

8/9/2016



TFG

**PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
SOBRE EL SUICIDIO.**

Ágora Arcos Rodríguez. Tutor: Manuel Hernández Hernández. Grado de Trabajo Social. Universidad de La Laguna | Convocatoria de Septiembre

ÍNDICE

1. Introducción.....	pág. 3-4
2. Objetivos.....	pág.4
3. Hipótesis.....	pág.4
4. Marco teórico.....	pág.5-17
4.1 Concepto.....	pág.5-7
4.2 Causas.....	pág.7-15
4.3 Fases.....	pág.16-17
5. Soluciones/ Tratamiento.....	pág.18-20
5.1 Prevención	
6. Método.....	pág.21-22
6.1 Resultado y análisis.....	pág. 23-30
6.2 Conclusión.....	pág. 31-32
6.3 <i>Making of</i>	pág.33-35
7. Referencias bibliográficas.....	pág.36-39
8. Anexos.....	pág.40-44

INTRODUCCIÓN

¿Qué lleva a una persona a acabar con su vida?, ¿qué factores pueden estar operando en una decisión tan extrema? Como necesidad personal imperiosa, la alumna, que ha perdido a un primo por suicidio se aventura en este recóndito y delicado tema y quiere hallar algunas respuestas.

Este proyecto de final de carrera forma parte, específicamente, del Grado de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y ha sido realizado por Ágora Arcos Rodríguez.

El proyecto está integrado por diversos apartados como los objetivos e hipótesis, el marco teórico (donde se plantea, desde diferentes autores, cuáles pueden ser los factores o las causas, las fases y posibles soluciones o el tratamiento a seguir), así como el método empleado en esta investigación, los resultados obtenidos, y el análisis y discusión, junto con las conclusiones, las referencias bibliográficas y anexos.

Dicho esto, este proyecto es una investigación social sobre los motivos que pueden estar en el origen de los suicidios. Su contenido está formado por aportaciones teóricas de diversos autores, como en datos estadísticos, y se ve enriquecido por entrevistas personales a familiares afectados o que hayan intentado cometer un acto suicida, profesionales e información aportada por la asociación DSAS “*Després del suïcidi*”.

Se ha contado también con la colaboración de Sara Bote, psicóloga, además de ser una superviviente y que acaba de realizar la apertura de la primera asociación en Canarias “Volver a Vivir”, tanto para ayudar a los supervivientes como para ayudar a prevenir este problema en aquellos que no encuentran un sentido vital.

La respuesta del porqué investigar este tema se encuentra no sólo en la necesidad personal ya comentada, sino también a la luz de los datos arrojados en los diversos medios estadísticos. Además, es un problema social que está a la orden del día y que afecta a cientos de personas. Por razones posteriormente explicadas, es un problema estigmatizado y silenciado tanto por los individuos afectados como por la sociedad, así como, por las instituciones y medios de comunicación, establecido, tal vez, por el miedo a la imitación, la vergüenza o las tensiones familiares.

Se asume por el conjunto social la existencia de este problema pero se desconoce los motivos por los cuales una persona llega a quitarse la vida. Esta situación es bastante compleja, porque no solo depende de unos datos cuantitativos sino también cualitativos. Son muchas las causas y las situaciones existentes que originan este tipo de tragedias y a cada individuo afecta de una manera u otra en función de sus valores, experiencias, y pensamientos o según la actitud que se tenga hacia las dificultades y hacia la vida. Incluso, intercede en esta decisión, cuestiones como las creencias o la religión. Por tanto, no solo hablamos de motivos objetivos sino subjetivos, los cuales se hacen mucho más difíciles de explicar.

OBJETIVOS

Para guiar la búsqueda, mantener la coherencia y el orden de este proyecto de investigación se establecen dos objetivos básicos:

1. Conocer los motivos que pueden estar en el origen de los suicidios.
2. Saber cómo prevenir los mismos.

HIPÓTESIS

Por otro lado, en cuanto a las hipótesis, se establecen las siguientes:

1. Las personas que tienen muchos factores de riesgo y pocos factores protectores tienen más probabilidades de suicidarse.
2. Las personas con habilidades intrapersonales y de resiliencia tienen menos probabilidades de cometer el acto suicida.
3. Las personas que sufren exclusión social, marginación y además carecen de redes de apoyo tienen más probabilidades de cometer el acto suicida.
4. Las personas con más posibilidades de suicidarse son aquellas que además de tener problemas de salud mental, consumen estupefacientes de manera habitual.
5. Las personas que no saben gestionar bien sus emociones pueden tener tendencias suicidas.
6. En la mayoría de casos en los que se plantea el suicidio existe una pérdida del sentido vital.

MARCO TEÓRICO

CONCEPTO

Para comenzar con la explicación o fundamentación de esta investigación se hace necesaria la **definición del concepto** de “suicidio”, que según la OMS (2014) “es comprendido como un trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales”.

Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio.

Spiller (2005, p. 20) considera el suicidio como “el acto consumado, intencional de finalizar con la propia vida. Incluye todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, quien es consciente de la meta que desea lograr.”

Por otro lado, tenemos un concepto más actualizado, según el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2006) que lo define como el acto de matarse de forma voluntaria en el que intervienen tanto los pensamientos suicidas como los intentos o el acto suicida en sí.

Nizama (2011, p .5) lo concibe como el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Por otro lado, se entiende como “conducta suicida” a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.

Durkheim (1960, p. 5) lo definió como “Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima y que, según ella sabía, debía producir este resultado”. Hizo una distinción entre varios tipos de suicidio:

1. Suicidio altruista: Este tipo de suicidio sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, a tal punto que la personalidad individual no cuenta. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Este tipo de suicidios, se da según el autor, cuando la importancia del "yo" es muy baja. Es la versión opuesta al suicidio egoísta y existen 3 tipos:

Suicidio Altruista obligatorio: El que está condicionado por la sociedad, una sociedad que exige el suicidio. Por ejemplo, en sociedades asiáticas (normalmente relacionado con temas sobre el honor); o antiguamente, cuando en los pueblos celtas, y parece que también recientemente en nuestro entorno, los ancianos se quitaban la vida para no representar una carga para la sociedad en la que vivían. En este tipo de casos, la sociedad podría, en ocasiones, despreciar a la persona, si no lleva a cabo el suicidio.

Suicidio Altruista facultativo: La situación sería parecida a la anterior, con la diferencia de que la sociedad no demanda el suicidio del individuo. Por ejemplo, una viuda que se quita la vida, pero no por problemas psicológicos, sino porque siente que ya ha cumplido con su cometido en la vida.

Suicidio Altruista agudo: Cuando la persona se quita la vida por placer. Es común que se dé este caso en relación con temas religiosos. Por ejemplo, alguien que se suicida para alcanzar una supuesta gloria divina.

2. Suicidio egoísta: Aquel que es 'proporcional al grado de integración de los grupos de los que el individuo es parte'. La intensidad de los vínculos religiosos, familiares y políticos frena la tendencia a la autodestrucción suicida de quienes puedan sentirse tentados por ella. En definitiva, la integración actúa como freno a las fuerzas sociales suicidogénicas.

En resumen, el *suicidio egoísta* es aquel cometido por quienes no están integrados o lo están de manera muy reducida. Se da cuando el sujeto está poco integrado en la sociedad. Por ejemplo, el alumno que va a una escuela y dispara indiscriminadamente arrebatándoles la vida a otros, para después, quitarse la vida generándose un suicidio egoísta por falta de integración.

3. El suicidio anómico: Es aquel en el que influyen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez o de vinculación.

CAUSAS

Para hablar de las causas primero se presentarán datos estadísticos tanto de la OMS (2012) como del INE donde en este último prácticamente no hay información y encasillan el suicidio como un accidente, por lo que los datos no son del todo fiables ni concretos. Hay que advertir, además, que los datos más actuales son del 2012.

El suicidio, como ya sabemos, es un problema social actual. A pesar de ser “tabú” hay que destacar que es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, siendo la primera causa de muerte las enfermedades cardiovasculares.

