenómeno.

Palabras claves

Suicidio, prevención, trabajo social, formación, aspectos sociales y apoyo social.

Abstract

This Final Degree Project provides a detailed analysis of suicide and its prevention within the discipline of social work. Two techniques have been used for this purpose: firstly, a bibliographic study of the phenomenon and the role of the discipline in suicide intervention and prevention; and secondly, a questionnaire was administered to more than 150 undergraduate students of Social Work at the University of Malaga, asking them about their perceptions and specific academic training to effectively address suicidal behavior.

The main objective of this study was to raise awareness and sensitize social work students about the importance of social support in suicide prevention, eradicating the stigma surrounding this phenomenon, as well as to learn about key social aspects. The reason for choosing this topic was to demonstrate and understand the need that arises between practice and theory to develop specific academic training on this phenomenon in order to vindicate the role of social work in suicide intervention and prevention.

It was demonstrated that the discipline of social work has a fundamental role in suicide prevention, although it must first focus all its efforts on claiming a specific training and recognition of its work in the phenomenon.

Keywords

Suicide, prevention, social work, formation, social aspects and social support.

ÍNDICE.....

1. Introducción.....	101
2. Objetivos	102
3. Metodología	102
4. Marco teórico	102
4.1. El suicidio y su estigma.....	102
4.2. Mitos sobre el fenómeno del suicidio.	104
4.3. Glosario de términos relacionados con el fenómeno del suicidio.	105
4.4. El suicidio en España a través de los datos.	106
4.5. Teoría del suicidio de Durkheim.....	107
4.6. Fases del suicidio.....	108
4.7. Factores de riesgo en la conducta suicida.	109
4.7.1. Factores de riesgos sociodemográficos.	110
4.7.2. Factores de riesgo a nivel personal.....	111
4.7.3. Factores de riesgo a nivel contextual.	112
4.8. Factores protectores en la conducta suicida.....	113
4.8.1. Factores protectores a nivel personal.	114
4.8.2. Factores protectores a nivel familiar.	114
4.8.3. Factores protectores a nivel social.	115
4.9. Señales de alerta	116
4.9.1. Señales de alerta verbales.....	116
4.9.2. Señales de alerta no verbales.....	117
4.10. ¿Qué hacer ante una situación de riesgo?	117
4.11. Formación del alumnado de trabajo social según los planes de estudios	120
4.12. El papel del trabajo social en la prevención del suicidio.	121
5. Resultados.....	125
5.1. Nivel de conocimiento y formación existente entre los/as alumnos de trabajo social sobre el fenómeno del suicidio	125
5.2. Conocimiento sobre los factores de riesgo y protección de los/as estudiantes de trabajo social.....	127
5.3. Influencia del estigma y papel de los medios de comunicación.	129

5.4. Formación recibida desde el grado universitario	132
5.5. Efectividad de las acciones realizadas desde el Trabajo Social para mitigar el fenómeno del suicidio según los/as estudiantes	133
6. Discusión	136
7. Conclusión.....	140
8. Bibliografía	142
9. Anexo.	151

1. INTRODUCCIÓN.

La finalidad que tiene el presente trabajo es sensibilizar a los futuros/as profesionales del trabajo social de la problemática que trae consigo a nivel mundial el fenómeno del suicidio, concienciándolos sobre la importancia que tiene el apoyo social para la prevención de conductas suicidas. Esto será posible, a través de la literatura y de los datos estadísticos proporcionados tanto por el Observatorio del Suicido en España como por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se describirá la situación de nuestro país, impulsando la formación en este fenómeno de los/as futuros/as trabajadores/as sociales. Para lograrlo, se implementa un proyecto de intervención mediante una metodología descriptiva.

El suicidio se define como “*el acto deliberado de poner fin a la propia vida y es colocado entre las tres primeras causas mundiales de muerte*” (OMS, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud (2021), una persona se quita la vida cada 40 segundos, y se estima que en todo el mundo se producen alrededor 20 intentos de suicidio cada 40 segundos. Por lo tanto, este fenómeno se sitúa entre una de las principales causas de fallecimiento, siendo considerado un problema de salud mundial que afecta a toda la población, independientemente de su edad, sexo o nacionalidad, con una tasa de alrededor de 700.000 muertes al año (OMS, 2021).

Para prevenir y dar respuesta a este fenómeno, es fundamental que los/as estudiantes del grado de trabajo social conozcan la repercusión del fenómeno del suicidio e identifiquen y detecten a tiempo señales de alerta que afectan a toda la población a nivel mundial. Al mismo tiempo, al ser un fenómeno complejo de carácter multifactorial el suicidio se deberá abordar de manera coordinada con otros profesionales, por lo que, los futuros/as trabajadores/as sociales deberán de estar al tanto de las distintas dimensiones que incluye este fenómeno como son: los aspectos psicopatológicos y/o clínicos, sociocontextuales, familiares, culturales y personales (OMS, 2021; Gabilondo, 2021).

Este proyecto es de vital interés para prevenir y reducir el número de personas que mueren por suicidio, ya que un 45% de estas personas visitan en el mismo mes a los Centros de Servicios Sociales y a los Expertos de Atención Primaria, sin que exista evidencia de una evaluación completa que indique el riesgo de suicidio (Abarca et al., 2018). En realidad, en España los profesionales no disponen del tiempo suficiente para evaluar de forma exhaustiva la problemática de cada usuario. Por ello, se debe desarrollar herramientas y/o formar a los profesionales para que dentro de los límites establecidos en el tiempo puedan conocer si la persona que acude debe estar o no incluido en el protocolo para la prevención del suicidio.

2. OBJETIVOS.

El objetivo principal del Trabajo Fin de Grado es sensibilizar a los/as estudiantes de trabajo social sobre la importancia del apoyo social en la prevención del suicidio. Para ello, se contribuirá al conocimiento existente del alumnado para mejorar la prevención de la conducta suicida, potenciando el grado de trabajo social para abordar adecuadamente este fenómeno y erradicar el estigma existente desde la disciplina.

3. METODOLOGÍA.

Para abordar los objetivos del TFG, se realizó una extensa consulta bibliográfica para recopilar información relevante sobre el fenómeno. Además, se elaboró y administró un cuestionario de 28 cuestiones divididas en cinco subcategorías a los/as estudiantes de trabajo social de la universidad de Málaga. Con el objetivo de conocer su formación académica y pensamientos sobre el fenómeno suicida, así como el contenido de los programas de estudios relacionados con el fenómeno. Dicha encuesta proporcionó datos valiosos para comprender mejor la percepción, conocimiento y formación de los/as estudiantes de trabajo social.

Para la realización de este proyecto se ha contado con 157 alumnos/as de los cuatro cursos del grado de trabajo social. En cuanto a la edad, el 87'8% tienen una edad comprendida entre los 18-24 años, el 10'2% de 25 a 34 años, el 1'2% de 35 a 44 años y el 0'8% son mayores de 45 años. De estos, el 54'7% han accedido al grado a través de bachillerato, el 42'7% a través de un grado superior y el 2'6% procedente de otra carrera universitaria.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1. EL SUICIDIO Y SU ESTIGMA.

El término suicidio se utiliza por primera vez en el latín moderno como *suicidium*. Esta palabra proviene de dos elementos del latín antiguo: *sui*, que significa uno mismo, y *cidium*, que significa matar. Según Veschi (2019), estos términos combinados representan el acto de matarse a uno mismo. Las tasas de suicidio han aumentado en todo el mundo durante los últimos cincuenta años, lo que provoca que la prevención de estas conductas sea fundamental para la salud pública (World Health Organization, 2005). El suicidio es actualmente una de las tres principales causas de muerte en el mundo y se define como un acto intencional para acabar con la propia vida (Organización Mundial de la Salud, 2015). Sin embargo, encontrar una única conceptualización de esta problemá-

tica es imposible. Por ello, a continuación, se mencionan las definiciones aportadas por autores como Joiner (2010) y Oliveros (2020).

Thomas E. Joiner (2010) define el suicidio como un comportamiento del individuo resultado de la interacción entre la tendencia natural de supervivencia y las condiciones que debilitan esta tendencia. Y Oliveros (2020) que sostiene que el suicidio es el acto que cometen las personas que quieren vivir, pero no saben cómo hacerlo, debido a que el sufrimiento que acarrean les provoca una visión de la vida más temible que la muerte.

No hay que olvidar que el suicidio es un fenómeno que ha existido a lo largo de la historia de la humanidad y ha aumentado significativamente con el paso de los años, estando rodeado de un estigma que impide hablar clara y directamente sobre los problemas que provoca a nivel social y económico. Esta problemática es comparada con muertes silenciadas, puesto que los datos no se publican ni se presentan en los medios de comunicación de manera diaria o periódica. Esta cuestión empezó a tener repercusión en 2003, cuando la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio declaró el 10 de septiembre como el Día Mundial de la Prevención del Suicidio. A pesar de ello, el suicidio sigue siendo en la actualidad un tema tabú.

Según la OMS (2022) hablar de suicidio no provoca un efecto contagio, por lo que los medios de comunicación deben de tratar esta cuestión con normalidad, para que la población tome conciencia de ella. Además, autores/as como Campo-Arias & Herazo (2015) mostraron que el estigma aumenta el riesgo de conducta suicida, lo que sugiere que los individuos que tienen interiorizado el estigma realizan más intentos que las personas que no lo tienen, siendo la tasa de suicidio más elevada en los países con mayor estigma percibido. Por otro lado, Vieta (2011), citado por Gil-Asensio (2022) destaca la necesidad de eliminar el estigma que rodea a este fenómeno y que los profesionales que aborden y traten cuestiones sociales pregunten como se siente la persona usuaria sin miedo a generar ideas suicidas.

Centrándonos en el estigma, autores como Corrigan & Kleinlein (2005), citado en Demmer (2015), identifican dos conceptos de estigma diferentes, pero interconectados entre sí, en primer lugar, el estigma público que lo definen como la reacción de la sociedad ante un grupo o individuo etiquetado debido a estereotipos que pueden manifestarse en prejuicios y discriminación. Y, en segundo lugar, el autoestigma que es la internalización por parte de un individuo de las reacciones y creencias de los demás, lo que provoca una baja autoestima o autoeficacia en la persona etiquetada. El estigma en sí mismo es un factor de riesgo que conduce a la discriminación, el aislamiento y a mayores dificultades para escapar de la situación en la que uno se encuentra (Shrivastava et al., 2013). Al mismo tiempo, autores como Reynders et al. (2014) establecen que el estigma reduce

significativamente la probabilidad de que una persona busque ayuda porque actúa como barrera. Por estos motivos, Demmer (2015) define el estigma y el suicidio como un círculo vicioso, ya que el estigma trae consigo consecuencias negativas como el aislamiento y la falta de pertenencia, y dichos sentimientos retroalimentan el deseo de cometer el acto suicida. Lo que sugiere para esta autora que para erradicar el estigma del suicidio se debería realizar una intervención dirigida tanto a nivel interno de los individuos como a nivel macro en las creencias de las sociedades, ya que la reducción del estigma podría ser una pieza clave en una intervención integral multinivel.

4.2. MITOS SOBRE EL FENÓMENO DEL SUICIDIO.

A continuación, se tratarán y desmentirán algunos mitos relacionados con el fenómeno del suicidio a través de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (RedAIPIS-FAeDS, 2023).

Mito 1. Preguntar a alguien si tiene pensamientos suicidas, puede provocar tendencias suicidas.

Según Pérez Barrero (2005) está demostrado que hablar con una persona sobre la presencia de pensamientos suicidas, disminuye el riesgo de que esta cometa el acto. Por lo tanto, los/as profesionales de trabajo social harán bien en escuchar a las personas en riesgo, para que esta pueda contar como se siente y sus pensamientos. Esto alivia la tensión que la persona siente y le ayuda a comprender que queremos ayudarla y que no están solos. Reducir o minimizar los pensamientos suicidas es el enfoque equivocado para prevenir este fenómeno.

Mito 2. Una persona que expresa su deseo de poner fin a su vida nunca lo hará.

Según la OMS (2021), la mayor parte de las personas que han intentado o se han suicidado, previamente, expresaron su intención, con palabras, amenazas o cambios bruscos de comportamientos. Por ello, como profesionales, estas evidencias nunca deben de ser tratadas como un chantaje o manipulación del individuo para conseguir sus objetivos.

Mito 3. La persona que va a cometer el acto suicida no lo dice.

Está demostrado que 9 de cada 10 personas que se suicidan expresan claramente su propósito, y la otra dejó entre ver sus intenciones (Bilbao, 2021). Es importante ser conscientes que solo un escaso número de suicidios se producen sin aviso, y que el 90% de los casos de suicidio las personas dan avisos evidentes de sus intenciones. Por este motivo, deben de tomarse en serio todas las amenazas o intentos de autolesión. Por lo que, si

los/as profesionales del trabajo social detectan riesgo en una persona usuaria, deben de preguntarle por ello.

Mito 4. La persona que comete el acto no avisa previamente, ya que es un acto impulsivo.

Según RedAIPIS-FAeDS (2023), el suicidio puede ser un acto impulsivo o al contrario un acto planificado como en la mayoría de casos. En cualquiera de los casos, es muy probable que existan signos directos o indirectos, verbales o no verbales sobre el riesgo de conducta suicida. En general, la sociedad tiene ideas erróneas sobre el fenómeno del suicidio, ya que creen que no hay nada que puedan hacer para prevenir la conducta suicida. Sin embargo, como futuros/as trabajadores/as sociales debemos ser conscientes de este fenómeno y prevenirla. Por eso es tan importante aprender a detectar las señales de alerta, los factores de riesgo y los factores protectores que rodean a dicho fenómeno.

Mito 5. Solo las personas que tienen problemas graves se suicidan.

Como bien refieren Böttcher & Garay (2021), el suicidio es un fenómeno multicausal, por lo que muchos problemas pequeños pueden conducir al suicidio. Además, lo que para una persona es algo nimio, para otras puede ser algo catastrófico. Por eso, valorar lo que es grave o no desde nuestro punto de vista puede llevar a infravalorar el dolor que siente una persona.

4.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL FENÓMENO DEL SUICIDIO.

La conducta suicida abarca una amplia gama de conductas y pensamientos asociados a la ideación, planificación y ejecución de conductas autodestructivas. Este complejo patrón incluye todo, desde pensar pasivamente en la propia muerte hasta planificar en detalle como cometer el acto suicida.

Tabla 4.3.1. Términos que conforman la conducta suicida.

TÉRMINOS	DEFINICIONES.
Ideación suicida	Es la primera vez que la persona muestra comportamientos que se asocian al suicidio, desde expresiones hasta un plan suicida (Anseán, 2014). Las diferentes formas de manifestación distinguen la gravedad desde la ideación hasta el suicidio consumado (Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz, 2020).
Intento de suicidio	Según el INE (2003), es un acto intencional que comete la persona contra uno mismo, causando lesiones en lugar de la muerte.
Tentativa de suicidio	Echeburúa, (2015) lo define como el acto que realiza una persona que trata de llamar la atención de las personas que lo rodean, pudiendo tener diferentes finalidades como pueden ser: buscar ayuda, conocer si alguien lo quiere o huir de un problema.

Autolesión	Es el acto deliberado de dañarse a uno mismo de manera repetitiva, sin intención de acabar con su vida (Nader & Boehme, 2003). La Sociedad Internacional de Autolesión (2011) la define como una conducta impulsiva del individuo que intenta liberarse del dolor emocional y sentir el control a través de dañarse a sí mismo.
Suicidio consumado	Es el acto de quitarse la propia vida, siendo el último acto llevado a cabo en el fenómeno del suicidio (OMS, 2021).
Duelo	Reacción emocional de una persona tras la pérdida de un ser querido, es una experiencia presente en todas las culturas, esto es subjetivo y su duración dependerá de la propia persona (Toro-Herrera & Acero-González, 2022).

Fuente: Elaboración propia

4.4. EL SUICIDIO EN ESPAÑA A TRAVÉS DE LOS DATOS.

La información estadística sobre el suicidio en nuestro país la recoge el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Observatorio de Suicidio en España, el momento actual es relevante para el análisis del creciente número de casos por suicidios en nuestro país. Debido a que según los datos del INE (2023), durante el año 2022 en España se registraron

4.227 muertes por suicidio, siendo el 74% (3.126) hombres y el 26% (1.101) mujeres. El año 2022 se ha convertido en el máximo histórico en la serie de datos desde que se inicia el registro, además del cuarto año consecutivo en superar dicha cifra. A todo esto, hay que sumarle que esta cifra es una subestimación, ya que el suicidio solo se registra cuando no hay dudas (Fernández et al., 2023). Según datos oficiales, el número de suicidios ha aumentado un 25% en lo que llevamos de siglo, superando los 80.000 fallecimientos por esta causa, únicamente, en el periodo de transición del año 2021- 2022, la tasa de suicidio ha aumentado un 5'6%. Estudiando el fenómeno por género, el aumento de la tasa de suicidio en el último siglo fue del 23'4% para los hombres y del 34'4% para las mujeres, y solamente en este último año dicha tasa ha aumentado un 4'8% para los hombres y un 7'8% para las mujeres. Ahora bien, en 2022 en España se registran que 3 de cada 4 suicidios lo cometen hombres y 1 de cada 4 lo comenten mujeres, variando según la comunidad autónoma. Coinciendo con resultados de otros países analizados (Fernández et al., 2023).

