

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología



TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Propuesta de programa para la prevención de la
ideación y conducta suicida en centros educativos**

Autora: Laura Redondo Delgado

Tutora: Marta Giménez-Dasí

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. RESUMEN | Página 2 |
| 2. ABSTRACT | Página 2 |
| 3. INTRODUCCIÓN | |
| 3.1 Justificación..... | Página 3 |
| 4. DESARROLLO | |
| 4.1 La adolescencia: concepto y características..... | Página 4 |
| 4.2 El suicidio: definición, objetivos y consecuencias..... | Página 7 |
| 4.3 Los mitos del suicidio..... | Página 11 |
| 4.4 El suicidio en España..... | Página 13 |
| 4.4.1 <i>Los casos de Jokin, Carla, Arancha, Diego y Alan</i> | Página 16 |
| 4.5 Factores de riesgo, precipitantes y de protección..... | Página 21 |
| 4.6 Intervención educativa: programas con fines preventivos..... | Página 24 |
| 4.7 Programas de prevención del suicidio en contextos educativos..... | Página 26 |
| 4.8 Programa ICA | |
| 4.8.1 <i>Descripción del programa</i> | Página 28 |
| 4.8.2 <i>Objetivos del programa</i> | Página 29 |
| 4.8.3 <i>Destinatarios</i> | Página 30 |
| 4.8.4 <i>Metodología</i> | Página 30 |
| 4.8.5 <i>Contenidos</i> | Página 31 |
| 5. CONCLUSIONES | Página 38 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA | Página 40 |
| 7. ANEXOS | Página 44 |

1. RESUMEN

El suicidio en la población adolescente es uno de los problemas que afronta nuestra sociedad de manera creciente. Es un fenómeno multifactorial, que incluye factores causales biológicos, ambientales, psicológicos y sociales. El incremento de las tasas de muerte por suicidio pone en evidencia la necesidad de realizar programas de prevención, principalmente en adolescentes. La falta de recursos, formación, información y/o gestión de la conducta suicida en los centros educativos es evidente. Por estas razones, se lleva a cabo este proyecto en el que, primeramente, se expone la eficacia del único programa validado en España para la prevención del suicidio (SEYLE) y, a su vez, se propone un nuevo programa destinado a la prevención de la conducta suicida en la población adolescente. Los comportamientos suicidas son un problema importante de salud pública que involucra múltiples factores que deben ser abordados cuanto antes para hacer énfasis en los factores de riesgo que pueden impulsar a las personas a tomar esta decisión.

Palabras clave: suicidio, ideación suicida, intentos de suicidio, acto suicida, adolescencia, programas de prevención.

2. ABSTRACT

Suicide in the adolescent population is one of the problems facing our society increasingly. It's a multifactorial phenomenon, which includes biological, environmental, psychological and social causal factors. The increase in suicide death rates demonstrates the need for prevention programs, mainly in adolescents. The lack of resources, training, information and/or management of suicidal behavior in schools is evident. For these reasons, this project is carried out in which, first, the effectiveness of the only validated program in Spain for suicide prevention (SEYLE) is exposed and, in turn, a new program for the prevention of suicidal behavior in the adolescent population. Suicidal behaviors are an important public health problem, which involve multiple factors that must be addressed as soon as possible to emphasize the risk factors that can encourage people to make this decision.

Keywords: suicide, suicidal ideation, attempt of suicide, suicidal act, adolescence, prevention programs.

3. INTRODUCCIÓN

3.1 Justificación.

El objetivo principal del presente trabajo fue investigar la eficacia de las intervenciones preventivas en la conducta suicida y, mediante dicha investigación, plantear una propuesta de programa adecuada para la prevención de la conducta suicida en centros escolares.

De esta forma, se desarrolla un programa piloto de prevención del suicidio en adolescentes en la Comunidad de Madrid, denominado “Identificamos, comprendemos y actuamos (ICA)” dirigido al alumnado escolarizado en Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato. El objetivo principal del programa es reducir los intentos de suicidio y/o la ideación suicida en los/as adolescentes, mediante el uso de una metodología dinámica y participativa. Se quiere conseguir un aumento de habilidades protectoras o búsqueda de alternativas frente al suicidio y una mejora de las capacidades de ayuda en situaciones de riesgo.

