



La Problematicación Comunitaria del Suicidio: Recomendaciones para Planes y Estrategias Locales, Regionales y Nacionales

Andy Eric Castillo PattonUniversidad Autónoma de Madrid  **Ángela Carbonell**Universitat de València  <https://dx.doi.org/10.5209/cuts.99661>

Enviado: 14/12/2024 • Aceptado: 07/05/2025

ES Resumen: La consideración del suicidio como un problema de salud pública y su exclusiva atención integral por instituciones sanitarias viene a estar condicionado por un enfoque predominantemente biomédico y psicologicista, por ende, individualizante. Esto, si bien útil en la atención indicada de las conductas suicidas, ya sea en su prevención, intervención o postvención, representa un importante límite en el diseño de planes y estrategias que aborden aspectos culturales y del contexto socioeconómico. De hecho, este límite puede tornarse en una barrera de cara a concretar y medir la eficacia de actuaciones selectivas y universales en poblaciones especialmente afectadas por el suicidio. Esto, contra toda intención de mejora, redundará en estigmatizaciones y lecturas que medicalizan la atención a la conducta suicida sin tener en cuenta al tejido social, aspecto que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). A este respecto, el presente texto propone una revisión bibliográfica y teórica de los aspectos que definen una aproximación comunitaria a la prevención, intervención y postvención del suicidio según estándares tanto de la OMS como del Trabajo Social. Este trabajo tiene así como principal objetivo visibilizar una línea de investigación que no sólo problematiza el suicidio desde una óptica basada en la comunidad, sino que aborda otros enfoques de conformación de las políticas públicas adscritas a diferentes niveles administrativos y territoriales.

Palabras clave: Comunidad, Elaboración de políticas públicas, Salud mental, Salud pública, Suicidio.

ENG Community Problematization of Suicide: Recommendations for Local, Regional, and National Plans and Strategies

Abstract: The consideration of suicide as a public health problem and its exclusively healthcare institution-based care is conditioned by a predominantly biomedical and psychologistic approach that tends to individualisation. This conception, although useful in terms of prescribed care in response to suicidal behaviours, significantly limits the design of plans and strategies that address cultural aspects and socio-economic context. In fact, this limit can act as a barrier to specifying and measuring the effectiveness of selective and universal actions among populations particularly affected by suicide. This runs counter to any attempt at improvement and results in stigmatisation and interpretations that medicalise care in response to suicidal behaviours without taking into account the social context, an aspect recommended by the World Health Organization (WHO). Correspondingly, this text proposes a bibliographical and theoretical review of the aspects that define a community approach to suicide prevention, intervention, and postvention according to both WHO and social work standards. The main aim of this paper is to make visible a line of research that not only addresses the issue of suicide from a community-based perspective, but also examines other approaches to the shaping of public policies at different administrative and territorial levels.

Keywords: Community, policy-making, prevention, mental health, public health, suicide.

Sumario: 1. Introducción. 2. La Prevención, Intervención y Postvención del Suicidio desde un Enfoque Comunitario. 2.1. Antecedentes relevantes en la Problematicación Social y Comunitaria del Suicidio. 2.2. Recomendaciones para un Enfoque Comunitario en la Atención al Suicidio. 3. El Modelo Comunitario de la Organización Mundial de la Salud. 3.1. Niveles de Atención y Estrategias de Colaboración en la Atención al Suicidio. 3.2. Ejemplos Prácticos y Oportunidades de la Colaboración Público-Comunitaria. 4. Reflexiones Finales. 5. Referencias Bibliográficas

Como citar: Castillo Patton, A. E.; Carbonell, Á. (2025). La Problematicación Comunitaria del Suicidio: Recomendaciones para Planes y Estrategias Locales, Regionales y Nacionales. *Cuadernos de Trabajo Social* 38(2), 465-476. <https://dx.doi.org/10.5209/cuts.99661>

1. Introducción

Desde 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha venido identificando el suicidio como una emergencia de salud pública a nivel global (OMS, 1969, 2014, 2021a), señalando la corresponsabilidad de los Estados y otros actores en la adopción de medidas para una prevención efectiva (OMS, 2012, 2018, 2021b). Actualmente, se estima que las muertes por suicidio anuales han disminuido en la última década, pasando de 800.000 a 700.000 casos a nivel mundial, sobre todo en países de altos ingresos *per cápita* (OMS, 2021a). Con todo, el suicidio sigue siendo un claro desafío para el sistema sanitario y los servicios sociales tanto en el Norte como en el Sur global, con múltiples secuelas en la vida social y el entorno familiar y comunitario.

Asimismo, más allá de las debidas diferencias Norte-Sur, especialmente en lo relativo a la consolidación de un modelo de estado de bienestar –con diferentes tipologías y en estado actual de reconfiguración post-crisis en Europa (Giarelli y Saks, 2024; del Pino y Rubio, 2024)–, lo relevante de la atención a las conductas suicidas reside en el enfoque eminentemente sanitario que las significa. Esto se traduce en una comprensión hegemónica del suicidio como un problema de salud pública (OMS, 2012), si bien esto converge con la consideración del mismo como problema de salud mental (APA, 2010).

De este modo, es clave entender que el enfoque de salud pública comprende una visión colectiva de protección, promoción y restauración de la salud (OMS, 2014; Ministerio de Sanidad, 2022). En este contexto, es clave la contribución histórica del Trabajo Social a la comprensión comunitaria de la salud y sus determinantes sociales (Ruth et al., 2012; Brea Iglesias et al., 2024). Sin embargo, en la actualidad, los diseños de políticas públicas y su implementación se encuentran eminentemente limitados a criterios de vigilancia epidemiológica, sobre todo en régimen de institucionalización (García-Haro et al., 2020; Oaten et al., 2024). Esto restringe la acción gubernamental a un solo plano de control y gestión del suicidio, que además es tratado como una enfermedad, pese a su complejidad fenomenológica. Como consecuencia, se tecnifica toda acción de gobierno, alejándola de los estándares de (co)gobernanza y participación ciudadana que se presuponen en los fundamentos de la salud pública en general, así como en las especificidades de un modelo europeo salutogénico basado en enfoques desde/hacia la comunidad (Gostin, 2010; Flear, 2015).

Asimismo, este tipo de enfoque tiende a centrarse en aspectos relativos a la prevención, entendida como detección temprana, y a la intervención en clave de urgencias hospitalarias o de atención de emergencias en situación de crisis. En consecuencia, se desvalorizan y aíslan aspectos relativos a otras acciones, como las campañas de sensibilización y reducción del estigma, que resultan claves para entender el suicidio como un problema de y en la comunidad (OMS, 2019; Blanco, 2020). De esta manera, el enfoque biomédico y de urgencias hospitalarias predominante tiende a la laxitud en el abordaje de la postvención del suicidio, entendida también como el inicio de una prevención activa y participada (OMS y IASP, 2008; Andriessen, 2009; Jordan, 2017).

A este respecto, el presente artículo pone en consideración las diferentes propuestas que la OMS reúne para plantear intervenciones y diseños de políticas públicas dirigidas a la atención del suicidio en clave comunitaria. Para ello, este trabajo se construye a partir de una revisión narrativa de la literatura, considerando documentos técnicos y programáticos elaborados por la Organización Mundial de la Salud, así como informes producidos por organismos gubernamentales y otras entidades especializadas tanto en el contexto español como en el ámbito internacional. La búsqueda bibliográfica se desarrolló a través de bases de datos académicas, complementándose con fuentes de literatura gris que permiten incorporar políticas públicas, experiencias territoriales y contribuciones no sistematizadas en canales convencionales de difusión científica. Se emplearon como descriptores principales términos como “suicidio”, “prevención del suicidio”, “modelo comunitario”, “community-based” e “intervención comunitaria”. A partir de esta revisión, se han sistematizado los principales lineamientos identificados, especialmente aquellos vinculados a iniciativas de carácter local y regional desarrolladas en el Estado español. Esta base documental se acompaña, además, de una reflexión teórica que problematiza las posibilidades, tensiones y limitaciones del enfoque comunitario en el abordaje integral de las conductas suicidas.