Como se menciona anteriormente, la mayor tasa de suicidio de la historia sucede en 2022, con un total de 8'85 muertes por cada 100.000 habitantes, siendo por sexos, 13'34 muertes por cada 100.000 habitantes en hombres y 4'52 muertes por cada 100.000 habitantes en mujeres. Sin embargo, la literatura científica muestra que cuando se analiza la ideación suicida, la brecha de género se iguala, siendo incluso un fenómeno con mayor preponderancia entre las mujeres (Fernández et al., 2023). Ahora bien, existen comunidades autónomas que superan esta media, siendo Asturias la que presenta mayor tasa de suicidios con 12'54 suicidios por cada 100.000 habitantes, seguida de Galicia, Canarias,

Castilla y León, Cantabria y Andalucía. Al mismo tiempo que por debajo de la media nacional, se encuentran otras comunidades como Madrid, Ceuta y Melilla, siendo esta última la que presenta la tasa de suicidio más baja, con un 1'17% de suicidios.

En cuanto al global de edades, en 2021 se registró una cifra histórica de suicidio en menores de 15 años con 22 suicidios, cifra que se mantiene en 2022. En lo que respecta al suicidio en adolescentes entre 15 y 29 años, también ha aumentado la tasa de suicidios en 2022. Según el INE (2022), el riesgo de suicidio aumenta con la edad, especialmente para los hombres, donde el riesgo de cometer el acto suicida se multiplica por cinco y en el caso de las mujeres se duplica.

En conclusión, el suicidio vuelve a situarse como la principal causa de muerte externa en nuestro país, siendo así desde 2008 y con una tendencia general al alza (Observatorio del Suicidio en España, 2022). A pesar de que el fenómeno del suicidio supone más del doble del número de accidentes de tráfico y más del 80% del número de casos de violencia de género, España no posee ningún plan o estrategia específica estatal para prevenir este fenómeno, aunque son muchos los autores que reclaman que en nuestro país se elabore una política preventiva (Goñi & Zandio, 2017; Salamero & Segovia, 2018). Ahora bien, nuestro país posee una tasa de suicidios significativamente menor que otros países, aunque hay que tener en cuenta que el sistema de registro estadístico no cumple con los mismos criterios en todos los países.

4.5. TEORÍA DEL SUICIDIO DE DURKHEIM.

Para poder comprender los antecedentes y las causas del suicidio es importante saber que teorías han tenido mayor influencia a lo largo de la historia. Por ello, a continuación, se abordará la teoría que más impacto ha tenido en nuestra sociedad sobre el fenómeno del suicidio elaborada por el sociólogo francés Émile Durkheim.

Según Durkheim (2000), el suicidio es una acción que tiene un resultado definido para el individuo, ya sea directo o indirecto. El autor clasifica el suicidio en tres categorías, aunque señala que el hecho de cometer o no el fenómeno está determinado por la estructura social en la que vive el individuo. Por esa razón, el autor para explicar su teoría sobre el suicidio, clasifica el fenómeno en tres jerarquías: suicidio egoísta, altruista y suicidio anómico.

El suicidio egoísta para Durkheim ocurre cuando la persona se siente aislada o desvinculada de la sociedad, lo que conduce a una falta de integración social. Para el autor, esto ocurre en países donde el individualismo y la autodisciplina cobran una mayor importancia que las estructuras sociales tradicionales. En pocas palabras, en estas sociedades,

los individuos poseen escasos vínculos sociales fuertes que los unan y un escaso o nulo sentimiento de comunidad y/o pertenencia.

En cuanto al suicidio altruista, según el autor, ocurre en las sociedades donde existe una fuerte integración social y donde los intereses del individuo se encuentran por debajo de las normas y valores establecidos por la sociedad. En el suicidio altruista, los individuos deciden acabar con su vida en beneficio de la comunidad. Durkheim señala que esto sucede en sociedades tradicionales donde prima el sentido de pertenencia y solidaridad.

Finalmente, para explicar su teoría del suicidio, Durkheim establece una tercera categorización denominada suicidio anímico. En esta fase el individuo vive momentos de cambio o de crisis, como puede ser una guerra, el desempleo o cualquier otra situación que provoque un desajuste en su vida personal, lo que conduce a la persona a sentirse perdido y sin ambiciones futuras. Esta última categorización es la que más se adapta y asemeja a nuestra sociedad, permitiendo conocer las razones por las que las personas se suicidan en la actualidad. Además, en esta última fase el autor enfatiza sobre la importancia de la cohesión social, la estabilidad social y la estabilidad personal del individuo para prevenir el suicidio. Por tanto, desde el trabajo social es importante fortalecer los lazos sociales, fomentar un sentido de comunidad y ayudar a los individuos a encontrar un propósito en la vida.

4.6. FASES DEL SUICIDIO.

Como explica Pérez-Barrero (1999), el fenómeno del suicidio puede desarrollarse a través de la ideación suicida. Esta fase puede ocurrir o no, pero en el caso de que ocurra, el individuo elabora cómo, dónde y el momento oportuno para cometer el acto. Por lo tanto, la ideación suicida es la planificación, el intento de suicidio es la ejecución y el suicidio consumado es cuando el individuo consigue poner fin a su vida.

Son varios los autores que han abordado el fenómeno del suicidio, por lo que a continuación, se explica desde dos perspectivas distintas. En primer lugar, se describen las seis fases desarrolladas por Aláez (2013) y, en segundo lugar, las desarrolladas por Bueno (2016).

Según Alaéz (2013) el proceso de suicidio pasa por diversas fases. En la fase ideativa, la persona experimenta momentos emocionales negativos en los que tiende a creer que acabar con su vida es la única salida a esta situación. En la fase deliberativa, la idea persiste, afectado a la percepción de la realidad y dificultando la comunicación de los sentimientos o pensamientos debido al estigma que rodea a este fenómeno. Si comunica su

problema y no obtiene la ayuda que necesita, sus pensamientos suicidas aumentan. En la fase decisiva, el individuo decide acabar con su vida, se siente cansado de luchar consigo mismo y quiere acabar con su dolor, aunque eso signifique acabar con todo. Este paso es muy importante para identificar el problema, puesto que normalmente la persona anuncia lo que piensa hacer. En la fase dilatadora, a pesar de la decisión de acabar con su vida, la persona tiene la esperanza de que algo o alguien lo detenga. Normalmente, esto no sucede, pero esperar una respuesta prolonga el momento para cometer el acto suicida. En la siguiente fase denominada operativa, la persona empieza a preparar asuntos como el testamento, los familiares o amigos advierten un comportamiento inusual, pero no tienen idea de lo que está pasando. Y finalmente, en la fase ejecutiva, la persona comete el acto suicida, culminando el proceso.

Ahora bien, según Bueno (2016), la ideación suicida sucede a través de tres etapas. En la primera etapa, el individuo comienza a imaginar su muerte y la repercusión que tendría en su entorno más cercano. En la segunda etapa, denominada “planificación de muerte”, es donde el individuo imagina no solo su propia muerte, sino también los métodos posibles con los que esa acción podría llevarse a cabo, incluso comienza a especificar día, fecha o el mensaje de despedida que desea dejar. Sin embargo, sigue dudando si cometer o no el acto suicida. La tercera y última etapa del proceso es cuando la persona decide suicidarse, influenciada por una serie de situaciones de inestabilidad emocional que conducen al cese del sufrimiento, a este acto se le denomina suicidio consumado.

4.7. FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA.

Para la prevención, detección e intervención del suicidio desde el trabajo social resulta de gran interés estar al tanto de cuáles son los principales factores de riesgo. Conocerlos puede proporcionar datos fundamentales que ayuden a desarrollar herramientas esenciales para evitar el suicidio. Por eso, desde hace unos años, diversos estudios científicos se han focalizado en conocer cuáles son dichos factores, coincidiendo y variando en cuanto a la edad.

Según la OMS (2021), un factor de riesgo es una característica o condición perceptible de un individuo o grupo de individuos que se asocia con la posibilidad de estar expuesto a desarrollar o sufrir un proceso de enfermedad. La OMS enfatiza la necesidad de analizar y conocer las tendencias epidemiológicas del suicidio en zonas demográficas determinadas con el fin de investigar y determinar que grupos de población tienen mayor riesgo de suicidio. Esta considera esta investigación clave para prevenir y reducir el fenómeno del suicidio a nivel mundial.

A continuación, se proporciona una descripción general de factores de riesgo que conforman la conducta suicida, dividiéndose a su vez en factores de riesgo sociodemográficos, personales y contextuales. Según Antón-San-Martin et al. (2013) la presencia de más de un factor de riesgo conduce a un posible efecto acumulativo, aumentando el riesgo de cometer el acto suicida.

4.7.1. Factores de riesgos sociodemográficos.

Los factores de riesgo sociodemográficos son factores relacionados con la estructura y características de una población, estas pueden influir en la probabilidad de que ocurran ciertos resultados adversos, problemas de salud o, en este caso pensamientos autolíticos, intentos de suicidio o suicidio consumado. Los factores de riesgos que se detallan a continuación, se han encontrado tras un análisis exhaustivo de la literatura.

En referencia al sexo, los hombres tienen mayor porcentaje de muertes por suicidio que las mujeres, utilizando a su vez métodos más violentos (Román-Lanzarte et al., 2023). En cambio, las mujeres tienen tasas más elevadas en cuanto a la ideación e intentos de suicidio que los hombres (De la Torre Luque & Pedrola-Pons, 2024). Esta diferencia se puede explicar a través de la diferencia cultural que existe entre ambos sexos a la hora de abordar el suicidio, por lo que estos factores pueden estar relacionados con los roles de géneros presentes en la sociedad (De la Torre Luque & Pedrola-Pons, 2024). Autores como Lee et al. (2017) atribuyen esto al papel de los hombres en roles de breadwinner y el de las mujeres en la responsabilidad de cuidado. Estos explican que los hombres se enfrentan a la presión social de ser los principales proveedores en el núcleo familiar, por lo que poseen mayores tasas de suicidio, en cambio, las mujeres a pesar de las cargas de cuidados y otros factores emocionales, tienden a buscar y recibir apoyo, lo que disminuye la tasa de suicidios.

Según datos del INE del 2022, el número de suicidios aumenta con la edad, predominando mayores tasas en adultos entre 50 y 59 años. Sin embargo, no hay que olvidar que el fenómeno del suicidio cada vez se produce a una edad más temprana, dato que enciende las alarmas a nivel mundial.

En cuanto al estado civil, informes realizados por la OMS durante un gran período de tiempo han verificado a través de sus investigaciones exhaustivas que las personas solteras, divorciadas, separadas o viudas tienen tasas de suicidios más elevadas en comparación con personas que tienen pareja y/o relaciones estables. Según Yanguas- Lezaun, et al. (2018) la soledad es una condición caracterizada por emociones complejas como son la desesperación, el miedo y la vulnerabilidad, que desvincula y aísla a la persona de su

comunidad. Otros autores, como Antón-San-Martin et al. (2013), consideran que la variable de vivir solo únicamente es una característica de riesgo y no un factor. Pero diversas investigaciones explican que las personas mayores son el grupo al que más le afecta la soledad (Estudio: Soledad No Deseada y Personas Mayores, 2023).

Además, hay que tener en cuenta que el nivel socioeconómico puede suponer un factor de riesgo en cuanto al fenómeno del suicidio. Por ejemplo: el desempleo, tener unas condiciones laborales precarias y/o una perspectiva de futuro incierta pueden desencadenar a un factor de riesgo de suicidio (Antón-San-Martin et al., 2013). Al mismo tiempo, el aumento de los problemas económicos tras la pandemia del Covid-19 suponen un factor de riesgo importante en toda la población (Zambrano-Calozuma & Estrada-Cherre, 2020).

4.7.2. Factores de riesgo a nivel personal.

Los factores de riesgo a nivel personal son características, circunstancias y/o condiciones propias e inherentes de un individuo que aumentan la probabilidad de que este pueda pensar, intentar o consumar el acto suicida. Estos factores pueden variar de un individuo a otro. Algunos de los factores predominante a nivel personal son los siguientes:

La orientación sexual del individuo puede suponer a nivel personal un factor de riesgo, debido a que las minorías sexuales tienen un mayor riesgo de cometer el acto suicida. Los jóvenes homosexuales o pertenecientes al colectivo LGBTIQ+ tienen mayor riesgo de suicidio (Kingsbury et al., 2022e).

Diversos estudios realizados en diferentes países y con diferentes muestras, establecen que las tentativas previas de suicidio son un factor de riesgo (Phillipset et al., 2002; Chiu et al., 2004; Garajag et al., 2004; Chen et al., 2006, citado en Antón-San-Martin et al., 2013).

Autores como Alarcón (2021) y Zarragoitia (2010), refieren que las personas que padecen una enfermedad crónica o terminal corren el riesgo de sufrir consecuencias en su salud mental, agravando trastornos como la depresión, angustia y/o desesperanza, lo que puede desencadenar a una baja autoestima, a un bajo nivel de autocuidado o incluso a pensamientos suicidas. La OMS (2021) define la depresión, como un trastorno afectivo y mental común y tratable que se caracteriza por cambios de humor acompañados de síntomas cognitivos y físicos, ocurre en todo el mundo y puede tener causas primarias o secundarias como enfermedades crónicas. Según Corea del Cid (2021) en la depresión la consecuencia más seria es el suicidio, teniendo las tasas más elevadas en la vejez cró-

nica, además, de las personas de 75 años que se suicidan, entre el 60% y 90% sufren una depresión diagnosticada. Al mismo tiempo, no hay que olvidar a las personas que padecen problemas de salud mental y adicciones, ya que en ambos casos aumenta el riesgo de ideación suicida, sobre todo en niños y adolescentes (Alonzo et al., 2018). A pesar de la importancia que tienen estos factores de riesgo en el suicidio, en los programas del campo de trabajo social se hace escaso hincapié en los trastornos mentales (Gellis et al., 2017) y a las adicciones (Estreet, 2017).

Otro factor personal predominante es la presencia de un trastorno mental. Entre los trastornos más comunes se encuentran: trastornos depresivos, trastorno bipolar, esquizofrenia, TCA, abusos de sustancias y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Shneidman (1999), citado en Leenaars, (2010), desarrolló el concepto de autopsia psicológica, que tiene como objetivo profundizar en el estado mental del individuo y los comportamientos que pueden desencadenar la ideación suicida.

4.7.3. Factores de riesgo a nivel contextual.

Los factores de riesgo a nivel contextual son aquellas circunstancias o situaciones externas al individuo que pueden aumentar la probabilidad de que éste piense, elabore o complete un acto suicida. Estos factores no están relacionados de manera directa con las características intrínsecas del sujeto como los mencionados anteriormente, sino que se centran en el entorno social, cultural y ambiental en el que vive y se desarrolla la persona.

En referencia a los antecedentes de suicidio familiar, este factor se enfrenta a una controversia, ya que algunos autores como Moscicki (1997); Palacio et al. (2007), citado en Antón-San-Martin et al. (2013), establecen que tener una historia familiar de tentativas de suicidio no se asocia al riesgo de suicidio en el individuo. En cambio, Antón-San-Martin et al. (2013) y Alarcón, (2021) entre otros autores, establecen que los antecedentes familiares de suicidio son uno de los predictores más sólidos de riesgo, independientemente del rango de edad de la persona. Este fenómeno puede conducir a una trasmisión familiar, incluyendo la imitación y la transmisión intergeneracional del manejo y resolución de los problemas familiares (Vjayakumar & Rajkumar, 1999; Qin et al., 2002; Qin et al., 2003, citado en Antón-San-Martin et al., 2013).

Por otro lado, la presencia de acontecimientos vitales estresantes, son considerados un factor de riesgo importante para el suicidio, algunos de los más importantes son: los conflictos familiares, la separación temprana materna/paterna o la enfermedad mental de familiares de 1º o 2º grado (Antón-San-Martin et al., 2013).

