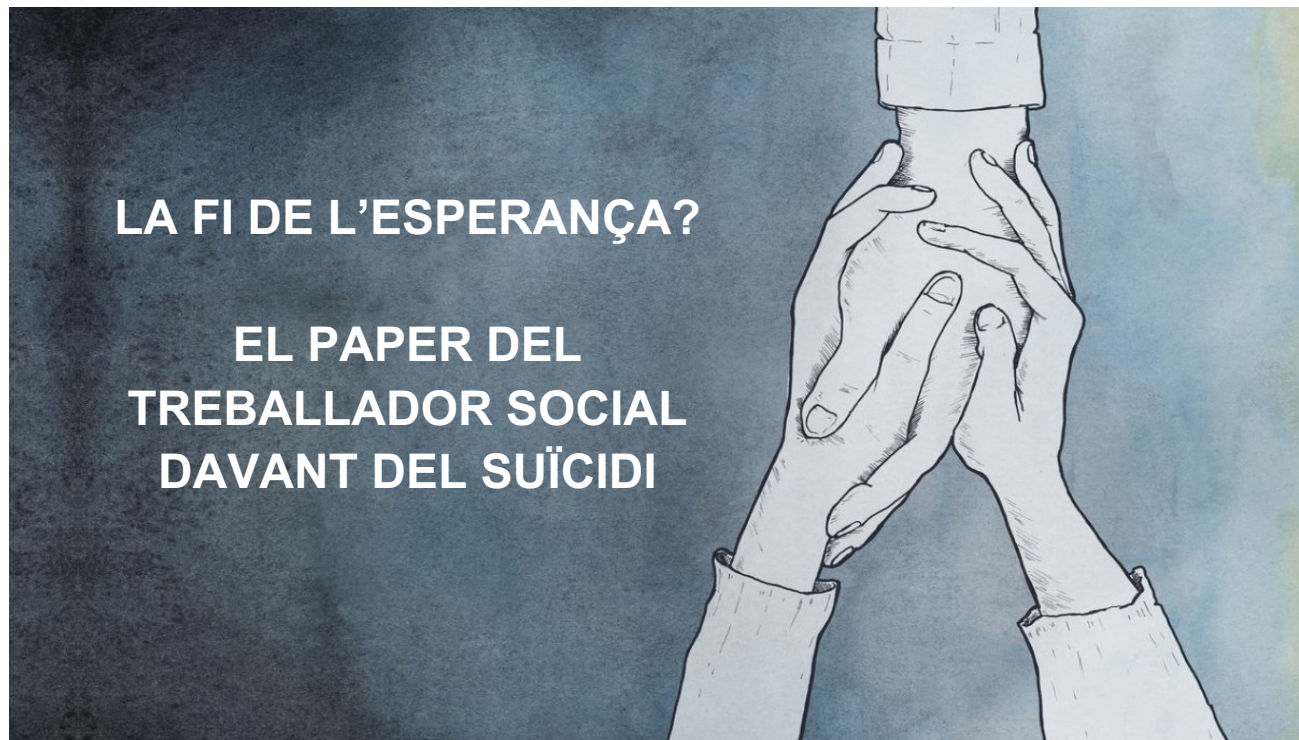


TREBALL DE FI DE GRAU



LA FI DE L'ESPERANÇA?

EL PAPER DEL
TREBALLADOR SOCIAL
DAVANT DEL SUÏCIDI


Universitat de Girona

Autora: Aïda Sayols Batlle

Tutor: Quim Brugué Torruella

Grau en Treball Social

Curs 2021 – 2022

03 de juny de 2022

Facultat d'Educació i Psicologia

LAS PALABRAS FINALES

*Y es que no es igual
ver el Sol brillar detrás de la ventana en la que cubres tu soledad
a jugar y saltar bajo los rayos iluminando tu mirada.*

*Quererte no es lo mismo que adorarme. Que aceptarme.
Me voy al final de la fila en la espera de aquello que un amor no me ha sabido dar.*

*Mantengo los puños cerrados por el dolor interno que no se quiere exteriorizar.
Y es que no es igual quedarme y soportar que irme y saberme cuidar.*

*Paso a paso en el perdido andar por aquellos rincones,
en la sombra de lo que no se busca aceptar,
cubro uno a uno los errores con mantas para dormir
como si con ella pudiera volver a reír.*

*Y es que no es igual llorar contigo que llorar junto a ti.
Me punzan los puñales que no me dejan descansar,
giro alrededor del colchón buscando un poco de paz, esa efímera tranquilidad.
Me arrastran las penas, me absorbe el hoyo negro del que no veo el final,
se abandona la esperanza de lograr disfrutar siquiera un poco.
El panorama de los pilares que sostienen mi cantar se caen sobre mí,*

*Rompiéndome a llorar, ¿qué es esto?
Entre gritos ahogados decido callar.*

*Duermo, no descanso.
Me duermo y ya no despierto.*

Autor Desconegut

AGRAÏMENTS

A Quim Brugué, tutor del treball de fi de grau, per la seva orientació, suport i acompanyament al llarg del desenvolupament d'aquest treball.

A totes les professionals i testimonis que han col·laborat i participant en la realització d'aquest projecte, aportant la seva experiència professional i personal, així com afegint altres qüestions que m'han encoratjar a continuar investigant i fent recerca respecte aquesta problemàtica.

A totes les meves amistats, que tot i haver viscut la mort d'un amic a causa del suïcidi, han mostrat el seu suport i han fet més amè aquest recorregut.

I, en especial, a la meva família: als meus pares Xavier i Marta pel seu recolzament constant i al meu germà Marc, pels seus consells i suggeriments transformadors.

ÍNDEX

1. Introducció i justificació.....	4
1.1 Objectius	5
1.2 Organització del treball	5
1.3 Metodologia.....	6
2. Aproximació teòrica	7
2.1 Una pinzellada històrica	7
2.2 Factors i condicionants socials	9
2.2.1 Pobresa, precarietat i pèrdua de treball	11
2.2.2 Salut mental, depressió i els trastorns mentals.....	11
2.2.3 Assetjament escolar i xarxes socials	12
3. Anàlisi i discussió	14
3.1 El suïcidi no és un fet aïllat	14
3.2 La tasca dels treballadors socials vers el suïcidi en l'actualitat	17
3.3 Desconstruint els mites	20
3.4 Protocol d'actuació dels treballadors socials dels serveis socials bàsics i especialitzats.....	22
4. Conclusions	27
5. Referències bibliogràfiques	31
6. Annexos.....	34
6.1 Plantilla entrevistes semiestructurades a professionals.....	34
6.2 Plantilla entrevistes semiestructurades a testimonis i familiars	35
6.3 Document de consentiment informat	36

1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) xifra en 800.000 les morts per suïcidi que es produeixen cada any al món. Per tant, es tracta d'una mortalitat superior a la d'homicidis i guerres. El suïcidi és la segona causa principal de mort entre persones de 16 a 29 anys. L'OMS data que per cada mort per suïcidi hi ha vint persones més que ho intenten.

Pel que fa a Catalunya, el suïcidi és la primera causa de mort entre els joves catalans de 16 a 35 anys. El Departament de Salut xifrava l'any 2016 que hi ha 1 suïcidi juvenil cada 5,2 dies.

És important conèixer que el suïcidi no és sempre conseqüència d'un trastorn mental, ja que es deu a causes multifactorials. Malgrat això, el 90% de les persones que se suïciden presenten una problemàtica de salut mental prèvia. Remarco que és imprescindible conèixer que el suïcidi no sempre és conseqüència d'una patologia de salut mental perquè les persones, en tant que agents socials, formen part de la societat i, per tant, també estan influenciats per uns determinats socials que condicionen la seva vida i, en conseqüència, influeixen en el comportament, l'estat emocional i psicològic de les persones.