Según la OMS (2016) más de 800.000 personas se suicidan cada año y el 75% de ellas en países de ingresos medios y bajos. Muchas más intentan hacerlo provocando una gran tragedia que afecta en primer lugar a los familiares generando en ellos efectos duraderos, así como a sus comunidades y países. Ésta advierte de que una persona se suicida cada 40 segundos. Estos datos pertenecen a Agosto de 2015.

El INE (2013) nos ofrece datos anuales, siendo el más actual en el 2012, donde especifica que de las 804.000 personas suicidadas en todo el mundo en este año, 3.296 fueron en España. Los suicidios entre jóvenes de 15 y 29 años se incrementaron en un 25%. En el año 2013, el número de fallecidos por suicidio fueron 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres), la cifra más alta de los últimos 25 años.

Haciendo una comparación entre sexos y guiándome por los datos estadísticos prestados por la OMS, en general, se suicidan más hombres que las mujeres. En los países más ricos los suicidios de hombres triplican en número al de las mujeres ya que los hombres de cincuenta años o más se consideran especialmente vulnerables.

Por otro lado, en los países de ingresos medios y bajos, los adultos jóvenes y las mujeres ancianas registran tasas de suicidio más altas que en los países de ingresos altos. Las mujeres mayores de 70 años tienen más del doble de probabilidades de suicidarse que las mujeres de 15 a 29 años.

Para profundizar y explicar las **causas** de las personas que se suicidan cada año me basaré en diversas investigaciones o teorías separándolas en tres tipos o tres factores de riesgo asociados a diversas causas como son:

1. **Factores asociados al sujeto;** Dentro de estos factores nos encontramos a su vez con los factores biológicos, psicológicos y genéticos.
2. **Factores asociados a la familia**
3. **Factores sociales**

Además tales factores de riesgo podemos encasillarlos a su vez en tres tipos o modelos de suicidio; *subjetivo, objetivo o mixto*.

El suicidio de origen subjetivo es aquel que se plantea ante una evaluación negativa de la realidad por parte del sujeto, muchas veces motivado por evaluaciones negativas a partir de diversos trastornos mentales, como la depresión o el consumo abusivo de drogas, sin que existan claramente razones para ello.

Hay que destacar en todo este proceso, la relevancia de las diferencias individuales entre sujetos, ya que cada cual consta de su propia personalidad, de sus propios sentimientos, pensamientos, emociones, y que no a todos nos afectan por igual las mismas realidades.

En cuanto al *suicidio de origen objetivo* es aquel que se origina, por ejemplo, por el conjunto de diversas situaciones ciertas y observables como la muerte o suicidio de un hijo o allegado, o una enfermedad grave, que puede unirse a otros factores como una depresión o trastorno mental, familias desestructuradas, maltrato, etc. La persona se siente desbordada, no logra soportar ni aceptar lo ocurrido, está sometido a muchos factores de riesgo, no sabe gestionar tales emociones y la única salida que encuentra es suicidarse.

Y el *suicidio de origen mixto* es una mezcla de los anteriores, tanto por motivos subjetivos como objetivos.

Presentados ya los factores de riesgo que influyen en el suicidio y los tipos o modelos existentes, cabe destacar también la importancia del concepto de **resiliencia**. No todos aquellos que conciben el acto suicida lo consiguen, muchos otros solo se quedan simplemente en intentos o pensamientos.

La resiliencia hace referencia a la capacidad de los individuos o sistemas de afrontar con éxito las situaciones estresantes y salir fortalecidos. Por lo que no todos aquellos que presentan situaciones estresantes, depresiones, drogadicción o cualquiera que fuere el motivo del posible suicidio, lo conciben ni consiguen llegar al acto suicida en sí.

Para ello contamos con una serie de factores protectores relacionados con la prevención de la conducta suicida que se explicarán posteriormente en el apartado de “*prevención*”

En cuanto a los **factores asociados al sujeto suicidogénicos** cabe destacar a su vez los factores psicológicos del individuo, los factores biológicos y los genéticos.

Refiriéndome a los *factores psicológicos*, el “*International Journal of Psychological Research*” (2008) se basa en el análisis psicológico y psicoanalítico de los individuos para explicar las causas del suicidio.

Bedout (2008. p. 53-63) señala como causas del problema algunos rasgos de personalidad predominantes en los suicidas como la agresividad, la irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, falta de habilidades, desesperanza e impotencia, un concepto pobre de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad control externo.

También las experiencias pueden ser vistas como catastróficas y desencadenar el proceso suicida, especialmente cuando existe dependencia de alcohol y de otras drogas, antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia, el aislamiento social, enfermedades dolorosas o discapacitantes y, particularmente los trastornos, como la depresión y la esquizofrenia.

Bedout (2008. p. 53-63) plantea por otro lado una estrecha relación entre los trastornos afectivos y la propensión a causarse daño a sí mismo deliberadamente con el objetivo de encontrar algún alivio al aniquilarse o escapar. Otra entidad que con frecuencia se asocia al suicidio es el trastorno bipolar o la esquizofrenia.

Por otro lado, más que una teoría, Raison (2012) habla desde su propia experiencia como experto en salud mental. Según este autor, las personas que realizan intentos de suicidios puede ser por todo tipo de razones y que son “un grito” para pedir

ayuda o una manera de castigar a las personas con las que están molestas o una forma en la que buscan controlar una situación.

A su juicio, la gente sólo se quita la vida por tres razones; porque se enfrentan a una condición incurable que solo les augura un corto futuro lleno de dolor, otras que se encuentran en un episodio psicótico y creen que deben morir por alguna razón que no tiene sentido para nadie más y otras que están perdiendo la batalla contra una depresión severa.

Pérez Barrero (1997) considera, sin embargo, que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable.

En los adolescentes este postulado también se cumple, al menos en una serie de casos, y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades: depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol, abuso de drogas, trastornos incipientes de la personalidad, trastorno esquizofrénico, trastornos en la alimentación como la anorexia o la bulimia.

Cortina, Peña y Gómez (2009, p. 55-74) evaluaron a pacientes (20 mujeres y 4 hombres) los cuales habían presentado intentos de suicidio. Se demostró en este estudio la presencia de factores psicológicos como la desesperanza, los bajos niveles de autoeficacia y rasgos de personalidad en los intentos de suicidio como el descontento, sumisión, discrepancia, indecisión, preservación, individualidad, introversión, intuición e innovación.

En segundo lugar, en cuanto al *factor genético*, científicos de la Universidad de EE.UU. Johns Hopkins han identificado una pequeña región en el cromosoma 2, que está asociada con un mayor riesgo de intento de suicidio, según un estudio de la revista *Molecular Psychiatry* (2011).

Esta pequeña región contiene cuatro genes, incluyendo el gen ACP1, que los investigadores encontraron en niveles superiores a los normales en el cerebro de personas que habían intentado suicidarse.

Otro estudio desarrollado, ahora en nuestro país, por científicos de la Universidad Miguel Hernández de Elche y del Instituto de Medicina Legal de Alicante

(2014) han identificado varios genes relacionados con la conducta suicida. Dichos genes presentaban alteraciones en ciertos marcadores en casi el 100% de 70 personas que se habían suicidado, y que no tomaban fármacos que pudieran alterar dichos marcadores.

Tovilla Zarate y Genis Mendoza (2012) realizaron un estudio donde se demuestra que los genes involucrados en la llamada vía serotoninérgica están participando, ya que evidencia neuroquímica demuestran alteraciones a diferentes niveles. En este trabajo, se presenta una revisión de los principales genes que participan en la vía serotoninérgica y presenta evidencia de la participación de esos en la conducta suicida.

Por último, en cuanto al *factor biológico* unos estudios han proporcionado información alentadora con respecto a la neurobiología de suicidio. Ellos muestran una anomalía del mecanismo serotoninérgico, tales como el aumento de subtipos de receptores de serotonina y la disminución de metabolitos de serotonina. Estos estudios también sugieren alteraciones de los mecanismos de señalización ligados al receptor tales como fosfoinosítido y la adenilil ciclasa. Otros sistemas biológicos que parecen estar alteradas en el suicidio involucran el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y neurotrofinas y receptores de neurotrofinas.

