

UNIVERSIDAD DE BURGOS

FACULTAD DE EDUCACIÓN



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN EDUCACIÓN
Y SOCIEDAD INCLUSIVAS**

Trabajo Fin de Máster

**“NUEVOS PROYECTOS DE VIDA
INCLUSIVOS DESPUÉS DE UN INTENTO
AUTOLÍTICO”**

CURSO 2022-2023

Alumno/a: Elena Villar Castaño

Director/a: María Camino
Escolar Llamazares

*En agradecimiento a todas las personas que
han mostrado su confianza narrando sus historias,
a aquellas que se han mantenido firmes
ante la idea de seguir adelante con este proyecto
y a los futuros lectores.
Gracias por la bonita luz que arrojan todos
y cada uno de los testimonios.*

ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	1
2.	PALABRAS CLAVE.....	2
3.	INTRODUCCIÓN	2
3.1	La evolución del suicido	3
3.2	Planes de prevención, proyectos y asociaciones.....	4
3.3	Factores de riesgo; ideación y tentativa de suicidio.....	6
3.4	Repetición de actos autolíticos	7
3.5	Factores protectores, nuevo sentido de vida	7
4.	OBJETIVO.....	8
5.	METODOLOGÍA	8
5.1	Muestra	9
5.2	Variables del estudio.....	10
5.4	Instrumento de recogida de datos	13
5.5	Análisis de datos	14
5.6	Aspectos éticos	14
5.7	Procedimiento	15
6	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	16
6.4	Macro Categoría 1 Proceso de Recuperación	18
6.4.1	Reconstruirse a uno mismo	19
6.4.2	Terapia como ayuda; terapia y apoyos como solución.....	22
6.4.3	Apoyo social sano y estable.....	24
6.5	Macro Categoría 2 Necesidades Individuales.....	26
6.5.1	Barreras en la recuperación	26
6.5.2	Darse voz sin juicios.....	30
6.6	Macro Categoría 3 Nuevos Proyectos de Vida	32

6.6.1	Proyectos de vida cotidiana	32
6.6.2	Equilibrio entre incertidumbre y nueva vida cotidiana	34
6.7	Limitaciones.....	36
7	CONCLUSIONES	37
8	FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO	39
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
10	ANEXOS.....	46
	Anexo 1. Criterios de evaluación para la entrevista diseñada <i>ad hoc</i>	46
	Anexo 2. Plantilla para la evaluación de la entrevista.....	47
	Anexo 3. Guion entrevista inicial	48
	Anexo 4. Guion entrevista final.....	49
	Anexo 5. Cuestionario datos sociodemográficos	50
	Anexo 6. Informe favorable del Comité de Bioética de la Universidad de Burgos	51
	Anexo 7. Consentimiento informado	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas por sexo 2017-2021	5
Tabla 2. Perfil de la muestra	9
Tabla 3. Macro categorías deductivas, categorías y subcategorías inductivas del estudio	11
Tabla 4. Categorías inductivas y su enraizamiento en el texto por cada una de las subcategorías inductivas.	17

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Enraizamiento en el texto categorías inductivas	16
Figura 2. Resultado análisis de co-ocurrencias categoría Proceso de recuperación.....	18
Figura 3. Red de relaciones de la subcategoría inductiva "Autoestima"	21
Figura 4. Gráfico porcentajes dimensión "Terapia como ayuda, terapia y apoyo como solución"	23
Figura 5. Resultado análisis de co-ocurrencias categoría Necesidades individuales	26
Figura 6. Red de relaciones de la subcategoría inductiva "Proceso difícil"	27
Figura 7. Resultado análisis de co-ocurrencias categoría Nuevos proyectos de vida	33

1. RESUMEN

Antecedentes: El suicidio es la primera causa de muerte externa en nuestro país. Las cifras hablan por sí solas, pero tras ellas quedan ocultos otros tantos intentos de suicidio que merecen estudio. No solo los factores de riesgo y protección forman parte de los planes de prevención, si no que considerando que el intento de suicidio previo se ha convertido en el factor de riesgo más importante, cada vez más estudios centran su objetivo en analizar los procesos de recuperación y sus consecuencias sobre las personas con intentos autolíticos. *Objetivo:* Conocer las necesidades individuales que tienen las personas tras un intento autolítico para generar un nuevo proyecto de vida en su proceso de recuperación. *Método:* Estudio de carácter cualitativo fenomenológico, cuya recogida de datos se ha llevado a cabo a través de una entrevista en profundidad diseñada *ad hoc* y realizada a través de videollamada. La entrevista abordaba tres macro categorías deductivas: 1. Proceso de Recuperación, 2. Necesidades Individuales, y 3. Nuevos Proyectos de Vida. La muestra ha constado de 17 participantes, 15 mujeres y 2 hombres. Se analizaron los testimonios a través de los softwares Atlas.ti 9 y Opencode *Resultados:* Se identificaron 7 categorías inductivas relacionadas con las tres macro categorías deductivas planteadas. En concreto: 1. Proceso de Recuperación (Reconstruirse a uno mismo, Terapia como ayuda, terapia y apoyo como solución, y Apoyo social sano y estable) donde destacan la educación emocional, la autoestima, la desvinculación de entornos perjudiciales, así como el apoyo familiar y social junto con la terapia psicológica como estrategias y recursos de mejora; 2. Necesidades individuales (Barreras en la recuperación, y Darse voz sin juicios). Necesidades que se ven afectadas por el estigma, el sentimiento de culpabilidad, el miedo al juicio frente a la necesidad de contar la experiencia como proceso sanador y de ayuda a los demás; y 3. Nuevos Proyectos de Vida (Proyectos de vida cotidiana y equilibrio entre incertidumbre, y Nueva vida cotidiana). Proyectos ligados sobre todo a los estudios y el trabajo como fuente de esperanza para seguir avanzando, con miedo e incertidumbre fruto de las barreras de recuperación. *Conclusiones:* El estudio proporciona información sobre la importancia de conocer las necesidades tras un acto autolítico de generar nuevos proyectos de vida para ser incluidas en las intervenciones posteriores con el fin de conseguir un bienestar a largo plazo tras el proceso de recuperación.

2. PALABRAS CLAVE

Intento autolítico, necesidades individuales, nueva identidad, proyectos de vida, recuperación.

3. INTRODUCCIÓN

Una de las principales causas de muerte no natural en nuestro país es el suicidio. Ya no solo a nivel nacional preocupan las cifras que avalan dicho problema, si no que, a nivel internacional, la crisis del suicidio también queda reflejada en unos números que avanzan exponencialmente al alza (INE, 2022).

Si abandonamos los números y fijamos la mirada en las causas que pueden estar detrás de cada acto autolítico, encontramos numerosos estudios que buscan el porqué de ello. Y es que resulta un sistema tan complejo que, si nos olvidamos de la víctima, se encuentran centenares de variables que interfieren en el desarrollo de los acontecimientos de una vida, los cuales pueden llegar a condicionar el deseo de acabar con ella (Aiertzaguena y Morentin, 2022; Ayuso-Mateos et al., 2012; Mateos Herrera et al., 2022; Rivera Morell et al., 2022).

Cada una de estas variables y su estudio resulta esencial para combatir el índice de suicidios, mejorar la prevención y sensibilización de un problema que nos afecta como sociedad. No hablamos de víctimas aisladas, si no de un conjunto social que se ve afectado por el suicidio; miles de supervivientes que buscan respuestas y miles de sobrevivientes que siguen su vida tras haber intentado, sin éxito, acabar con ella. Por ello merece la pena pararse a indagar sobre las nuevas vidas que afloran tras un intento autolítico, observar cómo se recupera poco a poco esa nueva cotidianidad, para frenar así el factor de riesgo que supone haber intentado suicidarse y conseguir un bienestar a largo plazo abalado por los proyectos de vida que nacen como una nueva oportunidad (Tong et al., 2022).

A día de hoy sigue resultando abrumador hablar de un tema tan delicado como es el suicidio. Tanto el estigma como los prejuicios que subyacen se han convertido en los peores enemigos de todas aquellas personas que deambulan en la sombra con un intento autolítico a sus espaldas. Pero ¿hablar de suicidio lo promueve?, ¿hablar del suicidio incita a cometerlo? Preguntas que resuenan en el eco de una sociedad con miedo a asumir que el suicidio es un grave problema de salud pública a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2017).

3.1 La evolución del suicidio

El término suicidio proviene del latín *suicidium*, formado por *sui* (de sí, a sí) y *cidium* (acto de matar), denotando así la acción de quitarse la vida. Durkheim (1998), trató de explicar el suicidio como aquella muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. Se trata de un estudio sociológico donde las condiciones del medio afectan directamente a la acción suicida de los individuos, olvidando quizás las situaciones individuales. Por ello, Maurice Habwachs en 1930 da importancia a los significados y los motivos situacionales de los individuos en relación con el entorno, siendo una interacción de ambas las causas por las que se rige el suicidio (Rodríguez Pulido et al., 1990). Dentro de las teorías de la sociología que estudian el suicidio, nos encontramos con las causas sociales que incitan a los sujetos a cometer actos contra su propia vida.

En contraposición, la teoría interpersonal de la psiquiatría en la que Sullivan (1953) argumenta que son la angustia y la envidia las claves para el acto suicida, así el factor principal del funcionamiento defectuoso es la angustia. De la misma manera, centrado en los factores individuales, Otto Rank (1959), citado por Rodríguez Pulido et al. (1990), habla de esta muerte como un conflicto entre el miedo a vivir y el miedo a morir. Todas estas teorías nacen con el fin de buscar una justificación a los actos cometidos contra de uno mismo, y como entender que el suicidio llegue a ser razonable.

A lo largo de la historia se ha indagado en estas causas comentadas anteriormente, hasta nuestros días. Una de las teorías más recientes es la Teoría interpersonal del comportamiento suicida (Van Orden et al., 2010). En ella se explican los tres constructos que forman parte de la naturaleza del suicidio, dos de ellos relacionados con el deseo suicida (pertenencia frustrada y carga percibida) y uno relacionado con la capacidad adquirida para el suicidio. De nuevo, el sujeto pasa a ser el centro de la investigación, pero a partir de aquí las teorías se centran en un marco de ideación-acción. Cómo muestra la Teoría de los tres pasos (3ST), la progresión de la ideación a los intentos se ve facilitada por factores disposicionales, adquiridos y prácticos que contribuyen a la capacidad de intentar suicidarse (Klonsky y May, 2015). Dicha teoría ha dado lugar a numerosos estudios sobre comportamiento y factores de riesgo en el suicidio, comprobando los principios clave del 3ST; dolor psicológico y desesperanza, conexión y capacidad para suicidarse (Tsai et al., 2021; Wolford-Clevenger et al., 2021).

Y aunque no hay constancia de que estas teorías hayan influido en las políticas sociales del siglo XXI, muchos de los aspectos que se plantean aparecen en los planes y protocolos de prevención del suicidio en nuestro país.

3.2 Planes de prevención, proyectos y asociaciones

En España no existe, hoy por hoy, ningún plan de prevención del suicidio a nivel estatal ni ninguna estrategia en el Sistema Nacional de Salud. Son muchas las reivindicaciones en este ámbito que subyacen de la necesidad de generar un plan que luche por la sensibilización, la prevención y las estrategias de intervención en el campo del suicidio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2017) alude a la elaboración de planes y estrategias preventivos a nivel nacional para reducir el número de víctimas y combatir una de las primeras causas externas de muerte en el mundo. Por ello, son muchos los países que trabajan por conseguir estrategias multisectoriales adaptadas a la realidad de cada uno.

España realizó en 2012 la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, revisada en 2020 (Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012., 2020) y se mantuvo intacta por considerar adecuadas las intervenciones propuestas.

Dentro de las comunidades autónomas de nuestro país se están desarrollando estrategias para intentar paliar las elevadas cifras de actos autolíticos. En Castilla y León se ha desarrollado la Estrategia de Prevención de la conducta suicida 2021-2025. Su principal objetivo es disminuir (al máximo) la incidencia y la prevalencia del suicidio en Castilla y León, garantizando una atención adecuada de la persona y sus allegados, mediante el abordaje integral del proceso de prevención, atención y seguimiento de la conducta suicida (Junta de Castilla y León, 2022). Además, establece diferentes campos de actuación sobre la conducta suicida. En el ámbito social aparece como figura clave el movimiento asociativo de familiares y personas afectadas.

Conseguir paliar los efectos, tanto propios como del entorno, es la tarea principal de las asociaciones a este nivel. En consecuencia, se centran en el sufrimiento de los allegados más que en la recuperación de las personas que han sufrido un episodio.

Esta premisa se replica en gran parte del movimiento asociativo de nuestro país dejando ver así numerosas asociaciones que trabajan en pro de los supervivientes, familiares y personas allegadas a las víctimas, que buscan una explicación para poder superar su proceso de duelo.

La divulgación de información sobre el suicidio resulta fundamental para dar a conocer los recursos a disposición de la ciudadanía. Por ejemplo, Papageno (<https://papageno.es/>), plataforma para profesionales involucrados en la prevención del suicidio, muestra diferentes mapas de recursos y asociaciones que trabajan en España en prevención, investigación y tratamiento en conducta suicida (Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio, 2019). Dentro de dicha página se encuentran asociaciones como Biziraun (<https://www.biziraun.org/es>), asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido. Esta asociación ofrece un espacio de encuentro y apoyo a todas las personas que, habiendo sufrido el suicidio de un ser querido, necesiten o deseen compartir experiencias, información y recursos para afrontar la pérdida por suicidio. De esta manera también pretende sensibilizar y educar para la transformación social en relación al suicidio como problema de salud pública que es, entre otros (Asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido, 2023).

Otra asociación que encontramos es Caminar (<https://www.ayudaduelocaminar.com/es/>) Nace para ofrecer un espacio de encuentro, escucha y acompañamiento que llene el vacío actual existente respecto a esta vivencia. Un lugar que permita expresar y canalizar el dolor, que posibilite recorrer el camino hacia la aceptación de la pérdida y el inicio de una nueva etapa en la vida (Asociación Valencia de Apoyo al Duelo, 2019).

Por otra parte, es importante señalar que los procesos de duelo para las personas que viven el suicidio de un ser querido se convierten en un campo muy extenso de trabajo abalado por las cifras (Tabla 1) que ofrece el INE (Instituto Nacional de Estadística, 2021).

Tabla 1.

Muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas por sexo 2017-2021

	Suicidio y lesiones autoinfligidas				
	2021	2020	2019	2018	2017
Total	4.003	3.941	3.671	3.539	3.679
Hombres	2.982	2.930	2.771	2.619	2.718
Mujeres	1.021	1.011	900	920	961

3.3 Factores de riesgo; ideación y tentativa de suicidio

Detrás de cada acto consumado, existen innumerables tentativas de suicidio. El proceso en el que transcurre el suicidio es complejo. No está demostrado que siga una trayectoria lineal, en muchas ocasiones incluso se le otorga un carácter improvisado e impulsivo (McHugh et al., 2019). Si bien es cierto que, las tentativas de suicidio y los pensamientos que subyacen a él resultan un caso de estudio como factores predictores (Höller et al., 2022).

Desde el campo de la investigación se estudian los pensamientos negativos repetitivos como claves para poder hacer un diagnóstico temprano y predecir futuras ideaciones suicidas (Höller et al., 2022). Dichos pensamientos ligados a una idea de cometer un acto autolítico alertan sobre posibles desenlaces fatales. De la misma manera que la edad de aparición de estos pensamientos puede afectar negativamente al desarrollo de futuros comportamientos autolíticos. Es decir, el deseo de muerte en edades tempranas aumenta gravemente el nivel de comportamientos suicidas en edades futuras (Thompson et al., 2011).

Otra clave para entender este fenómeno recae en la gravedad de la ideación suicida. Tal y como demuestran Fernández-Montalvo et al. (2021) en un estudio realizado a través del Teléfono de la Esperanza en España, línea telefónica de ayuda, aquellas personas que presentan una ideación suicida severa presentan más conductas suicidas y un riesgo mayor de suicidio que las de ideación baja o moderada. En cifras, entre un 1-6% de las personas que ingresan con tentativa de suicidio fallecen por suicidio en el año posterior. Por supuesto, aumenta el riesgo a mayor edad y/o con intentos de repetición (Cavanah, Owens y Johnstone, 1999, como se citó en Ayuso-Mateos et al., 2012).

Conocer y estudiar la iniciativa y tentativa suicidas nos permite establecer protocolos de prevención que ayuden a frenar el aumento de cifras de actos consumados. A la vez que reduciría el número de intentos de suicidio y con eso, acabaríamos con uno de los factores de riesgo más importantes en esta área.

3.4 Repetición de actos autolíticos

El intento de suicidio se coloca en uno de los factores de riesgo más importantes dentro de los estudios sobre los actos autolíticos. Las fases previas de ideación y tentativa desembocan en el intento, como punto último del proceso suicida (Gómez Chamorro, 2021).

La no consecución del acto, es decir, cuando el intento no se consuma, el acto queda inválido. El porcentaje de riesgo de repetición se eleva considerablemente sobre todo en los primeros 180 días hasta incluso el primer año después (Ministerio de Sanidad, 2012). Esmaeili et al. (2022) realizaron un estudio prospectivo con el objetivo de investigar los factores predictivos del reintento de suicidio con un seguimiento de 5 años a las personas con intento de suicidio previo. Se descubrió que la mayoría de los reintentos tiene lugar en los primeros 18 meses después del suicidio. El riesgo aumenta al igual que pasa con las autolesiones, cientos de veces más que en la población en general (Owens et al., 2002).

Es fundamental trabajar la intervención inmediatamente después de un intento de suicidio, las probabilidades de volver a cometer el acto se disparan y por ende ha de ser necesario un seguimiento del tiempo oportuno para reducir los riesgos al máximo. Por ello, es interesante conocer cómo se desenvuelven las personas con un intento de suicidio previo en sus nuevas vidas, para así poder generar estrategias de intervención individuales centradas en la persona y lo más personalizadas posibles. Analizar los factores protectores que cada individuo es indispensable en su proceso de recuperación para facilitar el camino hacia una nueva vida cotidiana. Los factores contextuales y personales conforman una gran fuente de información para desarrollar programas y planes de prevención del suicidio, pudiendo así reducir las tasas de incidencia y los intentos de suicidio (Azizi et al., 2021).

3.5 Factores protectores, nuevo sentido de vida

La prevención del suicidio centra su investigación en los factores de riesgo en diversos colectivos vulnerables (Aiazaguena y Morentin, 2022; Mateos Herrera et al., 2022; Rivera Morell et al., 2022). Resulta indiscutible que tener claros estos factores ayuda a prevenir situaciones de suicidio. Pero dada la cantidad de personas que intentan suicidarse

al año parece indispensable hablar también de los factores protectores que, tras el intento, pueden funcionar como salvavidas para generar una nueva vida.

Esta nueva vida ha de contar con un fuerte sentimiento de querer volver a empezar, asimilar la nueva oportunidad y buscar un nuevo sentido de vida (Alves et al., 2022). Seguir adelante confiando en uno mismo y recuperar la capacidad para gestionar la propia vida dando importancia a la nueva cotidianidad (Sellin et al., 2017). Buscar un nuevo rumbo de vida para lograr un sentimiento de arraigo actúa aquí como un factor de recuperación que parece suponer un punto clave para los procesos de recuperación tras un intento autolítico.

Es importante conocer las necesidades de dichas personas desde su propio enfoque y perspectiva (Kogstad et al., 2011). Que sean los usuarios los que con sus narrativas especifiquen los factores protectores que les han ayudado a seguir adelante para así generar intervenciones centradas en las propias personas, individualizadas y personalizadas. En definitiva, acercarse lo máximo posible a las personas que han vivido un intento autolítico para conocer sus narrativas individuales (Lakeman y Fitzgerald, 2008) y generar protocolos de actuación basados en las experiencias propias para mejorar así la efectividad de las intervenciones en los procesos de recuperación.

4. OBJETIVO

Conocer las necesidades individuales que tienen las personas tras un intento autolítico para generar un nuevo proyecto de vida en su proceso de recuperación.

5. METODOLOGÍA

Se trata de una investigación cualitativa interactiva de carácter fenomenológico, basada en la interpretación de las narrativas individuales y subjetivas de cada uno de los participantes. Comprender a través de los testimonios cómo son las experiencias vividas por los usuarios, para analizarlas y comprenderlas desde una óptica personal. Con el método fenomenológico se puede explorar en la conciencia de la persona para entender su modo de percibir la vida a través de dichas experiencias y los significados que lo rodean (Fuster Guillen, 2019).

5.1 Muestra

Se trata de una muestra no probabilística. En concreto se ha realizado un muestreo intencional opinático, por lo que la selección depende de un criterio estratégico que resulta indispensable para la participación en el estudio.

Criterios de inclusión

- Edad igual o superior a los 18 años.
- Haber tenido al menos un intento de suicidio.
- No estar hospitalizado en el momento en el que se desarrolle la entrevista.
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Sufrir alguna patología mental grave.

Descripción de la muestra.

La muestra se compone de diecisiete personas, de las cuales quince son mujeres y dos son hombres. Las edades están comprendidas entre 19 y 44 años, se establece la edad media en 27 años. El tiempo transcurrido desde el último intento de suicidio de los participantes en el estudio varía desde 1 mes hasta 12 años, siendo el tiempo transcurrido medio de 31 meses, dos años y medio aproximadamente. La ocupación de la muestra se divide en estudios (29%); en paro (18%); sin ocupación (12%) y con trabajo (41%). A continuación, en la Tabla 2, se detallan los datos de cada uno de los participantes y sus seudónimos.

Tabla 2.

Perfil de la muestra

Identificación	Seudónimo	Edad	Género	Tiempo transcurrido	Ocupación
S1	S1M, 20	20	M	2 años	En paro
S2	S2M, 22	22	M	2 meses	Estudios
S3	S3M, 22	22	M	5 años	Estudios

S4	S4M, 22	22	M	1 mes	Sin ocupación
S5	S5M, 23	23	M	3 meses	Estudios
S6	S6M, 23	23	M	1 año	Trabajo
S7	S7M, 25	25	M	4 años	Trabajo
S8	S8M, 26	26	M	8 meses	Trabajo
S9	S9M, 27	27	M	3 años	Estudios
S10	S10M, 32	32	M	11 años	Sin ocupación
S11	S11M, 35	35	M	4 años	Trabajo
S12	S12M, 36	36	M	7 meses	Trabajo
S13	S13M, 38	38	M	6 meses	Trabajo
S14	S14M, 44	44	M	4 meses	En paro
S15	S15H, 19	19	H	1 año	Estudios
S16	S16H, 25	25	H	6 meses	En paro
S17	S17M, 27	27	M	12 años	Trabajo

5.2 Variables del estudio

Se plantean tres variables cualitativas como tres macro-categorías de carácter deductivo relacionadas con la entrevista en profundidad que se utilizó como instrumento de recogida de datos. Estas macro-categorías se han establecido en función del corpus teórico y por lo tanto del objetivo propuesto. Las tres macro-categorías deductivas se explican a continuación.

Macro categoría I: Proceso de recuperación

Recoge cómo ha evolucionado el proceso de cambio mediante el cual los individuos han intentado mejorar su calidad de vida, su salud y su bienestar para manejar sus vidas de nuevo de forma autónoma. Se da importancia a los recursos utilizados y las redes de apoyo que han ayudado en esta recuperación. Los procesos de recuperación son individuales y muy personales, por ello se considera que cada uno es único y subjetivo. Comprender los

caminos hacia el bienestar puede ser instructivo para reducir las tasas de suicidio y/o tener aplicaciones para mejorar el bienestar futuro de las personas que se preguntan si vale la pena vivir la vida (Tong et al., 2021).

Macro categoría II: Necesidades individuales

Consideradas como aquellas necesidades de carácter primario, social y cultural que experimentan los sujetos tras un intento autolítico. Serán individuales, personales, y formarán parte del proceso de recuperación en el que cada persona experimentará unas necesidades determinadas, pudiendo ser, en algunos casos, colectivas. La importancia se focaliza en lo que cada persona precisa para avanzar y poder satisfacer dichas necesidades a través de estrategias y herramientas que ellas mismas van adquiriendo en el proceso. Dichas necesidades se convierten en estrategias cuando las personas tratan de satisfacerlas, ya no solo para sobrevivir si no para vivir con un alto bienestar subjetivo (Scarth et al., 2021).

Macro categoría III: Nuevos proyectos de vida

Los planes que una persona se fija a través de objetivos y metas para darle coherencia a la existencia y marcar un estilo de actuar. En esta categoría se pretende conocer si resulta interesante generar objetivos para poder continuar con la nueva vida que acontece después de un acto autolítico, y de la misma manera, comprender el sentido de la vida de las personas que han pasado por tentativas de suicidio (Alves et al., 2022).

A partir de las tres macro-categorías iniciales se han establecido 7 categorías inductivas en función de la información que se ha recibido de los participantes del estudio. Dentro de estas siete categorías inductivas se han extraído 36 subcategorías inductivas (Tabla 3).

Tabla 3.

Macro categorías deductivas, categorías y subcategorías inductivas del estudio

Macro categorías deductivas	Categorías inductivas	Subcategorías inductivas
1. PROCESO DE RECUPERACIÓN	Reconstruirse a uno mismo	Aceptación Autocuidado Autoestima Gestión emocional Cambiar de hábitos Introspección

		Poner límites
		Recuperación
	Terapia como ayuda, terapia y apoyo como solución	Apoyo familiar/social Apoyo propio Apoyo psicológico/psiquiátrico Entretenimiento Incomprensión familiar Medicación
	Apoyo social sano y estable	Desvincular gente tóxica Nuevos contactos Relaciones sanas
2. NECESIDADES INDIVIDUALES	Barreras de recuperación	Descontento sanidad pública Mundo rural Estigma Problemas asociados Proceso difícil Soledad Varios intentos
	Darse voz sin juicios	Misma experiencia Contar experiencia Sentirse juzgado/a
3. NUEVOS PROYECTOS DE VIDA	Equilibrio entre incertidumbre y nueva vida cotidiana	Incertidumbre Miedo al futuro
	Proyectos de vida cotidiana	Ayudar a los demás Estudios Nueva oportunidad Autosuperación Vivir día a día Punto de inflexión Trabajo

5.4 Instrumento de recogida de datos

Se ha desarrollado una entrevista en profundidad ad hoc que ha sido sometida a un proceso de validación de contenido. Para ello se enviaron las preguntas que conformaban dicha entrevista a tres jueces externos y expertos que la evaluaron en función de los criterios de claridad, pertinencia e importancia (Anexo 1) a través de una plantilla proporcionada para tales fines (Anexo 2).

La entrevista inicial (Anexo 3) contaba con una pregunta general “¿Podría contarme como ha sido el proceso de recuperación y reconstrucción de una nueva vida tras la experiencia?” y otras 7 preguntas divididas en cada una de las tres variables del estudio. En la variable 1. Proceso de Recuperación se establecieron las siguientes preguntas: “¿Qué estrategias o recursos ha utilizado en su proceso de recuperación?”, “¿Ha encontrado nuevas fuentes de apoyo en este proceso?”. En la variable 2. Necesidades Individuales: “¿Qué necesidades han surgido tras el intento de suicidio?”, “¿Podría describir la experiencia y como ha afectado a su vida?”. Y en la variable 3. Nuevos Proyectos de Vida, se formularon las siguientes cuestiones: “¿Ha establecido nuevos objetivos o proyectos de vida? ¿Podría describirlos?”, “¿Qué le motiva a día de hoy?” y “¿Cómo se siente en este momento acerca de su vida y de su futuro?”.

Tras el proceso de validación comentado anteriormente y tras tener en cuenta las observaciones de los tres jueces externos se reformularon las preguntas para dar mayor claridad y pertinencia a las preguntas. Las principales aportaciones fueron abandonar la idea de realizar una pregunta general al empezar la entrevista y reducir aquellas preguntas que estaban formuladas en dos partes para conseguir así mayor índice de respuesta. La entrevista final (Anexo 4) se compone del mismo número de preguntas, ocho en total, divididas en las tres variables de la entrevista inicial (tres macro categorías). Para 1. Proceso de Recuperación se aplicaron las siguientes preguntas: “¿Podría contarme cómo ha sido el proceso de reconstrucción de una nueva vida después del intento de suicidio?”, “¿Qué estrategias o recursos ha utilizado en su proceso de recuperación?” y “¿Ha encontrado nuevas fuentes de apoyo en este proceso?”. Para conocer 2. Necesidades Individuales se formularon las siguientes cuestiones: “¿Qué necesidades han surgido tras el intento de suicidio?” y “¿Podría describir cómo ese episodio ha afectado a su vida?”. Y por último, en 3. Nuevos Proyectos de Vida, se indagó en: “. ¿Ha establecido nuevos objetivos o proyectos de vida? ¿Podría describirlos?”, “¿Dónde busca sus motivaciones a

día de hoy y cómo se siente con ellas?” y “¿Cómo se siente en este momento con respecto a su futuro?”.