Malgrat aquestes dades esfereïdores, el suïcidi continua essent un tema tabú i una mort silenciosa per a la nostra societat. És per aquest motiu, juntament amb experiències personals, que penso que és d'especial importància treballar aquesta problemàtica que afecta tantes persones. L'estiu de 2021 es va suïcidar un amic. Tot i que, coneixia gent que havia perdut familiars i amics per aquesta causa, sempre costa d'assimilar quan et toca de prop. Amb tot això i, com a futura treballadora social, voldria veure si els treballadors socials també podem intervenir-hi.

1.1 OBJECTIUS

Per a l'elaboració d'aquest treball m'he plantejat donar resposta a tres objectius: En primer lloc, conèixer els determinants socials que influeixen directament en la vida de les persones que comenten o bé tenen pensaments suïcides.

Altrament, identificar la tasca que duen a terme els i les treballadores socials amb relació als casos de suïcidi. En conseqüència, conèixer si existeix algun protocol d'actuació vers el suïcidi per als treballadors socials en l'àmbit de Serveis Bàsics d'Atenció Social, des dels Centres d'Atenció Primària i, en darrer lloc, del servei especialitzat Centre de Salut Mental d'Adults.

Finalment, destacar propostes d'intervenció que poden dur a terme els professionals del Treball Social.

1.2 ORGANITZACIÓ DEL TREBALL

L'estructura del present Treball Final de Grau es troba organitzada en dos grans blocs. En primer lloc, després d'una breu introducció de les dades i els motius pels quals és important treballar i prevenir els suïcidis, hi ha una aproximació teòrica del suïcidi on tracto els temes més significatius, l'evolució de la visió social vers el suïcidi i els condicionants socials que tenen influència en la vida de les persones.

Seguidament, la part empírica del treball se centra en la identificació de què és el suïcidi, la tasca dels professionals de Treball Social en relació amb aquesta problemàtica, els protocols existents i, finalment, una aproximació de com hauria de ser la tasca dels treballadors socials en un futur. Aquesta informació s'ha extret a partir d'entrevistes a diverses professionals i del bagatge teòric. En conjunt, donen resposta als objectius plantejats.

Finalment, a l'apartat de conclusions es troben un seguit de propostes de futur vers la pràctica professional del Treball Social i el suïcidi.

1.3 METODOLOGIA

Respecte a la metodologia, aquest treball es fonamenta en lectures de professionals experts, per tal d'explorar i detectar els determinants socials que condicionen la conducta, les emocions i la vida de les persones. Així com els antecedents històrics i l'evolució de la visió del suïcidi.

Mostra: El present estudi s'ha elaborat a partir de l'anàlisi i la lectura de vint-i-un documents. A l'hora de seleccionar els recursos necessaris i útils per aquest estudi he utilitzat els que inclouen paraules claus com: suïcidi, conducta suïcida, factors de risc, Treball Social, programes, factors de protecció, salut mental.

Instruments i tècniques: Pel que fa a la recopilació d'informació per elaborar el marc teòric, s'utilitzen diferents fonts.

A partir d'entrevistes semiestructurades a diverses professionals de l'àmbit del treball social i psicologia, s'ha facilitat el diàleg obert, per tal de poder donar resposta als objectius plantejats. Alhora, les preguntes obertes permeten que les persones entrevistades puguin centrar-se en aspectes més concrets o relacionar-ho amb d'altres rellevants.

A causa de la magnitud d'aquesta problemàtica, he fet un estudi de cas, ja que m'he centrat a entrevistar professionals d'unes poblacions concretes: Sarrià de Ter, Sant Julià de Ramis i Medinyà. En el cas de l'entrevista a la treballadora social del servei especialitzat, el Centre de Salut Mental i Addicions pertany a la ciutat de Girona.

En un inici, tenia pensat entrevistar un total de vuit professionals de treball social, medicina i psicologia. A causa del volum de feina i de l'escassa disponibilitat de les treballadores, finalment, he entrevistat a un total de sis persones, tenint en compte també el testimoni de dues persones; un conegut que va perdre un company de la infantesa, i la filla d'un home que va cometre suïcidi.

2. APROXIMACIÓ TEÒRICA

2.1 UNA PINZELLADA HISTÒRICA

El suïcidi és un fenomen transcultural que ha estat present des de l'origen de la humanitat. Ho podem veure en històries bíbliques, referències vikingues, però també a la literatura, cinema i, fins i tot, en cançons. Per a parlar del suïcidi i dels factors socials que influeixen en la vida de les persones, m'agradaria fer una breu pinzellada històrica per entendre com ha evolucionat la concepció de la mort voluntària.

En l'època clàssica el tema del suïcidi ja era un tema de debat i preocupació a la vida pública. Alguns dels filòsofs més reconeguts al llarg de la història, com Plató i Aristòtil també van reflexionar-hi.

D'una banda, Plató va escriure *Fedó*, un diàleg basat en les últimes hores de vida de Sòcrates. En aquest llibre, Plató filosofa vers molts temes, un dels quals és el suïcidi. Podem llegir fragments dels diàlegs entre Cebes i Sòcrates on afirmen que:

A voltes, a ell (l'humà) li és millor estar mort que viure, i en els casos en què li és millor estar mort, potser et sembla estrany que a aquests homes els sigui impiu donar-se la mort a si mateixos, si no que han d'esperar-se a un altre benefactor (Plató, 62a)¹.

Així doncs, el filòsof reconeix, que en algunes situacions concretes, seria millor la mort per a les persones que no la vida, però aquest dret de decidir si viure o morir no els pertoca a ells, sinó als Déus:

Els humans estem en una espècia de presó de la qual no ens hem d'alliberar nosaltres mateixos ni escapar d'aquesta, [...] els déus són els que cuiden de nosaltres i que nosaltres, els humans, som una possessió dels déus [...] (Plató, 62b).

Al llarg d'aquest diàleg, el filòsof planteja la següent qüestió: és ètic suïcidar-se? Responent a aquest dilema, segons el diàleg entre Sòcrates i Cebes, en aquest cas,

¹ Les cites utilitzades en el present treball han estat traduïdes al català per tal de facilitar-ne la lectura.

la mort és desitjable en algunes ocasions, però aquesta no s'ha de produir de manera violenta cap a un mateix. Això no obstant, al llibre IX de *Les Lleis*, Plató descriu algunes situacions en què el suïcidi no s'hauria de castigar; quan una persona actua sota circumstàncies de patiment extrem o irreversible i en la situació en què una persona es troba subordinada i ha de cometre accions immorals.

D'altra banda, Aristòtil, seguint amb la línia de Plató, afirma que donar-se la mort a un mateix per tal d'evitar el patiment és actuar de manera covarda i injusta. Aristòtil fa un pas més i argumenta que el suïcidi no tan sols engloba concepcions biològiques sinó també socials. Al seu llibre *Ètica Nicomàquea*, condemna el suïcidi perquè considera que les persones no obren racionalment i actuen contra la llei "la llei no mana suïcidar-se, i el que no mana, ho prohibeix" (Aristòtil: 1992:264).

A més, segons el filòsof, la persona que se suïcida també atempta contra l'Estat "la ciutat el castiga i s'imposa al que intenta destruir-se a un mateix amb certa privació dels drets civils, com a culpable d'injustícia contra la ciutat" (Aristòtil 1992:265).

Amb el cristianisme, va sorgir la prohibició religiosa. Ubieto (cit. Tomàs d'Aquino (2017:128) argumentava que "el suïcidi és un atemptat contra Déu, creador de la vida, contra la societat a la qual es priva d'un dels seus membres i contra la caritat, l'amor que un es deu a si mateix". Més endavant, a l'edat mitjana i fins a la Revolució Francesa els arguments del cristianisme es van unir als objectius sociopolítics, necessitats de soldats, no va ser fins a la Revolució Francesa que es va despenalitzar el suïcidi arreu d'Europa.