Respecto a la falta de apoyo sociofamiliar, que el individuo tenga un nivel de apoyo social bajo o inexistente puede desencadenar sentimientos de soledad o ideación suicida (Alarcón, 2021). Por ello, WHO (2023) y Toro Herrera & Acero-González, (2022), explican en sus estudios que la pérdida de seres queridos es uno de los factores de riesgo más frecuentes en esta problemática, ya que estas personas pueden distorsionar la realidad e incluso desear reencontrarse con su familiar. Autores como Andriessen et al. (2019) establecen que las personas que pierden a familiares por suicidio están expuestos a tener un impacto psicosocial negativo prolongado, aumentando en muchos casos el estrés, los problemas sociales, los problemas físicos e incluso la probabilidad de conductas suicidas.

En consideración al maltrato físico, verbal y/o abusos sexuales, también puede suponer un factor de riesgo contextual. Autores como Hornor & Tucker (2022c), afirman que las personas que han sufrido algún tipo de violencia física, psicológica o sexual tienen mayor riesgo de padecer ideación suicida, debido al impacto negativo que tiene dicho acontecimiento en la víctima. Por tanto, es de vital importancia evaluar a las víctimas para identificar pensamientos suicidas, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Autores como Bai et al. (2022); Burón et al. (2016) & Durkheim (1987) exponen que el aislamiento social incapacita a la persona para relacionarse con otros individuos, promoviendo problemas como la soledad o la exclusión social, que a su vez puede acarrear problemas como salud mental o el suicidio. El trabajo de Durkheim es crucial para el estudio de integración social y sus aplicaciones para mejorar la salud individual y colectiva, ya que argumentó que la falta de integración social puede conducir a la anomia, lo que a su vez aumenta la vulnerabilidad de una persona y causa problemas como el suicidio.

4.8. FACTORES PROTECTORES EN LA CONDUCTA SUICIDA.

Los factores protectores asociados a la conducta suicida son aspectos personales, sociales o ambientales que ayudan a reducir la probabilidad de que una persona considere, piense o ejecute el suicidio. Estos factores pueden reducir el impacto de los factores de riesgos mencionados anteriormente y promover la resiliencia y la salud mental. Esto no quiere decir que estos factores eliminen toda la posibilidad de suicidio, pero es cierto, que potenciarlos ayuda a prevenir la conducta suicida. Por ello, es de vital importancia identificar y fortalecer estos factores (Ariapooranet al., 2023b; OMS, 2014).

Cuantos más factores de protección ocurran en una misma persona, menos probabilidad habrá de que esta realice un intento o conducta suicida (RedAIPIS-FAeDS, 2023).

4.8.1. Factores protectores a nivel personal.

En referencia a la satisfacción vital, es un sentimiento que experimentan las personas que tienden a calificar su propia vida como satisfactoria, esta evaluación es subjetiva y es considerada una herramienta eficaz para luchar contra los factores de riesgos (Diener, Inglehart & Tay, 2012). La satisfacción vital, por ende, presenta una mejor calidad en las relaciones sociales, así como, la ausencia de pensamientos suicidas (Pintado, Castillo & Penagos-Corzo, 2018).

Según Vergel et al. (2021), el bienestar emocional es cuando la propia persona se da cuenta de las aptitudes y habilidades que posee para afrontar los desafíos de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir al enriquecimiento de la comunidad. Asimismo, Goleman (1995) señala que este factor protector es esencial para las personas, ya que influye de manera positiva en las emociones que el individuo puede experimentar. Sin este bienestar, las personas podrían desencadenar inestabilidad afectiva y/o problemas futuros graves.

Ahora bien, que el individuo posea estrategias de afrontamiento, habilidades de comunicación e inteligencia emocional es un método eficaz para prevenir la conducta suicida. Esto ayuda al individuo a sentir seguridad personal y desarrollar habilidades psicológicas de afrontamiento para salir de una situación de vida difícil, luchar para alcanzar una meta y/o adaptarse a una nueva circunstancia (Turdeliyeva & Topanova, 2023). Por tanto, desarrollar habilidades permitirá a los individuos adquirir su potencial individual y prevenir conductas suicidas.

Además, según autores como Neeleman & Lewis (1999), citado en Antón-San-Martin et al. (2013) las creencias y prácticas religiosas aparecen asociadas como un factor protector contra el suicidio.

4.8.2. Factores protectores a nivel familiar.

Los factores protectores más importantes a nivel familiar son: tener apoyo familiar y tener hijos. Según Arias & Polizzi (2011) las personas que reciben un alto apoyo social, tienen menos posibilidades de intentar suicidarse que aquellas personas que reciben un escaso apoyo social. Y, autores como Qin y Mortensen (2003), citado en Antón-San-Martin et al. (2013), relacionan tener hijos pequeños, sobre todo menores de 6 años y/o dependientes como una variable de protección frente al riesgo suicida de los padres.

4.8.3. Factores protectores a nivel social.

Durkheim (1897), citado en Šedivy et al. (2017), fue el primer autor en postular la hipótesis de que el contexto social puede influir en el suicidio debido a la falta de integración social del individuo. Con base en los trabajos de Durkheim, Ferlander (2007), citado en Šedivy et al. (2017) señala que el capital social puede conducir a una función protectora del entorno social para la salud, pero que también puede convertirse en un factor de riesgo derivado de la desigualdad y la exclusión social. Por tanto, la integración social de un individuo es vital para desempeñar un factor protector frente el suicidio.

En cuanto al apoyo social, es importante identificar no solo el apoyo social que recibe un individuo, sino también el que este percibe. Problemas como la depresión pueden conducir a actitudes que distorsionan las percepciones de apoyo social (Šedivy et al., 2017). Para los autores, vivir en una sociedad que valora mucho ayudar a los demás puede actuar como un factor protector, influyendo en la decisión de un individuo de adoptar un comportamiento altruista en situaciones de necesidad. Por ende, las personas que viven en comunidades donde se valora ayudar a los demás tienen más probabilidades de dar y recibir apoyo social en comparación con otras comunidades donde este valor es menos importante (Šedivy et al., 2017). Además, estudios realizados por Suka et al. (2015) han demostrado que existe una relación positiva entre el apoyo social en la comunidad y la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental o de otra índole, tanto en adultos como en adolescentes. Según Šedivy et al. (2017), el apoyo social modera el riesgo de suicidio asociado con diversas problemáticas como pueden ser: la depresión, los eventos negativos, el trastorno de estrés postraumático, el uso de sustancias y problemas entre agresores y víctimas en adolescentes, lo que sugiere que el apoyo social contribuye a la resiliencia psicológica ante desafíos adversos. El grado o la importancia de la necesidad de apoyo social puede diferir entre hombres y mujeres. Según Scourfield & Evans (2014), en general los hombres tienen menos relaciones íntimas que las mujeres, por lo tanto, las mujeres juegan un papel fundamental en las interacciones sociales de los hombres. Según Wyder et al. (2009), citado en Šedivy et al. (2017), la pérdida del matrimonio puede aislar a los hombres, puesto que reciben importante estabilidad y apoyo dentro de las relaciones de pareja. Incluso cuando estos tengan varios contactos sociales, pueden sentir soledad Joiner (2011), citado en Šedivy et al. (2017). Por el contrario, las mujeres no suelen experimentar estos sentimientos después del divorcio debido a que estas desarrollan redes de apoyo o amistades que pueden sostener independientemente de sus parejas (Kposawa, 2000, citado en Šedivy et al., 2017). A todo esto, hay que sumarle que los hombres se muestran más reacios a buscar ayuda que las mujeres, por miedo a revelar vulnerabilidad emocional o incapacidad para desenvolverse frente a sus problemas (Šedivy et al., 2017).

En referencia al sentido de comunidad, vivir en una comunidad donde los miembros se sientan parte de la comunidad, tiene como resultado más apoyo social entre los miembros y a su vez un efecto de reciprocidad, donde los individuos devuelven los beneficios que reciben (Šedivý et al., 2017). Por tanto, participar en actividades comunitarias disminuye la ideación suicida y aumenta el sentimiento de comunidad (Antón-San-Martin et al., 2013). Por esta razón, Horotwitx (2022) considera que la participación de los miembros y líderes de la comunidad es fundamental para la implementación exitosa de programas de prevención del suicidio que aborden las necesidades de la comunidad y creen conciencia. Además, para que los esfuerzos de prevención sean sostenibles y tengan una base cultural, debemos promover un compromiso y una fuerte participación comunitaria (Agustín et al., 2021).

Por último, la Teoría Interpersonal del Suicidio, desarrollada por Joiner (2005), citada en Di Rico et al. (2016), propone que la percepción de pertenencia interpersonal juega un papel importante en la compresión del pensamiento suicida. El autor explica que el deseo de morir por suicidio se produce cuando una persona siente que no pertenece o que no es valorada por su red social. Es decir, el sentido de pertenencia para este es la sensación de conexión emocional, aceptación y pertenencia que un individuo siente en sus relaciones interpersonales. Cuando la persona se siente asilada o rechazada de estas relaciones sociales, su sentido de pertenencia puede verse afectado. Además, Joiner relaciona estrechamente el apoyo social con la percepción de pertenencia interpersonal, debido a que cuando una persona se siente valorada y percibe apoyo social, consolida su sentido de pertenencia y actúa como un agente protector de suicidio.

4.9. SEÑALES DE ALERTA.

Muchas personas experimentan una serie de signos y síntomas antes de intentar suicidarse que hacen posible la detección de riesgo de suicidio. Conocer estas señales de advertencia verbales o no verbales son muy importantes para poder reducir el riesgo. Hay que tener en cuenta que no detectar estas señales no significa que la persona no pueda cometer un intento de suicidio.

4.9.1. Señales de alerta verbales.

Es fundamental reconocer y abordar los comentarios o expresiones negativas de una persona sobre sí misma o su vida. Mensajes como “no valgo para nada” o “estarás mejor sin mí” indican un profundo malestar emocional que necesita atención y apoyo. Del

mismo modo, las despedidas verbales o escritas, como “quiero que sepas que me has ayudado mucho durante este tiempo”, pueden indicar un sentimiento de desesperanza o despedida anticipada. Opiniones negativas sobre el futuro, como “las cosas no van a cambiar nunca” revelan una visión pesimista que puede requerir intervención profesional. Además, los comentarios relacionados con la muerte o el suicidio, como “me gustaría desaparecer” o “no te preocupes, ya sé cómo quitarme de en medio”, son señales de alarma que necesitan ser tomadas en serio y abordadas de inmediato con el apoyo adecuado. Es esencial que desde el trabajo social se ofrezca un entorno de apoyo y compresión para las personas que expresan estos sentimientos, proporcionándoles ayuda y recursos para ayudarles a afrontar situaciones difíciles.

4.9.2. Señales de alerta no verbales.

Conocer las señales de alertas no verbales es fundamental a la hora de prevenir el suicidio. Un cambio repentino en el comportamiento o acciones de una persona puede manifestarse de diversas maneras. Por un lado, puede aumentar la ira, la irritabilidad o el consumo de sustancias como el alcohol en cantidades inusuales. Y, por otro lado, puede variar significativamente su conducta después de un periodo de tiempo de agitación, produciendo periodos de calma y tranquilidad.

Al mismo tiempo, la autolesión en cualquier parte del cuerpo es otra señal de advertencia que no puede ignorarse. Otra señal puede ser regalar objetos personales importantes, es común que las personas que están ideando quitarse la vida regalen sus pertenencias a sus seres queridos para que estos tengan un recuerdo sobre él/ella. Tampoco hay que olvidar. Además, el cierre de asuntos pendientes, como la redacción de un testamento u otras cuestiones, puede ser una forma de buscar control y orden antes de irse, al tiempo que puede ser una señal de alerta indirecta de sus intenciones para comunicarse con sus seres queridos.

Al igual que las alertas verbales, reconocer estas señales y responder adecuadamente es fundamental para apoyar y prevenir que las personas vivan momentos de crisis emocionales que puedan acabar con sus vidas.

4.10. ¿QUÉ HACER ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO?

Según la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (2023) cuando se detecta uno o varios factores de riesgo o la persona se encuentra ante una situación potencial de suicidio se deben de

elaborar algunas estrategias de actuación que nos permita responder eficazmente ante esta problemática. Algunas de las estrategias que esta asociación ha elaborado son:

Estrategia 1. Conocer los teléfonos de ayuda o emergencia disponibles las 24 horas del día.

Es importante contar con el apoyo de los profesionales que integran la red de prevención del suicidio, esta incluye trabajadores/as sociales, médicos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, psiquiatras, familiares y amigos/as. En caso de riesgo, es fundamental saber dónde acudir para recibir ayuda, en primer lugar, se puede llamar a los Servicios de Emergencias Médicas a través del 112, donde SAMUR-SUMMA se centra en situaciones de emergencia, con psicólogos/as de emergencia disponibles para brindar tanto a la persona en riesgo como a su entorno. Por otro lado, también es clave acudir a urgencias del hospital más cercano o ponerse en contacto con el especialista de referencia si la persona está recibiendo tratamiento profesional.

En cuanto a la actuación del ámbito profesional, se debe informar a la red de apoyo más cercana de la persona, como familiares o amigos/as, sobre lo que está pasando y la importancia de brindarle apoyo emocional en estos momentos críticos.

Estrategia 2. Restringir el acceso a posibles medios lesivos.

Hay que recordar que las personas que contemplan el suicidio suelen utilizar los medios que se encuentran a su disposición, es decir, medios letales que son accesibles y conocidos por todos. Por ello, ante una situación de ideación suicida se deberá retirar del entorno de la persona todos los objetos que puedan utilizarse con fines suicidas. Además, se debe de ser consciente de que, si ha fracasado en un intento previo, es probable que la persona utilice un método más letal que la primera vez.

Como profesionales, es importante conocer los medios más utilizados en las estadísticas del INE. Por ejemplo, en España precipitarse de pisos altos es el segundo medio más utilizado en medio urbano, mientras que el ahorcamiento es más frecuente en el medio rural. Del mismo modo que la ingestión de fármacos es otro de los métodos más utilizados para las tentativas autolíticas deberá ser supervisada, y desde el campo de trabajo social se realizarán campañas preventivas que generen conciencia a la población sobre sus mayores.

Estrategia 3. No dejar sola nunca a una persona con ideación suicida. Hay que involucrar a los profesionales, familias y amigos/as de la persona.

El aislamiento social, la desesperanza y la impulsividad se combinan para ser factores de riesgo que aumentan la probabilidad de suicidio. Ante el riesgo de suicidio, es

importante acompañar a la persona y acudir a los Servicios de Salud Mental o Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias. Incluso después de recibir atención profesional, es importante mantener un contacto emocional con la persona para contrarrestar la llamada visión túnel, facilitando la búsqueda por sí misma de alternativas. Es importante que la persona no detecte señales de críticas, ni se sienta invadido en su intimidad durante el proceso.

Ahora bien, una vez conseguido el alta terapéutica es importante que la persona siga manteniendo contacto con los/as profesionales sanitarios y sociales. Esto se debe a que muchos suicidios ocurren durante la fase de mejoría. Sin embargo, esto no significa que las personas que alguna vez han intentado suicidarse siempre se encuentren en riesgo. Los pensamientos suicidas no son permanentes, pero pueden reaparecer. En algunos casos la persona se encuentra crónicamente en riesgo, pero en la mayoría esto no sucede.

Estrategia 4. Mejorar nuestras habilidades de escucha y observación.

Es crucial entender que preguntar sobre la existencia de pensamiento suicidas no incrementa el riesgo de desencadenar una conducta suicida, sino al contrario, puede ser la última oportunidad para iniciar acciones preventivas. Por lo tanto, es fundamental seguir ciertas pautas para brindar un apoyo efectivo, como puede ser evitar juzgar o reprochar a la persona su manera de actuar o pensar, minimizando sus sentimientos, ya que esto puede suponer que la persona se cierre y no sea capaz de contar lo que le sucede, aumentando aún más la probabilidad de llevar a cabo el suicidio. Tomar las amenazas en serio y no desafiar a la persona, reconociendo la gravedad de sus sentimientos. No entrar en pánico cuando la persona confirme o decida comunicar lo que siente, hablar abiertamente sobre el suicidio no aumentará el riesgo. Mostrar comprensión y empatía hacia la situación, por extraña que parezca, ya que la persona siente que dicha situación no va a finalizar nunca. Utilizar términos y frases que expresen respeto y afecto, por ejemplo: para mí sería importante que me dieras la oportunidad de ayudarte. Tratar de comprender por qué quiere poner fin a su vida y, considerar otras formas de afrontar la situación, ofreciendo apoyo emocional si no tiene otra opción. A través de estas acciones se puede crear un entorno de apoyo y comprensión, brindando a la persona una oportunidad para encontrar alternativas a sus ideas suicidas.

Estrategia 5. En caso de riesgo de suicidio inminente, ¿qué debemos hacer?