En este caso ocurre que a lo largo de la vida se presenta una descompensación neuroquímica que puede ser causado por múltiples factores traumáticos depresores.

En los **factores asociados a la familia**, Caballero (2013) destaca como causa principal de suicidio los problemas familiares donde el maltrato físico de los padres tiene una especial importancia, debido a una cultura machista donde los hombres no expresan sus sentimientos y dicha represión se manifiesta en violencia hacia uno mismo y hacia los demás. Además añade el factor emocional como una segunda causa de esta problemática. Le da importancia también al maltrato psicológico en el colegio donde destaca el *bullying*.

Caballero (2013) comenta que actualmente los hogares se han convertido solo en casas, donde no se conversa ni se comparte con la familia, por lo que se hace más difícil la identificación de situaciones de riesgo, como la depresión, el estrés, o el maltrato psicológico.

Herrera y Avilés (2000) también estudiaron los factores familiares de riesgo en el intento suicida. Realizaron una entrevista dirigida a veintitrés personas para identificar la presencia de factores de riesgo del medio familiar así como su funcionamiento y las crisis que más se presentaban en la convivencia.

Como resultado obtuvieron que el funcionamiento familiar sí es un factor de riesgo importante ya que los pacientes que realizaron intentos suicidas tenían núcleos familiares regulares y malos, en los que la presencia de crisis familiares no eran transitorias y además las relaciones entre ellos estaban dañadas.

Según Nizama (2011) el suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual son considerados como una crisis familiar por desorganización. No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que se deje de considerar a la familia, su funcionamiento y la presencia de otras crisis, como un factor de riesgo para el intento suicida.

Este enfoque nos conduce a valorar adecuadamente la importancia del funcionamiento familiar saludable en cada uno de sus miembros. En ese sentido es importante destacar que la disfunción familiar es un factor de riesgo relevante. Diversos estudios demuestran que en la mayoría de los núcleos familiares de los pacientes que realizaron intento suicida, se evidenció la presencia de crisis familiares, con predominio de las crisis por desorganización y desmoralización, además de un marcado deterioro de las relaciones familiares.

En cuanto a los **factores sociales**, trasladándonos a finales del siglo XIX fue Durkheim el primero en otorgarle al suicidio una estricta causa social, porque según él, las sociedades albergan diversos síntomas patológicos que contribuyen a la decisión de una persona de terminar con su vida.

Una frase extraída del texto de Emile Durkheim decía; *“Un ser vivo no puede ser feliz y hasta no puede vivir más que si sus necesidades están suficientemente en relación con sus medios. De otro modo, si exigen más de lo que se les puede conceder, estarán contrariadas sin cesar y no podrán funcionar sin dolor.”*

Lo que explica un poco que el ser humano es inconformista por naturaleza y siempre está en una constante sensación de frustración y disconformidad, por lo tanto, solo los que saben gestionar bien dichas emociones negativas podrán seguir viviendo y disfrutando del resto del tiempo.

El tipo de suicidio que interesa particularmente a Durkheim es el suicidio anómico por la influencia que tienen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez sobre la tendencia al suicidio. Es el más característico de la sociedad moderna. Este suicidio es el que se refleja en la correlación entre la frecuencia de los suicidios y las fases del ciclo económico.

Durkheim creó esta clasificación del suicidio en concreto, después de observar que en sociedades donde la tasa de divorcios es alta, la tasa de suicidios era mayor. También observó estas variaciones en sociedades que padecían crisis políticas y desordenes sociales. Por ejemplo, para no irnos muy lejos, todas las personas que se han visto afectadas tras la reforma laboral, muchos de los que se quedaron sin trabajo y con cargas familiares sufrieron los embargos de sus propiedades y expuestos a una mayor vulnerabilidad al suicidio.

Aparentemente, las estadísticas nos revelan una tendencia al aumento de los suicidios en los períodos de crisis económica. En cambio, hallamos otro fenómeno curioso: una tendencia a la disminución de la frecuencia de los suicidios en los períodos de grandes acontecimientos políticos. Así, durante los años de guerra, disminuye el número de suicidios.

Por otro lado, Durkheim procura demostrar que los tipos sociales que ha elaborado corresponden aproximadamente a tipos psicológicos: El *suicidio egoísta* se manifestará por un estado de apatía y de ausencia de apego a la vida. El *suicidio altruista* por la energía y la pasión. Y el *suicidio anómico* se caracterizará por un estado de irritación y de disgusto, irritación vinculada con las múltiples ocasiones de decepción que la existencia moderna ofrece.

Es por tanto que las causas reales del suicidio según Durkheim son fuerzas sociales que varían según las sociedades, los grupos y las religiones: “*Las causas emanan del grupo y no de los individuos por separado.*”

Durkheim no solo investiga los suicidios a nivel social sino que también analiza si los factores ajenos a la sociedad pueden afectar al porcentaje de suicidios como pueden ser la raza, la herencia y la imitación.

Haciendo referencia a investigaciones ya más actuales, Pérez Barrero (1997) identifica dos tipos de problemas sociales para explicar las causas del suicidio.

Por un lado, *los problemas socioeconómicos*, donde una escasa educación y el desempleo son factores de riesgo para el suicida ya que limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades y coartan la libertad.

Y por otro lado, *los factores asociados a la cultura* adquieren una importancia en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso cultural por pérdida de identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes.

Oberg (1998) fue el primero en utilizar el término “shock cultural” para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por: esfuerzos para adaptarse a la nueva cultura, sentimientos de pérdida y pena, sentimientos de rechazo, confusión en el rol, expectativas, valores e identidad y sentimiento de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.

Herrera (1999) realizó un análisis de los principales factores de riesgo sociales en adolescentes los cuales pueden ser motivo de suicidio. Señala cinco elementos sociales que influyen en este hecho:

1. *Inadecuado ambiente familiar*. Cuando la familia es disfuncional, no cumple sus funciones básicas y no quedan claros las reglas y roles familiares se dificulta el libre y sano desarrollo de la personalidad del adolescente. Es necesario que exista un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individualización del adolescente.

2. *Pertenencia a grupos antisociales*. Este factor tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal. Por lo general cuando los adolescentes no encuentran una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscarla en este tipo de grupo donde fácilmente la encuentran, con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados.

3. *La promiscuidad.* Es un factor de riesgo social que no sólo puede ser motivo de embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual, sino que también propicia una autovaloración y autoestima negativas que puede deformar la personalidad del adolescente.

4. *Abandono escolar y laboral.* Este hecho provoca que el adolescente se halle desvinculado de la sociedad, y no encuentre la posibilidad de una autoafirmación positiva, al disminuir las posibilidades de comprobar sus destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades, lo cual resquebraja su autoestima, la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de desarrollo social.

5. *Bajo nivel escolar, cultural y económico.* Estos son elementos considerados como protectores del desarrollo y la salud y el hecho de presentar un déficit en ellos le impide al adolescente un enfrentamiento adecuado a las situaciones de conflicto.

Para concluir y hablando de manera general podemos decir que la sociedad, el sistema de salud, los servicios sociales y la familia deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el logro de una adecuada autoestima, que les brinden posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y que proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar la oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución a los problemas. La ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente a alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la autodestrucción y al suicidio.

FASES

Presentados diversos datos estadísticos actuales sobre el suicidio y analizadas las causas o los motivos según varios autores, es necesario saber también cuáles son las fases que preceden al acontecimiento para que posteriormente entendamos las soluciones o tratamientos que se proponen en esta investigación.

Al igual que todo acto tiene un curso que va de principio a fin, el suicidio no iba a ser menos. Se diferencian en él cuatro fases previas y una quinta refiriéndose al acto en sí.

1. *La ideación suicida:* Es el más importante indicador de suicidio pues se refiere a la existencia misma de la idea. Manifestación consciente sobre pensar o desear morir que puede ser o no manifestada.

2. *La amenaza suicida:* presencia de manifestaciones o exclamaciones acerca del deseo de morir.