Ubieto (2017) fa una anàlisi del concepte i la percepció que hi ha sobre el suïcidi en l'actualitat. A diferència d'altres èpoques, actualment el suïcidi és un acte que no es troba lligat amb motivacions religioses o polítiques, sinó que, tal com reconeix l'autor, és una actitud antisocial perquè enfronta els ideals hedonistes de l'època:

Si avui es tracta de gaudir com més millor, sense límits (*Nothing is impossible*), resulta inexplicable que algú rebutgi aquesta promesa de felicitat sustentada en el consum. La

felicitat ja no és una possibilitat, sinó un imperatiu al qual doblegar. Morir-se per voluntat pròpia és subvertir aquesta obligació social i personal (Ubieto, 2017:128).

2.2 FACTORS I CONDICIONANTS SOCIALS

Els éssers humans, a diferència dels animals, són capaços de raonar. Per tant, tenen tendència a buscar una raó, un motiu, pel qual un fill, una amiga, un pare, una professora, s'ha suïcidat. Davant del desconcert que aquesta problemàtica provoca, busquem donar una resposta. El cert és que el suïcidi no entén de raons. Les persones que tenen aquests pensaments viuen amb una angoixa i un patiment i no estan disposades a pensar-hi més. Busquen una sortida per no aguantar aquest dolor que se'ls fa impossible de suportar. Aquest dolor o patiment es pot deure a motius psicològics però també a causa d'una inestabilitat social: assetjament, discriminació, pèrdua de feina i de lligams socials, entre altres.

El cert és que hi ha factor comú: el convenciment íntim de trobar-se en un punt en què han perdut la seva dignitat i no poder sortir d'un pou que els empeny cap al no-res. Es considera, doncs, que el suïcidi és una conseqüència a la depressió que pateixen moltes persones. No obstant això, el suïcidi és multifactorial i, en tant que les persones són agents socials, es troben influenciades per uns determinants socials.

Shneidman (1918 - 2009) és conegut com el pare de la *Suicidologia* moderna, a través de la seva investigació científica, fou el primer en el camp de la prevenció i atenció del suïcidi. A través de la seva recerca va aconseguir abandonar la falsa percepció que els suïcidis tan sols els cometien els malalts mentals i va demostrar que tan sols el 15% dels suïcidis eren psicòtics. Per tant, Chávez i Leenaars (cit. Shneidman, 2010: 358) conceben el suïcidi com una crisi psicològica i un problema vertaderament filosòfic: "el suïcidi és l'acte conscient d'autoanhiliació, que senten com un malestar pluridimensional en un individu que percep aquest acte com la millor solució".

Durkheim (1958 – 1917) al llibre *El suïcidi* fa un estudi sociològic per a demostrar les influències emocionals i les condicions que influeixen en la taxa dels suïcidis. Especialment, destaca les raons en factors econòmics, els factors climàtics i geogràfics, la guerra, i, concretament, l'aïllament social. Així doncs, per a Durkheim (1976:17) el suïcidi es deu a una causa social i, per tant, cal buscar la causa en l'anomia social, que és el desequilibri entre l'estructura social i la consciència cultural:

La felicitat humana només pot estar garantida si els plaers de l'individu quedaven limitats per normes socialment acceptades. Sota circumstàncies en les quals aquestes normes es desintegren, l'individu se sotmetia a un estat de desorganització personal <<anomia>>.

Durkheim (1976:322) va distingir tres categories o tipologies de suïcidis: en primer lloc, el suïcidi egoista és aquell que resulta de l'alineació de l'individu respecte del medi social. Aquest tipus de suïcidi és comú allà on els factors culturals com el dels encarnats en el protestantisme subratllen l'individualisme i l'esforç concentrats en el jo.

En segon lloc, el suïcidi altruista, que es troba en societats rígidament estructurades que posen per sobre de l'individu un codi de deures de sentit grupal, i fan del sacrifici pel grup una existència moral.

Finalment, el suïcidi *anòmic*, que es dona quan hi ha un error o dislocació dels valors socials que porta a una desorientació individual i a un sentiment de falta de significació de la vida. Això pot resultar de pertorbacions temporals com la guerra o les crisis econòmiques; de factors personals com una ràpida mobilitat social; o de canvis ràpids en l'estructura social, com les relacions amb la industrialització dels països subdesenvolupats, que socaven l'autoritat tradicional i els valors establerts.

A partir de la recerca feta, destaco alguns dels **determinants socials** més habituals que influeixen en la vida de les persones i que coincideixen amb la teoria del suïcidi anòmic que sostenia Durkheim:

2.2.1 Pobresa, precarietat i pèrdua de treball

L'any 2014 l'Institut Nacional d'Estadística (INE) xifrava amb 3.910 les persones que s'havien llevat la vida. A Espanya, a conseqüència de la crisi, el nombre de suïcidis va créixer notablement, especialment entre la població al voltant de l'edat de cinquanta anys. Aquest col·lectiu era el que es trobava més afectat per la pèrdua de treball, i en alguns casos de la seva llar.

El 78% dels suïcidis es comenten en països d'ingressos baixos i mitjans. La pèrdua del lloc de treball i l'habitatge és un factor estressant per a moltes persones. Algunes de les quals no es troben soles, sinó que són responsables dels seus fills i filles. Per tant, tenen una responsabilitat afegida que no veuen capaços d'assumir. Així doncs, la pèrdua de recursos econòmics, de la seva llar i la feina els provoca una inestabilitat física, social i emocional.

2.2.2 Salut mental, depressió i els trastorns mentals

Abramson, Metalsky i Alloy (1997:212) ens aproximen a la teoria de la depressió per desesperació. Aquesta teoria explica que "les persones que posseeixen estils inferencials negatius (vulnerabilitat cognitiva) són més propenses a desenvolupar símptomes depressius (més específicament, els símptomes del subtipus "depressió per desesperança)". Els principals motius socials pels quals apareix la depressió i, en conseqüència, la idealització del suïcidi són: la baixa autoestima, la tristesa, incertesa i ansietat.

Ubieto (cit. Lacan, 2017) considera que "el suïcidi procedeix de la decisió presa de no saber res". El subjecte, que es troba desbordat per aquesta angoixa, vol posar punt final a aquest patiment. Aquesta visió del suïcidi es considera lligada a la teoria

de la depressió per desesperança, ja que parteix de la base de situació de vulnerabilitat.

El Manual de Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM5) concep el trastorn depressiu com “estat d'ànim trist de manera persistent, vuit o irritable, amb canvis somàtics i cognitius que afecten la capacitat funcional de la persona”. Un estudi publicat a la revista *The Lancet* l'any 2020 mostrava que uns 193 milions de persones haurien patit depressió severa l'any 2020, és a dir 2.471 casos per cada 100.000 habitants. Això sense tenir en compte l'afectació de la Covid-19. El cert és que, la pandèmia del Coronavirus ha tingut un gran impacte en la salut mental de les persones i una repercussió directa en les relacions socials que encara son presents.

2.2.3 Assetjament escolar i xarxes socials

Segons l'OMS, l'adolescència és el període comprés entre els deu i dinou anys, és una etapa complexa de la vida, marca la transició de la infància a l'estat adult, per tant, es produeixen uns canvis físics, psicològics, biològics intel·lectuals i socials. Podem diferenciar dues etapes de l'adolescència; la precoç, que compren dels 10 a 14 anys i la segona que correspondria a les edats entre 15 i 19 anys.

Centrant-nos en la segona etapa, que segons Navarro (2016) és quan es produeixen més casos de suïcidis juvenils, hi ha uns canvis físics i psicològics evidents. Passen d'anar a l'escola a l'institut, canvien o amplien les xarxes d'amistats, es comencen a desenvolupar i canviar físicament, tendeixen a seguir les normes acceptades pel grup d'iguals, entre molts altres.

