

SAKURA. LA COMUNIDAD RELIGIOSA COMO FACTOR PROTECTOR ANTE EL SUICIDIO

Andrea Martín Salinas
Educatora Social
andreamarsal@usal.es
Ana Isabel Isidro de Pedro
Universidad de Salamanca
anyis@usal.es

Received: 12 enero 2023
Revised: 17 enero 2023
Evaluator 1 report: 10 febrero 2023
Evaluator 2 report: 06 marzo 2023
Accepted: 22 marzo 2023
Published: junio 2023

RESUMEN

Para la cultura japonesa la *sakura*—esto es, los árboles de cerezo y la floración de los mismos— tiene un significado especial y espiritual: por un lado, representa lo efímera que es la vida y la mortalidad, debido a que el cerezo es un árbol cuya flor tiene una vida muy corta y, por otro, representa el renacimiento y el resurgir a través de vivencias difíciles y obstáculos de la vida. El presente trabajo pretende incidir en la problemática social del suicidio, analizando si la religión y, más concretamente, las comunidades religiosas funcionan como factor protector frente al suicidio o frente a la ideación suicida. Es decir, si las relaciones sociales y de amistad que se forjan compartiendo una fe en el seno de las comunidades religiosas favorecen la prevención del suicidio. En este sentido, se ha llevado a cabo una investigación empírica de corte tanto cualitativo como cuantitativo, con el objetivo de conocer la opinión cercana y las experiencias vividas dentro de las comunidades religiosas en torno al suicidio. Así, se han llevado a cabo tres entrevistas con líderes de tres religiones seleccionadas—católica, evangélica y musulmana— y, por otra parte, se ha elaborado un cuestionario dirigido a personas que profesen alguna de las tres religiones referidas y que pertenezcan o hayan pertenecido a una comunidad religiosa. El tipo de muestreo utilizado para seleccionar a los participantes que respondieron al cuestionario fue no probabilístico por conveniencia, resultando una muestra de $n=90$ (30 personas de cada religión). Los resultados obtenidos muestran que las personas pertenecientes a una comunidad religiosa pueden disponer de una red de apoyo consolidada con la que compartir sus sentimientos y emociones, lo cual se considera un factor protector frente al suicidio. También se evidencia que el hecho de tener una fe y una esperanza puede ser tranquilizador para la persona que esté pasando por momentos vitales difíciles.

Palabras clave: comunidad; religión; suicidio; prevención

ABSTRACT

Sakura. The religious community as a preventing agent from suicide. For Japanese culture, the sakura -that is, cherry trees and their blossoms- has a special and spiritual meaning: on the one hand, it represents the ephemeral nature of life and mortality, since the cherry tree is a tree whose blossom has a very short life span, and on the other hand, it represents rebirth and resurgence through difficult experiences and obstacles in life. The present work intends to have an impact on the social problem of suicide, analyzing whether religion and, more specifically, religious communities function as a protective factor against suicide or suicidal ideation. That is to say, if the social relationships and friendships that are forged by sharing a faith within religious communities favor suicide prevention. In this sense, an empirical research of both qualitative and quantitative nature has been carried out, with the aim of knowing the close opinion and the experiences lived within religious communities about suicide. Thus, three interviews were carried out with leaders of three selected religions -Catholic, Evangelical and Muslim- and, on the other hand, a questionnaire was prepared for people who profess any of the three religions referred to and who belong or have belonged to a religious community. The type of sampling used to select the participants who responded to the questionnaire was non-probabilistic by convenience, resulting in a sample of n=90 (30 people from each religion). The results obtained show that people belonging to a religious community may have a consolidated support network with which to share their feelings and emotions, which is considered a protective factor against suicide. It is also evident that having a faith and hope can be reassuring for the person going through difficult life moments.

Keywords: community; religion; suicide; prevention

MARCO TEÓRICO

El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España, produciendo más muertes que los accidentes automovilísticos y que la violencia de género. Según el Instituto Nacional de Estadística (2022), en España en el año 2021 ha habido 4.003 suicidios, un 1,6% más que en 2020. Y la tendencia sigue al alza. Por ello, es una cuestión que nos atañe y atraviesa como personas, pero específicamente como profesionales.

La finalidad de este trabajo es analizar si la religión, más concretamente las comunidades religiosas, funcionan como factor protector frente al suicidio o a las ideaciones suicidas. Es decir, si las relaciones sociales y de amistad forjadas en el seno de las comunidades religiosas favorecen la prevención frente al suicidio.

