



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE
ACOMPañAMIENTO PARA PERSONAS
QUE CONVIVEN CON FAMILIARES EN
RIESGO DE SUICIDIO**

DOBLE GRADO EN TRABAJO SOCIAL Y CRIMINOLOGÍA

Autora: Ainhoa Galán Castillo

Director: Carlos Hernández

Madrid

Mayo 2020

RESUMEN

En el presente trabajo, se conocerán las características del suicidio a través de una exhaustiva revisión bibliográfica, así como, las deficiencias de recursos con los que cuentan los familiares que conviven con las personas en riesgo de suicidio a través de un proyecto de intervención. En primer lugar, se expondrá una aproximación conceptual del significado del suicidio, además de explicar los inductores, factores de riesgo y factores de protección de este. Posteriormente, se expondrán las estadísticas oficiales de la situación actual referente a los suicidios en España y su evolución. A continuación, se explicarán las cuatro fases existentes del suicidio, y, seguidamente, se hará referencia a las personas afectadas por el suicidio, así como los supervivientes y familiares que conviven con personas suicidas. Por último, se expondrán las acciones que se llevarán a cabo en el proyecto de intervención de acompañamiento.

PALABRAS CLAVE: suicidio, familiares, riesgo, protección, supervivientes, intervención, acompañamiento.

ABSTRACT

The present project dives into the main characteristics of suicide throughout an exhaustive bibliographical investigation. In addition, through the Intervention Project the deficiencies in resources available for family members who live with people at risk of suicide are unveiled. Firstly, it exposes a conceptual approach on the meaning of suicide, as well as inducers, risk factors and protective factors related to this issue. Secondly, the project brings to light official suicide statistics from Spain and their evolution. Thirdly, a description on the four suicide phases is included, along with an analysis on people affected by suicide, as well as survivors and family members living with people suffering from suicidal tendencies. Finally, the actions to be carried out in the Accompanying Intervention Project are stated.

KEY WORDS: suicide, family members, risk, protective, survivors, intervention, accompanying.

Índice

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
1.1.	Finalidad y motivos: justificación de la elección.....	4
2.	ESTADO DE LA CUESTIÓN Y MARCO TEÓRICO	5
2.1.	¿QUÉ ES EL SUICIDIO?.....	5
2.1.1.	Inductores del suicidio.....	6
2.1.2.	Factores de riesgo	7
2.1.3.	Factores de protección.....	8
2.2.	EL SUICIDIO EN ESPAÑA	9
2.3.	IDEACIÓN SUICIDA: FASES	11
2.3.1.	Primera fase del suicidio: La ideación suicida	12
2.3.2.	Segunda fase del suicidio: Contemplación activa del propio suicidio	12
2.3.3.	Tercera fase del suicidio: Planeación y preparación	13
2.3.4.	Cuarta fase del suicidio: Ejecución del intento suicida y suicidio consumado	13
3.	PERSONAS AFECTADAS POR EL SUICIDIO	13
3.1.	Los supervivientes del suicidio.....	14
3.2.	Las personas que conviven con familiares en riesgo de suicidio.....	15
4.	PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO PARA PERSONAS QUE CONVIVEN CON FAMILIARES EN RIESGO DE SUICIDIO....	16
4.1.	Destinatarios del proyecto.....	16
4.2.	Análisis de la problemática.....	18
4.3.	Objetivos.....	19
4.3.1.	Objetivo general	19
4.3.2.	Objetivos específicos.....	19
4.4.	Desarrollo.....	19
4.4.1.	Proceso de identificación.....	21
4.4.2.	Acciones de prevención.....	26
4.4.3.	Acciones de acompañamiento	30
4.5.	Recursos.....	40
4.6.	Presupuesto del proyecto	40
5.	CONCLUSIONES.....	41
6.	BIBLIOGRAFÍA	43

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Finalidad y motivos: justificación de la elección

Cada dos horas y media se suicida una persona en España y cada una de esas personas, cuentan con un entorno familiar que se queda sufriendo y necesitan acompañamiento e intervención.

Por ello, considero necesario implementar un proyecto de intervención enfocado al acompañamiento de aquellas personas que sufren la pérdida de su ser querido y que conviven con una persona en riesgo suicida. Los recursos para atender a estas personas son escasos y se deben considerar sus sentimientos para ayudarles a superar el duelo.

Existen situaciones en las que la persona con conductas autolíticas no consigue suicidarse por lo que los familiares sienten miedo y descontrol sobre la persona, con la sensación de no poder hacer nada con él o ella, demandando ayuda profesional.

La intervención con la familia se realizará desde bien el propio trabajador social, o bien un equipo multidisciplinar de trabajadores sociales y psicólogos en los que se enseña al superviviente a controlar y detectar las situaciones de riesgo para llamar al servicio de urgencias en caso de ser necesario. Sin embargo, ¿quién se encarga de cuidar al cuidador?

Hoy en día, en la Comunidad Autónoma de Madrid, existen dos guías; una de ellas es la Guía para familiares de Detección y Prevención de la Conducta Suicida en personas con una enfermedad mental y la otra se denomina Guía de Autoayuda para familiares en duelo por suicidio. Sin embargo, ninguna de ellas atiende las necesidades directas del familiar que se encarga de la persona en riesgo de suicidio.

Apenas se conocen programas que se encarguen de abordar de forma integral y desde equipos integrales la problemática de las personas que conviven con familiares en riesgo de suicidio, prestando atención a la dimensión social del individuo. No solo hay que hacer frente a la detección, sino también al acompañamiento a partir del inicio del duelo, durante y después del duelo.

El trabajador social es capaz de otorgar dimensión social y coordinar al equipo multidisciplinar, por lo tanto, ¿quién mejor que este profesional, puede poner el foco de atención en la implantación de un proyecto de intervención de acompañamiento para personas que sufren este estigma?

Por último y a nivel de forma, en este trabajo se utilizará el masculino como genérico.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y MARCO TEÓRICO

2.1. ¿QUÉ ES EL SUICIDIO?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986 el suicidio es “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

Rocamora (2017), indica que la OMS define el suicidio en 2014 mediante tres categorías:

- El suicidio, que es el acto de matarse deliberadamente.
- El comportamiento suicida, es decir, aquellos comportamientos pensando en el suicidio que se planifican y se intentan.
- El intento de suicidio, el momento en el que se comete el suicidio.

Más adelante, se explicarán las dos primeras categorías, dejando la última de ellas para ser desarrollada en este proyecto de intervención.

Spiller (2005) explica 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.”

Según Blazer y Koenig (1996), el suicidio es “la terminación voluntaria de la propia vida a partir de una forma de conducta y no como una enfermedad. Muchas veces la conducta se puede considerar asociada a desórdenes mentales” (Cecibel, 2017).

Edwin S. Shneidman, estadounidense psicólogo clínico fundó el Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles. Este autor definió la lesión autolítica “como una actuación humana que causa el cese de la vida” (Mosquera, 2016).

Según la Revista de Salud Mental, “el suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí.” (Cecibel, 2017).

Durkheim, es un sociólogo que estudió el suicidio. Urra (2019) indica que Durkheim definió el suicidio como “toda muerte causada directa o indirectamente por una acción u omisión del sujeto, realizada de forma consciente”.

Además, el suicidio se clasifica a través de tres categorías (Palacio, 2010):

- En primer lugar, destaca el suicidio egoísta, que surge debido a los desequilibrios del individuo en relación con su medio social. Suele darse en situaciones de crisis política o económica. Un ejemplo del suicidio egoísta es el desahucio sufrido por la persona que posteriormente, debido a su sufrimiento, decide suicidarse.
- En segundo lugar, se hará referencia al suicidio altruista, que se define dependiendo del tipo de relación existente entre el individuo y la sociedad. El individuo puede estar demasiado separado de la sociedad, lo cual no es bueno para su desarrollo, pero también puede darse el caso en el que el individuo esté firmemente integrado. Como indica Palacio (2010), Durkheim afirma que el individuo es capaz por sí mismo de llevar a la práctica una actitud u otra.
- Por último, el suicidio anómico. Este suicidio se da debido a que las relaciones de convivencia en las sociedades se encuentran descompuestas o disgregadas.