Como profesionales, podemos encontrarnos en situaciones donde el riesgo de suicidio es inminente. En tales momentos, nuestro objetivo principal es disuadir a la persona sobre sus intenciones, garantizando su seguridad hasta que sea atendida por los servicios de emergencia sanitaria. Si la persona contactara telefónicamente, habrá que inten-

tar recabar la máxima información y mantenerla al teléfono el mayor tiempo posible. Priorizando datos como nombre y apellidos, problemas principales, intentos previos y método, contexto familiar, económico, social, entre otros.

En caso de encontrarnos de manera personal con la persona en riesgo, debemos de actuar con paciencia y tranquilidad, transmitiendo empatía y calma. El acercamiento físico deberá de realizarse de manera progresiva, manteniendo una distancia prudente con la persona y no hacer ningún movimiento brusco. Es crucial evitar preguntas directas sobre el tema y, en su lugar, adoptar un enfoque progresivo hacia la concreción, utilizando frases cortas y un abordaje indirecto, interesándose sobre las necesidades básicas de la persona como puede ser beber agua o necesitar un abrigo. Es clave que la persona sienta que tiene solución su problema, aunque esta no la haya encontrado aún.

4.11. FORMACIÓN DEL ALUMNADO DE TRABAJO SOCIAL SEGÚN LOS PLANES DE ESTUDIOS.

Autores como Kourgiantakis et al. (2020); Quest et al. (2019) & Osteen et al. (2014), expresan que históricamente, los programas de trabajo social han ofrecido a los estudiantes formación mínima sobre la evaluación e intervención frente al fenómeno del suicidio. Otros autores en diferentes años, como son Quest et al. (2019); Almeida (2017) & Ruth et al. (2012) han realizado investigaciones que establecen que durante la formación únicamente se dedican 2-4 horas al contenido del suicidio. Provocando que los/as trabajadores/as sociales graduados carezcan de una comprensión efectiva sobre el fenómeno y escasas habilidades para evaluar e intervenir de manera eficaz con personas que tienen conductas e ideación suicida (Mirick, 2023; Schmidt, 2016). Optar por una formación adecuada sobre el suicidio es un tema urgente al que se enfrenta la disciplina de trabajo social a nivel mundial. Ya que estar preparados para prevenir, intervenir y trabajar con las personas y familiares tras cometer el acto es esencial para todos los profesionales del trabajo social (Mirick, 2023; Schmitz et al., 2012).

Según Mirick (2023) los/as trabajadores/as sociales durante su labor con frecuencia se encuentran con personas que tienen pensamientos y comportamientos suicidas y, además, a menudo trabajan con personas que tienen un alto riesgo de cometer el acto, debido a sus factores personales, contextuales y sociodemográficos. Lo que genera el deber de estos de estar preparados para abordar adecuadamente estas situaciones (Almeida et al., 2017). Cuando los/as profesionales y estudiantes se encuentran ante usuarios en riesgo de suicidio, aumentan su desconfianza, ansiedad y estrés al sentirse poco formados para abordar adecuadamente la situación (Kourgiantakis et al., 2019). Y, además, su capacidad para evaluar correctamente el riesgo de suicidio disminuye y con ello su aptitud para prevenir dichas situaciones (Eack, 2012).

Por ello, autores como Sanders et al. (2008) reclaman la necesidad de que las escuelas de trabajo social incluyan cursos obligatorios, así como formación complementaria centrada en la intervención y prevención de un fenómeno que se encuentra en alza a nivel mundial. No hay que olvidar que los/as trabajadores/as sociales son unos/as profesionales claves para abordar necesidades psicosociales, defender y empoderar a las personas, incluidas aquellas que presentan problemas de salud mental, adicciones e ideación suicida (Ashcroft et al., 2019).

A nivel internacional se han planteado preocupaciones sobre las brechas en la formación y educación de los/as trabajadores/as sociales en fenómenos como la salud mental, las adicciones y el suicidio, haciendo ver la existencia de disonancia entre la formación ofrecida y lo que se necesita (Cesare et al., 2015; Ramon et al., 2009)

4.12. EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

Según Blanco (2020), el suicidio es un fenómeno que ha dado lugar a diversas interpretaciones a lo largo de la historia de la humanidad. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX que se descubrió el enfoque científico-empírico, liderado por Durkheim (1987), quien lo concebía como un fenómeno social, más que un problema individual o de salud pública. Esto amplía el enfoque del trabajo social y le permite intervenir de manera más efectiva y holística para prevenir y abordar esta problemática. Además, según WHO (2019) los/as trabajadores/as sociales es una profesión clave para abordar problemas de salud mental en 149 países.

Las funciones de los/as Trabajadores/as sociales vienen establecidas en la Federación Internacional de Trabajo Social y el Código Deontológico, marcando las funciones propias que debemos defender. El Comité Ejecutivo de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social definen en 2014 el trabajo social como la profesión que combina la práctica y la disciplina académica para promover el cambio y el desarrollo social, la integración comunitaria y el empoderamiento y autonomía de las personas. Sus cimientos se basan en los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto a la diversidad. Apoyada por teorías del trabajo social, las ciencias sociales y humanidades, así como los saberes indígenas. Su labor para confrontar los desafíos de la vida y promover el bienestar involucra a personas y estructuras.

Según Mirick (2022) desde las escuelas de trabajo social se discute la necesidad de incluir e implicar a la profesión en la prevención del suicidio por parte de las organizaciones, así como ofrecer mayor apoyo educativo a la hora de formar de manera específica sobre

dicho fenómeno a los/as estudiantes, ofreciendo al mismo tiempo habilidades posteriores a la prevención. Como señalan Levine & Sher (2020), los esfuerzos de investigación en trabajo social deberían centrarse en formas de mejorar el papel de los/as trabajadores/as sociales en la prevención del suicidio y el tratamiento con usuarios que experimentan suicidalidad.

Es un hecho que el suicidio, hoy en día, constituye un grave problema sociosanitario que causa un gran sufrimiento a las víctimas y a sus familiares (Picazo et al., 2023). Por ello, merece toda la atención de profesionales tanto del ámbito sanitario como del ámbito social, debido a que es un problema de salud pública (OMS, 2019). Por ende, de cara a prevenir la conducta suicida, los/as profesionales del campo de trabajo social deben de estar preparados/as para identificar los factores de riesgo y determinar la capacidad del usuario para llevar a cabo el acto. Según Levine & Sher (2020), los/as trabajadores/as sociales, ya sean de salud mental o no, deben de educar al usuario, familia y sociedad en general sobre los factores de riesgo y protección.

La prevención del suicidio desde el ámbito social requiere que los/as profesionales interactúen activamente con los/as usuarios/as de los servicios y mantengan un enfoque abierto y reflexivo al utilizar la práctica basada en la evidencia. Esto incluye explorar las necesidades y fortalezas de los/as usuarios/as, así como también considerar opciones de tratamiento y desarrollar un plan de acción de manera conjunta (Drisko, 2017). Para lograrlo, las intervenciones y medidas de prevención deben evolucionar desde el ámbito macropolítico hasta el nivel de tratamientos individualizados (Ali et al., 2021).

Es importante destacar que la disciplina de trabajo social a la hora de prevenir la conducta suicida aporta una perspectiva diferente al tratamiento llevado a cabo desde el ámbito sanitario (Ali et al., 2021). Allen (2014) sostiene que esto a menudo se pasa por alto en los enfoques de prevención del suicidio, lo que dificulta la recuperación o prevención del usuario, el cual recibe un tratamiento puramente médico debido a que se considera exclusivamente el fenómeno como enfermedad y no como el individuo en su conjunto, ignorando la repercusión del ámbito social. Además, Levine & Sher (2020), demostraron en su investigación que la participación de los/as trabajadores/as sociales en las intervenciones psicosociales en el servicio de urgencias después de un intento de suicidio es esencial para prevenir futuros intentos y conductas de suicidalidad, destacando nuevamente la necesidad de involucrar a los/as trabajadores/as sociales de salud mental y no mental en las iniciativas de prevención del fenómeno.

Para realizar un buen proyecto de prevención es necesario conocer el alcance y magnitud del fenómeno (Giner & Guija, 2014). Puede parecer obvio, pero la realidad es que esta problemática requiere de un análisis profundo (Blanco, 2020). Actualmente, según

Gabilondo, (2020) podemos llevar a cabo tres medidas principales de prevención que son: la universal, la selectiva y la indicada. Desde la perspectiva del trabajo social, el enfoque hacia estas medidas de prevención indica una visión integral que aborda tanto los aspectos comunitarios como individuales. Según el presidente de la Sociedad Española de Suicidología, Anseán (2022), se podría decir que la prevención universal son medidas a largo plazo, la selectiva a medio plazo y la indicada a corto plazo. A continuación, se explicarán los tres niveles desde el enfoque del trabajo social.

En primer lugar, la prevención universal, son campañas que afectan a toda la población, independientemente del riesgo de suicidio que pudiera tener (Gabilondo, 2020). Desde el trabajo social se pueden incluir campañas de sensibilización e información, programas de educación, la promoción de entornos comunitarios saludables y seguros y la formación de otros profesionales. A través de este tipo de campañas, los expertos abogan por políticas que aborden las causas subyacentes de la desigualdad social y promuevan la equidad en el acceso a recursos y servicios.

En cuanto al nivel selectivo, Gabilondo, (2020) explica que se dirige a grupos con ciertas características sociodemográficas, biológicas o psicológicas específicas que aumentan el riesgo de suicidio. En este nivel, los/as trabajadores sociales identifican grupos de mayor riesgo en la comunidad, como jóvenes LGBTQ+, personas mayores, personas con trastornos mentales, etc. Una vez identificados, desarrollan programas y servicios específicos dirigidos a estos grupos, como grupos de apoyo, programas escolares de educación y sensibilización sobre apoyo social y suicidio, terapia individual o familiar, desarrollo de habilidades y actividades de empoderamiento. En este nivel, los/as profesionales trabajan de manera interdisciplinar con otras disciplinas, con el objetivo de brindar una atención integral y continua a las personas de riesgo. El fin, según Anseán (2022), es identificar y contrarrestar esos factores de riesgo.

En lo que respecta al nivel de prevención indicado, este se dirige a individuos concretos que se encuentran en riesgo por presentar señales de alerta (Gabilondo, 2020). En este nivel, los/as profesionales realizan evaluaciones de riesgos y brindan una intervención temprana a las personas que muestran signos de ideación o comportamientos suicidas. Aquí, los/as trabajadores/as sociales proporcionan apoyo emocional, asesoramiento y derivaciones a los servicios y recursos especializados para personas en riesgo inminente.

A pesar de la existencia de estos tres tipos de prevención, la mayoría de los casos de suicidio, se producen en grupos con riesgo bajo o medio, y no en aquellos con riesgo alto, por lo que, autores como Rose, (1992), citado en Gabilondo, (2020), explican que son más efectivos llevar a cabo acciones universales. Por ende, la OMS promueve el Teorema de Rose y defiende la necesidad de incidir sobre los factores de vulnerabilidad del suicidio

más extendidos. Este tipo de intervención suele ser de alcance comunitario e incluye actividades destinadas a crear conciencia e información, identificar a las personas en riesgo, fortalecer los recursos y mejorar la seguridad en el entorno (Stone et al., 2017).

Como se mencionó anteriormente, las circunstancias sociales pueden ser un desencadenante en la aparición del suicidio. Por ello, es importante resaltar el papel del trabajo social en el abordaje de esta problemática, utilizando los recursos y herramientas propias de esta disciplina (Rodríguez-Antolín, 2019). Ahora bien, según el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (2001), a los/as profesionales de este campo se les asigna un conjunto de funciones principales, entre las cuales se encuentran la prevención, atención directa, planificación, docencia, promoción y mediación.

Por tanto, la disciplina del trabajo social también tiene una función preventiva y puede abordar la problemática del suicidio en una variedad de áreas, incluido el ámbito comunitario, educativo, tercer sector y sanitario. Ahora bien, para abordar adecuadamente esta función, autores como Colom, 1998; citado en Sarasola Sánchez-Serrano et al. (2019), señalan que la ética tanto a nivel institucional como profesional en el ámbito del bienestar social es fundamental. Para este autor, un/a profesional de trabajo social debe poseer una alta sensibilidad y una inteligencia intra-personal, que le permita comprender las necesidades y situaciones de los usuarios, así como habilidades para gestionar sus propias emociones. Esto se debe a la estrecha relación que puede crearse entre los/as usuarios/as de los servicios y los/as profesionales.

Las intervenciones de estos profesionales se basan en enfoques de recuperación, modelos basados en las fortalezas de las personas, modelos sistémicos, modelos autónomos y terapias como la cognitiva-conductual o la TDC (Appleby et al., 2020). Asimismo, Levine & Sher (2020), especificaron que, en términos de diagnóstico y tratamiento, los/as trabajadores/as sociales pueden realizar evaluaciones de riesgo, diagnosticar trastornos mentales e ideación suicida, además de brindar servicios de gestión de casos, así como terapias grupales e individuales. Estos servicios van desde derivaciones a servicios sociales hasta asistencia jurídica y laboral. Según estos autores, en situaciones de riesgo extremo, los/as trabajadores/as sociales deben evaluar el riesgo, derivar a psiquiatras o servicios de emergencia, y limitar el acceso de los usuarios a medios letales. Para lograr que los/as trabajadores/as sociales tengan ese papel, los programas educativos deben de revisar y actualizar sus contenidos, incluyendo más formación en prevención del suicidio, para preparar a los/as estudiantes a enfrentar este fenómeno en su futura práctica profesional. Este enfoque preventivo es importante debido a que la profesión está más orientada a la prevención que a la rehabilitación, buscando mitigar los efectos del fenómeno del suicidio antes de que ocurran.

5. RESULTADOS.

El análisis identificó cinco categorías principales: (1) nivel de conocimiento y formación existente entre los/as alumnos/as de trabajo social sobre el fenómeno del suicidio; (2) conocimiento sobre los factores de riesgo y protección de los/as estudiantes de trabajo social; (3) influencia del estigma y papel de los medios de comunicación; (4) formación recibida desde el grado universitario; y (5) efectividad de las acciones realizadas desde el Trabajo Social para mitigar el fenómeno del suicidio según los/as estudiantes.

5.1. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FORMACIÓN EXISTENTE ENTRE LOS/AS ALUMNOS DE TRABAJO SOCIAL SOBRE EL FENÓMENO DEL SUICIDIO

En cuanto al nivel de conocimiento percibido por los estudiantes, en el primer curso, el 84'9% considera tener un conocimiento básico, 10'3% intermedio, el 2'4% avanzado y 2'4% ningún conocimiento. En el segundo curso, el 73'2% indica un nivel básico, el 9'8% intermedio, el 7'3% avanzado y el 9'8% ninguno. En el tercer curso, el 55'3% estima tener un conocimiento básico, el 39'5% intermedio y el 5'3% avanzado. En el cuarto curso, el 56'1% menciona un nivel básico, el 29'3% intermedio, el 7'3% avanzado y el 7'3% ningún conocimiento. Lo que quiere decir que, del total de estudiantes del grado, el 5'6% no tiene ningún conocimiento, el 62'3% posee un conocimiento básico, el 25'7% tiene un conocimiento intermedio y únicamente el 6'4% presenta un conocimiento avanzado.

Tabla 5.1.2 Capacidad del alumnado para abordar situaciones relacionadas con el fenómeno del suicidio.

	NADA PREPARADO	POCO PREPARADO	MODERADAMENTE PREPARADO	MUY PREPARADO
ABORDAR SITUACIONES RELACIONADAS CON EL SUICIDIO	47'1%	43'8%	7'8%	1'3%
INTERVENIR DE MANERA INDIVIDUALIZADA TRAS LA PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS	47'1%	45'1%	6'5%	1'3%
INTERVENIR CON GRUPOS QUE HAN PERDIDO A SERES QUERIDOS	43'5%	50'1%	5'7%	0'7%

Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere a si los estudiantes se sienten preparados para abordar situaciones relacionadas con el suicidio, con la formación dada en la carrera, en el primer curso, el 51'4% no se siente preparado en absoluto, el 35'1% poco preparado, el 10'6% moderadamente preparado, y el 2'7% muy preparado. En el segundo curso, el 51'2% no se siente preparado en absoluto, el 46'3% poco preparado, y el 2'4% moderadamente preparado. En el tercer curso, el 36'8% no se siente preparado en absoluto, el 47'4% poco preparado, el 13'2% moderadamente preparado, y el 2'6% muy preparado. En el cuarto curso, el 48'8% no se siente preparado en absoluto, el 46'3% poco preparado, y el 4'9% moderadamente preparado. Lo que significa que el 47'1% de los estudiantes no se sienten preparados en absoluto, el 43'8% se sienten poco preparados, el 7'8% perciben que moderadamente preparado y únicamente el 1'3% se sienten preparados para abordar dichas situaciones.