Junto a la entrevista se recogieron datos sociodemográficos de los participantes (Anexo 5), en concreto el sexo, la edad, el lugar de residencia, la ocupación y el tiempo transcurrido desde el intento de suicidio. Todo ello con el fin de conocer parte del contexto de los entrevistados y poder analizar los datos en base a dichos factores.

5.5 Análisis de datos

En este apartado, se describe el proceso de análisis de datos utilizado para este estudio. Dicho proceso se ha realizado con los softwares OpenCode y Atlas-ti 9.

Después de transcribir las entrevistas y revisarlas cuidadosamente, se importaron al software. Se utilizaron las herramientas que ofrece Atlas-ti 9 para la codificación de los segmentos relevantes de los datos. El proceso de codificación de las respuestas parte de una categorización deductiva a través de las tres principales dimensiones planteadas en las entrevistas. La codificación posterior se realizó en abierto, es decir, se definieron los códigos en función de cada sentencia.

Todo ello da lugar a una codificación relacional para identificar la frecuencia, la concurrencia, las relaciones y la densidad de cada categoría y subcategoría.

5.6 Aspectos éticos

El presente estudio cumple con las normas éticas y de protección de datos legalmente exigibles, abalado por el informe favorable (Anexo 6) de la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos (número de registro IR 18/2023) de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki.

Se garantiza la confidencialidad de los datos a través del consentimiento informado; modelo proporcionado por el Comité de Bioética de la Universidad de Burgos (Anexo 7). En él se explica en qué consiste el estudio y los datos que se utilizan en el mismo, recalcando el uso exclusivo de los datos para fines del proyecto.

La investigación ha sido realizada con respeto y responsabilidad protegiendo la integridad y la identidad de los participantes de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Se

garantiza así el anonimato de los entrevistados a través de seudónimos sin relación con el nombre real de los participantes, el cual no permite la identificación de los entrevistados.

5.7 Procedimiento

El presente estudio parte de una revisión de la literatura pertinente con respecto al suicidio, el contexto actual dentro de nuestro país y los factores que influyen en el proceso suicida, tanto de riesgo como protectores. Tras la lectura y fundamentación teórica, sin olvidar el objetivo de conocer las necesidades individuales que tienen las personas tras un intento autolítico para generar un nuevo proyecto de vida en su proceso de recuperación, se fijó el procedimiento a seguir. Primeramente se diseñó el instrumento de recogida de información; una entrevista en profundidad *ad hoc*, sometida a validación externa por parte de tres jueces. Tras las pertinentes observaciones, se reformularon las preguntas y se dio por validada la entrevista.

La selección de participantes se realizó a través de la red social Instagram, en concreto de un perfil llamado Stop Suicidios (Stop Suicidios, 2020), dicha cuenta difundió la información relativa al estudio. En concreto, se explicó el porqué del estudio, los criterios de selección y un email/telefono de contacto, en este caso del propio investigador (helenvillar24@gmail.com/689080596). La publicación se puede encontrar en una cuenta de Instagram creada específicamente para este proyecto llamada Proyectos de vida (Proyectos de Vida, 2023). Los interesados contactaron a través de dicha red social, preguntando por el estudio y mostrando su interés por participar. A todos y cada uno de los que contactaron se les explicó detenida y exhaustivamente el objetivo del proyecto, el procedimiento a seguir y los aspectos de confidencialidad y anonimato.

A aquellas personas que decidieron seguir adelante con el estudio se les pidió un medio de contacto, teléfono móvil o email, para enviarles la documentación relativa al consentimiento informado previo a realizar las entrevistas. Una vez recibido de vuelta el consentimiento firmado, se pactaron los días para las entrevistas, siempre velando por la comodidad de los participantes y atendiendo a su disponibilidad.

La gran mayoría de las entrevistas se realizaron mediante videollamadas de Whatsapp y las demás a través de llamada. En todo momento los participantes estaban informados de que las llamadas serían grabadas, para su posterior transcripción y por último ser eliminadas.

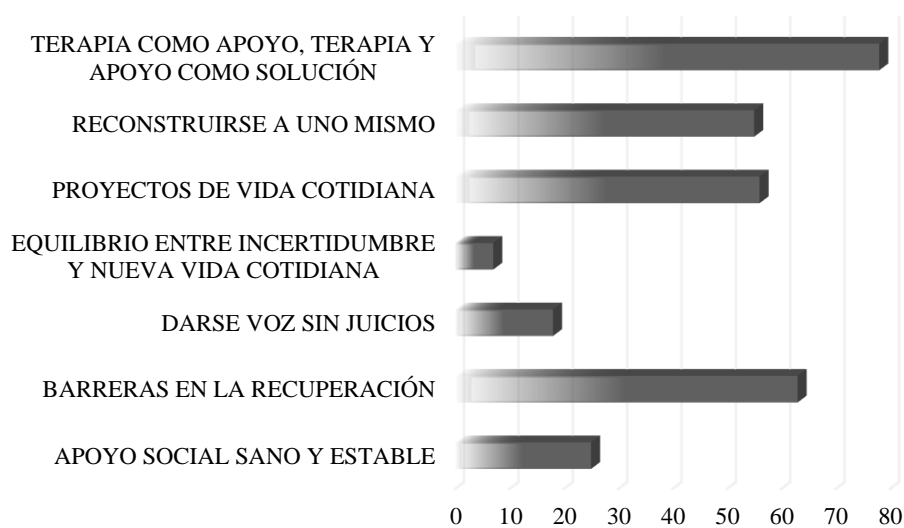
Así se realizaron las 17 entrevistas que conforman el estudio, se transcribieron y se procedió al pertinente análisis de datos a través del software Atlas.ti 9.

6 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el proceso de categorización deductiva se procedió a realizar la categorización emergente o inductiva, proceso con el que se han generado 7 categorías. Los resultados del estudio se muestran en temas, pudiendo llamarse también subcategorías inductivas, subyacentes a los testimonios recopilados en cada una de las macro categorías de las entrevistas. Tras el pertinente análisis de datos, comprobando que las tres macro categorías planteadas se vinculaban entre sí en aspectos comunes, se han sintetizado los resultados en los siguientes siete temas o categorías: ‘Reconstruirse a uno mismo’, ‘Terapia como ayuda, terapia y apoyo como solución’, ‘Apoyo social sano y estable’, ‘Barreras en la recuperación’, ‘Darse voz sin juicios’, ‘Proyectos de vida cotidiana’, ‘Equilibrio entre incertidumbre y nueva vida cotidiana’. Se puede observar su enraizamiento en el texto en la Figura 1.

Figura 1.

Enraizamiento en el texto categorías inductivas



Tras la codificación axial recuperamos el objetivo de la investigación para darle respuesta a través del análisis de los datos.

OB.: Conocer las necesidades individuales que tienen las personas tras un intento autolítico para generar un nuevo proyecto de vida en su proceso de recuperación.

Los resultados que se presentan a continuación se organizan en las tres macro categorías,

dentro de las cuales se hablará detenidamente de cada una de las categorías y subcategorías inductivas obtenidas tras el análisis. En la Tabla 4 se muestra el enraizamiento de cada una de las subcategorías inductivas dentro de sus categorías inductivas correspondientes.

Tabla 4.

Categorías inductivas y su enraizamiento en el texto por cada una de las subcategorías inductivas

Categorías y subcategorías inductivas	Enraizamiento
RECONSTRUIRSE A UNO MISMO	
Aceptación	13
Autocuidado	7
Autoestima	14
Gestión emocional	11
Cambiar de hábitos	4
Introspección	7
Poner límites	5
Recuperación	6
TERAPIA COMO AYUDA, TERAPIA Y APOYO COMO SOLUCIÓN	
Apoyo familiar/social	34
Apoyo propio	5
Apoyo psicológico/psiquiátrico	17
Entretenimiento	17
Incomprensión familiar	9
Medicación	9
APOYO SOCIAL SANO Y ESTABLE	
Desvincular gente tóxica	8
Nuevos contactos	11
Relaciones sanas	11
BARRERAS DE RECUPERACIÓN	
Descontento sanidad pública	13
Mundo rural	2
Estigma	12
Problemas asociados	12
Proceso difícil	13
Soledad	7
Varios intentos	7
DARSE VOZ SIN JUICIOS	
Misma experiencia	4
Contar experiencia	10
Sentirse juzgado/a	4
EQUILIBRIO ENTRE INCERTIDUMBRE Y NUEVA VIDA COTIDIANA	
Incertidumbre	5

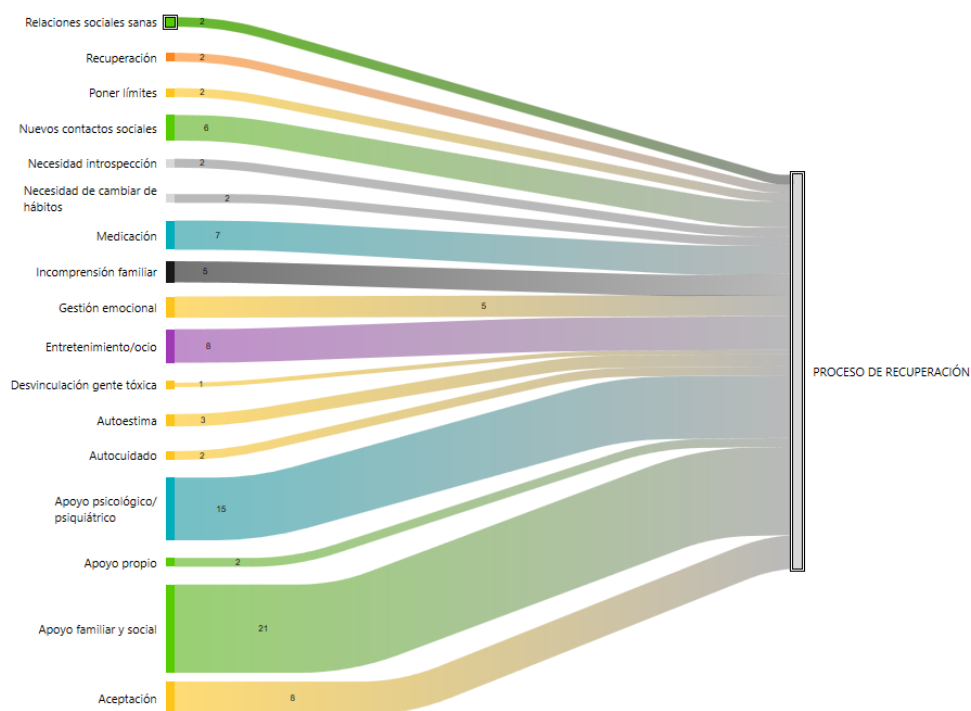
Miedo al futuro	3
PROYECTOS DE VIDA COTIDIANA	
Ayudar a los demás	16
Estudios	15
Nueva oportunidad	9
Autosuperación	6
Vivir día a día	4
Punto de inflexión	9
Trabajo	10

6.4 Macro Categoría 1 Proceso de Recuperación

La Figura 2 muestra el diagrama de Sankey entre la macro categoría Proceso de Recuperación y las subcategorías inductivas extraídas de las entrevistas. Se aporta el análisis de co-ocurrencias entre los códigos deductivos y los códigos asignados a las respuestas. Da lugar a una interpretación de aquellos elementos que resultan como factores protectores y de riesgo a la hora de emprender una recuperación después de un intento autolítico.

Figura 2.

Resultado análisis de co-ocurrencias categoría Proceso de recuperación



A continuación, se muestran los resultados cualitativos con testimonios y citas de los participantes divididos en las categorías inductivas. También, se discuten los resultados con la literatura pertinente. Estructura que se repetirá en los siguientes apartados de resultados.

6.4.1 Reconstruirse a uno mismo

Los participantes describieron una necesidad de reconstruir una nueva identidad a través del cuidado de uno mismo a lo largo del proceso de recuperación. Este cuidado personal parte de una premisa de aceptación de lo ocurrido y de respeto por uno mismo. Esta necesidad encontrada se corresponde con los resultados obtenidos por Kogstad et al. (2011) en un estudio cualitativo a una muestra de 347 usuarios, la necesidad de redescubrirse a uno mismo a través de la autoconciencia y la aceptación. Con la aceptación se podrá entender la realidad como una segunda oportunidad de vivir, tal y como comenta una entrevistada:

“Lo primero fue aceptar lo que había pasado. Yo no recordaba lo ocurrido y los primeros días no fueron buenos psicológicamente hablando. Poco a poco sí que he ido viviendo la vida y aprovechando la segunda oportunidad que me ha dado” (S10M, 32).

La aceptación de lo ocurrido juega un papel fundamental en los procesos de recuperación, se considera la base para cualquier avance a mejor, como dice otra de las participantes en el estudio:

“Primero reconocer que tenía un problema a raíz del intento de suicidio y darme cuenta, cuando despierto y veo que estoy en la UCI, de que tengo un problema y necesito pedir ayuda” (S11M, 35).

A partir de la aceptación comienza ese proceso de reconstrucción, un proceso largo y dificultoso, cuya duración viene determinada por las características individuales de cada persona, aún así se considera que la recuperación de los intentos puede alargarse en el tiempo y resultar un proceso de por vida (Bommersbach et al., 2021);

“Muy difícil, lleva mucho tiempo de trabajo. Y a día de hoy cuando llega la fecha mi cuerpo se resiente” (S1M, 20), *“Complicado, porque al final tu vida se basa en una cosa y cuando de repente llega a tu vida todo esto te tienes que adaptar a las nuevas circunstancias, mi nueva forma de ser, aceptando el diagnóstico y todo lo que conlleva...”* (S4M, 22).

Como todo proceso de recuperación, en cualquiera de los ámbitos de la salud, puede

resultar mas o menos complejo en función de las herramientas y las estrategias que tengamos para poder sobrellevarlo. En este caso, una gran parte de los participantes asume la educación emocional como pilar fundamental. Existe una relacion directa entre la conducta suicidia y la educación o inteligencia emocional (Gómez Tabares et al., 2020). Por ello se entiende como un factor de protección después de un intento de suicidio. El autocuidado como fin para poder alcanzar un bienestar físico y psicológico a través de prestar atención a lo que sucede y a lo que se piensa y se siente, en definitiva, hacer un trabajo de autoconocimiento como comentan algunos participantes:

“Curiosamente aumentó mi interés en hacer una mayor introspección sobre mí misma y aprender de nuevo y sanar lo doloroso del pasado” (S1M, 20).

