

INFORME EJECUTIVO

INVESTIGACIÓN SUICIDIO Y MUJER EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

Análisis de las condiciones psicosociales que influyen sobre el riesgo de suicidio de las mujeres en situación de Protección Internacional y supervivientes de Trata

FINANCIADO POR



© Diaconía España, 2024.

Proyecto Zoé

Coordinador

Esteban Buch Sánchez.

Coordinación del proyecto:

Cristina Yebra Gómez

Equipo de investigación:

Vilma Hidalgo López, Jagger R. Álvarez Cruz y Cristina Yebra Gómez

Equipo de expertos:

Esteban Buch Sánchez, Cristina D'Avolio, Concepción Gómez, Stefania Iannice, Sonia Mariscal, Pedro Martín-Barrajón, Oscar Olías, María Cristina Puigdemgolas, María Rópero, Ainhoa Torres y Cristina Yebra.

Diseño gráfico y maquetación:

Shative Digital Agency
www.shative.com

Edición:

Manuscrito completado en agosto de 2024.

Este documento está disponible en internet en:

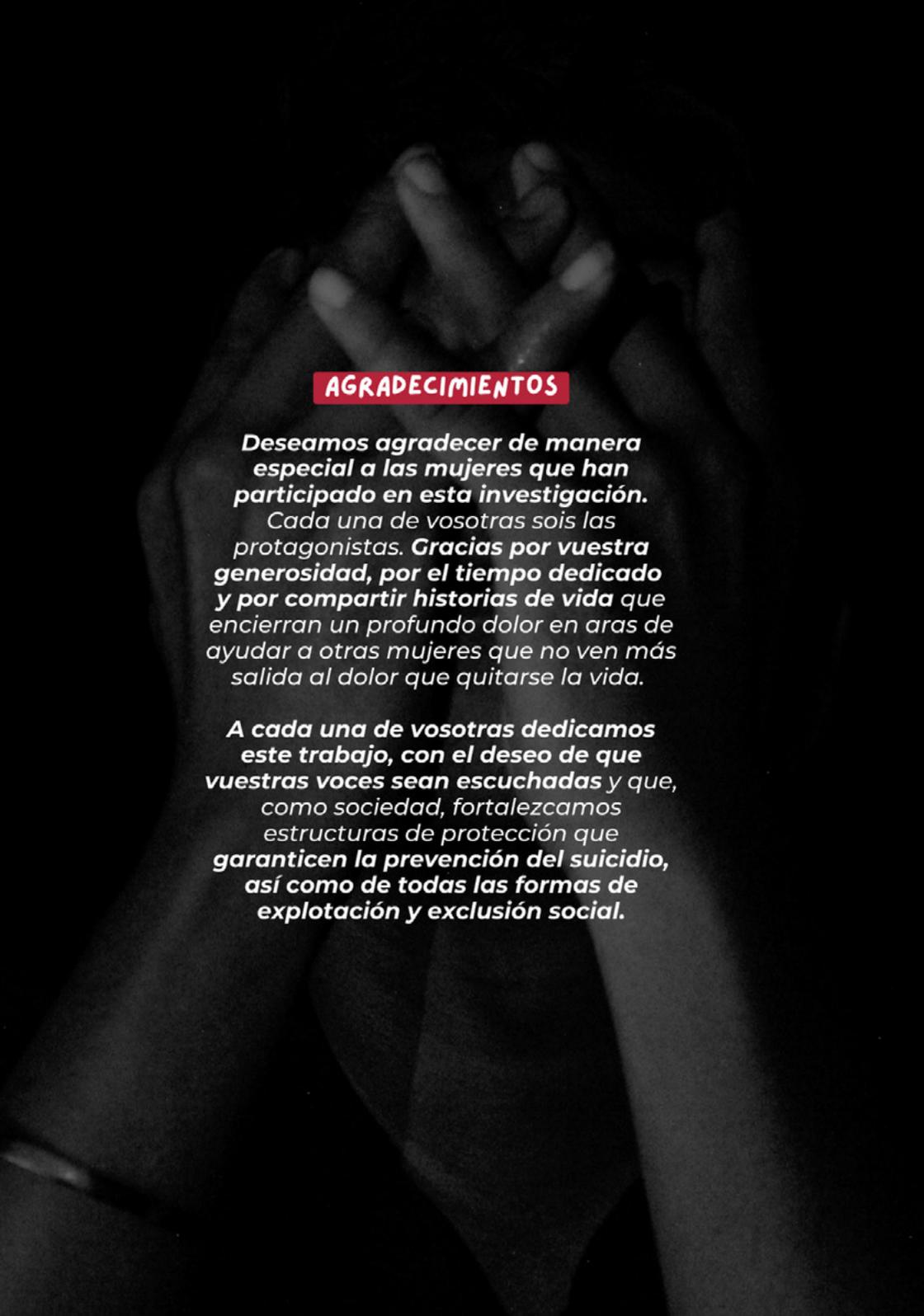
www.diaconia.es

Financiado por:

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción	pág. 5
2. Apuntes teóricos	pág. 7
3. Metodología	pág. 8
4. Resultados	pág. 10
➔ 4.1. Características sociodemográficas de la muestra	pág. 11
➔ 4.2. Factores de riesgo de suicidio en mujeres sobrevivientes de trata. Principales hallazgos	pág. 12
• Comportamiento del riesgo de suicidio	
• Factores de Riesgo	
• Factores de Protección	
➔ 4.3. Riesgo de suicidio en mujeres solicitantes de Protección Internacional	pág. 19
• Factores de Riesgo	
• Factores de Protección	
5. Recomendaciones	pág. 24
➔ 5.1. Recomendaciones a las Políticas Sociales	pág. 24
• Ámbito de la Salud Pública	
• Ámbito de las migraciones	
• Ámbito de la educación	
• Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado	
• Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana	
➔ 5.2. Recomendaciones dirigidas a Entidades Sociales	pág. 27
➔ 5.3. Estrategias de intervención	pág. 29



AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer de manera especial a las mujeres que han participado en esta investigación.

Cada una de vosotras sois las protagonistas. Gracias por vuestra generosidad, por el tiempo dedicado y por compartir historias de vida que encierran un profundo dolor en aras de ayudar a otras mujeres que no ven más salida al dolor que quitarse la vida.

A cada una de vosotras dedicamos este trabajo, con el deseo de que vuestras voces sean escuchadas y que, como sociedad, fortalezcamos estructuras de protección que garanticen la prevención del suicidio, así como de todas las formas de explotación y exclusión social.

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema grave de salud pública con consecuencias sociales, emocionales y económicas de altísimo impacto. La OMS (2023) calcula que **cada año más de 800 000 personas en el mundo se quitan la vida** lo que equivale a **un suicidio consumado por cada 40 segundos**. España no se encuentra ajena a este panorama. Desde el 2008, el suicidio ha sido un problema en crecimiento, pasando a ser la **principal causa de muerte externa**.