2. La Prevención, Intervención y Postvención del Suicidio desde un Enfoque Comunitario

2.1. Antecedentes relevantes en la Problematicación Social y Comunitaria del Suicidio

Según la OMS (2014), el suicidio se caracteriza como un fenómeno complejo y multidimensional, asociado a factores biológicos, psicológicos, ambientales, genético-familiares y (socio)culturales. Sin embargo, trabajos previos en el ámbito de la Sociología, como los de Émile Durkheim (1897/2015), ya identifican que el suicidio está modelado por factores sociales y extrasociales. De éstos, los factores sociales resultan más significativos, ya que consideran del suicidio como problema para una sociedad en tanto que se identifica al suicidio como un fenómeno eminentemente social.

Las posteriores consideraciones del suicidio como un problema de salud pública están vinculadas al desarrollo de la Medicina Social y los inicios del Trabajo Social a comienzos del siglo XX, sobre todo en su vertiente sanitaria (Brea et al., 2024). Sin embargo, las propuestas actuales que definen el suicidio como una emergencia de salud pública se solapan con su identificación como un problema de salud mental, donde

prevalece una visión psicopatológica. De este modo, el suicidio tiende a ser concebido como una conducta autolítica asociada a un trastorno mental grave como la depresión, la esquizofrenia o el alcoholismo, entre otros diagnósticos (APA, 2010; OMS, 2014). Sin embargo, esta visión del suicidio como conducta autodestructiva asociada a una etiqueta diagnóstica ha recibido diversas críticas, dado que dicha categorización y etiquetaje surge de un proceso histórico de hipotéticamente reciente psiquiatrización de las conductas suicidas (Marsh, 2010). Esto contrasta con perspectivas que, en términos históricos de Occidente, han asociado el suicidio más como un problema moral que como el resultado de una enfermedad, pese a los debates científicos al respecto (Andrés, 2021; Castillo Patton, 2024). Con todo, lo relevante de este proceso de medicalización del suicidio es que, hasta prácticamente mediados del siglo XX, convivían diferentes enfoques en torno a cómo tratar este fenómeno, asociado en última instancia a un profundo sufrimiento personal, tal y como lo muestra la Suicidología de Edwin Shneidman (1995).

Sin embargo, antes de la consolidación de esta comprensión científica estrechamente vinculada con la Psicología Dinámica cabe destacarse cómo a principios del siglo XX coexistían, principalmente, dos modelos de atención a las conductas suicidas. El primero estaba basado en el refuerzo y el internamiento en el circuito del dispositivo psiquiátrico tras un episodio de crisis suicida, profundizando en interpretaciones psicologicistas y biológicas del suicidio, entendido como un comportamiento individual estrechamente ligado a una psicopatología. El segundo modelo consideraba a la comunidad, concretamente al vecindario y la familia, como sujeto colectivo de la intervención, enfocado principalmente a la prevención y la contención de la proliferación de situaciones suicidógenas.

Por mostrar un ejemplo de este último enfoque, en el contexto norteamericano de la Escuela de Chicago, la socióloga y criminóloga Ruth Shonle Cavan observó cómo el suicidio se podía no sólo explicar, si no también intervenir, de acuerdo con una serie de factores y variables psicosociales. En su texto, Cavan (1928) argumenta, de manera muy similar a Durkheim u otros sociólogos y trabajadoras sociales de la época, que el suicidio es consecuencia de fuertes desorganizaciones sociales, unido a una ruptura en las expectativas vitales y la pérdida de confianza en los pares. Además, a través de diferentes testimonios y documentos biográficos, Cavan observa que el suicidio representa la acumulación de diferentes crisis en la trayectoria vital de los sujetos. Estas crisis conducen a un colapso progresivo de sus capacidades de afrontamiento y modulación emocional, una visión que se anticipa a modelos actuales de la Suicidología y la Psicología Contextual (Joiner, 2005; O'Connor y Kirtley, 2018). Asimismo, Cavan, en sus análisis y métodos de diagnóstico social, comparte visión y metodología con pioneras del Trabajo Social como Ida Maud Cannon, quienes atendían al origen social de los malestares, basándose en criterios objetivos y subjetivos para valorar el sufrimiento. De hecho, Cannon (1913) identifica que numerosos casos de suicidio en Estados Unidos se debían, ante todo, a su contexto. En concreto a problemas de integración social y/o violencia institucional, además de otras causas relacionadas a la neurastenia o la “fragilidad mental” de personas especialmente vulnerables. Así, en Cannon se advierten también antecedentes del actual modelo de comprensión biopsicosocial del suicidio.

Por otra parte, observando algunos antecedentes de esta perspectiva comunitaria en España, durante el primer tercio del siglo XX se prestó una especial atención al problema del suicidio como un asunto de interés público. Así, junto a la consolidación de un registro estadístico oficial en 1906, la Estadística de Suicidios (Orgaz y Amezcaga, 2018), diversos trabajos de carácter sociológico fueron señalando los aspectos más relevantes en los que intervenir, además de las incógnitas aún por despejar respecto a por qué acontecía el suicidio y por qué no era pertinente asociarlo con el delito (Bernaldo de Quirós, 1904). A este respecto, y más allá de los juicios y consideraciones morales relativos a la progresiva secularización de la población obrera española, estadistas como Carlos Salicrú Puigvert (1924) señalaron que el problema del suicidio es, en origen, un problema social y de higiene mental. Así, el que fuera Confesor del Rey, destacó la necesidad de una “terapéutica social, afectiva y religiosa” del suicidio donde, entre otras medidas, se garantizara “seguro contra la enfermedad”, “jornada de trabajo equitativa” y “casas baratas” (Salicrú, 1924, p. 126-127), estableciendo una lectura acerca de la importancia de lo social muy próxima a los fundamentos del Trabajo Social de Cannon o, incluso, del Trabajo Social de Casos de Mary Richmond (1922).

Estas consideraciones contrastan con el devenir de un modelo de intervención que individualiza el suicidio y su etiología a partir del diagnóstico psiquiátrico y la institucionalización como principal estrategia y acción terapéutica, ya sea en unidades hospitalarias ordinarias o especializadas. Esto contribuyó a la estigmatización e invisibilización del fenómeno durante gran parte de la segunda mitad del siglo XX, considerándolo una conducta marginal, amoral y, en última instancia, delictiva a pesar de la progresiva despenalización jurídico-legal (Pérez, 2012; Castillo Patton, 2024).