Especialment, em centraré en les normes acceptades pel grup d'iguals perquè actualment les xarxes socials i el fet de voler ser acceptats per la resta tenen una importància cabdal en les conductes dels adolescents. A través d'aplicacions com Instagram o Tiktok estan constantment exposats a la resta. Les xarxes socials aporten molts beneficis, però en contrapartida alguns perills.

A mitjans de l'any 2017 es va fer famós arreu del món el repte "Balena Blava". Aquest "joc" implicava superar cinquanta reptes en cinquanta dies i, en superar-los tots, culminava amb la mort dels participants. Per exemplificar aquestes proves: "Talla't els braços amb una fulla d'afaitar al llarg de les venes, però no gaire profundament. Tan sols fes tres talls i envia una foto a l'administrador, aixeca't a dos quarts de cinc del matí i camina pel teulat (com més alt, millor), salta des d'un edifici alt i lleva't la vida."

L'autor del joc Philipp Lis va anomenar-lo així per fer un paral·lelisme amb les bales blaves que neden cap amunt i decideixen quan moren. Molts dels reptes que proposaven estaven relacionats amb produir autolesions i situacions límit. Aquest joc va tenir un gran impacte a escala mundial i va causar la mort de molts adolescents, a Catalunya els Mossos d'Esquadra van investigar sis casos.

Segons sembla, l'autor del joc havia patit assetjament escolar per part dels seus companys. L'assetjament escolar, que moltes vegades passa desapercebut, posa en una situació límit a les víctimes. Tal com comentava anteriorment, el sentiment de rebuig i la falta d'autoestima provoca als joves una situació d'angoixa persistent on no veuen cap altra sortida. Olweus (1973) defineix l'assetjament escolar com:

Conducta de persecució física i/o psicològica que realitza un alumne contra un altre, al que escull com a víctima de repetits atacs. Aquesta acció, negativa i intencionada, situa la víctima en una posició de la qual difícilment pot sortir-ne pels seus propis mitjans. La continuïtat d'aquestes relacions provoca en les víctimes efectes clarament negatius: descens de l'autoestima, estatus d'ansietat i fins i tot quadres depressius, cosa que dificulta la seva integració en el medi escolar i el desenvolupament normal dels aprenentatges.

El cas de la Massacre de Columbine l'any 1999 és una mostra de les conseqüències de patir assetjament escolar, juntament amb altres factors, dos joves armats van entrar a l'institut i van causar moltes morts abans de suïcidar-se.

3. ANÀLISI I DISCUSSIÓ

En aquest apartat, es desenvolupen diferents punts per tal de donar resposta als objectius plantejats a l'estudi, a partir de la informació extreta de les entrevistes juntament amb l'ampliació de la recerca bibliogràfica.

3.1 El suïcidi no és un fet aïllat

En relació amb el primer objectiu, **conèixer els determinants socials que influeixen directament en la vida de les persones que comenten o bé tenen pensaments suïcides**, el marc teòric i la recerca ens ha aproximat a conèixer aquesta problemàtica, així com, els factors de risc externs a les persones, però que tenen un impacte directe en la seva conducta.

Ara bé, les entrevistes realitzades a treballadores socials de diversos serveis socials, tant bàsics com especialitzats, han permès ampliar i definir el suïcidi a partir de la seva experiència professional. A més, també he comptat amb la participació d'un testimoni que va perdre un amic i una que va perdre el seu pare a conseqüència d'aquesta problemàtica.

Totes les persones participants en aquest treball coincideixen que el suïcidi és un acte voluntari que té com a finalitat posar fi a la vida d'un mateix. Ara bé, algunes consideren aquest acte com una forma de valentia, ja que és una decisió molt difícil de prendre, fer-se mal a un mateix, però alhora egoista perquè la persona no lluita per superar la situació que l'envolta i tampoc pensa en les implicacions que tindrà per la seva família i amistats.

Pel que fa als condicionants socials, les situacions que posen al límit a les persones es poden deure a problemes de salut mental, com la depressió, però també aspectes de gran patiment vital com podia ser no disposar de capacitat econòmica per fer front a les despeses de la vida diària, l'aïllament social, el trencament de relacions familiars i personals, etc. Per tant, hi ha unes condicions externes a les persones que les fa subjectes a un patiment constant i voler-se'n alliberar. Un

aspecte important que cal tenir en compte i que ha estat proporcionat per l'experiència d'una professional de l'àmbit de salut mental és que les persones se suïciden quan són més conscients de la realitat que viuen. És a dir, es lleven la vida quan són capaces d'identificar les problemàtiques socials que pateixen. Aquest fet ens allunya de la percepció que les persones se suïciden fruit de la ceguesa que provoca la desesperació. El cert és que pateixen i voluntàriament decideixen prendre's la vida, però aquest acte no és irresponsable sinó conscient:

El suïcidi és realment un acte íntim i personal lligat a una vida, als esdeveniments particulars d'aquesta vida. És un acte específicament humà, lligat a la nostra condició, que forma part de la nostra dignitat i que no existeix en altres éssers vius (Minois, 1995).

Per tant, no podem dir que el fet que una persona hagi estat desnonada sigui el detonant i el motiu pel qual s'ha suïcidat, és evident que les coses són multifactorials i que no podem pretendre buscar una única causa o justificació, però si podem identificar-ne els riscos.

Tanmateix, és necessari fer una distinció entre les persones suïcides i les que fan temptatives. Castro (2014:227) descriu les autolesions no suïcides:

El subjecte s'ha exercit de manera intencional, un dany en la superfície del seu cos, del tipus que pot induir a sagnat, hematomes o dolor (com per exemple tallar-se, cremar-se, colpejar-se, gratar-se excessivament), amb la finalitat no sancionadora de la societat (tatuatges, perforacions corporals, etc.), però realitzats amb l'esperança que la lesió produeixi únicament un dany físic lleu o moderat. L'absència de l'intent suïcida és, o bé reportada pel pacient, o bé es pot entendre que el pacient sap, per experiència, que els seus mètodes per lesionar-se no tenen potencial letal.

Altrament, és necessari establir una diferenciació entre la idealització del suïcidi, l'intent de suïcidi i el suïcidi consumat. Les professionals de l'àrea de Salut, feien un incís en aquesta distinció, ja que, no tothom que ho intenta realment es vol suïcidar, especialment els adolescents, que comenten aquests actes perquè necessiten ajuda i no disposen de les eines necessàries per a demanar-la.

Nizama (2011:03) afirma que la ideació del suïcidi compareix un ampli espectre de pensament, que pot adquirir diverses formes de presentació: el desig de morir: la vida no val la pena viure-la, jo el que hauria de fer és morir-me; la representació suïcida: m'he imaginat que em penjava; la idea d'autodestrucció: em mataré [...] no sé com, però ho faré; la idea suïcida amb una adequada planificació: em mataré de qualsevol manera, amb pastilles, tirant-me davant d'un cotxe, cremant-me; la idea suïcida amb una planificació adequada: he pensat penjar-me al bany, mentre la meua dona dorm.

És precisament quan es presenta aquesta idealització del suïcidi quan les professionals de serveis socials bàsics i de salut haurien de començar a treballar en xarxa per tal de poder treballar amb les persones que manifesten, a vegades de forma explícita, la seva ideació de la mort per posar fre a la seva vida. La realitat és que no tots els pensaments de mort acaben convertint-se en actes consumats, per aquest motiu és difícil abordar aquesta problemàtica de manera instantània.