Además, se incluye como novedad una aplicación de móvil “*Suicase*” donde se pueden encontrar una gran variedad de recursos no sólo informativos sino también interactivos con el propósito de desarrollar y fortalecer habilidades personales ante situaciones de riesgo (cuestionarios de fortalezas, cuestionarios de intereses y aptitudes, role-playings interactivos a través de simulación de casos para trabajar factores protectores, recursos audiovisuales para instar a la reflexión, guías y pautas de prevención, etc). A través de un diario semanal, que actúa como autorregistro, la persona puede compartir cómo se siente, qué ha ocurrido durante el día, qué pensamientos le han venido a la mente, qué estrategias internas o técnicas lleva a cabo para salir adelante, personas a las que recurrir en caso de necesidad. La aplicación se encarga automáticamente de lanzar preguntas a lo largo del día y dispone de marcación directa con líneas gratuitas de atención psicológica profesional en caso de urgencia o necesidad.

Como se irá viendo a lo largo del trabajo, son escasos los programas centrados en abordar el suicidio como objetivo principal, sobre todo en España, ya que los programas de prevención en los centros educativos, generalmente, suelen enfocarse en factores asociados al suicidio.

4. DESARROLLO

4.1 La adolescencia: concepto y características.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta.

La adolescencia es una etapa evolutiva que se caracteriza por importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales que afectan al bienestar subjetivo del adolescente (Eryilmaz, 2012; Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015). Su comienzo está determinado por la pubertad, una serie de cambios corporales y hormonales que producen una rápida maduración física en la adolescencia temprana. El final viene marcado por la adopción del estatus de adulto, el cual implica la adopción de responsabilidades, la independencia de los padres y la creación de una identidad propia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este período pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Aunque no tiene unos límites temporales fijos, generalmente se estima que es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, considerándose dos fases (Pérez y Santiago, 2002): la adolescencia temprana (de 10 a 14 años) y la adolescencia tardía (de 15 a 19 años). La *adolescencia temprana* se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios, preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia (cuestión por la cual los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados). Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad. Por otro lado, en la *adolescencia tardía*, se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven (Pérez y Santiago, 2002).

En la etapa adolescente, se experimentan cambios en la forma de ser y pensar. Los adolescentes ya no aceptan tan fácilmente todo lo que dicen los adultos, les cuestionan y se sienten incomprendidos. Las relaciones con los iguales, les ayudan a identificarse con ellos mismos y les permiten conocerse mejor.

Entre los 14 y 16 años se rechaza más la petición de ayuda y la expresión de la sensibilidad que en edades posteriores, rechazo que cabe relacionar con la fuerte necesidad que existe al principio de la adolescencia de demostrar que se ha dejado atrás la infancia (Díaz-Aguado, 1996).

Los adolescentes presentan una serie de características comunes (Díaz-Aguado, 1996) y experimentan una serie de cambios cognitivos relevantes:

1. *Desequilibrio y exaltación emocional*: la adolescencia supondría aquí una etapa estresante, destacada por la experimentación de fuertes oscilaciones emocionales y una tendencia a la dramatización. A pesar de que la autoestima permanece relativamente estable a lo largo del tiempo, es característico de esta etapa que se produzca un descenso motivado por los cambios sociales y físicos a los que se enfrenta el adolescente, los cuales generan inseguridad e incertidumbre.

2. *Aplazamiento y crisis de identidad*: clave en la construcción de la identidad de la vida adulta.

3. *Comprobación de límites*: se trata del deseo de averiguar hasta dónde son capaces de llegar. En ocasiones, este deseo puede llevar a los adolescentes a realizar conductas peligrosas para sí mismos, como puede ser el consumo de todo tipo de sustancias. Es también característica la ausencia de precaución, tienden a pensar que no les pueden pasar determinadas cosas negativas, lo cual aumenta el riesgo.

4. *Pensamiento formal*: los adolescentes experimentan un desarrollo cognitivo que les permite entender las cosas de una forma distinta a como lo habían hecho hasta el momento. En este período alcanzan un pensamiento formal, caracterizado por ser más abstracto, por ofrecer la posibilidad de elaborar hipótesis, ponerlas a prueba y razonar sobre ellas, y por permitir reflexionar sobre los propios procesos mentales. El pensamiento formal que se alcanza en la adolescencia está altamente relacionado con el egocentrismo.

5. *Egocentrismo*: los adolescentes tienden a volverse más introspectivos, ya que dedican gran parte de su tiempo a pensar sobre sí mismos, su futuro y a elaborar su propia identidad. Se muestran preocupados por su conducta y en especial por su apariencia física, pensando generalmente que todo el mundo se va a fijar en ellos (auditorio imaginario). La tendencia a la introspección, unida a la búsqueda de una identidad diferenciada, suele llevarles a la fábula personal, distorsión cognitiva por la que piensan que su historia es especial y única, y que estaría altamente relacionada con las conductas de riesgo que realizan.

