



avivir

www.telefonodelaesperanza.org

SUICIDIO

La epidemia silenciosa

Cada día 10 personas se quitan la vida en España: el suicidio es ya la 1ª causa de muerte no natural en nuestro país

Prevención e intervención terapéutica ante la conducta suicida, por los psicólogos María Guerrero y Alfonso Echávarri

Los teléfonos de ayuda urgente en la contención de las crisis suicidas, por el terapeuta familiar Pedro Ortega



La importancia del contenido...

El 85%* de los consumidores consulta contenidos de diferentes marcas en Internet. Como agencia de publicidad y comunicación, en Impact5 ayudamos a nuestros clientes a definir su mejor estrategia de marca en Internet a través de la conceptualización creativa de sus sitios web y la planificación estratégica de contenidos en redes sociales.



Conceptualización y desarrollo de portales web
Planificación y gestión de redes sociales
Creación de contenidos para blogs
Acciones promocionales online
Planificación de medios
Gestión de la reputación online



¿Quieres una propuesta personalizada para tu empresa?

IMPACT5[®]

985 20 70 80 · www.impact5.es

Síguenos en:  



SUMARIO

Carta del director // Subirse en marcha a un coche fúnebre // 5

A fondo

— **Suicidio, la epidemia silenciosa // 6**

El tabú que sobrecoge a la sociedad
Por Herminio Otero

— **El suicidio se puede prevenir // 14**

La mayoría de los suicidas dan avisos de sus intenciones
Por María Guerrero Escusa

— **Cómo acompañar a un suicida // 20**

Primeros pasos en la intervención terapéutica ante la conducta suicida
Por Alfonso Echávarri Gorricho

— **La familia del suicida // 26**

Secuelas psicológicas en los supervivientes y cómo superarlos
Por José María Jiménez Ruiz

— **Quien pide socorro está a salvo // 40**

Los teléfonos de ayuda urgente para contener las crisis suicidas
Por Pedro Ortega

— **Las llamadas con contenido suicida aumentaron un 29,5% en 2012 // 46**

Por Fernando Alberca

Entrevista // 34

Con Javier Jiménez Pietropaolo, presidente de AIPIS (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención de Suicidios).
Por Gloria Díez

Cine // 50

La transparencia del suicidio cinematográfico
Por Norberto Alcover

A pie de calle // 56

¿Tabú o primera página?
Por Antonio Saugar

Comunicando // 62

El Teléfono de la Esperanza se presenta oficialmente en Cantabria. El Club Rotario de San Pedro Sula concede el Premio Paul Harris al Teléfono de la Esperanza. Colaboración entre la Diputación de Almería y el Teléfono de la Esperanza en un proyecto de apoyo emocional a personas en crisis.

Cartas de los lectores // 65



Director:
Pedro Miguel Lamet

Redactor jefe y Publicidad:
Fernando Alberca

Diseño gráfico:
José Luis Mendoza

Edita:
Teléfono de la Esperanza
Depósito Legal:
M-28.500-1973

Dirección, redacción y administración:
Francos Rodríguez, 51
(Chalet 25)
28039 Madrid
Tel.: 91 459 00 62
Fax: 91 459 04 50
e-mail:

asites@telefonodelaesperanza.org

Colaboradores:
Herminio Otero
José María Jiménez
Alfonso Echávarri
Gloria Díez
María Guerrero
Norberto Alcover
Antonio Saugar
Pedro Ortega
Fernando Alberca

Coordinación:
Impact 5
Tel.: 985 20 70 80

Fotografías ©©:
www.sxc.hu



Con la financiación de:



Hay un teléfono donde tu voz se escucha siempre

... y es más que un teléfono



HAZTE SOCIO DEL TELÉFONO DE LA ESPERANZA

Nombre y apellidos _____ NIF _____

Dirección _____

Población y provincia _____ Código postal _____

País _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____

Cantidad con la que voy a colaborar 15 euros 30 euros 50 euros Otra cantidad:

Periodicidad trimestral semestral anual puntual (sólo en esta ocasión)

La cuota mínima anual para ser socio es de 50 euros. Todas tus aportaciones al Teléfono de la Esperanza desgravan en la declaración de la renta

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. director del banco: _____ Calle o Plaza: _____ nº: _____

C.P.: _____ Población: _____

Le agradezco que con cargo a mi cuenta, libreta número (completo):

CODIGO CLIENTE (CCC)													
Entidad				Oficina				DC	Número Cuenta				

Atienda los recibos que presentará el Teléfono de la Esperanza.

a de de 201

Firma

De acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, le informamos que sus datos serán incorporados en un fichero automatizado bajo la responsabilidad de la ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DEL TELÉFONO DE LA ESPERANZA con la finalidad de atender los compromisos derivados de la relación que mantenemos con usted. Puede ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante un escrito a nuestra dirección, C/ FRANCOS RODRÍGUEZ Nº 51 - CHALET 25, MADRID 28039. Si en el plazo de 30 días no nos comunica lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados y que se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos el consentimiento para enviarle publicidad de las novedades de la asociación así como de las acciones que lleva a cabo la misma.



SUBIRSE EN MARCHA A UN COCHE FÚNEBRE

Isabel, una divorciada y minusválida de Málaga de 56 años de edad, no pudo superar el hecho de verse obligada a dejar su vivienda como consecuencia de un desahucio. La mujer se arrojó al vacío desde el undécimo piso de su edificio, en la calle Maestro Chapí. El cronista se enteró del suceso a través de uno de los viandantes, uno de los muchos que fueron testigos de los agónicos minutos de espera, con la mujer subida a la barandilla del balcón, de espaldas a la calle y haciendo oídos sordos a las desesperadas llamadas disuasorias de policías, bomberos y vecinos.

«Lo siento, pero no me queda otra salida. Cuídate mucho». Con estas palabras, Isabel se despidió telefónicamente de una amiga antes de poner fin a su vida. Es uno de los pocos casos de los que acaban sabiéndose. La mayoría de los suicidios españoles transcurren en el mayor de los anonimatos, sin que trascienda su tragedia.

Las estadísticas van con mucho retraso, pero la media arroja que cada día se quitan la vida nueve personas en España. El suicidio se ha cobrado 33.677 vidas en los últimos 10 años, a un ritmo constante de más de 3.000 muertes anuales desde la década de los 90. El año que más suicidios hubo fue en 2004, con 3.507 fallecimientos. Luego los datos han ido bajando y subiendo. En 2008 llegó a haber 3.457 muertes.

Aunque no hay cifras oficiales más recientes y muchos de estos casos se camuflan como accidentes por vergüenza de la familia, hay un suicidio diario a consecuencia de la precariedad económica, según Eures, la red creada por la Comisión Europea para facilitar la movilidad laboral.

Se trata de empresarios, desempleados, autónomos, incluso jubilados con pensiones de miseria que se marchan de este mundo por falta de dinero, de trabajo y de esperanza. Los empresarios hablan de situación dramática. Lo cierto es que hoy día mueren más españoles por suicidio que por accidentes de tráfico. Entre otras razones porque se está luchando por la seguridad vial, mientras que nuestra sociedad se oculta el suicidio.

En este número analizamos el tema monográficamente porque además nos toca de cerca. Nuestro Teléfono de la Esperanza tiene una larga experiencia de llamadas en torno a esta tentación, debida sobre todo a depresiones, angustia, locura permanente o momentánea.

La acentuación reciente puesta en la libertad y el derecho a decidir sobre la propia vida ha hecho correr la tesis de que podemos cortarla a placer. Pero más allá de toda creencia, el instinto de supervivencia está en nuestra ADN y en el de todo el reino animal. Otra cuestión que requiere tratamiento aparte es la eutanasia activa y pasiva. Pero matarse a sí mismo en plenas facultades no deja de ser un acto contra natura. Algo falla cuando decidimos de veras, no por pose o llamar la atención, huir de la vida.

Cabe preguntarse qué causas fomentan hoy el suicidio, cómo prevenirlo, cómo acompañar a la familia del suicida y liberarle del sentimiento de culpa. Los existencialistas decían que hemos sido arrojados a la vida sin pedirnos permiso y los posmodernos que todo es relativo y ya no hay valores definitivos. Mucho drama y poco humor. Como decía el gran Jardiel Poncela, “suicidarse es subirse en marcha a un coche fúnebre”, o Gómez de la Serna: “El suicida quiso cerrar los ojos para no ver la vida, pero se les quedaron abiertos”

En el fondo el suicida se toma la vida demasiado en serio. Olvida su dimensión de comedia o sueño calderoniano y, sobre todo, se deja llevar del loro mental volcado en el pasado o temeroso del futuro, no sabe vivir el aquí y el ahora. El arte de vivir es conectar con nuestro interior que está en presente, desprenderse del personaje que creemos ser y hallar esa energía que se abre a los pequeños regalos de la vida. Una tarea que parece sencilla pero que el ruido actual se encarga de drogarnos. Ojalá este número nos ayude a abrir los ojos cuando aún estamos vivos.

Pedro Miguel Lamet



**El tabú que
sobrecoge a la
sociedad**

SUICIDIO, LA EPIDEMIA SILENCIOSA

Por Hermino Otero

No se habla de ello porque es tabú, pero el suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo. Cada día diez personas se quitan la vida en España, y otras 20 lo intentan. Y cada año se producen en el mundo un millón de muertes por suicidio, lo que equivale a un suicidio cada 45 segundos. Una parte importante de esos suicidios o las tentativas se producen en jóvenes de 15 a 19 años y suceden tras una depresión.

Desde el año 2008, el suicidio es la primera causa de muerte no natural en España, es decir, aquella que se produce al margen de las enfermedades. Ha llegado incluso a desbancar a los accidentes de tráfico. En 2010 se quitaron la vida en España 3.145 personas en total. Un año más tarde, lo hicieron 3.500: diez al día. ¿Las causas? La crisis se alza como la principal causa (el 32% de los suicidios se deben a problemas económicos), le siguen el desamor y los problemas de pareja (25,8%), problemas psiquiátricos (19,1%) y los conflictos familiares (11,2%).

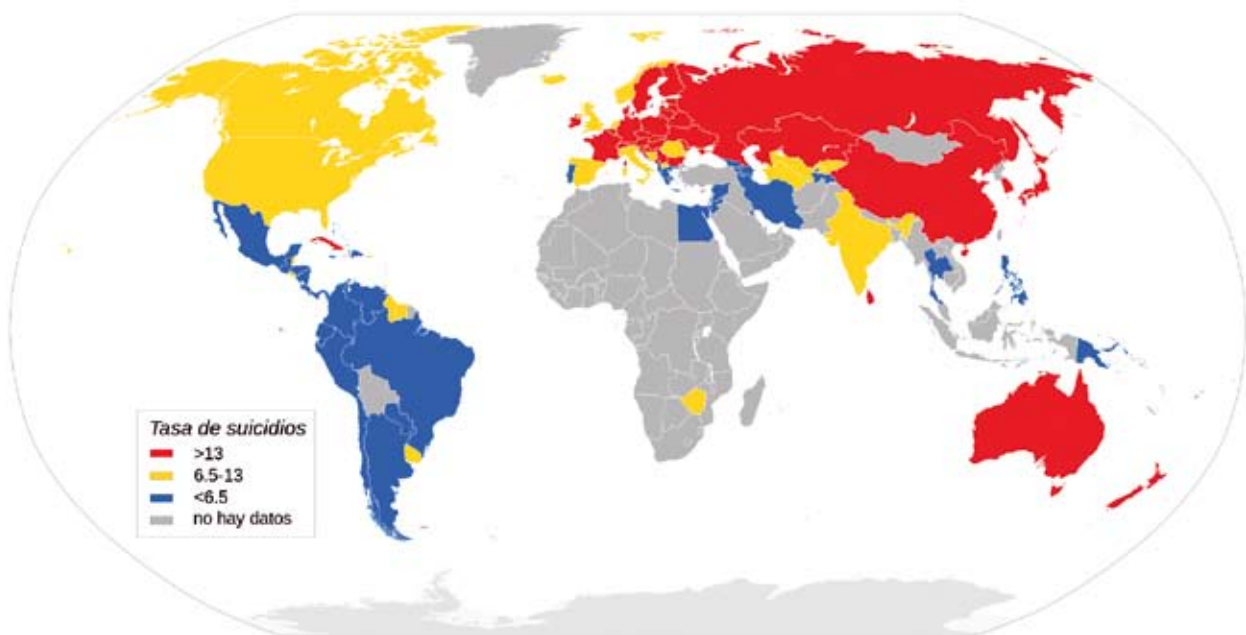
Tasas y geografía del suicidio

Si echamos un vistazo a todo el mundo, las cifras son más alarmantes. La Asociación Mundial de Psiquiatría ha estudiado en un congreso el suicidio como grave problema de salud pública, pues, aunque parezca mentira, cada año mueren en el mundo más personas por suicidio que por accidentes de tráfico o por conflictos bélicos. En 1998, se esti-

maba que un 1,8% del total de muertes se debían a suicidios; actualmente se cree que en un año se suicidará un millón de personas, mientras que las tentativas oscilarán entre 10 y 20 millones.

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 1950 y 1995, lo confirman: las tasas medias anuales de suicidios han aumentado de 10,1 a 16 por 100.000 habitantes. De otra forma: la tasa de suicidio global aumentó más del 60% en 45 años en algunos países. Y más: antes el suicidio se daba fundamentalmente entre personas de edad avanzada; ahora es una de las tres principales causas de muerte entre los de 15 a 35 años, aunque la tasa es elevada también en las personas mayores.

Las tasas alarmantes que, en ciertas épocas y lugares, alcanzan las muertes por suicidio han hecho que esta epidemia silenciosa se considere también como un problema de salud pública y no sólo como un asunto meramente personal. El mapa de la OMS lo refleja bien claramente.



Mapa del mundo con la proporción de suicidas por cada 100.000 habitantes.



Suicidios por cada 100.000 personas [Primeros y últimos de la lista]

Posición	País	Hombres	Mujeres	Total
1	Rusia	61.6	10.7	34.3
2	Corea del Sur	41.4	21.0	31.2
3	Lituania	55.9	9.1	30.7
4	Kazajistán	51.0	8.9	29.2
5	Eslovenia	45.0	12.0	28.1
6	Hungría	44.9	12.0	27.7
7	Japón	35.9	14.4	24.9
8	Letonia	42.9	8.5	24.3
9	Ucrania	43.0	7.3	23.8
10	China	ND	ND	22.23
53	España	12.6	3.9	8.2
85	Filipinas	2.5	1.7	2.1
86	Kuwait	2.5	1.4	2.0
87	Armenia	3.2	0.5	1.8
88	Azerbaiyán	1.8	0.5	1.1
89	Santo Tomé y Príncipe	0	1.8	0.9
90	Perú	1.1	0.6	0.9
91	Azerbaiyán	1.0	0.3	0.6
92	Guatemala	0.9	0.1	0.5
93	Jamaica	0.5	0.2	0.3
94	Irán	0.3	0.1	0.2
95	Siria	0.2	0.0	0.1

En el cuadro de suicidios por países podemos ver que las tasas de suicidios más elevadas se dan en los países de Europa del Este, como Lituania o Rusia. El índice más bajo se registra en América Central y Suramérica, en países como Perú, México, Brasil o Colombia. Estados Unidos, Europa del Sur y grandes zonas de Asia están a mitad de la escala.

Causas del suicidio

Las causas de estas diferencias pueden ser muy variadas. Las más evidentes parecen ser el trauma del cambio social y económico, con el paro, la desvalorización de las pensiones y la quiebra de la sanidad, todo lo cual contribuye al alcoholismo y la depresión. Sin embargo, los bálticos no están



tan mal económicamente como los caucásicos -Georgia, Azerbaiyán, Armenia-, cuyas tasas de suicidio están entre las más bajas del mundo.

Investigadores de la Universidad inglesa de Warwick, el Hamilton College y la Universidad de San Francisco realizaron un estudio conjunto que revelaba un dato curioso: países europeos como Dinamarca, Islandia, Irlanda y Suiza, u otros situados en el continente americano, como Canadá y Estados Unidos, todos ellos considerados entre los más felices del mundo, están también entre los países donde más suicidios se producen. ¿Cuál es la causa? Los autores de la investigación manifiestan que el nivel de felicidad de los demás se convierte en un factor de riesgo de suicidio porque las personas descontentas que viven en lugares donde el resto de individuos son felices tienden a juzgar su propio bienestar en comparación con el de las personas que les rodean.

Las mujeres triplican en número de tentativas de suicidio a los hombres, pero se producen tres veces más suicidios de hombres que de mujeres

¿Influye el clima? En Europa, tienen altas tasas de suicidio países nórdicos con largos inviernos oscuros (Finlandia, países bálticos),

Retrato robot del suicida

SEXO

- Intentos: mujeres 3:1 hombres.
- Autolesiones: hombres 3:1 mujeres.
- Consumados: hombres 3:1 mujeres.
- Método hombres: arma blanca, ahorcamiento, precipitación.
- Método mujeres: psicotropos, venenos.

EDAD

- En adolescentes: tercera causa de muerte (1ª: accidentes, 2ª: homicidios [Kaplan] neoplasias [Vallejo])
- En ancianos: muy elevada en hombres > 85 años debido al aislamiento social, pérdida del cónyuge, ansiedad por inestabilidad económica...

RAZA (de más a menos): Caucasianos, indios americanos, afroamericanos, hispanoamericanos, asiáticoamericanos.

RELIGIÓN: Menos en católicos que protestantes o judíos.

ESTADO CIVIL (de más a menos): Divorciados, viudos, solteros, casados, casados con hijos.

DEMOGRAFÍA:

- Alto riesgo: hombre, > 45 años, raza blanca, vive solo, mala salud.
- Bajo riesgo: mujer, < 45 años, raza no blanca, vive acompañada, buena salud.

OCUPACIÓN: Mayor en extracción social alta, descenso en escala social, paro, profesiones (médicos [1ª psiquiatras, oftalmólogos, anestesiastas], militares; músicos, dentistas).

ÉPOCA DEL AÑO: Más en primavera y otoño.

SALUD FÍSICA

- Enfermedad física contribuye en 11-15% a los suicidios.
- El 32% suicidas han recibido cuidados médicos en últimos 6 meses.

SALUD MENTAL: Casi el 95% de los suicidios tienen un trastorno mental: 80% depresivos, 10% esquizofrenia, 5% demencia o *delirium*. (Además el 25% son alcohólicos).

Extractado de EUTOX Salud Mental.



mientras que países mediterráneos (España, Italia, Portugal, Grecia) están entre los más apegados a la alegría de vivir. En América, también las tasas de suicidio del norte rico (EE.UU, Canadá) duplican o triplican, según los casos, a las de los países latinoamericanos.

Las tasas más altas de suicidios a nivel mundial se dan en Europa del Este: Rusia, Lituania, Kazajistán, Eslovenia y Hungría, y en países orientales, como Corea del Sur y Japón; el índice más bajo se registra en América Central y Suramérica

La enfermedad mental está presente en el 90-95% de los casos en forma de algún tipo de trastorno psiquiátrico, la mayor parte de las veces una depresión. "El 5% restante obedece a un factor existencial que hace que la persona en cuestión vea en el suicidio la única manera de poner fin a sus problemas". Pero existen otros factores de riesgo: antecedentes familiares, padecer una enfermedad crónica que causa dolor, conductas adictivas (como el alcoholismo), acontecimientos vitales que suponen pérdidas afectivas o situaciones traumáticas (una ruptura amorosa, la muerte de un familiar...), el aislamiento y la soledad, y el hecho de haber tenido alguna vez pensamientos suicidas...

Pero eso no es todo. La contaminación industrial puede llevar a la gente al suicidio. Así lo manifiestan dos estudios realizados en medios urbanos y rurales de Carolina del Norte, en lo que se ha aprecia una estrecha relación entre el aumento de las emisiones contaminantes de ciertos productos industriales relacionados con la industria del asfalto y fábrica de papel y, más particularmente, con el sulfuro de hidrógeno, por parte de las empresas locales, y el súbito aumento de suicidios entre la población afectada.