Els metges del Centre d'Atenció Primària (CAP) són realment els referents i que fan un seguiment més habitual i rutinari de les persones. Per tant, també són els responsables d'iniciar un pla de medicació per frenar aquests pensaments o bé fer una derivació a un centre especialitzat com pot ser el Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) i Infants i Juvenils (CSMIJ), ja que no tots els casos que presenten una ideació del suïcidi acaben consumant aquest desig i es pot treballar amb la medicació regulada corresponent.

Altrament, Nizama (2011:03) distingeix intent de suïcidi com "l'individu executa l'acció, però no arriba a consumir-se, per alguna raó, imperícia o falla en el mètode" i suïcidi consumat "l'individu aconsegueix posar fi a la seva vida". Així doncs, la tasca dels professionals haurà de ser preventiva, la qual cosa actualment sol ser més reactiva, associacions per donar suport a les famílies, vinculació de les persones un cop ja han intentat cometre suïcidi, etc. Això ens porta a reflexionar vers la tasca que duen a terme els i les treballadores socials en l'actualitat.

3.2 La tasca dels treballadors socials vers el suïcidi en l'actualitat

Pel que fa al segon objectiu del treball, **identificar la tasca que duen a terme els treballadors socials amb relació als casos de suïcidi des dels serveis: SBAS, CAP i CSMA**, en realitzar la part pràctica he detectat que no hi ha unes tasques concretes pel que fa a l'atenció de les persones suïcides.

Des dels SBAS de Sarrià de Ter i Sant Julià de Ramis i Medinyà, existeix una coordinació habitual i constant amb la treballadora social del CAP Sarrià. Les treballadores socials de SBAS atenen a tota la població del municipi en qüestió, la seva tasca sol ser assistencialista, educativa i preventiva. Com que la població diana és qualsevol persona resident al municipi (gent gran, adolescents, famílies, etc.) les professionals d'aquest servei són les referents i les primeres a posar-se en contacte amb les famílies.

Rarament, les demandes inicials són manifestacions concretes sobre el seu estat anímic, però quan detecten indicis i riscos que les fa alertar d'un possible cas de depressió o pensaments suïcides immediatament es coordinen amb el CAP. El moment de fer la coordinació i derivació no implica una desvinculació total amb la persona demandant, sinó que es treballa paral·lelament amb els professionals de salut.

La treballadora social del CAP fa una tasca d'observació i detecció i, posteriorment, derivació al CSMA, en el cas de persones majors de divuit anys, o CSMIJ, si es tracta d'infants o joves. La treballadora social de salut té unes funcions concretes i, com que no és especialista amb salut mental, només pot garantir i treballar aquelles que són de la seva competència, davant del suïcidi el més habitual: assessorament vers els recursos socials, sanitaris i psicològics que la persona pot sol·licitar o utilitzar.

Els professionals referents del Centre d'Atenció Primària són els metges de capçalera. Durant les visites mèdiques, els professionals atenen les demandes que

fan els seus pacients, però en cas de detectar que la persona que estan atenent presenta un quadre de pensaments suïcides, comencen un pla medicinal per tal d'alleugerir aquests pensaments. Aquest és el cas de les persones joves o bé de les persones que consideren que no necessàriament han de ser derivades al centre de salut mental de referència, perquè potser la seva situació es pot abordar sense haver de diagnosticar un trastorn mental. Les persones que fan un tractament farmacològic, han de fer un seguiment amb els seus doctors per tal de veure la seva evolució i si noten una millora en el seu estat d'ànim diari. A més, aquesta actuació sol anar complementada amb visites periòdiques a una psicòloga del CSMA que es desplaça un dia a la setmana al CAP Sarrià. En aquest sentit, l'actuació d'aquest centre està molt enfocada a la persona.

Tal com he comentat, les persones abans de ser derivades al CSMA han d'haver fet un treball previ amb el personal sanitari del seu municipi o regió o bé presentar un quadre clínic realment greu basat en uns ítems predeterminats. La derivació sol fer-se a un psicòleg o bé psiquiatre, depenent de cada cas. Així doncs, la tasca de la treballadora social del centre de salut mental és preventiva. Les professionals detecten les necessitats de la persona i busquen serveis i recursos per cobrir aquestes necessitats.

Generalment, des del servei especialitzat treballen amb persones diagnosticades amb trastorns mentals severos, aquestes són conscients que no es troben bé i que hi ha la possibilitat que es desequilibrin. Per aquest motiu, les treballadores socials fan una tasca continuada i un seguiment regular amb els usuaris. La seva feina està centrada a cobrir necessitats existents, però també prevenir les que esdevindran, perquè les persones amb el trastorn mental sever pugui estar "tranquil·la" en cas de desequilibrar-se. Una de les preocupacions força freqüents és "què passarà amb el meu gos/gat". Tot i que, pot semblar una banalitat, per a molts, les mascotes son part del nucli familiar i volen saber que quan ells hagin de ser ingressats o bé no es considerin en les plenes capacitats per a fer-se'n càrrec, no quedaran deseparats. Malgrat això pugui semblar una qüestió que no és de la competència del

professional, ho és quan forma part del nucli familiar d'una persona i abordar-ho implica vetllar pel seu benestar físic i emocional.

Cal fer un incís, per entendre que la visió del concepte salut ha evolucionat al llarg dels anys. Milton Terris (1915 – 2002) definia salut com “estat de benestar físic, mental i social i la capacitat per funcionar no merament l'absència de malaltia o incapacitat”. Aquesta definició coincideix amb la consideració de l'OMS (1978) “estat de complet benestar físic, mental, social i espiritual, i no solament l'absència d'afeccions o malalties. La salut implica que totes les necessitats fonamentals estiguin cobertes: afectives, sanitàries, nutricionals, socials i culturals”. Aquesta manera d'entendre la salut, es coneguda com el paradigma biopsicosocial. Per tant, la figura dels treballadors socials dins de l'àmbit de la salut se centra principalment a augmentar la qualitat de vida de les persones atenent el conjunt del seu context.

3.3 Desconstruint els mites

Hi ha molts conceptes erronis i creences preestablertes vers el suïcidi. *El Pla de prevenció del suïcidi i maneig de la conducta suïcida* de la Comunitat Valenciana, desconstrueix els mites pel que fa a aquesta problemàtica.

MITE	FET
Els que parlen del suïcidi no tenen la intenció de cometre'l	Els que parlen de suïcidi poden estar demanant així ajuda o suport. Un nombre significatiu de persones que contempen el suïcidi presenten ansietat, depressió i desesperança i poden considerar que no tenen cap altra opció
La majoria dels suïcidis succeeixen sobtadament sense advertència prèvia	La majoria dels suïcidis han anat precedits de signes d'advertència verbal o conductual. Per descomptat, alguns suïcidis és cometen sense advertència prèvia. Però és important conèixer els signes d'advertència i tindre present
La persona suïcida està decidida a morir	Al contrari, les persones suïcides solen ser ambivalents sobre la vida o la mort. L'accés al suport emocional en el moment propici pot previndre el suïcidi
Qui haja sigut suïcida alguna vegada mai deixarà de ser-ho	El major risc de suïcidi sol ser a curt termini i específic segons la situació. Encara que els pensaments suïcides poden tornar, no son permanents, i qui haja tingut pensaments i intents suïcides pot portar després una llarga vida
Només les persones amb trastorns mentals son suïcides	El comportament suïcida indica una infelicitat profunda, però no necessàriament un trastorn mental. Moltes persones que viuen amb trastorns mentals no estan afectades pel comportament suïcida i no totes les persones que es lleven la vida tenen un trastorn mental
Parlar del suïcidi és una mala idea i pot interpretar-se com a estímul	Donat l'estigma generalitzat al voltant del suïcidi, la majoria de les persones que contempen el suïcidi no saben amb qui parlar. En compte de fomentar el comportament suïcida, parlar-ne obertament pot donar a una persona altres opcions o temps per a reflexionar sobre la seua decisió, i previndre així el suïcidi.