2.1.1. Inductores del suicidio

Hay determinados actos que impulsan al sujeto a la lesión autolítica, por ello es necesario analizar los inductores del suicidio que son los factores que influyen en una persona para que realice la acción suicida.

Desde que se produce el pensamiento de la persona suicida hasta que se comete el acto suicida, el riesgo aumenta considerablemente. Los inductores de un acto suicida son los siguientes: (Urra, 2019)

- La pérdida de un ser querido, que hace que no pueda sobrevivir sin su existencia.
- La percepción de la situación vivida como incapaz de soportarla, lo que le lleva a huir del dolor, del sufrimiento, del estrés y de la angustia que le supone.
- La culpabilidad, tratando de investigar el motivo por el que se siente responsable.
- El suicidio ampliado abarca dos vertientes; por un lado, consiste en acabar con la vida de una persona de su entorno, generalmente cónyuge y/o hijos, una vez la persona decide llevar a cabo el acto suicida. Por otro lado, la persona suicida trata de convencer a su pareja o amigos de que realicen ellos también el acto suicida.
- La venganza, en el sentido de dejar a alguien en vida un gran remordimiento por sus actuaciones.
- La llamada de atención: la persona está convencida de que alguien le ayudará a que evite la lesión autolítica.

2.1.2. Factores de riesgo

El suicidio es un gran problema de salud pública y en el que se debe intervenir desde la perspectiva social, poniendo fin a estos comportamientos.

En este tipo de conductas, existen factores de riesgo, ya sean, individuales, familiares o sociales. Aclararemos cada uno de estos factores con el fin de tener claro a lo largo de la justificación, dónde se deberá hacer hincapié en la intervención social.

- Factores de riesgo individuales:

Cabe destacar el más importante; el intento de suicidio no consumado. Según el Instituto Nacional de Estadística, los varones de 79 años sufren un mayor riesgo de suicidio, englobándose este dato también en los factores de riesgo individuales.

Además, también existen otros tipos de factores como los siguientes: (Navarro, 2003)

- El trastorno depresivo.
- La detección de una baja autoestima.
- La presencia de una desesperanza por motivo de trastornos bipolares.
- Los antecedentes personales a los intentos de suicidio, siendo el factor de riesgo más relevante en esta conducta.

- Factores de riesgo familiares que irán asociados a los siguientes aspectos: (Navarro, 2003)
 - La soledad no deseada, pues la familia es fundamental para un buen desarrollo de la persona.
 - La ausencia de patrones de apego y buenas relaciones familiares.
 - El rechazo por parte de la familia hacia la persona suicida, que nos permite detectar el riesgo que corre este rechazo en las personas suicidas.
 - Los antecedentes de los familiares tendentes al suicidio, siendo uno de los factores de riesgo más importantes en este ámbito.

- Factores de riesgo sociales: (Navarro, 2003)
 - El consumo de sustancias adictivas, en especial, el alcohol y las drogas. La adicción al alcohol y drogas supone un riesgo mayor que, incluso aquellas que padecen de un cuadro depresivo. Como apunta la OMS en 2004, si a esta variable, le añadimos que el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en países en vías de desarrollo y el tercero en países desarrollados, debemos ser conscientes de la advertencia respecto a la salud de estas personas y sus futuras actuaciones (Sánchez, 2016).
 - La situación económica, relacionada con el suicidio egoísta anteriormente explicado. Por motivos relacionados con una economía precaria, la persona tiene un riesgo elevado de cometer el acto suicida.

2.1.3. Factores de protección

El objetivo de estos factores es disminuir la probabilidad de un suicidio aun existiendo factores de riesgo. Se pueden dividir en: (Urta, 2019)

- Personales:
 - Capacidad de resolver conflictos o problemas.
 - Confianza en uno mismo.
 - Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
 - Flexibilidad cognitiva.
 - Tener hijos, sobre todo en las mujeres.
- Sociales o medioambientales:
 - Apoyo familiar y social y la calidad de estas relaciones.

- Integración social.
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.
- Valores culturales y tradicionales.
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

2.2. EL SUICIDIO EN ESPAÑA

Según la OMS, cerca de 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo, además de que el 79% de los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. “En el año 2002, la OMS afirma que el suicidio ocupó el lugar número 13 como causa de muerte, con 14,5 casos por 100.000 habitantes” (García Rábago, 2010).

Por otro lado, según el Instituto Nacional de Estadística, en España se producen 10 suicidios al día.

Es decir, nos encontramos ante un problema importante que debemos tratar. Debemos hacer hincapié en aquellas 3.650 personas afectadas por suicidios de sus familiares y no reciben una atención adecuada.

A continuación, expondremos los datos de los suicidios anuales que se han producido en España a lo largo de los años desde 2010 hasta la actualidad (Tabla 1). Más tarde, podremos observar en dos gráficos, los datos extraídos de la página oficial del Instituto Nacional de Estadística, lo que nos ayudará a visualizar de manera más clara los grandes contrastes existentes desde el año 2010 hasta el año 2018.

Tabla 1. Suicidios Anuales en España

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hombres	2619	2718	2662	2680	2938	2911	2724	2435	2468
Mujeres	920	961	907	922	972	959	815	745	690
Total	3539	3679	3569	3602	3910	3870	3539	3180	3158

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En la Ilustración 1 se puede ver el crecimiento y decrecimiento del número de suicidios a lo largo de los años indicados. Desde el año 2010 hasta el año 2013, los datos no varían considerablemente, ya que rondan alrededor de los 3.500 casos.

Sin embargo, sí se puede percibir una gran diferencia de un año a otro, reflejada en el año 2013, que se consumaron 3.602 suicidios y en el año 2014, se dieron 308 casos más (un 9%) de los ocurridos en el año anterior (3.910).

Entre el año 2014 y 2015, la diferencia es mínima. En concreto, 40 suicidios fueron los que supusieron un decrecimiento en la estadística anual del total de suicidios en España. En 2016, vuelven a disminuir los casos en torno a un 9% respecto al año 2015, es decir, 331 casos son los que corresponden al porcentaje indicado anteriormente.

Siguen disminuyendo los datos, y, entre el año 2016 y 2017, son 359 casos menos, los que corresponden a un porcentaje del 10%, el dato más elevado a años anteriores. Sin embargo, a pesar de que las cifras continúen disminuyendo, del año 2017 al año 2018, únicamente son 22 los casos que disminuyeron, reflejándolo en un porcentaje del 0,7%.

Elaboración propia de los datos extraídos del INE

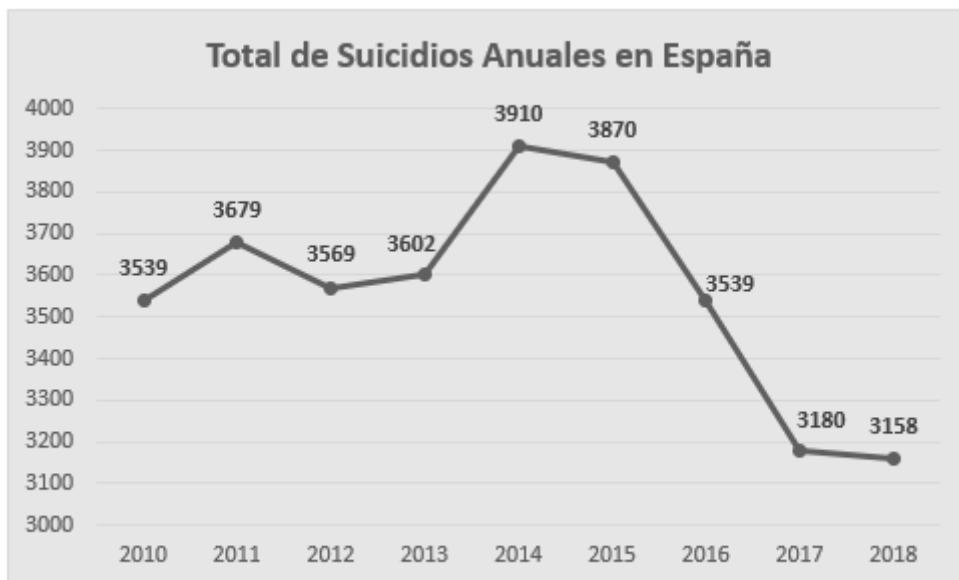


Ilustración 1. Total de Suicidios Anuales en España

Con la Ilustración 2 se destacará la diferencia que existe entre la cantidad de suicidios consumados entre hombres y mujeres.