La adolescencia y la ancianidad son las dos épocas de la vida donde aumenta el riesgo de suicidio

Por otra parte, el suicidio parece más 'contagioso' en los lugares de trabajo, sobre todo en el caso de los hombres. Es sabido y aceptado que el riesgo de suicidio de cualquier persona aumenta cuando un familiar se suicida; un estudio realizado por la Universidad de Estocolmo y por la de Oxford, con más de un millón de personas, ha demostrado que los suicidios de compañeros de trabajo también aumentan este riesgo. Los investigadores señalan que, estadísticamente, el peligro afecta sólo a los hombres, pero afecta al doble de varones que los suicidios acaecidos en los entornos familiares.

Lo que está claro es que detrás de un suicidio siempre está el dolor, ya sea físico o moral. Nadie que es feliz se suicida. Quien se suicida siempre es una persona que no ve salida y a quien se le hace insoportable seguir viviendo.



Hombres y mujeres

Entre el 12% y el 15% de las mujeres y del 5% y al 7% de los hombres padecen depresión inductora del suicidio, pero la OMS subraya que hay tres veces más suicidios en hombres que en mujeres, sean cuales fueren las clases de edad y los países considerados, excepto en China, donde el suicidio de mujeres es cuatro puntos superior al de los hombres. Por el contrario, hay tres veces más tentativas de suicidio en las mujeres que en los hombres. La disparidad entre ambas estadísticas se explica por el hecho que los hombres emplean métodos más radicales que las mujeres para morir. Las mujeres lo intentan más; los hombres son más efectivos: usan métodos más eficaces y contundentes.

Y otro dato: la mitad de los que se suicidan lo consigue tras una o varias tentativas. Intentar suicidarse se convierte en el primer factor de riesgo, sobre todo en el primer y segundo año tras la primera tentativa. Y otro dato: "El que habla de suicidio es el que lo comete. Siempre que esto suceda, debemos preguntarle el porqué, no dejarle solo y ganar tiempo".

La edad también importa: en la adolescencia y en la vejez se detectan dos picos en las cifras.

- Los adolescentes encuentran desencadenantes de la muerte voluntaria en el fracaso escolar, las situaciones de maltrato o abuso que ocurren en el colegio, un desencanto amoroso, el divorcio de los padres o conductas de imitación.
- Y los ancianos forman el principal grupo de riesgo. Ellos se ven afectados por la pérdida de poder adquisitivo que va aparejada a la jubilación, la pérdida de la pareja, enfermedades crónicas, problemas familiares.

Silencio: suicidio

En las facultades de Comunicación se enseña que el suicidio no es noticia. Y ya está. Más: "del suicidio no se habla". Y eso es así, entre otras cosas, porque la sociedad considera tabú al suicidio: es un acto de libertad que tiene un culpable. Y ese culpable hay que buscarlo entre la gente del entorno a la persona que se suicida.

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud publicó un estudio de prevención del suicidio y el papel de los medios. Según este estudio, la "publicidad" de un suicidio en la prensa podría llevar al suicidio a una persona vulnerable y por ello se consideraba y considera un tema tabú en el periodismo.

El sociólogo David Phillips demostró en 1974 que el número de suicidios se incrementaba en Estados Unidos durante el mes próximo a que el *New York Times* publicase un caso. A este efecto contagio lo llamó "efecto Werther", por la novela de Goethe *Las penas del joven Werther* en la que el personaje se suicida por amor.

La controversia acerca de si la información en torno al suicidio es, o puede ser, un factor de estímulo para nuevas iniciativas autodestructivas sigue viva, pero cada vez se circunscribe más a los medios de comunicación de mayor difusión.



Los factores de riesgo del suicidio son: haberse intentado quitar la vida antes, suicidios en la familia, enfermedad crónica que causa dolor, conductas adictivas (como el alcoholismo), pérdidas afectivas o traumas (ruptura amorosa, muerte de un familiar...), aislamiento y soledad

En el estudio de la OMS se disponía que "informar del suicidio de manera apropiada, exacta y potencialmente útil a través de medios puede prevenir una trágica pérdida de vidas."

Juan Carlos Pérez, profesor de comunicación y autor de *La mirada del suicida. El enigma y el estigma* (Plaza y Valdés, 2011), escribió ese libro a raíz de que su padre se quitara la vida, dejándole "doblemente huérfano: por serlo y por no poder hablar de ello". Cuando su padre murió, el silencio llenó todos los rincones y, con ello, se agrandó el sentimiento de culpa e incompreensión. Por eso, decidió estudiar el tema y lo plasmó en el libro. En él repasa la evolu-

ción de la consideración del suicidio a través de la historia: un pecado, un delito, una deshonra para la familia, algo romántico con una áura mística... para terminar presentándolo como una cuestión de salud pública de primera magnitud que, sin embargo, permanece oculta a los ojos del ciudadano. Y se propone hablar del fenómeno social que supone el suicidio, porque están en juego muchas vidas y el sufrimiento añadido de familiares y allegados a quienes la coraza de secretismo que lo recubre no hace más que añadir un padecimiento inútil.

Desde el año 2008, el suicidio es la primera causa de muerte no natural en España, es decir, aquella que se produce al margen de las enfermedades

Ante este trágico problema de salud pública que supone en todo el mundo el suicidio, se ha propuesto el 10 de septiembre como Día Mundial para la Prevención del Suicidio, con el que se quieren fomentar compromisos y medidas prácticas para prevenir los suicidios. Bienvenido sea si ayuda a prevenir y superar la devastación emocional, social y económica que supone cada suicidio para numerosos familiares y amigos del millón de personas que al año no ve más remedio que terminar con su vida.





Responsabilidad corporativa



Un compromiso vale más que mil palabras

En "la Caixa", la responsabilidad corporativa es el **compromiso** de actuar de acuerdo con nuestros valores: el liderazgo, la confianza y el compromiso social, porque forman parte de nuestra esencia y nos impulsan hacia el futuro.



EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

La mayoría de los suicidas dan avisos de sus intenciones

Por María Guerrero Escusa



El problema del suicidio choca con un muro de silencio y prejuicios que lo ocultan, sin embargo se trata de una conducta que en la mayoría de los casos puede prevenirse si se establecen los medios de ayuda adecuados.

La Organización Mundial de la Salud mantiene que el suicidio no es una enfermedad ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero considera los trastornos mentales un factor importante asociado con el suicidio.

Las estadísticas muestran que cada año se suicidan un millón de personas en el mundo, mientras que más de 20 millones lo intentan; y, en España, desde 2008, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte no natural.

Las crisis forman parte de la vida. Todas las personas en un momento u otro atravesamos situaciones difíciles, problemáticas incluso límites a lo largo de la vida, a veces vienen de una en una y otras varias a la vez sumiéndonos en estados de confusión y angustia. Sin embargo, solo algunas personas recurren al suicidio como forma de salida de ese laberinto loco que enturbia la mente, otras buscan salidas que les permiten enfrentar y afrontar la dificultad fortaleciéndose en cada punto del camino capacitándose para salir a un sitio nuevo de sí mismos.

¿Qué marca la diferencia entre querer vivir y querer morir?

La vinculación y el sentimiento de pertenencia son el alimento del deseo de vivir.

Una persona sometida a diálisis me hablaba en estos días de su idea convertida en deseo de quitarse la vida. Respondía a mi intento de reflejarle el dolor que supondría para su familia su muerte, diciendo lo siguiente: "No le importará

Algunos tipos de personalidad dominados por el negativismo son muy vulnerables a la ideación suicida, ya que tienden a vivir anclados en el pasado del que enfatizan aquellos momentos traumáticos, rememorándolos una y otra vez hasta vivenciarlos en el presente con la misma carga emocional que cuando ocurrieron

a nadie. Mi mujer y yo hace años que dormimos en camas separadas, apenas nos hablamos, solo nos soportamos porque no hemos tenido el valor para romper nuestro matrimonio. Mis hijos ni me preguntan cómo estoy y, cuando se refieren a mí, lo hacen en términos despectivos. No tengo amigos que me visiten ni trabajo por realizar porque esta enfermedad me impide trabajar ¿Qué hago aquí? Solo soy un estorbo, viviendo sujeto a una máquina que limita mi vivir diario y, sobre todo, ¡estoy tan solo!"

**La dimensión social del hombre es fundamental para su desarrollo como persona.**

Necesitamos sentirnos pertenecientes e integrados en un sistema a partir del cual desarrollamos nuestra identidad personal. Cuando no es así, cuando es la desvinculación o el desarraigo el que domina la relación con el entorno personal, aparece el aislamiento manifestado por la falta de interés por los demás, la comunicación escasa y deficiente, el encerramiento en sí mismo favorecido por el fortalecimiento de mecanismos de defensa que acrecientan el muro ante la vida.

Los modelos aprendidos referentes al modo de afrontar las dificultades suponen un referente poderoso, así la imitación de repertorios de respuestas ante el estrés puede dar como resultado la muerte en los casos en los que personas significativas optaron por el suicidio. Recuerdo una adolescente de 16 años que hasta en dos ocasiones se lanzó por el mismo balcón de su casa del que se había lanzado su madre apenas unos años antes. En una de esas ocasiones, por un desengaño amoroso; en la otra, por un suspenso y el temor a decepcionar a su padre.

Familias desestructuradas suponen otra fuente de riesgo importante por las anomalías en la estructura de la personalidad que la falta de amor, la comunicación abierta y las carencias de cuidado y afecto pueden generar en sus miembros.

¿El suicidio surge de manera espontánea o se gesta?

La mayoría de las personas que cometen actos suicidas titubean entre la vida y la muerte. Por un lado, el impulso de vida; por otro, el deseo de morir, que en realidad es el deseo irrefrenable de matar la vida que no soportan constituida por las situaciones ante las que se sienten en indefensión.

Este dilema vital supone una lucha infernal en la que unas veces gana la partida el deseo de matar situaciones que se consideran inaguantables y que han desbordado las propias capacidades de respuesta atentando gravemente contra la esperanza, materializado en un intento que no siempre pretende alcanzar su objetivo final: acabar con la vida.

La ideación suicida se va gestando en el tiempo, se trata de un conjunto de pensamientos orientados en una misma dirección que van cobrando fuerza y mediante los cuales la persona va dando forma a la salida de la angustia, la desorientación, la frustración y la desesperación en la que vive.

Algunos tipos de personalidad dominados por el negativismo e impregnados por ideas catastrofistas son especialmente vulnerables a la ideación suicida, que se ve favorecida por la tendencia a vivir anclados en el pasado del que enfatizan aquellos momentos especialmente dolorosos o traumáticos, rememorándolos una y otra vez hasta el punto de continuar vivenciándolos en el presente con la misma carga emocional que cuando ocurrieron. Obviamente el presente no tiene posibilidad de ser vivido; y el futuro, vivenciado anticipadamente como catastrófico, es tan solo una anticipación de nuevas situaciones dolorosas y traumáticas: "si no lo logré antes, no lo conseguiré mañana, será un desastre".

Lo que marca la diferencia entre querer vivir y querer morir es el sentimiento de pertenencia a un grupo, a partir del cual desarrollamos nuestra identidad personal

Este tipo de personalidades con tendencias victimistas alimentan el resentimiento por lo que re-sienten una y otra vez el sufrimiento vivido y reprimen la rabia.

Los mecanismos de defensa que dominan estas estructuras son la represión que les lleva a vivir como una "olla exprés", siempre a punto de estallar, y la retroflexión, mecanismo que corta el impulso del sentimiento e invierte la rabia, que no es expresada hacia el exterior, sino hacia sí mismo.





Esta vivencia repetida en el tiempo puede hacer que la persona pase de la ideación suicida a la consumación del acto suicida, por eso es importante prestar atención al diálogo interno que mantenemos sobre todo en situaciones que se presentan conflictivas o que rompen con nuestros esquemas predecibles.

La depresión es un factor de riesgo

En la depresión grave es donde aparece con más frecuencia la ideación suicida ya que afecta a las cuatro dimensiones de la vitalidad del ser:

Humor depresivo, que lleva a la persona a vivir en un estado de angustia y malestar permanente, en la que dominan sentimientos de tristeza profunda, irritabilidad, decaimiento, ausencia de entusiasmo, desgana por todo o casi todo. La sensación más frecuente es la vivencia de estar en un "pozo negro" que no tiene salida.

Discomunicación: La relación con los otros está disminuida, encuentra dificultad para relacionarse con los demás, aún con personas cercanas a las que estiman y se produce incapacidad para disfrutar de actividades lúdicas, que antes le ocasionaban placer. Se produce un aislamiento intrapersonal, un encerramiento profundo y doloroso ante el que la vivencia personal es de no tener salida.

Ritmopatía: Los ritmos circadianos se encuentran alterados afectando los estados de sueño y vigilia, y alimentación.

Anergia: El nivel energético es muy bajo, por lo que la vivencia es de cansancio; como dicen algunas personas, "no puedo con mi alma".

Desde este estado de alteración, la persona deprimida siente un dolor en el alma que vive como insoportable y se constituye en un círculo cerrado, una vivencia sin salida en la que la angustia impide el contacto con la experiencia real y anula las posibilidades de afrontamiento de las que dispone.

El paso al acto suicida está relacionado con el grado de esta vivencia de desesperación. Así **el suicidio tiene lugar cuando la persona traspasa el límite de tolerancia al dolor psíquico**. La tolerancia pues, es un factor a tener en cuenta, ya que el nivel de tolerancia supone y determina la fortaleza o debilidad con la que una persona se enfrenta a los acontecimientos estresantes de la vida. Por tanto, cuando el nivel de tolerancia es bajo, la saturación, el bloqueo y la ideación que contempla el suicidio como salida y salvación es mayor, por lo que el riesgo de que llegue a convertirse en acto suicida también se incrementa.

¿Se puede prevenir el suicidio?

La mayoría de los suicidios se pueden prevenir, aunque no es fácil valorar la posibilidad de que una persona se suicide dada la propia naturaleza del ser humano, en la que cada persona es única y tiene su particular manera de vivenciar las situaciones y de interpretar la realidad, convirtiéndola de manera subjetiva en su realidad.





La mayoría de personas con ideación suicida dan avisos evidentes de sus intenciones. Solo un escaso número de suicidios se producen sin previo aviso, por eso es importante prestar atención y tomar en serio todas las amenazas que se refieren a la autolesión, especialmente cuando son persistentes. También hay que tener en consideración el “cómo” son expresadas. ¿Aparecen solo en situaciones estresantes?: “esto no lo soporto, si me muriera me quedaría tranquila”. ¿Son fluctuantes o martillean de forma continua y obsesiva?, si ante cualquier hecho por insignificante que pueda parecernos aparece la idea como salida. ¿Son ideas activas del tipo “voy a quitarme la vida, quiero desaparecer”, o son pasivas: “ojalá me pase algo y me muera de una vez?”

El tratamiento psicológico es necesario en todos los casos, tanto en personas con trastornos como la depresión, el alcoholismo y la esquizofrenia como en personas que han cometido intentos de suicidio o mantienen una ideación suicida recurrente ante situaciones estresantes.

Recursos para superar las crisis personales

Crisis, desorientación, desbordamiento de emociones, vivencia interna de caos, túnel oscuro para el que algunas personas encuentran como única salida la muerte.

Para salir de esta situación de desestructuración personal es necesario encontrar la orientación; vivir orientados es una característica de la vida humana.

No quiero emitir juicios de valor respecto a si es correcto o no suicidarse, si está bien o mal. El suicidio no es un defecto del carácter ni de la moral, es un desequilibrio entre el dolor y los recursos para vencerlo. Por tanto, una manera de enfrentar la situación es fomentar y potenciar los recursos personales y orientarlos de forma que nos permitan reducir el sufrimiento.

A menudo el suicidio es una solución permanente para un problema pasajero. Todos hemos vivido situaciones que veíamos negras, sin solución, y, después de unos días, el horizonte se despeja y vemos con más claridad. La mayoría de las personas con las que he tratado que habían contem-

plado alguna vez el suicidio como solución, me verbalizaron claramente su alegría por no haberlo hecho. En realidad no querían poner fin a su vida, solo querían evitar la pena y el sufrimiento que las desbordaba.

Todas las situaciones tienen solución de una u otra manera. Como dice el refrán, “cuando se cierra una puerta se abre una ventana”. La dificultad radica en que, cuando estamos ante una puerta que se nos cierra, a veces no vemos más allá. Por eso es necesario buscar ayuda, no intentar solucionar las situaciones a solas, hablar con personas de nuestra confianza o recurrir a la ayuda de un profesional ya sea psiquiatra o psicólogo.

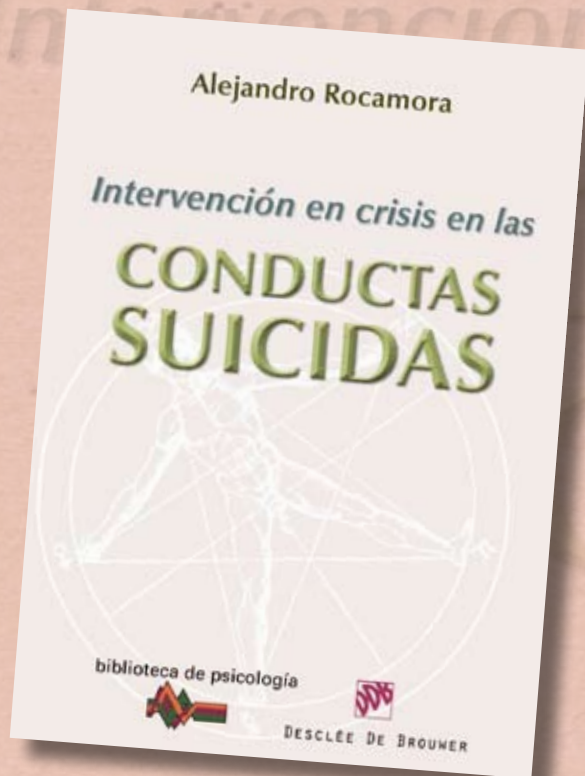
En la depresión grave es donde aparece con más frecuencia la ideación suicida; en esta situación es necesario buscar ayuda, hablar con personas de nuestra confianza o recurrir a un profesional, porque el encuentro libera, compartir descarga y abre un mundo de posibilidades

El vínculo es lo que cura, el encuentro libera, compartir descarga y alivia, el valor abre un mundo de posibilidades.

Es necesario poner distancia emocional de nuestros problemas, o como me gusta llamarlos “situaciones a resolver”. Cuando le sucede algo a otras personas, logramos verlo con claridad, comprendemos la situación, apoyamos con nuestra ayuda y apuntamos posibles formas de salida. ¿Por qué cuando nos ocurre a nosotros no hacemos lo mismo?

La crisis es pasajera y es una oportunidad para descubrir el gran potencial que tenemos, enriquecernos y salir fortalecidos. Quizá no recibamos del mundo todo lo que queremos, pero el mundo necesita de cada uno de nosotros. ¿Qué quieres darle al mundo de ti?

Intervención en crisis en las conductas suicidas



La OMS afirma que “el suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio”. Asimismo estima que el riesgo de suicidio en personas con trastorno del humor (principalmente depresión) es del 6 al 15%; con alcoholismo, del 7 al 15%; y con esquizofrenia del 4 al 10%; y que alrededor del 80% o del 90% de los suicidios lo realizan personas que padecían un trastorno psiquiátrico. Es por ello que en este libro Alejandro Rocamora divide los comportamientos suicidas en dos grandes bloques: aquellos en los que no se ha comprobado la existencia de una psicopatología anterior (suicidio y salud mental) y los que tienen como base un trastorno mental (suicidio y psiquiatría).

Intervención en crisis en las conductas suicidas está recorrido por tres ideas fundamentales: intervención en crisis, conductas suicidas y estrategias terapéuticas, atravesado por otros tres conceptos básicos: la vulnerabilidad del consultante, la importancia de que el terapeuta tenga muy en cuenta en su intervención los factores protectores (no solamente los de riesgo) y la importancia de una intervención inmediata como forma de superar la crisis (aquí toman gran relevancia los teléfonos de urgencia dedicados a la atención de esta problemática).

Todo el libro está impregnado de un deseo: ayudar a encontrar una salida sana a la persona que en alguna encrucijada de su vida ha contemplado el suicidio como la única solución. Y por eso la preocupación de Alejandro Rocamora por intentar comprender la compleja vivencia suicida y aportar las herramientas necesarias para que el terapeuta pueda realizar esa tarea.