Taula 1: Mites sobre la conducta suïcida. Extret de "Pla de prevenció del suïcidi i maneig de la conducta suïcida", p. 12

Actualment, a la regió de Sarrià de Ter, Sant Julià de Ramis i Medinyà, no es duu a terme cap actuació vers el suïcidi més enllà del que s'ha esmentat anteriorment. De la mateixa manera que a les escoles i instituts es parla sobre l'abús de substàncies estupefaents, les relacions sexo-afectives i l'assetjament, també s'hauria d'abordar la problemàtica del suïcidi. Una manera amena de fer-ho, seria treballar-ho a partir dels mites i de les creences que tenen, en aquests casos, els estudiants, sobre el suïcidi. Fomentant aquests espais no tan sols permetria detectar possibles casos d'ideació de suïcidi, sinó que també es potenciarien espais per parlar sobre sentiments, relacions sanes amb els companys, prevenir les conductes de risc dels joves i adolescents, entre altres.

Parlar sobre el suïcidi i la mort costa, especialment entre joves. Socialment, continuem tenint la visió cristina de la puresa de la vida i parlar obertament sobre la ideació de mort ens sobta. La realitat mostra que el nombre més elevat de persones que comenten suïcidi són joves entre els setze i trenta-cinc anys a Catalunya. Sabent això, una de les actuacions que es pot dur a terme és abordar aquest tema als instituts, ja que comprèn les etapes vitals dels dotze als setze anys obligatòriament i fins als divuit aquells que decideixen fer batxillerat. El suïcidi es pot enfocar des de la vessant docent, però necessàriament ha de comptar amb la participació de treballadors socials i psicòlegs.

Que una persona parli sobre el suïcidi o la temptativa, no és una crida d'atenció, és un crit d'auxili. Desvaloritzar-ho i qüestionar a les persones que obertament demanen ajuda, és una mostra més de la manca d'habilitats per afrontar i dialogar obertament sobre els problemes i preocupacions de les persones. Davant d'una crisi d'ansietat o desesperació, respondre "respira, no n'hi ha per a tant" és menystenir els sentiments i la visió de l'altre. És important, fomentar els espais de confiança perquè tothom pugui expressar-se lliurement.

3.4 Protocol d'actuació dels treballadors socials dels serveis socials bàsics i especialitzats

Continuant amb la línia de la pràctica professional, és imprescindible **conèixer si existeix algun protocol d'actuació vers el suïcidi per als treballadors socials en l'àmbit de Serveis Bàsics d'Atenció Social, des dels Centres d'Atenció Primària i finalment del servei especialitzat Centre de Salut Mental d'Adults**. La resposta a aquest objectiu és negativa, actualment des de SBAS no existeix un protocol d'actuació pels professionals del treball social centrat en el suïcidi, tampoc existeix en el marc del CAP.

Des del SBAS principalment treballen en coordinació amb altres sectors que sí que tenen un protocol com és el cas del Departament d'Educació i Salut.

El Servei Català de la Salut (CatSalut) va publicar la *Instrucció 10/2015, Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi de risc de suïcidi (CRS)*. Els àmbits d'aplicació són el Servei Català de la Salut, el Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) i el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM). De fet, una de les professionals del CSMA va explicar que sovint rebien alertes per part dels professionals del SEM, ja que en el seu desplaçament en domicilis i l'atenció directa amb les famílies, eren capaços de detectar immediatament certs riscos o factors determinants. Tal com detalla la Generalitat de Catalunya, la seva missió és "la presentació de serveis sanitaris per tal de donar resposta a les situacions d'urgència i emergència prehospitalària, així com donar informació i consell sanitari, tant en situacions ordinàries com extraordinàries".

El Departament de Salut també compte amb el *Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021 – 2022 (PLAPRESC)*. Que inclou diverses accions com és el cas d'avaluar i consolidar les rutes assistencials de la depressió, posant èmfasi en la detecció, la intervenció precoç i el risc de suïcidi de l'objectiu estratègic, desenvolupar polítiques preventives en salut mental i addiccions en tots els grups d'edat. Tal com es detalla "la prioritització d'accions del pla es planteja com un pas

endavant en l'acompliment de les línies estratègiques de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en relació amb la prevenció del suïcidi, amb la incorporació dels aprenentatges del desenvolupament del programa Codi risc de suïcidi de Catalunya i d'altres experiències d'èxit en el sector basades en l'evidència científica”.

La visió d'aquest model és: “evitar la pèrdua de vides a causa de la mort per suïcidi mitjançant l'acció integrada i el lideratge compartit dels àmbits sanitaris, socials, judicials, forenses i comunitaris, amb la millora de la resiliència, del benestar i de la salut mental de les persones”. Així doncs, posa en relleu la importància de treballar en xarxa.

Ubieto (2007:27) defineix treball en xarxa com “treball de col·laboració que dos o més professionals estableixen partint de l'atenció d'un cas comú”. Així doncs, cada professional especialitzat en un àmbit, sector i professió aporta els seus coneixements a l'hora d'abordar una problemàtica concreta, la qual cosa enriqueix i beneficia de manera directa les persones, ja que la finalitat és proporcionar eines i estratègies a la persona per tal que pugui fer front a la situació que pateix. Cal tenir en compte, que no és el mateix treballar en xarxa que coordinar-se. Les coordinacions són “acords de col·laboració establerts entre serveis i/o institucions sobre la base de programes d'actuació. Aquestes pràctiques també s'anomenen integració de serveis, plataformes de coordinació institucional...”.

Segons l'autor (2007: 39) “la xarxa només és possible si hi ha reconeixement de la interdependència entre professionals”. Aquesta visió del respecte i de la importància de totes les disciplines és essencial pel bon abordatge de la problemàtica. Casademont i Solench (2019) descriuen el rol del treballador social a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona. La figura del treballador social no es va incorporar fins l'any 1978, on les professionals eren considerades merament prestadores de recursos i serveis. La seva tasca professional ha anat evolucionat fins a l'actualitat, que se les considera una figura clau per treballar de manera holística amb les persones, formant part d'un equip multidisciplinari. Pel que fa a les

intervencions de les treballadores socials dels CSMA es realitzen fora d'un marc d'actuació.

Actualment, la funció dels treballadors socials ha quedat desdibuixada per les creences de la societat i la manca de definició de l'objecte. La visió social d'aquesta professió és que ajuda a les persones desfavorides i migrades. El cert és que l'entrevista realitzada a dues persones que havien perdut un familiar i amic a causa del suïcidi, reconeixien que hi havia factors socials claus: problemes econòmics, aïllament, assetjament escolar, entre altres. Però en cap cas, consideraven la possibilitat de treballar aquests aspectes amb un treballador social. Els professionals de referència continuen essent els psicòlegs i els psiquiatres. La seva actuació és essencial. No obstant això, el treball social té una tasca pendent pel que fa a la visibilització de la professió, així com les tasques que desenvolupen.

Un segon repte que encara té pendent el sector dels serveis socials és definir el seu objecte o, com prefereix dir Fantova, el bé individual que el sector promou i persegueix. [...] Així com el sector de la sanitat procura per la salut, el d'educació facilita l'aprenentatge, el d'habitatge promou l'allotjament, el de treball fomenta l'ocupació i el de garantia d'ingressos cobreix la subsistència, als serveis socials, diu, els correspondria la interacció (Pelegri, 2015:58).

La manca de delimitació d'objecte fa que, sovint, es tendeixi a creure que tan sols ajuden a les persones amb dificultats econòmiques, la qual cosa no deixa de ser un estigma cap als serveis socials i també a les persones demandants.