La experiencia suicida no es privativa de un colectivo, contexto, o condición social en particular. Sin embargo, las evidencias reconocen que existe una expresión e incidencia diferenciada sobre **determinados grupos que acumulan mayores factores de riesgo a lo largo de vida**, o que destacan por la prevalencia de este fenómeno en los registros epidemiológicos.

Las personas que se quitan la vida representan un **grupo heterogéneo, con influencias causales complejas y multifactoriales**, que también se encuentran atravesadas por determinantes sociales como el **género, situaciones de pobreza, de exclusión y vulnerabilidad social**. Por su parte la OMS (2011) señala el potencial de riesgo de suicidio que implican **situaciones de crisis de alto impacto** que merman la capacidad de afrontamiento de las personas. Destacan rupturas de relaciones, dolores, enfermedades crónicas, vivir conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos; así como el aislamiento social. Sin embargo, hasta la fecha, las investigaciones sobre la relación entre riesgo de suicidio y estas condiciones sociales de riesgo han sido muy limitadas.

Por lo anterior, **el presente estudio tiene la finalidad de analizar las condiciones psicosociales que influyen sobre el riesgo de suicidio en mujeres en situación de vulnerabilidad social desde una perspectiva transversal de género e interseccional, específicamente para mujeres supervivientes de trata de seres humanos y mujeres solicitantes de Protección Internacional**. La selección de estos perfiles responde a la elevada exposición a condiciones de riesgo sobre la salud mental y el bienestar que potencialmente pueden actuar como factores predisponentes de una experiencia suicida.

Por lo general, estas experiencias implican una alta exposición a múltiples y simultáneas formas de violencias, privaciones y situaciones altamente tensionantes, con graves implicaciones sobre la salud física y mental. Estas dinámicas específicas de riesgo no están reflejadas adecuadamente en los estudios sobre suicidio. Con ello, se genera un **desfase entre las estrategias de prevención y las realidades complejas que enfrentan**, tras la exposición a acontecimientos con alto potencial traumático.

Ante las limitadas evidencias sobre estas realidades, se llevó a cabo una **investigación que tiene como objetivo general describir condiciones psicosociales asociadas al riesgo de suicidio en mujeres supervivientes de trata con fines de explotación sexual o laboral y mujeres solicitantes de Protección Internacional**, a partir de la relación entre factores de riesgo y factores de protección específicas para cada perfil.

2. APUNTES TEÓRICOS

El marco teórico-conceptual se apoya en los planteamientos del **enfoque AVEO¹** (Katzman, R., 2021) para comprender las **dinámicas propias de la vulnerabilidad social que influyen sobre el riesgo de suicidio**. Se sustenta, además del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, acuñado por la OMS, como referente teórico que reconoce que los problemas de salud mental, incluyendo el riesgo y la conducta suicida, se encuentran **condicionados por los entornos socioeconómicos y físicos de las personas**.

Desde este enfoque, **el riesgo de suicidio se analiza desde una perspectiva holística e interseccional**, entendido como un proceso individual, interconectado a sistemas sociales más amplios a nivel de estructuras (familiares, comunitarias, laborales, educativas, religiosas) y supraestructuras (económicas, sociales, políticas, culturales). En este marco, **el suicidio cobra una expresión específica de acuerdo con elementos individuales**, como son la edad, el sexo, el género, la presencia/ausencia de acontecimientos vitales de impacto y las elaboraciones subjetivas atribuidas a los hechos (Imelda, G, 2005).

La pertinencia de asumir este modelo radica en la **valoración de los múltiples sistemas de influencia individuales, familias, comunitarias y sociales que intervienen** sobre el riesgo de suicidio, particularizando en los determinantes sociales que son **transversales al fenómeno de la trata y al proceso de Protección Internacional**.

[...]LOS PROBLEMAS DE **SALUD MENTAL**,
INCLUYENDO EL RIESGO Y LA CONDUCTA
SUICIDA, SE ENCUENTRAN **CONDICIONADOS**
POR LOS **ENTORNOS SOCIOECONÓMICOS Y**
FÍSICOS DE LAS PERSONAS.

¹ Por sus siglas: Activos, Vulnerabilidad, Estructura y Oportunidades

3. METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL:

Describir **condiciones biopsicosociales asociadas al riesgo de la experiencia de suicidio** en mujeres supervivientes de trata y explotación sexual/laboral y mujeres solicitantes de protección internacional **desde un enfoque de género e interseccionalidad**.