Alejandro Rocamora (La Pueblanueva, Toledo, 1944) es psiquiatra, profesor del Centro de Humanización de la Salud (CEHS), exprofesor de Psicopatología en la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid), miembro fundacional del Teléfono de la Esperanza y vicepresidente de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS) en España.



CÓMO ACOMPañAR A UN SUICIDA

Primeros pasos
en la intervención
terapéutica ante la
conducta suicida

Por Alfonso Echávarri Gorricho



Deja que lo adivine. Quieres saber por qué intenté suicidarme.

Quieres saber cómo sobreviví, por qué desaparecí, dónde he estado todo este tiempo, pero, ante todo, por qué intenté suicidarme, ¿me equivocó?

No pasa nada. Es lo que suele hacer la gente. Se comparan conmigo. Es como si hubiera una línea trazada en algún lugar del mundo; si no la cruzas, nunca piensas en arrojarte desde lo alto de un edificio o tragarte un frasco de pastillas...; pero, si la cruzas, es posible que lo hagas. La gente se imagina que yo crucé la línea. Se preguntan: ¿Podría llegar a estar tan cerca como él lo estuvo?

Lo cierto es que no hay ninguna línea. Sólo está tu vida, la manera en que la destrozás y quien estará allí para salvarte.

O quien no está.

Mitch Albom. Un día más

La camisa y el traje

Piensa por un instante en una escena que transcurre en unos grandes almacenes. Un cliente está mirando camisas rojas. En un momento dado parece que no tiene muy claras las cosas y el vendedor, que está esperando para atenderle, sale de detrás del mostrador para que sepa que está ahí. El cliente le mira de reojo y, casi sin querer, le dice que necesita una camisa. El vendedor, como buen profesional del sector, le pregunta de qué color la quiere. El cliente toma una camisa roja de una de las perchas y le dice que está pensando en comprarse una de un color llamativo como ese.

- Color rojo es lo que está usted pensando, ¿no es así?

El cliente contesta que sí, que ese es el color que necesita.

- ¿Para qué necesita una camisa de color rojo?
- Necesito este color porque tengo un traje gris y no veo que otro color que le vaya mejor.
- ¿Otro color? Querrá decir el color rojo.
- Bueno, sí, es este color el que necesito, pero prefiero decir colores llamativos.

- Pero si es rojo, es rojo. En estos almacenes llamamos a los colores por su nombre, porque colores llamativos hay muchos. Rojo es en el que usted está pensando, ¿no es así?
- Bueno sí, lo que quiero es una camisa de color rojo.
- Perdón que le insista, pero ¿para qué quiere una camisa de color rojo?
- No es que quiera, pero sólo soy capaz de ver que la única manera de combinar mi traje gris es con una camisa de color rojo. Y he decidido gastar el dinero que tengo en una camisa. Lo he decidido. No voy a volver a casa sin una camisa roja. ¿No se da cuenta que a mi traje gris lo único que le va bien es una camisa de color rojo?
- De acuerdo, tenemos camisas de color rojo en estas perchas y una opción para su traje gris es la camisa de color rojo. ¿Ha decidido ya si la camisa roja va a ser de manga larga o corta?
- Aún no lo tengo muy claro. No lo había pensado con exactitud.
- ¿Ha pensado usted en la posibilidad de combinar su traje gris con camisas de otros colores?
- ¿Camisas de otros colores? Para usted es fácil imaginar camisas de otros colores que com-



binen con mi traje gris, tal vez porque en su ropero tenga muchos trajes distintos pero yo ya me he hecho a la idea del color rojo. Yo solo tengo un traje al que le únicamente le queda bien una camisa de color rojo.

- Perdona que le insista pero, ¿qué otros colores podrán casar con su traje gris?
- ¿Con mi traje gris? ¿Acaso hay más colores?
- Efectivamente, caballero, hay más colores. Si quiere, yo puedo acompañarle a otras secciones para que usted pueda comprobar que realmente hay camisas de otros colores con las que puede combinar su traje y con las que puede sentirse mejor ante el espejo. Muchas personas tienen una idea fija en cuanto al color de sus camisas, pero han sido capaces de probarse otras de otros colores y han cambiado de opción. Hasta se han permitido comprarse otro traje. En ocasiones, hasta nuestros trajes están un poco pasados de moda. Dígame, ¿está dispuesto a probarse alguna camisa diferente?
- No creo que sirva de nada probarme otra camisa de otro color. Sin embargo usted tiene razón en cuanto al traje. El problema es el traje. Pero no tengo otro. ¿Acaso alguien puede cambiarme mi traje?
- Si tuviera otro traje, ¿seguiría pensando en una camisa de color rojo? Nosotros tenemos una excelente sección de sastrería.
- ¿Es posible cambiar de traje?

Para abordar una crisis suicida

En ocasiones pensamos que tienen que ser los profesionales de la psicología y de la psiquiatría los que de forma única deben trabajar con aquellas personas que contemplan su propia muerte como alternativa para acabar con un sufrimiento percibido como insoportable. Es verdad que solo estos profesionales cualificados, formados y legalmente reconocidos pueden planificar e implementar terapias específicas y científicamente contrastadas para abordar el fenómeno suicida individual. Pero esto no quiere decir que aquellas personas que no tienen una formación reglada en este campo no estén llamadas a intervenir de forma activa y significativa en las ocasiones en las que la crisis vital se presenta. Todo lo contrario. Sinceramente estoy conven-





cido de que este primer eslabón es el más importante de cara a la contención de una crisis suicida, porque es el primer encuentro el que proporciona la apertura al posterior tratamiento terapéutico especializado. Esto lo sabemos muy bien desde los departamentos de psicología del Teléfono de la Esperanza. La mayoría de las personas que llegan a nosotros con este perfil de ideación o conducta suicida lo hacen después de haber sido recogidos por un orientador u orientadora que ha sabido canalizar adecuadamente esta crisis vital. Eso sí, orientadores muy formados en este campo, orientadores que saben que una de sus mejores herramientas es la escucha activa, que saben qué preguntar y cómo hacerlo. Y sobre todo saben qué no hacer y qué no preguntar. Y esto sí que es importante. Por esto, no quiero en este artículo hablar sobre la actuación terapéutica profesional, sino de algunas cosas que nos pueden ser útiles a la hora de abordar una crisis suicida en ese primer momento de encuentro.

Es importante utilizar el lenguaje preciso: quitarse la vida no es "hacer una tontería" ni "dejar de sufrir"; corresponde al terapeuta ayudar a que la persona en crisis verbalice su angustia, ya que esto supone una gran descarga emocional

Volvamos a la escena del almacén.

No perdamos de vista que es el cliente quien ha entrado en los grandes almacenes y ha establecido un canal de comunicación con el vendedor. Podía no haberlo hecho. Podía haber comprado por internet o directamente tomar una camisa roja, pagarla e irse a su casa. Pero ha decidido establecer un contacto con el vendedor. Para que esto haya sido posible, el vendedor ha tenido que estar presente en su puesto y solo cuando el cliente ha dado el paso, ha salido a su encuentro.



Un aspecto muy importante, tanto en una situación de contención inicial como en una sesión terapéutica, es que utilicemos un lenguaje preciso. Rojo es rojo. Rojo no es "color llamativo". Hay personas que nos hablan de "hacer una tontería", de "dejar de sufrir". En realidad están pensando en matarse, en quitarse la vida, en suicidarse. Nos corresponde a nosotros invitarles a que verbalicen su angustia de forma certera, ya que esto, en sí, supone una descarga emocional muy importante. Aquellas personas a las que se les permite decir que están pensando en suicidarse entienden que a su lado hay un ser humano que es capaz de permanecer sin mirar hacia otro lado. Tal vez es esto lo que les falte en sus propias vidas y de entrada les suele producir un agradable desconcierto.

El terapeuta no debe emitir un juicio moral sobre la intención de suicidarse, sino que debe hacer que la persona en crisis se sienta comprendida, transmitirle la idea de que no está sola en este trance y que muchas otras personas han sufrido su misma angustia existencial

No cerrar la tienda

El vendedor no pregunta en ningún momento "por qué" quiere una camisa de color rojo. En lugar de eso utiliza un "para qué". Con esto consigue sacar al cliente de un bucle justificativo de su elección, es decir, de su propia muerte. Posiblemente tenga muchos argumentos que respondan al por qué. No olvidemos que existe una lógica en el pensamiento suicida, tal vez no para nosotros, pero sí para la persona que está en esta situación. Llevar del "por qué" al "para qué" supone dar lugar a nuevos escenarios.

En ningún momento el vendedor emite un juicio moral sobre lo que la persona está pensando. Es más, y aunque le cueste hacerlo, admite que hay camisas rojas en el almacén, como una opción. Con esto consigue que la persona no se sienta cuestionada sino que se sienta comprendida. Además, el orientador (perdón, el vendedor) ha sondeado si la crisis suicida tiene ya definido un plan de muerte cuando le pregunta sobre la manga corta o larga. Con una buena voluntad, lo que nos sale decir a una persona que nos cuenta que está pensando en suicidarse es que se quite esa idea de la cabeza, que no haga bobadas y que las cosas se arreglarán, que su familia tal y cual. Pero hemos dicho más de una vez que trabajar con personas requiere mucho más que buena voluntad. Por supuesto que la buena voluntad es necesaria, pero no es suficiente. El caso es que decir que la camisa roja es una opción, da pie para preguntar a la persona si ha pensado en otras camisas distintas, en opciones diferentes a su propia muerte.





El vendedor se muestra con seguridad en todo momento, ya que valora el alto grado de vulnerabilidad del cliente. Las personas inmersas en una crisis vital con ideación suicida necesitan de otras que les aporten puntualmente esa estabilidad que el momento les roba. Pero los buenos vendedores saben aprovechar el instante. "Efectivamente caballero, hay más colores" y además te digo que otras personas han pasado por lo mismo que estás pasando tú. Es decir, además de camisas te vendo esperanza de la buena. Saber que mi angustia no es única, que mi dolor también es dolor en otras personas y que lo que yo estoy pensando hacer y me atormenta no es algo que solo me ocurre a mí, suele tener poderosos efectos descongestionantes. Pero además, "si usted quiere, yo puedo acompañarle". Es decir, que nosotros estamos aquí y que no vamos a cerrar la tienda a las nueve y se las apaña como pueda. Esto tiene una enorme trascendencia en las decisiones que va a adoptar a partir de este momento esta persona. Saber que no va a estar sola. Como ya he comentado con anterioridad, tal vez es lo que le ha faltado hasta ahora.

Sigamos con la escena. En todo momento el vendedor muestra señales de haber recibido una excelente formación, ya que intuye que el problema tal vez no está en la camisa sino en el traje. Una de las características de la vivencia suicida es la ambivalencia, es decir, querer morir pero también querer vivir. Si sondeamos

un poco, la mayoría de estas personas quieren vivir, pero no con sus circunstancias actuales, no con su actual traje. Pero sabiendo que su especialidad es la venta y no la confección, nuestro vendedor abre la posibilidad de que el cliente pueda abordar de forma profunda el origen de la crisis del cliente con el departamento adecuado.

El lector puede darse cuenta que en ningún momento el vendedor le ha dicho al cliente lo que tenía que hacer, sino que con habilidad ha ido abriendo puertas conforme la situación lo requería.

En la contención de una crisis suicida, suele ser eficaz hacer girar la conversación del "por qué" hacia el "para qué", con la intención de sacar a la persona en crisis de su bucle justificativo

En todo este relato, he intentado dar algunas pinceladas de cómo la actuación de una persona con responsabilidad de orientación puede favorecer la contención de una crisis con ideación suicida. Es cierto que en ocasiones la ideación se ha traducido en una conducta suicida en curso y la actuación requerida es distinta, de corte más directivo y con instrucciones claras. También es diferente la atención dedicada a aquellas personas con una base psicopatológica en su conducta. Sin embargo, sigo pensando que este encuentro inicial es igualmente importante en todos los casos. Insisto, por lo tanto, en la necesidad de una completa formación en todas aquellas personas que atienden teléfonos de emergencia para que sepan actuar y manejar adecuadamente las diferentes situaciones que se producen. Conocer que además de camisas de color rojo las hay blancas, amarillas, de rayas, a cuadros...





LA FAMILIA DEL SUICIDA

Secuelas psicológicas en los supervivientes y cómo superarlas

Por José María Jiménez Ruiz



En un magnífico estudio, M. Bowen, pionero de la terapia familiar sistémica, puso de manifiesto que la muerte, o la amenaza que ésta supone, constituye el acontecimiento probablemente más traumático de cuantos pueden alterar el normal desenvolvimiento de una familia. Nada es comparable a los efectos traumáticos que provoca en la unidad familiar la desaparición de alguno de sus miembros. Como es obvio, la intensidad de la reacción emocional dependerá tanto de la importancia funcional de la persona que desaparece como del modo como ésta lo hace.

Es evidente que no todos los fallecimientos provocan el mismo grado de impacto. Algunos desencadenan una "fuerte onda de choque emocional" (padres jóvenes, hijos, "jefe de familia", niños...), mientras que a otros les sigue un periodo normal de dolor y duelo sin que la desaparición del finado incida demasiado en el funcionamiento de la familia. Tampoco se puede obviar que hay muertes que suponen un cierto alivio (las de quienes provocan graves disfunciones, violentos, enfermos crónicos con pronóstico extremadamente doloroso...) y que pasado el normal periodo de dolor y duelo por el pariente fallecido, la familia inicia una época de una mayor placidez y un mejor equilibrio emocional.

La familia ante el suicidio

Pero en lo que sí coinciden todos cuantos han estudiado a fondo el tema del duelo es que el más traumático, más doloroso y más desequilibrante es el que sigue a un suicidio. "La persona que se suicida, dice Caín, deposita todos sus secretos en el corazón del sobreviviente, le condena a afrontar multitud de sentimientos negativos y, aún peor, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel real o posible a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo". Es absolutamente cierto. No cabe ninguna

Una acción terapéutica fundamental es ayudar a expresar el dolor sobre todo en aquellos familiares que tratan de mantener un control excesivo sobre sus emociones

duda de que las muertes violentas, en particular el suicidio, son las más difíciles de aceptar. Todos los estudios al respecto certifican que son las que tienen más riesgos de presentar complicaciones a largo plazo. En el periodo que sigue a una pérdida traumática, y el suicidio lo es en grado máximo, no es infrecuente que los componentes de la familia pierdan la perspectiva y acaben creyendo que sus reacciones son patológicas. Por eso adquiere una especial relevancia trabajar por "normalizar" sus respuestas de ira y de pena, su incapacidad para "dejar de lamentarse", a la vez que ayudar a los diversos miembros de la familia a que se muestren tolerantes con las distintas formas o estilos a que recurre cada uno para hacer frente a la situación. Sólo así podrán recorrer las dolorosas etapas de duelo que les esperan.

Consecuencias del suicidio para la familia

Insistimos, el dolor que experimenta una familia tras la muerte de uno de sus miembros se incrementa hasta niveles casi insoportables cuando ésta se ha producido por decisión del fallecido. Es entonces cuando las mentes de los sobrevivientes (del inglés "survivor") se llenan de fantasmas y sus corazones de sombras y de dudas. Se buscan explicaciones, se pretende encontrar culpables, no se sabe cómo mitigar una angustia que se muestra invasiva, aturdidora. El efecto del suicidio en la familia constituye una tragedia devastadora que provoca serios destrozos en la vida de los sobrevivientes, introduciéndoles en un duelo, por regla general, muy traumatizante y prolongado. Algunas de las expresiones más destacadas, como muy bien destaca Pérez Barrerto, serían las siguientes:



Tristeza y rabia... En la primera fase de *shock* predomina un fuerte sentimiento de *tristeza* que coexiste con síntomas físicos, dolores precordiales, hipersensibilidad, sentimientos de irrealidad, trastornos de apetito y sueño... Luego aparecerá una fase de rabia que puede ir dirigida hacia uno mismo por no haber sabido o podido evitarlo, hacia los médicos por no haber sido capaces de impedir la trágica decisión del ser querido, hacia el suicida por haberse dado por vencido y haber rechazado la ayuda que se le prestó o se hubiera estado en disposición de prestarle o hacia el mismo Dios cuya ausencia en semejante trance no se comprende... No faltará la angustia y el desconcierto por no haber previsto el fatal desenlace, la frustración por no haber tenido oportunidad para saldar las diferencias con el difunto, las fantasías acerca de los motivos que le llevaron a su autodestrucción, la invasión de pensamientos obsesivos y de recuerdos del fallecido.

Sentimientos de culpabilidad... La muerte por suicidio no implica sólo una dolorosa ausencia, sino que es vivenciada como una acusación por lo que se hizo o se dejó de hacer, lo que se dijo o lo que se silenció. Es éste un sentimiento común a toda pérdida, pero se acentúa en el caso del suicidio. La culpabilidad pesa como una auténtica losa en la familia del suicida. Se explicaría por la sensación de fracaso que se experimenta por no haber podido evitar la muerte del ser querido, de no haber sido capaces de detectar los signos que presagiaban la conducta autodestructiva, por no haber atendido las llamadas de atención del finado, no haber facilitado que éste expresara sus ideas suicidas, o por no haber sabido tomar a tiempo las medidas que hubieran podido impedir la tragedia.

Fracaso de rol... Unido al sentimiento de culpa, el suicidio produce una frustrante vivencia de fracaso de rol, sobre todo en las madres que, al tener más interiorizado su papel nutricional de cuidadoras encuentran muchas dificultades para entender que sus desvelos, sus cuidados, sus intentos de protección y sus esfuerzos de contención hayan sido ineficaces a la hora de evitar la tragedia.

El miedo es también una emoción muy presente en casi todos los familiares del suicida y tiene que ver con una especie de vivencia que les hace

sentirse vulnerables y en riesgo de repetir la conducta suicida o de padecer una enfermedad mental que les empuje a ello. Este sentimiento que afecta sobre todo a los más jóvenes queda reforzado cuando cada uno entra en contacto con los propios sentimientos autodestructivos. Aparece un vago temor al destino o a una cierta predestinación y, en algunos ambientes, miedo también al futuro del ser querido, "más allá de la muerte" (infierno, condena eterna).

La muerte por suicidio no implica sólo una dolorosa ausencia, sino que es vivenciada como una acusación por lo que se hizo o se dejó de hacer, lo que se dijo o lo que se silenció; la culpabilidad pesa como una losa en la familia del suicida

Sentimiento de traición y abandono... Preguntas como "¿por qué lo hizo?", "¿cómo me pudo hacer tanto daño?", "¿acaso nos merecíamos esto?", etc., etc., son redundantes en casi todas las familias de suicidas. Por eso ese tipo de muerte despierta un angustioso sentimiento de haber sido traicionado por el suicida que con su conducta se mostró finalmente impermeable al cariño que se brindó y ajeno a las atenciones que se prestaron.

Invasión de preguntas para las que no hay respuestas... Las familias se sienten perdidas en un laberinto de confusión al que no se le encuentra salida. Se amontonan las preguntas para las que no se halla respuesta. Experimentan una urgencia irreprimible de encontrar una justificación racional al suicidio, un motivo o una causa que lo explique de forma mínimamente aceptable.

El estigma... Es otro aspecto nada irrelevante al que toda familia se enfrenta más o menos expresamente. Aunque las cosas van cambiando y la sociedad ha evolucionado y madurado, la mayoría de las familias viven el suicidio como un verdadero



estigma que les llena de vergüenza y que no les es fácil sobrellevar. Y esto parece ser así incluso aunque desde el entorno se evite todo señalamiento negativo, se haga el mayor esfuerzo de comprensión y se les trasmite todo el apoyo posible.

Pensamiento distorsionado... Es otra de las variables que se hace presente en la vivencia de la experiencia de un familiar suicida. Hace su aparición por la necesidad de intentar ver la conducta de la víctima no como un suicidio, sino como una muerte accidental, lo que contribuye a crear pautas

Aquel que pretende ayudar a la familia de un suicida necesita conocer su modelo de relación, su grado de cohesión y el papel que desempeñaba el fallecido en la estructura familiar

De comunicación distorsionadas que buscan enmascarar una realidad extremadamente dolorosa. Se fabrica así un verdadero tabú respecto a lo que en verdad le ocurrió a la víctima, ocultando la causa real de la muerte. No deja de ser una forma de protección de algo que no se quiere aceptar porque resulta más amenazante de lo que uno está dispuesto o capacitado para soportar.