Conocer qué esperan los adolescentes y jóvenes de los programas y servicios de salud es fundamental para lograr la aceptación de los mismos. En síntesis, ellos valoran el carácter privado, la preservación de su identidad y desean adoptar decisiones por sí mismos sobre la base del respeto. Los servicios deben considerar las opiniones de los jóvenes y facilitar el tiempo y el espacio para que puedan participar activamente en los mismos (Pérez y Santiago, 2002).

Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. Por ejemplo, se estima que aproximadamente uno de cada cinco adolescentes presenta problemas psicológicos (Polanczyk et al., 2015). Los trastornos mentales ya se encuentran entre las primeras causas de discapacidad asociada y de carga de enfermedad en el grupo de edad de 10 a 24 años (Gore et al., 2011).

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

Se hace necesario implementar estrategias de promoción de la salud, bienestar emocional y prevención de trastornos mentales que mejore la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras. Los centros educativos son el lugar natural en el que se tienen que desarrollar estas actuaciones ya que la mayoría de los adolescentes pasan amplios períodos temporales en los mismos, siendo uno de los principales agentes involucrados en la socialización, así como en la formación y la promoción de un desarrollo óptimo (Fonseca-Pedrero, Díez, Pérez, Sebastián, Inchausti y Pérez, 2019). La educación no se limita a la mera transmisión de conocimientos teóricos (saber conocer) y/o prácticos (saber hacer) sino que debe ir más allá, como argumenta el informe Delors (1996) de la UNESCO, siendo necesario desarrollar competencias referidas al “saber ser” (con uno mismo) y al “saber convivir” (con los demás) (Fonseca-Pedrero et al., 2019).

4.2 El suicidio: definición, objetivos y consecuencias.

Etimológicamente, suicidio (*sui*: «sí mismo» y *caedere*: «matar») es el acto de provocarse a sí mismo la muerte de forma intencional. Es un fenómeno complejo, poliédrico, multidimensional, multicausal y rodeado de tabú y mitos. La definición de suicidio o de conducta suicida, es compleja y su conceptualización ha variado a lo largo de la historia. Hoy en día, sigue siendo un asunto discutido, sobre todo en cuanto a la intencionalidad o no del resultado de muerte.

Schneidman (1985) definió el suicidio como el «acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas» (p. 202- 213). En este contexto, el suicidio no es un acto realizado al azar o sin sentido. Al contrario, es la salida a un problema o una crisis que invariablemente está causando intenso sufrimiento. Según esta línea de pensamiento, el suicidio se asocia a frustraciones o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alternativas y una necesidad de escapar. Debido a la confusión de los distintos aspectos que rodeaban al término suicidio, en 1986, un grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los elementos de una definición de dicho concepto (Van Egmond y Diekstra, 1989). Estos elementos son:

- Que sea un acto con una consecuencia fatal.
- Que sea cometido deliberadamente por la propia víctima.
- Donde la persona tuviera conocimiento o expectativas de su desenlace fatal.
- La persona, mediante este acto, pretendía producir cambios que deseaba

A la hora de analizar el suicidio debemos de tener presente que este acto ha sido realizado por la especie humana a lo largo de casi toda la historia, como plantea la Red Nacional para el Estudio y la Prevención de Conductas Analíticas (ReNEPCA), “El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas” (Jiménez Treviño, 2003, p. 2). Eso sí, las consideraciones hacia el suicidio, la aceptación de éste e incluso la forma de llevarlo a cabo varía a lo largo del tiempo y del espacio dependiendo de la influencia de distintos factores.

Existen fases de evolución del proceso suicida, salvo en los casos de suicidios intencionales no premeditados. Y de ser posible la identificación de signos representativos, permitirían el intento de una intervención preventiva.

1. *Fase ideativa:* La muerte se presenta como una alternativa. El individuo tiene la idea de morir que aparece y desaparece, como una ocurrencia. No existe el cómo ni el cuándo.

2. *Fase deliberativa:* Analiza los pros y los contras de esa idea, es decir, comienza a considerarla. Esta fase puede durar días, meses o años. Lo habitual es de semanas a meses. La idea comienza a tener forma y sentido y el suicidarse, que hasta ese momento era una ocurrencia por el estado emocional, se hace más visible.

3. *Fase decisiva:* La persona toma la decisión de suicidarse. Ha evaluado todo y llega a la conclusión de que se quiere suicidar. Esto sucede tras el curso de la deliberación, por eso el tiempo de decisión no es en segundos. Después de la toma de decisión de suicidarse, la persona entra en un período de calma ya que estas tres fases se viven con mucha angustia y dolor. La persona sufre mucho hasta que llega a la decisión y llegada a ella, se tranquiliza.