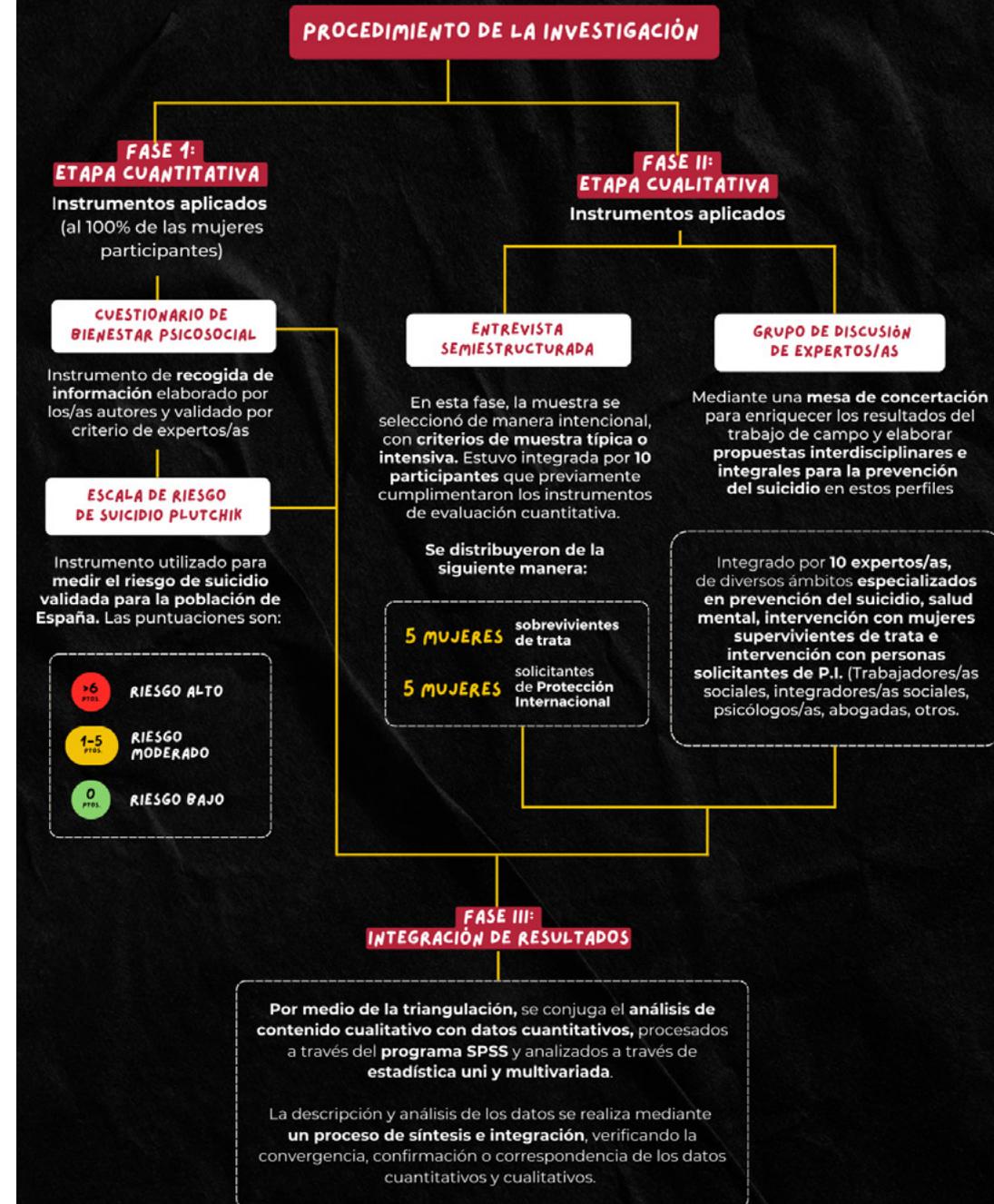
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 **Describir factores de riesgo de suicidio** en mujeres supervivientes de trata y explotación sexual/laboral y mujeres solicitantes de protección internacional.
- 2 **Describir factores de protección** en mujeres supervivientes de trata y explotación sexual/laboral y mujeres solicitantes de protección internacional.
- 3 **Aportar recomendaciones para la prevención del suicidio a sectores claves** que intervienen en trabajo con mujeres supervivientes de trata y explotación sexual/laboral y mujeres solicitantes de protección internacional.

DISEÑO DEL ESTUDIO Y PROCEDIMIENTO:

La investigación se apoya en un **diseño transversal mixto** (cuali-cuantitativo), “descriptivo secuencial”, de **dos etapas por derivación**. Con este modelo, dentro del mismo proceso de investigación **se aplica primero un enfoque (cuantitativo) y luego otra etapa (cualitativa)** el cual se construye a través del análisis de los resultados de la etapa precedente. La muestra se selecciona de manera no probabilística por criterios de accesibilidad a través de los recursos especializados de Diaconía.

La muestra estuvo integrada por **75 mujeres solicitantes de Protección Internacional y supervivientes de trata con fines de explotación sexual o laboral**. Se seleccionó de manera probabilística, por criterios de accesibilidad, siendo el **100% de las participantes, usuarias de los recursos de Diaconía**.



4. RESULTADOS

Los resultados se muestran siguiendo el orden de los objetivos de la investigación. En el primer apartado se refleja una **caracterización sociodemográfica** de la muestra. Seguidamente aparece un **análisis de los factores de riesgo y de protección de suicidio específicos** para las mujeres supervivientes de trata y para las mujeres solicitantes de Protección Internacional³. Se concluye con un apartado específico para **recomendaciones y propuestas de estrategias de prevención del suicidio**.

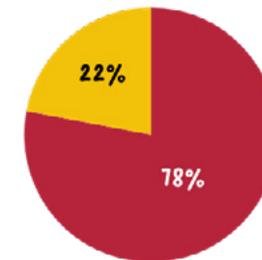
En este apartado, hacemos referencia a los siguientes términos:

- **Riesgo de experiencia suicida:** Probabilidad de que una persona transite por una **experiencia vital asociada al suicidio** en términos de **pensamientos, planificación o intento**, que puede **variar en su expresión o grado de intensidad** por la relación entre factores de riesgo y factores de protección.
- **Factores de protección:** Conjunto de **condiciones biopsicosociales que facilitan el logro de la salud integral** de la persona y proveen protección contra la conducta suicida. Estos factores son sumativos y acumulativos, por lo que cuantos más factores de protección coexistan en una misma persona, menor será la probabilidad de vivenciar dicha experiencia en algún momento de la vida.
- **Factores de riesgo:** Conjunto de **condiciones biopsicosociales que pueden influir aumentando la probabilidad de que una persona viva una experiencia suicida**. Estos factores son sumativos y acumulativos, por lo que cuantos más factores de riesgo coexistan en una misma persona, mayor será la probabilidad de vivenciar dicha experiencia en algún momento de su vida.

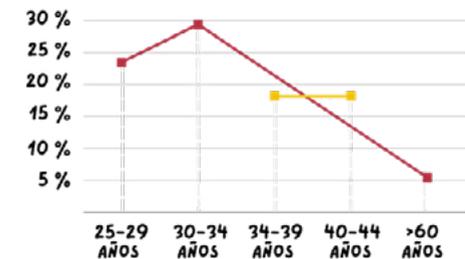
³ Siempre que se haga alusión en el texto a “diferencia significativa” alude a una relación entre estadísticamente significativa entre variables, con un nivel de significación (p) menor que 0.01 ó 0.05.

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMGRÁFICAS DE LA MUESTRA

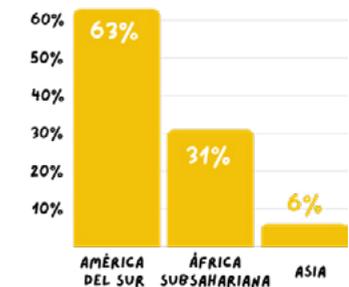
TOTAL DE MUJERES:



CON RESPECTO A LA EDAD:



■ Supervivientes de Trata ■ Solicitantes de P. I.



4.2. FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN MUJERES SUPERVIVIENTES DE TRATA

4.2.1. PRINCIPALES HALLAZGOS

La muestra integrada por mujeres supervivientes de trata se caracteriza, además por concentrar situaciones **confines de explotación sexual (90%) y en menor medida laboral (10%)**.

El 75% de las mujeres presentaron un riesgo mayor o igual a 6 puntos según los resultados de la Escala Plutchik; mientras que el **25% presenta un riesgo entre 1 y 5. No se identificaron casos con riesgo =0.**

Este hallazgo indica una **alta prevalencia de riesgo de suicidio** en la muestra estudiada que se corrobora con un análisis más detallado del comportamiento de los ítems de la Escala:

4.2.2. FACTORES DE RIESGO

EL 100% DE LAS MUJERES SUPERVIVIENTES DE TRATA HAN TENIDO IDEACIÓN SUICIDA, EL 75% HA EXPRESADO INTENCIONES SUICIDAS, MIENTRAS QUE EL MISMO PORCENTAJE HA INTENTADO SUICIDARSE, AL MENOS UNA VEZ.