2.2. Recomendaciones para un Enfoque Comunitario en la Atención al Suicidio

Actualmente, el suicidio se entiende como un conjunto de conductas dinámicas y discontinuas, no todas ellas de origen estrictamente biológico ni psicopatológico (García-Haro et al., 2023; Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2024). Sin embargo, se ha consolidado una visión hegemónica que considera el suicidio como un asunto médico y psicológico, fundamentalmente sujeto a la práctica clínica (Velasco y Pujal i Llombart, 2010; Marsh, 2010). Esto ha llevado a que los planes, estrategias y programas destinados a la prevención del suicidio tengan un enfoque excesivamente inscrito en intervenciones y protocolos en el circuito sanitario, sobre todo en el ámbito hospitalario. Esta observación no significa que esta dimensión resulte inválida en términos prácticos, sobre todo en casos especialmente requeridos de acciones terapéuticas farmacológicas altamente recomendadas y contrastadas (OMS, 2014; Oficina C, 2024). Sin embargo, al observar contextos como el español, donde la mayoría de las propuestas y políticas públicas se concentran en los aspectos más

hospitalocéntricos y en la vigilancia epidemiológica dentro del circuito sanitario (García-Haro et al., 2020; Castillo Patton, 2023), se evidencia una contradicción con los mandatos y recomendaciones de la OMS (2012, 2019, 2021b).

A este respecto, aunque en España se reconocen diversas iniciativas que integran parte del enfoque comunitario en la atención del suicidio, como la Comisión Interinstitucional para el abordaje de las conductas suicidas (NAPRESUI) en Navarra (Gobierno de Navarra, 2014) o la red preventiva y de cuidados en Barcelona (Ayuntamiento de Barcelona, 2023), aún falta un mayor reconocimiento acerca de la necesidad de integrar la colaboración público-comunitaria para la prevención del suicidio tanto a nivel local, autonómico y nacional. Esto contrasta con las diversas evidencias prácticas sobre el refuerzo de los factores de protección que se dan a partir de enfoques comunitarios para la prevención del suicidio (Zadravec et al., 2017; Hanlon et al., 2022; Linskens et al., 2023). Sin embargo, a pesar de que el informe *Prevención activa del suicidio* de la Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C, 2024) señala que en la intervención comunitaria “cobra gran relevancia la labor del personal de servicios sociales (educación y trabajo social, normalmente, y psicología), que sostienen psicológicamente a cientos de miles de personas en España” (p. 17), apenas se profundiza en los aportes de las Ciencias Sociales y, particularmente, del Trabajo Social en la prevención, intervención y postvención del suicidio (Joe y Niedermeier, 2008; Ruth et al., 2012; Prades-Caballero et al., 2024).

Por este motivo, se considera pertinente desarrollar a continuación qué medidas y herramientas se proponen desde la OMS (2019, 2021b) de cara a proponer acciones basadas en la comunidad (*community-based*). Éstas, además de redundar en una mayor eficacia para la prevención del suicidio, refuerzan mandatos de gobernanza, participación ciudadana y, por ende, de calidad democrática y de rendición de cuentas.

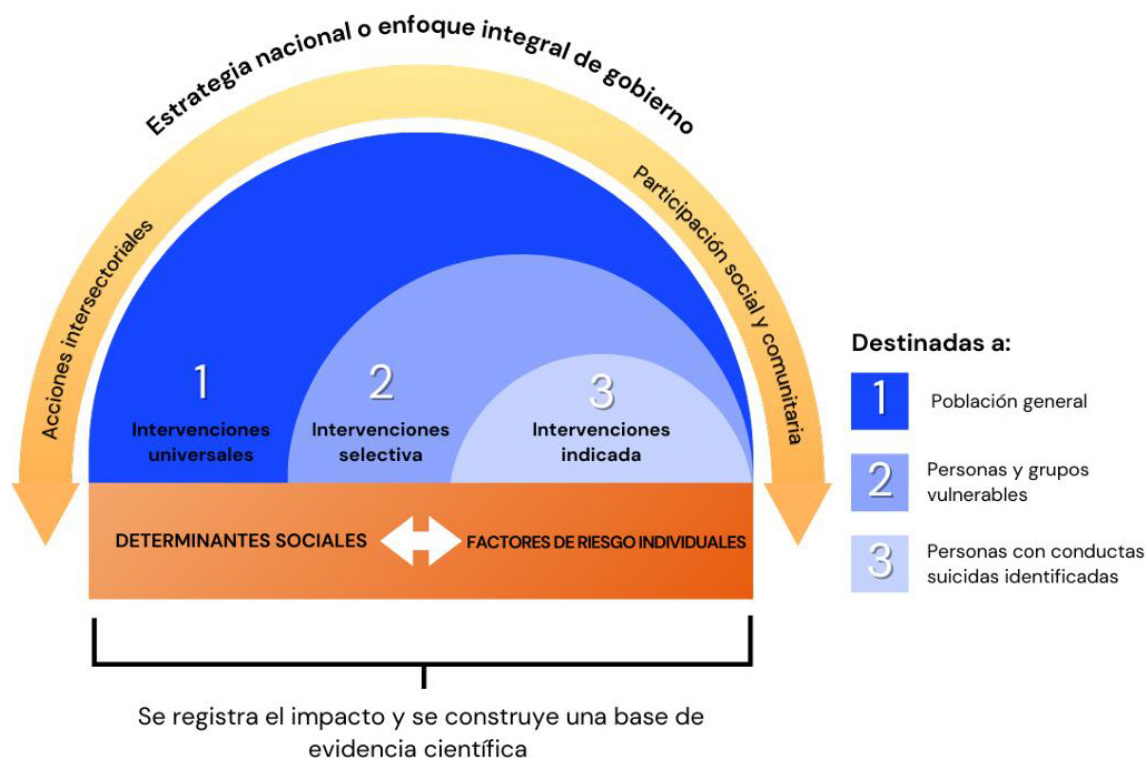
3. El Modelo Comunitario de la Organización Mundial de la Salud

3.1. Niveles de Atención y Estrategias de Colaboración en la Atención al Suicidio

La complejidad que define al suicidio y las diversas conductas que lo comprenden reconoce, principalmente, tres dimensiones en las que llevar a cabo la acción: prevención, intervención y postvención (OMS, 2014, 2014). En primer lugar, la prevención se refiere a aquellas medidas que buscan evitar, en la medida de lo posible, la aparición o consumación de conductas suicidas, desde la ideación hasta la tentativa y, sobre todo, la muerte. La intervención, en segundo lugar, se focaliza en medidas dirigidas al manejo de conductas suicidas una vez ocurren, eminentemente en contextos de crisis psicológica, psiquiátrica y/o situaciones de emergencia. Finalmente, la postvención son las actuaciones realizadas después de un suicidio, predominantemente en casos con resultado de muerte; centrándose en la atención a familiares y allegados/as, es decir, los supervivientes o afectados/as por la pérdida (OMS y IASP, 2008).

Asimismo, atravesando cada una de estas dimensiones, diferentes organismos y autores/as (OMS, 2018; Pirkis et al., 2023) señalan tres niveles de atención sanitaria en los que se puede llevar a cabo una atención planificada, estructurada y coordinada de las conductas suicidas: nivel universal, nivel selectivo y nivel indicado. Estos niveles identifican medidas específicas para cada ámbito de intervención. El nivel universal se dirige a la población general, mientras que el nivel selectivo se enfoca en grupos vulnerables. El nivel indicado, sin embargo, atiende a personas en riesgo o ya afectados/as por conductas suicidas. A pesar de estas categorizaciones, los enfoques más predominantes muestran que estos niveles se encuentran notablemente compartimentados y desconectados entre sí. Esta falta de integración dificulta la atención integral de las conductas suicidas, según recomiendan organismos internacionales (OMS, 2018; Pirkis et al., 2023), tal y como se propone en la Figura 1.