Es patente la casi ausencia de presupuestos religiosos y filosóficos en el debate, los cuales efectivamente se encuentran en la base de las argumentaciones. No se puede esconder el hecho de que hay corrientes dentro de la reflexión bioética y que estas derivan de convicciones religiosas o ideológicas con fundamento filosófico, el cual rara vez se explicita. (Rodríguez, 2010, p. 8)

OBJETIVOS

General:

Analizar si las comunidades religiosas funcionan como factor protector ante el suicidio.

Específicos:

Plantear el estigma negativo que tiene asociado la religión en relación a la salud mental y al suicidio.

Analizar las creencias y las opiniones que tienen las personas que profesan una religión (católica, evangélica y musulmana) respecto al suicidio.

Entender el vínculo y la fe que sienten las personas pertenecientes a una comunidad religiosa.

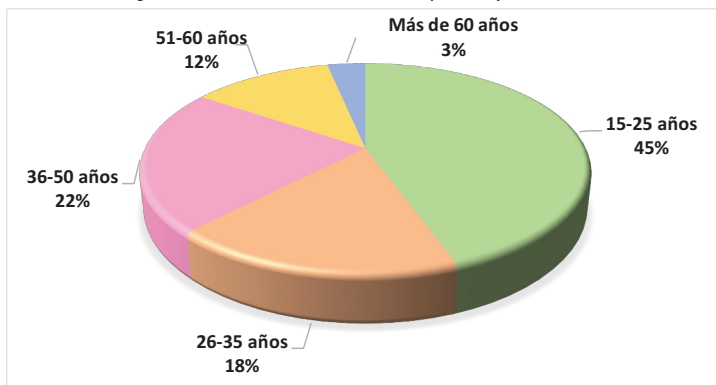
MUESTRA

Se ha elaborado un cuestionario, que ha sido atendido por 90 personas (56 mujeres y 44 hombres), dirigido únicamente a personas que profesen alguna de las tres religiones seleccionadas -católica, evangélica y musulmana- y que pertenezcan o hayan pertenecido a una comunidad religiosa. De los 90 encuestados (30 por cada religión), 71 pertenecen actualmente a una comunidad religiosa.

El tipo de muestreo utilizado para seleccionar a los participantes fue no probabilístico por conveniencia, es decir, la muestra se seleccionó basándose en un juicio subjetivo, así como por disponibilidad y accesibilidad.

Para una mayor concreción en relación a edad de los participantes ver Figura 1.

Figura 1. Distribución de la muestra por franjas etarias



METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

La metodología elegida para la realización de esta investigación es mixta; utilizándose métodos tanto cuantitativos como cualitativos, considerando su adecuación debido a que, por un lado, es la más usada en investigación social porque utiliza el pluralismo metodológico y, por otro lado, rechaza el dualismo.

Se seleccionó un diseño de triangulación metodológica, utilizando distintos métodos e instrumentos de recogida de información para atajar y dar cobertura a un mismo problema de investigación. En nuestra investigación los datos cuantitativos son dominantes en cuanto a su cantidad y los cualitativos adquieren un papel complementario y supeditado a los anteriores.

Se ha tratado de un proceso simultáneo; es decir, el diseño, recopilación y análisis de los datos, tanto cuantitativos como cualitativos, se han producido de manera paralela en el tiempo.

Método cuantitativo

Se elaboró un cuestionario *ad hoc*. Para una mejor concreción y estructuración del contenido, el cuestionario se divide en 3 partes: una introducción, con preguntas filtro como género, edad, religión con la que se sienten identificados/as y si pertenecen a una comunidad religiosa. El segundo bloque está conformado por una escala tipo *Likert* con 12 afirmaciones, cuyo objetivo es conocer la percepción general de las personas que defienden una fe en relación con la salud mental, el suicidio y la religión. El último bloque está constituido por 7 preguntas cerradas y una escala tipo *Likert* con 10 ítems.

Todas las preguntas son de elaboración propia, salvo los ítems 1 y 3 de la segunda escala *Likert*, que fueron tomados de Fernández (2019).