Se percibe claramente que son más hombres los que consuman el acto suicida con una gran diferencia. Esto se debe a que, respecto a las mujeres, no alcanzan los 1.000 casos de suicidios consumados, mientras que, respecto a los hombres, en ningún año se dan menos de 2.000 casos.

Hay que destacar que 2014 fue el año en el que se dio una máxima diferencia de 1.966 casos de un total de 3.910, 2.938 hombres y 972 mujeres. No se sabe la causa del descenso, sin embargo, es posible que, tras concienciarse de las altas cifras de suicidio, los Servicios Sociales y los Servicios de Salud Mental, hayan realizado planes de prevención para solventar esta problemática.

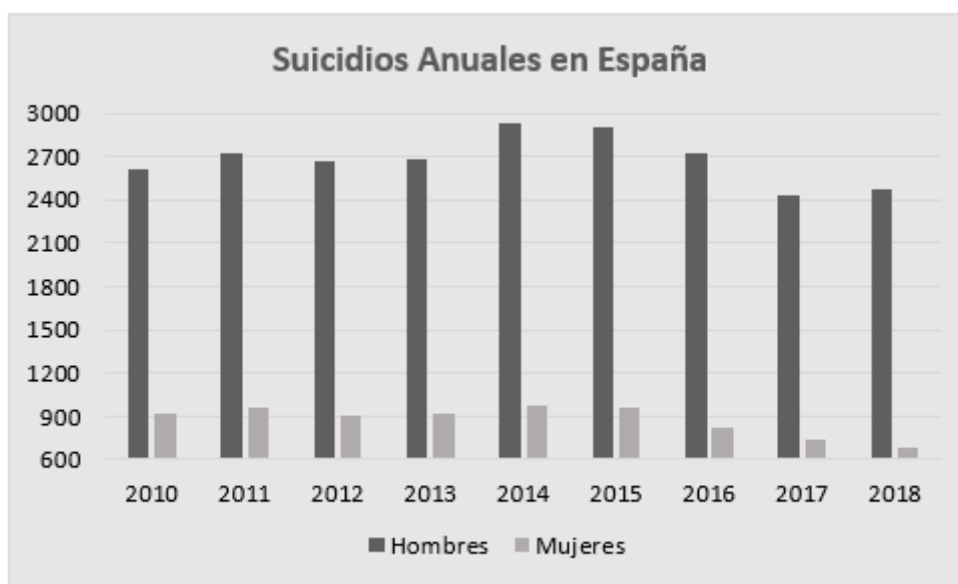


Ilustración 2. Suicidios Anuales en España

2.3. IDEACIÓN SUICIDA: FASES

No solo se debe tener en cuenta el presunto suicida, sino también a aquellas personas que conviven y sufren durante todo el proceso. “Además, el suicidio tiene un profundo impacto psicológico y social que afecta directamente a otras personas, fundamentalmente las más próximas. La OMS en el 2000, señala que un suicidio individual afecta profundamente al menos a otras seis personas y, en caso de ocurrir en una institución educativa o en el lugar de trabajo, el impacto es todavía mayor.” (Sánchez Sosa, 2010).

El suicidio es un proceso que puede constar o no de fases determinadas, hasta llegar al suicidio consumado. Es imprescindible conocerlas para entender el acto suicida que comete el paciente con el que el Trabajador Social y demás profesionales tendrán que intervenir.

Para entender la problemática, Miranda (2009) determinó cinco fases, las cuales no requieren ser sucesivas: (Sánchez, 2016)

- Ideación suicida pasiva.
- Contemplación activa del propio suicidio.
- Planeación y preparación.
- Ejecución del intento suicida.
- El suicidio consumado.

2.3.1. Primera fase del suicidio: La ideación suicida

La ideación suicida, así como la conducta suicida, es el comportamiento principal que se percibe en las actitudes que manifiesta una persona (Sánchez, 2016).

La depresión u otro trastorno psiquiátrico, sumado de experiencias traumáticas o crisis psicosociales, son indicios y factores clave para detectar la ideación suicida. De los factores de riesgo anteriormente expuestos, el alcohol es el más presente en la conducta de ideación suicida. A pesar de que como hemos visto en los datos estadísticos anteriormente expuestos, son más hombres los que llegan a conseguir la consumación del suicidio, son las mujeres las consumen alcohol con más frecuencia, suponiendo un porcentaje de ideación suicida más elevado en el sexo femenino (concretamente, una quinta parte) que en el sexo masculino (siendo un tercio) (Gutierrez García, 2006).

2.3.2. Segunda fase del suicidio: Contemplación activa del propio suicidio

En esta fase el sujeto piensa en quitarse la vida, lo verbaliza en ocasiones, pero no lo tiene decidido ni planeado, ni el lugar donde lo va a realizar, simplemente es una idea.

Esto no quiere decir que se vaya a elaborar un plan y menos ejecutarlo.

2.3.3. Tercera fase del suicidio: Planeación y preparación

Esta fase consiste en profundizar el concepto de ideación suicida, además de especificar las conductas que pondrá en práctica tras las amenazas suicidas (Echeburúa, 2015).

Por ello, el individuo focaliza su actuación en saber cómo, dónde, cuándo, por qué y para qué realizará el acto suicida. Además, la persona suicida tomará las medidas necesarias para evitar ser descubierta (Córdova Osnaya, 2007).

El plan suicida además de relacionarse con un trastorno depresivo, adicionalmente, se asocia con menores niveles de impulsividad y mayores niveles de pesimismo. Las personas que tienen proyectado el plan suicida durante un periodo de tiempo en cierto modo, largo, presentan conductas suicidas con más predisposición a la muerte. Las personas suicidas cuentan con cierta impulsividad en las acciones que ejecutan, lo que conlleva a la ausencia de un plan suicida previo, motivo por el cual el intento de suicidio no es letal (Téllez-Vargas, 2006).

2.3.4. Cuarta fase del suicidio: Ejecución del intento suicida y suicidio consumado

Una vez llevadas a cabo las fases anteriormente expuestas, el sujeto ejecuta el acto suicida, concluyendo o no en la muerte.

3. PERSONAS AFECTADAS POR EL SUICIDIO

Se puede presumir que se ven afectados cuatro miembros de la familia del sujeto que decide realizar la lesión autolítica. Siendo 800.000 personas en el mundo quienes intentan suicidarse, existe un total de 3.200.000 personas afectadas por este hecho. Hoy, en España, no existen recursos de atención, de apoyo o de acompañamiento a las personas que están sufriendo el suicidio por parte de miembros cercanos.

Además de no disponer de los recursos sociales necesarios para apoyar a estas personas, el suicidio es juzgado por la sociedad y este acto, también lo sufre la familia siendo estigmatizados, lo cual no es nada fácil de afrontar.

La intervención con los familiares será de gran ayuda para poder mejorar la calidad de vida de estas personas, con el objetivo de conseguir una estabilidad emocional, lo cual se

considera indispensable para llevar a cabo de la mejor manera posible los hábitos personales, sociales o laborales de los familiares en cuestión.