3. *Plan suicida:* estructuración de el cómo, cuándo y dónde sin pasar al acto con el propósito más o menos consciente de obtener beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás.

4. *Acto liberado de morir:* manifestación de la conducta voluntaria de quitarse la vida, ésta es de modo consciente y la persona sabe de los resultados que se obtendrán.

5. *Suicidio consumado:* acto de autodestrucción en donde el individuo termina con su vida.

Según Aláez (2013) identifica una fase más que la anterior:

1. *Fase ideativa.* La persona recibe el impacto emocional negativo que la lleva a pensar en el suicidio. No descarta el hecho ni la posibilidad de su comisión.

2. *Fase deliberativa.* El sujeto sigue recibiendo estimulación negativa. No busca ayuda o si la busca no se le ofrece de modo efectivo. Puede ocurrir que la persona tampoco ofrezca los datos suficientes para poder ser ayudada por miedo o vergüenza. El caso es que comienza a tomar el suicidio como su última posibilidad.

3. *Fase decisiva.* Por fin el individuo decide llevar a cabo el hecho y se tranquiliza. Tras haber luchado contra sí mismo ya se ve inducido a poner en práctica el suicidio y a

llevarlo a cabo, le guste o no. Aquí aún se puede frenar a la persona y prestarle ayuda. La persona siempre va dando muestras de que no desea hacerlo y, en ocasiones, lo anuncia.

4. *Fase dilatoria:* el sujeto tiene la esperanza de que ocurra algo que pueda disuadirle de cometer el hecho pero no suele ocurrir nada. Entonces va alargando el plazo de la comisión.

5. *Fase operativa:* el individuo va preparando su muerte y dejando arreglados todos los asuntos para cuando no se encuentre en este mundo. En esta fase los parientes piensan que ocurre algo extraño pero no sospechan el qué.

6. *Fase ejecutiva:* el sujeto lleva a cabo su idea.

SOLUCIONES/TRATAMIENTO

PREVENCIÓN

Uno de los objetivos principales de esta investigación es “cómo prevenir el acto suicida”. El hecho de que los factores de riesgo no incidan en todas las personas por igual, hace necesaria la presencia de los factores protectores, los cuales pueden modular o prevenir el riesgo de la conducta suicida. Entre ellos destaca la configuración de un sentido de la vida y de propósitos elevados. Por tanto para la prevención del suicidio será necesaria la potenciación de estos factores protectores, como, por ejemplo, unas relaciones personales sólidas y estrategias de afrontamiento positivas.

Hay que destacar que los factores protectores de la conducta suicida se pueden clasificar en tres tipos de factores; los factores protectores personales o asociados al sujeto, factores sociales/medioambientales y los factores protectores asociados a la resiliencia.

Para Almaraz (2011) los factores protectores según los tres modelos mencionados anteriormente son:

1. Factores personales o asociados al sujeto :

- Habilidad en la solución de problemas
- Tener confianza en uno mismo
- Habilidad para las relaciones sociales
- Flexibilidad cognitiva
- Actitud y valores positivos
- Nivel educativo medio-alto
- Hábitos de vida saludables
- Locus de control interno
- Percepción de autoeficacia.

2. Factores sociales o medioambientales:

- Apoyo familiar y social (fuerza y calidad)
- Integración social
- Creencias y prácticas religiosas, espiritualidad y valores positivos.
- Recibir tratamiento integral y a largo plazo (pacientes con trastornos mentales, enfermedad física o abuso de alcohol)
- Disponer de sistema de ayuda y recursos. (red de apoyo)

3. Factores protectores relacionados con la resiliencia:

- *Capacidades y procesos cognitivos:* El estilo atribucional podría tener un papel central en la conducta suicida, de forma que si es positivo podría moderar el riesgo de suicidio. La confianza en la capacidad de solución de problemas también juega un papel importante.
- *Creencias y actitudes:* De todas las variables estudiadas, el alto nivel de autonomía es la que cuenta con mayor evidencia y podría ejercer una función preventiva. Otras variables que podrían estar implicadas y moderar el riesgo de suicidio son el apoyo social percibido, el apego y las creencias relacionadas con el suicidio. A pesar de que fomentar la resiliencia es una de las bases de salud mental sobre todo en la infancia y adolescencia y en los mayores la mayoría de estudios se han centrado en los factores de riesgo como (depresión, aislamiento social, trastornos mentales, etc)

Además como soluciones para prevenir el suicidio la OMS (2013) propone tres tipos de estrategias:

La primera, **la prevención “universal”** diseñadas para llegar a toda una población, pueden procurar aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables

para suicidarse o promover información responsable por parte de los medios de difusión.

La segunda, son las estrategias de **prevención “selectivas”** dirigidas a los grupos vulnerables, como los de quienes han padecido traumas o abusos, los afectados por conflictos o desastres, a los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas.

Y por último, las estrategias de **prevención “indicadas”** dirigidas a personas vulnerables específicas mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de los establecimientos de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias.

MÉTODO

En esta investigación se cuenta con la colaboración de la Asociación DSAS, “*Después del Suicidi*” la cual se constituye en 2012, en Barcelona, con el fin de generar un espacio para el acompañamiento y el soporte en el duelo de los supervivientes a la muerte por suicidio. También nace con la esperanza de contribuir a un cambio en la forma de hablar del suicidio y de sus terribles consecuencias.

A través de ellos, se entra en contacto con Sara Bote, psicóloga, superviviente y colaboradora directa de la asociación DSAS. Además es promotora de la apertura reciente en Canarias de la Asociación “Volver a Vivir”, cuyo objetivo es el de ayudar a los supervivientes que lo necesitan, trabajar la prevención desde el ámbito escolar, conseguir la sensibilización y concienciación de la población sobre el mismo y romper con la estigmatización del acto suicida.

Como técnica empleada en este proyecto de investigación se diseñan tres entrevistas semiestructuradas cualitativas; una para los familiares de aquellos allegados que decidieron poner un final a sus vidas, otra para aquellos que han intentado reiteradamente cometer el acto suicida y otra para los profesionales del tema.

Al ser un tema bastante delicado y con tantas aristas, se busca su orientación y se realiza un video con cada uno de los testimonios que ampliará la información de cada entrevista y ayudara a los sujetos a expresar sus emociones para así profundizar y conocer realmente tanto los factores de riesgo como los factores protectores, aquellos en lo que debemos profundizar y trabajar para conseguir mejorar la calidad de vida de las personas que no encuentran un sentido vital.

Los participantes en este reportaje son Kenan Navarro, Don Emilio, Conchi y Sara Bote. Algunos han tenido intentos de suicidio, son supervivientes y profesionales del tema.

En cuanto al **procedimiento** de este proyecto de investigación, en un primer momento se comenzó con una revisión teórica de autores que han trabajado la problemática del suicidio. Más adelante para profundizar más y cotejar la información recabada se diseñan las tres entrevistas y se concertan las citas con los participantes.

Se consigue la grabación de un reportaje con los testimonios de los mismos y luego se prosigue al registro, análisis y discusión sobre los resultados obtenidos.

La finalidad de esto es conocer realmente cuál es el origen del motivo del acto suicida y si las hipótesis de ésta investigación se confirman o se desmienten. Para ello se irá contrastando, a través de los testimonios, la información recogida de forma que se pueda observar si hay coherencia entre la teoría y la realidad.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este apartado se añaden tanto los resultados de las entrevistas para cotejar las hipótesis como el análisis final de las mismas.

La primera entrevista fue realizada a Kenan Navarro, joven de veintitres años, que ha intentado suicidarse en repetidas ocasiones y es, por cierto, superviviente del suicidio de su hermano Tanausú hace dos años. Además tiene diagnosticada una depresión y es consumidor habitual de hachís y es ex consumidor habitual de cocaína.

