



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

**Salud mental y suicidio. Terapias artísticas para la
prevención del suicidio.**

Realizado por:

Sandra Martín Calles

Tutorizado por:

Olaia Fontal Merillas

Año académico:

2018/2019

RESUMEN

El siguiente trabajo de fin de grado refleja el estigma que padecen las personas con algún trastorno o algún tipo de enfermedad mental. Hace un recorrido sobre los tipos de trastornos que existen y cómo puede estar relacionado el suicidio con ellos. Trabaja sobre conceptos como la comunicación, el autoestigma, el estigma, el suicidio, el parasuicidio o las tendencias suicidas, la enfermedad mental y los trastornos mentales para explicar cómo es realmente importante la comunicación entre las personas y los beneficios que supone esta, ya sea verbal o no verbal.

La figura de el educador social aún no está reconocida con claridad en estos ámbitos, sino que está más relacionado un marco socio terapéutico y sanitario para la recuperación de personas con problemas de salud mental.

PALABRAS CLAVE: Educación Social, Salud Mental, Suicidio, Estigma, Terapia, Competencias del Educador Social, Medios de comunicación.

ABSTRACT

The following end of degree paper reflects the stigma suffered by people with some disorder or some type of mental illness. It approaches at the types of disorders that exist and how suicide can be related to them. It focuses on concepts such as communication, self-stigma, stigma, suicide, parasuicide or suicidal tendencies, mental illness and mental disorders to explain how communication among people is really important and the benefits of this, whether verbal or non-verbal.

The role of the social educator is not yet clearly recognized in these areas, but it is more related to a socio-therapeutic and health framework for the recovery of people with mental health problems.

KEYWORDS: Social Education, Mental Health, Suicide, Stigma, Therapy, Social Educator responsibilities, Media.

Nota de estilo:

En la redacción del siguiente trabajo, se ha utilizado un lenguaje inclusivo, haciendo referencia a ambos géneros. No obstante, en ciertas ocasiones se ha empleado el género masculino para referirse a ambos para hacer más sencilla la lectura, sin significar la exclusión del género femenino.

Índice

1.	INTRODUCCIÓN	5
2.	JUSTIFICACIÓN	7
	2.1. ESTIGMATIZACIÓN HACIA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.	7
	2.2. COMPETENCIAS DEL EDUCADOR SOCIAL	7
3.	OBJETIVOS	10
	3.1. OBJETIVO GENERAL	10
	3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
	4.1. ENFERMEDAD MENTAL O TRASTORNO MENTAL	11
	a. Trastornos mentales más frecuentes según la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Enfermedad mental. AGIFES (2019).....	11
	b. El suicidio	13
	c. El Parasuicidio	17
	d. Medios de comunicación y comunicación en relación con el suicidio	18
	e. Aproximación teórica sobre terapias para personas con problemas de salud mental.	19
5.	DISEÑO DE PROPUESTA	21
	5.1. “TERAPIAS APLICADAS A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO”	21
	a. Terapia número 1. La comedia: un enfoque terapéutico	21
	a.1. Propuesta de intervención	21
	a.2. Interés de la propuesta.....	22
	b. Terapia número 2. El psicodrama.	23
	b.1. Propuesta de intervención	25
	b.2. Interés de la propuesta	28
	c. Terapia número 3. La rara troupe	28
	c.1. Propuesta de intervención	29
	c.2. Interés de la propuesta.....	30
6.	ANÁLISIS DEL ALCANCE DEL TRABAJO. METODOLOGÍA Y EVALUACIÓN	31
7.	CONCLUSIONES	34
8.	BIBLIOGRAFÍA	37

1. INTRODUCCIÓN

“Qué bueno es que un mudo me diga cómo percibe el mundo y comparto contigo la esperanza de que un día podamos hablar el uno con el otro como todos los hombres”

(Sellin, 1994, pág. 219)

Comienzo con esta cita del libro “Quiero dejar de ser un dentrosemi. Mensajes desde una cárcel autista” (Sellin, 1994) puesto que es un breve retrato de lo que se quiere transmitir con el que a continuación será mi Trabajo de Fin de Grado y el reflejo de como mediante mecanismos de comunicación se puede conseguir que personas con dificultad para expresarse puedan transmitir sus sentimientos, emociones, sus vivencias y cómo lo están haciendo.

Las últimas palabras de esta cita son una crítica de cómo ciertas personas son estigmatizadas por otras por el hecho de tener capacidades distintas. Sellin, es una autora con autismo que, en este libro, cuenta en primera persona cómo se siente y cómo le hacen sentir. Al leer este libro se me ocurrió que todos debemos tener un momento para ser escuchados y entendidos sin ser juzgados. Investigué sobre la comunicación facilitadora y, a raíz de ahí deduje que habría ejercicios, terapias, juegos y toda una serie de ideas ya creadas para que las personas más vulnerables puedan comunicarse. Y de ahí nace este Trabajo; de descubrir que hay muchas herramientas al alcance de todos para que personas con problemas de salud mental y con dificultad para comunicarse puedan abrirse y contar su visión del mundo; para que personas que se ven envueltas en un mundo de silencio vean que no están solas, que pueden contar sus problemas, sus emociones y sus vivencias del día a día sin decir ni una palabra.

Todos tenemos prejuicios sobre la enfermedad mental y el suicidio es un tema tabú, directamente una persona que tienen una mala salud mental es un loco y una persona que se ha suicidado es un cobarde. He de decir que esto no es así. Una persona con un trastorno o una enfermedad mental es una persona que necesita el apoyo de más gente

para darse cuenta de que no está loco, que simplemente tienen otras capacidades y que puede llevar a cabo las mismas acciones que una persona sana; puede tener un trabajo digno y una vida cotidiana estable. Una persona con tendencias suicidas es una persona que se ha quedado muda y que se ha hecho pequeña en un gran mundo, seguramente es aquella persona que pasas cerca de ella en un pasillo y echa la mirada hacia el suelo.

Este trabajo está destinado a que aquellas personas que quieran ser conocedoras de tres herramientas que, como tal no están dedicadas a la prevención del suicidio, pero son válidas para ello y para trabajar la comunicación con personas con enfermedad mental. Es un trabajo pequeño, ya que existen miles de terapias más y las que no estarán escritas. Por lo tanto, es un trabajo ampliable para aquellas personas que les guste explorar sobre este tema, el cual, os presento a continuación.

El desarrollo del trabajo está comprendido en siete partes; comenzando por una introducción a los contenidos que se tratarán posteriormente, una fundamentación teórica donde están desarrollados los conceptos de enfermedad y trastorno mental, sus tipos, el suicidio y sus posibles causas y la comunicación y sus tipos basadas en la información proporcionada de una amplia bibliografía, tres ejemplos de terapia a realizar con personas con tendencias suicidas o con un problema de salud mental y el interés de estas, una evaluación y una metodología y, por último conclusiones que tratan de porqué son importantes las herramientas de trabajo y porqué es importante la figura del educador social.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. ESTIGMATIZACIÓN HACIA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

Las personas con problemas de salud mental han estado desde siempre estigmatizadas. El problema es aún visible y evidente en nuestra sociedad. La disyuntiva no reside solo en el temor de sacar a la luz su sintomatología, sino que también existe un problema a nivel comunicativo de las personas por el temor al rechazo o a que su red social se acabe rompiendo; esto inevitablemente conduce a una necesidad latente y tangible, la necesidad de ser escuchados y comprendidos.

Es importante saber cómo los medios de comunicación han perpetrado en la conducta de la sociedad y cómo la comunicación puede ser una herramienta terapéutica con personas con una mala salud mental en general y a las conductas suicidas a nivel individual y cómo les afecta positivamente poder comunicarse con otra persona a través de cualquier medio.

Más importante es que un/a educador social sepa de estas herramientas y cómo utilizarlas dependiendo del caso que se encuentre ya que no será lo mismo una persona con autismo que una persona parasuicida. Dos trastornos completamente distintos pero que, a su vez tienen elementos en común, como la ausencia de comunicación de sus problemas y de sus sentimientos, para ello, el profesional de la educación social debe conocer sus competencias y saber ponerlas en práctica. En el apartado siguiente se muestran aquellas competencias que se han tenido en cuenta para realizar este Trabajo de Fin de Grado

2.2. COMPETENCIAS DEL EDUCADOR SOCIAL

Según la Universidad de Valladolid, en su quinta versión de la Memoria de Educación Social y rigiéndose por el Real Decreto 1393/2007 de 29 de Octubre, por lo que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias, los/as Educadores Sociales tenemos una serie de competencias, generales y específicas. A continuación, se mencionarán aquellas que se trabajarán:

a. Competencias generales

Competencias instrumentales

En primer lugar, **G.1.** “La capacidad de análisis y síntesis comprendiendo diferentes fenómenos y uniendo elementos de distinto significado, como la enfermedad mental, el suicidio y las distintas terapias” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 24). En segundo lugar, **G.2.** “La *organización y la planificación* ya que se marcan unos fines, unas metas y unos objetivos que se van a llevar a cabo” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 24). En tercer lugar, **G.6.** “*Gestión de la información*”, ya que con un listado de terapias para trabajar con persona con enfermedad mental “se transmite información que puede ser entendida por profesionales y/o interesados en esta materia” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 25). En cuarto lugar, **G.7.** se trabaja “*la resolución de problemas y la toma de decisiones*” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 25), habiendo identificado y analizado diferentes trastornos mentales con los que se relaciona el suicidio y buscado soluciones para reducir el número de personas suicidas parasuicidas.