Figura 1. Modelo integral para la prevención de la conducta suicida



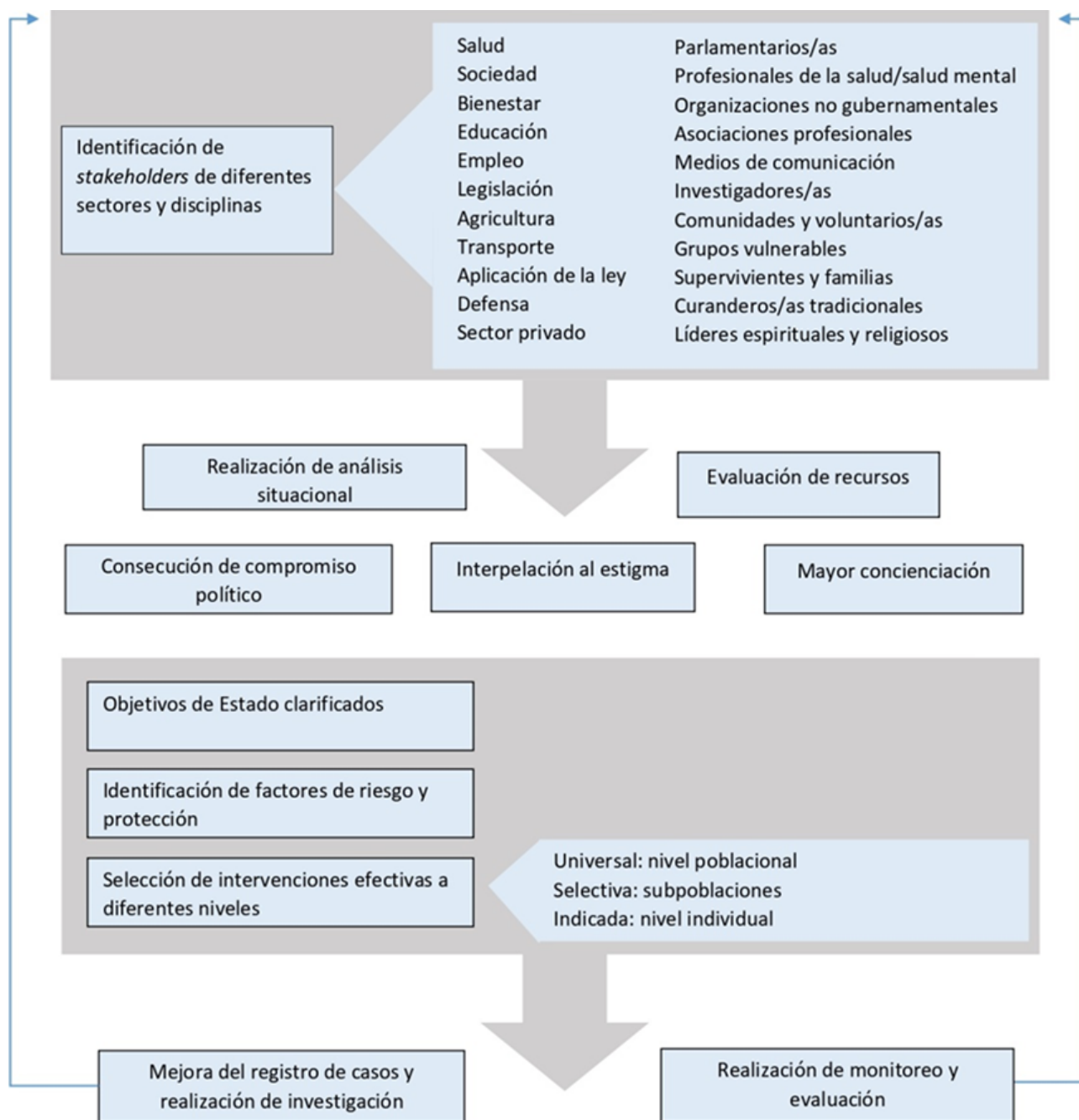
Fuente: Extraído de Oficina C (2024, p. 14). Readaptación del modelo de Pirkis et al. (2023).

Según este modelo integral para la atención de las conductas suicidas, es imprescindible reconocer la interrelación entre los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo individuales. En este sentido, las medidas tienen un doble propósito. Por un lado, buscan implementar acciones interseccionales que aborden diversas situaciones y casuísticas. Por otro lado, pretenden garantizar la participación social y comunitaria en su desarrollo. Estas medidas deberían enmarcarse idóneamente bajo una estrategia nacional para la prevención del suicidio que fije objetivos comprensibles e indicadores evaluables.

El modelo de Pirkis et al. (2023) visualiza así un esquema básico de planificación para la prevención, intervención y postvención del suicidio en los diferentes niveles sanitarios. Aunque se apoya en las recomendaciones estratégicas de la OMS, este modelo también es recomendado para España por el comité de expertos convocados por la Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C, 2024). Alineándose con estas recomendaciones, la OMS (2012, 2019, 2021b) subraya que toda política pública enfocada en la prevención, intervención y/o postvención del suicidio debe estructurarse a través de una amplia red de *stakeholders* o partes interesadas. Entre estas partes destacan las asociaciones de supervivientes; medios de comunicación; creadores/as de contenido; cargos públicos; profesionales de atención primaria y del ámbito educativo; servicios de emergencias –especialmente policía y bomberos, en tanto que *first responders*–; instituciones penitenciarias; empresas y sindicatos; y líderes locales, ya sean del ámbito religioso, vecinal u otra naturaleza asociativa¹. De este modo, según se representa en la Figura 2, la OMS ha ido desarrollando desde principios del siglo XXI un arquetipo de colaboración y cooperación que sitúa a la comunidad como eje y fundamento de todo proyecto para la prevención del suicidio. Aunque la evidencia científica y los paneles de expertas/os y profesionales del ámbito sanitario son imprescindibles, este modelo destaca que estos grupos son solo una parte de los diversos sectores y grupos sociales que deben integrarse en las políticas públicas.

¹ A este respecto, desde el año 2000 hasta la actualidad la OMS ofrece en su colección de documentos marco *Preventing Suicide: a resource series* (<https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-series>) un conjunto de recomendaciones para cada uno de los supuestos mencionados.

Figura 2. Marco de desarrollo de un plan de prevención del suicidio según la OMS



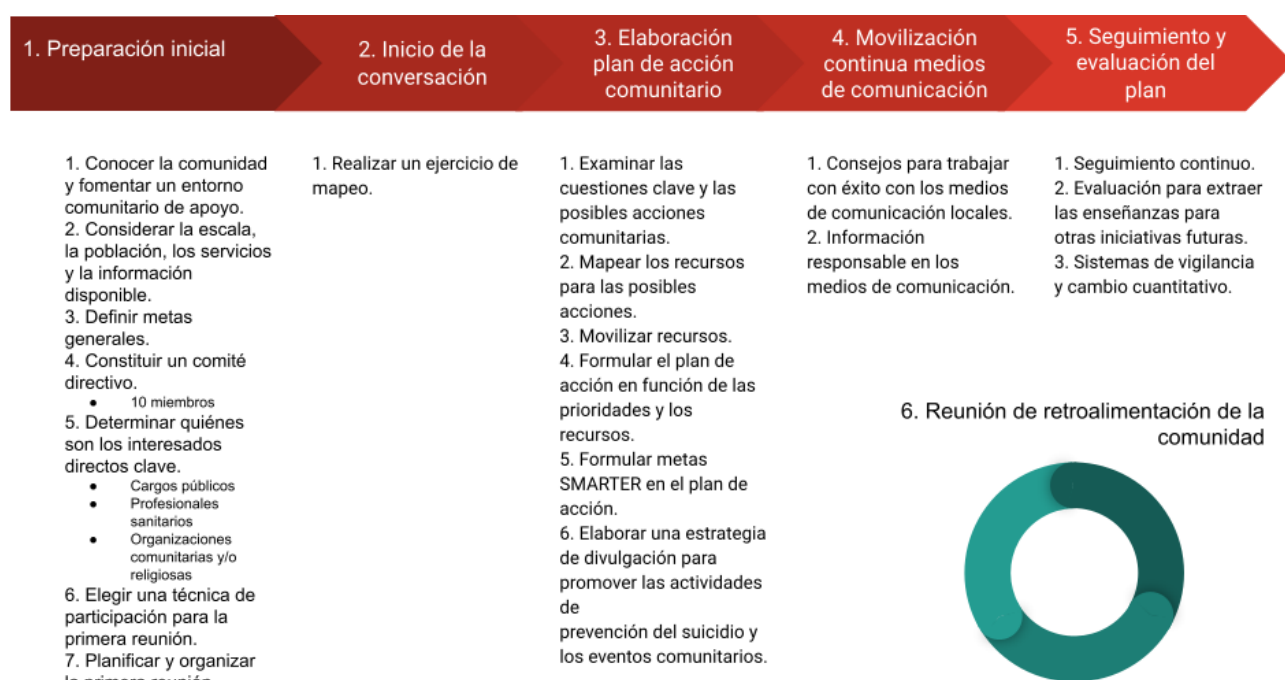
Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (2012, p. 22).