“Todo es malo, pero en cierta forma al volverme más introspectiva al final lo que haces es pensar mucho en ti misma, te hace replantearte todo, incluso tu sexualidad” (S4M, 22).

“Conocerme a mí misma es lo que me está haciendo seguir adelante, comprenderme, sin juzgarme pero ir comprendiendo como me siento” (S13M, 38).

“He aprendido a conocerme después de esto y me quiero muchísimo más y eso si que no lo hubiera pensado jamás” (S6M, 23).

Por otro lado, la autodeterminación como poder de decidir por uno mismo acerca de su identidad y su futuro, así como definirse y elegir quien se quiere ser en un futuro. Este poder otorga empoderamiento a las personas y se sienten dueñas de sus nuevas vidas, ello se asume como una fuente de motivación y hace que, ya no solo sea una reconstrucción en la que la propia persona es la protagonista, sino que le motiva a seguir eligiendo y formando su nueva vida.

“Soy dueña de mí misma, lo que quiero es paz y bienestar, quiero estar tranquila, aprender a gestionar los conflictos desde la asertividad y desde la autocompasión, no ser tan dura como lo he sido a veces conmigo misma” (S13M, 38).

“... pero es verdad que, a partir de ahí, de ese día, dejé de beber porque bebía bastante y además estaba bastante medicada y seguía bebiendo en grandes cantidades. Me centré más en mí, fue cuando me di cuenta de que me estaba recuperando, de que había enfocado mi vida de otra manera” (S12M, 36).

El proceso de reconstrucción de una nueva identidad, en muchas ocasiones, conlleva al

abandono de rutinas y hábitos que resultaban en un pasado negativos para la persona como en el último testimonio mencionado o, por ejemplo, otra entrevistada comenta:

“... hacer pequeños cambios en hábitos me ha ayudado. En la alimentación o en hábitos relacionados con el cambio del planeta o la cosmética. Pues todo eso me he dado cuenta de que antes eran cosas que no valoraba porque obviamente no me quería y ahora me veo como más comprometida conmigo en mejorar” (S7M, 25).

De esta forma se puede observar como la autoestima se coloca en el centro de la balanza, se entrelaza con todos y cada uno de los términos que los entrevistados comentan para hacer más fácil el proceso de reconstrucción de una nueva identidad. Tal y como se observa en la Figura 3, la autoestima aparece como factor protector y motor de empuje, en contraposición, la baja autoestima podría elevar hasta tres veces el riesgo de ideación o intento suicida (Sarmiento Silva et al., 2011).

Figura 3.

Red de relaciones de la subcategoría inductiva "Autoestima"



6.4.2 Terapia como ayuda; terapia y apoyos como solución

La ayuda psicológica y psiquiátrica se muestra como una herramienta útil e indiscutible en los procesos de recuperación. Es el primer contacto tras un acto autolítico siempre que éste se notifique o se active un protocolo para esclarecer el suceso y los pertinentes servicios que la víctima vaya a recibir a partir de ese momento.

Resulta imposible mencionar solo el cuidado mental cuando hablamos de recuperarse de un episodio de suicidio, tal y como muestran los propios testimonios, la terapia y la medicación se añan con otras estrategias y fuentes de apoyo para complementarse y resultar beneficiosas, tanto en la aceptación como en seguir adelante con la nueva vida.

“Además de la psicóloga, que tuve la suerte de dar con una psicóloga que conectamos muy bien, he estado yendo a cursos de gestión emocional, cursos de ansiedad, y hace un mes he empezado a ir a acupuntura” (S12M, 36).

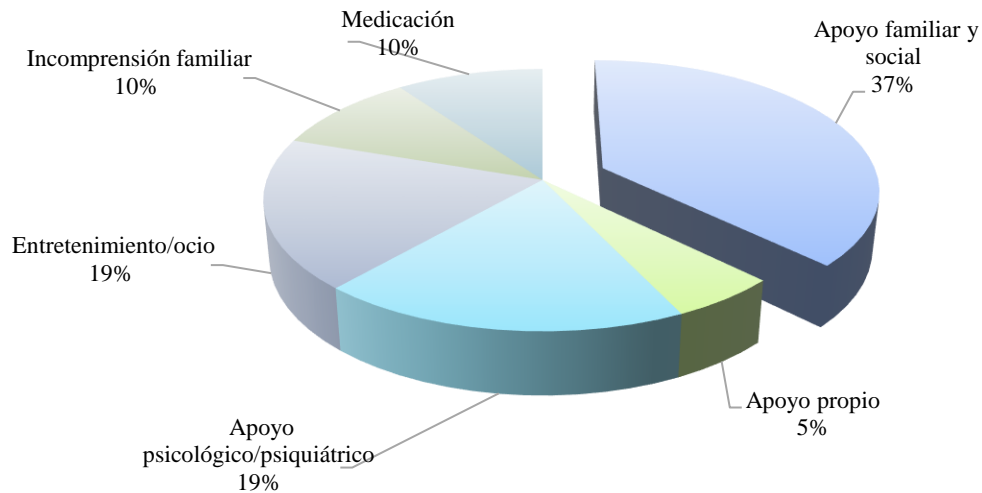
“... en el último ingreso que tuve... de los otros ingresos que tuve salía igual. Y en ese, sin embargo, sentí que no, algo había cambiado. Y sí que es verdad que no me respaldó un psicólogo. Me ayudé de hacer deporte, empecé a estar más en contacto con la montaña, empecé a buscar unas terapias más alternativas, también me apoyé en el camino espiritual. Intenté buscar un poco de todo porque lo que había estado haciendo hasta entonces no me ayudaba. No me ayudaba el psiquiatra. De hecho, con la medicación hacia trampas e intentaba no tomármela” (S7M, 25).

“... yo creo que estoy en el buen camino, que voy a salir adelante, porque ya no tengo esos pensamientos. Puede ser por la medicación, pero yo creo que es un cincuenta-cincuenta, la mediación y el trabajo conmigo misma” (S13M, 38).

Se observa cómo no solo la terapia y la medicación ayudan en estos casos a que las personas consigan salir del bache y forjar un nuevo destino. Y, además, en este nuevo destino los apoyos externos que reciben las personas representan un espacio importante, sobre todo de familiares. Contar con una red familiar presente durante este proceso puede favorecer enormemente la recuperación, tal y como se puede apreciar en la Figura 4. Se ven como salvavidas a aquellas personas que aportan la fuerza necesaria para seguir adelante. Las conductas de apoyo y afecto junto con la importancia del buen funcionamiento familiar se unen como factores protectores ante el riesgo suicida, por ello se predice un menor riesgo cuando hay mejor funcionamiento de la familia (Guerrero et al., 2022).

Figura 4.

Gráfico porcentajes dimensión "Terapia como ayuda, terapia y apoyo como solución"



“Es que justo a los años conocí al que es ahora mi marido. Él también ha sido un apoyo en todo esto” (S10M, 32).

“... `mi rubi´ es mi sobrino. Tiene casi 6 años ... Ese niño me salva la vida casi cada día, tengo la habitación llena de sus dibujos. Él lo que dice es que son dibujos para protegerme de las pesadillas” (S14M, 44).

“... mi hermano es una gran fuente de motivación, como mi ancla, cuando se me va la cabeza. Intento hacerlo por mí, pero cuando eso me cuesta mucho, cuando no encuentro la fuerza en mí lo intento hacer, aunque sea para que él esté bien” (S7M, 25).

No siempre resulta fácil encontrar ese apoyo en los miembros más cercanos dentro de la familia. La incomprensión, el miedo, el desconocimiento, el hecho de tratar el tema del suicidio como un tabú pueden o el temor a ser juzgado por los familiares (Michaud et al., 2021) pueden ser las causas que se encuentren detrás de estos testimonios:

“Sobre todo mi familia. O sea, mi madre al principio no entendía nada y me obligó a hacer cosas que no quería” (S3M, 22).

“... mi madre también es una fuente de apoyo hasta cierto punto porque es complicado” (S8M, 26).

Se deja entrever que, aunque el apoyo esté ahí, no siempre genera bienestar en las personas que han pasado por un episodio de suicidio.

Dentro de los apoyos externos se encuentran, al igual que la familia, los amigos y las relaciones sociales como un factor protector más en el proceso de recuperación. Se destina a ello el siguiente apartado.

6.4.3 Apoyo social sano y estable

Somos seres sociales y como tal necesitamos del otro para forjar nuestra vida, llevarla a cabo; vivir, sentir, y relacionarnos son nuestras metas más básicas. Es imposible negar que la socialización es un factor importante en el desarrollo vital, como también lo es que esa socialización se puede convertir en un factor protector cuando se desenvuelve en un entorno sano y estable. Más aún cuando se habla de una recuperación tras un intento autolítico. Lakeman y Fitzgerald (2008) realizaron una revisión sistemática de estudios cualitativos acerca de recuperar el deseo de vivir tras un intento de suicidio, las conclusiones fueron que las conexiones interpersonales se perciben como fundamentales para superar las autopercepciones negativas, inspirar confianza y proporcionar significado y ayuda en la superación del proceso de recuperación. La comprensión y la cercanía se pueden convertir en armas muy poderosas para conseguir avanzar en la reconstrucción de una nueva vida, así como el sentido de pertenencia:

“... aparte de ser estudiante, a parte del instituto que también me ayuda estar con mis compañeros, es una de las cosas que, como voy todos los días, me ayuda bastante. Antes de los intentos buscaba nada y ahora necesito tener grupos de amigos y sentirme querido por la gente y sentir que tengo a alguien con quien contar” (S15H, 19).

Tener a gente alrededor con quien compartir experiencias y sentirte querido se ven aquí como factores protectores en los procesos de recuperación.

“Yo vivía sola y ahora tengo la necesidad de vivir con alguien. He encontrado a mi compañera de piso y la verdad que me ha salvado la vida” (S6M, 23).

“... tenía una amiga que hacía siete años que nos conocíamos y ahora es mi pareja, después de aquello. Ha sido mi principal apoyo, a parte de mis padres” (S16H, 25).

El círculo de personas que influye directamente en el desarrollo vital de una persona debe de generar entornos seguros y de confianza en los que la necesidad de sentirse querido se cubra de una manera sana y positiva. Gran parte de los participantes de este estudio afirma que deshacerse de manera asertiva de las relaciones perjudiciales ha sido, a la vez que difícil, un gran avance para su mejoría, sintiéndose con la autodeterminación suficiente como para abandonar aquello que les impide avanzar. Los cambios vitales desempeñan

un papel importante en la recuperación, como la desvinculación de relaciones conflictivas (Michaud et al., 2021). Las relaciones sanas toman el protagonismo, se entienden como una nueva red social que genera un entorno en el que poder expresarse libremente, sin juicios, un nuevo apoyo. Cabe destacar que conocer a gente con las mismas experiencias o similares aparece como un beneficio, entra en juego la empatía como factor clave en las relaciones entre pares (Gaffney y Bergmans, 2022).

“Me he dado cuenta de la importancia de elegir bien tus amistades porque yo antes me juntaba con gente que me hacía mal. Y a raíz de ahí empecé a saber con quién podía juntarme y con quien no. Mi vida dio un cambio brutal” (S3M, 22).

“... tomar decisiones difíciles como apartar de mi vida a gente que me estaba..., no con mala intención, Perjudicando a mi salud mental, a mi proceso, a mi evolución y justamente hace una semana le tuve que decir que lo tenía que apartar de mi vida. Por qué, si tenía que elegir entre él y mi salud mental, me elegía a mí” (S13M, 38).

“Estoy ahora mismo con antidepresivos, pero aparte de salir, el estar con gente que realmente me aporte algo, he eliminado muchísima gente de mi vida, cosa que hace un año me hubiera dado un miedo terrible. Eso me ha dado el impulso para pensar que ya no solo eres tú si no que muchas veces es lo que te rodea, lo que te está hundiendo” (S6M, 23).

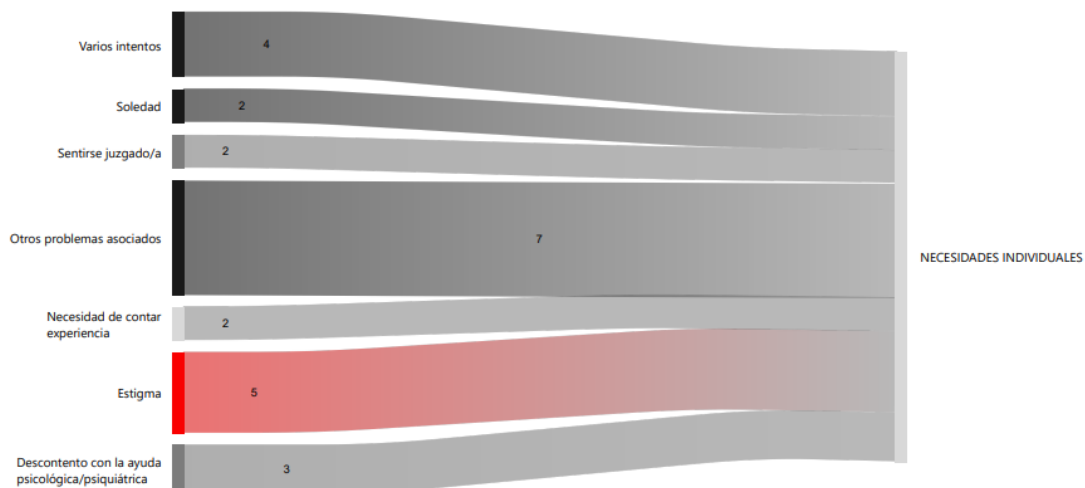
“... a base de salir conocí a varias personas, yo tenía un círculo muy cerrado de amigos, ... fui conociendo a más gente y me hizo súper bien, conocer a más gente con el mismo problema que yo y darnos cuenta de que no estábamos solos” (S11M, 35).

6.5 Macro Categoría 2 Necesidades Individuales

Conocer las necesidades individuales de cada uno de los entrevistados es el objetivo principal del estudio. Tal y como se aprecia en la Figura 5, diagrama de Shankey de las Necesidades Individuales, vemos como el estigma, otros problemas asociados, la necesidad de contar la experiencia, así como el descontento con la ayuda psicológica y psiquiátrica aparecen como factores importantes a la hora de evaluar los aspectos clave de las necesidades a raíz de un intento autolítico.