3.1. Los supervivientes del suicidio

Las personas afectadas por el suicidio además de aquella persona que lo ha cometido, son los familiares de esta. Las dinámicas familiares, la observación participante para conocer el proceso de duelo y la manera en la que se ven afectados los familiares, es algo imprescindible cuanto menos, debido a la necesidad de precisar de cierto tiempo para superarlo.

Los familiares suelen negar la muerte de su ser querido, llegando incluso a convencerse a sí mismos de que no ha ocurrido.

Seguido de esto, tratan de obtener una explicación por el que su ser querido decidió quitarse la vida. Esta búsqueda del por qué lo hizo, suele ser larga y permanecer en el tiempo durante muchos años. También imaginan lo ocurrido tratando de tomar un control sobre la situación manifestando la posibilidad que hubiesen tenido para evitar esta situación, donde aparece la culpabilidad.

La resiliencia es un concepto que caracteriza a los familiares de las personas suicidas. A pesar de ello, no debemos olvidar su proceso de duelo y el daño que aún sufren incluyendo la culpabilidad que sienten en muchos casos imaginando que podrían haber hecho algo para evitarlo (García-Viniegras, 2012).

Al contrario de lo anteriormente expuesto, existen casos en los que los familiares llevan a cabo su duelo sintiendo alivio y desahogo por la muerte de su ser querido, justificando esta conducta con el hecho de no tener que seguir apoyando y viviendo sus intentos suicidas.

Se debe tener en cuenta que las personas que padecen de un duelo patológico, o aquellas con antecedentes psiquiátricos, supondrán una probabilidad más alta en las consecuencias negativas del suicidio, requiriendo un apoyo considerable y reiterado. Una de estas consecuencias se refiere al hecho de ocultar la causa de la muerte, puesto que se sienten

incomprendidos, creen que serán juzgados y aparece la ausencia de apoyo social (García-Viniegras, 2012).

Además de existir el duelo por parte de los familiares adultos, también existe el duelo en menores debido al suicidio de uno o ambos progenitores. En este sector, se debe hacer hincapié debido a sus desventajas emocionales puesto que la edad temprana en la que se encuentran puede llegar a perjudicarles. Así como en los adultos, los niños también adoptan actitudes reacias, negando la muerte del progenitor, mostrando cambios de humor de manera repentina e incluso optando por el suicidio para llamar la atención.

El sentimiento de culpabilidad también aparece en las manifestaciones de los niños, pero al contrario que los adultos, enfocan esta culpabilidad a las quejas que expresaban los progenitores por sus malas conductas. Un aspecto nuevo para dar a conocer en los menores que pierden a un ser querido, son las alteraciones perceptivas.

El nivel de desarrollo cognitivo y madurativo, el cual variará en función de la edad del menor, será un factor influyente a la hora de comunicarle y explicarle el suicidio cometido por el progenitor correspondiente (García-Viniegras, 2012).

3.2. Las personas que conviven con familiares en riesgo de suicidio

Las personas que pertenecen al mismo núcleo familiar que el sujeto que ha cometido el acto suicida, evidentemente sufren por la pérdida de su ser querido.

No obstante, en aquellos casos en los que el sujeto decide cometer el acto suicida, pero, por el motivo que sea, no lo consigue, los familiares que están a su alrededor también lo sufren.

En este caso es en el que se pondrá atención a lo largo del proyecto, porque la desprotección que sufren estas personas no está siendo atendida por ningún programa implementado por la Comunidad de Madrid.

Adicionalmente, el sentimiento de culpa está siempre muy presente en los familiares de la persona suicida y es necesario tratarlo para no producir posibles efectos negativos en los allegados.

4. PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO PARA PERSONAS QUE CONVIVEN CON FAMILIARES EN RIESGO DE SUICIDIO

El ámbito de intervención de este proyecto se extenderá a la Comunidad Autónoma de Madrid, dirigiéndose a aquellas personas que sufren directamente la situación de un familiar que se ha suicidado o quiere hacerlo y, que, además, conviven con él.

La duración estimada de este proyecto es un año, por lo que el presupuesto se realizará en base a ese año.

4.1. Destinatarios del proyecto

La población a la que va dirigida este proyecto son los familiares que conviven con personas en riesgo de suicidio y que tengan necesidades en el ámbito psicosocial y psicoemocional.

Uno de los problemas detectados es que estas personas no están identificadas de forma proactiva. No existe un protocolo que siga unas pautas de identificación de estas personas, y es necesario, ya que, en muchas ocasiones, no acuden ni a los Servicios Sociales, ni a los centros de salud hasta que se produce la lesión autolítica.

Los familiares que conviven con personas en riesgo de suicidio no son identificados a través de ningún recurso, por lo que no se les puede detectar para atender sus necesidades.

A través de este proyecto se identificarán a estas personas con la ayuda de determinados profesionales que tienen fácil acceso y un contacto más directo con ellos. De esta manera, los profesionales podrán ofrecer este recurso a quienes consideren oportuno observando la situación personal de cada uno.

Por ello, para la identificación de los destinatarios desde determinados ámbitos se implementarán acciones en los siguientes servicios:

- Servicios Sociales, ya sea por demanda directa o indirecta.

- Demanda directa: aquellas personas que acuden directamente a los profesionales necesarios en el ámbito de los Servicios Sociales para informar sobre su problemática.
- Demanda indirecta: en este sentido se refiere a las situaciones en las que el familiar acude a los Servicios Sociales correspondientes a su zona para hablar con el Trabajador Social y transmitirle sus sentimientos. El familiar no es claro con la situación y le transmite el agobio y el miedo que siente por la situación que vive en casa, hasta que finalmente el profesional detecta la situación de suicidio en su domicilio.
- Consultas de Salud Mental: estas consultas compuestas por un trabajador social se centran en los problemas de salud mental de las personas. Sin embargo, cuando acude a consulta el familiar que convive con una persona en riesgo de suicidio, el trabajador social deberá detectar las necesidades familiares para saber la situación actual que está viviendo en su domicilio.
- Unidades de Psiquiatría en hospitales: en estas unidades, el psiquiatra se centra en los problemas psiquiátricos de la persona que acude a ellas. No obstante, cuando el familiar acude a consulta, el psiquiatra debe detectar las necesidades familiares para saber lo que ocurre en su domicilio. Se propone que estas unidades estén compuestas por un equipo multidisciplinar formado por un trabajador social que ayude a detectar las necesidades del paciente en el ámbito sociofamiliar.
- Unidades de urgencias: la primera actuación que realizan estas unidades supone un primer contacto con los familiares que sufren por la persona suicida con la que conviven. Estas unidades son las primeras que intervienen cuando una persona decide acabar con su vida, por lo que conocerán el núcleo familiar con el que convive esta persona.
- Servicios de Emergencias sanitarios y no sanitarios, tales como bomberos, Policía Nacional o SAMUR social: estas personas también son las primeras en encontrarse con los familiares de las personas en riesgo de suicidio en el momento de la lesión.

La finalidad de trabajar con estos profesionales es capacitarles, sensibilizarles y ayudarles a que ellos mismos puedan identificar a los familiares que conviven con personas en riesgo de realizar una conducta autolítica.

4.2. Análisis de la problemática

La situación de angustia y desesperación de las personas en riesgo de suicidio genera problemáticas en el entorno familiar.

Por otro lado, como ya se ha comentado, no existen recursos específicamente indicados como este proyecto, desde el momento de la detección de los destinatarios hasta el momento en el que se comienza a intervenir con ellos.

Para poner en perspectiva esta dificultad, se listarán algunos de los posibles problemas que pueden surgir en estas personas, con el objetivo de prevenir o solventarlo tras implantar este proyecto de intervención:

- Problemas de carácter psicológico.

Es decir, aquellas personas que se enfrentan a menudo a sus propias inseguridades y miedos por el temor de que la persona en riesgo de suicidio vuelva a tener una conducta autolítica.

Estos miedos pueden desencadenar en problemas patológicos si no son atendidos, lo que supone una desestabilidad en la vida del familiar encargado de esta persona.

- Problemas de carácter social.