Según este esquema, la OMS estima la importancia de reconocer diferentes voces en el diagnóstico y en la elaboración de propuestas para atender las conductas suicidas desde una perspectiva lo más integral posible. Entre los aspectos clave se incluyen la interpelación al estigma, la sensibilización colectiva y el compromiso a largo plazo como objetivos generales que redundan en objetivos secundarios en cualquiera de los tres niveles de atención. Además, la OMS complementa estas directrices con recomendaciones técnicas. Junto con la imprescindible mejora de los registros de casos y la evaluación de las medidas, se propone que los objetivos para mejorar la atención al suicidio deben cumplir criterios SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*), es decir, deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y adheridos a un plazo (OMS, 2012).

Este criterio no solo se vincula con otras preguntas clave presentes en una matriz estándar de evaluación de la calidad del diseño de las políticas públicas para la prevención del suicidio (Castillo Patton, 2022), sino que también refuerza los mecanismos de evaluación general de las medidas y planes en clave comunitaria. Esto se observa en ulteriores instrumentos y recomendaciones de la OMS (2019), las cuales enfatizan aún más la necesidad de impulsar iniciativas que mitiguen procesos altamente jerarquizados y dominados por criterios y perfiles técnicos. En su lugar, se propone reconocer tanto la fiabilidad como la viabilidad de procesos constituidos desde abajo hacia arriba (*bottom-up*).

Todo ello queda reflejado en la guía *Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria* (OMS, 2019; OPS y OMS, 2021), en donde se aborda de forma exhaustiva cómo proceder para conformar estrategias que contribuyan a la construcción de iniciativas dirigidas a constituir un plan comunitario para abordar el suicidio en una localidad o región. Asimismo, la OMS asegura que estas iniciativas deben ser parte de la base técnica y de legitimación de un plan nacional de prevención, en tanto que “(...) En último término, la política, la evidencia y los intereses locales influyen en la política pública y la toma de decisiones” (OPS y OMS, 2021, p. 12). Por lo tanto, esta guía complementa en gran medida el diseño estándar para la elaboración de una política pública en clave de salud pública, tal y como se propone en el documento marco *Public health action for the prevention of suicide: A framework* (OMS, 2012). En este sentido, resulta relevante atender cómo la OMS recomienda conformar planes comunitarios estructurados en diferentes fases. Además, hace énfasis en la importancia de evaluar todo proceso y práctica desde un enfoque de colaboración entre diferentes actores, preferiblemente radicados en el territorio, y no necesariamente vinculados al ámbito sanitario, aunque este último constituye un apoyo imprescindible (Figura 3).

Figura 3. Marco de desarrollo de un plan de prevención del suicidio según la OMS



Fuente: Elaboración propia a partir de OPS y OMS (2021).

El marco de desarrollo para la elaboración y seguimiento de un plan comunitario para la prevención, intervención y postvención del suicidio identifica cinco fases clave. Estas fases definen las pautas principales para consolidar un proyecto y un equipo de trabajo que surjan y se dirijan desde un mismo territorio y su tejido social. Así, según esta herramienta, es indispensable que la comunidad y sus representantes se encuentren en un espacio común para identificar qué aspectos caracterizan al suicidio en una localidad o región. Asimismo, es necesario comprender por qué este fenómeno constituye un problema en términos de amenaza y/o riesgo para el bienestar, tanto individual como colectivo, de dicha comunidad².

Adicionalmente, la OMS incide en la importancia de incluir a cargos públicos, profesionales sanitarios –sobre todo, Atención Primaria–, representantes de organizaciones religiosas y otros entornos asociativos, tales como asociaciones escolares o federaciones deportivas, entre otras, en este proceso deliberativo. Este enfoque, que parte de la recomendación de establecer un grupo motor de personas expertas de diversos ámbitos, promueve una representación y participación integral de la comunidad. Por tanto, esta particular “caja de herramientas” propuesta por la OMS resulta especialmente valiosa tanto para la conformación como para la evaluación de las medidas que institucionalicen la colaboración público-comunitaria para la atención de las conductas suicidas, considerando aspectos generales y específicos.

² Aquí se puede advertir que la OMS moviliza su definición amplia de “salud”, entendido como un constructo social en el cual “(...) La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946/2014, p. 1). Esta definición conecta con el acotamiento de “salud mental” como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad” (OMS, 2013, p. 7).

3.2. Ejemplos Prácticos y Oportunidades de la Colaboración Público-Comunitaria

El conjunto de medidas y procesos auspiciados por la OMS ofrece múltiples posibilidades para que la comunidad exprese distintas sensibilidades y realidades sociales sobre el suicidio³. Estas iniciativas pueden complementar o, en su caso, contrastar con los tradicionales abordajes sanitarios. Dicho enfoque trae así una dimensión práctica de la problematización de cómo afrontar colectivamente el suicidio, con aplicación tanto en la elaboración de planes como la posterior institucionalización de su seguimiento, fomentando así la cooperación con diferentes actores públicos, privados y del Tercer Sector.

Entre las experiencias prácticas destacables en esta dirección, con interés particular en la disciplina y profesión del Trabajo Social, se encuentra un caso de reunión comunitaria que el documento marco de la OMS (2019) esboza como ejemplo paradigmático por el cual una comunidad visibiliza que tiene un problema con el suicidio, sobre todo en perfiles jóvenes. El caso corresponde a un plan desarrollado en Kenia, donde la ONG Befrienders Kenya fomentó una conversación colectiva sobre el suicidio juvenil, dándose en un contexto de fuerte estigma, profundo tabú y baja calidad de los registros hospitalarios y estadísticas oficiales. En este primer encuentro, en el que participaron 240 personas, se incluyeron representantes de la propia comunidad juvenil, maestros/as, enfermeros/as, comerciantes y líderes religiosos, entre otros/as. Durante el debate, se abordaron problemas persistentes relacionados con la salud mental y abuso de alcohol en la comunidad, además del impacto que causaba el suicidio en los/as supervivientes. El hecho de hablar sobre este asunto, según recoge el propio informe de Befrienders Kenya (2016), permitió identificar necesidades clave, que incluían la formación de los/as profesionales sanitarios/as y *gatekeepers* de la comunidad, así como el fortalecimiento de medidas para mitigar y/o controlar la depresión. Lo relevante de este encuentro es que, además, potencia un debate público sobre el problema del suicidio y sus consecuencias sociales, que no pueden ser solo abordados desde marcos y prácticas puramente institucionales y basados en lógicas verticales (*top-down*)⁴.