Figura 5.

Resultado análisis de co-ocurrencias categoría Necesidades individuales

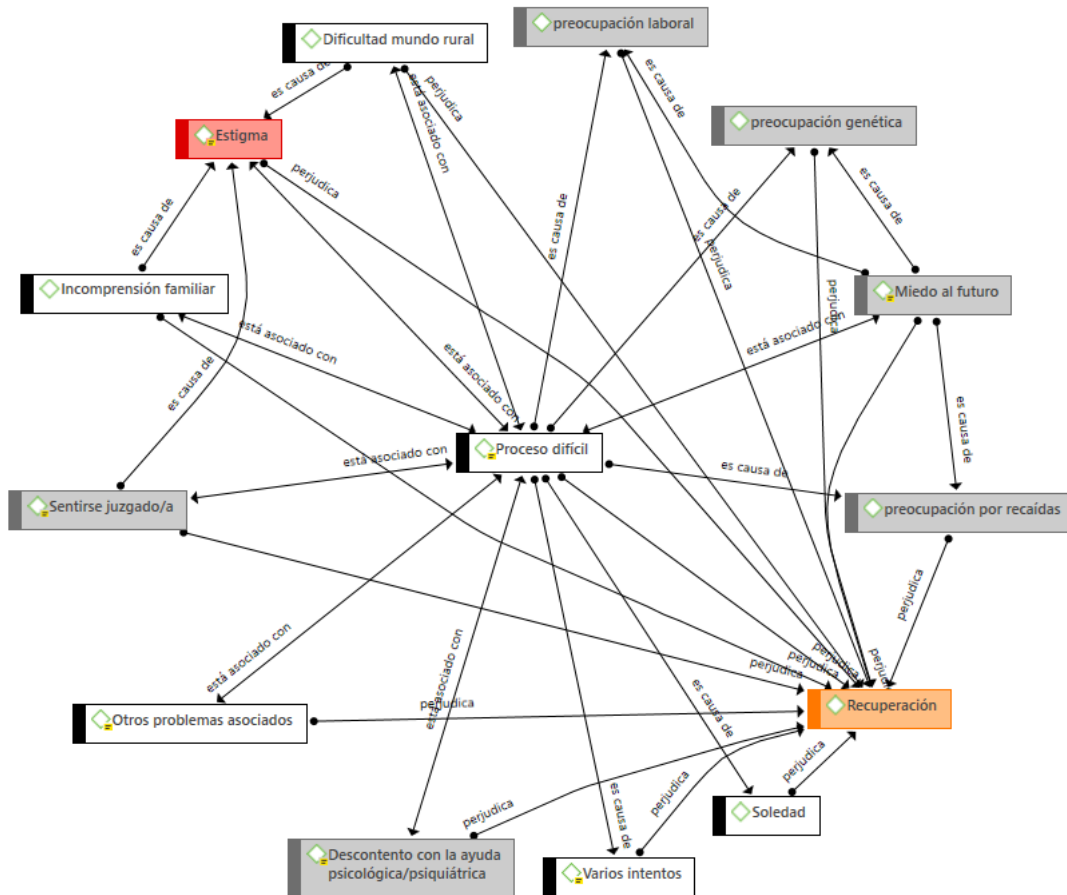


6.5.1 Barreras en la recuperación

En el presente estudio se determina que los procesos de recuperación tras un intento autolítico resultan largos y dificultosos. En ellos intervienen factores de descompensación como vemos en la Figura 6 que no favorecen la restauración de una nueva vida cotidiana.

Figura 6.

Red de relaciones de la subcategoría inductiva "Proceso difícil"



Dado que el sistema de salud se convierte en uno de los primeros contactos que la persona tiene tras el episodio, resulta fundamental que se convierta en un punto de apoyo, una base que realce los recursos y herramientas necesarios para encaminarse en dicho proceso. Nos encontramos con numerosos discursos que referencian la desolada situación que se han encontrado en este ámbito, viendo los servicios ofrecidos por parte, sobre todo, de la sanidad pública como un obstáculo más que como un salvavidas. Se destaca la tardanza a la hora de concertar citas de atención psicológica y/o psiquiátrica:

“... la sanidad no está preparada en el ámbito de salud mental. Yo llevo tres años para una cita que no me ha dado ni me han llamado” (S4M, 22).

“... todo lo he hecho a través de la sanidad pública porque la privada no me la puedo permitir [...] y no te pueden ver más de una vez cada dos meses...” (S8M, 26).

Por otro lado, se detecta un descontento con la falta de implicación de los profesionales en el ámbito de la salud mental. Tal es así que se refleja en los testimonios una carencia

de empatía a la hora de tratar este tipo de situaciones en los hospitales o centros de salud. Resultados que pueden complementarse con otros estudios que afirman que las críticas de los profesionales obstaculizan la disposición de los usuarios a comprometerse con el tratamiento y estas reacciones de juicio generan en ellos estigma internalizado (Maple et al., 2020). El descontento con el trato recibido en una situación tan delicada llama la atención, la frialdad manifiesta que muchos de los participantes afirman haber recibido por parte de psicólogos y psiquiatras parece demostrar que es necesario una revisión la formación específica en los profesionales en alianzas terapéuticas; basadas en un intercambio de diálogo constante y la creación de un terreno común, atendiendo al habla y el lenguaje del profesional como un aspecto crucial (Roque Tovar et al., 2022).

“... porque a mí se me pasa mucho por la cabeza y aunque no lo haga, lo tengo mucho tiempo presente ... Y más implicación, aunque no haya tiempo, porque el personal no tiene tiempo, pero si un poquito más de implicación. Porque algunos tienen mucha frialdad. ¿De verdad te importa? ¿De verdad tú quieres ser psicólogo? [...] No parece que quieran ayudar a la gente. Un poquito más de implicación, un poquito de preocupación por la gente” (S14M, 44).

“...al final somos personas y hay que tener una mínima empatía hacia las personas. Que no te traten como un loco... somos personas que tenemos un problema y trátame como tal. No soy un número, no soy el paciente 250, no soy el historial x ni el paciente Gutiérrez de la habitación x...” (S4M, 22).

“... le comenté que no había tenido el coraje de hacerlo y que me dio un momento de dolor que lo vi muy claro. Además, que yo ya venía de casi un año con pensamientos suicidas. Me dijo que si me quisiera suicidar no estaría hablando con ella, que todo era llamar la atención de mi marido y que era imposible que yo tuviera problemas por no haber cerrado un duelo de hacía 10 años, ...” (S12M, 36).

Tal y como se muestra en los diferentes testimonios la soledad es otro factor que influye negativamente. El miedo a pertenecer solo durante el tiempo inmediatamente posterior al episodio se refleja en las palabras de haber experimentado transcurrir por esos momentos en soledad:

“... pero ha sido duro porque básicamente estoy sola, no tengo a nadie aquí. He tenido que comerme los marrones yo sola. Los bajones, había días en que no me podía levantar de la cama. Mucha soledad” (S13M, 38).

Esta soledad se puede dar por diferentes causas y una de las que más preocupa es la falta de información que la sociedad en general tiene acerca del tema del suicidio. Se convierte así en un tema tabú, un tema que genera desconfianza y miedo, un miedo que se refleja en la estigmatización que se hace de ello. Dicha estigmatización juega un papel importante en los procesos en los que una persona intenta salir adelante, actúa como freno, como barrera, impide el avance hacia una mejoría. Por ello Keller et al. (2021) analizan todo ello dando como resultado el déficit en el análisis de las intervenciones de reducción del estigma dirigidas específicamente a la prevención del suicidio.

“He pasado sola todo el proceso, ya que es algo que no está muy aceptado” (S4M, 22).

“... en salud mental hay que trabajar mucho, sobre todo en la estigmatización” (S10M, 32).

“De forma muy dura he perdido mucha relación con mi familia, por ejemplo. Nadie me supo entender [...] Igual no lo saben gestionar y sí que es verdad que es un tema muy complejo, pero es así, solo por ser parte de tu familia y explicártelo ya tendrías que darme un poquito de credibilidad” (S6M, 23).

El estigma generalizado hacia el suicidio suscita en las personas que lo han intentado la culpabilidad, un sentimiento de haber cometido un acto ilícito, que no va a ser perdonado sobre todo por parte de los miembros de la familia más cercanos:

“A mi familia le he afectado negativamente, con el trabajo terapéutico las cosas han ido mejorando, pero no le ha hecho nada bien ... me siento culpable, sobre todo por mi hermano. Es tan pequeño y ha vivido tanto conmigo...” (S8M, 26);

“... las primeras semanas te sientes culpable de haber generado malestar a tu alrededor. El mismo día que lo intenté mis padres hablaron conmigo por teléfono, lo primero que dijo mi padre fue: ¿Cómo nos has hecho esto? Sé que mis padres no lo dijeron para hacerme daño a mí ni mucho menos, lo dijeron desde la incomprensión. El hecho en sí ya marca, encima luego te sientes culpable y te sientes juzgada” (S13M, 38).

Tras el análisis de los datos, se encuentra una fuerte diferencia entre el mundo rural y el mundo urbano en cuanto al entendimiento y el tratamiento del tema suicidio. Estudios previos demuestran las diferencias entre zonas urbanas y rurales en cuanto a las cifras, siendo mayores en el mundo rural, y los programas de prevención destinados en ambas zonas, siendo menores las prevenciones a nivel rural (Handley et al., 2021; Reccord et al., 2021). Vivir el suicidio desde una perspectiva rural influye directamente en las

necesidades que surgen tras el intento, los testimonios en este campo dejan entrever que en el mundo rural las dificultades de recuperación aumentan. En consonancia con lo explicado anteriormente, el estigma y los prejuicios aumentan cuando el entorno conoce a la persona más de cerca, ésta se siente más juzgada y con la necesidad de huir de las miradas hostiles que perciben como obstáculos para su nueva vida.

“... además todo esto me pasó cuando vivía en el pueblo. Un pueblo muy cerrado, pues no me sentí ni aceptada por mí ni por mi entorno. Era algo que tenía que ocultar, no podía decir nada, entonces fue algo que me costó mucho más... y por eso en parte decidí irme de ese entorno. [...] No sé cómo será vivir eso en una ciudad, pero en un pueblo en el que estás tan expuesto que te conoce todo el mundo, y todo el mundo habla, pero nadie sabe nada. Es lo que más me costó: empezar. Tengo que aceptar que el pueblo al final no tenemos al alcance muchas cosas ni se habla de muchos temas...” (S7M, 25).

“... el hecho de salir del pueblo me ayudó mucho. Yo nací, crecí y viví en un pueblo muy chiquitito en el que todo el mundo se conoce. [...] y claro como esto pasó en un pueblo muy pequeño, todo el mundo se enteró. Pasó cuando tenía 15 años y hasta que no tuve los 17 no empecé el bachiller. Eso dos años en el pueblo para mí fueron un infierno. Yo recuerdo perfectamente como las madres de mis amigas no querían que se juntasen conmigo, como los chicos en el cole me daban de lado...” (S17M, 27).

6.5.2 Darse voz sin juicios

Las narrativas individuales resultan fundamentales en este tipo de estudios, centran su atención en los testimonios y vivencias personales como único material para deducir aquellos puntos clave en los procesos de recuperación. Resulta increíble como, tras analizar los relatos, poder dar voz a las experiencias vividas se convierte en una herramienta poderosa para aceptar y superar el hecho que les ha acontecido. Verbalizar aquello que ha resultado decisivo para sus nuevas vidas se torna beneficioso para ellos mismos en este proceso. Muchas veces son el estigma y los prejuicios los que actúan de barrera frente a la expresión de los sentimientos y las vivencias aun sabiendo que compartirlos resulta beneficioso (Maple et al., 2020).

“... recuerdo cuando salí del hospital me costaba mucho decir lo que me había pasado. En los primeros meses yo decía que había tenido un accidente esquiando o de moto. En parte me quedaba tranquila porque no me habían preguntado, porque no tenía que

contarlo, pero por otra me preguntaba el porqué de no poder contarle, por qué no podía contar mi historia. Llegó un día en que empecé a hablarlo [...] nunca le había puesto nombre, después de nueve años. Pero fue como quitarme un peso de encima, un escalón más en la recuperación” (S10M, 32).

Surge una nueva necesidad, una nueva forma de expresarse, contar lo sucedido se convierte en algo casi imprescindible para hacerlo real, aceptarlo y comenzar a construir las bases de una nueva vida;

“... es algo en tu historia que no te define, pero va contigo y tengo la sensación de que cuando conozco a alguien y ya hay confianza en esa relación, es necesario contar eso que me ha pasado por que resulta un punto importante en la línea de tu vida” (S9M, 27).

Contar la propia experiencia se ve como un avance en el proceso de recuperación y vinculado a ello aparecen destellos de utilidad, sentir que lo que ha pasado pueda servir para ayudar a los demás, acompañar a las personas que hayan pasado por situaciones similares y hacer que las historias y los testimonios sirvan como factores protectores para las vidas de los otros. Gaffney y Bergmans (2022) afirmaron en su estudio que ser facilitador de pares había hecho desaparecer los sentimientos de inutilidad, debilidad y sin valor para abrazar la experiencia vivida como agente activo en la vida de otros.

Se aprecia aquí un nuevo deseo ligado a la necesidad de dar voz a la experiencia vivida, y es el deseo de poder ayudar con ello a los demás.

“Ellos se liberan un poco y a mí me viene bien porque también sigo hablando del proceso de recuperación, cuando lo hablo me viene mejor y luego siento que puedo ayudar a alguien. Así que esa parte me ha sorprendido y se me ha metido en la cabeza como algo positivo” (S12M, 36);

“Y luego a mis amigos que, aunque estén en la distancia, me he abierto a ellos y en Instagram también me he abierto con divulgaciones, compartir cosas, explicar mi experiencia. A mí me ha ayudado un montón porque luego había gente que me escribía dándome las gracias por contar, hablar de temas tabú sobre salud mental y me daban las gracias por contar mi experiencia simplemente. Verbalizarlo me ayuda mucho, muchísimo la verdad” (S13M, 38).