Respecto a si se sienten preparados para intervenir de manera individualizada con personas que han perdido a seres queridos por suicidio, con su formación, los estudiantes contestaron lo siguiente: en el primer curso, el 51'4% no se siente preparado en absoluto, el 40'5% poco preparado, el 5'4% moderadamente preparado, y el 2'7% muy preparado. En el segundo curso, el 46'3% no se siente preparado en absoluto, el 46'3% poco preparado, y el 7'3% moderadamente preparado. En el tercer curso, el 36'8% no se siente preparado en absoluto, el 52'6% poco preparado, y el 10'6% moderadamente preparado. En el cuarto curso, el 41'5% no se siente preparado en absoluto, el 51'2% poco preparado, y el 7'3% moderadamente preparado. Lo que expresa que de los estudiantes el 47'1% no está preparado, el 45'1% está poco preparado, el 6'5% moderadamente preparado y el 1'3% preparado.

En relación con sentirse preparados para intervenir con grupos que han perdido a seres queridos, los estudiantes refieren lo siguiente: en el primer curso, el 56'48% no se siente preparado en absoluto, el 37'8% poco preparado, el 2'7% moderadamente preparado, y el 2'7% muy preparado. En el segundo curso, el 41'5% no se siente preparado en absoluto, el 48'8% poco preparado, y el 9'8% moderadamente preparado. En el tercer curso, el 36'8% no se siente preparado en absoluto, el 55'3% poco preparado, y el 7'9% moderadamente preparado. En el cuarto curso, el 39% no se siente preparado en absoluto, el 58'5% poco preparado, y el 2'4% moderadamente preparado. Estos datos expresan que el 43'5% de los estudiantes no están preparados para intervenir en grupos tras la pérdida de seres queridos por suicidio, el 50'1% se sienten poco preparados, el 5'7% moderadamente preparado y solo el 0'7 muy preparado para realizar dichas intervenciones.

En cuanto a la percepción sobre la importancia del rol de la familia y amigos en la prevención del suicidio, en el primer curso, el 5'4% considera que ocasionalmente es importante, el 29'7% regularmente, y el 64'9% frecuentemente. En el segundo curso, el 2'4% piensa que nunca es importante, el 32% regularmente, y el 75'6% frecuentemente.

En el tercer curso, el 13'2% opina que ocasionalmente es importante, el 15'8% regularmente, y el 71'1% frecuentemente. En el cuarto curso, el 4'9% cree que ocasionalmente es importante, el 24'4% regularmente, y el 79'7% frecuentemente. Esto expresa que para los/as estudiantes el rol de los amigos y familiares es importante frecuentemente en un 70'6%, regularmente en un 23%, ocasionalmente en un 5'8% y nunca en un 0'6%.

Referente al grupo de población que consideran los estudiantes que estadísticamente tienen mayor tasa de suicidio, se respondió lo siguiente: En el primer curso, el 40'5% cree que los adolescentes tienen la mayor tasa, el 51'4% piensa que los jóvenes la tienen, y el 8'1% menciona a los adultos. En el segundo curso, el 46'3% cree que los adolescentes tienen la mayor tasa, el 43'9% piensa que los jóvenes la tienen, y el 9'8% menciona a los adultos. En el tercer curso, el 42'1% cree que los adolescentes tienen la mayor tasa, el 52'6% piensa que los jóvenes la tienen, y el 5'3% menciona a los adultos. En el cuarto curso, el 34'1% cree que los adolescentes tienen la mayor tasa, el 36'6% piensa que los jóvenes la tienen, el 19'5% menciona a los adultos, y el 9'8% menciona a los mayores. Lo que denota que el 40'8% de los estudiantes conciben que las tasas de suicidios son mayores en adolescentes, el 46'2% en jóvenes, el 10'9% en adultos y el 2'5% en mayores de 65 años.

5.2. CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE LOS/AS ESTUDIANTES DE TRABAJO SOCIAL.

Sobre el nivel de conocimiento de los factores de riesgo del suicidio, en el primer curso, el 23'3% considera no tener ningún conocimiento, el 56'8% que tiene un conocimiento básico, el 13'5 un conocimiento intermedio, y el 5'4 un conocimiento avanzado. En el segundo curso, el 36'6% comunican no tener ningún conocimiento, el 51'2% tener un conocimiento básico, el 9'8% un conocimiento intermedio, y el 2'4% un conocimiento avanzado. En el tercer curso, el 21'1% reflexionan no tener ningún conocimiento, el 52'6% tener un conocimiento básico, el 23'7% un conocimiento intermedio, y el 2'6% un conocimiento avanzado. En el cuarto curso, el 17'1% valoran no tener ningún conocimiento, el 48'8% tener un conocimiento básico, el 29'3% un conocimiento intermedio, y el 4'9% un conocimiento avanzado. Esto revela que los/as estudiantes del grado de trabajo social no tienen ningún conocimiento sobre los factores de riesgo en un 24'8%, un conocimiento básico en un 52'3%, un conocimiento moderado en un 19'1% y solamente un 3'8% tiene un conocimiento avanzado.

Tabla 5.2.3 Influencia de los factores de riesgo y protección en el suicidio.

	FRECUENTEMENTE	REGULARMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
SENTIRSE PARTE DE UNA COMUNIDAD PREVIENE EL SUICIDIO	63'7%	24'8%	9'6%	1'9%
FRECUENCIA CON LA QUE UNA PERSONA CON IDEACIÓN SUICIDA BUSCA APOYO SOCIAL	5'2%	19%	62'8%	13%
LA SALUD MENTAL INFUYE EN EL RIESGO DE SUICIDIO	83'2%	11%	5'8%	0%
LA PÉRDIDA DE EMPLEO O APOYO SOCIAL INFUYE EN LA IDEACIÓN SUICIDA	56%	35'2%	8'8%	0%

Fuente: Elaboración propia

En referencia a si sentirse parte de una comunidad es efectivo para prevenir el suicidio: en el primer curso, el 8'1% piensa que ocasionalmente es efectivo, el 32'4% regularmente, y el 59'5% frecuentemente. En el segundo curso, el 4'9% opina que nunca es efectivo, el 2'4% ocasionalmente, el 24'4% regularmente, y el 68'3% frecuentemente. En el tercer curso, el 2'6% cree que nunca es efectivo, el 13'2% ocasionalmente, el 15'8% regularmente, y el 68'4% frecuentemente. En el cuarto curso, el 14'6% considera que ocasionalmente es efectivo, el 26'8% regularmente, y el 58'5% frecuentemente. Esto muestra que para los/as estudiantes sentirse parte de una comunidad influye frecuentemente en un 63'7%, regularmente en un 24'8%, ocasionalmente en un 9'6% y nunca en un 1'9%.

En cuanto a la frecuencia con la que los estudiantes conciben que una persona con ideación suicida busca apoyo social, tenemos en el primer curso, el 21'6% que considera que una persona nunca busca apoyo, el 56'8% que ocasionalmente, el 13'5% regularmente, y el 8'1% frecuentemente. En el segundo curso, el 9'8% que considera que una persona nunca busca apoyo, el 68'3% que ocasionalmente, el 19'5% regularmente, y el 2'4% frecuentemente. El tercer curso, el 10'6% concibe que nunca busca apoyo, el 60'5% ocasionalmente, el 23'7% regularmente, y el 5'3% frecuentemente. El cuarto curso, el 9'8% piensa que nunca busca apoyo, el 65'9% ocasionalmente, el 19'5% regularmente, y el 4'9% frecuentemente. Esto revela que para los/as estudiantes la persona con ideación suicida nunca busca apoyo social en un 13%, ocasionalmente en un 62'8%, regularmente en un 19% y frecuentemente en un 5'2%.

Respecto a si se consideran que la salud mental influye en el riesgo de suicidio, en el primer curso, el 27% piensa que ocasionalmente influye, el 21,6% regularmente, y el 75,7% frecuentemente. En el segundo curso, el 49% considera que ocasionalmente influye, el 9,8% regularmente, y el 85,4% frecuentemente. En el tercer curso, el 13,2% razona que ocasionalmente influye, el 5,3% regularmente, y el 81,6% frecuentemente. El cuarto curso, el 2,4% concibe que ocasionalmente influye, el 7,3% regularmente, y el 90,2% frecuentemente. Esto demuestra que los/as estudiantes del grado consideran que la salud mental influye frecuentemente en un 83,2%, regularmente un 11% y ocasionalmente en un 5,8%.

Sobre si se considera que ciertos factores como la pérdida de empleo o del apoyo social son un riesgo para el fenómeno del suicidio, en el primer curso, el 54% piensa que ocasionalmente son un riesgo, el 48,6% regularmente, y el 45,9% frecuentemente. En el segundo curso, el 12,2% reflexionan que ocasionalmente son un riesgo, el 41,5% regularmente, y el 46,3% frecuentemente. El tercer curso, concibe que el 7,9% reflexionan que ocasionalmente son un riesgo, el 23,7% regularmente, y el 68,4% frecuentemente. En el cuarto curso, el 9,8% reflexionan que ocasionalmente son un riesgo, el 26,8% regularmente, y el 63,4% frecuentemente. En cambio, los factores sociales como la pérdida de empleo o apoyo social para los/as estudiantes influye frecuentemente en un 56%, regularmente en un 35,2% y ocasionalmente en un 8,8%.

5.3. INFLUENCIA DEL ESTIGMA Y PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

En referencia a la pregunta de si han hablado alguna vez con sus compañeros de suicidio, en el primer curso, el 13,5% indica que nunca ha hablado del tema, mientras que el 86,5% lo hace ocasionalmente. En el segundo curso, el 19,5% nunca lo ha mencionado, el 73,2% lo hace ocasionalmente y el 7,3% regularmente. En el tercer curso, el 6,3% nunca lo ha mencionado, el 60,5% lo hace ocasionalmente, el 26,3% regularmente y el 7,9% frecuentemente. En el cuarto curso, el 9,8% nunca lo ha mencionado, el 78% lo hace ocasionalmente, y el 12,2% regularmente. Esto denota que el 12,2% nunca habló del suicidio con sus compañeros, el 74,5% lo hace de manera ocasional, el 11,4% regularmente y solo el 1,9% conversan frecuentemente sobre este fenómeno.

En lo que se refiere a cómo se han sentido al hablar del suicidio con sus compañeros, en el primer curso, el 27% se sintió muy incómodo, el 43,2% incómodo, el 45,9% cómodo, y el 8,1% muy cómodo. En el segundo curso, el 49% se sintió muy incómodo, el 14,6% incómodo, el 70,7% cómodo, y el 9,8% muy cómodo. En el tercer curso, el 18,4% se sintió muy incómodo, el 71,1% cómodo, y el 10,5% muy cómodo. En el cuarto curso, el 49% se sintió muy incómodo, el 31,7% incómodo, el 58,5% cómodo, y el 4,9% muy cómodo. A pesar de la respuesta anterior, el 61,6% de los encuestados expresa sentirse cómodo, el 8,3% muy cómodo, el 27% incómodo y el 3,1% muy incómodo.

Tabla 5.3.4 Influencia del estigma en el fenómeno del suicidio.

	FRECUENTEMENTE	REGULARMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
HABLAR DE SUICIDIO PUEDE CONLLEVAR AL FAMOSO EFECTO CONTAGIO	3'1%	5'6%	42'9%	45'2%
EL ESTIGMA PUEDE INFILTRAR EN LA BÚSQUEDA DE AYUDA	43'8%	32'6%	21'1%	2'5%
EL ESTIGMA TIENE UN EFECTO POSITIVO EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	18'1%	21'5%	27'4%	33%

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la percepción sobre si hablar de suicidio puede llevar al famoso efecto contagio, en el primer curso, el 35'1% opina que nunca conlleva este efecto, el 59'5% considera que ocasionalmente sí, el 2'7% piensa que regularmente ocurre, y otro 2'7% cree que frecuentemente sucede. En el segundo curso, el 51'2% consideran que nunca conlleva este efecto, el 31'7% piensa que ocasionalmente, el 9'8% opina que regularmente ocurre, y el 7'3% cree que frecuentemente sucede. En el tercer curso, el 57'9% opina que nunca conlleva este efecto, el 31'6% considera que ocasionalmente, el 5'6% piensa que regularmente ocurre, y otro 5'6% cree que frecuentemente sucede. En el cuarto curso, el 36'6% piensa que nunca conlleva este efecto, el 48'8% considera que ocasionalmente, el 4'9% opina que regularmente ocurre, y el 9'8% cree que frecuentemente sucede. Esto significa que, para 45'2% los/as estudiantes hablar sobre el suicidio no es contagioso, para el 42'9% lo es ocasionalmente, para el 5'6% regularmente y para el 3'1% lo es frecuentemente.

Respecto a si el estigma que rodea al fenómeno del suicidio puede influir cuando un usuario busca ayuda, en el primer curso, 2'7% piensa que nunca influye, el 21'6% considera que ocasionalmente sí, el 37'8% opina que regularmente influye, y el 37'8% cree que frecuentemente influye. En el segundo curso, el 4'9% opina que nunca influye, el 31'7% considera que ocasionalmente sí, el 24'4% piensa que regularmente influye, y el 39% cree que frecuentemente influye. En el tercer curso, el 23'7% considera que ocasionalmente sí influye, el 34'2% opina que regularmente influye, y el 42'1% cree que frecuentemente influye. En el cuarto curso, el 2'4% piensa que nunca influye, el 7'3% considera que ocasionalmente sí, el 34'1% opina que regularmente influye, y el 56'1% cree que frecuentemente influye. Lo que denota que el 43'8% de los estudiantes conciben que el estigma influye frecuentemente a la hora de buscar ayuda, el 32'6% cree que influye regularmente, el 21'1% que influye ocasionalmente y el 2'5% que piensa que nunca influye.

Sobre si el estigma que rodea al fenómeno tiene un impacto positivo en su preventión, en el primer curso, el 51'4% piensa que nunca tiene un impacto positivo, el 27% considera que ocasionalmente sí lo tiene, el 18'9% opina que regularmente lo tiene, y el 2'7% cree que frecuentemente lo tiene. En el segundo curso, el 43'9% piensa que nunca tiene un impacto positivo, el 19'5% considera que ocasionalmente sí lo tiene, el 29'3% opina que regularmente lo tiene, y el 7'3% cree que frecuentemente lo tiene. En el tercer curso, el 36'8% piensa que nunca tiene un impacto positivo, el 26'3% considera que ocasionalmente sí lo tiene, el 18'4% opina que regularmente lo tiene, y otro 18'4% cree que frecuentemente lo tiene. En el cuarto curso, el 39% piensa que nunca tiene un impacto positivo, el 24'4% considera que ocasionalmente sí lo tiene, el 24'4% opina que regularmente lo tiene, y el 12'2% cree que frecuentemente lo tiene. Lo que significa que el 18'1% de los estudiantes sienten que el estigma frecuentemente tiene un impacto positivo, el 21'5% que regularmente tiene un papel positivo, el 27'4% que ocasionalmente lo tiene y el 33% que considera que este impacto nunca es positivo.

En referencia a si el estigma impide que las personas hablen abiertamente sobre su experiencia y sentimientos relacionados con el suicidio, el primer curso, el 8'1% piensa que ocasionalmente lo impide, el 48'6% considera que regularmente lo impide, y el 43'2% cree que frecuentemente lo impide. En el segundo curso, el 2'4% piensa que nunca lo impide, el 14'6% considera que ocasionalmente lo impide, el 26'8% opina que regularmente lo impide, y el 56'1% cree que frecuentemente lo impide. En el tercer curso, el 2'6% piensa que nunca lo impide, el 18'4% considera que ocasionalmente lo impide, el 21'1% opina que regularmente lo impide, y el 57'9% cree que frecuentemente lo impide. En el cuarto curso, el 14'6% piensa que ocasionalmente lo impide, el 26'8% considera que regularmente lo impide, y el 58'5% cree que frecuentemente lo impide. Lo que denota que el 54% de los estudiantes consideran que influye frecuentemente, el 27'8% que regularmente, el 17% que ocasionalmente y el 1'2 que nunca.

Sobre si los medios de comunicación tienen un papel importante en la perpetuación o reducción del estigma que rodea al fenómeno del suicidio, en el primer curso, el 5'4% indicó que nunca tienen un papel en la perpetuación o reducción del estigma, el 10'8% considera que ocasionalmente, el 40'5% opina que regularmente, y el 43'2% cree que frecuentemente. En el segundo curso, el 4'9% piensa que nunca tienen un papel en la perpetuación o reducción del estigma, el 17'1% considera que ocasionalmente, el 41'5% opina que regularmente, y el 36'6% cree que frecuentemente. En el tercer curso, el 2'6% piensa que nunca tienen un papel en la perpetuación o reducción del estigma, el 36'8% considera que ocasionalmente, el 34'2% opina que regularmente, y el 26'3% cree que frecuentemente. En el cuarto curso, el 4'9% piensa que nunca tienen un papel en la perpetuación o reducción del estigma, el 22% considera que ocasionalmente, el 36'6% opina que regu-

larmente, y el 36'6% cree que frecuentemente. Lo que supone que el 35'7% piensa que frecuentemente, el 38'2% regularmente, el 21'7% ocasionalmente y el 4'4% nunca lo tiene.