Las variables medidas y analizadas mediante el cuestionario son las siguientes: edad (por grupos de edad); género (“hombre”, “mujer” y “no binario”); religión que profesan (“católica”, “evangélica” e “islámica”); estereotipos en torno a la salud mental y al suicidio; influencia de la comunidad; actitudes frente al suicidio; experiencia y/o contacto con el suicidio; importancia de la prevención.

Posteriormente, se analizaron los datos efectuando una diferencia de medias de grupos independientes y un contraste entre las tres religiones, a través del programa JASP.

Método cualitativo

Se utilizó el instrumento de la entrevista. Las entrevistas siguen un esquema semiestructurado, partiendo de una serie 17 de preguntas –divididas en 5 bloques– a raíz de las cuales pueden surgir otras cuestiones que amplíen la discusión entre los entrevistados y la investigadora. Se acompañaron de la firma del Consentimiento informado, de acuerdo con la Ley de protección de datos.

Para analizar las respuestas obtenidas se ha utilizado el programa *NVIVO*, creando una lista de categorías comunes a todas las entrevistas y los resultados de éstas y también nubes de palabras.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Análisis cuantitativo

Para analizar los resultados de los cuestionarios se tienen en cuenta las variables anteriormente desarrolladas para comprender el fenómeno y la relación del suicidio y la religión en la muestra seleccionada. A saber:

Datos sociodemográficos: religión profesada y pertenencia a una comunidad religiosa. De las 90 personas, el 78,8% pertenecen actualmente a una comunidad religiosa y el 21,1% no.

En las siguientes variables se procedió a realizar una diferencia de medias de grupos independientes. Así, se comprueba si existe normalidad en la distribución de la variable a través de obtener el valor de significación. Si existe normalidad se procede a utilizar estadísticos paramétricos *ANOVA* y si no existe se utilizan estadísticos no paramétricos, es decir *Kruskal-Wallis*. Estos datos se reflejan mediante tablas, indicando la media de cada grupo religioso y si existe normalidad en los ítems destacados.

Variable estereotipos: los ítems de esta variable (Tabla 1) están centrados en sondear si las personas pertenecientes a una comunidad religiosa y que profesan una fe detectan actualmente estereotipos o prejuicios hacia ellos o hacia su religión con respecto al ámbito de la salud mental.

Tabla 1. Diferencia de medias a partir de la variable “estereotipos”

Ítem	Media católicos	Media evangélicos	Media musulmanes	Normalidad	Significatividad *
1. Existen hoy en día prejuicios asociados a la religión en el ámbito de la salud mental	3.200	4.033	3.533	No	P=0.023
2. Considero que mi comunidad está muy sensibilizada con los problemas de salud mental	3.70	3.33	3.10	Sí	P=0.129
3. Considero que mi comunidad está muy sensibilizada con el tema del suicidio.	3.53	3.20	3.16	Sí	P=0.383
4. Considero que en mi religión y en mi comunidad no existen prejuicios hacia las personas que hayan tenido ideas suicidas	3.40	3.20	2.80	Sí	P=0.213
5. Ir al psicólogo o psiquiatra es compatible con practicar una religión	4.80	4.70	4.50	Sí	P= 0.291

*Nota: Para aquellos ítems que cumplen el supuesto de normalidad se ha aplicado la prueba ANOVA, para los que no lo cumplen se aplicó el test de Kruskal-Wallis

Se observa que únicamente en el ítem 1 existen diferencias notables entre las medias de los grupos religiosos, siendo el valor de significación (p) menor que 0.05. En este caso, la religión evangélica es la comunidad religiosa más de acuerdo con dicho ítem y que, por tanto, ha observado más prejuicio asociado a la religión.

En el resto de ítems vemos que las tres religiones coinciden en los resultados, estableciendo una valoración de 3 “indiferente” en la escala *Likert*, excepto en el ítem 5 que todas ellas están “de acuerdo” o “bastante de acuerdo” con dicha afirmación.

Variable influencia: estos ítems pretenden medir la influencia de la comunidad sobre sus integrantes y el papel que tiene en pro de ofrecer apoyo y ayuda a las personas (Tabla 2).