A este respecto, y tomando otros ejemplos en Estados Unidos, Reino Unido y Australia, existen diferentes iniciativas que otorgan mayor relevancia y protagonismo a medidas basadas en la comunidad, entendida como actor depositario de todo proceso. En el caso estadounidense, y sobre todo a partir de los antecedentes que han dado lugar a la actual estrategia nacional de prevención del suicidio (HHS, 2024), destaca la Alianza Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio (Action Alliance, 2017). Esta alianza ha desarrollado iniciativas y documentos de buenas prácticas que se complementan con los documentos marco de la OMS, aunque con un enfoque más centrado en la colaboración público-privada que público-comunitaria. A pesar de ello, el diseño de sus intervenciones, especialmente centradas en poblaciones vulnerables como minorías étnicas, jóvenes LGBTIQ+ y veteranos de guerra, incluye recomendaciones de interés, ya que interpelan directamente a los planes y objetivos de las políticas públicas, fomentando una conexión directa y coordinación entre diferentes administraciones y espacios profesionales y ciudadanos. Un enfoque similar se encuentra en programas de prevención del suicidio en el ámbito rural norteamericano, los cuales adoptan una perspectiva basada en la comunidad como principal interlocutor de cualquier intervención, sobre todo dirigida hacia la constitución y fortalecimiento de redes de prevención que involucren a asociaciones y centros educativos (RHRC y NORC Walsh Center for Rural Health Analysis, 2022; SPRC-OUHSC, 2024).

Asimismo, y en aras de completar con otros casos prácticos e iniciativas locales, en el contexto español existen varias experiencias que se pueden aproximar a este modelo de problematización y seguimiento comunitario para la atención del suicidio, a falta de un marco europeo que consolide este enfoque⁵. Uno de los ejemplos más destacados, sobre todo en términos de consolidación, es la Comisión Interinstitucional para el abordaje de las conductas suicidas en Navarra (NAPRESUI), formalizada en julio de 2014, en el marco de la aprobación del *Protocolo de atención a las conductas suicidas en Navarra* (Gobierno de Navarra, 2014). La particularidad de NAPRESUI radica en ser el primer y principal modelo de cooperación entre instituciones y ciudadanía a nivel autonómico con una notoria permanencia en el tiempo. Por tanto, se constituye como la

³ Uno de los vacíos persistentes en el debate sobre la prevención del suicidio desde el modelo comunitario radica en la limitada sistematización empírica de su eficacia. Si bien no es objeto de este trabajo, cabe destacar que algunas revisiones recientes permiten señalar efectos relevantes. Hanlon et al. (2022) evidencian que las intervenciones (co)creadas con actores locales, cuando promueven agencia comunitaria sostenida, contribuyen a mitigar la ideación suicida y el aislamiento social. Linskens et al. (2023), por su parte, destacan que los programas multiestratégicos basados en la reducción del acceso a medios letales, las políticas organizacionales, *screening* comunitario e intervenciones educativas o de sensibilización, presentan mayor impacto que aquellos centrados en la atención individual. Sin embargo, la literatura empírica sobre estos programas revela que persisten tensiones en los marcos evaluativos predominantes, donde la lógica técnico-administrativa tiende a invisibilizar los procesos sociales implicados y sus formas de apropiación colectiva.

⁴ Cabe tener presente que en Kenia el suicidio está tipificado como un delito menor según la sección 226 del Código Penal keniano, con penas de cárcel de hasta dos años para quienes intenten quitarse la vida. Esto, en el contexto de la citada experiencia, representa un elemento adverso a pesar de recientes esfuerzos en desarrollar una política pública en Kenia para la prevención del suicidio, tal y como se destaca en su estrategia nacional para 2021-2026 (Ministry of Health, 2021). Sin embargo, esto da cuenta de cómo la colaboración público-comunitaria puede resultar clave en el impulso de cambios en los que, por ejemplo, la propia legislación y administración de justicia de un país se presentan como barrera para una prevención efectiva del suicidio.

⁵ La Unión Europea provee de un marco común que interpela a la mejora y protección a la salud, pero predominantemente desde un enfoque de la seguridad, sobre todo desde un punto de vista epidemiológico (Flear, 2015). A este respecto, aunque se den iniciativas como EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide) entre 2010-2014, o proyectos vinculados a iniciativas independientes como European Alliance Against Depression (EAAD), no hay propuestas en firme que sustenten un enfoque europeo basado en la comunidad para la prevención del suicidio. En todo caso, la iniciativa de EUREGENAS sería el mejor ejemplo de colaboración entre administraciones y centros de investigación, con una interpelación directa a grupos de supervivientes y centros educativos, además de una fuerte apuesta por el desarrollo de tecnologías digitales basadas en criterios éticos y de responsabilidad social.

principal dimensión competencial en materia de planificación e intervención (socio)sanitaria en España, dado que la delegación administrativa en esta área está contemplada en la Constitución Española de 1978 y los diferentes Estatutos de Autonomía. En Navarra, esto se consagra a través de la aprobación de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra (LORAFNA) el 10 de agosto de 1982.

Los estatutos que rigen la actividad de NAPRESUI especifican que sus funciones se centran en “la elaboración de protocolos y la propuesta ante las respectivas instituciones de las acciones a llevar a cabo en la prevención y actuación ante conductas suicidas” (Gobierno de Navarra, 2014, p. 111), así como en la realización de las tareas de seguimiento y la evaluación de las acciones llevadas a cabo. Originalmente, NAPRESUI estaba compuesta por diez representantes, destacando la asociación regional de supervivientes Besarkada/ Abrazo, el Colegio de Periodistas de Navarra y la representante local del Teléfono de la Esperanza, junto con representantes de diferentes departamentos del Gobierno Foral y otras administraciones. En la actualidad, tras ampliaciones aprobadas en 2021 y 2023, NAPRESUI cuenta con 19 participantes regulares, entre los que se han sumado representantes Federación de Municipios y Concejos de Navarra, activistas, miembros de asociaciones de pacientes y representantes de profesionales de Atención Primaria, y otros cuerpos de policía. Esta ampliación no sólo ha favorecido una visibilización de los diferentes actores que se pueden (y deben) involucrar en la atención al suicidio, sino que también ha promovido un enfoque que acoge y respeta diferentes voces provenientes de la comunidad. Sin embargo, dado que el funcionamiento de la comisión se restringe al ámbito institucional, bajo la coordinación del Departamento de Salud de Navarra, los informes que detallan los resultados del proceso de toma de decisiones, así como el seguimiento y evaluación de las medidas implementadas, son de difícil acceso. Esto, sumado a la ausencia de representantes oficiales del área del Trabajo Social, evidencia mejoras necesarias en la composición y funcionamiento de NAPRESUI como un espacio más abierto y transparente, sin la susceptibilidad de evitar una rendición de cuentas extra-institucional. A pesar de ello, el modelo navarro es uno de los ejemplos más vivos y con más experiencia en el ámbito español, siendo posiblemente el espacio con más proximidad a un enfoque comunitario en el nivel autonómico. Sin embargo, su punto de partida es la colaboración interinstitucional e interdepartamental, tal y como se autodefine.