5.4. FORMACIÓN RECIBIDA DESDE EL GRADO UNIVERSITARIO.

Tabla 5.4.5 Formación y frecuencia con la que se trata el fenómeno del suicidio en clase.

	FRECUENTEMENTE	REGULARMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
FRECUENCIA CON LA QUE SE TRATA EL TEMA EN CLASE	0%	0%	55'2%	44'8%
FORMACIÓN ESPECÍFICA RECIBIDA DURANTE EL GRADO	0%	1'3%	22'2%	76'6%

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la frecuencia de tratar el tema del suicidio en clase, en el primer curso, el 35'1% indica que nunca se trata este tema en clase, mientras que el 64'9% mencionan que lo hacen ocasionalmente. En el segundo curso, el 73'2% nunca lo aborda en clase, frente al 26'8% que lo hace ocasionalmente. En el tercer curso, el 36'8% nunca lo trata en clase, y el 63'2% ocasionalmente. En el cuarto curso, el 34'1% nunca lo aborda en clase, mientras que el 65'9% lo hace ocasionalmente. Esto refleja que, en el grado de Trabajo Social, el 44'8% de los estudiantes nunca ha abordado el fenómeno en clase, mientras que el 55'2% lo ha hecho ocasionalmente.

Sobre la formación específica recibida durante el grado, en el primer curso, el 83'8% nunca y 16'2% ocasionalmente. En el segundo curso, el 90'2% nunca la recibe, y el 9'8% la recibe ocasionalmente. En el tercer curso, el 68'4% nunca la recibe, el 26'3% ocasionalmente y el 5'3% regularmente. En el cuarto curso, el 63'4% nunca recibe, y el 36'6% ocasionalmente. Esto evidencia que, en el grado de Trabajo Social, solo el 1'3% de los/as estudiantes aborda regularmente de manera específica el suicidio, el 22'2% lo hace ocasionalmente, mientras que el 76'5% nunca lo ha abordado de manera específica.

En relación con las asignaturas donde se ha tratado la prevención del suicidio, en el primer curso, el 32'4% menciona haberlo visto de pasada en Psicología, el 16'2% en Sociología, y el 51'4% indica que no se ha tratado en ninguna asignatura. En el segundo curso, el 92'7% afirma que no se ha hablado en ninguna asignatura, mientras el 7'3% indica haberlo men-

cionado en Psicología o IDE. En el tercer curso, el 44,7% menciona haberlo mencionado en “Nuevos Espacios” y de pasada en Psicología, y el 55,3% indica que no se ha abordado en ninguna asignatura. En el cuarto curso, el 29,2% indica haberlo tratado a través de proyectos de compañeros, el 17,1% mencionarlo en asignaturas como Psicología, IDE o “Nuevos Espacios”, y el 53,7% señala que no se ha abordado en ninguna asignatura. Al igual que en la pregunta anterior, esto revela que el 63,4% de los/as alumnos/as del grado no ha tratado el tema en ninguna asignatura, el 25,3% en asignaturas como Psicología y Nuevos Espacios, mientras que el 11,3% lo ha hecho a través de proyectos de compañeros o Sociología.

Cuando se les pregunta a los estudiantes en qué asignatura deberían de tratar el fenómeno del suicidio y su prevención, en el primer curso el 48,6% comunicaron que se debería desarrollar una nueva asignatura donde se trataran colectivos vulnerables, el 13,4% piensa que, en asignaturas como sociología o antropología, y el 37,1% considera que en psicología. En el segundo curso, el 43,9% concibe la creación de una asignatura nueva con colectivos vulnerables, y el 55,9% en asignaturas de psicología. En el tercer curso, el 55% comunicaron que una nueva, y el 44,2% en psicología. Y en el cuarto curso, el 53,3% llegaron a la conclusión de que se debería de elaborar una asignatura nueva con colectivos vulnerables, el 28,8% en psicología, y el 16,1% en asignaturas como salud. En consideración a esta pregunta, el 50,1% de los/as alumnas/as respondió que se deberían crear materias que aborden grupos vulnerables, incluido el suicidio, mientras que el 42,3% manifiesta que se debería ampliar psicología para tratar este tema, y el 7,3% que se debería hacer en sociología, antropología o salud.

5.5. EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES REALIZADAS DESDE EL TRABAJO SOCIAL PARA MITIGAR EL FENÓMENO DEL SUICIDIO SEGÚN LOS/AS ESTUDIANTES.

Tabla 5.5.6 Efectividad de las intervenciones realizadas desde la disciplina de Trabajo Social.

	FRECUENTEMENTE	REGULARMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN TEMPRANA	73,7%	22,5%	3,2%	0,6%
EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIARES Y AMIGOS	65,4%	26,3%	8,3%	0%
EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y CONCIENCIACIÓN	25,4%	32,6%	31,7%	10,3%

Fuente: Elaboración propia

Sobre la importancia de la detección temprana de pensamientos suicidas para prevenir el suicidio, los estudiantes piensan lo siguiente: en el primer curso, el 5'4% piensa que ocasionalmente es importante, el 29'7% regularmente, y el 64'9% frecuentemente. En el segundo curso, el 2'4% reflexionan que nunca es importante, el 2'4% que ocasionalmente, el 14'6% regularmente, y el 80'5% frecuentemente. El tercer curso, el 26'3% concibe que regularmente es importante, y el 73'7% frecuentemente. En el cuarto curso, el 4'9% reflexionan que ocasionalmente es importante, el 19'5% regularmente, y el 75'6% frecuentemente. Estos datos expresan que el 73'7% de los/as estudiantes creen que la detección temprana influye frecuentemente, el 22'5% regularmente, el 3'2% ocasionalmente y solo el 0'6 que nunca influye.

Sobre si se considera efectiva la intervención con familiares y amigos en la recuperación de alguien que intentando suicidarse, en el primer curso, el 8'1% piensa que ocasionalmente es efectivo, el 37'8% regularmente, y el 54'1% frecuentemente. En el segundo curso, el 9'8% opina que ocasionalmente es efectivo, el 26'8% regularmente, y el 63'4% frecuentemente. En el tercer curso, el 7'9% considera que ocasionalmente es efectivo, el 13'2% regularmente, y el 78'9% frecuentemente. Lo que significa que el 65'4% de los/as estudiantes consideran que intervenir con familiares y amigos es frecuentemente, en un 26'3% regularmente y un 8'3% ocasionalmente.

A cerca de si consideran efectivos los programas de educación y concienciación sobre salud mental para prevenir el suicidio, en el primer curso, el 10'8% piensa que no son efectivos, el 21'6% ocasionalmente, el 37'8% regularmente, y el 29'7% frecuentemente. En el segundo curso, el 7,3% opina que no son efectivos, el 29,3% ocasionalmente, el 36,6% regularmente, y el 26,8% frecuentemente. En el tercer curso, el 13'2% considera que no son efectivos, el 34'2% que ocasionalmente, el 34'2% que regularmente, y el 18'4% que frecuentemente. En el cuarto curso, el 9'8% considera que no son efectivos, el 41'5% que ocasionalmente, el 22% que regularmente, y el 26'8% que frecuentemente lo son. Esto significa que para 25'4% de los/as estudiantes son efectivos frecuentemente, para el 32'6% regularmente, para el 31'7% ocasionalmente y para el 10'3% nunca lo son.

Tabla 5.5.7 Efectividad de las acciones realizadas desde la disciplina de Trabajo Social en la prevención del suicidio.

	FRECUENTEMENTE	REGULARMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
DISPOSICIÓN DE LOS/AS FUTUROS TRABAJADORES/AS SOCIALES PARA BRINDAR APOYO A PERSONAS CON PENSAMIENTOS SUICIDAS	83'3%	12'2%	3'9%	0'6%
EFFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES LLEVADAS A CABO DESDE EL TRABAJO SOCIAL PARA ERRADICAR EL ESTIGMA	44%	20'5%	48'8%	26'3%
EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS REALIZADAS DESDE EL TRABAJO SOCIAL	21'2%	21'6%	41'2%	16%

En relación con la disposición de los/as futuros/as trabajadores/as sociales para brindar apoyo a personas que luchan contra pensamientos suicidas a pesar del tiempo de intervención que esto requiere, se ha obtenido lo siguiente. En el primer curso el 2'7% está ocasionalmente dispuesto, el 15'2% regularmente, y el 85'4% frecuentemente. En el segundo curso, el 2'7% nunca está dispuesto, el 12'2% regularmente, y el 85'4% frecuentemente. En el tercer curso, el 7'9% está ocasionalmente dispuesto, el 13'2% regularmente, y el 78'9% frecuentemente. En el cuarto curso, el 4'9% está ocasionalmente dispuesto, el 7'3% regularmente y el 87'8% frecuentemente. Esto demuestra que los/as futuros/as trabajadores/as sociales están dispuestos/as a brindar apoyo a las personas que sufren esta problemática frecuentemente en un 83'3%, regularmente en un 12'2%, ocasionalmente en un 3'9% y nunca en un 0'6%.

Sobre sí observan que desde el trabajo social se estén llevando a cabo acciones adecuadas para erradicar el estigma que rodea al suicidio, en el primer curso, el 29'7% piensa que nunca, el 40'5% que ocasionalmente, el 24'3% que regularmente, y el 5'4% que frecuentemente. En el segundo curso, el 12'2% considera que nunca, el 53'7% que ocasionalmente, el 29'3% que regularmente, y el 4'9% que frecuentemente. En el tercer curso, el 31'6% opina que nunca, el 47'4% que ocasionalmente, el 18'4% que regularmente, y el 2'6% que frecuentemente. Y el cuarto curso, el 31'7% que nunca, el 53'7% que ocasionalmente, el 9'8% que regularmente, y el 4'9% que frecuentemente. Lo que demuestra que el 26'3% de los/as estudiantes consideran que nunca, el 48'8% que ocasionalmente, el 20'5% que regularmente, y el 44% que frecuentemente

En lo que se refiere a si consideran que las intervenciones preventivas realizadas desde el trabajo social son efectivas y acordes al nivel de formación recibida, en el primer curso, el 10'8% piensa que nunca son efectivas, el 48'6% ocasionalmente, el 24'3% regularmente, y el 16,2% frecuentemente. En el segundo curso, el 14'6% consideran que nunca son efectivas, el 56'1% ocasionalmente, y el 29'3% regularmente. En el tercer curso, el 26'3% razona nunca son efectivas, el 55'3% ocasionalmente, el 13'2% regularmente, y el 5,3% frecuentemente. El cuarto curso, el 12'2% concibe que nunca son efectivas, el 61% ocasionalmente, el 19'5% regularmente, y el 7,3% frecuentemente. El 21'2% de los estudiantes considera que frecuentemente, el 21'6% que regularmente, el 41'2% que ocasionalmente y el 16% que nunca.

6. DISCUSIÓN.

Tener conocimientos sobre el fenómeno del suicidio desde el ámbito de trabajo social es esencial para prevenirllo, por ello, supone un reto educativo de primera magnitud, la formación de estos estudiantes. En cambio, los datos de la encuesta revelan que el 68% de los/as estudiantes del grado de trabajo social tienen un conocimiento básico o nulo sobre el fenómeno del suicidio, corroborando que la formación de los programas de trabajo social sobre el suicidio es mínima, como explica Kourgiantakis et al. (2020);

Quest et al. (2019) & Osteen et al. (2014). Asimismo, el 90% de alumnos no se sienten preparados para abordar situaciones relacionadas con el suicidio, ya sea con las personas con ideación suicida o con los familiares de estas. Evidenciando que la preparación de estos estudiantes para manejar situaciones relacionadas con el suicidio es inadecuada, confirmando la necesidad de elaborar un plan de estudio que prepare y actualice a los alumnos para abordar problemas sociales y de salud pública, como es el suicidio. Gore et al. (2023) establecen que las intervenciones diseñadas para beneficiar a las personas que han intentado suicidarse facilitan su adaptación psicosocial, promueven su bienestar psicológico, previenen y reducen futuras conductas suicida. Además, determinaron que aquellas intervenciones dirigidas a los familiares, como por ejemplo los grupos de apoyo social, proporcionan el apoyo y formación necesaria para que estos puedan apoyar correctamente a las personas que han intentado suicidarse, reduciendo a su vez los futuros intentos de suicidio (Hawton et al., 2016; Pisani et al., 2016). Demostrando, por tanto, la importancia del rol de los familiares y amigos, como evidencian los datos. Por ende, los/as trabajadores/as sociales deben estar formados para realizar intervenciones tanto con la persona usuaria como con sus familiares, ya sea de manera individualizada o a través de grupos, dado que estas son cruciales para mejorar el bienestar psicológico de la persona, fortalecer la red de apoyo y facilitar la reintegración social. De igual manera, saber dirigir

la intervención con familiares tras la pérdida de un ser querido es fundamental, puesto que el duelo por suicidio puede tener un impacto psicosocial prolongado y destructor en las familias al aumentar el riesgo de estrés, problemas sociales, físicos e incluso conductas suicidas (Andriessen et al., 2019).

Ahora bien, para realizar estrategias de prevención es crucial comprender los factores de riesgo y protección que contribuyen al suicidio, por ello, se cuestiona algunas preguntas sobre los factores a los/as estudiantes. Cabe mencionar que el 77'1% del alumnado considera tener un nivel nulo o básico sobre estos factores. No obstante, el 88'5% considera que sentirse parte de una comunidad es efectivo para la prevención del fenómeno. Según Grattidge et al. (2023) el sentido de comunidad juega un papel crucial en la prevención del suicidio, puesto que estos programas de prevención comunitaria enfatizan en las iniciativas lideradas por la comunidad, así como la implementación de programas que respondan a sus necesidades. Para que estos programas sean efectivos, Horotwitx (2022) sostiene que la participación de los miembros y líderes de la comunidad es esencial para que estos programas sean efectivos. Esto se debe a que el sentido de pertenencia a una comunidad empodera a las personas, promueve la resiliencia y crea un entorno de apoyo que promueve la implementación de estrategias eficaces en la prevención del suicidio. En cuanto a la frecuencia con la que buscan apoyo en situaciones difíciles, el 62'8% de los/as estudiantes refieren que estas personas lo hacen de manera ocasional. Esta creencia puede deberse a la realidad de que muchas personas no buscan ayuda directa debido al estigma, el autoestigma, las barreras culturales y la falta de conocimiento sobre los recursos y servicios. A esto hay que añadirle el hecho de que cada vez estamos más inmersos en una sociedad individualista donde los individuos se sienten autoeficaces para afrontar y manejar sus problemas, lo que limita la búsqueda de ayuda. Por ello, desde el trabajo social se deben implementar medidas que fomenten la búsqueda de apoyo, ya que esto reduce el riesgo de suicidio (Šedivý et al., 2017). Sumado a esto, Suka et al. (2015) ha demostrado que tener una relación positiva con la comunidad facilita la búsqueda de ayuda. Respecto a si el desempleo o la pérdida de apoyo social podría considerarse factores de riesgo, el 91'2% de los/as estudiantes consideran que afecta de manera frecuente o regularmente. Antón-San-Martin et al. (2013) explican que situaciones inestables y/o una perspectiva de futuro inciertas pueden promover conductas autolíticas.

En relación con la salud mental, diversas investigaciones como Kourgianakis et al. (2019) han demostrado que los planes de estudios de trabajo social no hacen hincapié en como abordar los problemas de salud mental, así como los signos y síntomas que acarrea esta problemática (Sharpe, 2014). Pese a ello, los/as estudiantes consideran que la salud mental contribuye en un 94'2% a la ideación suicida. Sin embargo, esta afirmación no es del todo correcta, si bien la salud mental es un factor de riesgo importante, no es el

único ni determinante, ya que no todas las personas que se suicidan tienen problemas de salud mental. Como se mencionó anteriormente, existen múltiples factores que influyen en la ideación suicida, incluido el entorno, la experiencia, la pérdida de apoyo social y aislamiento social, entre otros. Esta creencia limita las intervenciones eficaces del trabajo social, pues centrarse únicamente en la salud mental puede llevar a descuidar otros factores importantes que deben abordarse para una prevención eficaz. Como postula Durkheim (1987), el suicidio es un fenómeno social más que un problema individual o de salud pública. Por lo tanto, para proporcionar una intervención eficaz, el suicidio no se debe concebir como un problema de salud mental exclusivamente.