6.6 Macro Categoría 3 Nuevos Proyectos de Vida

Espeland et al. (2022) confirmaron, tras analizar los testimonios de 8 sujetos que habían intentado suicidarse, que los puntos de inflexión tras los intentos estaban relacionados con el establecimiento de una nueva vida cotidiana y la toma de control sobre ella. En consonancia con el objetivo principal del estudio, se aborda el futuro como una oportunidad para la construcción de una nueva vida. Otorgar un nuevo sentido a la vida y seguir construyéndola a través de objetivos y proyectos que mejoren la calidad de vida de las personas.

6.6.1 Proyectos de vida cotidiana

Indagar en las motivaciones e intereses de las personas puede ofrecer información suficiente como para establecer unos planes de vida que intervengan como factores protectores en el proceso de recuperación. Las motivaciones son variadas, pero destaca las ganas de ayudar a los demás, comentado también en apartados anteriores:

“Mi motivación de llegar al futuro es poder ayudar a la gente que ha pasado por lo que he pasado yo o simplemente poder ayudar a la gente en general, es la motivación ahora mismo para seguir luchando” siendo esa su mayor motivación tras el intento ella misma afirma que estableció un objetivo en su vida: *“y ahí también empecé un poco a orientarme hacia mi carrera, Educación social”* (S3M, 22).

Si centramos la mirada en los estudios como fuente de motivación se ven reflejados también en los nuevos objetivos de vida, el aprendizaje como herramienta de recuperación y entendimiento.

“Busco mis motivaciones sobre todo en lo que estoy estudiando, porque me gusta mucho”. A sus motivaciones añade después la meta que se propuso tras el intento: *“Si, quise hacer un máster, que es el que estoy haciendo ahora de igualdad de género. Me he ido a Málaga y eso a mí me cuesta mucho, adaptarme a un sitio nuevo y conocer gente nueva, pero lo he conseguido”* (S9M, 27).

“Y lo otro ha sido la carrera, para mí estudiar era algo muy importante y poder hacerlo también me ha ayudado a tener los ojos puestos en algo por si me desvío poder volverme a encaminar”. Aclara que una de sus nuevas necesidades después del intento fue: *“quizá un poco la decisión de estudiar psicología viene de ahí”* (S8M, 26).

Cabe destacar que los estudios de psicología también se establecen como una meta de

otro de los participantes en este estudio;

“Si, voy a estudiar psicología, lo tengo más claro que el agua. Lo he tenido claro toda mi vida, pero ahora no es que lo tenga claro, si no que me he puesto en serio” (S6M, 23).

Los estudios se relacionan directamente con el mundo laboral que le sigue. Por ello, cuando los objetivos que se establecen están vinculados al aprendizaje, detrás de ellos, consciente o inconscientemente, aparecen planes de futuro más a largo plazo, como lo es el futuro laboral. Resalta la importancia de buscar aquel trabajo que se ajuste a las motivaciones y que también genere bienestar y utilidad.

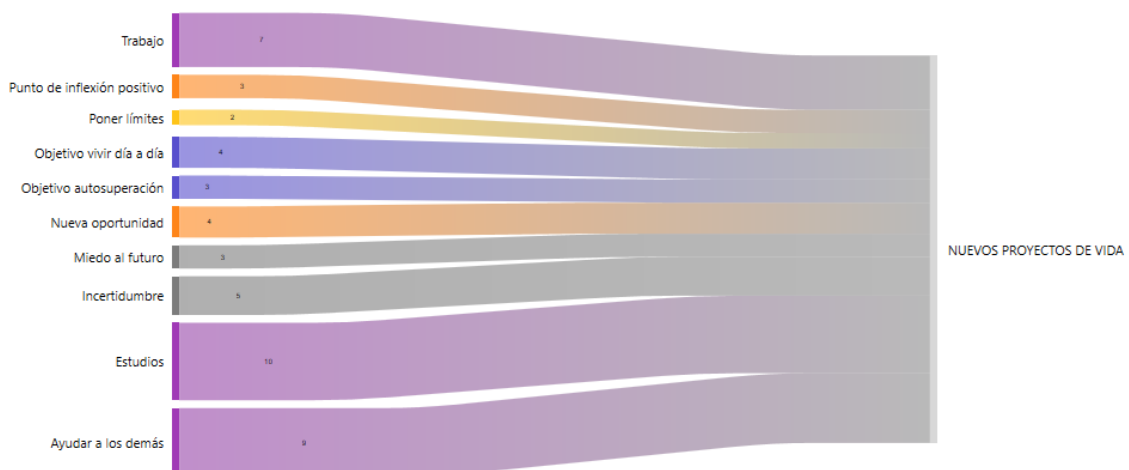
“Si, estoy en el voluntariado sanitario entonces mi idea es estudiar el grado medio de Técnico en Ayudas Sanitarias y trabajar ayudando a la gente desde una ambulancia. Es un objetivo que me he puesto hace unos meses” (S15H, 19).

“...estoy estudiando para sacarme unas oposiciones de auxiliar de biblioteca. Le venía dando vueltas y si no al final no lo hacía. Y a base de pensar y pensar sabía que tenía que cambiar. A mí el trabajo me está dando dinero, pero tengo que hacer algo con lo que me sienta bien” (S12M, 36).

Por ello la educación y el trabajo contribuyen a crear una estructura cotidiana necesaria, que permite a su vez acceder a una red social y tener un sentimiento de pertenencia (Espeland et al., 2022). De acuerdo con esta confirmación, tal y como se muestra en la figura 7, tres de las grandes subcategorías en los proyectos de vida son el trabajo, los estudios y ayudar a los demás.

Figura 7.

Resultado análisis de co-ocurrencias categoría Nuevos proyectos de vida



De esta manera, en muchas ocasiones las metas que se establezcan puedan funcionar como salvavidas:

“... no ha sido fácil pero sí que es verdad que me metí en algo que vi que me podía ayudar el tema del modelaje, ser modelo. Actualmente soy candidata para Miss España. A mí eso me ha salvado la vida, ha sido así y siempre lo voy a decir. La oportunidad que me dieron...para mí esta oportunidad no está siendo fácil, pero sí que me ha salvado la vida” (S8M, 26).

Volver a darle sentido a una vida no es tarea fácil, pero se torna más sencillo si se acompaña de buscar objetivos en el día a día. Y esta necesidad de volver a tener un sentido nuevo de vida genera un punto de inflexión, darse cuenta de las nuevas motivaciones y necesidades que surgen, empezar el cambio y cuestionar la propia identidad a través de los nuevos deseos y planes relacionados con la vida misma (Alves et al., 2022).

“Si, pero es curioso porque mi proyecto de vida ahora mismo es seguir hacia delante. Legó un punto, cuando los intentos y todo esto, que yo le cogí fobia a crecer. Le cogí fobia al paso del tiempo. Y como que ahora mi objetivo es que va a llegar un futuro, voy a ser alguien, voy a acabar trabajando, teniendo una familia o no, pero eso es algo que no me replanteaba antes, crecer, ser adulta” (S3M, 22).

6.6.2 Equilibrio entre incertidumbre y nueva vida cotidiana

Una vez que se ha puesto fin al pasado, el presente toma el protagonismo. Desde este presente se visualiza el futuro, en muchos casos, con incertidumbre. Aunque los proyectos de vida y la nueva vida cotidiana resulten confortables, el simple hecho de pensar a largo plazo genera preocupación. Sobre todo, para las jóvenes el hecho de no tener claridad sobre su futuro en cuanto a condiciones de vida genera en ellos incertidumbre y en muchas ocasiones emociones como la tristeza (Cañón et al., 2022).

Preocupaciones que se vinculan a las barreras de recuperación que se plantean tras un intento autolítico. Así, la falta de conocimiento sobre la literatura del suicidio y los comportamientos humanos desemboca en preocupaciones que tienen que ver con el hecho de considerar que estas condiciones se van a repetir en los descendientes:

“... a veces me da miedo porque creo que a veces hay un componente genético que puede influir en lo que yo haya hecho. No sé si será genética o lo que una haya vivido, pero sí que es verdad que a veces me da miedo el hecho de formar una familia porque al final en mi entorno familiar sí que ha habido suicidios, han llegado al suicidio o ha habido

problemas relacionados con este tema. Entonces al final siento que si yo he tenido esto no me gustaría transmitirlo a otras generaciones” (S7M, 25).

Otra barrera es el miedo a las recaídas, se ve la recuperación como un proceso largo con posibilidad de volver a encontrarse en situaciones irreversibles. Entra aquí en juego la necesidad de establecer terapias especializadas para conseguir fijar los engranajes que ayuden a estas personas a tener las herramientas necesarias para seguir adelante, estrategias que les permitan tener confianza en sí mismas y verse capaces de superar los reveses con éxito.

“Me siento bien, pero sigo teniendo ese pensamiento recurrente que te comenté: ¿y si caigo otra vez? Porque tengo la sensación de que si vuelvo a estar otra vez tan mal no voy a salir. O a lo mejor pienso más rápidamente que no merece la pena” (S12M, 36).

“... estoy un poco entusiasmada por que por fin encontré lo que quiero hacer. [...] por primera vez veo algo que sí que quiero. Por una parte, estoy entusiasmada, pero luego veo la realidad presente y si soy realista no me acabo de ver por qué siento que no tengo la estabilidad emocional suficiente y la fuerza, como que si no puedo conmigo no voy a poder con otros” (S8M, 26).

Si bien es cierto, el lado contrario a estos miedos y preocupaciones se refleja con testimonios que aluden al episodio como una nueva oportunidad de futuro, entre incertidumbre y la nueva vida que está por comenzar, el punto de inflexión es positivo, entendiendo la experiencia como una segunda oportunidad para conseguir nuevos retos:

“... no es algo que recomiende, pero te abre los ojos y te da una energía que a veces nos falta para vivir... Te lo tomas como una nueva oportunidad para poder conseguir todo lo que te propongas” (S16H, 25).

“... poco a poco sí que he ido viviendo la vida y aprovechando la segunda oportunidad que me ha dado” (S10M, 32).

El futuro para las personas con intentos autolíticos puede verse afectado por componentes emocionales y psicológicos que generen malestar y falta de esperanza, pero es cierto que cuanto más tiempo haya pasado desde el intento el nivel de bienestar es mayor. Teniendo en cuenta los resultados de Tong Andrew Devendorf et al. (2021) sobre el bienestar futuro de los jóvenes que intentaron suicidarse, se concluye que un intento de suicidio no impide altos niveles de bienestar futuro.

6.7 Limitaciones

Los resultados de este estudio deben verse desde el contexto de una serie de limitaciones. Primero, este estudio examina las experiencias relacionadas con el suicidio de una pequeña muestra de sobrevivientes de intentos autolíticos. Un tamaño muestral de 17 personas es aceptable para estudios cualitativos con un análisis temático en el que se pretende captar las experiencias comunes de un grupo específico, aun así, es probable que existan otras experiencias diferentes en otras muestras.

Por otro lado, la mayoría de la muestra se identificó como mujer, tales resultados no se han diferenciado por género. Si bien es cierto que se han apreciado experiencias comunes en ambos géneros, esto podría limitar la comprensión y representatividad de la experiencia de los hombres en relación con el intento de suicidio.

Existe riesgo de sesgo de respuesta debido a la naturaleza sensible y estigmatizada del tema del intento de suicidio, los participantes pueden haber tenido reticencia para compartir abiertamente sus experiencias. Esto podría conducir a una falta de franqueza o a la ocultación de información relevante, lo que podría haber afectado a la validez y la confiabilidad de los resultados.

7 CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio indican que los *procesos de recuperación* tras un intento autolítico resultan trascursos largos y delicados, pero hay numerosas estrategias para conseguir mejorar la calidad de vida. La reconstrucción de uno mismo, por ejemplo, a través de la aceptación y ver lo que ha pasado como una nueva oportunidad para generar una nueva identidad afectan favorablemente a conseguir un bienestar psicológico. Esto lleva consigo un proceso de autoconocimiento que se logrará, según los testimonios, con un alto nivel de educación emocional.

Se valora el trabajo de la autoestima y la autodeterminación para conseguir forjar las bases del nuevo yo y poder restaurar la nueva vida. Por ello, se habla también en las declaraciones de la necesidad de introspección, conocerse a uno mismo para convertirse en protagonistas de su nueva historia. Todo ello se logrará con el trabajo autónomo acompañado de terapia psicológica y ayuda psiquiátrica. Ambas cosas son altamente mencionadas en los procesos de recuperación, pero no aparecen solas. Aparecen como complemento a un apoyo familiar y social cargado de connotaciones beneficiosas. En muchas ocasiones, miembros de la familia hacen el papel de salvavidas, actuando como motivación y esperanza para seguir adelante, de ahí la importancia del buen funcionamiento familiar. En contraposición aparecen la incompreensión y la falta de conocimiento familiar como una barrera en la recuperación a tener en cuenta. Tanto el apoyo familiar como social han de ser de calidad. Se aboga por la desvinculación de gente tóxica para poder seguir adelante. Fijar los límites entre esas relaciones interpersonales que resultan dañinas y aquellas que pueden ofrecer soporte y consuelo, es la base para empezar a tomar las riendas de la nueva vida.

En cuanto a las *necesidades individuales*, se reivindica una atención de calidad por parte de los profesionales sanitarios tales como psicólogos y psiquiatras. La falta de empatía de los profesionales se muestra como rasgo común entre las experiencias. El estigma y la falta de comprensión dentro de la sanidad pública se convierten en barreras para la recuperación. Las alianzas terapéuticas deberían de formar parte de las intervenciones destinadas a trabajar la restitución de una nueva vida. Entra en juego un factor protector importante, en concreto la figura del profesional, que ha de ser siempre un apoyo y una fuente de comprensión y empatía, pudiendo convertirse en el salvavidas más importante inmediatamente después del intento autolítico. De la misma manera, el estigma en el campo social, la falta de información sobre el tema y los prejuicios hacia el suicidio

generan malestar generalizado entre los participantes, se materializa en forma de culpabilidad, llegando a sentirse como una carga para aquellos que le rodean. Dicho estigma frena la capacidad de verbalizar los propios sentimientos y se convierte en otra barrera en el proceso de recuperación. Y, tal y como ha quedado reflejado en este estudio, dar voz a lo que estas personas sienten resulta beneficioso y en muchos casos se convierte en un aliciente para ayudar a otros a superar situaciones similares. Las experiencias de aquellos que han pasado por un intento autolítico podrían servir como herramientas de prevención y tratamiento del estigma. Una de las motivaciones que aflora de los testimonios es la de ayudar a los demás, sea en el ámbito del suicidio o en cualquier otro. Ayudar al prójimo puede convertirse en un nuevo objetivo de vida, lleno de utilidad y de bienestar para quien lo ejercite.