En conseqüència, cal conèixer que l'objectiu del treball social en l'àmbit sanitari, Ituarte el defineix com "activitat professional que té per objecte la investigació dels factors psicosocials que incideixen en el procés salut-malaltia, així com el tractament dels problemes psicosocials que apareixen amb relació a les situacions de malaltia,

tant si tenen relació amb el seu desencadenant com si es deriven d'aquells"². També defineix les aportacions del treball social sanitari:

- Valorar els aspectes psicosocials que incideixen en la salut i el benestar de les persones i de la comunitat.
- Orientar les persones per a l'accés als serveis o prestacions concretes (no limitar-se a "assignar" serveis o prestacions).
- Realitzar interconsultes amb altres professionals sobre les implicacions dels factors psicosocials en la salut i el benestar (que poden ser conseqüència, provocar o agreujar algunes situacions de malaltia).
- Prestar assistència psicosocial i psicoterapèutica (individual, familiar o grupal).

Així doncs, la via per accedir als serveis especialitzats, en els casos de suïcidi als centres de salut mental d'adults o infants i juvenil, és mitjançant la derivació del CAP. Recordem que la missió del PLAPRESC és

Promoure mesures per a la prevenció i el control de les conductes suïcides, des del suport integral a la vida i des de l'acció intersectorial, per tal de donar les respostes adequades a cada situació, millorar la sensibilització i transformació social vers aquest fenomen, i promoure el benestar emocional i el desig de viure de forma resilient de la població.

Per tal de contribuir a: "la reducció del nombre de morts per suïcidi amb l'abordatge dels seus determinants i potenciar les possibilitats dels sistemes de salut, social, educatiu, laboral, de la policia, judicial i de l'àmbit comunitari per aconseguir una bona salut mental per a tots".

Les professionals entrevistades fan una bona valoració d'aquest model. Argumenten que des dels Centres d'Atenció Primària és on es detecten les

² Citat a la classe Salut, Autonomia i Benestar Social per la professora Gemma Camps.

ideacions de mort i es disposa de l'historial clínic de la persona, la qual cosa permet al professional tenir una mirada global de la situació i els antecedents de la persona que atén. A més, generalment, la població es dirigeix als seus metges de referència per demanar ajuda, la qual cosa, permet començar aquest protocol en cas de necessitat i el seguiment farmacològic. Les vies de comunicació entre els diferents serveis i professionals solen ser ràpides i eficaces.

No obstant això, les professionals comenten que encara queda molta feina per a fer, respecte al suïcidi, sobretot pel que fa a la prevenció. Sovint, es tendeix a pensar que els serveis socials són merament prestadors de recursos econòmics i serveis, aquesta burocratització de la pràctica del treball social és reconeguda per les entrevistades, que demanen que es reconegui la seva feina més enllà d'oferir ajuts econòmics.

4. CONCLUSIONS

Durant l'elaboració d'aquest projecte i durant el procés de recerca, he identificat que, tot i que a conseqüència de la pandèmia de la Covid-19 la importància de la salut mental i el suïcidi va entrar dins l'agenda política, encara continua essent un tema tabú i una mort silenciosa.

Els mitjans de comunicació són molt curiosos a l'hora de parlar sobre el suïcidi, ja que podrien induir a *l'efecte Werther* o efecte "crida", que és la imitació del suïcidi. El terme "efecte Werther" va sorgir de la novel·la *Les penes del jove Werther* publicada l'any 1774. En aquesta obra, el jove es dispara per tal de posar fi a la seva vida, a conseqüència d'un desamor. Poc després de la publicació d'aquest llibre, es van detectar molts suïcidis utilitzant el mateix instrument, del qual se'n va deduir una relació causal perquè les víctimes tenien el llibre o bé anaven vestits igual que el protagonista de l'obra.

El sociòleg David Philipps, després de realitzar un estudi entre els anys 1847 - 1968, va concloure que el nombre de suïcidis als Estats Units incrementava un mes després que el diari New York Times publicés a la portada alguna notícia sobre el suïcidi. Generalment, aquest efecte es produeix després de la mort d'alguna persona famosa i aclamada socialment.

Contràriament, Herrera, Ures i Martínez (2015: 125) identifiquen *l'efecte Papageno*, que considera que seguint les pautes establertes adequades es pot aconseguir un efecte preventiu sobre la conducta suïcida. El terme Papageno, fa referència al personatge homònim de La Flauta Màgica de Mozart, que després que tres nens mostressin les alternatives al suïcidi que oferia la vida, el personatge va decidir abandonar aquesta idea.

Segons Herrera, Ures i Martínez (cit. Niederkrötenhaler 2015: 125) "l'exposició a informació sobre persones afectades que han afrontat una situació de crisi de manera positiva i sense comportaments suïcides, es relaciona amb un descens de

les taxes de suïcidi, exercint, en aquests casos, la informació, un efecte protector". El cert és que és necessari sentir el testimoni de persones supervivents per tal que les persones que tenen pensaments suïcides o ideació del suïcidi, coneguin els recursos, els serveis, ajuts i que vegin que hi ha alternatives.

Parlar o no públicament sobre el suïcidi i la mort continua essent un tema molt polèmic. No obstant això, no fer-ho implica invisibilitzar una problemàtica social que no s'atura i que cada any s'emporta moltes vides. Amagar-ho també té conseqüències més enllà de la mort, reforça la vergonya, la culpabilitat de tenir aquests pensaments, i altres factors que influeixen negativament en la conducta de les persones.

Amb tot això, els treballadors socials, en tant que professionals que treballen els aspectes socials, familiars, culturals i comunitaris, han de potenciar tots aquells fets que influeixen positivament en la vida de les persones: els factors de protecció.

Algunes de les actuacions que es poden realitzar des de l'àmbit del treball social per prevenir els suïcidis són les següents:

- Adquirir i reforçar les habilitats socials i de comunicació per tal d'enfortir o fomentar les relacions personals.
- Fomentar l'autoestima.
- Facilitar espais per a parlar sobre sentiments i relacions socials i familiars.
- Treballar la capacitat de resolució de conflictes.
- Incentivar la capacitat de demanar ajut davant de les dificultats, trencant així amb l'estigma de "demanar ajut és de dèbils".
- Participar en les activitats comunitàries i culturals, fomentant així, la cohesió social.
- Educar per la promoció de la salut mental, la prevenció i la promoció de la salut.

Finalment, plantejo possibles futures actuacions per als professionals del treball social, corresponent amb el darrer objectiu del treball: **destacar propostes d'intervenció que poden dur a terme els professionals del Treball Social.**

Al llarg del desenvolupament d'aquest estudi, he detectat que hi ha una gran part de detecció i derivació de persones que presenten conductes suïcides, però encara queda una tasca pendent pel que fa a la prevenció.

Tal com s'ha comentat, des de l'àmbit de Salut, compten amb un Pla vigent adequat i que funciona. El Departament d'Educació, ofereix un ventall de guies per prevenir conductes suïcides, erradicar l'assetjament escolar, detectar els factors de risc, entre altres.

Tanmateix, les professionals entrevistades coincideixen que, tot i realitzar coordinacions de forma habitual, manca una cohesió i un treball ferm entre la comunitat, els serveis socials bàsics i els especialitzats. Teixint una xarxa i una cohesió entre aquests tres pilars es podrien abordar aquestes situacions d'una forma molt més completa:

Les xarxes, doncs, són estructures simultàniament molt potents (per la seva capacitat per abordar problemes complexos) i molt inestables (per les dificultats operatives que comporten). D'una banda, són organitzacions dúctils i flexibles, ja que les seves fronteres són poroses i permeten la permanent entrada i sortida dels actors. S'adapten, d'aquesta manera, a entorns canviants i complexos com els que condicionen l'exclusió social, la segregació educativa, una pandèmia o el canvi climàtic. La seva potència, a més, radica en el fet que la col·laboració entre els actors genera dinàmiques que transcendeixen la suma de les accions separades i aconsegueixen que els esforços multipliquin els resultats. En altres paraules, una xarxa pot assolir molt més que l'addició de les aportacions dels seus membres, ja que, en complementar-se es multipliquen exponencialment les seves capacitats (Brugué, 2022).