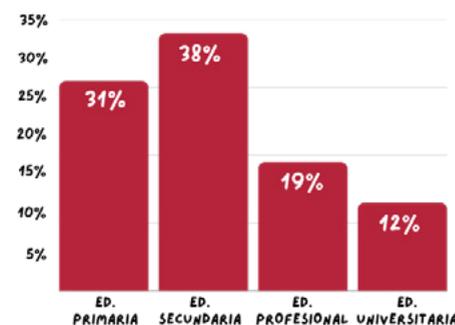
→ ATRIBUIBLES A FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

En la investigación, se encontró que las mujeres con **puntuaciones de riesgo igual o mayor a 6** integraron el siguiente perfil. Predominio de **edades comprendidas entre 25-29 y 35-39 años.**

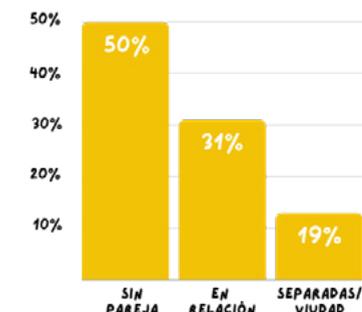
Respecto a la región de procedencia, es válido aclarar que **la migración, por sí sola no es un factor de riesgo de suicidio, como tampoco es una condición de vulnerabilidad social per se.** No obstante, **la confluencia de elementos** de género, del propio proceso migratorio; así como

la experiencia de la situación de trata y explotación sexual o laboral, **imprimen una complejidad añadida que refuerza el riesgo y la vulnerabilidad de suicidio.**

EDUCACIÓN:



SITUACIÓN SENTIMENTAL:



→ ATRIBUIBLES A LOS MOTIVOS DE SALIDA DEL PAÍS DE ORIGEN Y A VULNERABILIDADES IDENTIFICADAS DURANTE EL TRAYECTO

Las participantes describen la salida del país como estrategia para escapar de situaciones de pobreza y en algunos casos de violencia por parte de la pareja, o dentro del núcleo familiar.

En este último aspecto, para algunos casos entrevistadas (4 mujeres de 6), **se identificó la presencia de espirales de violencias recurrentes**, que inician en edades tempranas de los cuales las mujeres logran escapar, pero con **reincidencias en diferentes etapas de la vida: abusos físicos, emocionales, sexuales.** Ello sugiere la **presencia de eventos potencialmente traumáticos que se acumulan y a su vez, laceran los mecanismos de afrontamiento** para dar respuestas efectivas ante estas situaciones de abuso.

Por otro lado, el análisis del contenido de las narrativas permitió identificar un **ciclo de violencia más amplio, que trasciende a la familia o pareja como unidad**, e involucra otras condicionantes culturales, determinadas por el contexto al que pertenecen, así como a cuotas de permisividad, naturalización social e institucional de la violencia. **No siempre la relación entre el proyecto migratorio y la situación**

de explotación es directa. Sin embargo, los resultados expuestos en el cuestionario, así como las historias narradas por las participantes, sugieren la **presencia de condiciones de vulnerabilidad psicosocial previas a la situación de trata**, que van configurando dinámicas de riesgo. En estos casos, la trata es **resultante de complejos escenarios de pobreza, precariedad y exposición a violencias** múltiples desencadenadas en el país de origen, durante el tránsito, o una vez que arriban al país de acogida.

Por ejemplo, una participante plantea:

“Yo estaba viviendo en una habitación, durmiendo en el suelo con mi niño porque la cama se nos había dañado, pensando al otro día que no tenía pal desayuno. Ver a mi muchacho así, me daba duro. Yo estaba tan aburrída de todo eso que tenía muy malos pensamientos. Yo en Colombia he intentado mucho matarme, pero no lo he hecho por mis hijos, porque digo van a sufrir. Siempre que voy a hacer algo malo, Dios me pone un obstáculo, yo no sé lo que quiere Dios conmigo porque ¡tantas veces que lo he intentado! y no he podido!”

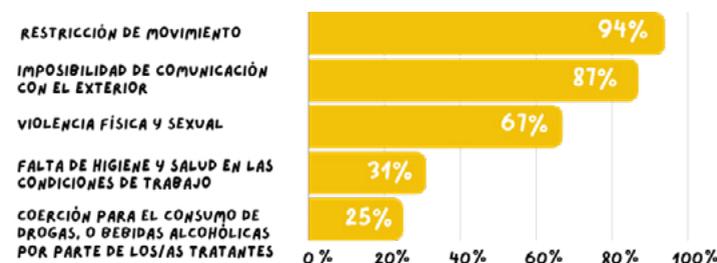
Si bien es baja la frecuencia de respuestas afirmativas que refieren haber experimentado **vulnerabilidades durante el trayecto migratorio**, un **25% de mujeres refieren haber experimentado situaciones de violencia y acoso; seguidas de roturas en el transporte (13%); accidentes durante el viaje (13%); robos y asaltos (13%); actos violentos (13%); haber sido testigo muerte de acompañante/s (13%).**

Cada una de estas situaciones vividas, con mayor o menor intensidad, ponen en evidencia la elevada exposición de las mujeres, principalmente de las **provenientes de África Subsahariana, a múltiples y simultáneos acontecimientos traumáticos durante el trayecto** que atentan contra su integridad, dignidad, libertad, con los consecuentes efectos y huellas que generan sobre la salud mental, las cuales se reflejan en el siguiente fragmento de una de las entrevistadas:

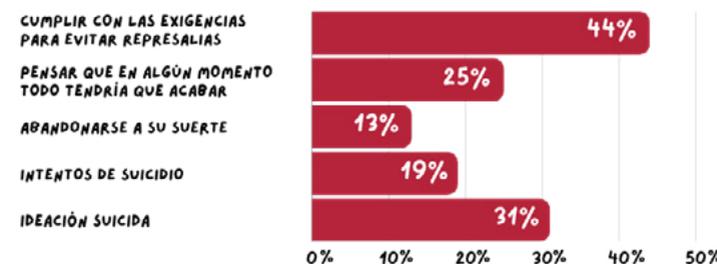
“Llego a un país, en Níger los hombres militares, como de la policía, quitaron toda la ropa para ver mi cuerpo, me tuve que quitar braga y luego te tocan los pechos... Yo tenía mucho dolor, mucha sangre, porque eso me hizo daño. Y de camino cuando llego a Marruecos también la gente me ha pegado con palo.”