Competencias interpersonales

En primer lugar **G.8.** la competencia de “*capacidad crítica y autocrítica*” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 25), ha trabajado investigando en diferentes medios y llegando a la conclusión de que a día de hoy se siguen utilizando terapias inhumanas como la “terapia electroconvulsiva”. En segundo lugar **G.9.** “*La capacidad de integración y comunicación con expertos*” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 25) también se ha trabajado, puesto que se ha tenido en cuenta la opinión de expertos en la materia y, además, las terapias que se mencionarán, pueden ser aplicadas en distintos contextos y en todas las edades. **G.10.** El “*reconocimiento y el respeto a la diversidad y multiculturalidad*” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 25); se ha trabajado puesto que se ha desarrollado un espíritu de tolerancia y de respeto a los demás, además de ayudar a lidiar problemas trabajando condiciones que aseguran una calidad de vida a aquellas personas en situación de vulnerabilidad.

Competencias sistémicas

Se ha trabajado, en primer lugar, la competencia **G.13**. “*autonomía del aprendizaje*, ya que ha sido un estudio y un trabajo de análisis independiente” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 26). En segundo lugar **G.15**. La “*creatividad*” se ha trabajado en base a que este Trabajo de Fin de Grado se fija en las terapias que podemos liderar los educadores sociales, “un trabajo abierto a modificaciones y ampliaciones por parte de otros profesionales con diferentes visiones” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 26) y fuera de un proyecto o programa concreto, y sin ser un plan de intervención, por lo que también se ha trabajado la competencia **G.20**. “*Gestión por procesos con indicadores de calidad*” porque puede ser referente para cualquier persona (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28).

b. Competencias específicas

Se han trabajado la competencia **E.1**, “comprender los referentes teóricos, históricos, culturales, comparados, políticos, ambientales y legales que constituyen al ser humano como protagonista” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); la competencia **E.2**. “identificar juicios y emitir juicios razonados sobre problemas socioeducativos para mejorar la calidad profesional” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); la competencia **E.3**. “comprender la trayectoria de la Educación Social y la configuración de su campo e identidad social” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); la competencia **E.4**. “diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones socioeducativas” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); la competencia **E.6**. “diseñar y desarrollar procesos de participación social y desarrollo comunitario” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); la competencia **E.7**. “Elaborar y gestionar medios y recursos para la intervención socioeducativa” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); la competencia **E.9**. “Intervenir en proyectos y servicios socioeducativos y comunitarios” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); la competencia **E.19**. “Realizar estudios prospectivos y evaluativos sobre características, necesidades y demandas socioeducativas. En particular, saber manejar fuentes y datos que permitan un mejor conocimiento del entorno y el público objetivo para ponerlos al servicio de los proyectos de educación social” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); también se ha trabajado la competencia **E.21**. “Conocer los supuestos y fundamentos teóricos de la intervención socioeducativa y sus ámbitos de actuación”

(Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); la competencia **E.25**. “Conocer los supuestos pedagógicos, psicológicos y sociológicos que están en la base de los procesos de intervención socioeducativa” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); la competencia **E.27**. “Diseñar, utilizar y evaluar los medios didácticos en la intervención socioeducativa; utilizar técnicas concretas de intervención socioeducativas y comunitaria” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 28); la competencia **E.36**. “Incorporar los recursos sociales, institucionales, personales y materiales disponibles para llevar a cabo el trabajo en un determinado ámbito de acción” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 29); la competencia **E.37**. “Producir medios y recursos para la intervención socioeducativa” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 29); la competencia **E.39**. “Colaborar y asesorar en la elaboración de programas socioeducativos en los medios y redes de comunicación e información” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 29); la competencia **E.41**. “Mostrar una actitud empática, respetuosa, solidaria y de confianza hacia los sujetos e instituciones de educación social” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 29) y, por último, la competencia **E.42**. “Desarrollar actitudes y dominio lingüísticos que posibiliten y favorezcan el trabajo en entornos multiculturales y plurilingüísticos” (Valladolid, FEYTS, 2007, pág. 29).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Potenciar el uso de la comunicación verbal y no verbal a través de terapias artísticas para prevenir el suicidio en personas tanto con diagnóstico de problemas de salud mental como no diagnosticadas.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Reafirmar la idea de la salud mental como base influyente del acto suicida.
- 2) Mostrar herramientas e instrumentos para la terapia con personas con problemas de salud mental.
- 3) Crear conciencia de que las personas con diferentes tipos de trastornos mentales pueden encontrar una vía de escape a través la comunicación.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1. ENFERMEDAD MENTAL O TRASTORNO MENTAL.

Una *enfermedad mental* o *trastorno mental* es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

“Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental”

(AVIGES, 2019).

La *salud mental*, por otro lado, es la base para reprimir la enfermedad mental; según la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental (AGIFES, 2019) es el estado de equilibrio cognitivo, conductual y emocional el cual permite a las personas desenvolverse responsablemente en su entorno y gozar de una buena calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay una gran cantidad de variedades si hablamos de trastornos mentales la gran mayoría con distintas manifestaciones. Por lo general se están caracterizados por una serie de alteraciones del pensamiento que se combinan, la relación con los demás, la percepción, la conducta y las emociones. (OMS, Who, 2019).

a. Trastornos mentales más frecuentes según la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Enfermedad mental. AGIFES (2019)

La *esquizofrenia*: la persona ve alterada la realidad de lo que está viviendo debido a una distorsión de esta y una consciencia de la realidad distinta. La capacidad de la persona se ve afectada, de manera que realizar cosas de la vida diaria como pensar, controlar las

emociones y la toma de decisiones se hace dificultosa e incluso, en algunos casos, imposible.

Los *trastornos de estado de ánimo*: la persona sufre un desorden del humor. Se dividen en dos categorías: Trastorno depresivo y Trastorno bipolar. (AGIFES, 2019)

Los *Trastornos de la personalidad*: son un grupo de afecciones de salud mental. Las personas tienen un patrón de conducta distinto al que la cultura establece. Lo que dificulta su capacidad para mantener relaciones interpersonales, en el trabajo y otros ámbitos de su vida cotidiana. Estos son: (AGIFES, 2019)

Grupo A: llamados raros o excéntricos y en los cuales se encuentran el “*trastorno paranoide de personalidad*”: desconfianza con el entorno, sospechas de malas intenciones por parte de los demás, miedo a que la información que se tenga de ella se utilice en su contra; el “*Trastorno esquizoide de personalidad*”: distanciamiento de las relaciones sociales, frialdad emocional. Y, por último, el “*Trastorno esquizotípico de personalidad*”: déficits sociales e interpersonales, distorsión perceptiva y comportamiento excéntrico.

Grupo B, llamado también “dramáticos, emotivos o inestables”, entre los que se encuentran el “*trastorno antisocial de la personalidad*”. El “*Trastorno límite*”, supone inestabilidad emocional. El “*Trastorno histriónico de la personalidad*”, se caracteriza por un exceso de motivación y deseo excesivo de atención. Y, por último, el “*Trastorno narcisista*”, donde la persona siente grandiosidad, necesidad de admiración, falta de empatía y, además, muestran comportamientos arrogantes.

Grupo C, denominado también el grupo de ansiosos o temerosos donde aparecen los siguientes trastornos: En primer lugar, “*trastorno de la personalidad por evitación*”, se ven a sí mismos como personas asociales; se inhiben socialmente por temor a ser criticados y rechazados, por lo que evitan implicarse en nuevas actividades. En segundo lugar, el “*Trastorno de la personalidad por dependencia*”, la persona siente la necesidad de que se ocupen de sí mismo. En tercer lugar, el “*Trastorno Obsesivo Compulsivo*” (TOC), el cual se caracteriza por la preocupación por los detalles, excluyen el ocio, son estrictos con el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal. Y, por último,

el “*Trastorno de la personalidad no especificado*” en el que se encuentra el conjunto de trastornos de la personalidad que no cumplen los criterios para un trastorno específico de la personalidad.