Por último, los *nuevos proyectos de vida* surgen como motivaciones fijándose en muchos casos como planes a corto-medio plazo, sobre todo en aspectos relacionados con el trabajo y los estudios. Algunos testimonios coinciden en el objetivo de estudiar psicología, como una manera de entenderse a sí mismos y poder ayudar a los demás desde su propia experiencia. Esto genera un nuevo sentido de vida que permite vivir la nueva vida cotidiana con más ilusión y esperanza. Los nuevos proyectos de vida pueden llegar a generar seguridad en el futuro más próximo, funcionan como aval para seguir adelante. Se convierten así en el salvoconducto para reconstruir una nueva forma de vivir, basada en intereses y motivaciones propias que, en muchos casos, ayudan a conectar con uno mismo. Queda reflejada en el estudio una incertidumbre hacia el futuro, ligada a las barreras de recuperación que operan en los caminos hacia el bienestar futuro. Combatir esas barreras y conseguir que el futuro se vea con claridad es precisamente lo que los testimonios reflejan que se puede conseguir a través de las estrategias y recursos personales y el cambio de perspectiva que se tiene acerca del suicidio.

En definitiva, la recuperación tras un intento autolítico resulta un proceso complejo, cargado de connotaciones subjetivas que afloran de cada individuo, en función de su contexto y perspectiva de vida. Tal es así que en el presente estudio se han recogido los testimonios de personas que, tras haber sufrido un intento autolítico, luchan por sobrevivir a base de estrategias y recursos ligados a sus propias experiencias. Por ello es interesante tener en cuenta cómo las necesidades individuales podrían convertirse en los mecanismos que operen las futuras intervenciones psicológicas, intervenciones centradas en las personas y capaces de conseguir un bienestar a largo plazo a través de objetivos y

proyectos de vida vinculados a las motivaciones personales.

8 FUTURAS LÍNEAS DE TRABAJO

Los resultados contribuyen al conocimiento sobre el fenómeno de recuperación en un contexto determinado, resultaría interesante expandir la muestra y realizar un estudio longitudinal, esto permitiría comprender cómo evolucionan sus experiencias, percepciones y procesos de recuperación a medida que pasa el tiempo. También se podría explorar los factores de protección y las estrategias de afrontamiento que influyen en la resiliencia a largo plazo. Así mismo, trabajar el contexto de la persona puede generar resultados interesantes en cuanto al estigma y los prejuicios que se tienen para poder combatirlos en campañas de sensibilización.

De la misma manera, se podría establecer un análisis comparativo entre géneros dado que, si bien el suicidio consumado es mayor en hombres, los intentos de suicidio prevalecen en mujeres. En este sentido, se asume que la muestra de este estudio ha sido mayoritariamente de género femenino.

Incluir en dichos análisis cómo repercute el tiempo pasado desde el último intento de suicidio expandiría los conocimientos sobre cómo influye el paso del tiempo en el bienestar de las personas y con el objetivo final de mejorar las intervenciones relacionadas con el suicidio y promover caminos hacia nuevas vidas entre las personas que intentaron suicidarse y sobrevivieron.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiartzagüena, M., y Morentin, B. (2022). Factores de riesgo del suicidio consumado en los jóvenes y los adultos de mediana edad: estudio poblacional forense. *Revista Española de Medicina Legal*, 48(2), 53–59. <https://doi.org/10.1016/J.REML.2021.09.003>
- Alves, A. C., Cunha, I. M., Dos Santos, M. A., Miasso, A. I., Zanetti, A. C. G., Carvalho, J. C., y Vedana, K. G. G. (2022). The meaning of life after a suicide attempt. *Archives of Psychiatric Nursing*, 36, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.013>
- Asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido. (2023). *Biziraun*. Objetivos de Biziraun. Recuperado el 8 de mayo de 2023 de <https://www.biziraun.org/es>
- Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio. (2019). *Papageno*. Mapa de Recursos de Abordaje de La Conducta Suicida En España. Recuperado el 8 de mayo de 2023 de <https://papageno.es/mapa-de-recursos-de-abordaje-de-la-conducta-suicida-en-espana>
- Asociación Valencia de Apoyo al Duelo. (2019). *Caminar*. Recuperado el 23 de mayo de 2023 de <https://www.asociacioncaminar.org/>
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A., y Saiz Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- Azizi, H., Fakhari, A., Farahbakhsh, M., Esmaili, E. D., y Mirzapour, M. (2021). Outcomes of community-based suicide prevention program in primary health care of Iran. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00492-w>
- Bommersbach, T. J., Rhee, T. G., Stefanovics, E. A., y Rosenheck, R. A. (2021). Recovery from past suicide attempts: Correlates of time since the last attempt in a national sample of US adults. *Journal of Affective Disorders*, 279, 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.001>

- Cañón, S. C., Carmona Parra, J. A., y Ortega, A. A. (2022). Narrativas de jóvenes con intentos suicidas: una mirada al cuerpo y la micropolítica. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 13(1), 151–172. <https://doi.org/10.21501/22161201.3640>
- David Klonsky, E., y May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Durkheim, E. (1998). *El suicidio* (L. Díaz Sánchez, Ed.; 5a ed). Akal.
- Esmaeili, E. D., Farahbakhsh, M., Sarbazi, E., Khodamoradi, F., Gaffari fam, S., y Azizi, H. (2022). Predictors and incidence rate of suicide re-attempt among suicide attempters: A prospective study. *Asian Journal of Psychiatry*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102999>
- Espeland, K., Loa Knizek, B., y Hjelmeland, H. (2022). Lifesaving turning points: First-person accounts of recovery after suicide attempts. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2108941>
- Fernández-Montalvo, J., Villanueva, P., y Arteaga, A. (2021). Characteristics and Predictors of Suicidal Ideation Severity among Callers to a Telephone Helpline in Spain. *Psychosocial Intervention*, 30(3), 175–182. <https://doi.org/10.5093/PI2021A7>
- Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Gaffney, A., y Bergmans, Y. (2022). Healing from recurrent suicide attempts: the impact of being a peer facilitator. *Social Work in Mental Health*, 20(5), 542–558.
- Gómez Chamorro, A. (2021). La conducta suicida como proceso. *Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía*, 16, 119–128. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5205198>
- Gómez Tabares, A. S., Núñez, C., Agudelo Osorio, M. P., y E. Caballo, V. (2020). Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional. *Terapia Psicológica*, 38(3).
- Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. (2020). *Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en*

el SNS (Ministerio de Sanidad, A. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico y Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS, Eds.; 2020th ed.).

Guerrero, E. G. P., Carrillo, L. J. L., y Arias, L. V. C. (2022). Evaluation of an explanatory model of suicide risk based on family factors. *Interdisciplinaria*, 39(2), 297–312. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.19>

Handley, T. E., Davies, K., Booth, A., Dalton, H., y Perkins, D. (2021). Lessons from the development and delivery of a rural suicide prevention program. *Australian Journal of Rural Health*, 29(6), 993–998. <https://doi.org/10.1111/ajr.12814>

Höller, I., Teismann, T., y Forkmann, T. (2022). Perseverative Thinking about Suicide Questionnaire (PTSQ): Validation of a new measure to assess suicide-specific rumination. *Comprehensive Psychiatry*, 112. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152287>

INE. (2022). Defunciones según la Causa de Muerte-Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre 2022 (datos provisionales). Recuperado el 29 de mayo de 2023 de www.ine.es/prensa/prensa.htm

Instituto Nacional de Estadística. (2021). INE. Estadística de Defunciones Según La Causa de Muerte. Recuperado el 8 de mayo de 2023 de <https://www.ine.es/>

Junta de Castilla y León, y Sacyl. (2022). Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2>

Keller, S., McNeill, V., y Tran, T. (2021). The perceived stigma reduction expressed by young adults in response to suicide prevention videos. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126180>

Kogstad, R. E., Ekeland, T. J., y Hummelvoll, J. K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: Recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 479–486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01695.x>

- Lakeman, R., y Fitzgerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: A review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 114–126. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04773.x>
- Maple, M., Frey, L. M., McKay, K., Coker, S., y Grey, S. (2020). “Nobody Hears a Silent Cry for Help”: Suicide Attempt Survivors’ Experiences of Disclosing During and After a Crisis. *Archives of Suicide Research*, 24(4), 498–516. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1658671>
- Mateos Herrera, A., Vivas Herrera, S., Pérez-Calvo, C., Ruiz-Duet, A. M., y Rodríguez Riesco, L. (2022). Factores de riesgo para el suicidio en población trans: una revisión bibliográfica. *Revista de Estudios Socioeducativos RESED*, 10, 267-280. https://doi.org/10.25267/rev_estud_socioeducativos.2022.i10.17
- McHugh, C. M., Chun Lee, R. S., Hermens, D. F., Corderoy, A., Large, M., & Hickie, I. B. (2019). Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 116, 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.012>
- Michaud, L., Dorogi, Y., Gilbert, S., y Bourquin, C. (2021). Patient perspectives on an intervention after suicide attempt: The need for patient centred and individualized care. *PLoS ONE*, 16(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247393>
- Ministerio de Sanidad, P. S. e I., Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Ciencia e Innovación, y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (alavia-t). (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (alavia-t. C. de Sanidad. Agencia de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Ed.). Agencia de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, alavia-t. Consellería de Sanidad.
- Organización Mundial de la Salud. (2017, June 17). *Suicidio*. Recuperado el 27 de mayo de 2023 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Owens, D., Horrocks, J., y House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193–199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- Proyectos de vida [@proyectosdevida1]. (2023). IGTV [Perfil de Instagram]. Instagram. Recuperado el 26 de abril de 2023 de

<https://www.instagram.com/proyectosdevida1/>

- Reccord, C., Power, N., Hatfield, K., Karaivanov, Y., Mulay, S., Wilson, M., y Pollock, N. (2021). Rural–Urban Differences in Suicide Mortality: An Observational Study in Newfoundland and Labrador, Canada: Différences de la Mortalité Par Suicide en Milieu Rural-Urbain: Une Étude Observationnelle à Terre-Neuve et Labrador, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 66(10), 918–928. <https://doi.org/10.1177/0706743721990315>
- Rivera Morell, M., Gonzáles Llovet, N., Ponce Surós, Y., Rosete Gamboa, E. M., y Zamora Martínez, L. O. (2022). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes entre 9 y 14 años. *MultiMed*, 26(2).
- Rodríguez Pulido, F., Glez de Rivera Revuelta, J. L., y Gracia Marco Montes de Oca Hernández, R. D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11, 374-380.
- Roque Tovar, B. E., Tena Suck, E. A., y Sánchez Antillón, A. (2022). Co-construcción de la alianza terapéutica en mujeres jóvenes con intento suicida. Análisis discursivo del diálogo terapéutico: estudio de caso. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 157–172. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.994>
- Sarmiento Silva, C., Aguilar Villalobos, J., de Miranda, F. P., Merced Gómez, C., y Álvaro Obregón, D. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(1), 25-30.
- Scarth, B., Bering, J. M., Marsh, I., Santiago-Irizarry, V., y Andriessen, K. (2021). Strategies to stay alive: Adaptive toolboxes for living well with suicidal behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph18158013>
- Sellin, L., Asp, M., Wallsten, T., y Wiklund Gustin, L. (2017). Reconnecting with oneself while struggling between life and death: The phenomenon of recovery as experienced by persons at risk of suicide. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 200–207. <https://doi.org/10.1111/inm.12249>

- STOP SUICIDIOS [@stop.suicidios]. (2020) IGTV [Perfil de Instagram]. Recuperado el 26 de abril de 2023 de <https://www.instagram.com/stop.suicidios/>
- Sullivan, H. S. (Ed.). (1953). *Interpersonal Theory of Psychiatry*. Tavistock Publications Limited.
- Thompson, A. H., Dewa, C. S., y Phare, S. (2011). The suicidal process: Age of onset and severity of suicidal behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(8), 1263–1269. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0434-0>
- Tong, B., Panaite, V., Haley Veterans, J. A., Rose Miller, H., Kashdan, T. B., Joiner, T., Twenge, J., Karver, M., Janakiraman, R., & Rottenberg, J. (2022). Future Well-Being Among U.S. Youth Who Attempted Suicide and Survived. *Behavior Therapy*, 53, 481–491.
- Tong, B., Kashdan, T. B., Joiner, T., y Rottenberg, J. (2021). Future Well-Being Among People Who Attempt Suicide and Survive: Research Recommendations. *Behavior Therapy*, 25, 1213–1225.
- Tsai, M., Health, S. M., Services, S. U., Authority, F. H., Surrey, H. L., Saffy, S., y David Klonsky, E. (2021). Examining the Three-Step Theory (3ST) of Suicide in a Prospective Study of Adult Psychiatric Inpatients. *Behavior Therapy*, 52, 673-685.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner, T. E. (2010). *The Interpersonal Theory of Suicide*. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Wolford-Clevenger, C., Flores, L. Y., y Stuart, G. L. (2021). Proximal correlates of suicidal ideation among transgender and gender diverse people: A preliminary test of the three-step theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1077–1085. <https://doi.org/10.1111/sltb.12790>

10 ANEXOS

Anexo 1

Criterios de evaluación para la entrevista diseñada *ad hoc*

Criterio	Descripción	Escala
Claridad	La redacción de la pregunta es clara y su significado se comprende sin ambigüedad	Tipo Likert: (0) Inaceptable (1) Deficiente (2) Regular (3) Bueno (4) Excelente
Pertinencia	La pregunta es adecuada para el objetivo del estudio	Tipo Likert: (0) Inaceptable (1) Deficiente (2) Regular (3) Bueno (4) Excelente
Importancia	Grado de importancia y significatividad de la pregunta para la dimensión	Tipo Likert: (0) Inaceptable (1) Deficiente (2) Regular (3) Bueno (4) Excelente

Anexo 2

Plantilla para la evaluación de la entrevista

	Claridad					Pertinencia					Importancia				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
¿Podría contarme como ha sido el proceso de recuperación y reconstrucción de una nueva vida tras la experiencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué estrategias o recursos ha utilizado en su proceso de recuperación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha encontrado nuevas fuentes de apoyo en este proceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué necesidades han surgido tras el intento de suicidio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Podría describir la experiencia y como ha afectado a su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha establecido nuevos objetivos o proyectos de vida? ¿Podría describirlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué le motiva a día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo se siente en este momento acerca de su vida y de su futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3

Guion entrevista inicial

P1 (pregunta general) ¿Podría contarme como ha sido el proceso de recuperación y reconstrucción de una nueva vida tras la experiencia?