En él podemos encontrar varios factores de riesgo que hacen que Kenan no encuentre un sentido vital y le provocan la necesidad o el deseo de morir. El primer factor de riesgo, o el motivo de este sentimiento, es el suicidio de su hermano Tanausú. A la pregunta de *¿Por qué planteaste suicidarte?* la respuesta fue la siguiente:

“Por qué? Después del suicidio de mi hermano... tenía yo también mis problemas en la cabeza... “ “... lo intenté tres veces, dos de ellas me comí media caja de Tranquimacines, diez Diacepan y una medicación que tenía que se llama Sinogán gota. La segunda vez, igual, comí pastillas hasta que me cansé y acabé en coma en el hospital.... Y la tercera, fue en el Mundialito”

Otro factor de riesgo es la desesperanza vital que él sentía. En ningún momento pidió ayuda cuando sentía la necesidad de morir ya que él sólo quería dejar de existir.

“.... En ese momento no quería ayuda de nadie, lo que quería era irme a tomar por culo, para tampoco liarme mucho, si pedía ayuda iba a tener a alguien detrás diciéndome o aconsejándome que no lo hiciera, y yo no quería eso yo quería morir...”

Además, el propio sujeto menciona otro factor de riesgo importante, que es el consumo habitual de estupefacientes;

“... yo soy consumidor habitual de hachís y antiguamente he tenido problemas con la cocaína...”

El no saber cómo gestionar las emociones es, en consonancia con lo que señalan diversos autores, otro factor de riesgo importante a destacar en este caso. Kenan estuvo tomando durante meses sin control la medicación prescrita por los profesionales, no

respetaba las dosis marcadas. Esto le hacían evadirse de cualquier problema, le aliviaba la emociones negativas, el malestar psicológico, así olvidaba el dolor.

“... después de la muerte de mi hermano estuve durante ocho meses más o menos que vivía empastillado y no empastillado de comerme una o dos pastillas recetadas por el médico, comiendo cajas de pastillas diarias y vivía por ahí volando, por las aceras caminaba que no sabía ni por dónde iba... pero la verdad así es como me sentía bien, eso hacía que mi cuerpo estuviera tranquilo”

Pero, un factor protector importante que hace a Kenan ser un poco más consciente de la realidad y le ayuda, al parecer, a que en cierta parte cambie de actitud, es el amor que siente hacia su madre. Esto le hizo tomar consciencia de su propia vida y realidad.

“... después de la última vez que yo salí del hospital, yo miré a mi madre y ella me miraba y me dijo que por favor no le hiciera lo mismo que le había hecho mi hermano... por favor, no me dejes eres el único hijo que me queda... fue por ella por la que yo dejé de hacer todas las tonterías que hacía y por mí mismo...”

Bien es cierto que para confirmar al cien por cien las hipótesis hace falta ampliar la muestra de sujetos pero el valor cualitativo de este testimonio y las teorías de los autores, mencionados anteriormente, parecen corroborar y confirmar las siguientes hipótesis; “Las personas que tienen muchos factores de riesgo y pocos factores protectores tienen más probabilidades de suicidarse.”; “Las personas con más posibilidades de suicidarse son aquellas que además de tener problemas de salud mental, consumen estupefacientes o drogas de manera habitual.”; “Las personas que sufren exclusión social, marginación y además carecen de redes de apoyo tienen más probabilidades de cometer el acto suicida.”; Y “Las personas que no saben gestionar bien sus emociones pueden tener tendencias suicidas.”

En apoyo de estas afirmaciones, según Raison (2012) experto en salud mental, aquellos que realizan intentos de suicidio puede ser para controlar alguna situación o debido a que están perdiendo la batalla contra una depresión profunda.

Además, Bedout (2008. p. 53-63) señala como causas del problema la dependencia de alcohol y de otras drogas, el aislamiento social, enfermedades dolorosas o discapacitantes y, particularmente los trastornos, como la depresión y la esquizofrenia.

La segunda entrevista fue realizada a Don Emilio, superviviente del suicidio de su hijo Emilio. Después de su muerte, Don Emilio cayó en una depresión y refugió su dolor en el alcohol. Su vida dejó de tener sentido en aquel entonces, le costó mucho tiempo recuperarse, pero al final, volvió a encontrar “la luz al final del túnel”. Actualmente, Don Emilio es el organizador de los grupos de apoyo en las asociaciones “Alcohólicos Anónimos” y “Volver a Vivir”.

El primer factor de riesgo de Don Emilio -como superviviente- es la muerte de su hijo.

“... la muerte de mi hijo marcó un antes y un después en mi vida... enseguida pensé que no podía estancarme ahí, sabía que iba a tener que ser fuerte, era consciente que me quedaría un largo camino, pero tendría que abrir puertas para seguir adelante....”

Otro factor de riesgo fue la adicción que le creó el alcohol. Don Emilio comenzó a beber como una conducta de evitación de la realidad, él era consciente que no podía paralizar su vida, pero, a veces, los sentimientos ganan a la razón y sin darse cuenta ya dependía de ello.

“...y así fue, empecé a beber y a beber de repente me vi dentro de un bar, se me pasaban los días pero así estaba tranquilo, en mi mundo, intentando superar la pérdida de mi hijo...”

Desde mi punto de vista, el factor protector más potente que puede haber en cada uno de nosotros es nuestra actitud ante la vida y los problemas. Según la perspectiva todo puede cambiar, tanto a positivo como a negativo. Una frase citada por Don Emilio que me hace confirmarlo fue la siguiente:

“...Dios nos prestó un hijo 20 años, no que lo perdí. Le damos las gracias a Dios por habérselo concedido 20 años, no le pedimos cuenta por habérselo llevado...”

Más factores protectores e importantes para generar cambios positivos en la vida de Don Emilio, son la colaboración con las asociaciones “Alcohólicos Anónimos” y

“Volver a Vivir” o su propia actitud ante el problema. Lo podemos ver en la siguiente pregunta: ¿Qué sentimientos aparecieron en ti cuando te enteraste de lo ocurrido?

“... ¿sentimientos? En ese momento no paras a mirar los sentimientos, notas que algo se te derrumba a tu alrededor y te cambia todo y sin embargo yo tuve la suerte, creo que fue suerte, automáticamente de a la vez de que sentía que había perdido un hijo vi que tenía que abrir un camino para seguir para adelante. Aún no se lo había dicho a mi esposa cuando yo empecé a pensar a ver cómo tirábamos para delante de lo que se nos venía encima...”

El duelo por el suicidio de un hijo puede ser de los más trágicos y complicados de gestionar psicológicamente, que altera de forma irremediable nuestro contexto personal e individual, como el familiar. La familia, padres e hijos, se sienten responsables de cualquier estrés situacional o conflicto que haya tenido una supuesta influencia en el suicidio de aquella persona.

Tal y como ha expresado Don Emilio, superviviente de la muerte de su hijo y divorciado de una mujer con una enfermedad mental diagnosticada, bipolaridad, sacó las fuerzas de donde no se encontraban y estaba esperanzado de salir de ese dolor tan inexplicable que sentía por la pérdida de su hijo. Pero sin darse cuenta, cuando menos lo pensaba, se vio anclado en el alcohol. Poco a poco fue tomando consciencia nuevamente de la realidad y sabía que tenía un problema del cual tenía que huir. Pidió ayuda y comenzó a asistir avergonzado a la Asociación “Alcohólicos Anónimos”, allí asistió durante meses donde no participaba, solo escuchaba al resto. Se dio cuenta que oír las historias de otras personas le ayudaba a superar su situación y con el tiempo fue siendo un poco más partícipe. La comunicación, expresar sus sentimientos, emociones, el sentirse escuchado de cómo vivió todo el proceso de la pérdida de su hijo, es decir, comunicarse, le sirvió para soltar lo vivido y superar momentos que hasta ahora no había podido.

A día de hoy Don Emilio no toma alcohol y además organiza los grupos de apoyo en dicha asociación además lo hace también en la asociación “Volver a Vivir” creada por su “segunda hija”, Sara Bote.

En base a esa información parece que queda también confirmada la siguiente hipótesis; “Las personas con habilidades intrapersonales y de resiliencia tienen menos probabilidades de cometer el acto suicida.”

Esto queda reflejado en la teoría de Nizama (2011) según el mismo, el suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual son considerados como una crisis familiar por desorganización. No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que se deje de considerar a la familia, su funcionamiento y la presencia de otras crisis, como un factor de riesgo para el intento suicida.