SAKURA. LA COMUNIDAD RELIGIOSA COMO FACTOR PROTECTOR ANTE EL SUICIDIO

Tabla 2. Diferencia de medias a partir de la variable "influencia"

Ítem	Media católicos	Media evangélicos	Media musulmanes	Normalidad	Significatividad *
1. La comunidad religiosa debe de ofrecer apoyo a todos/as sus integrantes	4.83	4.90	4.60	No	P=0.065
2. Recibir ayuda y apoyo desde la comunidad religiosa es muy valioso	4.86	4.90	4.40	No	P=<0.001
3. Mi comunidad es un lugar donde me siento cómodo/a	4.46	4.16	3.86	Sí	P=0.109
4. Tengo un vínculo de confianza con mi comunidad y puedo hablar de mis problemas sin miedo a ser juzgado	3.83	3.50	2.93	Sí	P=0.020
5. Mi comunidad religiosa me ha ayudado y apoyado en los momentos difíciles que he tenido	3.96	3.96	3.43	Sí	P=0.162
6. Considero que pertenecer a una comunidad religiosa funciona de soporte en problemas mentales graves	3.90	4.00	3.60	Sí	P=0.305

*Nota: Para aquellos ítems que cumplen el supuesto de normalidad se ha aplicado la prueba ANOVA, para los que no lo cumplen se aplicó el test de Kruskal-Wallis

En el ítem 2, la comunidad musulmana es la que menos de acuerdo está con que la religión y la comunidad sirvan de apoyo para sus integrantes, mientras que en el ítem 4 es la misma comunidad (musulmana), donde la mayoría de los encuestados opinan que no tienen un vínculo de confianza con su comunidad para hablar de temas personales y difíciles.

Variable actitudes frente al suicidio: encaminada a medir las actitudes y perspectivas, tanto positivas como negativas, que tienen las personas pertenecientes a una comunidad y a una religión respecto al suicidio (Tabla 3).

Tabla 3. Diferencia de medias a partir de la variable “actitudes frente al suicidio”

Ítem	Media católicos	Media evangélicos	Media musulmanes	Normalidad	Significatividad *
1. Tener ideas suicidas es una llamada de atención	2.80	2.96	2.83	Sí	P=0.904
2. La vida es un regalo de Dios y solo Él la pueda dar o quitar	4.20	4.70	4.16	No	P=0.316
3. Suicidarse es un pecado	2.90	4.20	4.43	No	P=<0.001
4. Una persona que profesa una fe puede llegar a tener ideas suicidas	4.13	4.53	3.13	No	P=<0.001
5. Las personas que han cometido suicidio no mantenían una relación cercana con Dios	2.16	2.43	3.13	No	P=0.038
6. Ir al psicólogo o psiquiatra es compatible con practicar una religión	4.80	4.70	4.50	Sí	P=0.291

*Nota: Para aquellos ítems que cumplen el supuesto de normalidad se ha aplicado la prueba ANOVA, para los que no lo cumplen se aplicó el test de Kruskal-Wallis

Observamos que en la afirmación “suicidarse es un pecado” es la comunidad católica la que está menos de acuerdo, mientras que en el ítem 4 es la comunidad musulmana la que considera que una persona que profesa una fe es más difícil que tenga ideas suicidas. En el ítem 1 todas las comunidades están de acuerdo con que suicidarse o tener ideas suicidas no es una llamada de atención.

Variable experiencia y/o contacto: aquí se han medido las experiencias cercanas que la muestra ha podido tener con el suicidio y si pertenecían a la comunidad o no.

Para ello se ha elaborado una tabla de frecuencia (Tabla 4), en la que podemos observar que la comunidad musulmana es la que más conoce a gente que ha tenido ideas suicidas (36,6%), mientras que la católica es la que conoce a más gente que lo ha intentado (36,6%).

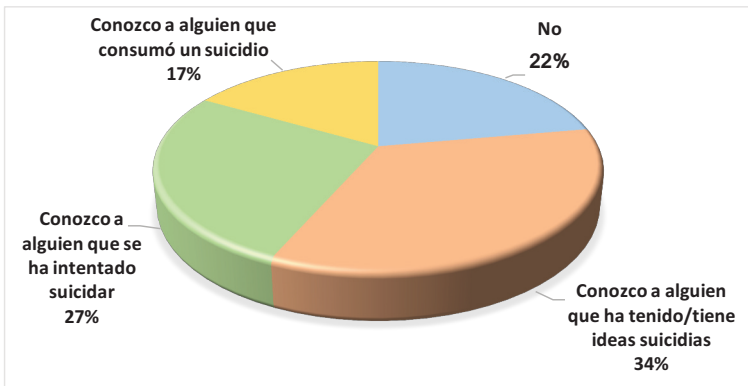
SAKURA. LA COMUNIDAD RELIGIOSA COMO FACTOR PROTECTOR ANTE EL SUICIDIO

Tabla 4. Tabla de frecuencias en base a la variable "experiencia o contacto"