En este sentido se refiere a aquellas personas que son incapaces de socializarse, mantener un vínculo social con su entorno más cercano y optan por el aislamiento, ya que quieren estar a disposición completa de la persona en riesgo de suicidio.

Otro problema de carácter social es la ausencia de conocimiento y, por lo tanto, la dificultad de acceso a los Servicios Sociales para demandar la ayuda y necesidades oportunas. Esto se debe a que no todas las familias han tenido que acudir a los Servicios Sociales, por lo que es algo nuevo para estas familias y se debe tener en cuenta.

Los problemas relacionados con el riesgo suicida suelen asociarse a familias desestructuradas y con un nivel económico bajo. No obstante, se debe hacer hincapié en la existencia de estos problemas en el conjunto de la población sin tener en cuenta estigmas sociales, pues son situaciones que pueden ocurrirle a cualquiera.

- Problemas de carácter económico.

En muchas ocasiones, estas familias carecen de recursos económicos que les dificulta el acceso a psicólogos privados y determinadas asociaciones con ánimo de lucro para agilizar su tratamiento y poner fin al sufrimiento diario del que padecen.

- Problemas de carácter emocional.

En este caso predomina la incertidumbre, la culpabilidad, el sufrimiento, la desesperación, vergüenza, angustia, autodesprecio y la estigmatización.

4.3. Objetivos

4.3.1. Objetivo general

Identificar a la población afectada por las conductas autolíticas que llevan a cabo las personas con las que conviven y dotarles de los recursos necesarios para minimizar los riesgos de esta problemática, tanto para ellos mismos como para los posibles suicidas.

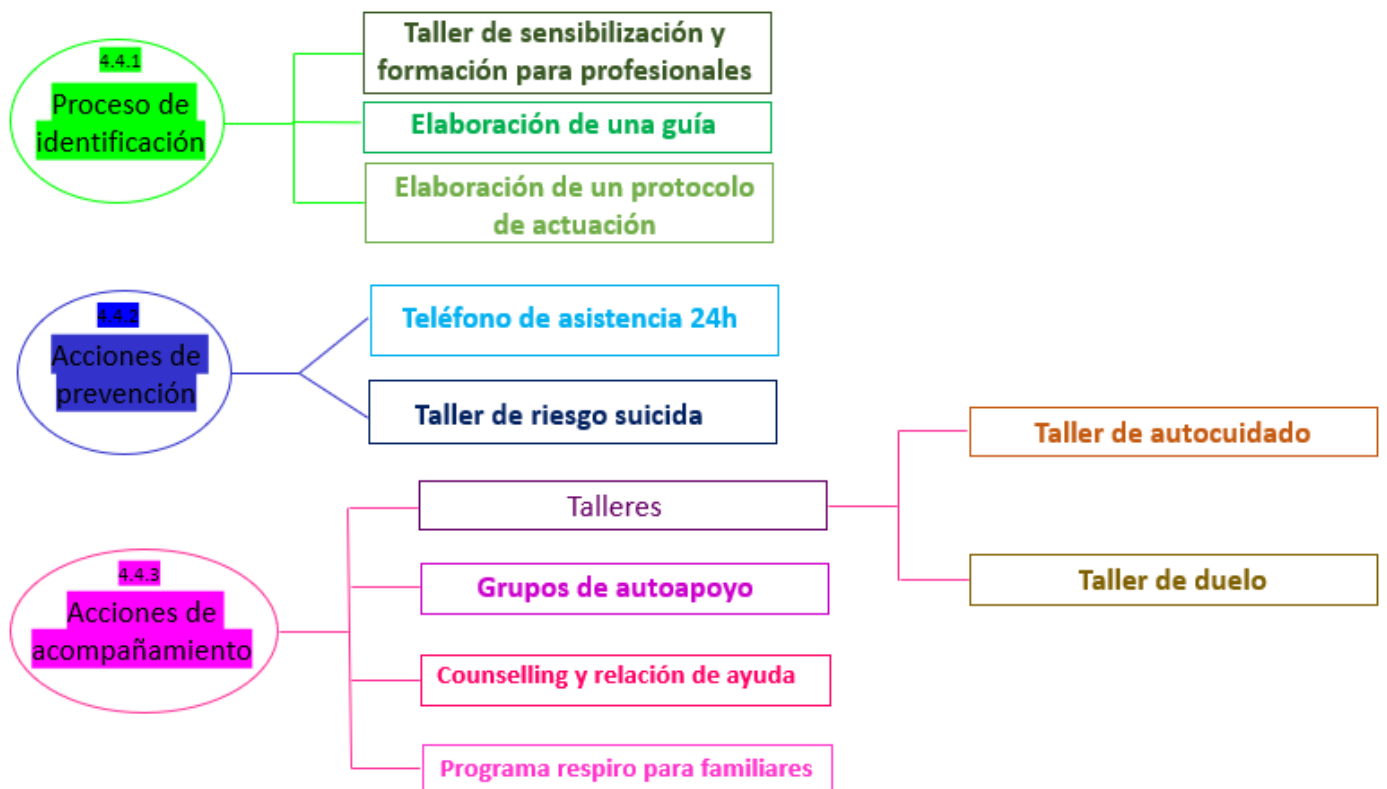
4.3.2. Objetivos específicos

1. Dotar a esta población de las herramientas necesarias para identificar situaciones de peligro que se dan en sus familiares.
2. Dotar a estas personas de recursos necesarios para saber afrontar dichas situaciones.
3. Realizar un acompañamiento a estas personas en momentos de crisis emocional para que puedan afrontar la situación con una mayor facilidad.

4.4. Desarrollo

En este proyecto se pretende hacer un trabajo social proactivo que identifique a las personas que normalmente no acudirían a él. Por eso se proporcionan una serie de acciones y actividades a realizar.

ESQUEMA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN



4.4.1. Proceso de identificación

La identificación es imprescindible, ya que si no se conoce a quiénes son los que demandan la ayuda ofrecida por este proyecto, no se podrá llevar a cabo.

Es necesario identificar a los destinatarios, para que posteriormente, se les pueda ofrecer el proyecto. Una vez conozcan el proyecto y los objetivos de este, se trabajará con estos destinatarios unas acciones especiales.

Respecto al proceso de identificación, es imprescindible que los profesionales que proporcionen una atención primaria a los familiares deben dotarse de una formación precisa para llevar a cabo el proyecto. Por ello, en este apartado, se realizarán las siguientes acciones:

- 1. Taller de sensibilización y formación para profesionales.**
- 2. Elaboración de una guía.**
- 3. Elaboración de un protocolo de actuación.**

1. TALLER DE SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN

PARA PROFESIONALES:

A. Introducción:

La sensibilización es un factor clave a la hora de la formación y el desempeño de la actividad profesional.

La población diana a la que irá dirigido este taller debe separarse dependiendo de la disciplina profesional que desempeñan. Por lo tanto, los grupos compuestos para la realización de este taller serán los siguientes:

- GRUPO 1: Profesionales dedicados al ámbito de Servicios Sociales.
- GRUPO 2: Profesionales dedicados al ámbito de Salud Mental y Psiquiatría.
- GRUPO 3: Profesionales dedicados al ámbito de situaciones de emergencias y urgencias.

La división de grupos respecto a las diferentes disciplinas es necesaria para mejorar la situación al máximo posible desde los diferentes ámbitos profesionales teniendo en cuenta sus conocimientos específicos, y, por lo tanto, considerar adecuadamente a los familiares que conviven con personas en riesgo de suicidio.

Este taller permitirá adquirir una buena formación y una mejora profesional de los propios expertos que impartirán los talleres del proyecto.

B. Objetivo:

Facilitar información a los profesionales de las diferentes disciplinas que están en contacto directo con los usuarios demandantes de este proyecto de intervención.