→ ATRIBUIBLES AL PROCESO DE EXPLOTACIÓN Y TRATA:

Las mujeres que presentan **perfiles de riesgo de suicidio igual o mayor a 6** identifican, predominantemente, **haber vivido en cautiverio bajo el control de los/as tratantes** describiendo las siguientes condiciones y experiencias:



Las **estrategias empleadas por las participantes para sobrevivir** durante el proceso de explotación reflejaron **resignación pasiva, miedo y sumisión hacia los/as tratantes:**



Durante este proceso, el **19% de las mujeres mencionaron intentos de suicidio**; mientras que el **31% refirió haber presentado ideación suicida**.

Otros de los factores de riesgo identificados durante la situación de explotación se manifiestan en la **coerción para el consumo de drogas, o bebidas alcohólicas por parte de los/as tratantes**. Esto se refleja en los resultados de la encuesta, donde el **50% de las mujeres refiere haber sido obligadas; de las cuales, el 25% indica el consumo de drogas ilegales con bastante frecuencia** (marihuana, cocaína éxtasis, etc.), el 19%, de bebidas alcohólicas; mientras que el 6% de medicamentos sin prescripción médica.

Para ilustrar con mayor detalle el profundo daño físico y emocional que estas experiencias dejan sobre las mujeres, se aporta la siguiente narrativa:

“Me obligaron a meter coca que yo en mi país nunca metía coca. Entonces por eso tengo mi problema en la nariz. Me obligaban a consumir y me obligaron a estar dieciocho horas encerrada en una habitación con un tipo que tenía que meter y tenía que meter”

➔ ASOCIADAS A PROCESOS DE SALIDA DE LA SITUACIÓN DE TRATA:

Para la mayor parte de las mujeres en situación de trata se produjo por la **influencia de condiciones externas**, fuera del alcance de las participantes: **“intervención de la policía”** y **“expulsión de la casa de chicas”** tras haber pagado la deuda. Para la participante que logra planificar una vía de escape, el **proceso** se relata como **profundamente traumático**, evidenciando la **elevada exposición a situaciones de peligro**, así como a la presencia de estados emocionales asociados al miedo a ser capturada nuevamente. Durante este proceso se describen **situaciones de victimización secundaria⁴ ejercida por parte de autoridades que intervienen**, así como por **procesos penales**

⁴ Se refiere al sufrimiento adicional que experimentan las víctimas de un delito o abuso como consecuencia del trato que reciben por parte de instituciones, profesionales o la sociedad en general. Ocurre cuando, en lugar de recibir apoyo y empatía, se enfrentan actitudes de desconfianza, indiferencia, prejuicios o procedimientos institucionales insensibles que pueden agravar el daño.

extensos donde las mujeres deben **repetir varias veces sus experiencias traumáticas (50%)**; han percibido **rechazo por parte de las personas debido a sus historias (38%)**. Además, el **25%** de las mujeres identifican **obstáculos burocráticos o administrativos** durante estos procesos.

➔ ASOCIADAS A CONDICIONES SOCIALES TRAS LA SALIDA DE LA SITUACIÓN DE LA EXPLOTACIÓN:

Las condiciones sociales de las mujeres participantes se caracterizan por la **prevalencia de situaciones de desempleo (62,5%)**, o bien el **desempeño laboral en ocupaciones elementales** (sector de limpieza y cuidados), con **predominio de contratos temporales**, desde la **economía informal o sumergida**. Solo el **31% percibe ingresos suficientes** para pagar la renta y cubrir necesidades básicas. En cuanto a la situación residencial, el **62.5% vive en recursos de acogida especializados⁵**; mientras que el **37.5% en régimen de alquiler**. Estas últimas constituyen un perfil de **elevada vulnerabilidad social, principalmente cuando tienen menores a cargo (familias monomarentales)**. Estas condiciones se ilustran con la siguiente narrativa:

“Vivo sola con la niña, si tú tienes nómina aquí puedes encontrar, pero son precios que son más alto. Pero encontrar un piso de 400€ no está fácil. Mi piso no es grande, es un estudio, solo tiene una habitación, un salón una cocina y un baño. Ahí vivimos las cuatro, yo tengo dos camas, las niñas duermen juntas y yo con la bebé.”

➔ ASOCIADAS A CONDICIONES DE SALUD

Las mujeres que presentan riesgo mayor o igual a 6 de suicidio refieren un **alto porcentaje de alteraciones psicológicas** con mayor prevalencia de la **ansiedad (75%)**, seguido de **alteraciones del sueño**

⁵ Por criterios de accesibilidad, la muestra estuvo conformada por mujeres supervivientes de trata que pasaron o se encuentran en recursos especializados de Diaconía. Esto explica la sobreconcentración de este subgrupo en recursos de acogida. Este resultado, es un posible sesgo de la investigación, teniendo en cuenta las grandes dificultades para la identificación de las mujeres supervivientes de trata de seres humanos.

(67%) y percepción de estrés (58%). Ninguna de las que arrojaron puntuaciones de riesgo entre 1 y 5 refieren presentar alguna de estas manifestaciones. Atendiendo a este comportamiento, se identificó que existen relaciones estadísticas significativas entre estas variables y el riesgo de suicidio, concretamente en la expresión de la ansiedad ($p=0,019$) y alteraciones del sueño ($p=0,038$). Se señala, además, la expresión de indicadores que sugieren **afectaciones en el área afectivo-emocional: sentimientos de fracaso (81%), sentimientos de inutilidad (75%); pérdida de interés en las relaciones sociales (69%), dificultades en la regulación emocional (65%).**

En las entrevistas se identificó la presencia de daños en la salud física que en algunos casos encuentran relación con la situación de trata. Entre otros se mencionan: sinusitis crónica, alopecia cicatricial, glaucoma, lesiones o dolores crónicos intensos en la columna u otras partes de la estructura ósea, hemorragia subconjuntival (como consecuencia de un esfuerzo físico).

Atendiendo a la **alta exposición de las participantes a abusos físicos, sexuales y/o a riesgos laborales es posible que existan otras condiciones de salud física que no se hayan identificado por los instrumentos de evaluación.** En algunos casos, estos pueden estar asociados directamente con alteraciones en la salud mental. En la siguiente narrativa se expone:

“Después que perdí mi hijo y con todo lo que me ha pasado me deprimí mucho y por eso tengo todo este problema de pelo. Perdí todo mi pelo y ya no se puede recuperar “

(Caso 4, Camerún, sobreviviente de explotación laboral).

4.2.3. FACTORES DE PROTECCIÓN

→ ASOCIADOS A PROYECTOS FUTUROS:

El **13% de las mujeres tiene una valoración optimista de futuro, con sentimientos de esperanza para el 94%.** La **percepción de logro**

respecto a la consecución de los proyectos también se comporta de manera favorable, con un **38%** que arrojan **respuestas de “a veces” y “frecuentemente”,** respectivamente; y solo un **6%** percibe que **“nunca”**⁶.