Apunte para un tratamiento terapéutico

El conocimiento de todas estas expresiones es fundamental para manejar correctamente el duelo por un suicida, facilitar la evolución de sus diversas etapas y evitar así la aparición de duelos patológicos. Pero conviene entender que no existen panaceas ni remedios universalmente válidos. Cada ser humano es distinto y reacciona ante un mismo evento de manera original. Y, por otra parte, es evidente que el impacto no será el mismo para los hijos del suicida que para sus hermanos, padres o pareja.

Algunos principios generales de intervención inmediata serían los siguientes:

1. Acompañar a la familia en algunas tareas fundamentales:

Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte y del modo como ésta se produjo (confrontación directa, ritos funerarios, visitas a la tumba...).

Experiencia compartida del dolor y la pena. Será preciso captar, comprender y respetar la expresión de sentimientos complejos y contradictorios (ira, decepción, desamparo, alivio, culpa...) presentes, en mayor o menor grado, en las relaciones familiares tras haberse producido el hecho luctuoso.





Reorganizar el sistema familiar reestructurando las relaciones para compensar la pérdida.

Abrirse a nuevas relaciones y vivir abiertos a nuevas metas en la vida. En el proceso de duelo (un año o dos como mínimo) cada estación, cada fiesta o acontecimiento evoca la pérdida. Habrá que evitar que la idealización del muerto, la sensación de deslealtad o el miedo a otras pérdidas impida contraer nuevos vínculos o empuje a abandonar compromisos.

2. Trabajar para atemperar el sistema impulsivo

y preparar a los más jóvenes para que sean capaces de tolerar las inevitables frustraciones que acompañan a toda vida humana. Es importante ayudarles a entender que el sufrimiento, el fracaso en el logro de objetivos, las contrariedades y los conflictos son experiencias dolorosas con las que es preciso contar. Deben, por lo tanto, ser integradas como componentes inevitables de la vida y pueden ser manejadas de forma constructiva sin dejarse arrastrar por los senderos sombríos de la autoaniquilación.

3. Ayudar a la familia para que comprenda que **el suicidio estuvo relacionado con la enfermedad** y no con fallos en los que, inevitablemente, ellos hubieran podido incurrir. Explicar la muerte por suicidio como un síntoma de una enfermedad mental puede disminuir el riesgo de la imitación, mecanismo que, según se ha comprobado, puede inducir a algún otro miembro de la unidad familiar a seguir el mismo camino que el suicida.

4. **Separar la forma de la muerte del muerto mismo.** J. Montoya Carrasquilla subraya que en la muerte por suicidio es preciso separar la forma de la muerte del muerto mismo; hay que rescatar al occiso de la forma en que ha muerto, diferenciar su vida del modo de morir. Conviene hacer esa distinción para que se de el proceso de sanación. Es preciso hacer aflorar el convencimiento

de que lo que realmente importa no es la manera como murió el ser querido, sino el hecho de que **ya no está**. Por lo tanto el trabajo terapéutico de recuperación y de duelo debe hacerse por su ausencia y no por su modo de morir.

5. Conocer la estructura global de la familia y la posición funcional de la persona que muere.

Si eso es importante, en general, para todo aquel que pretende ayudar a una familia, y fundamental para quien se propone hacerlo con quienes han perdido uno de sus miembros, se convierte en imprescindible cuando el muerto lo es por suicidio. Pretender tratar todas muertes del mismo modo constituye un craso error. Fundamentalmente porque no basta con orientar la ayuda, de acuerdo a nociones corrientes de duelo, a la expresión abierta del dolor. Es preciso conocer el modelo de relación que utiliza la familia, su grado de cohesión, el tipo de comunicación más o menos sano que mantienen entre sí sus integrantes y que mantenían con el difunto, el papel más o menos relevante que éste desempeñaba, su posible función como mantenedor homeostático de la estructura familiar, etc.

6. Ayudar a vencer los mecanismos de negación.

Es importante también que el terapeuta tenga un buen control de su propia emotividad y acompañe a la familia para que ésta





vaya logrando superar sus naturales mecanismos de negación. Parece conveniente (Bowen) no rehusar términos directos como "muerte", "morir", "enterrar" o "suicidio", evitando otros menos directos como "difunto", "el que se fue", "el que ya no está"... La utilización de expresiones claras sirven para señalar que se es capaz de hablar con naturalidad de este tema por más doloroso que resulte y ayuda a los demás a sentirse cómodos y a abrir sistemas emocionales cerrados. Los vocablos alusivos pretenden suavizar la realidad de una muerte traumática, pero contribuyen a la confusión y a no enfrentarse a una dolorosa realidad que no deja de existir por más que se pretenda edulcorarla o enmascararla.

7. Facilitar la expresión de los sentimientos. Una acción terapéutica fundamental es permitir la expresión del dolor estimulando sus manifestaciones sobre todo en aquellos familiares que tratan de mantener un control excesivo sobre sus emociones.

8. Priorizar el duelo. En el trabajo con familias que deben abordar duelos difíciles es importante ayudarles a "priorizar el duelo", algo así como "establecer una jerarquía de dolientes" que impida la usurpación del dolor por parte de familiares que, no siendo los más afectados, tienden, debido a su peculiar personalidad, a comportarse como si fueran los que más sufren restando protagonismo y atención a quienes verdaderamente más la necesitan.

Habrá que hacer un trabajo de

contención de las personalidades histriónicas que, como se dice popularmente, desearían ser el niño en el bautizo, la novia en la boda y el muerto en el entierro. Es importante lograr la solidaridad de toda la familia para que brinde su apoyo emocional al "doliente priorizado" (padre, madre, esposo/a, hijos...) incrementando así sus actitudes altruistas y su disposición de acompañamiento a quien realmente es más menesteroso.

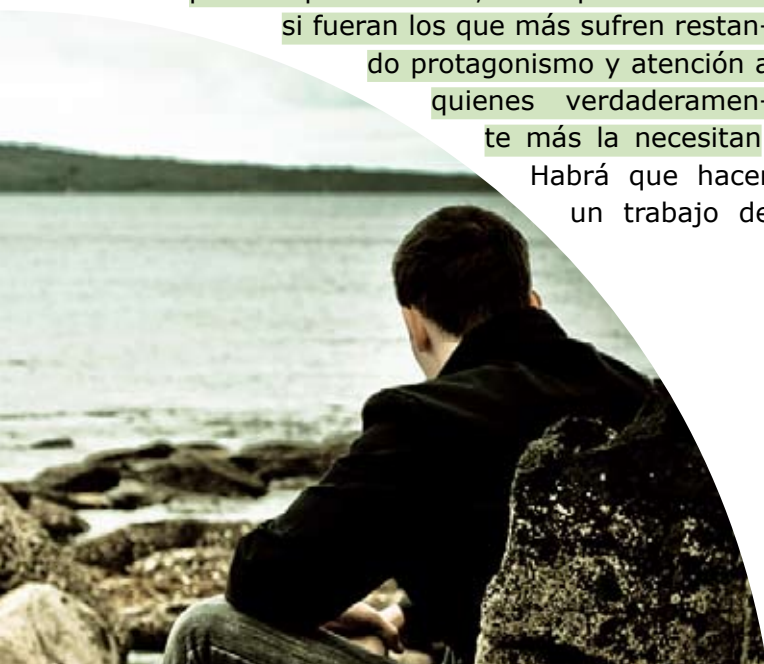
El terapeuta debe hacer entender a la familia que el ser humano acaba haciendo lo que desea y nadie lo puede impedir, de manera que nadie puede hacerse responsable de la vida de otro

9. Adquiere una especial importancia el apoyo a la familia respecto **al manejo que ésta debe hacer de los sentimientos de culpabilidad.** A este respecto convendría tener en cuenta:

Que la culpa es una fase habitual por la que pasan todos cuantos pierden un ser querido. Es conveniente "normalizar" este sentimiento y vivir como algo natural el hecho de preguntarse qué se hizo mal o qué se dejó de hacer bien.

Que el suicidio, aunque se produjo en ese determinado momento, pudo también haber ocurrido antes y si realmente no sucedió así en ello tuvieron mucho que ver los desvelos y los cuidados que generosamente brindó en su momento la familia. Es este un aspecto que conviene destacar.

Que si el propio suicida jamás deseó padecer la enfermedad que le llevó a la muerte, tampoco tiene ninguna lógica cargar sobre las espaldas de la familia, del médico, del psicólogo o del psiquiatra una decisión que ni desearon, ni alentaron.





Es conveniente usar términos directos como "muerte", "suicidio", "enterrar", evitando otros como "el que se fue", "el que ya no está", que contribuyen a la confusión y a no enfrentarse a una dolorosa realidad que no deja de existir por más que se edulcore o enmascare

La familia tendrá que entender que no era fácil, ni posible evitar lo que finalmente sucedió. El ser humano acaba haciendo lo que desea y nadie se lo puede impedir. No es razonable vivir encadenado al otro para evitar una posible tragedia. La vida en esas condiciones no tendría sentido y el simple planteamiento de una situación de esa naturaleza resulta absolutamente absurdo. Además nadie puede hacerse responsable, de forma definitiva, de la vida de otro salvo que se trate de un niño o de un demente y ello con matices y aceptando que, incluso en esos casos, hay circunstancias que escapan a nuestro control y no son, por tanto, previsibles.

Es igualmente imprescindible tener en cuenta un contexto más amplio que el de la propia familia. Es éste un principio desculpabilizador que permite entender, por una parte, que toda persona es libre y responsable de sus actos y, por otra, que la matriz social en la que una persona toma sus decisiones no está constituida exclusivamente por el entorno familiar.

Será también fundamental trabajar todo lo referente al complejo mundo de los límites que las familias muy aglutinadas o fusionadas tienden peligrosamente a diluir. Eso facilitará la comprensión de un "sí-mismo"

independiente y la responsabilidad de cada uno frente a ese "sí-mismo". Habrá que aprender a aceptar que cada uno es dueño de su propio destino y señor de sus propias decisiones. Por lo tanto, el amor y la proximidad afectiva no implican que uno deba sentirse corresponsable, y mucho menos culpable, de las conductas que uno desaprueba en aquellos a quienes ama.

Un último recurso sería procurar que el culpabilizado caiga en la cuenta de que él no le inculcó, en ningún caso, la idea suicida, ni le facilitó los medios para ejecutar el suicidio, sino que, por el contrario, se esforzó por modificar su manera de ser, le aconsejó lo mejor que pudo y sufrió y padeció a causa del carácter difícil del difunto.

10. Señalar, finalmente, como algo importante la **necesidad de dar tiempo al tiempo**. Es tarea fundamental del terapeuta transmitir serenidad. Los procesos de duelo no pueden ni ahorrarse, ni precipitarse porque cuando se cierran en falso se convierten en fuente de patologías. La familia tendrá que comprender que no existe receta mágica que pueda liberarle del dolor de la separación, máxime cuando ésta ha sobrevenido de forma inesperada y violenta. Habrá que confiar en el valor analgésico del paso del tiempo y en sus efectos terapéuticos. No está de más terminar con una reveladora historia protagonizada por Voltaire: cuentan que este gran filósofo ilustrado tras haber perdido a su único hijo estuvo a punto de morir de dolor. Una buena amiga encargó que le confeccionara una lista con todos los reyes que habían perdido a sus hijos y cuando dispuso de ella se la leyó, en cuanto tuvo ocasión, al filósofo. Éste la escuchó con atención y le pareció muy exacta..., pero no por eso dejó de llorar. Pasado algún tiempo volvieron a verse y ambos se asombraron al comprobar que su ánimo estaba mucho más sereno y hasta volvían a hacerse presentes algunos rasgos de fino humor. De común acuerdo hicieron erigir una estatua al TIEMPO que en su pedestal llevaba gravada la siguiente inscripción: A AQUEL QUE CONSUELA.



SÍ

En tu declaración de la renta marca "Fines Sociales"

Ahora es el momento de elegir si quieres que parte de tus impuestos vaya a ayudar a millones de personas... o no. No te cuesta nada. No pagarás más, ni te devolverán menos.



SOLIDARIA

www.xsolidaria.org

TU GESTO LO CAMBIA TODO

Síguenos en   #xsolidaria



Ministerio de Hacienda y Función Pública





Por Gloria Díez
Fotos: Cristina Bezanilla

JAVIER JIMÉNEZ PIETROPAOLO

presidente de AIPIS (Asociación de Investigación,
Prevención e Intervención del Suicidio)

“Nadie se suicida por una sola causa”



Javier Jiménez Pietropaolo es un psicólogo experto en el espinoso tema del suicidio. Preside una asociación que se dedica a la investigación y prevención de ese acto tan difícil de clasificar: poner fin, por voluntad propia, a la propia vida. El suicidio es una plaga silenciosa que arrastra hacia sus filas a más de tres mil españoles cada año. Un auténtico ejército. Más numeroso, incluso, que el de los que fallecen en accidentes de circulación. Sin embargo, la sociedad parece dar la espalda a un drama que sufren, sobre todo, los familiares de los suicidas, los “supervivientes”, los que deben continuar su existencia con el peso del recuerdo.

En su casa de San Lorenzo de El Escorial, construida en la falda de la montaña, casi un nido de águilas, Javier ayuda a prepararse a sus hijas, dos niñas preciosas, y encierra a *Luna*, su gata blanca, con manchas de color canela, antes de empezar la entrevista.

¿El suicida quiere morir o no soporta vivir?

Yo creo que está sufriendo tanto que no desea seguir viviendo, porque cree, con una visión distorsionada de la realidad, que va a seguir siempre así. Uno no quiere morir, lo que quiere es dejar de sufrir.

¿Son extrañas las ideas de suicidio? ¿O casi todo el mundo las tiene alguna vez?

Las ideas de suicidio son muy habituales. Todos podemos tener un momento muy duro en el que pienses “si no estuviera vivo, no tendría por qué seguir sufriendo”. Pero una cosa es que se te pase por la cabeza y otra que lo planifiques y lo ejecutes.

Las conductas suicidas, ¿se asocian a determinadas patologías?

La Organización Mundial de la Salud dice que sí, que se asocia, por ejemplo, al trastorno límite de la personalidad, a la esquizofrenia, a las depresiones

“Uno no quiere morir, lo que quiere es dejar de sufrir”

o al trastorno bipolar, y que si encima hay una adicción a cualquier tipo de sustancias, el riesgo de suicidio se incrementa. Lo que pasa es que a mí no me gusta mucho la explicación de que entre el 80 y el 90% de las personas que se suicidan, tiene un trastorno psicológico. Yo pienso que hay un porcentaje muy significativo de los que se suicidan que no tiene un trastorno mental. A veces es una crisis vital. La mayor parte de la gente podría comprender, por ejemplo, que una madre, divorciada y con dos niños, se suicide si sus hijos se ahogan en una piscina por un despiste suyo. Sin embargo, la gente no comprende que se suicide una chica de catorce años, que rompe con su novio. Hay que entender que una persona no se suicida sólo por una causa, el suicidio siempre tiene un origen multifactorial, pero hay una gotita que colma el vaso, es decir, hay un desencadenante último.



“A las autoridades les preocupan los accidentes de tráfico; en cambio, las muertes por suicidio solo interesan a las familias afectadas”



¿Multifactorial? ¿Puede ampliar un poco ese concepto?

Sí, que no basta, por ejemplo, con que tú te divorcies, imagina que además tienes baja autoestima, que a lo mejor te das a la bebida, que te surgen problemas económicos, que tienes que dejar tu casa, que, encima, agredes a tu mujer y te metes en problemas policiales y judiciales: eso es multifactorial. No se trata solamente de decir: “se ha divorciado y se ha suicidado por eso”. Casi siempre hay múltiples factores. Por ejemplo, el apoyo social que tengas es importantísimo.

Un pozo sin fondo

¿Por qué decía antes que la adicción incrementa el riesgo?

No es por el hecho de tener una adicción en sí, es que, como consecuencia de la adicción, muchas veces la gente pierde su trabajo o a su familia. En otros casos, se meten en problemas policiales, porque, o tienes mucho dinero o es muy difícil mantener el ritmo de un gramo diario de cocaína. Cuando te quieres dar cuenta, estás rodeado de gente que no son tus amigos, son sólo compañeros de consumo, y poco a poco, vas bajando a un pozo sin fondo.

¿Hay un perfil estadístico? ¿Los hombres se suicidan más?

En todos los países del mundo, exceptuando en China y en India, los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres: tres hombres por cada mujer. Sin embargo, hay una cosa muy curiosa y

es que las mujeres siempre lo intentan tres veces más. ¿Qué significa eso? Que lo intentan tres veces más y lo consiguen tres veces menos. No es que no se quieran matar, en realidad tiene que ver con el método que eligen para hacerlo, que es menos lesivo. ¿Cuáles son los métodos que utilizan más las mujeres? Los psicofármacos y la sección de venas. En cambio los hombres cuando van a matarse, no lo intentan, lo logran. En España casi siempre eligen dos métodos: el ahorcamiento es el principal, quinientos de cada mil suicidas se ahorcan; y en segundo lugar está la precipitación, doscientos cincuenta de cada mil se precipitan al vacío. Igual que en Estados Unidos lo que predomina es el uso del arma de fuego, porque tienen muchas, en España lo más frecuente es el ahorcamiento.

¿Es posible disuadir a un suicida?

Sí es posible. Hay que hacerle entender dos cosas: una, que si en otros momentos de su vida ha sido feliz, quizás pueda volver a serlo; y otra que, a pesar de que él lo crea, su muerte no es “lo mejor” para la gente que le rodea. Lo cierto es que el sufrimiento no se mantiene y el suicidio es un problema psicológico de por vida para la familia, deja un sentimiento de culpabilidad increíble.

Tomarlo en serio, aunque nos tome el pelo

¿Qué margen de maniobra hay cuando una persona dice que se va a suicidar? ¿Cómo se valora la urgencia?

Hay que tomárselo siempre como si fuese totalmente cierto, aunque nos esté tomando el pelo,



“Las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres y lo logran tres veces menos porque eligen métodos menos lesivos”

porque estamos hablando de la vida de una persona. Hay diversas formas de valorar el riesgo. El indicador principal de que una persona puede acabar suicidándose son precisamente los intentos de suicidio previos. Luego, hay otros tres factores que hay que tener en cuenta. El primero es el grado de planificación, si te dice que se va a suicidar, tú le preguntas ¿cómo? y te contesta no lo sé... Bueno, no podemos descartarlo, pero es distinto a si te confiesa: tengo aquí la cuerda preparada. Otro, es el grado de ocultación, porque si lo oculta, es una señal de que no busca ningún tipo de ayuda, ningún tipo de rescate. Y por último, están los preparativos, te puede decir, por ejemplo: “Mira, he dejado canceladas todas mis cuentas y he pagado todo”. Hay otros que se hacen un seguro de vida, creyendo que el seguro les va a cubrir, cosa que no siempre ocurre. Una de las señales de alerta más claras es cuando las personas regalan sus pertenencias más queridas, que no quiere decir que sean las más valiosas: un

reloj, una sortija, unos pendientes, algo que llevaban ellas y que se lo entregan a otra persona. Lo que pasa es que la gente no sabe que está haciendo eso porque se va a suicidar, igual que las despedidas, la gente no entiende las despedidas.

¿Cómo identificar esa conversación de despedida? Porque no será totalmente explícita.

Pues es de este estilo: “Siento mucho lo que os he hecho sufrir, dile a los niños que los quiero...” Permitir que hable es crucial

¿Qué hay que hacer cuando una persona empieza a tener tendencias suicidas?

Para mí lo más importante de todo es que la persona hable, que se explaye. Y es importante entender que, porque tú le preguntes, no le vas a dar la idea. Si tú le planteas a una persona: “¿No estarás pensando en matarte?” No le vas a influir, aparte de que esa no es la forma de preguntar, puedes decirle: “Oye, ¿piensas que la vida tiene sentido?”