En cuanto al nivel local, existen otras iniciativas en curso en España, tales como la Mesa de Salud Mental de Barcelona. Esta experiencia, entrelazada tanto al Plan de Choque en Salud Mental 2020 como a la Estrategia de Prevención del Suicidio de Barcelona, los sucesivos Planes de Salud Mental de Barcelona (2016-2022, 2023-2030) y el programa Barcelona Cuida, cuenta con un total de 40 representantes con derecho a participación en dicho espacio, si bien se distingue un grupo motor más reducido, de 13 representantes, para la atención del suicidio (Ayuntamiento de Barcelona, 2023). No obstante, los objetivos y enfoque comunitario se encuentran desdibujados dada la complejidad de esta Mesa. A pesar de ello, esta experiencia resulta prometedora, dado que incorpora visiones sobre la vulnerabilidad y la necesidad de implicar a la comunidad en la prevención del suicidio, un gran asunto pendiente en la elaboración de políticas públicas en el contexto español y, sobre todo, la implementación de un código de buenas prácticas común junto con una cultura de la evaluación y la rendición de cuentas.

4. Reflexiones Finales

En la actualidad, la prevención, intervención y postvención del suicidio en España se encuentran principalmente dominados por un enfoque biomédico que prioriza abordajes hospitalocéntricos e inscritos en el circuito sanitario (García-Haro et al., 2023). Esto se advierte en el conjunto de estrategias, planes y programas que comprenden el asimétrico y fragmentado campo de elaboración y diseño de políticas públicas para el abordaje del suicidio en el país (Navarro, 2020; Castillo Patton, 2022). Si bien la actual Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) y el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio (2025-2027) avanzan en sentar unas bases para una mejor y mayor coordinación en los objetivos y medidas a nivel autonómico, aún son escasas las referencias a un enfoque comunitario, el cual se aborda generalmente de manera residual bajo fórmulas que promueven una ligera apertura a la participación de colectivos vulnerables y ciudadanía en general. Este reclamo, visibilizado en diversos informes técnicos, sigue siendo parcial e insuficiente si se busca adoptar las recomendaciones de la OMS o adaptar otras experiencias e iniciativas basadas en la comunidad, sin incurrir en tuteladas o codirecciones que desvirtúen el sentido y propósitos de dicho enfoque.

A lo largo de este análisis, se ha tratado de visibilizar, por un lado, los antecedentes teóricos y prácticos que legitiman un enfoque comunitario y/o de colaboración público-comunitaria para la atención de las conductas suicidas. Por otro lado, en la discusión acerca de los documentos marco, se han expuesto los elementos clave que definen en qué consiste este enfoque y su adopción, en definitiva, como un modelo de gestión y (co)gobernanza que promueve una democratización de las medidas contra el suicidio, así como del proceso de elaboración de políticas públicas y su ulterior seguimiento. Esta visión, ampliamente difundida por diferentes divisiones de las Naciones Unidas y proyectos centrados en el desarrollo de iniciativas más participativas y sostenibles, conecta asimismo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, desde el 3.4.2, que establece la necesidad de una reducción de las muertes por suicidio dentro de las metas de salud y bienestar, hasta los objetivos 16.6 y 16.7, que vindican, respectivamente, instituciones eficaces y transparentes además de una mayor participación ciudadana para promover metas para la paz, justicia e instituciones más sólidas. Asimismo, destacaría bajo la promoción de este enfoque comunitario la meta 17, que interpela a tejer alianzas para lograr objetivos comunes, en este caso tanto la reducción del suicidio como una mayor participación de la ciudadanía y afectados/as en asuntos de interés público.

El modelo comunitario propuesto por la OMS se presenta como una estrategia integral necesaria para abordar esta crisis como un problema social con impacto comunitario. Por ello, la atención al suicidio debe trascender los enfoques médicos tradicionales y adoptarse como un reto colectivo en el que la comunidad y sus actores, como las asociaciones de supervivientes, medios de comunicación, y líderes comunitarios, desempeñan roles clave en la creación de entornos de apoyo, solidaridad y conciencia colectiva. Este modelo de colaboración pública-comunitaria resalta la importancia de no solo identificar los factores de riesgo, sino también de integrar a la comunidad en los procesos de diagnóstico y en la construcción de soluciones, permitiendo que las políticas públicas se adhieran y adapten a las realidades locales y las necesidades específicas de las comunidades involucradas.

Para ello, uno de los elementos más relevantes de este enfoque es la insistencia en la integración de las fases de prevención, intervención y postvención del suicidio. Si bien la atención en emergencias y el apoyo a los/as supervivientes se constituyen como esenciales para el abordaje las conductas suicidas, la prevención debe entenderse como un compromiso a largo plazo que involucra la educación, sensibilización y reducción del estigma. En este marco, la literatura ha demostrado que la implementación de medidas preventivas debe ser proactiva y, por ende, la participación ciudadana y el empoderamiento de las comunidades deben coexistir para garantizar la eficacia de las políticas. En este sentido, la creación de marcos normativos nacionales que aborden estas recomendaciones es imperativa, pero su éxito dependerá de la capacidad de los gobiernos para articular alianzas entre sistemas, recursos e instituciones sociales y sanitarias, fomentando una cultura de colaboración y rendición de cuentas en todos los niveles de la intervención pública. Aquí, modelos como el de Navarra, además de las experiencias en Estados Unidos o en otros países con diferentes culturas y legislaciones, muestran la importancia de la cooperación interinstitucional, pero también subrayan la necesidad de incorporar voces diversas y garantizar que las políticas públicas sean evaluadas de manera continua y que estén ajustadas a las necesidades cambiantes de la ciudadanía.

En este contexto, la falta de integración de los diferentes niveles de atención sanitaria universal, selectiva e indicada sigue siendo uno de los desafíos más significativos en la respuesta a las conductas suicidas. La fragmentación de los servicios y la escasa coordinación entre actores públicos, privados y del Tercer Sector obstaculizan la creación de un sistema de apoyo integral. Por ello, la propuesta de la OMS de un enfoque interseccional y colaborativo se erige como un modelo que debe ser adaptado y adoptado de manera urgente, tanto en el ámbito nacional como en el comunitario, para garantizar que todas las personas, sin distinción de su contexto socioeconómico o geográfico, tengan acceso a una atención adecuada frente a la problematización del suicidio.

Por último, dentro del enfoque y recomendaciones comunitarias no cabe duda de lo clave que resulta el papel que pueden desempeñar las profesionales del Trabajo Social como acompañantes y/o (co)gestores en estos procesos, dada la capacidad y los conocimientos previos adecuados para contribuir a una conversación colectiva y ordenada en torno a un problema de carácter intersticial, entre lo social y lo sanitario, es decir, entre lo que atañe a la comunidad y lo que concierne a las instituciones. Consecuentemente, en este respecto, el Trabajo Social no sólo contribuye al diagnóstico y mapeo de problemáticas sociales, sino que también desempeña un rol en la promoción de la participación ciudadana en la identificación de sus propias necesidades y decisiones; el empoderamiento de las comunidades para el desarrollo de sus propias capacidades; la creación de espacios seguros de diálogo y apoyo comunitario; y el establecimiento de alianzas con profesionales, líderes y organizaciones e instituciones para desarrollar estrategias de prevención más efectivas. Así, el Trabajo Social, actuando como puente entre lo social y lo sanitario, se configura como un catalizador para un modelo comunitario en la atención a las conductas suicidas, garantizando que todas las voces sean escuchadas y que las políticas públicas puedan adaptarse al sentir de la colectividad.