Los *Trastornos por ansiedad*, la persona actúa de manera defensiva e impulsiva ante un peligro inexistente como función protectora del sujeto.. Entre los trastornos por ansiedad encontramos los *trastornos de pánico* y el *T.O.C.* (AGIFES, 2019)

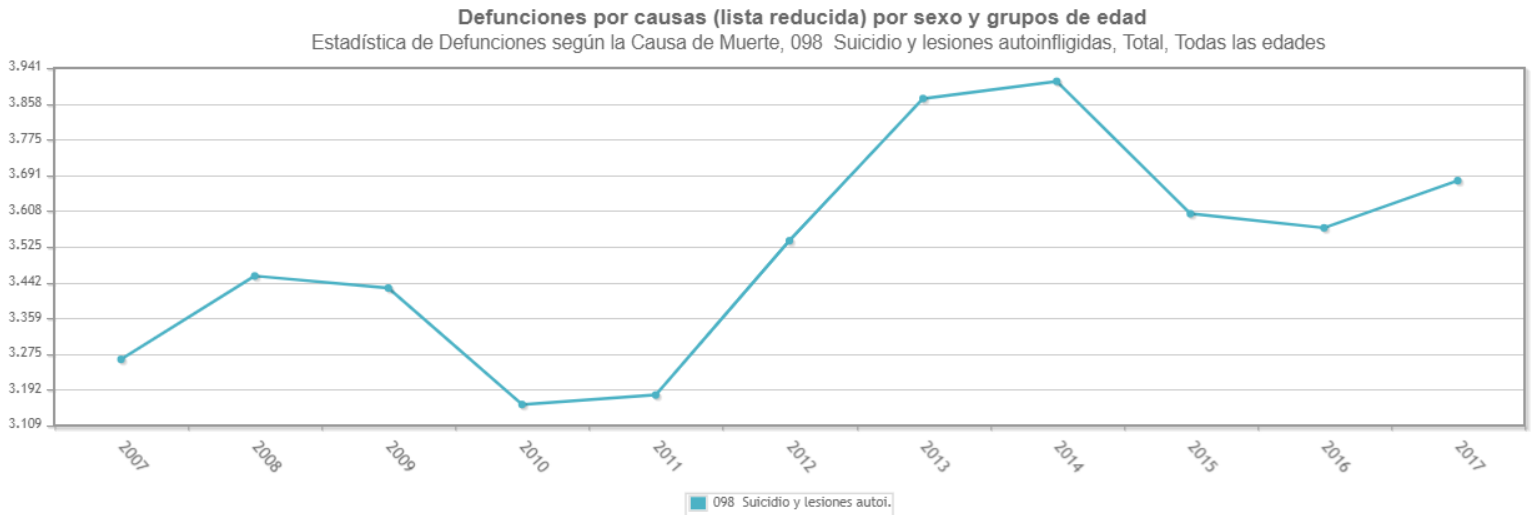
Acabamos de explicar cuáles son los trastornos mentales más frecuentes en nuestra sociedad en la actualidad. La mayor parte de estos trastornos son la causa principal de las personas con tendencias suicidas. A continuación, explicaremos qué es el suicidio y qué es el parasuicidio o las tendencias suicidas.

b. El suicidio

El suicidio es la segunda causa de muerte en edades comprendidas entre los quince y los veintinueve años. “Tanto la genética como la epigenética (nuestro entorno afecta nuestra expresión genética) juegan un papel fundamental sobre las tendencias suicidas” Navascués (2019, pág 1)

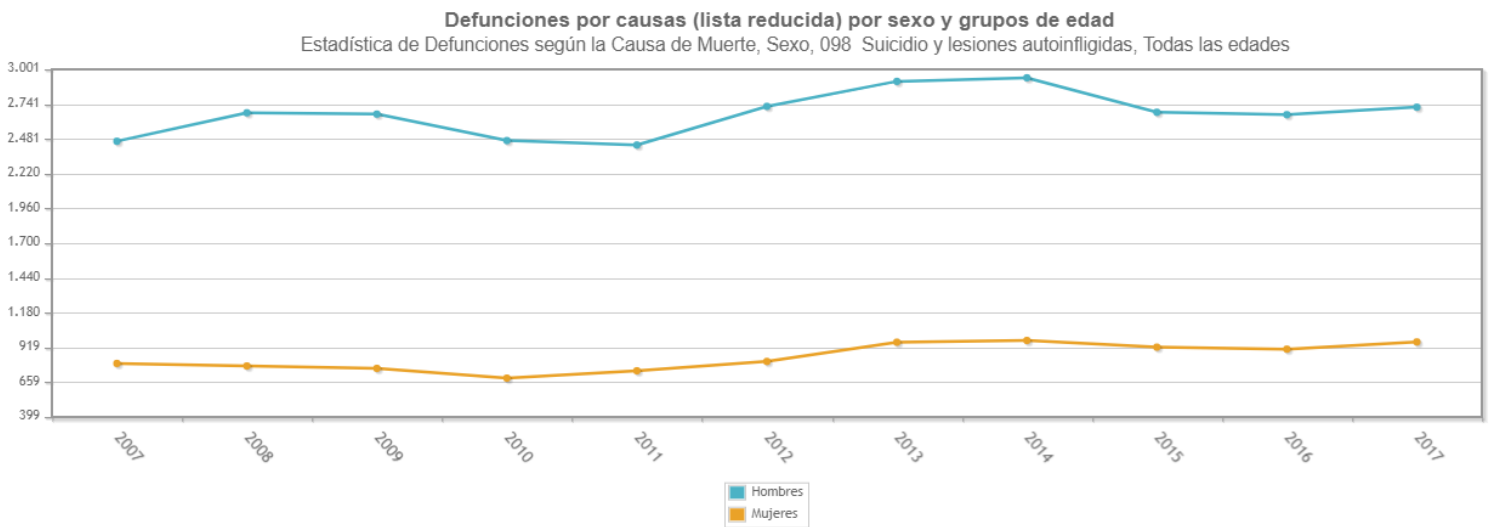
El suicidio -según Health, 2019- es “causar la muerte a uno mismo de manera intencionada”. Es una de las causas más frecuentes de mortalidad entre la población adolescente, debido a los grandes cambios (personalidad, corporales, sentimentales) que sufren en esta etapa de sus vidas, en la que los problemas pueden parecer muy difíciles y embarazosos de superar y el suicidio puede parecer la mejor manera de afrontarlo. (Health, 2019)

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2017, último en el que se han recogido datos, hubo 3.679 defunciones por causas de suicidio y lesiones autoinflingidas (INE, 2017). En la siguiente gráfica se comparará el número total general de suicidios en una década, desde el 2007 hasta el 2017 sin identificar sexo u edad, en vertical se detalla el número de defunciones y, en horizontal, el año.



Gráfica 1. Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas. Obtenida del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017)

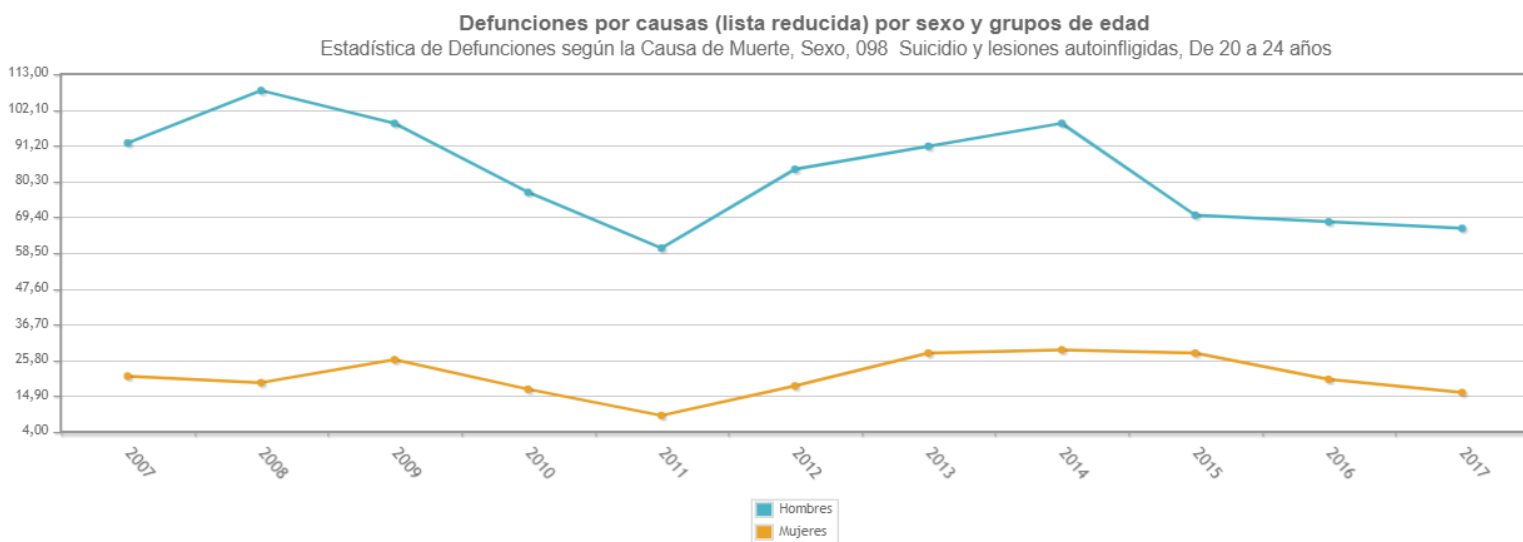
Podemos observar un aumento considerable desde el año 2010 hasta el 2014 donde la cifra asciende a 3.910 muertes y como desde este hasta el 2016 vuelve a disminuir notablemente llevándose casi 400 menos víctimas. No obstante, en 2017 vuelve a haber un aumento, registrándose 3.679 víctimas, 110 más que en 2016.