“Para intentar disuadir a un suicida hay que hacerle entender dos ideas: que si en otros momentos ha sido feliz puede volver a serlo y que su muerte no es ‘lo mejor’ para la gente que le rodea”



“Una de las señales más claras de que una persona se va a suicidar es cuando regala sus pertenencias más queridas”



¿A quién se refieren ustedes cuando hablan de “supervivientes”?

O bien, “Estás sufriendo tanto, ¿se te ha pasado alguna vez por la cabeza el quitarte la vida?” Y ahí no le estás diciendo ni que sí, ni que no.

¿Su asociación se centra en la prevención, o en atender a los familiares?

En las dos cosas, pero yo creo que nos centramos un poco más en la prevención. Lo que estamos intentando hacer, sobre todo, es elaborar material para formar a otros profesionales, intentamos formar a psicólogos, a médicos o a instituciones que pueden trabajar con gente que está en riesgo de suicidio. En este momento, y gracias a una ayuda del distrito de Moncloa-Aravaca de Madrid, vamos a formar la primera terapia grupal en duelo post-suicidio llevada por profesionales.

¿Cómo se llama la asociación?

Asociación de Investigación, Prevención, e Intervención del Suicidio, la AIPIS. Tenemos una página web www.redaipis.org abierta a todo el mundo con muchísimo material informativo.

Los supervivientes no son los que han intentado suicidarse y han sobrevivido, los supervivientes son los familiares y allegados que sobreviven al suicida. Hay incluso un día mundial del superviviente. El suicidio afecta en primer lugar a los familiares, pero a nosotros nos están llegando psicólogos, psiquiatras o médicos a los que se les ha suicidado un paciente y han quedado gravemente afectados... El sentimiento de culpabilidad es el sentimiento primordial en todos los allegados del suicida.

¿Y eso por qué?

Vamos a poner un ejemplo: se te suicida un hijo de quince años, tú piensas: “el deber de una madre o el deber de un padre es proteger a su hijo y, por ley de vida, lo normal sería que mueras tú antes”. Entonces piensas que no has sabido darte cuenta de que tu hijo tenía ese problema o, si te has dado cuenta, no has sabido ayudarlo y, si has intentado ayudarlo, no ha sido lo suficiente.

¿Qué se puede hacer por los familiares de alguien que se ha suicidado?



“En España los suicidas eligen el ahorcamiento, mientras que en EE.UU. las armas de fuego”

Pues lo primero de todo es escucharles, porque, por regla general, los familiares se cierran en sí mismos y no quieren hablar; es más: les cuesta reconocer muchísimo que la muerte de su ser querido ha sido un suicidio. Sin embargo, hay que hablar del hecho como un suicidio, no como un lamentable accidente. Eso es lo primero de todo. Y luego, hay que ver por qué tienen ese sentimiento de culpa que hemos dicho y que les martiriza. Hay que intentar desmontarlo, porque, en muchos casos, no tiene ninguna razón de ser. Por ejemplo pensar: “Es que si no me hubiera divorciado, él no se hubiera suicidado”. Entonces, claro, le tienes que decir, “¿pero tú te crees que puedes mantener una relación de pareja bajo la amenaza del suicidio?” En primer lugar, tú no sabías que se iba a suicidar, pero, aunque existiera ese riesgo, no puedes estar con una persona de por vida porque te amenace...

¿Es muy alto el número de suicidios en España?

En España hay una media de nueve suicidios al día, unos tres mil quinientos al año, en los últimos diez años estamos en ese rango: entre tres mil y tres mil quinientos. Desde hace cinco años, por primera vez en la estadística española, el número de suicidios ha superado con creces al número de muertos en accidente de circulación. Y eso ¿por qué? Pues porque los muertos en accidentes de circulación sí preocupan a las autoridades políticas sanitarias y, como consecuencia, se desarrollan programas de prevención, que se dotan de medios económicos y humanos, además de que intervienen mucho los medios de comunicación. Sin embargo, los muertos por suicidio parece que solamente preocupan a los familiares de esos muertos. ¿Qué tiene que ocurrir para que se den cuenta de que tres mil quinientos suicidios al año como mínimo, son muchos? Porque luego hay ocho mil muertos que, digamos, son muy difíciles de clasificar, ahogados, precipitados y muertos en accidentes de circulación, que ¿quién te dice que esa persona que se ha ahogado no se quiso suicidar? Pues es una cosa muy simple, si no hay una nota de despedida, si no ha dejado un mensaje a alguien, o si ese alguien ha encontrado el mensaje y lo ha destruido, pues pasa a ser un “lamentable accidente”. Aparece una señora en el patio interior de su casa y quién sabe si se ha suicidado o se ha caído.

A close-up, back-view photograph of a person's head and shoulder. They are holding a black mobile phone to their ear with their right hand. The background is a soft-focus outdoor scene with green foliage and sunlight filtering through, creating a bokeh effect.

QUIEN PIDE SOCORRO ESTÁ A SALVO

Los teléfonos de ayuda urgente para
contener las crisis suicidas

Por Pedro Ortega Campos



"Sólo por los desesperados nos es dada la esperanza" (W. Benjamin).

¿Por qué, pues, el aumento de ancianos aislados, de adultos en crisis económica y de jóvenes desorientados en su educación y en su vida, que los hace depresivos, drogodependientes y solitarios; acarrea el consumo insolidario y la transmutación de valores morales? Exceso de silencios que ennegrecen la mente y la conducen al desvarío. De esa suma fatal sólo se obtiene un resultado penoso: desaparición de proyectos y búsqueda contra reloj de lo inmediatamente útil. Aparece el síndrome del tiempo que pasa (STP) sin dejar pose y el tiempo perdido de siembra (TPS). Chicas, sobre todo, pero también chicos, de entre 22 y 27 años, acuden a consultas (psiquiátrica o psicológica) porque sienten esa fase como un quinquenio fatídico al no haberse cumplido las expectativas de una pareja con proyecto estable de vida y de amor, o si ennoviados alardean de tener casa amueblada...: lo tienen todo, sólo les falta el amor; agotamiento de proyectos, acumulación de fracasos, minusvaloración de lo vivido, vida de mentirijillas-inauténtica-mal planteada, pensamientos hacinados sin orden ni concierto, enterrado el trinomio perdón-olvido-valor... Imposible recrearse en un proyecto esperanzador. Polarizados en ninguno, generalizan negativamente; atiborrados de inseguridad, ladean cualquier decisión. En definitiva, se agranda la casa y se achica la promesa; se alarga la espera y se acorta la esperanza. ¿Hay remedio?

Los teléfonos de ayuda

En España existen dos teléfonos de ayuda urgente para la contención en crisis suicidas: 1º) el teléfono 112, que dispone de tres derivaciones: a) SUMA, para casos que necesitan prestación sanitaria urgente debido a heridas o muerte; b) POLICÍA, para intervención eventual de suicidas; c) EMERGENCIAS SOCIALES, donde un llamante al teléfono 915919854 –Comunidad de Madrid, por ejemplo- puede solicitar ayuda de evitación suicida, y se acude al lugar del llamante. Pero desde hace cuarenta años existe otro, 2º) el TELÉFONO DE LA ESPERANZA (T.E.) 902500002, especializado en escucha activa para la contención de crisis suicidas y de acogida para la escucha con parámetros terapéuticos y humanistas en sus actuales 39 sedes esparcidas por España, Europa y América.

Un problema de salud pública

De 99.825 llamadas al T.E. en el año 2012, 1.567 (1,5 por 100) eran de posibles suicidas. Alrededor de tres mil personas por día mueren por suicidio en todo el mundo; por cada una que logra su propósito existen veinte de intentos fallidos.

En España existen dos teléfonos de ayuda en caso de crisis suicida: el de emergencias (112) y el Teléfono de la Esperanza (902 500 002)

En los últimos cuarenta y cinco años las tasas de suicidio, se han incrementado en un 60 por 100 a nivel mundial (OMS, 2005).

El suicidio es un mal absoluto

Es la conducta que más gravemente perjudica la vida. Sea como llamada de atención -conato, runruneo-, sea con premeditada planificación, en todos los casos hablaríamos de suicidio o de conducta suicida. Entre los suicidas: depresivos, neuróticos, esquizofrénicos, maníacos, y casi todos presa de conflictos por frustración amorosa, matrimonio o sexualidad, disensiones familiares, dificultades económicas, legales, profesionales. Nuestro compromiso de ayuda es el de evitarlo.



Quien pide socorro está a salvo

Si las razones para vivir son estructurales y organizan nuestra vida, las del suicidio son coyunturales y la desorganizan: representan el túnel sin salida, el hartazgo de lo vivido, la espera sin esperanza. Y pueden darse en cualquier etapa de la vida. Casi mil personas se suicidan diariamente y unas cinco mil más lo intentan. Los métodos de suicidio son similares: en los intentos de suicidio, por lo general, píldoras; y en el suicidio consumado: el 40 por 100, por ahorcamiento; un 15 por 100, arrojándose al vacío; y un 10 por 100 por arma de fuego. ¡Pero quien pide socorro está a salvo! Lo verás:

A) Me encontraba de servicio en el Teléfono de la Esperanza. Una niña de trece años llama diciendo: "Voy a suicidarme..."

Yo: Buenas tardes... Y si lo tienes decidido, ¿en qué puedo ayudarte, por qué llamas?

Niña: Bueno..., es que..., por despedirme de alguien.

Yo: ¿Yo soy alguien para ti? No te conozco, pero... ¿Necesitas decir adiós...?, le pregunto.

Niña: Me da pena no decir a nadie que me voy...

Yo: Sí, pero hay adioses para no volver y otros con esperanza de volver. ¿Cómo es el tuyo?

En ese momento se abrió la cerradura de la puerta de su piso y me avisa: "Viene mi padre, cuelgo..."

He ahí una llamada frustrada por no poder ahondar en la motivación del suicidio, por no lograr, -que yo sepa-, proporcionar esperanza. En estos casos es frecuente que llamen de nuevo para solicitar ayuda. Ciertamente, los suicidas llaman al T.E. como último recurso: encontrar una solución o dejar constancia de una despedida.

b) Recuerdo a la madre de un médico psiquiatra. Llamó diciendo: "Mi hijo está postrado, no sale de la cama, no quiere saber nada de nadie, está desesperado, dice que a él no se le puede ayudar... Haga algo por él, por favor. Dice que va a hacer algo raro... Estoy sola con él".

Yo: ¿Puede ponerse al teléfono?, le pregunté...

Ella: Hijo, ven, es alguien del T.E.

Yo: Oí que gritaba a su madre: "No, no quiero, no hay esperanza que me valga".

C) Viene a la sede del T.E. una joven de unos 34 años. No tiene padres. Vive con su único hermano, con el que se lleva bien, pero no quiere hacerle sufrir por causa de su enfermedad...

Ella: Sólo quiero saber una cosa: ¿me castigará Dios si me suicido?

Yo: Dios no te castiga, él te ama. ¿Tú tú lo amas?

Ella: ¡No me esperaba eso...!

Yo: ¿Tienes motivos para quitarte la vida?

Ella: "Estoy invadida de sida, me lo pegó un hombre..., me engañó... Y vivo así desde hace casi dos años... No puedo acercarme a nadie... ¡Hasta el médico y las enfermeras del hospital al que acudo se ponen mascarilla cuando entro en la consulta...! Me siento despreciada, hundida... ¡Doy asco! No soy nadie, no aguanto más, es muy duro". Lloro. Tras larga conversación, la acompaño a despedirla: sonrío, musita el adiós, avanza sobre el jardín y se vuelve para dar las gracias.

Siempre hay que tomar en serio cualquier amenaza o intento de suicidio





En esos tres casos, como en otros, se percibe: a) que la vida ya no será tranquila como hasta ahora; b) que no queda fuerza para enfrentarse a la nueva situación; c) que no saben qué hacer: pierden seguridad en sí y en los demás; quedaron sin esperanza: no hay sentido, es decir, ni dirección ni finalidad. Dos gritos: "¡A mí nadie me entiende!", "¡Nadie me quiere!". Es el vacío existencial en forma de pregunta sin respuesta: "¿Y por qué me tiene que pasar esto a mí?"

Tres instancias del suicidio

Primera: ambigüedad. Se acude a la idea de suicidio (ideaciones suicidas) como remedio a una situación de angustia (aflicción, congoja, pavor, ansiedad: puede venir de fuera, -objetiva-, o de dentro, -subjetiva-), culpabilidad (ese rencor que corroe, esa duda que intranquiliza por haber causado ofensa o daño reales, tal vez imaginarios, contra normas personales, familiares, religiosas, sociales), miedo, decepción, anuncio de diagnóstico de enfermedad grave, frustración y no atisbar una solución. Suele guardar silencio, o habla cuando ha superado la ambigüedad. Muchos

Es muy importante facilitar al paciente la expresión de sus sentimientos



hombres y mujeres célebres, científicos y humanistas, creyentes y ateos, reconocen haber pasado por esta instancia. Segunda: señalización del modo de suicidio (concreción de medios sin decisión de su uso) como probable escapatoria de la instancia primera. Se comenta como aviso con personas con las que se ha tenido una relación especial (familiares, amigos). Tercera: determinación en la ejecución. Se deciden medios materiales para llevar a cabo el suicidio, así como fecha, lugar, día, hora...

Tres preguntas del suicida:

Primera, ¿hasta dónde puedo llevar mi poder de dominación sin poner en peligro la propia perduración como ser viviente y personal?

Segunda, ¿cuáles son los límites no sólo físicos sino éticos de mi intento suicida?

Tercera, el peso de un mundo donde nada es natural y todo es cultural, ¿no suscita en el suicida pesadumbre y fatiga existenciales?

La esperanza, respiro de una promesa...

La esperanza se puede recuperar, incluso sin la solución deseada. El suicida reacciona superando su desconcierto. O se recupera en contacto con quienes saben escucharle activamente desde la confrontación "pensamiento-realidad", aventando mejores expectativas. Por ejemplo: a) **Acogida** cálida y respetuosa. Es la primera actitud para generar esperanza. Acoger quiere decir estar con el (la) suicida con su problema; permitirle desahogarse. ¿Resultado? La escucha activa ayuda a recobrar la autoestima al percatarse de que él-ella no están solos. b) **Estimular la búsqueda de caminos de salida a la crisis**. La persona suicida no busca sólo solucionar su problema sino que la comprendamos y compartamos su sufrimiento, que la acompañemos para buscar soluciones. ¿Cómo? Evitando actitudes cerradas que la más insegura; eludir consejos fáciles y preguntas malas; estimular la búsqueda de caminos más favorables.



Posibles sentimientos y recursos del *telefo- noesperanzista* para ayudar a un suicida:

- **Ambivalencia**, casi siempre presente, entre querer vivir y querer morir; impulsividad, necesaria para el acto; aunque no persiste indefinidamente, pero siempre hay que tomarse en serio cualquier amenaza o intento de suicidio.
- **Sentimientos más frecuentes: culpa** ("Si yo hubiera...": otros nos consideran culpables); **pena; ira**: hacia el difunto, o hacia uno mismo; **vergüenza**, debido a la imagen social negativa asociada al suicidio.
- **Lo que las personas en duelo por un suicida (familiares o amigos) no se atreven a decir**: No trates de evitar mis lágrimas... Ni de consolarme comparando mi pérdida con otras peores... Ni me digas: "sé cómo te sientes"... Por favor, sólo pregúntame cómo me siento hoy... No me digas que "deje esto atrás, que olvide y siga adelante con mi vida"...
- **Preguntas** que se suele hacer el superviviente: ¿Qué podría haber hecho yo para prevenirlo? ¿Por qué hizo esto mi amigo(a) o mi ser querido? ¿Es hereditario el suicidio? ¿Cómo es posible que esto me haya ocurrido?
- **¿Cómo expresar el apoyo humano?** Con frases como: "Llora si quieres, tienes la necesidad de liberarte de la inmensa tristeza que llevas dentro"... "¿Puedes decirme lo que estás experimentando en este momento?"... "Tienes todo el derecho a protestar, la vida a veces es injusta"...
- **Emociones** que los intervinientes tienen que aprender a manejar: **miedo** por la posibilidad de equivocarnos, de no saber qué hacer, etc.; tristeza (compasión por lo que le sucede al otro); **ansiedad física** (dolor en el estómago); **problemas conductuales** (no parar de hablar frente a la persona en duelo).
- **Actitudes y habilidades: empatía** (capacidad de ponerse en el lugar del otro); **flexibilidad** (capacidad para no juzgar); **estabilidad personal** (superación de los propios duelos).
- **Consultar y poner en común con otros compañeros del voluntariado**

algunas experiencias y conclusiones: siempre hay que tomar en serio cualquier amenaza o intento de suicidio; es muy importante facilitar al paciente la expresión de sus sentimientos; un alto porcentaje de suicidas se debaten entre querer vivir y querer morir (ambivalencia); el suicidio, en muchos casos, puede prevenirse.

Un alto porcentaje de suicidas se debaten entre querer vivir y querer morir (ambivalencia); el suicidio, en muchos casos, puede prevenirse

Después de la respuesta adecuada al grito de socorro del suicida, en su llamada al Teléfono de la Esperanza, nos queda el reformar las cabezas para dejar pasar la esperanza.

En efecto: "*nada está enteramente en nuestro poder sino nuestros propios pensamientos*". "*Procurar siempre vencerme a mí mismo... y alterar mis deseos antes que el orden del mundo*" (Descartes). Por eso "*hay que reformar las cabezas*" (Galileo). "*El mañana del mundo pertenecerá, con toda seguridad, a los que proporcionen a la Tierra -incluso desde la Tierra- una mayor esperanza*" (Teilhard de Chardin).

El "*Yo fui loco y ya soy cuerdo*"..., "*Morir cuerdo y vivir loco*" de Don Quijote representan un paradigma de esperanza frente a la locura principal del suicidio. Sin la esperanza, la idea de verdad es inconcebible.

Como dijo nuestro fundador, Serafín Madrid, "*el hombre, todo hombre tiene posibilidad de cambio, cuando encuentra, aunque solo sea a través del hilo telefónico, una persona capaz de ofrecerle solidaridad y amistad*", porque "*cuan- do existe la esperanza, todos los problemas son relativos*".



SÍ



En tu declaración de la renta marca **"Fines Sociales"**

Ahora es el momento de elegir si quieres que parte de tus impuestos vaya a ayudar a millones de personas... o no. No te cuesta nada. No pagarás más, ni te devolverán menos.



SOLIDARIA

www.xsolidaria.org

TU GESTO LO CAMBIA TODO

Síguenos en   #xsolidaria





LAS LLAMADAS CON CONTENIDO SUICIDA AUMENTARON UN 29,5% EN 2012

Por Fernando Alberca Vicente

El pasado año, los voluntarios del Teléfono de la Esperanza atendieron 1.567 llamadas de personas que querían quitarse la vida

En 2012, los voluntarios de los Centros del Teléfono de la Esperanza en España atendieron 99.825 llamadas. En 1.567 de ellas, los llamantes manifestaron de forma explícita su intención de querer quitarse la vida. Las llamadas con contenido suicida suponen, por tanto, un 1,57% del total de llamadas recibidas en los Centros que el Teléfono de la Esperanza en 25 provincias españolas. En 2011, estas llamadas con contenido suicida alcanzaron la cifra de 1.210, lo que significó el 1,25% del total de llamadas atendidas.

De las 1.567 llamadas con contenido suicida, un 3,2% (50 llamadas) las realizaron personas que estaban **llevando a cabo un intento de suicidio** en el momento de la llamada. Personas que estaban sometidas a una crisis emocional y **habían decidido suicidarse** como salida a la misma, fueron las responsables del **18,7%** de las llamadas (293). Y en un **78,1%** de los casos (1.224) se trataba de personas en crisis **ideando** la posibilidad del suicidio.

En el estudio del perfil de los llamantes que amenazan con quitarse la vida, una mayoría de ellos, **el 74%, no mantienen en esos momentos ninguna relación sentimental o de pareja** lo cual apunta a una **relación muy estrecha entre la soledad y el suicidio**. Se trata de perso-

nas solteras en el 45,9% de los casos, separadas o divorciadas en el 23,8%, y viudas en el 4,3% de las ocasiones.