C. Contenido:

Los tres grupos de disciplinas profesionales diferentes seguirán este mismo esquema:

- Cómo detectar estados de angustia en personas con familiares suicidas.
- Cómo detectar problemáticas familiares.
- Proporcionar habilidades sociales para ser capaces de abordar el problema.
- Proporcionar habilidades de comunicación para dirigirse al familiar.

No obstante, a pesar de centrarse en los dos aspectos mencionados anteriormente, cada taller personalizará sus contenidos respecto a los profesionales del ámbito social, sanitario y de emergencia.

D. Metodología:

Se tratará de un taller fundamentalmente práctico en el que se realizarán:

- **Estudios de casos:** los profesionales relatarán casos reales que se les haya presentado en sus consultas o ficticios, y se les enseñará a lidiar con esa situación en el momento en el que aparece.
- **Rol Playing:** tanto los profesionales como los formadores representarán situaciones reales o imaginarias para que todo el grupo sea capaz de observar cómo y qué pautas hay que tener en cuenta para intervenir en una situación en la que acude un familiar de una persona con riesgo suicida con la que además convive día tras día.
- **Dinámicas de grupo:** en la que participará el conjunto del grupo demostrando lo que se ha aprendido en las prácticas anteriores.

E. Formador:

El trabajador social asociado a este proyecto de intervención será el encargado de impartir estas sesiones.

2. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA:

Esta guía irá dirigida a los profesionales que intervienen en el proyecto para que puedan hacer uso de ella en los momentos pertinentes.

La finalidad de la guía es que los profesionales puedan disponer de ella siempre que lo necesiten en su día a día para facilitar su trabajo y, por consiguiente, prestar la asistencia necesaria que requieran las personas que acudan a estos profesionales.

Esta guía estará compuesta por una serie de aspectos que deben tener en cuenta los profesionales, como, por ejemplo:

1. Conocer las pautas adecuadas para identificar a los familiares que conviven con personas en riesgo suicida, y ponerlas en marcha.
2. Transmitir a los familiares un ambiente de confianza y respeto para conseguir que sientan seguridad sobre las actuaciones profesionales.
3. Interactuar frente a esta situación a través de la comunicación con los familiares, mediante una postura neutra, asegurándole a los familiares la disposición de los profesionales siempre que lo necesiten.

3. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN:

El protocolo de actuación permite al profesional establecer determinados conocimientos para actuar en ciertos procedimientos adecuadamente.

La población diana de este protocolo de actuación serán los profesionales que intervienen en este proyecto.

La finalidad es que los profesionales tengan la capacidad de actuar y cuenten con una serie de técnicas para establecer la mejor acción posible. Por ello, se recomendarán las actuaciones más adecuadas tras identificar a los destinatarios para conseguir el objetivo de este protocolo:

1. Dependiendo de cada situación planteada, los profesionales deberán saber con qué tipo de recurso o servicio tendrán que ponerse en contacto para comunicar la situación de los familiares.
2. Posteriormente, los profesionales deberán conocer el servicio más apropiado para derivar a los familiares.
3. Informar a los familiares de la decisión tomada por los profesionales respecto a su derivación al servicio asignado para realizar un seguimiento sobre la situación de estos.

4.4.2. Acciones de prevención

Respecto a este proyecto, la prevención es cualquier acción específica que logre la atención a aquellas personas que sufren por el familiar con el que conviven, ya sea por la posible conducta autolítica que puede tener o por la impotencia de no saber cómo ayudar y atender a su familiar para que no consiga acabar con su vida.

Por ello, se proponen las siguientes acciones de prevención:

- 1. Teléfono de asistencia 24 horas dirigido a las personas suicidas y a las personas que conviven con ellas.**
- 2. Taller de riesgo suicida.**

1. TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS DIRIGIDO A LAS PERSONAS SUICIDAS Y A LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON ELLAS:

No existe un teléfono de asistencia al suicidio que sea fácil de recordar para los familiares que se encuentran en crisis por presenciar una situación en la que la persona con la que conviven decide poner fin a su vida.

Actualmente existen multitud de fundaciones y asociaciones que disponen de una línea telefónica para la asistencia a personas suicidas. Sin embargo, no existe ninguno, así como el teléfono de violencia de género (016) para la asistencia especializada y eficaz de los familiares que conviven con personas en riesgo suicida.

En este proyecto de intervención se considera necesaria la creación de una nueva línea telefónica o la colaboración con una de las ya existentes. De manera que una vez que existe un número de teléfono gratuito y fácil de recordar, se perseguirá el propósito de que atienda a personas que no han sido atendidas hasta ahora. Las personas encargadas de atender estas llamadas serán trabajadores sociales y voluntarios.

Los objetivos del teléfono son:

- Ayudar a los familiares a identificar y concienciar de las situaciones emergentes que tienen en sus domicilios.
- Tranquilizar y conseguir la confianza de los familiares que se encuentran en crisis emocional.
- Ejercer de vía de desahogo para aliviar los sentimientos de los familiares.
- Ofrecer recursos alternativos a los familiares para su estabilidad emocional.

2. TALLER DE RIESGO SUICIDA:

A. Introducción:

La escucha activa es imprescindible para detectar los indicios e intenciones suicidas de una persona, dirigido a los familiares que conviven con estas. Por lo que existen ciertos comportamientos que toman las personas suicidas antes de consumarlo.

La población diana son aquellos familiares que conviven con personas en riesgo suicida.

B. Objetivo:

Detectar las situaciones en las que la persona suicida presenta indicios de realizar la lesión autolítica.

C. Contenido:

El contenido de este taller se compone del aprendizaje de una serie de acciones a realizar por parte de los profesionales para que los familiares sean capaces de detectar los riesgos suicidas.

- Cambios de humor repentinos.

Estas personas suelen contar con una desestabilidad emocional relevante, por lo que sus estados anímicos varían en función de cada momento.

- Observar cambios bruscos en la rutina de la persona.

La persona suicida suele encontrarse en un momento de pasotismo y pérdida de asunción de roles y responsabilidades, lo cual es imprescindible a la hora de detectar las posibles conductas suicidas que pueden suceder posteriormente.

- Frases sospechosas.

Continuas señales verbales, así como; “no aguanto más”, “la vida no vale la pena”, “me quiero morir”, “mañana me suicido”, etc. Cuando las frases tienen una conducta planeada, se debe poner en previo aviso a las unidades de emergencia.

- Trastornos psicológicos.

Existen casos en los que la persona padece de una enfermedad psicológica como, depresión, trastorno de la personalidad, esquizofrenia, etc. Por lo tanto, estas personas tienen un riesgo más elevado de promover ideas suicidas y consumarlas.

- Habilidades de comunicación y escucha activa.

En este caso, es necesario formar a los familiares respecto a esta sesión, puesto que deben saber escuchar de manera activa y entender lo que les comunica la persona en riesgo suicida con la que conviven.

D. Metodología:

Se tratará de un taller fundamentalmente práctico en el que se realizarán:

- **Estudios de casos:** los profesionales relatarán casos reales que se les haya presentado en sus consultas o ficticios, y se les enseñará a lidiar con esa situación en el momento en el que aparece.
- **Rol Playing:** tanto los profesionales como los formadores representarán situaciones reales o imaginarias para que todo el grupo sea capaz de observar cómo y qué pautas hay que tener en cuenta para intervenir en una situación en la que acude un familiar de una persona con riesgo suicida con la que además convive día tras día.
- **Dinámica de grupo:** en la que participará el conjunto del grupo demostrando lo que se ha aprendido en las prácticas anteriores.

La primera parte de este taller se realizará de forma online, donde se expondrán los conocimientos que se impartirán en cada sesión.

La segunda parte de este taller se realizará de forma presencial, donde se realizarán los estudios de casos, el rol playing y la dinámica de grupo.

E. Formador:

El psicólogo y el trabajador social asociados a este proyecto de intervención serán los encargados de impartir estas sesiones.

4.4.3. Acciones de acompañamiento

El acompañamiento y el apoyo dirigido al cuidador en estos casos, es imprescindible. El cuidador no solo se desgasta físicamente cuidando a la persona con la que convive con tendencias suicidas, sino que su estado anímico y psicológico también puede llegar a deteriorarse.