Gráfica 2 Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas por sexo. Obtenida del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017)

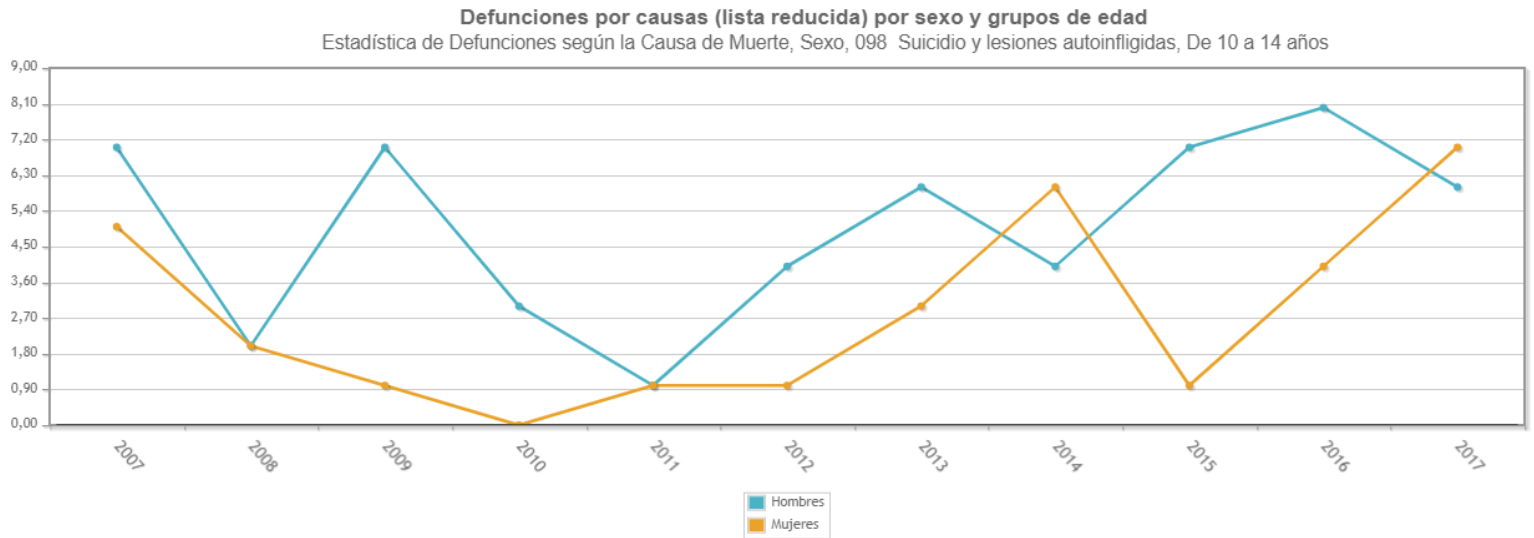
Observamos cómo las líneas tienen una progresión plana y homogénea. En el sexo masculino la cifra es infinitamente mayor que la de mujeres siendo el pico más alto de estas 972 en el año 2014 y 2.938 el de ellos en el mismo año.

Tras una breve investigación sobre las edades que gobiernan este tipo de defunción, se ha llegado a la conclusión de que las personas de entre 20 y 24 años son las más vulnerables y las que más cifras alcanzan; lo observamos en el siguiente gráfico (INE, 2017):



Gráfica 3. Comparativa de defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas entre sexos. Obtenida del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017)

Y, por último, remarcar que en las edades de entre 10 y 14 años, las cifras se disparan año en año, aunque el número de varones sigue siendo más elevado, siendo en el 2016 el año con el pico más alto con un total de 8 defunciones. Podremos observar también como en 2008 y 2011 los picos de la gráfica se unen indicando que el número defunciones son el mismo. Lo mismo sucede en el año 2013 para los varones y en 2014 para las mujeres, donde la cifra es exactamente la misma.



Gráfica 4. Comparativa de defunciones por muerte por suicidio y lesiones autoinfligidas según edades comprendidas entre los 10 y los 14 años. Obtenida del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017)

Si nos basamos en las palabras de Jon Asensi (2017) no es lo mismo el suicidio que la *intención suicida*, ya que lo que caracteriza a esta segunda es que está creando estrategias para quitarse la vida y, a la primera, es ya haber realizado el acto.

Durkheim (2008) afirmó que hay tipos de suicidio según la causa que eso lleve a la persona a hacerlo. A continuación, mostraremos las que suceden por causas sociales:

Nos encontramos con los tipos elementales del suicidio: en primer lugar, el *suicidio egoísta*, normalmente se da en personas que sufren acoso con la intención de hacer daño a las personas acosadoras o a su entorno mismamente. En segundo lugar, el *suicidio altruista*, es reconocido en personas que se sienten una carga para otras personas o que piensan que tienen una misión en la vida y que ya la han cumplido. En tercer lugar, el *suicidio anómico*, es reconocido en aquellos casos en los que la persona tenía algún tipo de déficit debido a la estructura social - como, por ejemplo, deudas económicas - y, a una falta de significación en la vida.

Existen varias teorías sobre cómo la sociedad puede llegar a ser feliz y, por lo tanto, disminuir y evitar el suicidio. Durkheim (2008) afirma que “la felicidad de la sociedad está garantizada si los placeres del individuo quedan limitados por normas

sociales aceptadas; normas sin contradicciones coyunturales”. Sin embargo, para los utilitaristas como Helbert Spencer, la felicidad se encuentra en “el aumento del volumen y la cantidad de los placeres ejercidos de unos individuos a otros”. Palacio (2019, pág 6).

Sin embargo, estos debates o teorías dejan entrever un paradigma en común, la *anomia social* como causante de las principales causas del suicidio. Para ver mejor esta similitud entre debates, citaremos a Durkheim:

La anomia como estado social es una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social. En el individuo se corresponde con un desconcierto o inseguridad o lo que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad. La anomia es un estado de la sociedad donde los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. Anomia es un estado social en que cada individuo o grupo buscan por si solos su camino, sin un orden que lo conecte con los demás (...) es frecuente en las comunidades sociales cuyos valores y normas pierden fuerza. Durkheim (2008).

Con todo esto, podemos afirmar que el suicidio no tiene solo un factor psicológico, sino también sociológico, este último, como podemos comprobar, en mayor medida que el psicológico. Autores como Durkheim, como Benedict Friedlaender o Foucault afirman que el alejamiento por parte de la sociedad de las personas enfermas, hacen que estas sean más propensas al suicidio. Foucault (1991, pág 87) indica que “nuestra sociedad no quiere reconocerse en ese enfermo que ella encierra y aparta o encierra”. En esta afirmación podemos observar una crítica proyectada hacia temas más culturales, ya que son aquellas personas las que estigmatizan a las personas enfermas afirmando ser estas desviadas, las mismas que perpetúan la enfermedad y el suicidio al que Durkheim llama anómico y con lo que se forjan las llamadas *sociedades suicidógenas*.

c. El Parasuicidio

El “*Parasuicidio*” más conocido como *Tendencia Suicida*, se da cuando la persona prepara el suicidio. El riesgo de suicidio aumenta cuando los motivos están relacionados con vivencias psicóticas, así como los casos de “comorbilidad” (presencia de uno o más trastornos) con abuso de sustancias psicoactivas. Manual MIBE (2019).

d. Medios de comunicación y comunicación en relación con el suicidio.

Según Teoman (2016), la *comunicación* es el intercambio de información que realizan dos o más participantes con el fin de transmitir un mensaje. Esta es una de las mayores culpables de la estigmatización de personas con trastornos mentales, así como una gran influyente para personas vulnerables, sobre todo si hablamos de los medios de comunicación.

No tenemos que comernos mucho la cabeza para ver situaciones de este estilo, mismamente la obra de Romeo y Julieta de Shakespeare (1597), donde la enamorada se quita la vida por su amado. En la obra de Goethe de 1774 “Las penas del joven Werther”, el protagonista también se quita la vida por un amor infortunado. Aquí vemos el sensacionalismo que pueden dar inconscientemente a este tipo de actos. Después de la publicación de esta última obra, hubo el caso de varios jóvenes que se quitaron la vida de la misma manera, creando así el término de “efecto Werther”. No obstante, la OMS en 1999, lanzó el programa SUPRE (Suicide Prevención), se trataba de una “iniciativa mundial para la prevención del suicidio dirigido a grupos sociales específicos” (OMS, WHO, 2000, pág. 4).