Por el contrario, el 16,9% de las llamadas con contenido suicida fueron realizadas por personas casadas, y el 2,9% por llamantes que tenían una pareja de hecho. En el 6,2% de las ocasiones el llamante prefirió no dar detalles sobre su estado civil.

En cuanto a la edad de las **personas que llaman en el momento de llevar a cabo el intento de suicidio** (inmediatamente tras ingerir un bote de pastillas, por ejemplo), **la mayoría tiene entre 35 y 44 años (32% de estas llamadas)**. El 20% de los llamantes con un suicidio en curso se encuentra en el grupo de 45 a 54 años; un 16%, entre 25 y 34 años, otro 16%, entre 55 y 64 años; mientras que los grupos de hasta 25 años y a partir de 65 años representan cada uno un 4% de las llamadas avisando de un intento autolítico.

Las llamadas con contenido suicida son efectuadas en el 64% de las ocasiones por mujeres y en el 36% por hombres. Este dato evidencia que en situaciones de crisis emocional a las mujeres les cuesta menos solicitar ayuda psicológica, mientras que a los hombres les produce más vergüenza reconocerse necesitados.



Aunque las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia mayor que los hombres, éstos consuman el suicidio en una proporción entre tres y cuatro veces mayor que ellas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que “el suicidio no es sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de un enfermedad, pero **los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio**”. En este sentido, la OMS (año 2000) estima que el riesgo de suicidio en personas con alteración de su estado emocional, principalmente depresión, (trastornos del humor) es entre el 6 y el 15%; con esquizofrenia, entre el 4 y el 10%; y con alcoholismo, entre el 7 y el 15%.

En **España**, el suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte no natural, lo que deja la trágica estadística de que **cada día diez personas se quitan la vida en nuestro país**.

Estamos hablando solo de suicidios consumados, ya que los intentos, frustrados conscientemente o por intervención ajena, y los parasuicidios (conductas de riesgo al volante, ingesta de drogas y alcohol, no prevención en el contagio de enfermedades infecciosas, autolesiones, accidentes inexplicables, etc.), que no contabilizan como suicidios consumados, representan unos 50 casos por cada uno especificado como realizado voluntariamente.

Las terribles noticias que nos vienen informando de personas que, poco antes de ser desahu-

ciadas, deciden quitarse la vida debido al intenso sentimiento de desamparo y al estado de profunda crisis emocional, nos aconsejan recordar a la sociedad española que **el Teléfono de la Esperanza ofrece un servicio permanente y gratuito de Orientación por teléfono para abordar de forma urgente, anónima y especializada las situaciones de crisis**. Este servicio, que funciona las 24 horas del día, durante los 365 días del año, está atendido por voluntarios especializados en la escucha y formados para activar las capacidades de las propias personas para superar sus problemas.

Además del servicio permanente de Orientación por teléfono, nuestra Asociación ofrece asesoramiento e intervención profesional en entrevista personal. Este servicio es prestado por un equipo multidisciplinar formado por psicólogos, psiquiatras, abogados, trabajadores sociales y otros especialistas.

El Teléfono de la Esperanza es miembro de pleno derecho de IFOTES (Federación Internacional de Ayuda de Emergencia por Teléfono) y de IASP (Asociación Internacional de Prevención del Suicidio) y, a través de éstas, está vinculada formalmente con la OMS. En España, es miembro fundador de la Plataforma del Voluntariado.

Con el inicio del servicio en Santander este mismo año, el Teléfono de la Esperanza ya está presente en España con al menos una sede en 26 provincias.

Azul y rojo. José María de Llanos



José María de Llanos, una de las figuras más admiradas y controvertidas del franquismo y la transición española, llegó a convertirse en todo un mito.

Hijo de militar, nacido en la calle Serrano de Madrid y compañero en la universidad de **José Antonio** y de **Pedro Arrupe**, tras ingresar en la Compañía de Jesús, vivió la expulsión de la República y desde el exilio el fusilamiento por los rojos de dos de sus hermanos. De regreso a España se convirtió en “cura del régimen”, capellán del Frente de Juventudes y del SEU, creador del SUT e incansable director de ejercicios espirituales, que llegó a impartir incluso al mismísimo general Franco.

A mediana edad despertó a la otra España olvidada y decidió marcharse al **Pozo del Tío Raimundo**, donde plantó su chabola en el suburbio para asumir la causa de los oprimidos hasta su muerte. Con el deseo de ser como ellos, colaboró en la fundación de Comisiones Obreras y defendió a los represaliados hasta el extremo de hacerse del PCE y alzar el puño cuando este fue legalizado.

Primera biografía crítica del **jesuita**, fruto de una exhaustiva investigación, este libro aporta numerosos documentos inéditos, diarios, poemas y cartas personales a destacadas figuras del siglo xx, que van de Fraga a la Pasionaria, Gallardón, Javier Solana, Álvarez del Manzano, Santiago Carrillo y Marcelino Camacho, junto con otros testimonios de intelectuales, políticos y periodistas.

Pedro Miguel Lamet consigue al mismo tiempo deshacer tópicos y desvelar la auténtica vida íntima y profundamente espiritual del padre Llanos a través de un relato ameno que coincide con una época apasionante de la historia de España.



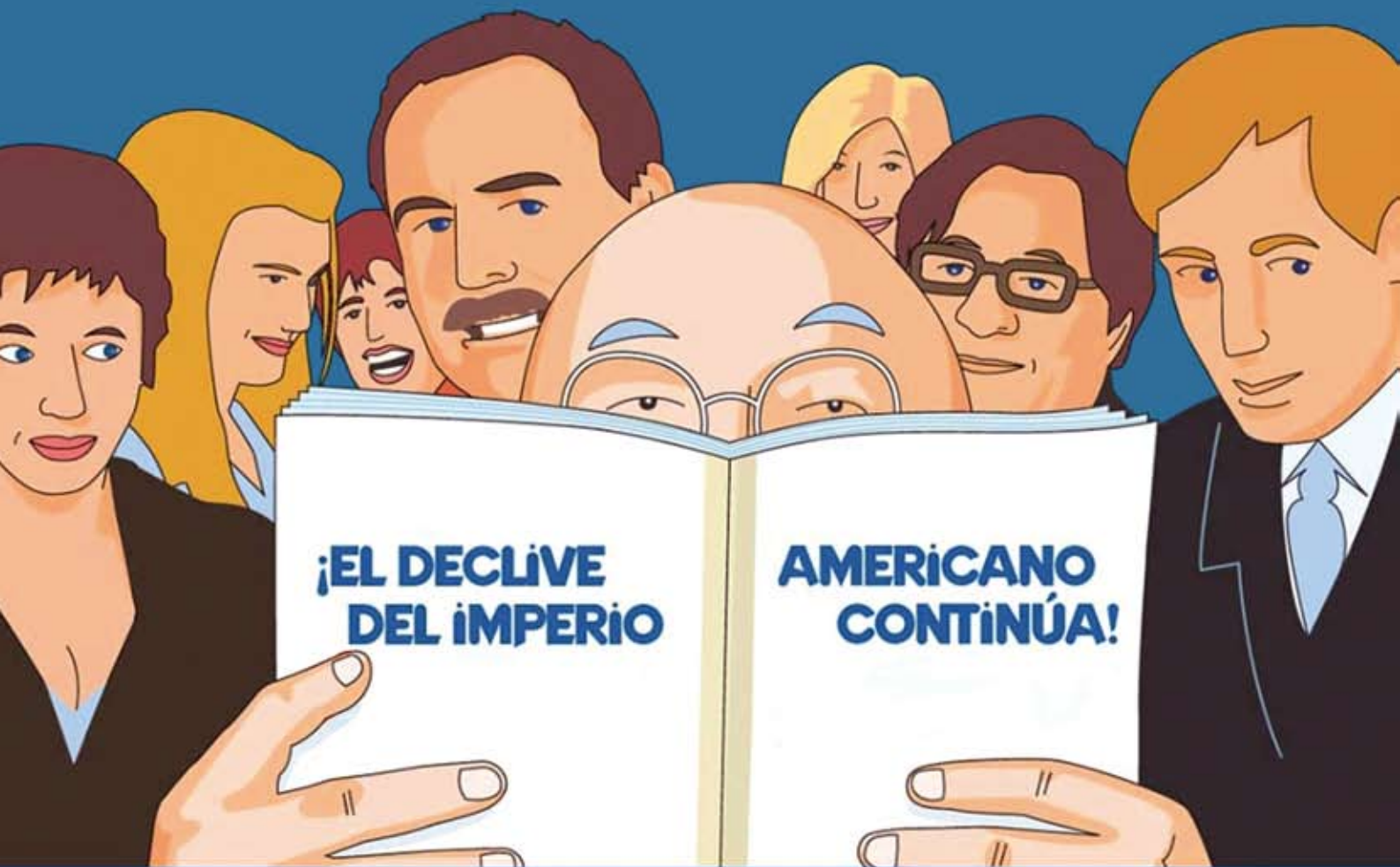
Pedro Miguel Lamet (Cádiz, 1941) es autor de treinta y nueve libros de muy diversos géneros, desde la poesía a la novela, pasando por la biografía, la historia, el ensayo y el periodismo. Además de director del semanario *Vida Nueva* y conocido columnista de diversos periódicos, emisoras y revistas (*Radio Vaticano*, *cadena Cope*, *Radio Nacional*, *Pueblo*, *El País*, *El Globo*), especialmente en *Diario 16*, fue profesor de Estética y Cinematografía en varias universidades y ha obtenido ocho premios periodísticos y literarios. Es en la actualidad el director de la revista *AVIVIR* del Teléfono de la Esperanza.



CINE



LA TRASPARENCIA DEL SUICIDIO CINEMATOGRAFICO



La serpiente del final como figura

Por Norberto Alcover

El suicidio no odia la vida porque lo que llega a odiar es una forma de vida o una historia de vida que le supera y lo lleva al paroxismo de la desesperación

Suicidarse es el resultado, en general, de una historia suprahumana que solicita acabar cuanto antes para seguir viviendo de otra manera. El suicidio, en general, siempre en general, no odia la vida porque lo que llega a odiar es una forma de vida o una historia de vida que le supera y lo lleva al paroxismo de la desesperación. Pienso que el suicida volvería a vivir si fuera capaz de rectificar el pozo sin fondo donde se ha metido durante largos años o por el contrario en un momento dado.

Cada peculiaridad artística tiene su peculiaridad humanística, y el cine no ama la muerte aunque esté lleno de muertes. Los finales tremendos siempre esconden deseos imposibles de vivir de forma diferente..., aunque casi nunca se confiese explícitamente.

Por esta sencilla razón, hemos titulado este ensayo la transparencia del suicidio, en la medida en que toda acción suicida nos permite seguirle la pista a algún tipo de sutilísima serpiente que se desliza hacia el final de una determinada vida, y se erige en figuración límite de una forma de existencia. Bajo todo suicidio se oculta alguna oscura razón o razones que no solamente conducen hasta la debacle, antes bien dibujan un mapa del todo significativo del suicida en cuestión. Es llamativo que los detalles del autoacabamiento contengan las pistas para conocer los correlativos detalles del camino seguido hasta la autodestrucción. Por lo menos en la pantalla. Veamos varios casos que responden a esta percepción de tan tremendo asunto.

El último tango en París, de Bernardo Bertolucci (1972)

La película concluye con el cadáver del protagonista sobre un balcón de París, muerto por el disparo de la coprotagonista, hija de la dueña del piso. Nunca descubriríamos el devenir narrativo de la historia del film a partir de esta imagen conclusiva, más bien pensaríamos en alguna historia de robo, de agresión física o de discrepancia entre las tres personas presentes. Pues nada de esto. El cuerpo de Marlon Brandon, en plenitud de virtud interpretativa, es el resultado de una muerte anunciada desde el comienzo del film, si bien de forma indirecta, a través de una historia paroxística de sexo violento, de carnalidad pura y dura, como resultado del encuentro de una necesidad de autopunición en el hombre y de placer desconocido en la joven mujer.

Una historia sexual, nunca efectiva y mucho menos amante, en un apartamento deshabitado y alquilado solamente para encontrarse, aparearse y gozar de forma compulsiva..., hasta la destrucción de la joven lolita que, amedrentada, acaba por eliminar a quien la ha convertido en materia de dolor insoportable. La dimensión política, de naturaleza argelina que descubrimos al final, no incide propiamente en este suicidio indirecto que hemos comentado. Es un dato que amplía el film por otros derroteros casi psicoanalíticos que en este momento no interesan.



Hemos comenzado por este histórico film, tan vulgarmente interpretado desde el comienzo de su aparición, porque aborda una dimensión suicida de la que apenas se habla. Muchas veces se llega a la muerte como resultado de haberla buscado sin descanso mediante una relación con otra persona que acabará por ejecutarla de golpe y porrazo. Le sucede al personaje de Brando a manos de la joven lolita que interpreta la Schneider en su ópera prima como *mujer fatal*, siendo una vulgar lolita de medio pelo, si bien con su propio trauma. Brando quiere alcanzar el final, la aniquilación, tras la muerte de su anterior esposa (en una escena mortuoria en que el actor interpreta un monólogo de primerísima calidad ante la mujer en el ataúd, rodeada de flores). Y descubre en la joven burguesita la posibilidad de conseguir, de forma un tanto inconsciente, la destrucción perseguida. Es un suicidio indirecto pero decisivo. Para nada eutanásico sino criminal. Pero suicidio perseguido desde el comienzo, cuando ambos se encuentran bajo los puentes gélidos de un París marginal y casi abandonado.

***Thelma y Louise*, de Ridley Scott (1991)**

Un film puntero donde los haya, cuya única limitación es la pertenencia a la obra de Scott, desde mi punto de vista un relevante realizador fílmico pero una y otra vez denostado por la crítica. Y sin embargo, autor de tres films que marcan la historia del cine de forma inequívoca: *Blade Runner* (1982), *Thelma y Louise* (1991) y *Gladiator* (2000), además de otras historias siempre sugestivas. Un autor a reivindicar y que acabará obteniendo la justicia que merece. Lo decimos aprovechando la ocasión de un film llamativo y que nos abre pistas interesantes sobre la vida norteamericana de los noventa, cuando una cierta decadencia comienza a abrirse paso en una sociedad que solamente deseaba escapar a su propio destino de pedagoga universal. Aquí, Scott, sobre un excelente guión de Callie Khouri, lleva a esa misma sociedad hasta el suicidio, en parte por un oscuro deseo y no menos por una frivolidad insuperable. Veámoslo.

Una esposa modélica, la siempre inquietante Geena Davis, y su amiga enloquecida y rompedora de

toda norma, camarera de bar, mi admirada Susan Sarandon, emprenden un loco periplo de fin de semana para escapar a la vulgaridad de su vida en un pueblo sin futuro, diariamente aburrido y monótono. Todo les sucede precisamente en esta América aparentemente ordenada: violadores, machistas, injusticias sin fin y una muerte por en medio, lo que provoca una escapada sin sentido, solamente para poner tierra por en medio con la policía que las persigue. Y se acumula malestar, tensión, hartura de todo..., hasta de la propia existencia, que descubren inútil. Al final, en una de esas huidas, se encuentran ante un despeñadero y deciden lanzarse suicidamente al abismo para cerrar sus vidas oscuras y desesperadas.

La fuerza y dramaturgia del film radica en la pequeñez de las dos protagonistas ante el cúmulo de detalles yanquis que las abruma y desarticulan hasta lanzarlas a la negrura más absoluta. Norteamérica no es lo que les parecía a las dos mujeres, pero tampoco a los espectadores propios y extranjeros que visionaron el film. Norteamérica lleva al suicidio porque se persigue a sí misma, sin capacidad de solventar sus propias inquietudes, a pesar de que no acaba de distinguirlas, como sucede a Thelma y Louise. Estas mujeres emblemáticas una especie de suicidio colectivo, esa serpiente que tantas veces aparece en el cine, puede que con un final menos radical. Un suicidio histórico.

Si tenemos presentes los suicidios por razones de la crisis actual, reconocemos la misma identidad causal. En cada uno de ellos, se desliza esa serpiente histórica inexorable. Thelma y Louise.

***Mar adentro*, de Alejandro Amenábar (2004)**

Sobre una historia real, Amenábar, chico sorprendente del cine español hace años, monta una historia tan conmovedora como tramposa en torno a un personaje tetrapléjico, interpretado por un excelente Javier Bardem, quien pretende y consigue que una amiga suya le ayude a morir, dando pie a un suicidio asistido que tiene que ver con la eutanasia. Se trata de un personaje que nos muestra durante una hora y media su deseo de ejercitar la propia libertad y las dificultades para



conseguirlo, hasta que por fin lo consigue en un contexto de euforia familiar y amigable, que convierte al muerto en un mito. Un sacerdote que intenta disuadirle, aparece como un personaje grotesco, que para nada representa al conjunto de sacerdotes que entraron en contacto con él. Pero el film, dentro de su trampa ya comentada a favor del suicidio eutanásico, merece respeto aunque solamente sea por los momentos en que descubrimos las características humanas del protagonista, enfrentado al deseo de ejercer su derecho a decidir sobre su propia vida. Falta conflictividad ideológica pero el film es llamativo.

Una situación que se ha ido extendiendo sin que se sepa o, en todo caso, sabiéndose pero sin proclamarlo socialmente. Como tantas otras situaciones ciudadanas que conforman un subsuelo conocido pero silenciado. Tal y como sucede también en *Johnny cogió su fusil*, de Dalton Trumbo (1971), situación que en momentos de guerra suele aplicarse con frecuen-

cia en otros films sin darle excesiva relevancia. En estos casos, se mezcla un soldado al límite con una casi necesidad de quienes le cuidan para aligerar hospitales de campaña, saturados de heridos irrecuperables. En el film de Trumbo, terrible en sus imágenes en blanco y negro, la enfermera que cuida al herido límite, vive la tremenda contradicción entre mantenerle con vida pero desesperada o ayudarles a una muerte llevadera. Estamos ante una cuestión abierta que demuestra la objetividad de nuestra introducción, cuando escribíamos sobre la transparencia del suicidio.

La conflictividad de la cuestión no nos exige de profundizar en la misma y de intentar encontrarle alguna solución tan ética como resolutive. Teniendo muy presente que la imagen fílmica comunica una contundencia a la situación mucho más seria que un texto escrito. Pero el cine transparenta siempre esas zonas ocultas de la realidad, cual serpiente camino del límite. Es su fuerza comunicativa.





Amor, de Michael Haneke (2012)

La Palma de Oro en Cannes en 2012, junto a tantos premios más, avalan este film tan brillante como humanísimo pero también sombrío, interpretado por dos fascinantes protagonistas: un anciano Jean Louis Trintignant en el papel de un retirado músico de fama mundial y la perfecta Emmanuelle Riva, interpretando a su esposa Anner, quien nos recuerda aquella otra intervención ya mítica en *Hiroshima mon amour*. Un film ya de culto que demuestra hasta qué punto el cine francés o de espíritu francés es capaz de comunicar situaciones que producen escalofríos de lo humanas que son, si bien ese cine sea bastante sencillo, todo lo contrario del cine actual al uso. Tipología cinematográfica que ha recogido nuestro Fernando Trueba en *El artista y la modelo*, injustamente olvidado en los últimos Premios Goya españoles. Complejo paladar el nuestro.

El hombre y la mujer se aman absolutamente, hasta límites que te producen lágrimas. Él la cuida con un cariño insuperable y una ternura que va más allá de una interpretación normal. Y cuando ella ya está rendida en la cama, incapaz de moverse y de articular palabra alguna, cuando ella ya no es ella, en un ataque de ira contra el destino, el hombre aplasta la almohada sobre

el rostro de la esposa hasta dejarla sin respiración. Es una escena cinematográfica en que la eutanasia supera la mera situación de suicidio asistido para inscribirse en el libro de citas fílmicas ya permanente. Aunque podamos censurar la eticidad de la medida, hay que reconocer la tremenda belleza de tal momento y su llamada al *amour fou* de extracción tan francesa. La vida siempre supera las normas necesarias para convivir, sobre todo cuando quien rompe las normas es el amor con mayúscula.