5. Referencias Bibliográficas

- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2024). Editorial for special issue on understanding and prevention of suicidal behavior: Humanizing care and integrating social determinants. *Psicothema*, 36(4), 309-318. <https://doi.org/10.7334/psicothema2024.341>
- American Psychiatric Association [APA] (2010). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*. Recuperado de <https://psychiatryonline.org>
- Andrés, R. (2021). *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Acantilado.
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention?. *Crisis*, 30, 43-47. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
- Ayuntamiento de Barcelona (2023). *II Plan de Salud Mental de Barcelona 2023-2030*. Departamento de Salud Mental del Ayuntamiento de Barcelona.
- Befrienders Kenya (2016). *Breaking the Silence*. Africa Mental Health Foundation.
- Bernaldo de Quirós, C. (1904). *Alrededor del delito y la pena*. Viuda de Rodríguez Serra.
- 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>
- Cannon, I.M. (1913). *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*. Russell Sage Foundation.
- Castillo Patton, A.E. (2022). Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 28, 6-26. <https://doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>
- Castillo Patton, A.E. (2023). Imágenes de la postvención del suicidio en España: metáforas, símbolos y discursos terapéuticos en las asociaciones de supervivientes. *Revista Española de Sociología*, 32 (4), a194, 1-17. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2023.194>

- Castillo Patton, A.E. (2024). La problematización histórica del suicidio en España (ss. XIX-XXI): de la significación moral a la sensibilización cívica. *Studia Humanitatis Journal (SHJ)*, 4(2), 63-91. <https://doi.org/10.53701/shj.v4i2.136>
- Cavan, R.S. (1928). *Suicide*. University of Chicago Press.
- del Pino, E. y Rubio, M.J. (2024). *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Tecnos.
- Durkheim, É. (1897/2015). *El suicidio. Estudio de Sociología*. Akal.
- Flear, M.L. (2015). *Governing Public Health: EU Law, Regulation and Biopolitics*. Hart Publishing.
- García-Haro, J.M., García-Pascual, H., Blanco de Tena, E., Aranguren, P., Martínez, M., Barrio-Martínez, S. y Sánchez, M.T. (2023). Suicidio más allá del diagnóstico: Un enfoque centrado en la persona y su circunstancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(144), 47-71. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352023000200003>
- García-Haro, J.M., García-Pascual, H., González, M., Sánchez, M.T. y Barrio-Martínez, S. (2020). Abordaje y prevención del comportamiento suicida en el sistema sanitario español: enfoque, límites y riesgos. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 17(1), 56-81.
- Giarelli, G. y Saks, M. (2024). *National Health Services of Western Europe. Challenges, reforms and future perspectives*. Routledge.
- Gobierno de Navarra (2014). *Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas*. Gobierno de Navarra.
- Gostin, L.O. (2010). *Public Health Law and Ethics: A Reader*. University of California Press.
- Hanlon, C.A., McIlroy, D., Poole, H., Chopra, J. y Saini, P. (2022). Evaluating the role and effectiveness of co-produced community-based mental health interventions that aim to reduce suicide among adults: A systematic review. *Health Expectations*, 26, 64-86. <https://doi.org/10.1111/hex.13661>
- Joe, S. y Niedermeier, D. (2008). Preventing Suicide: A Neglected Social Work Research Agenda. *The British Journal of Social Work*, 38(3), 507-530. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl353>
- Joiner, T.E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press.
- Jordan, J.R. (2017). Postvention is prevention. The case for suicide postvention. *Death Studies*, 41(10), 614-621. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>
- Linskens, E.J., Venables, N.C., Gustavson, A.M., Sayer, N.A., Murdoch, M., MacDonald, R., Ullman, K.E., McKenzie, L.G., Wilt, T.J. y Sultan, S. (2023). Population- and Community Based Interventions to Prevent Suicide. *Crisis*, 44, 330-340. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000873>
- Marsh, I. (2010). *Suicide: Foucault, History and Truth*. Cambridge University Press.
- Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de Salud Pública 2022: Mejorando la salud y el bienestar de la población*. Ministerio de Sanidad. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/saludPublica/home.htm>
- Ministry of Health (2021). *Suicide Prevention Strategy 2021-2026. National Strategy for implementation by all stakeholders to prevent suicide and promote mental wellbeing*. Ministry of Health. Recuperado de <http://guidelines.health.go.ke/#/category/5/344/meta>
- National Action Alliance for Suicide Prevention [Action Alliance] (2017). *Transforming communities: Key elements for the implementation of comprehensive community-based suicide prevention*. Recuperado de <https://theactionalliance.org/resource/transforming-communities-key-elements-implementation-comprehensive-community-based-suicide>
- Navarro, N. (2020). El abordaje del suicidio: revisión de las estrategias autonómicas para su intervención. *Revista Española de Salud Pública*, (94), 1-8. Recuperado de <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/respl/article/view/755>
- O'Connor, R.C. y Kirtley, O.J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 1-10. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Oaten, A., Jordan, A., Chandler, A. y Marzetti, H. (2023). Suicide prevention as biopolitical surveillance: A critical analysis of UK suicide prevention policies. *Critical Social Policy*, 43(4), 654-675. <https://doi.org/10.1177/02610183221142544>
- Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados [Oficina C] (2024). *Informe C. Prevención activa del suicidio*. Congreso de los Diputados. <https://doi.org/10.57952/sy3a-8f56>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1946/2014). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. United Nations University Press.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1969). *Preventing suicide*. WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *Preventing suicide. A community engagement toolkit*. WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021a). *Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates*. WHO Press.

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021b). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*. WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] y International Association of Suicide Prevention [IASP] (2008). *Prevención del suicidio: ¿cómo establecer un grupo de supervivientes?*. WHO Press.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). *Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria*. WHO Press.
- Orgaz, C.S. y Amezaga, A. (2018). Cien años de suicidios en España: análisis de la construcción del dato estadístico. En I. González, A. Serrano (eds.), *Anomía, cohesión social y moralidad: cien años de tradición durkheimiana en Criminología*, (pp. 55-79). Dykinson.
- Pérez, J.C. (2011). *La mirada del suicida. El enigma y el estigma*. Plaza y Valdés.
- Pirkis, J., Gunnell, D., Hawton, K., Hetrick, S., Niederkrotenthaler, T., Sinyor, M., Yip, P.S.F. y Robinson, J. (2023). A Public Health, Whole-of-Government Approach to National Suicide Prevention Strategies. *Crisis*, 44(2), 85-92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000902>
- Prades-Caballero, V., Navarro-Pérez, J.J. y Carbonell, Á. (2024a): "La prevención, intervención y postvención de la conducta suicida: Una mirada desde el Trabajo Social", *Cuadernos de Trabajo Social*, 37 (1), 127-146. <https://doi.org/10.5209/cuts.92021>
- Ruth, B.J., Gianino, M., Muroff, J., McLaughlin, D. y 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>
- Salicrú, C. (1924). *Análisis del suicidio. Monografía sobre el suicidio, sus causas y remedios*. Eugenio Subirana.
- Shneidman, E. (1995). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Jason Aronson.
- Suicide Prevention Resource Center at the University of Oklahoma Health Sciences Center [SPRC-OUHSC] (2024). *Recommendations for Local Suicide Prevention Infrastructure*. Recuperado de <https://sprc.org/online-library/local-infrastructure/>
- U.S. Department of Health and Human Services [HHS] (2024). *National Strategy for Suicide Prevention*. Recuperado de <https://www.hhs.gov/programs/prevention-and-wellness/mental-health-substance-abuse/national-strategy-suicide-prevention/index.html>
- University of Minnesota Rural Health Research Center [RHRC] y NORC Walsh Center for Rural Health Analysis (2022). *Rural Suicide Prevention Toolkit*. Recuperado de <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/suicide>
- Velasco, M.M. y Pujal i Llombart, M. (2010). Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Revista de Psicoterapia*, 21(84), 57-71. <https://doi.org/10.33898/rdp.v21i84.611>