En cuanto al trato del fenómeno entre los/as estudiantes es escaso, ya que el 87% no aborda el fenómeno o lo hace de manera ocasional, lo que muestra que existe una falta de discusión regular entre los/as futuros/as trabajadores/as sociales, esto puede asociarse al estigma que a día de hoy sigue rodeando el fenómeno. A pesar de esto, los resultados muestran que el 70% se siente cómodo o muy cómodo tratando el tema, lo que podría beneficiar a estos a la hora de adquirir habilidades y conocimientos para prevenir el suicidio. No hay que olvidar que el suicidio es un fenómeno existente entre los/as estudiantes universitarios, y que los/as alumnos/as de trabajo social muestran una vulnerabilidad psicosocial mayor (Reina-Aguilar et al., 2022). Como bien sabemos, el estigma se puede definir como una etiqueta negativa asociada a un individuo, grupo o comunidad, que conduce a prejuicios y estereotipos que a menudo acarrea la exclusión o trato injusto de quienes son estigmatizados. Además, como señalan Sabina & Abdulah (2017), en el suicidio se encuentra no solo el estigma sino también el autoestigma, caracterizado por sentimientos y emociones que siente la propia persona, como puede ser la culpa, la vergüenza, la negación y la ira. Ambas formas pueden conducir al aislamiento social, la desmoralización, la desesperanza y otras consecuencias negativas, que dificulten la búsqueda de ayuda o tratamientos adecuados.

En referencia a si los/as estudiantes conciben que hablar de suicidio puede provocar el llamado efecto contagio, el 45% considera que esto no sucedería y el 43% que puede ocurrir de manera ocasional. Independientemente de la percepción de los alumnos, como señala la OMS (2022) hablar de suicidio no produce el llamado Efecto Werther (efecto contagio), al igual que hacerlo dentro de las aulas (Anseán, 2022). Sin embargo, no hablar del fenómeno debido al estigma aumenta el riesgo de conducta suicida de un individuo (Campo-Arias & Herazo, 2015). Asimismo, el 76'4% de los/as alumnos/as consideran que este estigma influye de manera frecuente o regular a la hora de buscar ayuda, y el 82% a la hora de hablar sobre sus experiencias y sentimiento, confirmando que el estigma es una barrera clave que limita la búsqueda de ayuda y la comunicación de la persona para revelar sus intenciones (Oexle et al., 2020). De manera que el papel del trabajo social

no solo supone abordar el fenómeno del suicidio, sino también combatir con el estigma. Por lo cual, desde la profesión y el grado, se debe de llevar a cabo acciones que permita educar, abogar y crear una sociedad inclusiva que facilite la búsqueda de apoyo a las personas que se encuentran en un momento de crisis. Por ello, Gil Asensio (2022) expone que los/as profesionales de trabajo social deben abordar las cuestiones sociales sin miedo a generar ideación. Por lo tanto, el primer paso a tratar para abordar el fenómeno del suicidio, es erradicar el estigma. Para conseguirlo, los medios de comunicación deben promover campañas de prevención e información adecuadas, que fomenten la búsqueda de ayuda y una mayor concienciación sobre el fenómeno (Posselt et al., 2020).

Centrándonos en la formación que se ofrece desde el grado universitario, podemos observar que el 100% de los alumnos o no tratan el fenómeno del suicidio o lo hacen de manera ocasional en asignaturas como Psicología y Nuevos espacios. Y que, además, el 98'7% de estos no lo hacen de manera específica. Confirmando, las investigaciones realizadas por Quest et al. (2019); Almeida (2017) & Ruth et al. (2012), quienes establecen que aproximadamente durante el grado universitario se trata el fenómeno de 2 a 4 horas. Esto trae consigo consecuencias negativas para los/as futuros/as profesionales, ya que estos no tendrán un conocimiento profundo de las causas, factores de riesgo, factores protectores, señales de alerta y métodos de intervención adecuados para abordar el fenómeno, lo que impedirá diseñar e implementar intervenciones efectivas, derivar adecuadamente sobre los recursos y servicios disponibles, así como evaluar el riesgo de suicidio, aumentando la probabilidad de error en la toma de decisiones en situaciones críticas, poniendo en riesgo la seguridad y el bienestar de la persona, algo que como menciona el Código Deontológico puede llevar a una mala praxis. A pesar de que el fenómeno no aparece en el Programa de Ordenación Académica (PROA) para paliar la necesidad que surge entre la teoría y la práctica de los/as trabajadores sociales, se pregunta a los/as alumnas del grado en que asignatura estarían dispuestos/as a afrontar el fenómeno, dejando ver la necesidad de elaborar una asignatura que aborde grupos vulnerables, incluido el suicidio en un 50'1% o la ampliación del plan de estudios de alguna de las asignaturas de psicología en un 42'3%.

Con respecto a la efectividad de las acciones realizadas desde el trabajo social, el 41'2% del alumnado considera que ocasionalmente las acciones preventivas son eficaces debido a su formación específica sobre el fenómeno. Como mencionan Levine & Sher (2020); Kourgiantakis et al. (2020) actualmente la formación en cuanto al fenómeno es mínima, lo que puede provocar esta visión de efectividad en los/as estudiantes. Pero en realidad, las acciones llevadas a cabo por profesionales formados en este fenómeno del trabajo social son esenciales para reducir el riesgo de suicidio en grupos e individuos con un elevado riesgo, así como para la prevención de este fenómeno en toda la población ge-

neral como indican Levine & Sher (2020). En cambio, el 91'7% de los/as estudiantes si consideran que las intervenciones realizadas desde el trabajo social con familiares y amigos son efectivas. Esta visión puede darse debido a que históricamente el trabajo social ha realizado en otras cuestiones intervenciones familiares que han dado soluciones positivas. Aunque en este caso dichas intervenciones también han demostrado que involucrar tanto al individuo como a los familiares es positivo, puesto que facilita la comprensión familiar del individuo con ideación suicida, proporciona una educación adecuada sobre los factores de riesgo y la erradicación del estigma (Sullivan et al., 2023).

7. CONCLUSIÓN.

En conclusión, la conducta suicida no puede atribuirse a un único perfil o unas características específicas del individuo, lo que resalta la necesidad de una comprensión integral y matizada del fenómeno. Esta problemática es compleja y multifacética, debido a que implica a diversos factores como son el psicológico, biológico, social y ambiental. Por ello, identificar grupos vulnerables es esencial para desarrollar estrategias efectivas de prevención, ya que estos grupos pueden ser propensos a pensamientos y conductas autolíticas. Aunque es fundamental detectar y tratar problemas de salud mental porque desempeñan un papel importante en la prevención del suicidio, es primordial reconocer y comprender que este es un factor de riesgo, pero no es un factor determinante. Existen otros factores sociales y emocionales como el aislamiento social, la falta de apoyo y el sufrimiento, entre otros, que se asocian con la ideación suicida. Estas emociones y/o situaciones intensas pueden hacer que las personas sientan que el suicidio es la única forma de aliviar el sufrimiento. Por tanto, es fundamental que las estrategias de prevención consideren no solo los aspectos clínicos, sino también los factores sociales, emocionales y psicológicos que contribuyen al desarrollo de la conducta suicida.

No hay que olvidar que las comunidades juegan un papel importante en la prevención del suicidio y que brindar apoyo social a las poblaciones vulnerables es una herramienta poderosa para la prevención del suicidio. La sociedad tiene el deber de crear un entorno de apoyo y comprensión donde las personas que se sienten desesperadas y sin salida, puedan acudir para recibir ayuda y apoyo. Pero para ello, se debe combatir el estigma que en la actualidad aún sigue rodeando al fenómeno, esto ayudaría y aumentaría la búsqueda de ayuda de personas que sufren y tienen ideas suicidas. Además, es muy importante el brindar apoyo a las personas que han experimentado el suicidio de un ser querido, ya que estos individuos tienden a experimentar un duelo complejo y por ende necesitar un apoyo significativo para afrontar su pérdida.

En este contexto, el trabajo social debe desempeñar un papel activo e intervenir directamente en la prevención e intervención de la conducta suicida. Los/as trabajadores/as sociales se encuentran en una posición única para identificar a los individuos y grupos que se encuentren en riesgo y brindar el apoyo necesario para la prevención e intervención de pensamientos autolíticos. Sin embargo, para que los/as profesionales puedan desempeñar eficazmente esta función, es necesario que reciban una formación adecuada y específica. Esta formación debe incluir conocimientos sobre la identificación de factores de riesgo y protectores, manejo e intervención en situaciones de crisis y técnicas de apoyo emocional y psicológico que permita abordar junto al individuo otras formas de afrontar la problemática a través del empoderamiento y la resiliencia.

Además, es necesario abordar las brechas existentes entre la teoría y la práctica en la formación del alumnado de trabajo social. La formación académica debe revisarse y actualizarse continuamente para reflejar los avances en los fenómenos que en la actualidad están en alza, como es la comprensión del suicidio, con esto se pretende mejorar las prácticas en su prevención y tratamiento. Esta revisión garantizará que los/as profesionales tengan los conocimientos y habilidades prácticas actualizadas para intervenir de forma eficaz. Asimismo, los programas deben incluir tanto teoría como práctica, brindando a los/as estudiantes oportunidades para aplicar sus conocimientos en situaciones reales y aprender de la experiencia directa.

En resumen, la prevención del suicidio desde el trabajo social requiere un enfoque holístico y colaborativo que aborde los diversos factores de riesgos y protectores, además de tener en cuenta las necesidades individuales de la persona afectada. Para reducir significativamente la conducta suicida y proporcionar entornos más seguros y comprensivos para todos desde nuestra disciplina solo se necesita promover la erradicación del estigma que rodea al fenómeno, una identificación precisa de los grupos vulnerables, el fomento del sentimiento de comunidad y apoyo social, así como una formación académica adecuada que elimine las disparidades entre la teoría y la práctica. La integración de los/as trabajadores/as sociales en este fenómeno a través de un enfoque integral puede no solo salvar vidas, sino también mejorar la calidad de vida de las personas en riesgos y de sus familiares y amigos/as cercanos/as. La colaboración continua y el compromiso con la formación y actualización de conocimientos son claves para abordar eficazmente este engoroso desafío.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- Aguilera, C. (2020). El trabajo social como campo de intervención con adolescentes con conductas autodestructivas, una mirada epocal [Archivo PDF] https://www.margen.org/epub/Aguilera_2020.pdf
- Agustin, M. L., Garcia, B. K., Goebert, D. A., Lyman, J., Mah, S., Kackley, R. P., & Oh, Y. (2021). Inspiring hope through sources of strength among predominantly Pacific Islander communities. *SciSpace - Paper*. <https://typeset.io/papers/inspiring-hope-through-sources-of-strength-among-4ydzr3d62r>
- Alarcón, D. L. (2021). *El suicidio: grupos de alto riesgo y grupos vulnerables*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8045898>
- Al-Halabí, S. (2021). A pesar de las dificultades, la prevención del suicidio es posible. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 104, 10- 13
- Ali, B., Staniforth, B., Adamson, C. (2021). Reflecting on lived experience: Suicide prevention and the importance of social work in mental health. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 33(2):6-18. doi: 10.11157//ANZSWJ-VOL33ISS2ID861
- Almeida, J., O'Brien, K. H. M., Gironda, C. M., & Gross, E. B. (2017). Development, Implementation, and Evaluation of a Comprehensive Course on Suicide in a Master's of Social Work Program. *Journal Of Social Work Education*, 53(4), 727-736. <https://doi.org/10.1080/10437797.2017.1302856>
- Alonso, D., & Gearing, R. E. (2017). *Suicide assessment and treatment: Empirical and evidence-based practices*. Springer Publishing Company.
- Andriessen, K., Krysinska, K., Kõlves, K., & Reavley, N. (2019). Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. *Frontiers In Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677>
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental, Madrid.
- Anseán, A. (2022). Claves para la prevención de la conducta suicida. *SOM Salud Mental 360*. <https://www.som360.org/es/blog/claves-prevencion-conducta-suicida>
- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M., De-Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N., Comino-Ballesteros, R., Pereamillá, E., Medina, V. R., & López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175701>

- Ariapooran, S., Khezeli, M., Janjani, P., Jafaralilou, H., Narimani, S., Mazaheri, M., & Khezeli, M. (2023). Correction to: Protective factors against suicide attempt in Iranian Kurdish women: a qualitative content analysis. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04710-2>
- Arias, C.J. & Polizzi, L. (2011). La relación de pareja. Funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. *Revista Temática Kairós Gerontología*: 14(5) 49-71
- Ashcroft, R., Kourgiantakis, T., Fearing, G., Robertson, T., & Brown, J. B. (2019). Social work's scope of practice in primary mental health care: A scoping review. *The British Journal of Social Work*, 49(2), 318-334.
- Bai, X., Zhou, L., Mo, Q., Jia, C., & Ma, Z. (2022). Understanding the Reasons for Suicide Among Older Adults in Rural China Using In-Depth Interviews. *Crisis*, 43(5), 391-397. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000799>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106. <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>
- Böttcher, R. M., & Garay, C. J. (2021). Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en países latinoamericanos. *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad/Psicodebate*, 21(1), 61-78. <https://doi.org/10.18682/pd.v21i1.4199>
- Bueno, C.M. (2016). Suicidio: 3 etapas antes de morir. Quadratín Michoacán. <https://www.quadratin.com.mx/principal/suicidio-3-etapas-morir/>
- Burón, P., Jiménez-Treviño, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., Corcoran, P., Carli, V., Fekete, S., Hadlaczky, G., Hegerl, U., Michel, K., Sarchiapone, M., Temnik, S., Värnick, A., Verbanck, P., Wasserman, D., Schmidtke, A., & Bobes, J. (2016). Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Archives Of Suicide Research*, 20(1), 45-58. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004481>
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría/Revista Colombiana de Psiquiatria*, 44(4), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003>
- Cesare, P., King, R. Social workers' beliefs about the interventions for schizophrenia and depression: a comparison with the public and other health professionals—an Australian Analysis. *Br J Soc Work* 2015;45:1750-70
- Corea Del Cid, M.T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46-52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>

- De la Torre Luque, A., & Pedrola-Pons, A. (2024). *Diferencias en la conducta suicida entre hombres y mujeres: una visión con perspectiva de género*. The Conversation. <https://theconversation.com/diferencias-en-la-conducta-suicida-entre-hombres-y-mujeres-una-vision-con-perspectiva-de-genero-226153>
- Definición Internacional de Trabajo Social–Portal del Consejo Andaluz de Colegios Profesionales/Oficiales de Trabajo Social. (s. f.). Consejo General del Trabajo Social. <https://www.catrabajosocial.es/noticias/definicion-internacional-de-trabajo-social/8529/view#:~:text=El%20trabajo%20social%20es%2ouna,la%20liberaci%C3%B3n%20de%2olas%20personas>.
- Demmer, A. L. (2015). A Phenomenological Investigation of Suicide Stigma. SciSpace–Paper. <https://typeset.io/papers/a-phenomenological-investigation-of-suicide-stigma-3mf4ef2oy6>
- Di Rico, E., Paternain, N., Portillo, N., & Galarza, A. L. (2016). Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(2), 95-106.
- Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2023. (s/f). <https://www.who.int/es/campaigns/world-suicide-prevention-day/2023>
- Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L., (2012). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*. doi:10.1007/s11205-012-0076
- Eack, S. M., Newhill, C.E., & Watson, A.C. Effects of severe mental illness education on msw student attitudes about schizophrenia. *J Soc Work Educ* 2012;48:425–38.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/arto6.pdf>
- Estreet, A., Archibald, P., Tirmazi, M.T., Goodman, S., & Cudjoe, T. (2017). Exploring social work student education: The effect of a harm reduction curriculum on student knowledge and attitudes regarding opioid use disorders. *Substance Abuse*, 38(4), 369-375. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1080/08897077.2017.1341447>
- Estudio: Soledad no deseada y personas mayores. (2023, 27 julio). Issuu. https://issuu.com/colegiooficialpsicologosmadrid/docs/public_col_psicologia_by_cm050980