La imagen final, que el lector descubrirá en la pantalla, consume esta historia con una llamada a la responsabilidad familiar absolutamente inesperada pero del todo punto justificada.

Las invasiones bárbaras, de Denys Arcand (2002)

Hemos dejado para el final este film que pasó sin pena ni gloria y que, sin embargo, merece atención, no solamente por el tema suicida, sino también por su referencia a la eticidad social dominante en un país como Canadá, con altísimo grado de secularización. Se trata de una continuación de *El declive del imperio americano* del mismo autor y realizada en 1986. Merecen verse las dos películas seguidas.



Tras reunirse un grupo de amigos para charlar sobre lo divino y lo humano, acción desarrollada en el primer film, uno de ellos ya enfermo terminal, reclama a sus hijos que le ayuden a morir, utilizando un método casi igual al de las ejecuciones con inyecciones en Norteamérica. Asistimos a las dudas y hasta conflictos entre sus descendientes y la resolución final que se produce a favor de la petición del anciano enfermo. El conjunto de personajes, todos ellos perfectamente interpretados, nos ofrece una muestra casi patética de la nueva generación, ya sin referentes éticos y solamente con preocupación casi de estilo existencial.

Junto al abuelo, todos tienen sus problemas, que surgen precisamente al tener que tomar postura sin poder evitarlo. A todos ronda la muerte, biológica o espiritual, y a todos invade el pánico, que remiten a la situación del enfermo. Todo vivido en un lugar paradisiaco canadiense, donde los fluidos que penetran las venas del paciente más parecen instrumentos de vida que mortales.

Las invasiones bárbaras, título que no desvelamos en su exacta significación, las llevamos previamente dentro. Y ya somos incapaces de diferenciar entre amor compasivo pero en definitiva egoísta y la rectitud moral en cuanto tal. La serpiente trasparente vuelve a alcanzarnos y a dejarnos sin capacidad de respuesta.

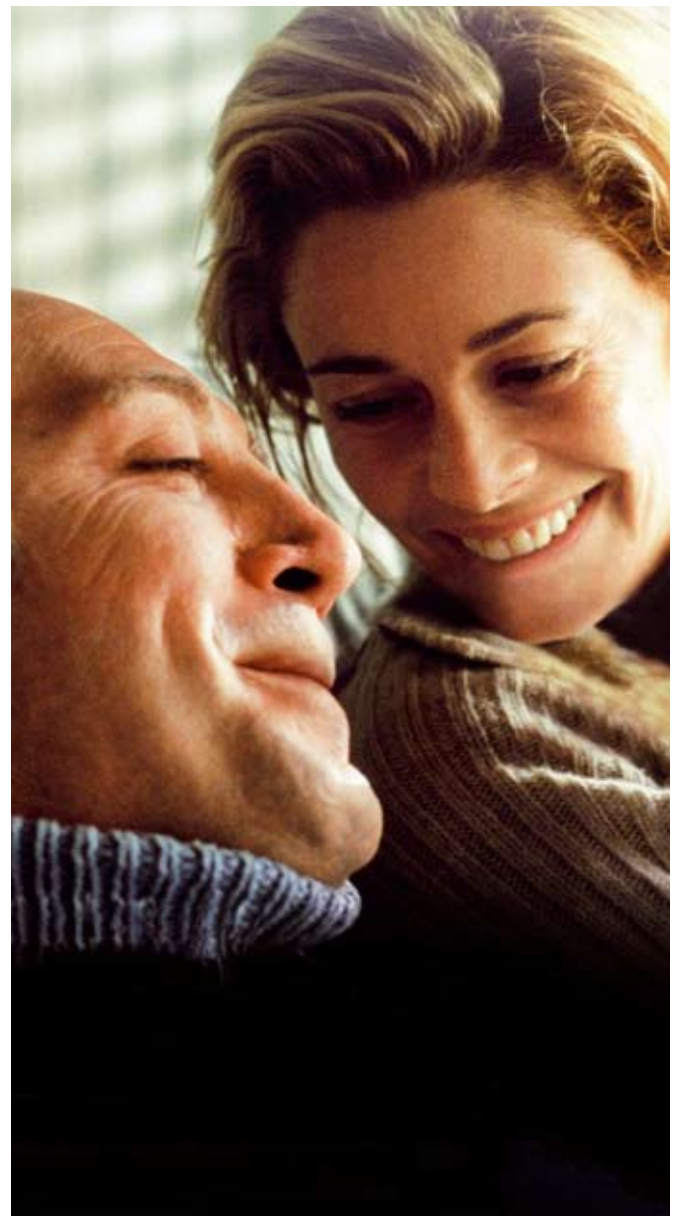
Coda conclusiva

El cine comunica una realidad re-presentada, es decir, semejante pero nunca exactamente igual a la real. Y de esta manera trasparente, como hemos escrito, la serpiente que nos lleva al límite, ese límite que en la vida normal jamás alcanzamos por impericia o simplemente por pudor. Bajo todo suicidio, directo o indirecto, se oculta esta serpiente sutilísima de los límites humanos, esos que conducen al mismo suicidio. No se trata de moralizar inútilmente ni a favor ni en contra de los films correspondientes, salvo lo que demanda el juicio crítico oportuno.

Se trata, sobre todo, de seguirles la pista a las diversas serpientes hasta llegar a sus grutas escondidas y que coinciden con nuestras pasiones me-

nos evidentes. Es decir, se trata de permitir que el suicidio se trasparente para que consigamos comprender mejor y más a estos seres tan extraños y que llamamos humanos. Nosotros mismos.

Los detalles del autoacabamiento cinematográfico contienen las pistas para conocer los correlativos detalles del camino seguido hasta la autodestrucción



**A PIE
DE CALLE**

¿TABÚ O PRIMERA PÁGINA?

Cómo tratar el suicidio en los medios de comunicación

En España se suicidan algo más de 3.000 personas al año, según datos del Instituto Nacional de Estadística. La prensa siempre ha sido reacia a publicar noticias sobre suicidios por miedo a un efecto contagio. De ese tabú o pacto de silencio, parece que se está pasando a que las noticias en las que hay un suicidio sean noticia de primera página. ¿Deben los medios autocensurarse? ¿Deben ocultar parte de la realidad? Una información basada en las normas esenciales del periodismo permitiría llevar el suicidio a los medios sin ocasionar problemas o polémicas.

Por Antonio Saugar



En la prensa siempre ha habido una buena tradición del denominado “periodismo de sucesos”. Este tipo de informaciones ha servido, incluso, de escuela a muchos periodistas a lo largo de la historia. Entre este periodismo de sucesos también están los casos de suicidio, pero han sido un caso especial en los medios de comunicación.

Efecto contagio

Una norma no escrita hizo que, durante mucho tiempo, el suicidio no apareciera en las informaciones, y de hacerlo era de forma velada. El miedo a un efecto contagio llevó a los medios de comunicación a evitar informar sobre casos de suicidio; y quienes informaban de ellos, lo hacían de tal manera que, sólo entre líneas, se podía leer que la persona en cuestión se había quitado la vida.

Lógicamente, había excepciones a esta regla en caso de que la persona fallecida fuera famosa –cantantes, actores, modelos, escritores...- Es raro que alguien ponga pegas a que, por ejemplo, en una información sobre el aniversario de la muerte de Kurt Cobain, líder del grupo *Nirvana*, se mencione que se pegó un tiro en la cabeza; o en el caso de Marilyn Monroe, que se debió a una sobredosis de barbitúricos (aunque aún haya dudas sobre las causas exactas de su muerte). Estos y otros suicidios de famosos continúan llenando páginas de periódicos y minutos de radio y televisión, pero no causan reacciones contrarias a su difusión. Habría que preguntarse si es porque son casos de hace años, ya muy conocidos por todos.

En algunos de los casos protagonizados por famosos, se trataban de evitar datos escabrosos o que cayeran en el amarillismo. Esto, con el tiempo

Hay que informar de estos sucesos evitando lo escabroso, lo amarillo, lo que pueda llevar a otros a hacer lo mismo, lo que afecte al entorno de los protagonistas de un suicidio o de una matanza

ha cambiado, y parece que cuantos más datos de este tipo se den, más atraen al lector, o mejor habría que decir al espectador.

Alarma entre los psiquiatras

Las cosas parece que están cambiando. Durante la celebración del XXI Curso de Actualización de la Psiquiatría, celebrado el pasado marzo en Vitoria, los expertos allí reunidos advirtieron de que se corre un importante riesgo de que se produzca una “inducción al suicidio” con la proliferación de noticias sobre casos de personas que se quitan la vida por problemas relacionados con la actual crisis, como en los casos de desahucio. Algunos de estos psiquiatras comentaron que no se podía transmitir la imagen de una España con elevadas tasas de suicidios, cuando se encuentran entre las más bajas de Europa.

Uno de los efectos de la actual crisis son los desahucios que, en algunos casos, llevan a personas desesperadas a quitarse la vida al no encontrar una solución a sus problemas. Algunos de los expertos reunidos en el curso de Vitoria se mostraron sorprendidos, desagradablemente, por el tratamiento que la prensa da a estas informaciones al considerarlo perjudicial para la sociedad y para quienes tengan tendencias suicidas.



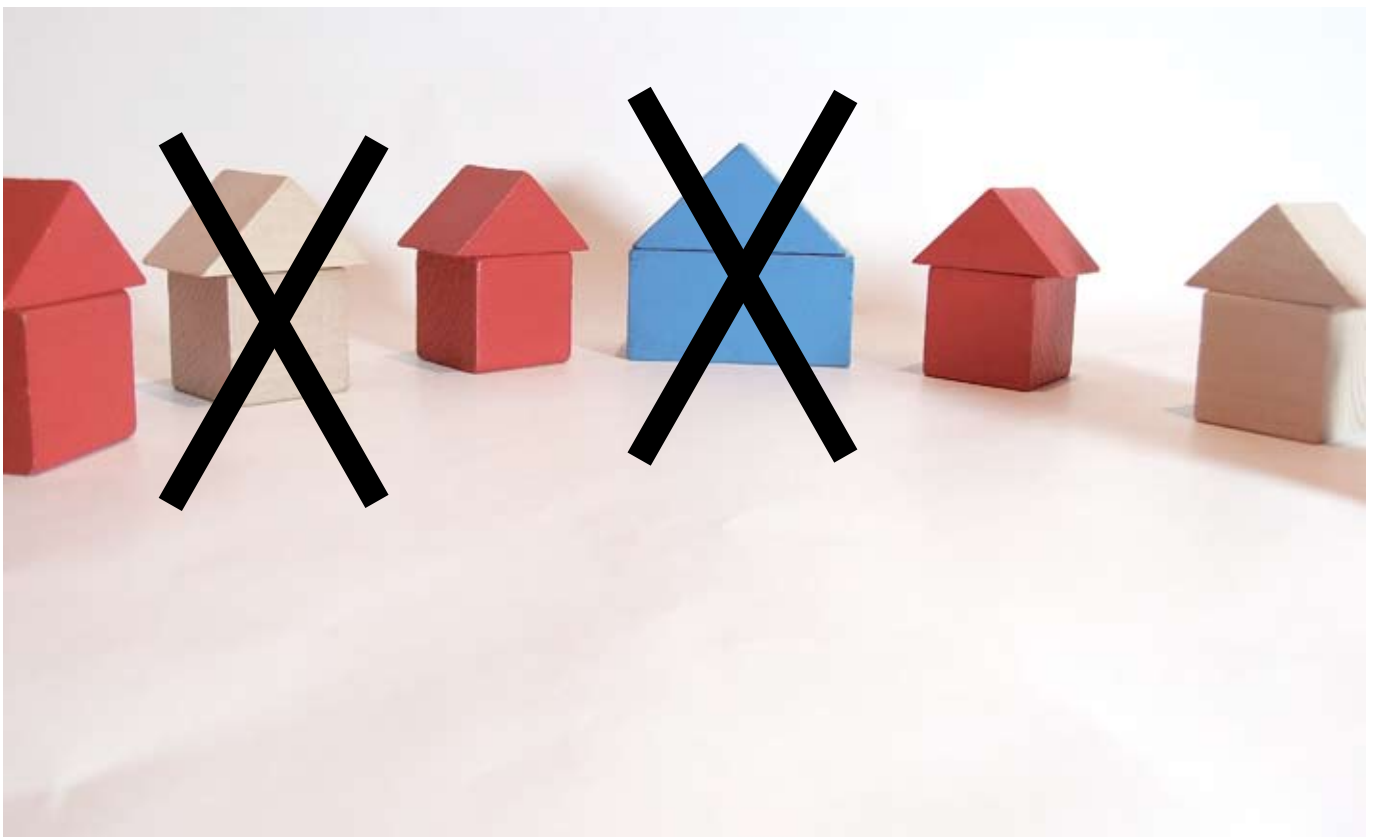
La pregunta es: si un desahucio es noticia, ¿lo es más si lleva aparejado un suicidio? Es evidente que un muerto "pesa más" a la hora de "vender" una información dentro de un medio de comunicación (lo mismo que si hay enfrentamientos entre los que tratan de evitar el desahucio y la Policía), pero no es más noticia, sino que es una noticia con una gravedad mayor. Los medios no pueden -ni deben- ocultar la realidad a la sociedad, tienen que informar de todo lo que pasa y, entre lo que pasa, está el suicidio de una persona que es desalojada de su casa. Hablamos de informar, no de "hacer sangre", no de aumentar la herida, sino de tratar de evitar nuevos casos de suicidio.

Los desahucios de viviendas y locales se dispararon durante el primer trimestre de 2012 en España, cuando llegaron a los 517 diarios, según los datos del Consejo General del Poder Judicial. Evidentemente, en muy pocos de ellos hubo un suicidio. ¿Hay que informar a la sociedad sólo de aquellos en los que nadie resulta herido o muerto? No. Hay que informar de todos, con el respeto a la información, a la verdad y, especialmente, a las personas afectadas.

La información sobre un suicidio publicada de forma correcta, seria, siguiendo los cánones del periodismo, puede servir para evitar que otras personas acaben con sus vidas y para visibilizar un grave problema de la sociedad

Acoso escolar

Otro caso que puede acabar en suicidio es el del acoso escolar. A finales de 2012 se conocía el suicidio de una adolescente en Ciudad Real que, presuntamente, sufría acoso por algunos de sus compañeros, según denunció su familia. Desgraciadamente no ha sido el primer caso. Si el suicidio de un adulto es delicado, el de un menor lo es aún más. Pero fue noticia de gran repercusión en los medios escritos, audiovisuales y digitales.





RECOMENDACIONES DE LA OMS A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El tratamiento del suicidio en los medios de comunicación llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a publicar unas recomendaciones sobre cómo se debe tratar este tema en la prensa. En estas recomendaciones, la OMS señala que “los medios de comunicación también pueden jugar un rol activo en la prevención del suicidio”.

En este documento, se señala que “los suicidios que con mayor probabilidad atraen la atención de los medios de comunicación, son aquéllos que se apartan de los patrones usuales. De hecho, es impactante que los casos presentados en estos medios sean casi invariablemente atípicos y fuera de lo común y representarlos como típicos perpetúa aún más la información errónea sobre el suicidio”.

Entre las recomendaciones que la OMS da a los medios de comunicación destacan:

- Interpretar de forma cuidadosa y correcta las estadísticas sobre suicidios.
- Usar fuentes auténticas y confiables.
- Evitar el cubrimiento sensacionalista de suicidios, especialmente si se trata de personas famosas.

- Evitar las descripciones detalladas del método usado.
- No informar acerca del suicidio como algo inexplicable o simplista. Es útil reconocer que una variedad de factores contribuyen al suicidio.
- El suicidio no deberá describirse como un método para enfrentar problemas personales tales como bancarrota, incapacidad de aprobar un examen o abuso sexual.
- Poner énfasis en lamentar la muerte de la persona, y no se debe glorificar a los suicidas.
- Publicar indicadores de riesgo y señales de advertencia.
- No publicar fotografías o notas suicidas.

Este documento de la OMS puede consultarse en:

http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf



En casos como éste, la información debería centrarse en los problemas que afectan a los escolares, en las razones (si es que se pueden llamar así), que llevan a un grupo de alumnos a arremeter contra un compañero suyo. Enfocar la información desde un punto de vista pedagógico, tratando de quitar a los acosadores esas ideas que les llevan a machacar al del pupitre de al lado. Esta sería la mejor forma de hacer llegar estas informaciones a la sociedad, especialmente a padres y profesorado. El objetivo: evitar nuevos casos.

Hay otra pregunta importante a la hora del tratamiento de los sucesos en los medios: ¿por qué un suicidio no hay que publicarlo porque puede ser imitado, y sí se puede informar sin problemas y con todo lujo de detalles sobre una matanza como la de Puerto Hurraco, donde murieron nueve personas a tiros de escopeta; o las ocurridas en centros escolares y universitarios de EEUU, con cientos de muertos y, en ocasiones, el suicidio del o los asaltantes; o los casos de violencia de género? ¿Estos sucesos no son imitables al verlos en los medios?

Quizá es que hay que informar de estos tipos de sucesos evitando lo escabroso, lo amarillo, lo que pueda llevar a otros a hacer lo mismo, lo que afecte al entorno de los protagonistas de un suicidio o de una matanza. A la hora de informar de casos de suicidio habría que barajar la posibilidad de incluir en la información las declaraciones y opiniones de psiquiatras que expliquen que la solución a los problemas no pasa por dejar este mundo. Un equilibrio entre la información y la opinión del experto puede ser una solución a la hora de llevar a la sociedad estas informaciones.

La información rigurosa es siempre un aval a la hora de comunicar un hecho. En el caso de los sucesos, especialmente en los suicidios, esta rigurosidad debería ser aún mayor para evitar el posible efecto contagio y, sobre todo, para que estas noticias tengan la misma credibilidad y seriedad que cualquier otra. La información sobre un suicidio publicada de forma correcta, seria, siguiendo los cánones del periodismo, puede ser -¿por qué no?- un ejemplo para evitar que otras personas acaben con sus vidas y para hacer visible un grave problema de nuestra sociedad.

Amígate contigo

Una filosofía de vida

¿Recuerdas tu etapa infantil cuando ser amigo o no de otro niño o niña dependía solamente del hecho de compartir un juego? ¿O cuando, tras una pequeña diferencia de criterio acerca del turno para subir al tobogán, te enfadabas con tu amigo y no le hablabas hasta que surgía la oportunidad de otro juego?

Tras dejar esa etapa atrás, el concepto de amistad ha evolucionado y ha cobrado una dimensión mucho más sólida pero... ¿Eres amigo tuyo?

A través de este libro vamos a analizar nuestra relación con nosotros mismos, descubriendo que

la felicidad, lejos de ser un destino, es un trayecto que si lo realizas disfrutando de cada paso, de cada metro, te sentirás mucho más unido a ti y a la vida; en definitiva, te sentirás tu mejor amigo.

Amígate contigo es el fruto de 4 años de dedicación a quienes han participado en el Programa de Intervención para Trastornos de Depresión del Teléfono de la Esperanza de Asturias, tanto mediante intervención grupal, como a través de psicoterapia individual. En este tiempo, alrededor de 300 personas han tenido ocasión de recorrer el difícil camino de salir de una depresión de la mano de Daniel López.



Este libro solo se ha distribuido en librerías de Asturias, pero también puedes conseguirlo en las siguientes páginas webs:
www.cervantes.com y www.libroscentral.com



Daniel López García, nacido en Oviedo, es licenciado en Psicología y coordinador del Programa de Intervención para Trastornos de Depresión del Teléfono de la Esperanza de Asturias. Ha desarrollado varios másteres en Psicología Infantil; Dirección y Gestión de Recursos humanos; Psicosociología; Crisis, Emergencias y Desastres; Toxicomanías y Drogodependencias.

Trabaja desde 1992 en la gestión de grupos humanos, colaborando con varias empresas en tareas de motivación, liderazgo, resolución de conflictos, implantación de *engagement* y *flow* y todo lo relacionado con el trabajo en grupos desde la psicología positiva.

Ha participado como ponente en diversos congresos y foros, así como en proyectos de investigación sobre la incidencia del factor humano en la siniestralidad laboral.

Asimismo, ha colaborado como experto en estos temas en varios medios de comunicación.