Las acciones de acompañamiento son las siguientes:

- 1. Talleres.**
 - a. Taller de autocuidado.**
 - b. Taller de duelo.**
- 2. Grupos de autoapoyo.**
- 3. Counselling y relación de ayuda.**
- 4. Programa respiro para familiares que conviven con personas en riesgo de suicidio.**

1. TALLERES

Los talleres permiten una interrelación entre la teoría y la práctica de ciertas pautas de aprendizaje con el objetivo de que las personas se sientan acompañadas, escuchadas y comprendidas por los demás.

En las acciones de acompañamiento se proponen talleres, los cuales son imprescindibles para el cuidador, ya que debe ser atendido y cuidado particularmente.

Es cierto que, en muchas ocasiones, los familiares se ven reacios a participar en talleres dirigidos a ellos mismos, puesto que piensan que la persona con la que conviven no estará atendida adecuadamente.

Por lo tanto, se les debe proporcionar un nivel de confianza elevado a los cuidadores para que estén convencidos de la atención proporcionada y la protección que se le garantizará a la persona en riesgo suicida.

Pues bien, mientras los familiares realicen este taller, la persona en riesgo suicida será atendida por los profesionales oportunos para evitar la angustia y el sentimiento de desatención que puede generar en el cuidador (Programa Respiro).

a. TALLER DE AUTOCUIDADO:

A. Introducción:

La promoción de la salud supone el incremento del control sobre la salud de la persona para promover la mejora de esta. Por ello, respecto a los familiares de las personas en riesgo de suicidio, es imprescindible proporcionarles talleres de autocuidado para saber diferenciar el cuidado de la persona, del suyo propio.

La población diana son los familiares encargados de cuidar diariamente a la persona en riesgo de realizar una conducta autolítica, para mejorar el cuidado personal de este familiar.

Este taller permitirá que los participantes deleguen en sí mismos una responsabilidad del cuidado personal, mejorando su nivel de vida general. Además, serán capaces de delegar ciertas acciones al personal sanitario, respecto a la persona en riesgo de suicidio.

B. Objetivo:

Garantizar la enseñanza de cuidado del cuidador al propio familiar encargado de atender a la persona en riesgo suicida con la que convive.

C. Contenido:

Por lo tanto, para mejorar el autocuidado, se realizarán sesiones en las que los familiares aprenderán a cuidar de sí mismos.

- Manejo de la angustia.

El pensamiento continuo de los familiares que atienden a estas personas es la sensación de desatención y dejadez sobre la persona que requiere el cuidado. Este pensamiento les genera angustia, por lo que se establecerán pautas de relajación para erradicar este problema.

- Manejo de la gestión emocional.

El individuo debe ser consciente de las competencias emocionales con las que cuenta, por lo que deberá tener la capacidad de afrontar las tensiones, controlar la ira, saber convivir con sus miedos, controlar los estados emocionales y modificarlos en los momentos oportunos, de tal manera que conseguirá la gestión del estrés.

- Establecer vínculos sociales.

La figura del cuidador genera rechazo a la hora de establecer vínculos sociales puesto que consideran que no disponen de tiempo para ello debido a las conductas habituales a las que están acostumbrados a realizar. En esta sesión se establecerán vínculos entre los miembros del grupo quienes se apoyarán los unos en los otros.

- Resolución de problemas personales.

Los problemas con los que cuentan estos familiares son graves por lo que necesitan expresar sus sentimientos, lo cual realizarán a través de terapias individuales de autoayuda.

- Evitar la automedicación.

Automedicarse es una práctica habitual de algunas personas debido a la situación que tienen que vivir día tras día. Sin embargo, la concienciación de que esta decisión puede ser perjudicial es imprescindible. Existen decisiones alternativas para evitarlo.

- Aprovechamiento del tiempo libre.

El poco tiempo que tienen los cuidadores, suelen emplearlo en seguir cuidando a su familiar de un modo u otro. Pues bien, se les concienciará de la necesidad e importancia de aprovechar esos momentos o espacios libres de los que puedan disponer para dedicarse a ellos mismos.

D. Metodología:

Este taller es un taller teórico-práctico y necesariamente presencial. Se considera necesario conocer personalmente a los familiares e ir estableciendo relaciones con ellos para que los profesionales se cercioren de su aprendizaje y puesta en práctica.

E. Formador:

En este taller trabajarán en conjunto el psicólogo y trabajador social que están asociados a este proyecto de intervención.

b. TALLER DE DUELO:

A. Introducción:

El duelo va unido al concepto de “pérdida”, es decir, quedar separado de algo que se ha tenido. El sufrimiento tras la pérdida de un ser querido o el intento de este mismo por morir supone una multitud de variables que afectan al sujeto, las cuales determinarán la elaboración del duelo.

El duelo por suicidio es uno de los más complicados de superar y requiere de ayuda profesional para subsanar los problemas emocionales provocados.

La población diana son los familiares que han convivido o no con las personas que decidieron realizar una conducta autolítica consiguiendo poner fin a su vida.

B. Objetivo:

Evitar que los factores de un duelo normal se agraven y desencadenen en un duelo patológico a través de conductas de acompañamiento.

C. Contenido:

En este taller de duelo se empatizará lo máximo posible con la persona que se ve afectada por la pérdida o el intento de suicidio que ha cometido su ser querido.

Este proceso empático tratará de comprender a la persona y acompañarla durante todo el proceso, permitiéndola expresarse y abrirse emocionalmente al profesional que impartirá estas sesiones.

- Guía de duelo.

En esta guía se especificará sobre el duelo y sus consecuencias:

1. ¿Qué es el duelo?
2. ¿Cuánto tiempo dura?
3. ¿Cómo y cuándo pedir ayuda?

- Intentar desculpabilizar a la persona afectada.

El sentimiento de culpabilidad es un factor relevante y que aparece con mucha frecuencia en casos de suicidios por diversas razones, ya sea porque así lo manifestó la persona

suicida antes de intentar quitarse la vida, o porque el familiar siente que podría haber estado presente en el momento de la realización de la lesión autolítica para evitarlo.

- Cuidar la percepción individual sobre el duelo por suicidio.

El suicidio es una realidad asociada a la vergüenza. Las personas que han pasado por una situación de intento suicida o tienen algún familiar cercano que lo ha intentado o se ha suicidado, presentan un estigma del que no es nada fácil deshacerse.

D. Metodología:

Las sesiones de este taller se impartirán de manera presencial puesto que las acciones de acompañamiento son esenciales realizarlas personalmente.

E. Formador:

El trabajador social asociado a este proyecto de intervención será el encargado de impartir estas sesiones.

2. GRUPOS DE AUTOAPOYO:

A. Introducción:

El hecho de que las personas que ya han superado en cierta manera el duelo se sentirán empoderadas y con ganas de continuar su vida apoyando a la persona con la que conviven.

La resiliencia es la capacidad de los seres humanos para sobreponerse o reponerse y salir fortalecidos después de haber sufrido situaciones adversas, concepto al que se hará referencia a lo largo de estas sesiones, señalando a aquellas personas que han sido capaces de conseguirlo para motivar al resto de personas de que también lo serán.

La población diana son los familiares encargados de cuidar diariamente a la persona en riesgo de realizar una lesión autolítica, para mejorar el cuidado personal de este familiar.

B. Objetivo:

Compartir las experiencias de cada uno de los miembros del grupo para intentar superar cada una de sus situaciones.

C. Composición del grupo:

El grupo de autoapoyo estará compuesto aproximadamente por 10 personas afectadas, es decir, los familiares de las personas en riesgo de suicidio.

Las diferentes experiencias que cuenten las personas implicadas en el grupo serán de ayuda para que aquellas que se encuentren en una posición desfavorable a la que va contando cada miembro, adopten una postura similar para llevar de una manera más fácil y positiva el duelo por la muerte de su ser querido o por la situación de inseguridad y miedo en la que se encuentra.