→ REDES DE APOYO FORMAL:

En cuanto a las redes de apoyo formal, el total de las participantes ha formado parte de procesos de intervención a través de **recursos especializados por parte de Organizaciones Sociales, que facilitan la recuperación, ofrecen acompañamiento social, psicológico, jurídico, apoyo económico y recursos residenciales.**

→ REDES DE APOYO INFORMAL:

El **50% de las mujeres cuentan** frecuentemente con personas que les brindan **apoyo emocional cuando lo necesitan.** Por último, el **50%** afirma contar frecuentemente con **apoyo económico de personas cercanas en caso de dificultades.** Sin embargo, se perciben más debilitadas las **redes de apoyo para el cuidado** siendo accesible ocasionalmente para el **43.8%.**

→ CREENCIAS RELIGIOSAS:

El **50% de las mujeres se adscribe a alguna religión que proporciona** una comunidad de **apoyo y grupo de referencias,** así como un sistema de creencias productora de sentidos subjetivos, que depositan en la fe una función protectora y generadora de esperanza orientada al futuro.

4.3. RIESGO DE SUICIDIO EN MUJERES SOLICITANTES DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL TRATA

A continuación, se muestran los **principales resultados obtenidos a partir de las 56 mujeres solicitantes de Protección Internacional,** en cuanto a los factores de riesgo y de protección.

⁶ El 18% no respondió a esta pregunta.

4.3.1. FACTORES DE RIESGO

→ ANSIEDAD:

El 90% de las mujeres de alto riesgo presenta problemas de ansiedad instaurados y reconocidos previamente. Este indicador constituye un agravante de antecedentes de salud con los ya contaban, que además, correlacionan estadísticamente con la manifestación de ansiedad:

- Dificultades para conciliar el sueño
- Antecedentes familiares de suicidio
- Sentimiento de depresión y pérdida de sentido vital
- Antecedente de ideación suicida
- Haber vivido en ambientes caracterizados por la violencia e inseguridad

→ DIFICULTADES PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD MENTAL:

Solo el 20% de las mujeres de alto riesgo puede acceder frecuentemente a servicios de salud mentales, mientras que el 40% de las mismas nunca puede acceder ellos. Lo cual se articula al punto anterior.

→ ALTO ÍNDICE DE DESEMPLEO:

Solo el 22% de las mujeres cuenta con empleo con contrato de trabajo. De aquellas que tienen empleo, una gran proporción se encuentra sobre calificada para las labores que realiza. Además, existen situaciones de exigencias laborales en cuanto al cumplimiento de tareas que están por fuera del rol profesional, o bien por encima de sus capacidades físicas. El sostenimiento de estas situaciones puede traer desilusión, desesperanza, sentimientos de inutilidad, y afectaciones físicas debido al sobre esfuerzo al que son convocadas a realizar.

→ BARRERA IDIOMÁTICA:

Aunque el 61% de la muestra es hispano hablante, para el resto de las mujeres la barrera idiomática constituye una brecha importante que empeora su punto de partida para el acceso a la estructura de oportunidades, y para hacer valer sus derechos.

→ INCERTIDUMBRE ADMINISTRATIVA:

El 60% de las mujeres de riesgo significativo presenta constantes sentimientos de angustia por la resolución de su proceso administrativo.

→ SENTIMIENTOS DE TRISTEZA:

El 90% de las mujeres de alto riesgo presentan sentimientos de ansiedad y tristeza al menos ocasionalmente (60%), y el 30% lo presenta cotidianamente.

Estos sentimientos no están relacionados con la incertidumbre administrativa, sino a la añoranza por la separación de su país y sus familiares.

LAS MUJERES CON MAYOR RIESGO DE SUICIDIO TIENDEN A TENER ANTECEDENTES DE IDEACIÓN SUICIDA (80%), COMUNICACIÓN DE ESTAS IDEAS (50%), Y EN MENOR MEDIDA, INTENTOS PREVIOS (20%).

4.3.2. FACTORES DE PROTECCIÓN

→ RESPONSABILIDAD FAMILIAR:

80% DE LAS MUJERES

tienen personas dependientes bajo su cuidado, lo cual actúa como un factor protector importante.

80% DE LAS MUJERES

no cuentan con empleo y además tienen a alguien/es bajo su responsabilidad, lo que resulta en una fuente generadora de tensión.

→ NIVEL EDUCATIVO:

El **80%** de las mujeres de alto riesgo tiene estudios superiores. Sin embargo, solo el **12%** de estas tiene empleo, y en roles para los que **están sobrecalificadas**. Esto conduce a los riesgos potenciales enunciados en el punto de **“Alto índice de desempleo”**.

→ APOYO RELIGIOSO:

74% DE LAS MUJERES

está adscrita a alguna religión, lo que les brinda apoyo emocional.

80% DE LAS MUJERES

de alto riesgo cuenta con este factor protector.

→ DOMINIO DEL IDIOMA:

El **60%** de las mujeres son hispanohablantes. Dominar el idioma del país receptor viabiliza la inserción social en el mismo, en contraste con la situación de quienes no comparten el idioma.

→ COMPRESIÓN DE LAS NORMAS SOCIALES:

La totalidad de las mujeres entiende y respeta las normas y costumbres locales, el **70%** lo hace siempre, mientras que el **30%** presenta dificultades ocasionales para comprenderlas.

→ ACOGIDA SOCIAL:

70% DE LAS MUJERES

percibe que la sociedad respeta sus costumbres e identidades.

30% DE LAS MUJERES

ha tenido que cambiar algunas costumbres para poderse insertar.

→ RECURSOS DE ACOGIDA:

El **80%** de las mujeres de riesgo elevado y que no tienen empleo, residen en un recurso de acogida.

→ PARTICIPACIÓN Y APOYO EMOCIONAL:

Las mujeres que más participan en actividades de la comunidad suelen tener más apoyo emocional cuando lo necesitan. Esto puede deberse a que las actividades comunitarias sirven como pretexto para el establecimiento de vínculos personales y la formación de grupos informales que devienen en potenciales redes de apoyo emocional y ayuda mutua, en detrimento de sentimientos de soledad y desarraigo.

→ AUTOESTIMA, AUTOEFICACIA Y PROYECTOS:

El **60%** de las mujeres con riesgo elevado afirma tener buena autoestima al menos ocasionalmente. Existe un **40%** que dice nunca tenerla, lo cual se asocia a posibilidades de inserción social y laboral frustradas o postergadas. Esto forma parte del efecto de pérdida de estatus inherente al proceso migratorio de personas con alto nivel de estudios en tanto que el **100%** de las mujeres que afirman nunca tener buena autoestima poseen nivel superior. En contraste, la totalidad de las mujeres se auto percibe capaz de enfrentar con éxito los desafíos, al menos ocasionalmente.