Religión	Experiencia o contacto	Frecuencia	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Católica	No	6	20.000	20.000	20.000
	Conozco a alguien que ha tenido/tiene ideas suicidas	7	23.333	23.333	43.333
	Conozco a alguien que se ha intentado suicidar	11	36.667	36.667	80.000
	Conozco a alguien que consumó un suicidio	6	20.000	20.000	100.000
Evangélica	No	4	13.333	13.333	13.333
	Conozco a alguien que ha tenido/tiene ideas suicidas	13	43.333	43.333	56.667
	Conozco a alguien que se ha intentado suicidar	7	23.333	23.333	80.000
	Conozco a alguien que consumó un suicidio	6	20.000	20.000	100.000
Islámica	No	10	33.333	33.333	33.333
	Conozco a alguien que ha tenido/tiene ideas suicidas	11	36.667	36.667	70.000
	Conozco a alguien que se ha intentado suicidar	6	20.000	20.000	90.000
	Conozco a alguien que consumó un suicidio	3	10.000	10.000	100.000

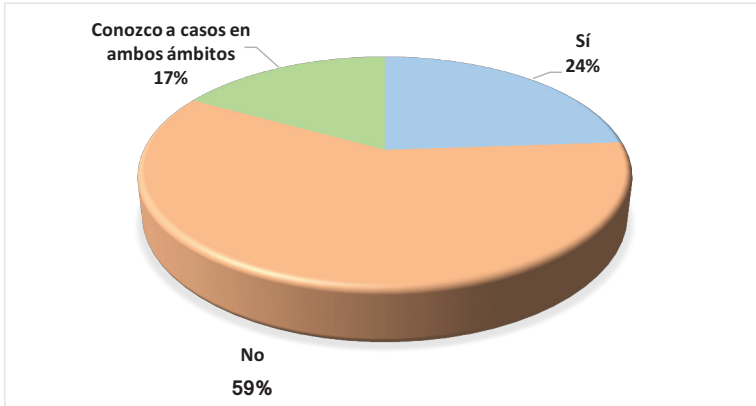
En la Figura 2 observamos que un 34% de personas de la muestra conocen o han conocido a alguien con ideas suicidas, un 27% conocen a alguien que lo ha intentado y un 17% conoce a alguien que consumó el suicidio.

Figura 2. ¿Conoces a alguien que haya tenido ideas suicidas o lo haya intentado?



De estos porcentajes, el 59% de las personas no pertenecían a la comunidad religiosa y un 24% sí pertenecía (Figura 3).

Figura 3. Dichas personas ¿pertenecían a tu comunidad?



Variable importancia de la prevención: en la Tabla 5 se sondea el poder de prevención que tiene la comunidad religiosa para aquellas personas que sufren o podrían sufrir ideas suicidas.

Tabla 5. Diferencia de medias a partir de la variable “importancia de la prevención”

Ítem	Media católicos	Media evangélicos	Media musulmanes	Normalidad	Significatividad *
1. La comunidad religiosa puede tener un papel importante en la prevención del suicidio	4.50	4.56	3.96	Sí	P=0.021
2. Considero que pertenecer a una comunidad religiosa funciona de soporte en problemas mentales graves	3.90	4.00	3.60	Sí	P=0.305
3. Creo que si tuviera ideas suicidas las podría superar fuera de mi comunidad religiosa	3.30	2.96	3.70	Sí	P=0.113
4. Pertenecer a una comunidad religiosa disminuye el riesgo de llevar a cabo un suicidio	3.96	3.70	3.60	Sí	P=0.474

*Nota: Para aquellos ítems que cumplen el supuesto de normalidad se ha aplicado la prueba ANOVA, para los que no lo cumplen se aplicó el test de Kruskal-Wallis

Se observa también que estas relaciones son tan importantes que muchas veces afectan e interfieren en la **relación que las personas tienen con Dios**, tanto positiva como negativamente, ya que “a todo ser humano nos afecta, positivamente o negativamente, lo vivido en comunidad” (pastor); por ello es muy importante que las relaciones que se forjen dentro de esta comunidad estén basadas en el respeto y el cariño.