La televisión también es un elemento influenciado en el comportamiento suicida, Phillips (1982) mostró un aumento en los casos de suicidio hasta diez días después de los informes sobre casos de suicidios en las noticias (OMS, WHO, 2000, pág. 7)

Si echamos la vista hacia el presente, en Internet existen sitios específicos donde explican cómo poder quitarse la vida, ideas suicidas. No obstante, no es todo negativo y, por otro lado, también existen páginas que ayudan a prevenir el suicidio. El fenómeno de la ballena azul, un juego vinculado a suicidios vinculada a la película “Nerve” (2016) es un claro ejemplo del peligro de internet y de los juegos on-line.

Generalmente, hay pruebas suficientes para poder afirmar que cualquier medio de comunicación es o puede ser un aliciente para quitarse la vida, sobre todo para aquellas personas más vulnerables. Queremos tratar el tema del suicidio como algo normal, sin tabúes, pero también debemos darnos cuenta de que una publicidad repetitiva y continua sobre este podría promover esos pensamientos o esas tendencias suicidas, sobre todo entre

adolescentes y adultos jóvenes. Por lo que se debe informar sobre este problema de una manera apropiada e inteligente.

Hay varios tipos de comunicación según el número de personas que están involucradas, entre los que se encuentran la *Comunicación intrapersonal*, es decir, capacidad de dialogar con uno mismo. La *Comunicación interpersonal*, la que hay entre dos personas. La *Comunicación grupal*, la cual se presenta en las relaciones sociales en las que participan más de dos personas. Y, por último, la *Comunicación masiva*, comunicación vertical en la que no hay una respuesta inmediata pero que alcanza a un número grande de personas. (Teoman, 2016)

No obstante, la comunicación puede variar dependiendo de cómo se transmita la información y cómo va a ser recibida; de modo que la comunicación también se puede dividir en *comunicación verbal y no verbal*; la primera es aquella en la que se utilizan las palabras. Puede ser de manera oral o escrita; la segunda, es lo contrario, puesto que no se utilizan palabras, sino gestos, miradas, expresiones, movimientos corporales.

¿Por qué hablamos de comunicación? Porque es una de las formas más rudimentarias y más factibles para evitar el suicidio, ya sea a través del habla o de la expresión corporal.

e. Aproximación teórica sobre terapias para personas con problemas de salud mental.

En la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, aparecen varios tratamientos, entre los que se encuentran, en primer lugar, intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento parasuicida, en segundo lugar, el tratamiento farmacológico de la conducta suicida y, en tercer lugar, la terapia electro convulsiva. El tratamiento psicoterapéutico de la conducta suicida adquiere cada vez más importancia, sobre todo aquel basado en técnicas cognitivo-conductuales; aquellas modalidades de terapia que comparte técnicas cognitivas y emplean de forma sistemática técnicas conductuales. (Ministerio de Sanidad, 2012)

El metanálisis de Tarrrier et al. (2008) incluye, por un lado, *la terapia dialéctico conductual (TDC)*, llamada de “tercera generación” desarrollada por Lienhan “para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de límite de personalidad y conducta suicida

crónica y cuya base fundamental es la teoría conductista y terapias de apoyo. De esta manera se centra en el desarrollo de la plenitud de la conciencia, en la capacidad para prestar atención a la experiencia en el momento presente; la regulación de las emociones; en la eficacia interpersonal para la mejora y cambio de las relaciones interpersonales y en el aumento de la tolerancia de la ansiedad” (Fernández, 1996, pág. 134). Lo que llevó a Marsha Linehan a plantear este componente dialéctico fue “crear un movimiento y una sinergia entre aceptación, cambio y comprensión dialéctica” (Gempeler, 2008, pág. 138). Y, por otro lado, la *terapia de resolución de problemas (TRP)*, la cual parte de la base de que “un incremento de las habilidades de resolución de problemas puede ayudar a reducir la carga que suponen y la ideación suicida. (Ministerio de Sanidad, 2012). Esta terapia está relacionada con la TCD dentro de lo que Linehan llama “cambio, es decir, adquirir nuevos comportamientos refiriéndonos a “lo que la persona piensa o siente y cuyo objetivo es aprender a identificar los factores que mantienen sus comportamientos en el tiempo y cómo modificar estos factores entrenando a la persona en habilidades con énfasis en la solución de problemas” (Gempeler, 2008, págs. 138-145)



Figura 1. Estrategias de la TCD. (Gempeler, 2008, pág. 139)

Con todo lo anteriormente dicho, ya tenemos una base teórica sobre cómo podemos tratar con personas con conductas suicidas y una ligera idea de los motivos que llegan a esta situación. En el apartado siguiente, siguiendo las dos terapias mencionadas “*terapia dialéctico conductual*” y la “*terapia de resolución de conflictos*” se realizará una guía de cómo podemos poner en práctica estas.

5. DISEÑO DE PROPUESTA

5.1. “TERAPIAS APLICADAS A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO”

En las TDC el Educador Social “no puede resolver los problemas del paciente ni tampoco que se suicide, pero hará todo lo posible para ayudar a resolver estos problemas. Se considera al paciente como un agente activo en el proceso y al E.S como un agente bien intencionado y útil, pero no todo poderoso”.

(Fernández, 1996, pág. 134).

a. Terapia número 1. La comedia: un enfoque terapéutico

“**La comedia: un enfoque terapéutico**” nace en 2019 como un taller de formación intensiva llevado a cabo por “Magma Comedy” en la Universidad de Cardenal Cisneros. “Se trata de la aplicación del monólogo cómico como herramienta terapéutica y pedagógica con menores con problemas de conducta o riesgo de exclusión social” (Magma Comedy, 2019, pág 1).

a.1. Propuesta de intervención

Se realizará en la Universidad Cardenal Cisneros de Madrid ante un grupo de personas con antecedentes suicidas, serán cinco personas que comprenden entre los 21 y 35 años de edad.

- Temporalización

Se realizarán cuatro sesiones de dos horas cada una, todos los martes del mes de noviembre de 2019.

- Contenidos
 1. Introspección
 2. Empatía
 3. Escucha activa
 4. Visión crítica de la realidad
- Objetivos
 1. Generar un ambiente de confianza entre personas con una misma problemática.
 2. Ayudar a ver la realidad de manera positiva y diferente.
 3. Fomentar la creatividad e iniciativa propia para exteriorizar sus sentimientos mejorando la calidad de vida de los participantes
- Desarrollo

La primera sesión consistirá en una presentación del grupo, en la que cada uno contará una anécdota de su vida que recuerden graciosa. Se realizará un pequeño acercamiento teórico sobre porqué incluir el humor como una terapia, porqué incluirla a la vida diaria y cómo puede ayudarles a ellos en el día a día.

La segunda sesión consistirá en hacer dinámicas rítmicas y realización de frases con palabras sueltas que cada uno diga entre todo el grupo para que se vaya potenciando la espontaneidad de creatividad e improvisación.

Se les mandará un pequeño trabajo, deberán pensar un tema sobre el que escribir sobre un hecho real de su propia vida intentando mirar el otro lado de la situación.

La tercera sesión será crear un pequeño texto en el que cuenten la vivencia que han elegido y, por último, la cuarta sesión será la exposición de esta al resto de los participantes.

a.2. Interés de la propuesta.

Es una manera de expresar en primera persona lo que a cada uno le sucede y es buscar la otra cara del problema y sentirse comprendido a través de un texto que ha creado la persona que normalmente siente que no vale para nada y que realmente se está

ayudando a sí mismo y al resto de personas que le escucha. Es una manera de comunicación verbal que hace que expresen miedos, vivencias y que hace que se sientan protagonistas, escuchados y comprendidos. El educador social tiene un papel fundamental a la hora de ayudar a que estas personas potencien su creatividad, su espontaneidad, la improvisación y que se sientan empoderados con algo que han creado las propias personas que tienen un problema

b. Terapia número 2. El psicodrama.

El creador del **psicodrama** fue Jacob Levy Moreno (1889-1973), médico-psiquiatra. Desarrolló el psicodrama a través de un proceso de descubrimiento gradual. Sostenía que “un individuo puede lograr el cambio por medio de lo que él llamó insight de la acción, un proceso de experimentación y reexperimentación de la conducta seguido por la reflexión” (Grillo & Lombardo Cueto, 2015, pág. 9). Su trabajo clínico hizo que profundizara en la construcción del modelo de psicoterapia psicodramática, que comienza a llamarse en 1938 como lo conocemos ahora: “psicodrama clásico”. (Grillo & Lombardo Cueto, 2015)

Actualmente, es conocida como terapia grupal; se trabaja poniendo en escena lo que la persona ha vivido a través de su cuerpo, pudiendo mostrar el pasado, lo quiere en el futuro, fantasías. “El psicodrama percibe a la persona como un ser grupal y social y no como un individuo aislado”. (Andrés, 2019, pág. 1).