Este enfoque nos conduce a valorar adecuadamente la importancia del funcionamiento familiar saludable en cada uno de sus miembros. En ese sentido es importante destacar que la disfunción familiar es un factor de riesgo importante. Diversos estudios demuestran que en la mayoría de los núcleos familiares de los pacientes que realizaron intento suicida, se evidenció la presencia de crisis familiares, con predominio de las crisis por desorganización y desmoralización, además de un marcado deterioro de las relaciones familiares.

La tercera entrevista fue realizada a Conchi, superviviente del suicidio de su hermano, la declaración que hizo literalmente a la pregunta de *¿cómo te sentiste cuando te dijeron la noticia?* fue:

“De entrada no reaccionas, tu mente no es capaz de entender ni asimilar lo que están diciendo, en shock. Y después ya viene la caída en picado y te instalas en el dolor y en la devastación, que te quedas destruida. Soledad, mucha soledad, tristeza y ganas de morirte, deja de tener sentido la vida. Y ya está, después pasa el tiempo y te acostumbras a vivir con ese dolor, no desaparece, te acompaña constantemente pero ya forma parte de tu día a día”

Según la asociación DSAS, las consecuencias que acarrea el suicidio son psicológicas, afectando principalmente al mundo de las emociones y cómo las gestionamos. Todo superviviente vive el proceso del duelo de forma única y personal, independientemente de cómo haya ocurrido.

A la pregunta de *¿cree que su familiar tenía problemas de algún tipo?* La respuesta fue:

“... en principio no, era una persona extremadamente sensible, pero no tenía problemas vitales, en general sin ningún problema grave sino la preocupación por el mundo, por querer un mundo mejor” “...al contrario son muy buena gente, con muy buenos amigos, con buenos lazos afectivos con su entorno, son personas muy integradas en la sociedad, con su trabajo, con su deporte, con su pareja, sanas con una sonrisa eterna...”

Por lo que la hipótesis “Las personas que sufren exclusión social, marginación y además carecen de redes de apoyo tienen más probabilidades de cometer el acto suicida” en este caso se desmiente.

Bien es cierto que Bedout (2008. p. 53-63) señala como causas del problema algunos rasgos el aislamiento social, la agresividad, la irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, , falta de habilidades, desesperanza e impotencia, un concepto pobre de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad control externo.

Pero no hay que generalizar, ya que cada caso es único, esta conclusión es solo para este caso ya que como dije anteriormente para que esta investigación sea cien por cien fiable habría que aumentar la muestra probabilística.

La tercera entrevista es realizada a Sara Bote, psicóloga profesional del suicidio y psicóloga de la asociación “Volver a Vivir”.

Según ella, la muerte por suicidio principalmente acarrea consecuencias psicológicas para la familia “los supervivientes del suicidio”.

¿Por qué se les llama supervivientes, Sara?

“...Porque es una de las situaciones vitales más duras a las que se puede enfrentar una persona y se puede comparar con el sufrimiento que acarrea tener una vivencia en un campo de concentración. Ésta es la muerte más traumática, más dolorosa, más desequilibrante y más difícil de aceptar que hay.”

Los supervivientes se sienten totalmente abrumados por la intensidad de los sentimientos: ira, culpa, confusión, tristeza, angustia. Algunos tienen la sensación de “volverse locos”. Esta sensación es por el dolor tan intenso que afecta a todo nuestro ser y nos deja con ese sentimiento de estar fuera de control.

El efecto del suicidio en la familia constituye una tragedia que provoca serios destrozos en sus vidas, introduciéndoles en un duelo muy traumatizante y prolongado. Algunos de los sentimientos que se despiertan en los familiares de los suicidas son la tristeza, la rabia, los sentimientos de culpabilidad, el fracaso de rol, sentimientos de traición y de abandono.

Desde los primeros minutos, tras recibir la noticia del suicidio, gestionamos psicológicamente dos hechos terriblemente devastadores a la vez: la noticia inesperada de la muerte y el porqué de esa muerte. Una experiencia emocionalmente desbordante y traumática para cualquier persona.

El primer sentimiento encontrado cuando un familiar fallece por suicidio es el de culpa. Los supervivientes, a menudo, son los propios “jueces despiadados” a través de todos los “porqués” que se plantean ¿Por qué lo hizo? ¿Por qué no nos dimos cuenta? ¿Por qué no nos dijo nada? El sentimiento de culpa que sentimos “por algo” que se dijo o se hizo y que podíamos haberlo hecho de otra manera, es un sentimiento normal que aparece en la mayoría de los suicidios. El sentimiento quizás más devastador es el pensar “cómo pudo haber sido capaz de hacerlo”.

Es normal sentir rabia y enfado hacia la persona que nos abandonó. Su intensidad irá disminuyendo poco a poco, durante nuestro proceso de duelo. Si la persona fallecida era una persona depresiva o había realizado varios intentos de suicidio es natural que sintamos al mismo tiempo sentimientos aparentemente contradictorios: por un lado una gran tristeza por su pérdida, pero también un alivio porque todo ha terminado; ya no habrá que preocuparse más porque lo peor, lo más temido, ya ha pasado. Convivir durante años con una persona que ha sufrido tanto, es una experiencia muy dolorosa para todas las personas allegadas.

Bien es cierto que una vez pasado el tiempo, el hecho en sí acaba asumiéndose o como dice Sara Bote *“aprendes a vivir con el dolor, por eso se nos llama supervivientes*

porque a pesar de tener el dolor más grande que alguien puede sentir, seguimos viviendo y luchando por lo que nos queda”.

Es en este momento cuando a los supervivientes sólo les quedan dos opciones. La primera opción es desenvolverte en una situación mucho más peligrosa y profunda, la cual sería caer en un proceso de depresión profunda, cometer un nuevo acto suicida por el propio familiar, etc. Y la segunda opción sería la resiliencia, ya nombrada anteriormente, donde los supervivientes aprenden a convivir con el dolor y hacer de una situación insoportable una situación llevadera, siempre saliendo fortalecidos de ella. Recalcar que este proceso de aceptación se produce a largo plazo.

Otra pregunta para la psicóloga Sara Bote es; *¿Cuáles consideras que son los principales factores de riesgo que pueden inducir al suicidio?*

“... creo que el principal factor de riesgo y el más importante es el no hablar, el no comunicar que uno se siente mal... tu propio mundo interior y tus pensamientos pueden jugarte muy malas pasadas y pueden llevarte a no ver más allá. Si tú te puedes comunicar por lo menos tiene altas probabilidades de que alguien te apoye a buscar soluciones...”

CONCLUSIÓN

Como conclusión propia en esta investigación, el suicidio es un problema complejo y muy personal e individual. Desde mi punto de vista, no hay un motivo exacto por el cual las personas se suicidan. Cada persona tiene su personalidad, sus valores, sus pensamientos y emociones y es importante destacar la educación que recibimos desde que nacemos en nuestra unidad familiar.

A cada persona, cada situación le afecta de diferente manera. No a todos les impacta por el igual una situación estresora, o el consumo habitual de estupefacientes. No todos los que tienen una depresión profunda tienen ideas o planes de suicidio, ni todos los que tienen un ambiente familiar desestructurado, ni los que no saben cómo gestionar sus emociones pierden el sentido vital.

Bien es cierto, como se ha expuesto, que todos estos son factores de riesgo, pero no tienen por qué afectar a todos por igual. Todo depende de la perspectiva que tengamos de ver las cosas y la actitud ante los problemas.

Creo que es importante destacar que comunicar los problemas personales es el único método más efectivo que hay para la prevención del acto suicida. Ya que quien comunica, está buscando ayuda y el mero hecho de expresarse, desahogarse y pedir ayuda tiene un efecto positivo y quiere decir que comienzas a ser consciente de que tienes un problema del cual quieres huir. A veces, son nuestros propios pensamientos en silencio los que acaban con nosotros mismos y quizás, muchas de las veces, por pensamientos equívocos o distorsionados.