P2 ¿Qué estrategias o recursos ha utilizado en su proceso de recuperación?

P3 ¿Ha encontrado nuevas fuentes de apoyo en este proceso?

P4 ¿Qué necesidades han surgido tras el intento de suicidio?

P5 ¿Podría describir la experiencia y como ha afectado a su vida?

P6 ¿Ha establecido nuevos objetivos o proyectos de vida? ¿Podría describirlos?

P7 ¿Qué le motiva a día de hoy?

P8 ¿Cómo se siente en este momento acerca de su vida y de su futuro?

Anexo 4

Guion entrevista final

P1 ¿Podría contarme como ha sido el proceso de reconstrucción de una nueva vida después del intento de suicidio?

P2 ¿Qué estrategias o recursos ha utilizado en su proceso de recuperación?

P3 ¿Ha encontrado nuevas fuentes de apoyo en este proceso?

P4 ¿Qué necesidades han surgido tras el intento de suicidio?

P5 ¿Podría describir cómo ese episodio ha afectado a su vida?

P6 ¿Ha establecido nuevos objetivos o proyectos de vida? ¿Podría describirlos?

P7 ¿Dónde busca sus motivaciones a día de hoy y cómo se siente con ellas?

P8 ¿Cómo se siente en este momento con respecto a su futuro?

Anexo 5

Cuestionario datos sociodemográficos

Edad _____

Sexo: Mujer Hombre Otros

Tiempo transcurrido desde el último intento _____

Lugar de residencia _____

Ocupación: Estudio Trabajo En paro Jubilado/a Sin ocupación

Anexo 6

Informe favorable del Comité de Bioética de la Universidad de Burgos



UNIVERSIDAD DE BURGOS
COMISIÓN DE BIOÉTICA

IR 18/2023

M^a DEL CAMINO VIDAL, Presidenta de la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos, en respuesta al escrito presentado por Doña ELENA VILLAR CASTAÑO, en relación con el Proyecto de investigación denominado:

Proyecto de vida inclusivo tras un acto autolítico

EXPONE LO SIGUIENTE:

ANTECEDENTES

En la SOLICITUD DE INFORME a la Comisión de Bioética se expone lo siguiente:

El proyecto para el que se solicita evaluación tiene como principal objetivo conocer las necesidades que surgen tras un intento de suicidio en cuanto a la construcción de un nuevo e inclusivo proyecto de vida. Para ello se utilizará una entrevista en profundidad diseñada ad hoc. Con ello se pretende obtener información acerca de los procesos de recuperación y los factores protectores individuales que permitan reconstruir una nueva identidad y un nuevo sentido de vida

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO: La Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos, conforme al art. 1.1 de su Reglamento regulador, es competente para emitir cuantos informes sean solicitados por instituciones públicas y privadas o por los investigadores sobre Proyectos o trabajos de investigación que guarden relación, directa o indirecta, con estudios, análisis o ensayos clínicos en seres humanos, utilización de sus datos personales, o supongan una intromisión relevante en otros derechos fundamentales, así como los que precisen de muestras biológicas de origen humano, experimentación animal, empleo de agentes biológicos u organismos genéticamente modificados o que afecten a la protección y defensa del medio ambiente o bienestar de cualesquiera de otras especies vivas.

Asimismo, cabe la elaboración de informes reducidos cuando se cumplan todos los requisitos previstos con carácter general por el Pleno de la Comisión de Bioética, en reunión de 28 de mayo de 2018, que acordó lo siguiente:

Serán objeto de informe reducido favorable las solicitudes presentadas ante la Comisión de Bioética, que cumplan los siguientes requisitos:

Código seguro de Verificación: GEN-35ae-fd8f-2a3d-dbb2-ba07-e6ea-e58d-bec6 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consulta...>



CSV : GEN-35ae-fd8f-2a3d-dbb2-ba07-e6ea-e58d-bec6

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>

FIRMANTE(1) : MARIA DEL CAMINO VIDAL FUEYO | FECHA : 06/05/2023 13:44 | Sin acción específica



**UNIVERSIDAD DE BURGOS
COMISIÓN DE BIOÉTICA**

En consecuencia, del contenido de la memoria se deriva un claro conocimiento por parte de la investigadora de las exigencias derivadas del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD).

Por tanto, a los efectos de este informe, entendemos que se cumple lo previsto en el art. 26 del RGPD. También se desprende que se cumplen los requisitos del consentimiento como base jurídica de legitimación del tratamiento, de acuerdo con lo establecido en el art. 4 RGPD (manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca).

CUARTO: Se incorpora un documento, firmado por la investigadora principal, en el que, de manera explícita, se compromete, entre otros extremos, a tratar los datos personales a los cuales tenga acceso de acuerdo con la legislación aplicable y la normativa propia de la Universidad de Burgos; a no utilizar los datos personales con finalidades diferentes a las propias del proyecto de investigación arriba citado; a observar el sigilo y el secreto profesional respecto de los datos objeto de tratamiento y a mantener absoluta confidencialidad y reserva sobre cualquier dato que puedan conocer en el desarrollo del proyecto de investigación y a no comunicar a terceros los datos obtenidos, ni siquiera para su conservación; a implementar las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la seguridad de los datos de carácter personal tratados a los cuales tenga acceso, de acuerdo con la legislación vigente, para evitar su alteración, pérdida o tratamiento no autorizado; a no intentar identificar a las personas cuyos datos están anonimizados por ningún medio, directo ni indirecto, y a velar porque tampoco sea posible la "reidentificación".

Asimismo, se compromete a informar a la Comisión de Bioética de cualquier modificación relevante que se produzca durante la tramitación del expediente y que pudieran afectar a la decisión del mismo y a hacerse responsable ante Universidad de Burgos de todos los daños y perjuicios causados derivados del incumplimiento de cualquiera de estos compromisos, incluidos todos lo que se deriven de reclamaciones de terceros presentados ante la Agencia Española de Protección de Datos.

RESOLUCIÓN

En consecuencia, se emite **INFORME FAVORABLE** a la solicitud presentada, al considerar que el objeto de la investigación cumple con las normas éticas y de protección de datos legalmente exigibles.

Fdo.: María del Camino Vidal Fueyo.
Presidenta de la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos.

Código seguro de Verificación: GEN-35ae-fd8f-2a3d-dbb2-ba07-e6ea-e58d-bec6 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consulta...>



CSV : GEN-35ae-fd8f-2a3d-dbb2-ba07-e6ea-e58d-bec6

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>

FIRMANTE(1) : MARIA DEL CAMINO VIDAL FUEYO | FECHA : 06/05/2023 13:44 | Sin acción específica



**UNIVERSIDAD DE BURGOS
COMISIÓN DE BIOÉTICA**

1.- El objeto de la actividad de investigación no debe plantear ninguna duda respecto del cumplimiento de las normas éticas y, en particular, de lo establecido por la Declaración de Helsinki en la investigación con seres humanos y demás normativa aplicable.

2.- La metodología a utilizar consistirá en la obtención o tratamiento de datos a través de cuestionarios, encuestas, acceso a bases de datos u otros instrumentos análogos, o utilizando pruebas no invasivas o que requieran una intervención mínima en las personas, excluyéndose, en todo caso, los supuestos en los que se requiera la toma de muestras de origen corporal.

3.- De la solicitud presentada debe desprenderse que se encuentra garantizado el respeto a la legislación vigente relativa a la protección de datos de carácter personal.

SEGUNDO: En el caso planteado se cumplen las condiciones y los requisitos anteriormente mencionados, pues, tal y como se desprende de la memoria que acompaña a la solicitud, se respetan las normas éticas y, en particular, lo establecido en la Declaración de Helsinki y demás normativa aplicable, así como lo previsto en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005), en el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (Reglamento 2016/679) y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

TERCERO: El objeto y metodología del proyecto presentado por la solicitante no plantea problemas éticos, toda vez que la participación se realizará conforme a los siguientes criterios (pp. 7 y ss.):

- Se solicitará el consentimiento informado de los usuarios a través del modelo que se proporciona desde el Comité de Bioética de la Universidad de Burgos. Todos los participantes son mayores de edad y con plena capacidad jurídica.
- Se asegurará el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales al garantizarse el anonimato de los participantes y el uso exclusivo de los datos para fines del proyecto.
- No supone ningún riesgo para los participantes, siempre y cuando estén seguros de participar en el estudio sabiendo que pueden abandonar en cualquier momento del proceso.
- Se hará llegar a cada participante un consentimiento informado donde se explica en que consiste el estudio y cuáles son los datos que van a ser utilizados.
- El análisis de los datos obtenidos se llevará a cabo con el programa OpenCode. Para analizar los datos del estudio se procederá a la codificación, es decir, se definirán las categorías sobre los datos que se han obtenido. Estas categorías se establecerán en función de las narrativas obtenidas en las entrevistas transcritas.
- El seudónimo de participación no permitirá la identificación de los participantes: estará compuesto por nombres aleatorios sin relación con el nombre real de los participantes.

-Asimismo, se aporta a la Comisión de Bioética el modelo de consentimiento informado que han de firmar los participantes en la prueba antes de su realización, documento que reúne todos los requisitos exigidos por la legislación vigente.

Código seguro de Verificación: GEN-35ae-fd8f-2a3d-dbb2-ba07-e6ea-e58d-bec6 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV>



CSV : GEN-35ae-fd8f-2a3d-dbb2-ba07-e6ea-e58d-bec6

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>

FIRMANTE(1) : MARIA DEL CAMINO VIDAL FUEYO | FECHA : 06/05/2023 13:44 | Sin acción específica

Anexo 7

Consentimiento informado

INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

El proyecto de investigación para el cual le pedimos su participación se titula:

“Proyecto de vida inclusivo tras un acto autolítico”

Le ruego lea detenidamente la siguiente información. Si tuviera alguna duda, exprésela antes de firmar este documento al investigador principal del proyecto, a través de los medios facilitados en el presente documento.

Si está de acuerdo con los fines de la investigación, considera que ha recibido información suficiente y quiere participar en el proyecto deberá firmar al final del documento. El consentimiento aquí manifestado podrá revocarse en cualquier momento. Para ello dispone de un modelo al final de este documento.

- a) **Objetivo del estudio:** Entrevistar a personas tras un acto autolítico para conocer las necesidades individuales que tienen de generar un nuevo proyecto de vida en su proceso de recuperación.
- b) **Metodología a utilizar para el estudio, tipo de colaboración que se espera de usted y duración de dicha colaboración:** se realizará una única entrevista en profundidad (pudiendo ser en una o varias sesiones), con su consentimiento será grabada, transcrita y una vez se hayan analizado los datos se borrará. Necesitamos que conteste a las preguntas con la máxima sinceridad posible y si en algún momento no quiere responder, es libre de poder hacerlo. No hay una duración determinada para realizar las entrevistas, siempre será en función de su disponibilidad y el tiempo que considere oportuno para responder a las preguntas.
- c) **Procedimientos preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos disponibles alternativos a los que se investigan con este estudio:** no procede.
- d) **Posibles molestias y riesgos de su participación en el estudio:** no existen riesgos en el desarrollo de este estudio. Si bien, debido a la sensibilidad del tema a tratar, se podrá detener las entrevistas en cualquier momento o incluso abandonar en el proceso.
- e) **Medidas para responder a los acontecimientos adversos:** en el caso de que se

produzca algún acontecimiento adverso en los sujetos que participen en la investigación se tomarán las medidas oportunas en función de las necesidades de los participantes. Si bien, no se esperan acontecimientos de este tipo en el estudio dado que no se plantean riesgos.

f) Medidas para asegurar una compensación adecuada en el caso de que usted sufra algún daño: no procede.

g) Beneficios que se espera obtener con la investigación: se pretenden conseguir testimonios reales, narrativas individuales para entender los procesos de recuperación desde una perspectiva subjetiva. Para con ello poder analizar si los proyectos de vida son eficaces a la hora de enfrentarse de nuevo a la vida después de un intento de suicidio. Con ello podrían verse reflejadas las necesidades de cada individuo y focalizar así las intervenciones en la persona, individualizadas y personalizadas.

h) Consecuencias de la no participación: si se prefiere no participar en este estudio, no afectará a la relación con las personas que proponen este estudio, la relación será igual de cordial y dedicada con los que rechacen participar que con los que sí participen.

i) Posibilidad de retirada en cualquier momento y consecuencias: usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento informando de ello a la persona que le invite a participar. Su retirada no tendrá ninguna consecuencia negativa para usted, y será aceptada sin problemas por el equipo investigador.

j) Financiación del estudio: este estudio no cuenta con financiación.

k) Institución: Facultad de Educación de la Universidad de Burgos.

l) Gratuidad por la participación: los participantes no obtendrán ninguna compensación económica por formar parte de este estudio.

m) Previsión de uso posterior de los resultados: los resultados se utilizarán con fines de docencia e investigación.

n) Equipo investigador: Elena Villar Castaño y María Camino Escolar Llamazares

o) Datos de contacto del investigador principal para aclaraciones o consultas:
Nombre: Elena

Apellidos: Villar Castaño

Teléfono de contacto: 689 08 05 96

Email: helenvillar24@gmail.com

Lugar de trabajo: Facultad de Educación de la Universidad de Burgos

p) El proyecto se realizará siguiendo los criterios éticos internacionales recogidos en la Declaración de Helsinki.

q) Medidas para acceder a la información relevante para usted que surjan de la investigación o de los resultados totales: Tiene derecho a acceder a la información generada sobre usted en el estudio. Si así lo desea deberá indicarlo a continuación:

Si deseo obtener los resultados de la investigación que sean relevantes para mi.

No deseo recibir información.

Se facilitará el acceso a los resultados de la investigación a través de correo electrónico.

Escribir a continuación:

r) Medidas tomadas por tratarse de un estudio anonimizado: se ha establecido un sistema de anonimización efectivo que no permite la identificación posterior del sujeto. En ningún caso se juntarán los consentimientos otorgados, donde sí se identifica al sujeto, con los cuestionarios o el resto de información utilizada en el estudio. En el uso que se realice de los resultados del estudio, con fines de docencia, investigación y/o publicación, se respetará siempre la debida anonimización de los datos de carácter personal, de modo que los sujetos de la investigación no resultarán identificados o identificables.

Nombre y apellidos:

Fecha:

Lugar:

Firma