Además, se habló de los posibles **estereotipos y prejuicios** actuales hacia la religión, encontrándose algunas discrepancias entre los entrevistados: mientras que el sacerdote observa que actualmente ese estigma asociado a la religión ha disminuido drásticamente (“sin embargo, también hay mucha gente que tiende a verlo positivo incluso sin ser creyente”), el líder del islam corrobora ese estereotipo que se ve intensificado por los medios de comunicación (“los dirigentes y los medios de comunicación intentan que la sociedad se vuelva atea, lo que crea problemas sociales con la pérdida de los valores humanos y la decadencia de la sociedad”).

Al considerar la **visión de la religión respecto al suicidio**, todos estuvieron de acuerdo en que, según las escrituras, el suicidio es pecado: “La vida es un regalo de Dios (...) y el suicidio es romper ese plan de Dios; decidir acabar con mi vida expresa una falta de confianza en Dios” (sacerdote); “Somos pro vida. La reacción natural del ser humano frente a las dificultades de la vida debería ser la superación, luchar para salir adelante y no la autodestrucción” (pastor); “El suicidio es uno de los pecados mayores en el islam, su castigo es el sufrimiento en el infierno con el mismo método que uno se ha matado. No hay justificación para ello sea enfermedad o cualquier otro problema” (imán).

Por su parte, todos ellos han tenido, en mayor o menor medida, **experiencias** relacionadas con la enfermedad mental y/o suicidio en sus comunidades. Se les preguntó cómo habían actuado —su comunidad y ellos— al respecto y qué **papel tenían las comunidades ante el suicidio**. Los tres concordaron en que, teniendo en cuenta que las comunidades han de entenderse como un espacio donde prevalezca el respeto y el apoyo, el papel que desempeñan es de comprensión y hacer sentir a quien está pasando por un mal momento o sufre una enfermedad que está continuamente acompañado y es entendido por su círculo. Algunas frases que corroboran estas ideas son las siguientes: “establecen lazos serios y consistentes, porque tradicionalmente acogen mucho y porque también rellenan la necesidad de hacer cosas juntos, ofrecen actividades y cosas que hacer juntos” (sacerdote), “en la Iglesia queremos que todos, independientemente de cualquier enfermedad o situación, se sientan parte integral del grupo (...), en la convivencia aprendemos a esperarnos y a animarnos para avanzar juntos, procurando tener más cercanía y empatía, mostrando más amor y compañerismo” (pastor) o “lo que necesita alguien con problemas es que le escuchen, le den calor humano y consejos sinceros” (imán).

Finalmente, enfatizar el hecho de que permanecer y participar en una comunidad religiosa puede concebirse como un **factor protector y de prevención ante el suicidio** por dos motivos claros: porque el hecho de creer en Dios y tener fe puede ayudar a ultrapasar momentos difíciles al pensar y sentir que hay alguien cuidándote y que tiene mejores planes para ti y, además, porque pertenecer a un grupo donde se forjan relaciones interpersonales fuertes y te sientes cómodo para abrirte y ser tú mismo puede prevenir problemas de salud mental y/o suicidio. “Yo creo que la religión bien entendida es un factor de salud, de salud en cualquier sentido” (sacerdote); “creo que el pertenecer a un grupo espiritual en el cual compartimos nuestras alegrías y nuestros fracasos afecta de forma positiva a todos. Cuando uno se siente parte del grupo en el cual uno puede recibir de los demás y servir a los demás, uno se siente más motivado y protegido” (pastor); “el islam, en sí, fortalece a la persona que está cerca de Dios mentalmente; la comunidad islámica es un factor protector que acerca a la gente a Alá” (imán).

Destacar que, ante cualquier indicio de pensamientos suicidas, el primer paso es acudir a un **profesional de la salud mental**, premisa que han enfatizado los tres líderes: “es totalmente compatible ser creyente con ir al psicólogo o psiquiatra” o “buscar ayuda profesional es una de las primeras cosas que activamos (...) si percibimos que la persona no mejora aconsejamos la ayuda de profesionales, acompañando a la persona en todo proceso de recuperación”.

CONCLUSIONES

La resiliencia es “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante” (Garmezy (1991, p. 459). El concepto de resiliencia comunitaria es más actual, entendiéndola como la “capacidad del sistema social y de las instituciones para hacer frente a las adversidades y para reorganizarse posteriormente de modo que mejoren sus funciones, su estructura y su identidad” (Uriarte, 2013, p. 9) o la capacidad que tiene la comunidad para detectar y prevenir adversidades, recuperarse y transformar dicho daño en un aprendizaje (Twigg, 2007).