La concienciación y la prevención de ésta problemática social es el único método para que el suicidio deje de ser un tema tabú, deje de ser un tema estigmatizado por la sociedad y se hable con normalidad. Es un tema tabú ya que el instinto más fuerte de los seres humanos es el de supervivencia y el suicida va en contra de él, por eso se estigmatiza y silencia, sin razón suficiente.

El estigma del suicidio es tan poderoso porque cuando una persona se suicida rompe, en cierta manera, con una regla escrita de que “no eres libre de dejar la sociedad cuando tú quieres”. Por tanto los supervivientes, es decir, familiares y allegados se sienten muchas veces “culpables” de no haberle salvado, se adentran en un sinfín de preguntas internas que sólo te hacen sentir mal; *¿y por qué no me lo dijo? Ayer estuve*

con él y sonreía todo el rato! ¿Cómo no fue capaz de pedirme ayuda? ¿Cómo no fui capaz de interpretar las señales?

Así que ya es hora de que esta problemática deje de estar en la sombra y se trate con normalidad, como cualquier otro problema social. Sólo así se podrá ayudar de manera más efectiva a estas personas.

Por supuesto, todas las actividades de prevención exigen una total coordinación y colaboración de los múltiples sectores de la sociedad incluidos los de servicios sociales, salud, educación, trabajo, justicia, política y medios de comunicación, puesto que ningún enfoque individual por separado tendrá efecto en una cuestión tan compleja como ésta.

MAKING OF

A lo largo de todos estos meses de investigación, mil sentimientos y pensamientos han recorrido cada parte de mi mente y de mi corazón. En un primer momento, la idea principal de ésta investigación era ponerme en contacto con la asociación DSAS, la única asociación que hay en nuestro país, y ubicada en Barcelona, destinada para prevenir el suicidio y ayudar a los supervivientes a superar la pérdida de su allegado. A medida que fui avanzando en la investigación, los nervios, la ilusión y la motivación aumentaban a pasos agigantados, ya que más conocimientos tenía el tema. Una de las partes de este proyecto era la elaboración de tres entrevistas, con las cuales me presentaría en Barcelona para efectuarlas yo personalmente, tanto a los profesionales como a los supervivientes, siempre y cuando tuviera el permiso y aceptación de la directora del centro.

Una vez confeccionada las guías de cuestiones de las tres entrevistas, me pongo en contacto con ellos por correo, los cuales me responden que se encuentran de vacaciones y que hasta finales de Septiembre no podrían atenderme, pero agradecidos por el interés que manifesté, me dejan el teléfono de Sara Bote, una psicóloga canaria que en su día hizo el trabajo de fin de máster sobre el suicidio y que podría echarme una mano, mientras tanto.

Pues, como era de esperar, me pongo en contacto con esta chica, y ella interesada por mi investigación, acordamos una reunión, le enseño mi proyecto y mantuvimos una magnífica conversación durante horas.

Sorprendida y emocionada es como termino esa reunión con ella, ya que no solo hablo con una profesional, que me transmite muchísimos conocimientos, sino que además es una gran mujer que ha vivido en primera persona el tema del suicidio.

Sara Bote, una joven pero gran mujer con veintiocho años, sufrió en su día la pérdida por suicidio de su hermano Emilio, pierde, a continuación, a sus padres por completo, por el dolor tan grande que esto genera en su unidad familiar, su padre cae en la alcoholemia y su madre en una depresión profunda, y además la propia Sara, posiblemente desbordada por la situación, tiene varios intentos de suicidio. A día de hoy, ella toma una medicación recetada por su médico para tener una mejor calidad de

vida, se muestra como una mujer resiliente y está implicada e ilusionada con proyectos como el de la asociación.

Con el paso de los días sigo avanzando y corrigiendo cosas de mi proyecto, teniendo en cuenta los consejos que me dio Sara y termino con el desarrollo del grueso de esta investigación. Y es cuando se plantea por la misma un nuevo desafío: Sara me aconseja hacer un “documental”.

Y la pregunta es: *¿y ahora a quién entrevisto para corroborar toda la información, cómo que haga un documental ?*

Y es en ese momento cuando se plantea “aprovechar los recursos disponibles”. Mi primo Tanausú Navarro, sin saber por qué, hace justo dos años y unas semanas, decidió suicidarse, la familia quedó destrozada por ésta pérdida y de quien menos esperábamos, sin previo aviso, con su mujer, con planes de futuro y de formar su propia familia... Luego su hermano Kenan, mi primo, intenta también acabar con su vida en repetidas ocasiones. Además no ha llevado una vida nada fácil, desde muy joven empezó a delinquir, a consumir cocaína y hachís, robaba a los vecinos, ha estado en el CAI, Tabares, psiquiatras, entre otros centros...

Mis tíos, por otro lado, quedaron totalmente destrozados al igual que mi madre, Conchi, que ha estado prácticamente estos dos años intentando como quien dice “salir del pozo”.

Así pues, decido hacer un reportaje con los testimonios de mi propia familia, Kenan y Conchi, de Sara Bote como psicóloga y superviviente y de Don Emilio, padre de Sara.

Actualmente, Sara forma la asociación “Volver a vivir” y me ha invitado a participar y quiere que forme parte del equipo de profesionales. Ha dejado de tomar la medicación, controlada siempre bajo la supervisión de su médico, y está embarazada. E hizo terapia con Kenan para superar el duelo de su hermano Tanausú

Como ya se ha expuesto, el padre de Kenan colabora con la asociación de “Alcohólicos Anónimos” y “Volver a Vivir” formalizando los grupos de apoyo.

Conchi también colabora con la asociación “Volver a Vivir”. Su contribución es muy valiosa, ya que puede ser muy útil para otros familiares y servirle a ella misma para recuperar parte de la ilusión.

Todo el contenido de este reportaje se puede ver en el CD, que se presenta como anexo en este proyecto de investigación y que además ha servido como terapia a todos los colaboradores y para futuros espectadores.

Si tuviera que decidir sobre qué parte o persona de este proyecto ha sido fundamental para la realización del mismo no podría decantarme ya que cada cual ha hecho que todo esto se haya llevado a cabo con la misma importancia.

Como siempre digo, con ilusión y pasión se puede con todo y cada momento e instante de mi vida ocurre por y para algo. TODO es cuestión de perspectiva y para mí las casualidades no existen, pero sí las causalidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almaraz, B. (2000). *Proyecto Suicidio. Scribd*. Recuperado de:
<https://es.scribd.com/doc/13078060/Proyecto-Suicidio>

Bandura, A. (1925). *Albert Bandura. Teorías de la personalidad. Webspaceship.edu*.
Recuperado de: <http://webspaceship.edu/cgboer/banduraesp.html>

Bases biológicas del suicidio y la conducta suicida. | Psiquiatria.com. (2013).
Psiquiatria.com. Recuperado de:
http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/urgencias_psiq/suicidio/bases-biologicas-del-suicidio-y-la-conducta-suicida/

Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio. *International Journal of Psychological Research*. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>

Campos, M. (2004). *Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes*.
Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserr1.pdf>

Cortina, E., Peña, M., & Gómez, Y. (2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16-25 años del Valle de Aburrá. *Revista De Psicología*, (1), 55-74. Recuperado de : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865205>

Defunciones según la causa de muerte (2013) Instituto Nacional De Estadística.
Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>

Durkheim, E. (1960). *Emile Durkheim. El Suicidio*. Recuperado de:
<http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/El%20suicidio.htm>

El duelo por suicidio |. (2012). *Despresdelsuicidi.org*. Recuperado de:
<https://www.despresdelsuicidi.org/el-duelo-por-suicidio>

Escudero, S. (2014). *El tabú del suicidio. Los medios de comunicación tienen como norma no dar la noticia | FronteraD. Fronterad.com*. Recuperado de:
<http://www.fronterad.com/?q=tabu-suicidio-medios-comunicacion-tienen-como-norma-no-dar-noticia>

García, A., Contreras, C., & Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>

García, M. (2016). *Líneas de pensamiento de un suicida*. Recuperado de: <http://suite101.net/article/lineas-de-pensamiento-de-un-suicida-a39940#.VqtIaFlhOyw>

Gómez, P. (2011). *Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. Ugr.es*. Recuperado de: http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html

Gómez, I. (1997). *Ritos exequiales. No creyentes. No bautizados y suicidas. Revistas.um.es*. Recuperado de:

<http://revistas.um.es/rmu/article/viewFile/73621/71011>

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guíasalud.es. Recuperado de: https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=programa+nacional+de+prevenci%C3%B3n+de+la+conducta+suicida

Herrera, P. & Avilés Betancourt, K. (2000). *Factores familiares de riesgo en el intento suicida. Revista Cubana De Medicina General Integral*, 16(2), 134-137. Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000200005&script=sci_arttext

Herrera, P. (1999). *Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. Revista Cubana De Pediatría*, 71(1), 39-42. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000100006

La Vanguardia. (2011). *Descubren el gen del suicidio*. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/salud/20110330/54134549769/descubren-el-gen-del-suicidio.html>

Larraguibel Q., M., González M., P., Martínez N., V., & Valenzuela G., R. (2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. Chil. Pediatr.*, 71(3). Recuperado de:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002

Martín Nizama Valladolid. (2011). *suicidio*. Revista Peruana de Epidemiología, 15, 5.