D. Encargados de dirigir el grupo:

El terapeuta y el trabajador social especializado en suicidio y duelo asociados a este proyecto de intervención.

3. COUNSELLING O RELACIÓN DE AYUDA:

A. Introducción:

El counselling supone la expresión de los recursos del individuo para la prevención y atención a determinados problemas que presenta, así como conflictos relacionados con crisis emocionales.

La relación de ayuda o counselling en momentos complicados es la mejor opción por determinar para poder expresar los sentimientos y pensamientos que tiene el familiar que convive con la persona posible suicida, acerca de la situación que está viviendo.

La población diana son los familiares que sufren la situación vivida en sus domicilios debido a la convivencia con una persona que ha intentado y/o sigue intentando suicidarse.

B. Objetivo:

Aumentar las habilidades relacionales de comunicación entre las personas para poder expresar sus sentimientos y poder demandar la necesidad oportuna.

C. Funcionamiento:

El profesional trabajará desde un estilo empático, sin prejuicio alguno. Es imprescindible que el usuario reflexione sobre su propia experiencia, lo que se realizará interactuando con él.

En estas reflexiones, la persona expresará la culpabilidad, el miedo, la incertidumbre, la desesperanza, etc. El poder de la narración es un hecho factible para que la persona cuente lo que ha pasado, cómo ha pasado y por qué ha pasado.

Estas sesiones se impartirán de manera individual puesto que de forma grupal no se podría recabar en ciertos aspectos individualmente.

D. Encargado de dirigir las sesiones:

El trabajador social especializado en counselling y relación de ayuda, asociado a este proyecto de intervención.

4. PROGRAMA RESPIRO PARA FAMILIARES QUE CONVIVEN CON PERSONAS EN RIESGO DE SUICIDIO:

A. Introducción:

El Programa Respiro se trata de un recurso de apoyo de carácter no permanente, por lo que, a partir de haber conseguido el autocuidado del cuidador, este será consciente de la presión con la que carga desde que la persona en riesgo de suicidio depende de él o de ella.

Este programa le permite al cuidador conciliar su vida familiar con la vida laboral y social, lo que supone una mejor calidad de vida.

La población diana de este programa son los familiares que conviven con personas en riesgo de suicidio, para descongestionar la carga que supone su situación.

B. Objetivo:

Sustituir al cuidador u ofrecer un apoyo provisional a este para que se dedique a sí mismo, garantizando el cuidado y la atención a su ser querido.

C. Composición del programa:

Este programa contará con la ayuda de dos profesionales que se encargará de que la persona que requiere atención disponga de ella de la misma manera que llega a hacerlo el propio cuidador.

La preocupación es otro factor que el cuidador debe evitar en situaciones en las que se están atendiendo todas las Actividades Básicas de la Vida Diaria de la persona en riesgo de suicidio.

Se quiere transmitir tranquilidad al cuidador, ya que se le proporcionará la atención precisa a la persona en riesgo de suicidio mientras el cuidador se ocupa únicamente de sí mismo.

Este programa tendrá la duración necesaria dependiendo de la capacidad del cuidador de evadirse y sentirse tranquilo cuando su ser querido es atendido por un cuidador distinto a él mismo.

D. Profesionales que componen el programa:

El trabajador y educador sociales asociados a este proyecto de intervención. Además, en este programa también contaremos con la participación de voluntarios.

4.5. Recursos

Para la realización y el desarrollo de este proyecto es necesario contar con una serie de recursos, así como:

- El coordinador del proyecto de intervención:
 - Trabajador social especializado en suicidio y duelo.
- Los profesionales que participan en el proyecto a tiempo parcial:
 - Tres trabajadores sociales, cada uno de ellos especializados en diferentes ámbitos:
 - Salud Mental.
 - Suicidio y duelo (coordinador del proyecto).
 - Counselling o relación de ayuda.
 - Un psicólogo.
 - Un terapeuta.
 - Un educador social.

* A cada uno de estos profesionales, los cuales son autónomos, se les pagará 76 €/hora por cada curso impartido.

- Voluntarios de Trabajo Social.
- Establecimientos adaptados para las sesiones formativas y los grupos de autoayuda, como:
 - Un aula.
 - Un despacho.

* Para economizar recursos se recomienda utilizar el aula y el despacho de los Servicios de Salud Mental.

- Línea telefónica de asistencia a los familiares que conviven con personas suicidas para ser atendidas las 24 horas del día.
- Un ordenador.
- Dos teléfonos móviles.
- Material fungible.

4.6. Presupuesto del proyecto

La cantidad presupuestada para el coordinador del proyecto será un sueldo bruto anual de 22.000 € incluyendo en este importe, los cursos impartidos.

Cada curso planteado en el proyecto durará un total de 8 horas, por lo tanto, la cantidad presupuestada es la siguiente:

CURSO	CANTIDAD PRESUPUESTADA
Taller de sensibilización y formación para profesionales	608 €
Taller de riesgo suicida	1.216 €
Taller de autocuidado	1.216 €
Taller de duelo	608 €
Grupos de autoayuda	1.216 €
Counselling y relación de ayuda	608 €
Programa respiro para familiares que conviven en riesgo de suicidio	1.216 €

* Importe de los cursos según tarifa oficial de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a los recursos materiales:

RECURSO	CANTIDAD PRESUPUESTADA
Línea telefónica (incluye un teléfono fijo, dos líneas móviles y red wifi)	140 €/ 12 meses
Ordenador	800 €
Material fungible	1.500 €

5. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha revisado el aumento del suicidio y, por consecuente, el sufrimiento de los familiares de personas suicidas, hecho en el que hay que intervenir para evitar una difícil convivencia entre estas personas.

Con la propuesta del proyecto de intervención, se ha pretendido acoger a todas las personas que sufren una misma situación para ser atendidas de la mejor manera posible. La atención de cada una de las necesidades de estas personas es algo imprescindible para evitar un sufrimiento acentuado por parte de estas.

Soy consciente de que puedo encontrarme con diversas dificultades, tales como, encontrar un centro de salud para disponer de un aula donde realizar las acciones propuestas, un elevado presupuesto, e incluso dificultad a la hora de encontrar a los profesionales especializados en las materias necesarias integrados en el proyecto.

Aunque sea tan solo una propuesta de proyecto, considero que la ejecución de este proyecto sería muy positiva y de gran utilidad para los destinatarios de este. Las personas que conviven con familiares en riesgo de suicidio serán capaces de gestionar sus emociones, su tiempo y su actuación, permitiéndoles atenderse a sí mismos, sin dejar de lado a su familiar.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Cecibel, T. (2017). *La ideación y/o intento de suicidio en los adolescentes según el modelo de intervención psicosocial: una aproximación desde el trabajo social*.
- Córdova, M. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2): 17-21.
- Echeburúa, A. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2): 117-126.
- García-Rábago, H. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública*, 12(5): 713-721.
- García-Viniegras, C. (2012). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2): 265-274.
- Gutierrez, A. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5): 66-74.
- Instituto Nacional de Estadística. Suicidios Anuales en España.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1): 9-18.
- Tuesca, R., Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, (17): 19-28.
- Palacio, A. F. (2010). La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, 7(12): 1-12.
- Rocamora, A. (2017). *Cuando nada tiene sentido. Reflexiones sobre el suicidio desde la Logoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sánchez Sosa, J.C. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3): 279-287.
- Sánchez, J.C. (2016). Teoría de sistemas: adolescencia y familia. Capítulo 12. Ideación suicida. En Juan Carlos Sánchez, *Teoría de sistemas: adolescencia y familia*. Publicaciones de Universidad de León.
- Téllez-Vargas, J. (2006). *Impulsividad y suicidio*. Bogotá. Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá DC: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.
- Urra, J. (2019). *La huella de la desesperanza. Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio*. Morata.
- Lacasta, M.A. Guía para familiares en duelo. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)