V. RECOMENDACIONES

A continuación, se proponen recomendaciones en correspondencia con los resultados del estudio. Estas se enfocan en **acciones específicas de prevención del suicidio**, así como de **promoción integral del bienestar**, con el propósito de **aportar una perspectiva holística e integral, que incorpore dimensiones sociales, económicas, políticas, de acompañamiento e intervención psicológica**. Se desarrollan apartados específicos dirigidos a las **Políticas Sociales desde diferentes ámbitos**, así como a entidades sociales que trabajan con estos perfiles. Por último, se proponen **pautas de intervención** con componente de **prevención del suicidio y promoción de factores protectores**.

5.1. RECOMENDACIONES A LAS POLÍTICAS SOCIALES

- 1 **Ampliar los incentivos fiscales a las empresas** para la contratación de personas en situación de vulnerabilidad y **diversificar los perfiles hacia otras condiciones de vulnerabilidad social**.
- 2 **Ampliar los perfiles de las personas destinatarias de prestaciones económicas** que permitan fortalecer el proceso de inclusión, anticipando la cronificación de la vulnerabilidad social.
- 3 **Generar y perfeccionar los espacios de participación y trabajo en red entre las entidades de gobierno, las entidades sociales y la sociedad civil** para diseño, desarrollo y evaluación de políticas de prevención del suicidio, **tanto a nivel nacional, como autonómico**.

5.1.1. ESPECÍFICAS PARA EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

Desarrollar una estrategia Nacional de Prevención del Suicidio, intersectorial e integral que aporte un marco de referencia común en los criterios de registro, estrategias de prevención e intervención **en el ámbito de la Salud Pública**. En el marco de este plan **se propone**:

- 1 **Generar estrategias de prevención universal**, que se articulen con **acciones focalizadas que actúen sobre las particularidades y realidades específicas** que enfrentan los colectivos en situación de vulnerabilidad.
- 2 En este marco, **implementar acciones de trabajo intersectorial con otros Planes estatales ya establecidos, con el objetivo de que la prevención del suicidio sea multidisciplinar y transversal** al trabajo con colectivos en situación de vulnerabilidad social.
- 3 **Contar con dotación presupuestaria para generar procesos de sensibilización, formación, intervención y postvención** y así dar soporte a los diferentes grupos profesionales (entidades sociales incluidas)
- 4 **Mejorar los mecanismos de participación e inclusión de las entidades sociales y la sociedad civil** en las mesas de trabajo, superando su carácter exclusivamente interparlamentario.

Facilitar mecanismos que garanticen a las mujeres supervivientes de trata el acceso a servicios de salud mental especializados y capacitados para atender estas situaciones, desde una **perspectiva transversal de género y transcultural**, tomando en cuenta situaciones propias de la trata y del proceso migratorio.

Ampliar líneas presupuestarias para subvencionar proyectos y programas para la promoción de la salud mental y prevención del suicidio específicos para personas sobrevivientes de trata, así como para las personas que por diversas circunstancias han salido del Sistema de Acogida.

Incorporar nuevos paradigmas de prevención y atención a la conducta suicida, que incluyan **dimensiones de la vulnerabilidad social, del proceso migratorio, de género**, de manera que se trasciendan abordajes deterministas, exclusivamente biomédicos y generalistas.

5.1.2 ESPECÍFICAS PARA EL ÁMBITO DE LAS MIGRACIONES

Aumentar el presupuesto para la cobertura de plazas en el Sistema de Acogida de especial vulnerabilidad, de modo que se pueda **atender a personas con necesidades específicas** que requieren atención especializada, como las plazas dedicadas a la **salud mental y patología dual**, y para **mujeres supervivientes de trata** de seres humanos.

Desarrollar un protocolo de prevención del suicidio, adaptado a las particularidades de las personas solicitantes de protección internacional, que aporte un marco de referencia común en los criterios de registro, estrategias de prevención e intervención **para las entidades sociales enmarcadas en el Sistema de Acción Concertada**. Los datos de registro deben ser anónimos e integrados en el sistema de información del Ministerio.

En cuanto al sistema de Asilo, **perfeccionar los mecanismos que garanticen una gestión más ágil** y expedita del acceso al proceso administrativo para la solicitud, formalización y resolución de los expedientes de solicitud, **que ayude a contrarrestar la incertidumbre administrativa, la ansiedad y estrés que enfrentan las personas durante este proceso**. Incorporar la **detección del riesgo de suicidio en los protocolos de acogida** como estrategia clave de prevención.

Desarrollar programas de formación y sensibilización sobre prevención, intervención, y atención de situaciones de crisis de suicidio para las entidades especializadas en migración y extranjería (OAR, OIM, el Ministerio de Extranjería, embajadas y consulados).

5.1.3 ESPECÍFICAS PARA EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN

Agilizar los mecanismos para la homologación y habilitación de títulos, certificados de profesionalidad o acreditación de competencias profesionales de las personas migrantes para **facilitar el acceso a ocupaciones afines a su experiencia e intereses profesionales**. Con esto se generan, a su vez, **mecanismos que reducen la insatisfacción y sentimientos de frustración y fracaso asociados a la pérdida de estatus**, así como sentimientos de autoeficacia, al percibirse capaces de auto sustentarse. Esto se traduce en una **estructura de protección**

frente a estados subjetivos concomitantes con el **riesgo de suicidio**.

Con lo anterior se viabiliza la contribución y aporte de estos colectivos a la estructura productiva y económica de la sociedad

5.1.4 ESPECÍFICOS PARA FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

Evitar la victimización secundaria⁷ de mujeres supervivientes de trata, tanto en los **procesos de detección** de redes criminales, como en los **procesos penales de denuncia**. Estos deben ser **sensibles al género**, considerando la grave vulneración de derechos que representan para las mujeres por lo que se propone:

- Evitar la criminalización a través de detenciones
- Promover espacios seguros en los procesos judiciales, que además sean más expeditos, que eviten que las mujeres deban recordar de manera innecesaria acontecimientos traumáticos.

5.1.5 ESPECÍFICAS PARA EL MINISTERIO DE VIVIENDA Y AGENDA URBANA

Desarrollar planes específicos que faciliten el acceso a viviendas sociales para mujeres supervivientes de trata y personas en situación de vulnerabilidad que por diversos motivos han salido, o no forman parte del Sistema de Acogida.

Fomentar el desarrollo de estructuras residenciales para apoyar la desinstitucionalización de personas en situación de vulnerabilidad, **ofreciendo un espacio seguro que facilite la autonomía y la construcción de proyectos de vida**.