El psicodrama tiene diferentes formas de aplicación: (Andrés, 2019)

En primer lugar, está el *psicodrama pedagógico (role-playing pedagógico)* presente en la educación formal en informal, en formaciones profesionales, en grupos de crecimiento personal y en grupos de apoyo.

En segundo lugar, está la *psicoterapia psicodramática*, en la que se encuentran el psicodrama bipersonal o individual, la psicoterapia en grupo y la psicoterapia de pareja y familia.

Teresa Andrés (2019) afirma que el objetivo fundamental del psicodrama es ayudar, mediante el encuentro terapéutico, a modificar los patrones rígidos de relación tanto con los demás y como con uno mismo, dando “la posibilidad de vivenciar alternativas a la propia realidad (...). La esencia del psicodrama es desarrollar y potenciar la capacidad espontánea y creativa que tenemos todas las personas permitiendo a la persona vivir desde sus propias elecciones, lejos de la rigidez” (Andrés, 2019, pág. 3).

- Estructura del psicodrama

Toda sesión de psicodrama se estructura en cuatro partes, el calentamiento, la dramatización y el eco-grupal. En la primera fase, las personas se mueven libremente por el espacio, fomentando un ambiente adecuado para que puedan entrar en contacto consigo mismos. Esta fase puede facilitarse a través de algún juego creativo o dinámica, a través de la comunicación verbal o de la “expresión distendida” permitiendo así que surja un tema en el que poder profundizar.

En la segunda fase, el grupo y/o el educador social, elige un “protagonista”; este personaje será el que represente un papel ficticio, recreando cualquier situación, ya sea un hecho pasado, algo que le sucede en el presente o algo que quiere, desea o imagina, algún conflicto, teniendo la oportunidad de vivenciarlos y actuarlos, además de contarlos. Otros participantes tendrán un papel “auxiliar” que tendrán que interpretar con indicaciones particulares que recibirán por parte del educador social para crear reacciones y para expresarse con la persona protagonista que está interpretando su papel.

La fase del eco-grupal es una puesta en común después de haber terminado el ejercicio de dramatización. Las personas que no hayan intervenido en la actuación comentan cómo han visto a sus compañeros desde fuera y cómo han sentido la representación. Con esto se pretende facilitar la concienciación y la reflexión de las personas sobre cómo lo ven ellos/as desde dentro y cómo se ve desde fuera desde sus propias experiencias vitales y no desde su juicio.

b.1. Propuesta de intervención

Nos encontramos en la Asociación RedAIPIS (Suicidio. Asociación de Investigación, Prevención e Intervención) en Madrid ante siete jóvenes cuyas edades están comprendidas entre los 21 y 27 años que acuden por voluntad propia y por petición de su entorno más cercano.

Anteriormente a esta sesión, se ha realizado una reunión con cada uno de ellos de manera individual por la que, mediante la comunicación y un diálogo distendido con un/a educador en colaboración con una licenciada en Psicología Clínica, se ha llegado al resultado de que todos ellos han sentido una tentativa de suicidio cuyos motivos son que no se sienten bien consigo mismos y que no se sienten comprendidos y/o escuchados por su entorno.

Para poder suplir este problema, se ha decidido que el educador haga sesiones de psicodrama. En las primeras sesiones acudirán los siete jóvenes y, en las posteriores podrán acudir sus familiares o su entorno más cercano.

- Temporalización

Todos los jueves de cada mes durante un año

- Contenidos

1. Escucha activa.
2. Introspección.
3. Resolución de conflictos.
4. Empatía.

- Objetivos

1. Crear un grupo de confianza en el que sentirse aceptado y escuchado.
2. Alentar mediante la comunicación y el diálogo sobre la resolución de conflictos.
3. Potenciar la introspección como herramienta terapéutica.

- Desarrollo.

1. Fase del **calentamiento**:

Con una música tranquila, en un tono bajo para que los participantes puedan centrarse en la música, se les pide que caminen por el espacio al ritmo de la música mientras el educador social les habla, pidiéndoles que escuchen y piensen a dónde les transporta, si la música les recuerda a algo.

Para que haya un acercamiento, un ejercicio es que se saluden con la parte del cuerpo que quieran de uno a uno según se van encontrando por el espacio. Tienen que ponerse de acuerdo con qué parte del cuerpo se saludan y se presentan. Hay un intercambio de ritmos en la música. Deben moverse por el espacio de tal manera que lo hagan como la música les transmite que lo hagan.

Posteriormente, por petición del/a educador social, cierran los ojos. Se pone otra lista de reproducción en la que suenan distintos tipos de música; alegre, triste, agitada. Pasados dos minutos abren los ojos y se les pide que se vayan juntando hacia el centro para hacer un círculo entre todos

Se hace un círculo sentados en el suelo. Se les pide que piensen cómo se han sentido, que sentimientos les ha transmitido los ejercicios anteriores. Es decir, si se han sentido inseguros a la hora de ir con los ojos cerrados, frustrados por cualquier motivo como, por ejemplo, que no les haya gustado la música o quizá la parte de la sesión.

A continuación, se hace un repaso de los nombres, la persona que acierta más nombres de sus compañeros, será la que posteriormente será la “protagonista” o quien tendrá un papel principal. Si hay alguien que no está de acuerdo debe explicar por qué y, tiene que decir el nombre de quien cree conveniente que tenga ese papel. Si sus compañeros están de acuerdo se cambia al protagonista.

Ya que tenemos que tener en cuenta que estamos trabajando con personas que no se sienten escuchadas, esta es una buena técnica para que pongan su voz y voto en toma de decisiones. Para la sesión con familiares y entorno cercano, se incorporaría otras dinámicas como, por ejemplo, “el lazarillo”, una persona va con los ojos cerrados dejándose guiar por la persona de su entorno, generando un clima de confianza.

2. Fase de “**dramatización**”:

La persona que se ha escogido protagonista cuenta sus problemas, lo que vive y de la manera en que lo vive, se expresa abiertamente, sus sentimientos, su relación con el exterior, cómo se siente consigo mismo, incluso lo que sueña. Cómo le gustaría que fueran las cosas. Si se sienten reconocidas y escuchadas. Pero sobre todo el porqué de todo eso. Los demás escuchan.

A continuación, el protagonista se pone de pie y, con los brazos estirados, le ponemos una caja en sus brazos como símil de lo que ella cambiaría, las cosas que no le gustan. Mientras tanto le preguntamos cómo se siente y, cuando una persona del grupo se sienta identificada con lo que él/ella dice, se levanta y se coloca tocando una parte del cuerpo de la persona protagonista. El educador social le va haciendo preguntas del tipo cómo le gustaría que fuera y cómo lo cambiaría. Qué les diría a sus familiares y a sí mismo para que esa situación dejara de ser como es. Mientras se hacen estas preguntas y se van contestando, el grupo se pone alrededor de él/ella y le van diciendo las cosas que al protagonista le atormentan, por ejemplo, su familia piensa que es una persona que está muy delgada y que tiene que engordar, o que su entorno diga que es una persona rara porque casi no habla; el grupo empezará a moverla diciéndole “estás muy flaca, tienes que engordar. Tu cuerpo es horrible”; “Eres tan rara que no sabes ni hablar”. El educador social preguntará “¿qué quieres hacer?”, qué harías si quieres cambiar esta situación, si no te gusta que te digan esas cosas.

La persona que está en el medio deberá escoger una solución, decirla en alto “quiero escapar de aquí”, “les diría que se fueran que eso no es así”, se expresaría y diría lo que le está sucediendo a las personas de su entorno.

Una vez que la persona ha llegado a la conclusión de que hablar y comunicar como se siente es una de las soluciones, se le pide al resto de compañeros que se sienten de nuevo y, a la persona protagonista que cierre los ojos que respire bien hondo; si es necesario también puede pegar un grito como método de relajación y expulsión de la ira o la rabia contenida.