Tras haber pasado acontecimientos trágicos, la posibilidad de recuperarse y aprender de ellos depende de los factores de protección con que cuenta la persona. Uno de ellos es profesar una religión. Diversos estudios atestiguan que las personas que tienen creencias religiosas y una fe arraigada presentan recursos y estrategias de afrontamiento ante situaciones traumáticas, manifestando una resiliencia positiva y más fuerte relacionada con la espiritualidad y mejorando su calidad de vida y desarrollo (Jones, 2007; Wahl *et al.*, 2008)

Pertenecer a una comunidad religiosa y defender una fe común ayuda a tener esperanza en la vida, creyendo que hay algo más, teniendo la concepción de que la vida es más fuerte que la muerte. Van-Hook (2016) explica que la espiritualidad provoca en las personas un sentimiento de alivio y esperanza, otorgando un valor y un significado a la vida, favoreciendo el volver a retomar el control de sus vidas tras experimentar momentos dolorosos.

El hecho de pertenecer a un grupo social en el cual te sientes apoyado, respetado y comprendido es un factor de prevención frente al suicidio. Según Mansilla (2010) una de las medidas de prevención del suicidio con adolescentes y jóvenes es que dispongan de un ambiente sano de comprensión y apoyo, que promueva relaciones interpersonales donde se prioricen el respeto y la integración de todos sus componentes. Así, se reconoce que la religión puede servir como recurso de afrontamiento ante momentos difíciles o traumas (Koenig, 2012; Starnino, 2016). Además, forjar redes de apoyo sólidas puede entenderse como una estrategia social que funciona de soporte cotidiano, enfatizándose en los momentos de la vida más duros (Currier y Eriksson, 2017).

De ahí la importancia de atajar este grave problema desde una prevención basada en un enfoque interdisciplinar, donde tenga cabida también el aspecto religioso y espiritual (Richard y Bergin, 2005).

Es importante introducir una psicoeducación desde edades tempranas incrementando el conocimiento y la información respecto al suicidio. También implantar una educación centrada en fomentar habilidades sociales y personales, donde las personas aprendan a afrontar obstáculos minimizando las consecuencias negativas tanto para sí mismos como para los demás. Así, se podría reducir el estrés y posibles factores de riesgo ante el suicidio (Katz *et al.*, 2013)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Currier, J. M. y Eriksson, C. B. (2017). Trauma and spirituality: Empirical advances in an understudied area of community experience. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 45(4), 231–237.
- Fernández, A. (2019). *Religión y relaciones sociales como factores de protección contra la ideación suicida en adolescentes de bachillerato privado de la CDMX*. [Tesis profesional]. Universidad Panamericana.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34 (4), pp. 416-430.
- Jones, J. (2007). Exposure to chronic community violence: resilience in african-american children. *Journal of Black Psychology*, 33(2), 125-149.
- Katz, C., Bolton, S. L., Katz, L. Y.; Isaak, C., Tilston-Jones, T. y Sareen, J. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs, *Depression and Anxiety*, 30(10), pp. 1030-1045.
- Koenig, H.G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network*, 1, 1-33.
- Mansilla, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Editorial Intersalud.
- Rodríguez, E. (2010). Religión y bioética. *Acta Bioethica*, 16(1), 7-8.

SAKURA. LA COMUNIDAD RELIGIOSA COMO FACTOR PROTECTOR ANTE EL SUICIDIO

- Starnino, V. R. (2016). When trauma, spirituality, and mental illness intersect: A qualitative case study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(3), 375–383.
- Twigg, J. (2007). *Characteristics of a disaster-resilient community: A guidance note*. DFID Disastr Risk Reduction Interagency Coordination Group
- Uriarte, J. (2013). La perspectiva comunitaria de la resiliencia. *Psicología Política*, (47), 7-18.
- Van-Hook, M. P. (2016). Spirituality as a potential resource for coping with trauma. *Social Work & Christianity*, 43(1), 7-25.
- Wahl, R., Cotton, S. y Harrison-Monroe, P. (2008). Spirituality, adolescent suicide, and the juvenile justice system. *Southern Medical Journal*, 101(7), 711-715.