5.2. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A ENTIDADES SOCIALES

Desarrollar programas de formación continua especializados en la prevención del suicidio, transculturalidad, género y derechos

⁷ Se refiere al hecho de que una "víctima" continúe recibiendo daño, pero esta vez como parte de los procesos que se llevan a cabo desde el sistema y las instituciones que, supuestamente, tienen la función de ayudarla.

humanos para todos los/las profesionales y personas voluntarias que trabajan en atención directa, así como para agentes sociales claves (externos) **que influyen en la inclusión social de personas en situación de vulnerabilidad.**

Generar alianzas con entidades públicas y privadas para fortalecer los mecanismos de inclusión social de las personas, en especial en el ámbito educativo, empresarial, de la vivienda (inmobiliarias) y de la prevención del suicidio.

Implementar protocolos de prevención del suicidio en base a referentes que ya existen⁸. Estos protocolos deben tener en cuenta **estrategias efectivas e integrales de prevención, planes de acción** para manejar situaciones de crisis, así como **pautas generales de actuación posterior a un intento.**

Se propone que estén dirigidos a:

- 1 Procesos de intervención y atención directa** con personas usuarias (profesionales y voluntarios/as).
- 2 Recursos y dispositivos de acogida.** En este ámbito deben quedar explícitas las medidas de higiene ambiental para la reducción de riesgos.
- 3 Ofrecer información y sensibilización** a personas usuarias que convivan **en un mismo recurso residencial.**

Establecer políticas de autocuidado para profesionales y voluntariado de las entidades sociales, con el objetivo de **promover factores de protección** ante la alta exposición a situaciones de estrés que enfrentan durante la atención directa con poblaciones muy vulnerables. Estas políticas deben incluir **programas de salud mental, gestión del estrés, equilibrio entre la vida laboral y personal,** asegurando así un entorno de trabajo saludable y sostenible.

⁸ Por ejemplo, se pone como referencia el Protocolo Beta del Paciente Agitado de la Comunidad de Madrid

5.3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Desarrollar enfoques transversales de intervención que pongan en valor los factores de protección para eliminar o minimizar los condicionantes sociales de riesgos de suicidio:

ENFOQUE CENTRADO EN LAS FORTALEZAS

Poniendo en valor el reconocimiento de las potencialidades de las personas, así como del contexto, a través del desarrollo de acciones sostenibles, personalizadas, que promuevan la autonomía, estrategias de afrontamiento saludables y el bienestar integral.

ENFOQUE TRANSCULTURAL

Adaptando las estrategias de intervención a los códigos culturales, sentidos subjetivos y simbólicos propios de las culturas de origen de las personas usuarias.

ENFOQUE DE GÉNERO

Desarrollando acciones que permitan identificar y eliminar los factores de riesgo asociados a estereotipos de género, dinámicas de poder y desigualdad entre hombres y mujeres. Durante las intervenciones se debe prestar especial atención a los indicadores de violencia hacia las mujeres y activar los recursos adecuados que permitan protegerlas de manera rápida y efectiva.

ENFOQUE DE INTERSECCIONALIDAD

Desarrollar estrategias holísticas y multidimensionales de intervención, basadas en el análisis de los múltiples factores y entrecruzamiento que (re)configuran condiciones particulares de desigualdad, opresión y experiencias de discriminación.

Se proponen **acciones específicas que pueden desarrollarse en el marco de la atención directa**, como factores de protección para la prevención del suicidio y la promoción del bienestar:

1 Promover la participación en grupos de referencia para contribuir a **fomentar el sentido de pertenencia, el arraigo, el vínculo social** con comunidades afines, así como la **ampliación de las redes de apoyo informal, como pueden ser:**

- **Grupos de apoyo mutuo** entre personas beneficiarias que están **atravesando por situaciones similares**⁹, en el marco de las migraciones, la protección internacional, la violencia de género.

Estos espacios grupales contribuyen a **intercambiar experiencias, promover estrategias de afrontamiento saludables y redes de cuidado** mutuo fuera de los marcos del proceso de intervención nacional.

- Para fomentar los factores de protección, se recomienda **contribuir a enriquecer el capital social de las personas usuarias**, facilitando el **vínculo con comunidades afines** a su cultura, sus creencias religiosas, sus intereses profesionales, académicos o personales.
- **Coordinar y facilitar actividades de recreación** que contribuyan a la **ampliación de las redes** sociales, al **(re) establecimiento de vínculos** relacionales positivos a través del esparcimiento saludable, que contrarreste los sentimientos de soledad y aislamiento.

2 Desarrollar **estrategias para el autocuidado que fortalezcan el equilibrio saludable entre las dinámicas de cuidado, empleo y vida personal**. Estas acciones se pueden realizar a través de talleres de educación en autocuidado (nutrición, gestión del tiempo, educación financiera, actividad física, etc.).

⁹ No se deben realizar grupos de apoyo mutuo en las intervenciones con experiencias de suicidio. Toda intervención sobre la ideación/conducta suicida debe ser acompañada y dirigida por profesionales altamente cualificados en materia de prevención del suicidio.

3 Generar, desde los proyectos, **iniciativas de apoyo para el cuidado y atención psicológica de los menores a cargo de las mujeres usuarias**, en especial para familias monomarentales.

De ese modo **se favorece la inclusión laboral o educativa, el restablecimiento de redes de apoyo**, se contribuye a aliviar el estrés y la carga emocional que producen las tareas de cuidado.

4 **Desarrollar programas de empleo orientados a potenciar el talento, la formación en nichos laborales emergentes y la inserción en ocupaciones profesionales** que ofrezcan oportunidades de movilidad social y económica ascendente.

5 **Promover el desempeño de actividades de carácter prosocial, como es el voluntariado**. Estas resultan eficaces para la prevención de síntomas de ansiedad y depresión. A su vez, **refuerzan la autoestima, valores positivos y la recuperación del sentido de vida**.

6 **Desarrollar espacios regulares para el fortalecimiento de recursos psicológicos potenciadores de bienestar**: gestión emocional, habilidades de comunicación, resolución de conflictos, elaboración de proyectos de vida, estrategias de afrontamiento del estrés. Estos pueden implementarse desde diversas modalidades como, **arteterapia, orto terapia, terapia ocupacional, psicodrama, entre otros**.

7 **Implementar programas de mentoring para el apoyo a la inclusión de personas en situación de vulnerabilidad social**. Estos programas tienen un **alto valor protector** pues contribuyen a **fortalecer las redes de apoyo social, fomentan la confianza**, así como el **sentido de pertenencia, promoviendo espacios seguros**, productores de bienestar.

**DESCUBRE MÁS
SOBRE EL PROYECTO**



WWW.DIACONIA.ES

FINANCIADO POR