- Fernández, J. A.L., Tomás, E.A., Espina, S.M., Fernández, B. O., & Díaz, M. L. R. (2023). Determinantes del empleo en el suicidio: una mirada desde las expectativas e incertidumbres. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9323943>
- Fonseca-Pedrero, E., & Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2021). Observatorio del Suicidio en España 2020. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
- Gabilondo, A. (2020b). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>
- Gellis, Z.D., & Kim, E.G. (2017). Training social work students to recognize later-life depression: Is standardized patient simulation effective? *Gerontology Geriatrics Education*, 38(4), 425-437. <https://doi.org/10.1080/02701960.2017.1311882>
- Gil-Asensio, S. (2022). *El estigma del suicidio* [Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/57099/TFG-G5749.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Giner, L., & 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), pp. 139-146.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books (trad. cast.: Inteligencia Emocional. Barcelona: Paidós, 1997).
- Goñi, A. y M. Zandio (2017). *El suicidio: un reto para la prevención*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3), pp. 334-338.
- GUÍA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. (2023). RedAIPIS-FAeDS, 2023. https://www.redaipis.org/sites/default/files/2023-11/guia%20Prevenci%C3%B3n%2odel%2osuicidio_HABLEMOS%20%283%29.pdf
- Hornor, G., & Tucker, S. (2022). Child Sexual Abuse and Suicide. *Journal Of Forensic Nursing*, 18(4), 237-246. <https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000394>
- Horowitz, L. (2022). 10.3 Implementing the “Blueprint for Youth Suicide Prevention” in Community Settings. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 61(10), S16. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.068>

- Instituto Nacional de Estadística (2021). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2020. Instituto Nacional de Estadística.
- Kourgiantakis, T., Sewell, K. M., McNeil, S., Lee, E., Logan, J., Kuehl, D., McCormick, M., Adamson, K., & Kirvan, A. (2020). Social work education and training in mental health, addictions, and suicide: A scoping review. *Journal of Social Work Education*, 58(1), 1- 26. <https://doi.org/10.1080/10437797.2020.1773363>
- Kourgiantakis, T., Sewell, K., McNeil, S., Logan, J., Lee, E., Adamson, K., McCormick, M., & Kuehl, D. (2019). Social work education and training in mental health, addictions and suicide: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 9(6), e024659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024659>
- Lee, K., Lee, H., & Kim, S. H. (2017). Temperament and character profile of college.
- Leenaars, A. A. (2010c). Lives and Deaths: Biographical Notes on Selections from the Works of Edwin S. Shneidman. *Suicide & Life-threatening Behavior/Suicide And Life-threatening Behavior*, 40(5), 476-491. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.476>
- Levine, J., & Sher, L. (2020). How to increase the role of social workers in suicide preventive interventions. *Acta Neuropsychiatrica*, 32(4), 186-195. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.11>
- Ministry of Health. (2020). *Mental health and addiction workforce development*. <https://www.health.govt.nz/our-work/mental-health-and-addiction/mental-health-and-addiction-workforce-development>
- Mirick, R. G. (2022). Social work practice instructors' preparedness and readiness to teach suicide content. *Social Work Education*, 43(1), 224-240. <https://doi.org/10.1080/02615479.2022.2102162>
- Mirick, R. G. (2023). Are Social Work Students Being Adequately Prepared to Intervene With Suicide? *Advances In Social Work*, 22(3), 993-1005. <https://doi.org/10.18060/25991>
- Nader, A. y Boehme, V. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o Síndrome?, Boletín de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, 14 (1): 32-37. de http://www.grupoati.cl/wpcontent/uploads/2010/08/automutilacion_sintoma_o_sindrome.pdf
- *Observatorio del Suicidio en España 2022 (datos definitivos diciembre 2023)*. (s. f.-b). Prevención del Suicidio. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/#:~:text=El%202019%20de%20diciembre%20de,INE%20publica%20los%20datos%20definitivos.%20datos%20definitivos%20conclusiones>

- O'Connor RC, Kirtley OJ. El modelo integrado motivacional-volitivo de conducta suicida. *Philos Trans Royal Soc B: Biol Sci.* 2018;373(1754):20170268.
- Oexle, N., Mayer, L., & Rüsch, N. (2020). Suizidstigma und Suizidprävention. *Nervenarzt Der Nervenarzt*, 91(9), 779-784. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00961-6>
- Oliveros, G. D. (2020). *El suicidio, cuando se teme más a la vida que a la muerte (I)*. Grupo Doctor Oliveros. <https://www.grupodoctoroliveros.com/el-suicidio-cuando-se-teme-mas-a-la-vida-que-a-la-muerte-i/>
- Organización Mundial de la Salud (2018). National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud. Acción de salud pública para la prevención del suicidio: un marco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
- Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Osteen, P. J., Jacobson, J. M., & Sharpe, T. L. (2014). Suicide Prevention in Social Work Education: How Prepared Are Social Work Students? *Journal Of Social Work Education*, 50(2), 349-364. <https://doi.org/10.1080/10437797.2014.885272>
- Pérez Barrero, S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de cono-cerlos.
- Revista colombiana de psiquiatría, 34(3), 386-394.
- Pérez de Albéniz, A., Fonseca-Pedrero, E., Universidad de La Rioja. Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA). Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Universidad de Oviedo, & Universidad de La Rioja. Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA). (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala PAYKEL de suicidio. *Papeles del psicólogo*, 41(1). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Pérez-Barrero, S.A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013
- Picazo, J., Martínez-Velasco, R., Quintero, J., & Álvarez-Mon, M. (2023). Protocolo de tratamiento del paciente con riesgo de suicidio. *Medicine*, 13(86), 5107-5113. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.08.026>

- Pintado, S., Castillo, M., & Penagos-Corzo, J.C. (2018). Comparación de la terapia cognitivo-conductual y la psicología positiva en la mejora del bienestar emocional. *Revista Interamericana de Psicología*, 52(2), 171-183.
- Prevención social. (s/f). Fundaciondiagrama.es. <https://www.fundaciondiagrama.es/socioeducativo/prevencion-social>
- Quest, A. D., Nedegaard, R., & Koch, C. (2019). How much is enough? Suicide training for MSW students. *Journal of Social Work Education and Practice*, 4(3), 11-20. https://www.jswep.in/uploads/3/1/7/2/31729069/040302_suicide_training_for_msw_students.pdf
- Ramon, S., Shera, W., Healy, B., Lachman, M., & Renouf, N. The rediscovered concept of recovery in mental illness: a multicountry comparison of policy and practice. *Int J Ment Health* 2009;38:106-26.
- Reina-Aguilar, P., Díaz-Jiménez, R. M., & Caravaca-Sánchez, F. (2022). Suicide Risk amongst University Students of Social Work in Spain. *British Journal Of Social Work*, 53(4), 2416-2433. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcac179>
- Reynders, A., Kerkhof, A.J.F.M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry Epidemiology*, 49(2), 231-239.
- Rodríguez-Antolín, L. (2019). *El papel del trabajo social en la prevención del suicidio: revisión de planes y guías del sistema nacional de salud*. [Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39848/TFG-G4074.pdf?sequence=1>
- Román-Lazarte, V., Moncada-Mapelli, E., & Huarcaya-Victoria, J. (2023). Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017- 2019. *Revista Colombiana de Psiquiatría/Revista Colombiana de Psiquiatria*, 52(3), 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.005>
- Ruth, B. J., Gianino, M., Muroff, J., McLaughlin, D., & Feldman, B. N. (2012). You Can't Recover From Suicide: Perspectives on Suicide Education in MSW Programs. *Journal Of Social Work Education*, 48(3), 501-516. <https://doi.org/10.5175/jswe.2012.201000095>
- Sabina, K., Abdulah, K. (2017). Stigma and suicide. *Psychiatria Danubina*, 29(5), 5895- 5899. <https://hrcak.srce.hr/file/383498>
- Salamero, C., & Segovia, M. (2018). *Haciendo visible lo invisible*. Barcelona: Huyguens.

- Sanders, S., Jacobson, J. M., & Ting, L. (2008). Preparing for the Inevitable: Training Social Workers to Cope with Client Suicide. *Journal Of Teaching In Social Work*, 28(1-2), 1-18. <https://doi.org/10.1080/08841230802178821>
- Schmidt, R. C. (2016). Mental Health Practitioners' Perceived Levels of Preparedness, Levels of Confidence and Methods Used in the Assessment of Youth Suicide Risk. *The Professional Counselor*, 6(1), 76-88. <https://doi.org/10.15241/rs.6.1.76>
- Schmitz, W. M., Allen, M. H., Feldman, B. N., Gutin, N. J., Jahn, D. R., Kleespies, P. M., Quinnett, P., & Simpson, S. (2012). Preventing Suicide through Improved Training in Suicide Risk Assessment and Care: An American Association of Suicidology Task Force Report Addressing Serious Gaps in U.S. Mental Health Training. *Suicide & Life-threatening Behavior/Suicide And Life-threatening Behavior*, 42(3), 292-304. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2012.00090.x>
- Scourfield, J., & Evans, R. (2014). Why Might Men Be More at Risk of Suicide After a Relationship Breakdown? Sociological Insights. *American Journal Of Men's Health*, 9(5), 380-384. <https://doi.org/10.1177/1557988314546395>
- Šedivý, N. Z., Podlogar, T., Kerr, D., & De Leo, D. (2017). Community social support as a protective factor against suicide: A gender-specific ecological study of 75 regions of 23 European countries. *Health And Place/Health & Place (Online)*, 48, 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.09.004>
- Sharpe TL, Jacobson Frey J, Osteen PJ, et al. Perspectives and appropriateness of suicide prevention gatekeeper training for msw students. *Soc Work Ment Health* 2014;12:117-31.
- Shrivastava, A., Bureau, Y., Rewari, N., & Johnston, M. (2013). Clinical risk of stigma and discrimination of mental illnesses: Need for objective assessment and quantification. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(2), 178-182.
- Sociedad Internacional de Autolesión. (2011). *La institución – Sociedad Internacional de Autolesión*. <https://www.autolesion.com/la-institucion/>
- Stone, D. M., Holland, K. M., Bartholow, B., Logan, J. E., McIntosh, W. L., Trudeau, A., & Rockett, I. R. H. (2017). Deciphering Suicide and Other Manners of Death Associated with Drug Intoxication: A Centers for Disease Control and Prevention Consultation Meeting Summary. *American Journal Of Public Health*, 107(8), 1233-1239. <https://doi.org/10.2105/ajph.2017.303863>
- Suka, M., Yamauchi, T., & Sugimori, H. (2015). Relationship between individual characteristics, neighbourhood contexts and help-seeking intentions for mental illness. *BMJ Open*, 5(8), e008261. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008261>

- Toledo, A. M. (2012). El suicidio en el anciano institucionalizado. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(2), 162-168.
- Toro-Herrera, S. M., & Acero-González, A. (2022). Pérdidas y duelos complejos: Visión desde tres experiencias dolorosas vividas en Colombia. *Meridiano – Revista Colombiana De Salud Mental*, 1(2), 13-22. <https://doi.org/10.26852/28059107.629>
- Turdaliyeva, S., Topanova, G., & Uskenbayeva, D. (2023). Training as a Means of Prevention of Suicidal Behavior Among Adolescents. *A. Âsaui Atyndaǵy Halykarałyk Kazak-türük Universitetiniň Habarşysy/A. Âsaui Atyndaǵy Halyk Aralyk Қ Azak -türük Universitetiniň Habarşysy*, 127(1), 263-275. <https://doi.org/10.47526/2023-1/2664-0686.22>
- Vergel, V. K. H., Pinto, N. S., & Leal, P. R. (2021). Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(95), 530-543. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.27.95.6>
- Veschi, B. (2019). Etimología de suicidio. Etimología. Origen de la palabra. <https://etimologia.com/suicidio/>
- WHO. *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization, 2018.
- World Health Organization: WHO. (2023, 28 agosto). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández-Chamorro, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig i Canals, S., & Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, 61-75.
- Zambrano-Calozuma, P. A., & Estrada-Cherre, J. P. (2020). Salud mental en el adulto mayor. *Polo del Conocimiento: Revista Científico–Profesional*, 5(2), 3-21. <https://doi.org/10.23857/pc.v5i2.1246>
- Zarragoitía, I. *Depresión. Generalidades y particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; (2010). http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

9. ANEXO.

Preguntas en relación a datos sociodemográficos.

1. ¿Cuál es tu identidad de género?
 - A. Masculino
 - B. Femenino
 - C. Transgénero
 - D. No binario
 - E. Otro (especifique cuál)
2. ¿Cuántos años tienes?
 - A. 18 a 24
 - B. 25 a 34
 - C. 35 a 44
 - D. 45 o más
3. ¿En qué curso de trabajo social te encuentras actualmente?
 - A. Primero
 - B. Segundo
 - C. Tercero
 - D. Cuarto
4. ¿Cuál es tu nivel de formación actual?
 - A. Bachillerato.
 - B. Grado Superior.
 - C. Otro grado universitario (indique cual)
 - D. Máster (indique cual)
 - E. Otro (indique cual)

Preguntas relacionadas con el conocimiento y las experiencias que tienen los futuros trabajadores sociales en relación al fenómeno del suicidio.

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el fenómeno del suicidio que crees tener?
 - A. Ningún conocimiento
 - B. Conocimiento básico
 - C. Conocimiento intermedio
 - D. Conocimiento avanzado

2. ¿Con qué frecuencia tratas en clase situaciones relacionadas con el fenómeno del suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
3. Durante el grado de Trabajo Social, ¿has recibido formación específica sobre la prevención del suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
4. ¿Has hablado alguna vez con tus compañeros sobre el fenómeno del suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
5. En relación a la pregunta anterior, ¿cómo te has sentido?
 - A. Muy incómodo
 - B. Incómodo
 - C. Cómodo
 - D. Muy cómodo
6. Con la formación dada en la carrera, ¿te sientes preparado para abordar adecuadamente situaciones relacionadas con el fenómeno del suicidio?
 - A. No me siento preparado/a en absoluto
 - B. Poco preparado/a
 - C. Moderadamente preparado
 - D. Muy preparado
7. Con la formación recibida en estos años, ¿te sientes preparado para intervenir de forma individualizada con personas que hayan perdido a seres queridos por suicidio?
 - A. No me siento preparado/a en absoluto
 - B. Poco preparado/a
 - C. Moderadamente preparado
 - D. Muy preparado

8. Con la formación recibida en estos años, ¿te sientes preparado para intervenir con grupos de personas que hayan perdido a seres queridos por suicidio?

- A. No me siento preparado/a en absoluto
- B. Poco preparado/a
- C. Moderadamente preparado
- D. Muy preparado

Preguntas relacionadas con diferentes aspectos del suicidio y algunos de sus factores.

1. ¿Qué conocimientos tienes sobre los factores de riesgo relacionado con el fenómeno del suicidio?
 - A. Ninguno
 - B. Básico
 - C. Moderado
 - D. Avanzado
2. ¿Consideras que la salud mental influye en el riesgo del suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
3. ¿Consideras cierto que algunos factores como la pérdida del empleo o del apoyo social son un riesgo para el fenómeno del suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
4. ¿Crees que las intervenciones preventivas llevadas a cabo desde el trabajo social son efectivas y acorde al nivel de formación que tenemos desde el grado?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente

5. En cuanto a la prevención, ¿crees que la detención temprana de pensamientos suicidas es importante para evitar el fenómeno del suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
6. ¿Con qué frecuencia crees que una persona que siente/tiene ideación suicida busca apoyo social?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
7. ¿Crees que el rol de la familia y amigos es importante para prevenir el suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
8. ¿Consideras que es efectivo intervenir con familiares y amigos en la recuperación de alguien que ha intentado suicidarse?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
9. Como trabajador social, ¿estás dispuesto a brindar apoyo a alguien que está luchando contra sus pensamientos suicida, teniendo en cuenta el tiempo de intervención que esto requiere?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
10. ¿Crees que sentirse parte de una comunidad es efectivo para prevenir el suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente

11. ¿Consideras los programas de educación y concienciación sobre salud mental efectivos para prevenir el suicidio?

- A. No son efectivos.
- B. Ocasionalmente son efectivos.
- C. Regularmente son efectivos.
- D. Frecuentemente son efectivos.

Preguntas relacionadas con el estigma que rodea este fenómeno.

1. ¿Piensas que hablar de suicidio puede conllevar al famoso efecto contagio, es decir, que aumenten los casos de intento de suicidio, ideación suicida o suicidio consumado?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
2. A la hora de que un usuario busque ayuda, ¿crees que el estigma que rodea al fenómeno del suicidio puede influir?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
3. En la prevención del suicidio, ¿piensas que tiene un impacto positivo el estigma que rodea a este fenómeno?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
4. ¿Consideras que el estigma impide que las personas hablen abiertamente sobre su experiencia y sentimientos relacionados con el suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente

5. ¿Piensas que desde el Trabajo Social se está llevando a cabo las acciones adecuadas para erradicar el estigma que rodea al suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
6. ¿Consideras que los medios de comunicación tienen un papel en la perpetuación o reducción del estigma que rodea al fenómeno del suicidio?
 - A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. Regularmente
 - D. Frecuentemente
7. ¿Qué población crees que tienen tasas más elevadas en suicidio?
 - A. Adolescentes.
 - B. Jóvenes.
 - C. Adultos.
 - D. Mayores.

ORGANIZA



COLABORA