La importància del treball en xarxa i interdependent és essencial per abordar el suïcidi. La suma de les aportacions dels diversos agents multiplica els resultats i

beneficis. Així doncs, aquest és un repte pendent a la localitat on se centra aquest estudi.

El suïcidi és una realitat que no tan sols implica les persones que es lleven la vida, sinó que afecta a tothom, a la comunitat. La ideació de suïcidi no necessàriament implica la realització d'aquest acte. És imprescindible parlar-ho per normalitzar que la gent no sempre està bé, que al llarg de la vida sorgeixen problemes que es poden superar. Per tant, la creació d'espais oberts, segurs i on s'estableixin relacions de confiança són necessaris. Cal trencar amb el prejudici que demanar ajuda és de persones dèbils. Aquests espais es poden trobar en zones públiques i accessibles a tots els habitants dels municipis. També es poden potenciar a les escoles i instituts, tal com he esmentat a l'apartat "Desconstruint mites".

La participació, l'escolta activa i la possibilitat de parlar obertament sobre els sentiments, emocions, preocupacions, beneficien tant a les persones que no se senten bé, com els seus familiars o d'altres que es poden identificar en situacions similars. Per tant, els professionals hem d'evitar dur a terme accions reactives i treballar proactivament i de manera eficaç.

Tanmateix, els diversos professionals de Sant Julià de Ramis i Medinyà, així com Sarrià de Ter, podrien elaborar la creació d'un protocol de prevenció de les conductes suïcides per tal d'emmarcar les actuacions dels diversos professionals, així com, la visibilització de recursos i ajuts que poden obtenir als habitants d'aquests pobles. Aquestes accions no han d'anar centrades exclusivament per a persones que han comés temptatives de suïcidi, sinó per a tothom que ho consideri necessari, per fomentar l'educació en una salut i benestar físic, psíquic i social.

Familiars, amics i coneguts que han perdut alguna persona a causa del suïcidi, busquen donar resposta a la pregunta "per què?". El cert és que no hi ha una resposta correcta que permeti entendre-ho, ja que el suïcidi es deu a causes multifactorials.

5. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abramson, L.; Alloy, L.; Metalsky, G.; Joiner, T. i Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3 (2), 211 – 222.
- Aristòtil (1992). Ètica nicomàquea. Madrid: Gredos.
- Brugué, Q. (2022). Organizaciones que saben, organizaciones que aprenden. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Castro, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanes: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista Neuropsiquiatra*, 77 (4), 226 – 235.
- CatSalut. *Instrucció 10/2015 Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS)*. (n.d.). Gencat.Cat. Consultat abril, 10, 2022. Extret de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chavez, A. M^a i Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salut mental*, 33 (4), 335 – 360.
- Clemente, C. (24 de maig de 2017). Balena blava, el repte de seguir amb vida: Les balenes blaves nedan cap amunt i decideixen quan moren. És la macabra simbologia que el creador del grup social 'Balena Blava', Philipp Budeikin (Philipp Lis a les xarxes) va escollir per batejar el joc de superació de reptes que culminava amb una incitació al suïcidi. El Diari de l'Educació: *Revista Per què?* <https://diarieducacio.cat/revistaperque/2017/05/24/balena-blava-repte-seguir-vida/>
- Durkheim, E. (1976). El suicidio. Madrid: Akal Editor.

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2021). Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021 – 2025.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2017). Viure és l'eixida: Pla de prevenció del suïcidi i maneig de la conducta suïcida.
- Herrera, R.; Ures, M. i Martínez, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 35 (125), 123 – 134. DOI: 10.4321/S0211-57352015000100009
- Minois, G. (1995) Histoire du suicide, la société occidentale face à la mort volontaire. França: Frayad.
- Missió i funcions. (n.d.). SEM - Sistema d'Emergències Mèdiques. Consultat Maig, 1, 2022, Extret de <https://sem.gencat.cat/ca/coneixer-el-sem/qui-som/missio-i-funcions/>
- Moya, J. M^a i Gordillo, F. (09 d'octubre de 2021). La pandèmia dispara l'ansietat i la depressió greu a tot el món, sobretot en dones i joves: Un estudi publicat a "The Lancet" xifra en 53 milions més les persones amb depressió severa a tot el món i 76 milions més les que tenen ansietat arran de la pandèmia. CCMA. <https://www.ccma.cat/324/la-pandemia-dispara-lansietat-i-la-depressio-greu-a-tot-el-mon-sobretot-en-dones-i-joves/noticia/3123109/>
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 2 (15), 1 – 5. ISSN-e 1609-7211.
- Olweus, D. (1977). Aggression and peer acceptance in adolescent boys: Two short-term longitudinal studies of ratings. *Child Development*, 48 (4), 1301–1313. <https://doi.org/10.2307/1128488>

- Pelegrí, X. (2015). Repensant la política de serveis socials per un canvi d'època. *Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades* (7), 51 – 73.
- Plató. (2002). Fedon. Madrid: Tecnos.
- Solench, X., i Casademont, X. (2019). El rol del treball social a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de Girona. *Revista de Treball Social*, 217, 69-88. DOI: 10.32061/RTS2019.217.04
- Ubieto Pardo, J. R. (2017) El suïcidi. Un acte específicament humà. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, 210, 127 – 138.
- Ubieto, J. R. (2007). Models de treball en xarxa. *Educació Social*. 36, 26 – 39.

6. ANNEXOS

6.1 Plantilla entrevistes semiestructurades a professionals del treball social

- Què és el suïcidi i, segons la teva experiència professional, quines són les raons i els motius pels quals les persones s'ho plantegen?
- Quina feina es fa actualment des del sector del treball social davant del suïcidi? En cas de ser una tasca preventiva, com es preveu?
- Existeix algun protocol de prevenció, detecció i actuació del suïcidi que inclogui la figura del treballador social?
- Com hauria de ser la tasca del treballador social?

6.2 Plantilla entrevista semiestructurada testimonis i familiars

- Què és el suïcidi? Què creus que pot influir en la conducta de les persones que se suïciden?
- Coneixes algun servei que atengui les persones amb pensaments suïcides? Quins professionals hi intervenen?
- Com creus que es podria prevenir el suïcidi?

6.3 Document de consentiment informat

FORMULARI DE CONSENTIMENT

La recerca “La fi de l’esperança? El paper del treballador social davant del suïcidi” té com a finalitat investigar sobre els condicionants socials que afecten i influeixen en les persones. D’altra banda, descobrir quin és el paper del treballador social davant del suïcidi i si existeix algun protocol que involucri els i les professionals del treball social.

En primer lloc, agrair-vos la predisposició de participar en aquesta recerca. Així doncs, informo que tota la informació proporcionada i obtinguda a partir de les entrevistes és estrictament confidencial i només serà utilitzada pel propòsit d’aquesta investigació. Encara que podem citar algunes aportacions, el seu nom i qualsevol altra dada que permeti la seva identificació es mantindran en l’anonimat.

En cas de tenir algun dubte sobre la recerca o bé sobre l’ús de la informació es pot posar en contacte amb mi mateixa, a través del correu electrònic aidasayolsba@gmail.com o bé amb la coordinació dels estudis de Treball Social de la Universitat de Girona.

En/Na _____, en signar aquest formulari de consentiment manifesto el meu acord en participar de manera voluntària en la recerca “La fi de l’esperança? El paper del treballador social davant del suïcidi”. Entenc que la informació proporcionada serà confidencial i que soc lliure de retirar-ne el consentiment.

Signatura del/la participant,

Signatura de la investigadora,

Data i lloc,