3. Fase del “eco-grupal”

El protagonista vuelve al círculo con sus compañeros. Se le pregunta qué ha sentido mientras escuchaba todas las voces que le decían todo lo que le atormenta y lo que le lleva a estar en una situación tan delicada y cómo se ha sentido cuando ha dicho basta y ha visto que sus “problemas” (sus compañeros en este caso) se alejaban. Igualmente, se preguntará a sus compañeros cómo la han visto a él/ella, cómo lo han vivido y qué hubieran hecho ellos/as en su caso.

b.2. Interés de la propuesta

El psicodrama es una terapia que requiere ponerse en el lugar de la otra persona, entra en juego el papel de los roles. Para Moreno (1953) cada parte de la obra teatral se convierte en un rol. “El rol es la forma de funcionamiento que asume un individuo en el momento específico en que reacciona ante una situación específica en las que están involucrados otras personas y objetos” (Grillo & Lombardo Cueto, 2015, pág. 13). Y que requiere trabajar la comunicación tanto verbal como no verbal que es el objetivo que pretendemos conseguir. Además, el educador social debe ser capaz de ponerse en el lugar de la persona protagonista y saber hacer llegar a los participantes a un ambiente de confianza con sus competencias y habilidades que hemos mencionado con anterioridad. Saber trabajar la empatía entre un grupo de personas y hacer que estos se sientan libres de prejuicios y estigmatizaciones son dos factores fundamentales que se trabajan con este tipo de terapias en las que los participantes se sienten importantes.

c. Terapia número 3. La rara troupe

La **rara troupe** es un “grupo de trabajo en torno a la salud mental que utiliza la creación audiovisual desde la autopresentación y la narración en tercera persona” Solserpiente (2019, pág. 1) generado en 2012. Este grupo de trabajo se junta semanalmente en DEAC del Museo de Arte Contemporáneo (MUSAC) de León y está integrado por personas con y sin diagnóstico de enfermedades relacionadas con la salud mental. desde el año 2016 está integrado en el Laav (Laboratorio de Antropología Audiovisual Experimental). (Solserpiente, 2019). Su último trabajo ha consistido en la

realización de una película titulada “La humana perfecta”. Sus películas tienen en común el estar narradas en primera persona ya que lo que interesa son los procesos de expresión ya sean individuales o colectivos y de comunicación con el exterior (Solserpiente, 2019). Además, también tienen un apartado de radiofonía llamado “rarofonías” donde hablan de los trabajos que realizan o mantienen una conversación entre los participantes.

c.1. Propuesta de intervención

Esta propuesta se realiza en León en el DEAC del MUSAC con un grupo de cuatro personas de edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, estudiantes del Instituto de Secundaria Juan del Enzina; estas tres personas tienen en común que sufren algún tipo de bullying en el instituto.

- Temporalización.

Se realiza dos días a la semana en periodos anuales.

- Contenidos

1. Expresión oral y escrita.
2. Autoconfianza
3. Resolución de conflicto

- Objetivos

1. Fomentar la autoconfianza potenciando la comunicación con el entorno.
2. Concienciar que su opinión también es importante potenciando una actitud abierta y reduciendo que los participantes se queden encerrados en sí mismos/as.

- Desarrollo.

Para comenzar se reúne al grupo en el MUSAC con participantes activos de la rara troupe; principalmente se realiza una dinámica de presentación del “ovillo de lana”, en la que cada uno tiene que decir su nombre y una cualidad suya propia que le guste. A continuación, los participantes se mueven por el espacio y a la voz de “ya” se deben detener y ponerse en pareja con aquella persona que tienen más cerca. El siguiente paso

es sentarse en el suelo, cada uno con su pareja, espalda con espalda. Primeramente, deben decir qué les gusta hacer en su tiempo libre o aquello que les gustaría hacer. En segundo lugar, deben decir lo que menos le gusta y por qué. Y, por último, deben darse la vuelta y, mirándose a la cara tienen que buscar algo que tengan en común, una habilidad, un color, una comida. Esta acción se repite tres veces para que todos puedan coincidir con todos.

En la siguiente actividad, cada uno coge un papel que se les ha entregado ya recortado y tienen que escribir aquello que les da miedo o que les perturba. Se mezclan encima de la mesa y cada uno coge uno, lo lee en alto y debe pensar porqué la persona ha escrito eso y cuál puede ser una solución.

Para terminar, en grupo se exponen las emociones de los participantes. Se les invita a que a la siguiente sesión traigan un escrito preparado para leerlo en rarfónicas de manera totalmente anónima y que es esa la segunda parte de esta intervención.

Al acabar esta, se hace una reunión con los participantes y una evaluación de la evolución que han tenido en los dos días y cerciorarnos de que ha quedado interiorizado en aquellas personas que comunicar lo que les ocurre es mejor que mantenerse encerrado en uno mismo

c.2. Interés de la propuesta

He escogido la rara troupe porque trabaja tanto con personas diagnosticadas como con personas que no, lo que puede ser una buena opción para crear una red social más fuerte. Trabajan con medios audiovisuales y rarfónicas es una muy buena opción para aquellas personas que no se sienten escuchadas y que lo hagan de una manera totalmente anónima para ayudar a que se sientan mejor, puedan hacer una introspección y conocerse mejor a sí mismos/as. Además, conocen a personas con sus mismos problemas o parecidos, lo que crea un entorno en el que pueden confiar y en el que pueden llegar a ser ellos/as mismos/as e incluso ayudarse unos/as a otros/as.

Para personas adolescentes que tienen problemas de bullying es una buena opción ya que son los más propensos a callarse las situaciones más incómodas debido a la etapa de la vida en la que se encuentran.

El educador social debe saber crear la confianza en el grupo, ya que al ser adolescentes es más difícil que confíen los unos en los otros y con mayor motivo si la causa que les une es que han sufrido bullying, producido por sus pares. Por ello debe ser cauteloso a la hora de llevar a cabo las dinámicas que traten más a fondo sus miedos, ya que no siempre van a ser propensos a contar a una persona que no conocen de nada lo que nunca han contado ni a su entorno más cercano; por lo que debe saber utilizar sus herramientas adecuadamente. Por otro lado, tener un instrumento como la radio para poder llevar a cabo sesiones es un privilegio del que todas las asociaciones/entidades e incluso institutos deberían poseer.

6. ANÁLISIS DEL ALCANCE DEL TRABAJO. METODOLOGÍA Y EVALUACIÓN.

Desde una perspectiva exploratoria se mencionan tres tipos de herramientas válidas para trabajar la prevención del suicidio en personas que sufren algún tipo de enfermedad o trastorno mental

Trabajar con personas es una de las labores más dificultosas ya que hay que tener que cuenta que para todos los cambios se necesita un proceso de madurez y adaptación para el que no todas las personas están preparadas o son reticentes a ello.

Realizar intervenciones con herramientas artísticas pensadas para personas con problemas de salud mental fomentan una estimulación del inconsciente, una introspección de la persona que se fortalece con medios expresivos como lo son el teatro, la radio o, simplemente, con un poco de comunicación y diálogo. Potencia también la creatividad y el romper la coraza en la que muchas de las personas más vulnerables viven.

Tanto el psicodrama como la radio ayuda a exteriorizar y hacen a la persona protagonista, que pueda sentir en sus propias carnes el proceso de evolución que está creando en sí mismo. dan vida a los sentimientos y a las emociones que llevan dentro, le dan vida y forma.

Una de las oportunidades más importante es que se trabaja la imaginación lo que permite que las personas experimenten algo nuevo y pueden describir sus temores o qué quieren con un lenguaje que les aporte comodidad y confianza. Otra de las más importantes es todo lo que se puede llegar a aprender trabajando en grupo, utilizando la escucha activa y oyendo las vivencias de las personas. Es una manera de vivir experiencias nuevas y de ponerse en la piel de otros.

Las terapias con herramientas artísticas tienen el beneficio de que todas las personas tienen cabida, que no hay que tener un talento, sino más bien, no hay que tener miedo, aspecto habitual para aquellas personas que se han sentido desplazadas, estigmatizadas. No obstante, ese miedo se debe trabajar para ir eliminándolo gradualmente, principalmente forjando un grupo y ambiente de confianza. Además, hemos de tener en cuenta que estas herramientas pueden servir tanto para una persona que tenga algún tipo de trastorno mental como para un adolescente que esté sufriendo bullying, una persona con autismo o, simplemente, una persona que no sabe transmitir lo que siente a su entorno. Es decir, este tipo de herramientas sirven para toda la sociedad, no es único para un grupo de personas con las mismas características.

La comedia como terapia es un recurso distinto, porque no deja de ser una herramienta donde las personas expresan lo que sienten, pero no todas las personas sabemos encontrar el lado positivo de lo que nos ocurre, por eso hay que ser meticulosos e impetuosos a la hora de trabajar con esta herramienta. No hay que olvidar que un monólogo es una conversación, en este caso con uno mismo y que lo que es importante no es el contenido, sino el proceso por el que la persona ha pasado para llegar hasta poder haber realizado esa conversación, desde una situación de estar cerrado en uno mismo a poder comunicar sus sentimientos y emociones con el entorno, a, finalmente, encontrar el lado positivo de su situación. En definitiva, buscar una transformación a través de una conversación en la que se combina la experiencia y aquello que es ya familiar para la persona y la construcción de algo nuevo.