Mariño, M. (2014). *El suicidio es la segunda causa de muerte en el mundo en los jóvenes entre 15 y 29 años. 20 Minutos*. Recuperado de:
<http://www.20minutos.es/noticia/2229928/0/suicidios/datos-oms-2012/jovenes/>

OMS | *Las 10 causas principales de defunción en el mundo*. (2012). Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>

Pérez, A. (2008). *Factores de riesgo suicida en la adolescencia*. *Psicologia-online.com*.
Recuperado de:

<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml>

Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio. (2014). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>

Raison, C. (2012). *Las tres razones que llevan a una persona a pensar en el suicidio*. *Expansión*. Recuperado de:

<http://mexico.cnn.com/salud/2012/08/22/las-tres-razones-que-llevan-a-una-persona-a-pensar-en-el-suicidio>

Rodríguez, I. (2014). *Jackie Secades, psicóloga: 'Quien se suicida no quiere morir, lo que quiere es dejar de sufrir'*. Recuperado de:
http://www.nacion.com/vivir/psicologia/Jackie-Secades-psicologa-suicida-quiere_0_1438456168.html

Rpp noticias,. (2013). *Problemas familiares son la principal causa del suicidio*. Recuperado de: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/problemas-familiares-son-principal-causa-de-suicidio-noticia-631647>

Suicidio. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Tendencias 21,. (2014). *Descubren una serie de genes vinculados a la conducta suicida.*

Recuperado de:

http://www.tendencias21.net/Descubren-una-serie-de-genes-vinculados-a-la-conducta-suicida_a31700.html

Tovilla, C. & Genis, A. (2012). Los Genes, el sistema serotoninergico y la conducta suicida. *International Journal Of Psychological Research*, (1), 52-58. Recuperado de :

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974503>

ANEXOS

Como anexos para esta investigación presento los tres modelos de entrevistas que realicé. La primera para aquellas personas que han tenido intentos de suicidio, la segunda para los supervivientes y la tercera entrevista destinada a los profesionales del tema.

Hay que recordar que las tres entrevistas son semiestructuradas donde la entrevistadora parte de un guión organizado y además puede introducir preguntas espontáneas según el testimonio del usuario. Esto permite una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información.

Aporto también un CD con un documental cuyo título es “La balsa de la medusa” el nombre de un cuadro de 1819 realizado por Theodore Géricault un pintor francés que quiso reflejar los tres estadios de la vida; los muertos, los supervivientes agitando los brazos para intentar ser vistos y los esperanzados”.

La canción introducida en el documental es de Enya “*Only time*” cuya traducción es “...*quién puede decir a dónde va el camino, dónde fluye el día, sólo el tiempo... Y quién puede decir qué grita su corazón cuando miente su amor, solamente el tiempo...*”

El diseño de las entrevistas y la realización de las mismas junto con las grabaciones fueron realizadas por mí misma aparte de la colaboración de los participantes; Sara Bote, Don Emilio, Kenan Navarro y Conchi.

El montaje del video fue realizado por Ana Arcos diseñadora gráfica y profesora de la Escuela de Arte.

1. Por qué te planteaste suicidarte?
2. Cuánto tiempo planeaste suicidarte?
3. Como intentaste suicidarte?
4. Qué te impidió suicidarte?
5. Tenias miedo de suicidarte?
6. Tienes o has tenido problemas con las drogas?
7. Cómo es el ambiente familiar en tu casa?
- 8.Cuál es tu situación sentimental? Tienes pareja, divorciado, casado?
9. Informaste a alguien antes de intentarlo de que te encontrabas mal?
10. Pediste ayuda en algún momento ya sea a familiares, amigos, profesionales, etc..?
11. Cuál es tu curriculum formativo?
12. Tienes responsabilidades (hijos, hermanos dependientes, familiar enfermo) ¿
13. Tienes deudas?
14. Compartes tiempo con tus amigos, tienes hobbies ¿
15. Cuál es tu vida social?
16. Tienes depresión o algún tipo de enfermedad diagnosticada?
17. Conoces algún caso en tu familia que haya cometido este acto o haya tenido otros intentos?
18. Ahora cómo llevas la situación ¿
19. Alguien te ayuda en este proceso, asistes a alguna asociación, psicólogo, etc?
20. Que te aportan para cambiar esa decisión?
21. Hacen prevención ¿

ENTREVISTA A FAMILIARES

1. ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo por el cual su familiar decidió suicidarse?
2. ¿Cree que su familiar tenía problemas de algún tipo?
3. ¿Sabe si hizo algo para evitarlos?
4. ¿Recuerda qué sentimientos aparecieron en usted cuando su familiar decidió suicidarse?
5. ¿Observó alguna conducta particular o diferente en su familiar, últimamente?, ¿Qué hacía?
6. ¿Ha podido hablar sobre esta cuestión con los amigos o el entorno más cercano de su familiar?, ¿qué le ha llamado más la atención?
7. ¿Era una persona segura de sí misma o insegura?
8. ¿Tenía problemas mentales o depresión?
9. ¿Consumía habitualmente algún tipo de estupefaciente?
10. ¿Considera que estaba en una situación de aislamiento, marginación o exclusión social?
11. ¿Cree que su familiar fue objeto de abuso o pasó por alguna situación traumática?
12. ¿Cuál era su situación sentimental?
13. ¿Había tenido alguna ruptura amorosa, un fallecimiento de algún familiar, un conflicto con alguna amistad, deudas ...?
14. ¿Tenía alguna enfermedad crónica o algún dolor físico o emocional continuado?
15. ¿La prevención puede ser un método eficaz para ayudar a estas personas?

ENTREVISTA A PROFESIONALES DEL CENTRO

1. ¿Me podrías explicar cuál es tu función en la asociación D.S.A.S?
2. ¿Cuál es el protocolo a seguir cuando viene un familiar de una persona con problemas de suicidio?
3. ¿Todos los suicidas padecen un trastorno psiquiátrico, o una persona sana puede llegar a suicidarse si se enfrenta a determinados acontecimientos vitales adversos?
4. ¿Cuál es el perfil de los suicidas?
5. ¿Cuáles considera que son los principales factores de riesgo que pueden inducir al suicidio?
6. ¿El suicidio puede ser también un factor hereditario?
7. ¿Cuál es el tratamiento indicado para una persona que ha intentado suicidarse?
8. ¿En que se basan para evaluar el riesgo de que se produzca un nuevo intento?
9. ¿Por norma general los familiares conocen los motivos del suicidio de su pariente o allegado?
10. Cómo se puede ayudar a personas con este perfil?
11. Cree que el suicidio es aún un tema tabú y estigmatizado por la sociedad?
12. Es cierto que es no conveniente que en los medios de comunicación se hable sobre los suicidios ya que producen “efecto llamada”?
13. Cree que la estigmatización sigue siendo un problema para la solución o prevención del mismo?
14. Realizan prevención con los usuarios?
15. Qué tipo de prevención?
16. Qué consejos les dan a las personas que conviven con el paciente para que puedan ayudarle?