En la mesa presidencial, de izda. a dcha., Iván González, alcalde de Castro Urdiales; Antonio Gómez, concejal de Acción Social de Santander; Juan Sánchez, presidente del Teléfono de la Esperanza; Isabel Pérez, vicedirectora de Acción Social de Cantabria; y M^a José Macho, delegada en Cantabria del Teléfono de la Esperanza.

El jueves 21 de marzo tuvo lugar la presentación oficial del Teléfono de la Esperanza de Cantabria, que ya lleva funcionando dos años en Santander y en Castro Urdiales realizando diversas actividades de formación del voluntariado y programas de promoción de la salud emocional. El Salón de Actos de Caja Cantabria acogió la presentación que fue apadrinada por Antonio Gómez, concejal de Acción Social del Ayuntamiento de Santander; Iván González, alcalde de Castro Urdiales; Guadalupe Liendo, concejala de Asuntos Sociales de Castro Urdiales; Isabel Pérez, vicedirectora de Acción Social de la Comunidad de Cantabria; y Cristina Pereda, parlamentaria de la Comunidad Autónoma. Por parte de la ONG estuvieron presentes Juan Sánchez, presidente del Teléfono de la Esperanza; y M^a José Macho, delegada en Cantabria.

Las autoridades asistentes al acto expresaron su simpatía por las actividades que lleva a cabo el Teléfono de la Esperanza y pusieron de manifiesto su compromiso para colaborar.

El presidente del Teléfono de la Esperanza agradeció la presencia de las autoridades y su firme respaldo institucional. Asimismo, animó a los voluntarios de Cantabria a seguir con su compromiso con los demás en estos difíciles momentos para toda la sociedad. "Enhorabuena por vuestro esfuerzo generoso que cada día contribuye al bienestar personal de cuantos se acercan a nosotros en demanda de ayuda. Queremos ser, en

El Teléfono de la Esperanza se presenta oficialmente en Cantabria



M^a José Macho y Daniel López.

esta incomparable ciudad marinera, una humilde embarcación que acoja y lleve a tierra firme a quienes, zarandeados por los vendavales de la soledad, el sufrimiento o la crisis, lleguen a ver en nosotros la luz de la esperanza".

La delegada de Cantabria del Teléfono de la Esperanza animó a todas las personas a sumarse a este proyecto, que ya es una realidad en nuestra Comunidad. "Ayudar a los demás siempre redundará en el bienestar personal. Muchas de las personas que participan en nuestras actividades, que hacen nuestros cursos, que colaboran como voluntarios, nos dicen que en su vida ha habido un antes y un después".

El acto se cerró con la intervención de Daniel López, psicólogo y voluntario del Teléfono de la Esperanza de Asturias, quien impartió la conferencia *El poder de la actitud*.



El Club Rotario de San Pedro Sula concede el premio Paul Harris al Teléfono de la Esperanza

Texto: *La Prensa*, de Honduras

El tradicional premio Paul Harris que otorga el Club Rotario San Pedro Sula cada año fue concedido a dos personalidades del voluntariado y a una institución de apoyo social en este 2013.

La presidenta del comité femenino voluntario de la Liga contra el Cáncer, Rosa Arzú, el querido padre Práxedes Gallego y el movimiento de respaldo emocional y psicológico Teléfono de la Esperanza fueron los premiados en esta nueva edición.

Durante una amena cena de fraternidad rotaria, el presidente del club, Raúl René Ruiz, entregó las distinciones a estos tres perfiles que se ganaron el derecho a ser laureados con esta honrosa distinción por su entrega a la solidaridad por el prójimo.

Fue una noche llena de emociones porque en los últimos años, ninguno de los tres homenajeados había sido reconocido por su labor silencio-

sa, entregada y honesta en beneficio de los que más necesitan.

La reunión rotaria fue propicia para darle la bienvenida a un nuevo miembro a este club. Alberto Conedera es parte de la familia de los rotarios sampedranos desde la noche del viernes y con gran solemnidad fue recibido por sus ahora compañeros.

Durante la ceremonia de premiación se leyeron las hojas de vida de cada uno de los distinguidos y se aplaudió su ejemplar trabajo que, durante muchos años, han venido desarrollando pese a la crisis que ha venido a mermar las donaciones y apoyo financiero de gente con corazón noble en el país.

Al culminar el acto, los invitados aprovecharon la cita para cenar, compartir y felicitar a quienes desde ahora forman parte de esa galería de premiados Paul Harris.



De izda. a dcha., Eduardo Rivera, presidente del centro del Teléfono de la Esperanza en San Pedro Sula; Rosalina Kisling, tesorera; Marcela García, secretaria del centro; Raúl Ruiz, presidente del Club Rotario de San Pedro Sula; Esmeralda Ramos, voluntaria responsable captación de recursos económicos; Regina de Rivera, profesional de orientación familiar; Judith García, coordinadora técnica; y Suyapa de Luppi, voluntaria responsable de medios de comunicación.



Texto: 20 minutos

Isabel Castellón, vicepresidenta del Teléfono de la Esperanza de Almería, y Gabriel Amat, presidente de la Diputación de Almería, firman el convenio de colaboración entre las dos instituciones.

Colaboración entre la Diputación de Almería y Teléfono de la Esperanza en un proyecto de apoyo emocional a personas en crisis

La Diputación de Almería ha firmado un convenio de colaboración con la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza para la realización durante 2013, en su sede de Almería, de un proyecto de actuación denominado "Intervención en crisis" con el que se busca prestar atención emocional a personas con dificultades.

Según ha informado la institución provincial, con este proyecto, para el que destinará 2.000 euros, ambas entidades pretenden "contribuir eficazmente a la necesidad de responder adecuadamente a los retos que se le presenta en la actualidad a una buena parte de la población" en forma de "crisis personales, familiares y psicosociales que tienen que afrontar derivadas del sometimiento a fuertes tensiones psíquicas".

Tras la firma del convenio con la vicepresidenta del Teléfono de la Esperanza en Almería, Isabel Castellón, el presidente de la Diputación, Gabriel Amat, subrayó que la entidad que gobierna "sigue apostando por la necesidad de potenciar la concertación y colaboración entre instituciones y asociaciones implicadas en el campo de la acción social como fórmula que permita la ren-

tabilización de los recursos y la mayor obtención de resultados".

El proyecto tiene como objetivos generales "el tratamiento integral de las crisis y la promoción de la salud emocional", y ofrece tres líneas de actuación.

Por una parte, pone a disposición de la población un Servicio de Atención en Crisis a través del Teléfono de la Esperanza que funciona las 24 horas, todos los días del año.

Además, ofrece tratamiento y seguimiento profesional en casos graves y urgentes, ofreciendo a la persona la oportunidad de acudir al centro y ser atendida por un equipo multidisciplinar —que integra personal de Psicología, Asesoría Jurídica, Animación Comunitaria, Orientación Familiar y Trabajo Social— que abordará "toda su problemática".

Por último, en el marco de este proyecto, se conformarán grupos de formación y autoayuda para "estimular el asociacionismo" en el ámbito local y provincial, por una parte, y, por otra, "estimular la formación y el desarrollo personal, la mejora de la comunicación y las relaciones interpersonales".



Cartas de los lectores

“Ya no me siento tan lejos del mundo”

Desde que vine por primera vez al Teléfono de la Esperanza (T.E.), allá por el año 2005, he aprendido que el T.E. es un lugar privilegiado para escucharme, para darme lo que no me daría ninguna clínica particular y, además, no hay que dar nombre, ni dirección, ni teléfono, ni poner una foto, etc. Se es invisible para el resto del mundo, todo queda entre el terapeuta que te atiende y tú y el posible grupo colaborador.

Una vez que voy -porque me cuesta ir- la primera vez, veo que allí hay gente que me puedo encontrar por la calle y pasar por un momento difícil a nivel psicológico, que probablemente sea más difícil de diagnosticarle que el mío propio.

Nunca en el T.E. me han dado mandatos, simplemente me vale con sentirme escuchado y entender que lo que estoy diciendo o expresando es escuchado por el resto de personas del grupo o por el psicoterapeuta, la sensación maravillosa de sentirme escuchado y de decidir por mí mismo.

Una vez has pasado el trago de ir la primera vez, el resto de las veces iba con entusiasmo, porque cada día que pasa me siento mejor. Voy con la ilusión de salir de un pozo al que no sé por qué he llegado, pero que cuando me doy cuenta estoy en él, sin saber por qué. Siento que no soy el de antes, aunque siempre hay el runrún que me está dando vueltas en la cabeza y allí poco a poco voy controlándolo, voy viendo la luz al final del túnel.

La sensación que más me llega es la de tranquilidad o sosiego: una vez que traspaso la reja del jardín, empiezo a sentir una sensación entre ilusión, alegría e integración. Voy caminando hasta llegar a la puerta, atravieso el pequeño patio, me abre una persona voluntaria, cuya única idea es poder hacer algo por los demás, con lo cual a la vez me siento reconfortado viendo que en esta sociedad, a parte del materialismo, hay personas que tienen, una hora, un día, un momento para dedicarse a ayudar a los demás.

Cuando salgo de allí, echo mano del tiempo que falta para la siguiente sesión. El tiempo se me ha pasado muy rápido: eso es porque ha cundido y he estado a gusto, me han hablado de cosas que de otra manera no me hubiera planteado, he escuchado casos muy parecidos al mío, y eso ayuda, porque ya no me veo como un bicho raro. Aprendo a entender que mis cosas le pueden pasar a cualquiera. Ya no me siento tan lejos del mundo.

Beltrán

Aquellos lectores que deseen dar su opinión sobre cualquier tema tratado en esta revista pueden hacerlo enviando un correo electrónico a:

comunicación@telefonodelaesperanza.org

especificando, por favor, un teléfono de contacto. Los textos no deberán superar las 200 palabras. *AVVIR* se reserva el derecho a publicar las cartas recibidas, así como a resumirlas o extraerlas.





CENTROS DEL TELÉFONO DE LA ESPERANZA EN ESPAÑA

Atención en Crisis
902 500 002

ALBACETE
C/ Federico García Lorca, 20-1º
02001 ALBACETE
Tel.: 967 52 34 34. Fax: 967 52 34 48
E-mail: albacete@telefonodelaesperanza.org

LA RIOJA
C/ Duquesa de la Victoria, 12
26003 LOGROÑO
Tel.: 941 49 06 06
E-mail: larioja@telefonodelaesperanza.org

ALICANTE
C/ Benito Pérez Galdós, 41-Entr. C
03005 ALICANTE
Tel.: 96 513 11 22. Fax: 96 512 43 49
E-mail: alicante@telefonodelaesperanza.org

LEÓN
Avda. Padre Isla, 28 4º Izda.
24002 LEÓN
Tel.: 987 87 60 06
E-mail: leon@telefonodelaesperanza.org

ALMERÍA
Plaza Administración vieja, 1-1º izda.
04003 ALMERÍA
Tel.: 950 26 99 99. Fax: 950 26 07 89
E-mail: almeria@telefonodelaesperanza.org

MADRID
C/ Francos Rodríguez, 51 - Chalet 44
28039 MADRID
Tel.: 91 459 00 50. Fax: 91 459 04 50
E-mail: madrid@telefonodelaesperanza.org

ARAGÓN
C/ Lagasca, 13 - 1º
50006 ZARAGOZA
Tel.: 976 23 28 28. Fax: 976 23 41 40
E-mail: zaragoza@telefonodelaesperanza.org

MÁLAGA
C/ Hurtado de Mendoza, 3 - "Villa Esperanza"
29012 MÁLAGA
Tel.: 95 226 15 00. Fax: 95 265 26 51
E-mail: malaga@telefonodelaesperanza.org

ASTURIAS
Avda. de Bruselas, 4 bajo
33011 OVIEDO
Tel.: 985 22 55 40. Fax: 985 27 65 00
E-mail: oviedo@telefonodelaesperanza.org

MURCIA
C/ Ricardo Zamora, 8
30003 MURCIA
Tel.: 968 34 34 00. Fax: 968 34 35 66
E-mail: murcia@telefonodelaesperanza.org

BADAJÓZ
C/ Ramón Albarrán, 15-1º dcha.
06002 BADAJÓZ
Tel.: 924 22 29 40. Fax: 924 25 65 08
E-mail: badajoz@telefonodelaesperanza.org

NAVARRA
C/ San Blas, 13 - bajo
31014 PAMPLONA
Tel.: 948 23 70 58. Fax: 948 38 20 34
E-mail: pamplona@telefonodelaesperanza.org

CÁCERES
Avda. de los Pílares, 1- bloque 8-3ºB
10002 CÁCERES
Tel.: 927 62 70 00.
E-mail: caceres@telefonodelaesperanza.org

SALAMANCA
Paseo de Canalejas, 56 - 1º B
37001 SALAMANCA
Tel.: 923 22 11 11. Fax: 923 22 62 35
E-mail: salamanca@telefonodelaesperanza.org

CANARIAS
C/ Mesa de León, 4 - 3º dcha.
35001 LAS PALMAS DE G.C.
Tel.: 928 33 40 50. Fax: 928 33 60 60
E-mail: laspalmas@telefonodelaesperanza.org

SANTIAGO DE COMPOSTELA
C/ Diego de Muros, 16 - 1º
15701 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tel.: 981 51 92 00
E-mail: santiago@telefonodelaesperanza.org

CANTABRIA
Tel.: 942 36 37 45
E-mail: santander@telefonodelaesperanza.org

SEVILLA
Avda. Cruz del Campo, 24
41005 SEVILLA
Tel.: 95 457 68 00. Fax: 95 458 23 75
E-mail: sevilla@telefonodelaesperanza.org

CASTELLÓN
C/ Segorbe, 8
12004 CASTELLÓN
Tel.: 964 22 70 93. Fax: 964 22 02 58
E-mail: castellon@telefonodelaesperanza.org

TOLEDO
C/ Panamá, 2 - 1º N.
45004 TOLEDO
Tel.: 925 23 95 25
E-mail: toledo@telefonodelaesperanza.org

GRANADA
C/ Horno del Espadero, 22
18005 GRANADA
Tel.: 958 26 15 16. Fax: 958 26 15 06
E-mail: granada@telefonodelaesperanza.org

VALENCIA
C/ Espinosa, 9- 1º- 1ª
46008 VALENCIA
Tel.: 96 391 60 06. Fax: 96 392 45 47
E-mail: valencia@telefonodelaesperanza.org

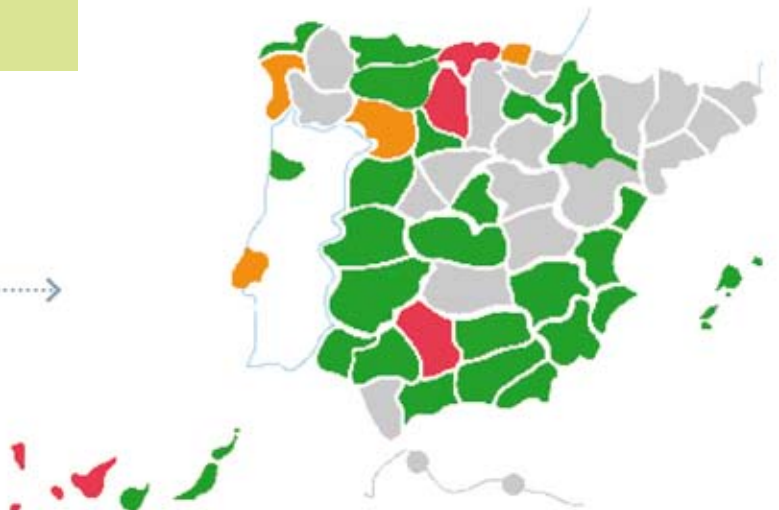
HUELVA
Avda. de Andalucía, 11 - Bajo
21004 HUELVA
Tel.: 959 28 15 15. Fax: 959 54 07 27
E-mail: huelva@telefonodelaesperanza.org

VALLADOLID
C/ San Fernando, 7 - Local
47010 VALLADOLID
Tel.: 983 30 70 77
E-mail: valladolid@telefonodelaesperanza.org

ISLAS BALEARES
C/ Miguel Marqués, 7 - 1º
07005 PALMA DE MALLORCA
Tel.: 971 46 11 12. Fax: 971 46 17 17
E-mail: palma@telefonodelaesperanza.org

JAÉN
C/ La Luna, 23 - 2º A
23009 JAÉN
Tel.: 953 26 09 31
E-mail: jaen@telefonodelaesperanza.org

- Centro
- Próxima inauguración
- En proyecto





CENTROS DEL TELÉFONO DE LA ESPERANZA EN EL MUNDO

BARRANQUILLA (COLOMBIA)

Calle 53, 50-53
BARRANQUILLA
Tel.: (00 57 5) 372 27 27
E-mail: barranquilla@telefonodelaesperanza.org

BOGOTÁ (COLOMBIA)

Cra 25 calle 48-11
4813 BOGOTÁ
Tel.: (00 57 1) 323 24 25
E-mail: bogota@telefonodelaesperanza.org

CHILLÁN (CHILE)

C/ 18 de septiembre, 456
380-0650 CHILLAN
Tel.: (00 56 42) 22 12 00/02/08
E-mail: chillan@telefonodelaesperanza.org

COCHABAMBA (BOLIVIA)

Tel.: (00 591 4) 425 42 42
E-mail: cochabamba@telefonodelaesperanza.org

LIMA (PERÚ)

C/ Gustavo Yabar 221-225.
Urbanización Vista Alegre. Santiago de Surco.
Tel.: (00 51 1) 273-8026
E-mail: lima@telefonodelaesperanza.org

LONDRES (REINO UNIDO)

Lorrimore Square. SE17 3QU
Lambeth Accord. 336 Brixton Road. SW9 7AA
Tel.: (00 44) 20 77733 0471
E-mail: londres@telefonodelaesperanza.org

MEDELLÍN (COLOMBIA)

Carrera 49 - 58 - 40
Tel.: (00 57 4) 284 66 00
E-mail: medellin@telefonodelaesperanza.org

OPORTO (PORTUGAL)

Rua Duque de Loulé 98, 2º esq
Tel.: (00 351) 222 03 07 07
E-mail: porto@telefonodelaesperanza.org

PASTO (COLOMBIA)

Parroquia de Santiago Apóstol de los Hermanos Capuchinos
Tel.: (00 57) 3014927430 / (00 57) 3104987978
E-mail: aeroban@yahoo.com

QUITO (ECUADOR)

C/ Capitán Edmundo Chiriboga
N-47227
Tel.: (00 593 2) 6000 477 / 2923 327
E-mail: quito@telefonodelaesperanza.org

SAN PEDRO SULA (HONDURAS)

Colonia Alameda, 13 y 14 Avenidas, 5ª calle, N.E.
Tel.: (00 504) 2558-0808
E-mail: sanpedrosula@telefonodelaesperanza.org

TEGUCIGALPA (HONDURAS)

Col. Florencia Norte. 1ª Calle, 1ª Avenida. Casa 4058, 2ª Planta
TEGUCIGALPA
Tel.: (00 504) 2232-1314
E-mail: tegucigalpa@telefonodelaesperanza.org

ZÚRICH (SUIZA)

Bederstrasse 76
8002 ZÜRICH
Tel.: (00 41 43) 817 65 65
E-mail: zurich@telefonodelaesperanza.org

VALENCIA (VENEZUELA)

Av. Principal Callejón Mañongo. Hogar San José de Mañongo
N° 2 Urb. Mañongo.
Naguanagua, Edo. Carabobo. Venezuela. Zona Postal 2001.
Tel.: (00 58) 241 8433308
E-mail: cjesperanza@hotmail.com

CENTROS EN PROYECTO

GUAYAQUIL (ECUADOR), LEÓN (NICARAGUA), MIAMI (ESTADOS UNIDOS),
PARÍS (FRANCIA), SAN JOSÉ (COSTA RICA) Y SANTIAGO (CHILE) Y SANTO
DOMINGO (REPÚBLICA DOMINICANA)





**cuida tu salud
emocional**
902 500 002



**TELÉFONO DE
LA ESPERANZA**

**AYUDA RESPETUOSA
AYUDA PROFESIONAL
AYUDA GRATUITA**