Estas herramientas le dan un plus a la educación social, ya que, aunque los educadores sociales no sepamos leer y describir el arte como un profesional de la arteterapia, podemos crear ese ambiente de confianza y acogedor del que se ha hablado

antes, podemos ayudar, con nuestras herramientas más sociales y más humanas, a que las personas saquen aquello que llevan dentro y poder comunicarse con el exterior. Podemos utilizar estas herramientas como apoyo para paliar distintas problemáticas que se nos presenten con cualquier persona o grupo de personas, de diversas edades, etnias y culturas. Podemos convertir la terapia en un sinónimo de juego, el teatro puede ser transformado a un juego donde las personas consiguen vitalidad y espontaneidad.

Hay un rasgo que no debemos olvidar, la personalidad de las personas, nuestra personalidad se va construyendo y va cambiando continuamente con el tiempo. Podemos encontrarnos a nosotros mismos siendo nosotros, sin embargo, haciendo que somos otras personas podemos encontrar lo novedoso, otra nueva cara y así encontrar preguntas y nuevas respuestas; facilita el poder reflexionar desde otra visión.

En conclusión, tanto el psicodrama, la comedia como la radio son tres posibles terapias a llevar a cabo con personas con problemas de salud mental -en este caso vulnerables a las tendencias suicidas- por su facilitación de comunicación, la búsqueda nuevas experiencias en primera persona, conocerse a uno mismo y a los demás, sentirse parte de un grupo y romper cualquier barrera que impida la comunicación con otras personas.

7. CONCLUSIONES

El colectivo de personas con enfermedad mental es muy amplio, existen varios trastornos y elementos en la vida de una persona que llevan a que tengan manifestaciones de una alteración en su conducta y que estén causados por una mala salud mental. Hemos de tener en cuenta que cada persona es única, no hay una persona igual a otra, por lo tanto, una enfermedad mental será distinta en cada individuo aun presentando similitudes en los síntomas o en los rasgos. Esta afirmación nos lleva a que los profesionales debemos proceder de formas distintas e, igualmente, dos profesionales de la misma disciplina pueden tener visiones distintas en un mismo caso.

Es por esto también que la Educación Social debe avanzar en crear estrategias cuyo objetivo sea preservar al individuo, con sus taras, con su esencia. Como alguien que es único, irrepetible, reduciendo la estigmatización salvaguardando sus propios intereses y aspectos individuales. Para esto, los profesionales debemos actuar de manera que nuestras acciones estén encaminadas a la consecución de estos objetivos, con implicación y comprensión para con la persona objeto con la que se va a intervenir.

Cuando tuve que tomar la decisión de qué tema realizar mi Trabajo de Fin de Grado lo tenía claro: Salud Mental. Sabía que tenía que ir relacionado con el suicidio y con adolescencia y, a poder ser algo innovador, quizá una investigación o cómo ha ido evolucionando en el tiempo el suicidio y cuáles son sus causas más habituales. Pero de repente me vi envuelta en un ámbito en el que nunca había trabajado, el arte como terapia.

Ha sido un campo que he descubierto poco a poco estos meses de trabajo y dedicación y he de decir que me ha resultado fascinante el conocer herramientas nuevas y que están al alcance de cualquier persona. Cuando hablamos de comunicación, de que las personas necesitan hablar sus problemas, directamente nos imaginamos a aquella persona diciéndonos todo lo que le sucede a través de las palabras, en una conversación o incluso en alguna discusión. Pero no nos damos cuenta de toda la comunicación no verbal que hay detrás.

Conseguir que usuarios con Enfermedad Mental o con algún tipo de trastorno mental desarrollen sus capacidades, habilidades y potencialidades incluso con el

obstáculo que supone padecer una de estas, es un aliciente para recurrir a cualquier forma de intervención y hacen al educador social más necesario en este ámbito.

Las herramientas o terapias que he planteado, como el teatro, la radio o el psicodrama, son tres de las decenas de ellas que hay y son una pequeña pincelada de todo lo que podemos hacer para que personas que se encierran en sí mismas encuentren una vía de escape. No obstante, aún en día existe una estigmatización muy elevada hacia este colectivo, causa de que la población con algún tipo de enfermedad mental no llegue a tener una vida diaria saludable, ya que no siquiera ellos mismos son capaces de tener una visión positiva sobre ellos mismos.

Es necesario luchar contra las opiniones que conllevan a la marginación y riesgo de exclusión social y que estas personas puedan integrarse plenamente en la sociedad; para esto, educar desde la infancia sobre dicho colectivo, sería una buena solución. Y, para esto también es un ejemplo la radio, se me ocurre que cadenas con una gran audiencia, como la SER, la COPE o alguna frecuencia musical como EUROPA FM, desarrollarían un gran papel abordando estos temas. Pero esto quizá son sueños de una principiante de la Educación Social.

El hilo conductor que ha hecho posible la redacción de este trabajo ha sido la incorporación de técnicas artísticas dentro del mundo de la Educación Social, una herramienta que a lo largo de la carrera no se ha enseñado y que, como he podido comprobar a lo largo de la realización de este trabajo, es un mundo lleno de posibilidades donde las personas pueden expresarse y el profesional puede ponerse en la piel de la otra persona de una manera fácil y así llevar a cabo con suma eficacia la intervención.

Este trabajo de fin de grado, muestra una Educación Social donde los profesionales de esta materia pueden concernir incluso en el ámbito menos esperado, ámbitos desconocidos aún para esta figura tan cambiante como las propias personas y con tanta adaptabilidad para aquellas circunstancias surjan en cualquier lugar y en cualquier momento.

Para finalizar, remarcar que el papel del educador social en el ámbito de la enfermedad mental está poco reconocido aún, pero debemos hacernos fuertes, somos una

figura indispensable porque somos aquellos que estudian, observan y evalúan lo que necesitan ciertos colectivos e intentan, por medio de la actuación, paliar aquellos problemas o aquellas necesidades que se detectan, integrando a estos en la comunidad. Vamos a encontrarnos obstáculos, pero esto, en cualquier ámbito de nuestras vidas; no debemos dejar que nos impidan llegar a la meta, sino verlo como una oportunidad de mejora en el día a día de cualquier disciplina que vayamos a desarrollar forjando un aprendizaje interno y personal y, sobre todo, un crecimiento profesional.

8. BIBLIOGRAFÍA

- AGIFES. (29 de Marzo de 2019). *Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental*. Obtenido de <https://agifes.org.org/es/enfermedad-mental/salud-mental>
- Andrés, T. (16 de Enero de 2019). *Saludterapia*. Obtenido de <https://www.saludterapia.com/glosario/d/85-psicodrama.html>
- Asensi, J. (6 de Septiembre de 2017). *Psiky*. Obtenido de <https://www.psyky.es/practica-clinica/tratamiento/suicidio/>
- AVIGES. (2 de Abril de 2019). *Asociación Vizcaina de Familiares y Personas con Enfermedad Mental*. Obtenido de <https://avifes.org/enfermedad-mental/>
- EMPENDIUM. (2 de Abril de 2019). *Manual MIBE (Medicina Interna Basada en la Evidencia)*. Obtenido de <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.21.2>.
- Fernández, B. A. (1996). La Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología Conductual*, 134.
- Foucault, M. (1991). *Enfermedad mental y personalidad*. España: Paidós.
- Gempeler, J. (2008). Terapia Conductual Dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 139-145.
- Grillo, R. V., & Lombardo Cueto, M. (2015). *Psioterapia de grupo y psicodrama: Teoría y práctica*. Barcelona: OCTEDRO S.L.
- Health, S. C. (2 de Abril de 2019). *Stanford Children's Health*. Obtenido de <https://stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=suicidio-de-adolescentes-90-P05694>
- INE. (2 de Abril de 2017). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>

Ministerio de Sanidad, P. S. (2012). *Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. avalla-t.

Navascués, P. (4 de Abril de 2019). *Psicoactiva.com*. Obtenido de <https://www.psicoactiva.com/blog/suicidio-senales-alerta/>

OMS. (2000). *WHO*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

OMS. (3 de Abril de 2019). *Who*. Obtenido de <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Phillips, D. P. (Mayo de 1982). The impact of fictional television stories on U.S. Adult Fatalities: New Evidence on the Effect of Mass Media on Violence. *AJS*, pág. 87.

Psicoactiva.com. (4 de Abril de 2019). Obtenido de <https://www.psicoactiva.com/blog/suicidio-senales-alerta/>

Sellin, B. (1994). *Quiero dejar de ser un dentrodemi: mensaje desde una cárcel autista*. Barcelona: Círculo de Lectores.

Solserpiente, T. (2 de Mayo de 2019). *la rara troupe*. Obtenido de <https://raraweb.org>

Teoman. (24 de Octubre de 2016). *Definición de las palabras*. Obtenido de <https://definiciónde.org/comunicacion/>

Valladolid, U. d. (2007). *FEYTS*. Obtenido de <http://www.feyts.uva.es/sites/default/files/MemoriaEDUCACIONSOCIAL%28v5%29.pdf>