4. *Fase dilatoria:* Corresponde al período de calma, cuando la persona se tranquiliza y ya sabe lo que va a hacer. Esta fase es de duración variable, habiendo situaciones desagradables o acontecimientos estresantes que pueden o no adelantarla a la siguiente fase.

5. *Fase operativa:* A esta fase corresponde toda maniobra que hace la persona para ejecutar el suicidio. Es todo lo previo al acto suicida, desde prever qué va a hacer con sus bienes (escribe un testamento, saca un seguro de vida, arregla los aspectos laborales con toda discreción), el aprovisionarse de los elementos necesarios para la muerte programada, o la elaboración de las estrategias para evitar que se descubra su decisión de suicidio, a fin de la no intervención o interrupción del acto.

6. *Fase ejecutiva:* Aquella en la que la persona ejecuta la acción concreta.

Del mismo modo, conviene no sólo tener en cuenta los siguientes conceptos relacionados con el suicidio, sino además ser capaces de diferenciarlos adecuadamente:

- *Riesgo de suicidio:* Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.
- *Ideación suicida:* Se refiere a los pensamientos o fantasías sobre la voluntad de quitarse la vida, a veces imaginando un plan o método concreto para realizarlo. La ideación suicida puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad de los planes suicidas y del grado del intento suicida.

- *Intento suicida, tentativa suicida o intento autolítico*: Conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir. Expectación subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte.

- *Autolesiones*: Actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos. Es una conducta potencialmente lesiva autoinfligida que se relaciona con la conducta parasuicida.

- *Parasuicidios*: Cuando la persona se provoca lesiones, muchas veces con la intención sólo de hacerse daño y no de ir más allá (no hay una intención clara de muerte). La persona utiliza el suicidio para obtener un objetivo, en algunos casos se consideran una llamada de atención con intención manipulativa. Son conductas aparentemente suicidas, que en realidad no buscan la muerte si no una serie de cambios ambientales en el entorno.

- *Suicidios enmascarados*: Cuando la conducta suicida tiene la apariencia de otro tipo de conducta no suicida, pero realmente es un suicidio. Por ejemplo: accidente de tráfico en el que la víctima se estrelló voluntariamente.

- *Acto suicida o suicidio consumado*: Comportamiento deliberado de quitarse la vida con éxito fatal.

- *Gesto suicida*: Acción o comunicación de una persona en relación a una conducta suicida, con una intención o finalidad para su entorno; puede tener consecuencias muy diversas.

- *Juegos suicidas*: Se trata de prácticas temerarias en las que está en juego la vida de la persona. Son claros ejemplos de estos: probar suerte disparándose revólveres con una bala o manejar un vehículo con los ojos vendados.

- *Plan suicida*: Se refiere a la organización por parte de la persona en pensamientos o en actos sobre la manera concreta (el método) con el que desea acabar con su vida (con qué medio, cuándo y dónde). Es un elemento de enorme peligrosidad, cuánto más planificado esté el suicidio, mayor riesgo hay.

- *Amenaza suicida*: Expresión de la intención, sin pasar al acto, con el propósito más o menos consciente de obtener un beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás. Es muy peligroso creer que lo que se anuncia no será ejecutado.

- *Psicalgia*: Dolor psicológico, sufrimiento importante a nivel vital que afecta a la persona como un todo y que puede conducir a que la persona se plantee el suicidio (Shneidman, 1993).

- *Penacidio*: Matar la pena o matar el sufrimiento (morirse de pena), se ha sugerido como término alternativo al de suicidio, por parte de algunos autores.
- *Efecto Werther o efecto de contagio*: Imitación de la conducta suicida tras un primer suicidio consumado con repercusión mediática.
- *Efecto Papageno*: Fenómeno mediante el cual la exposición a ejemplos de personas que inicialmente han pretendido quitarse la vida, pero que finalmente han renunciado a dicha idea, genere en el espectador un efecto preventivo del suicidio.
- *Eutanasia*: Provocar la muerte de una persona de manera intencional y consciente. Se produce ante una enfermedad grave en la que la persona solicita ayuda a otras para suicidarse. Como en ocasiones las consecuencias de la enfermedad impiden cometer el suicidio, la persona pide ayuda a otros para que le faciliten los medios necesarios (generalmente medicación con efectos letales).

Casullo (1998), considera que todo intento de estudio de los comportamientos o las ideaciones suicidas, especialmente en las etapas adolescentes y juveniles, debe operar desde un marco teórico integrador, desde la perspectiva clínico epidemiológica, psicológica, biológica, cognitiva y que incluya también los modelos socioculturales, incorporando para ello los aportes de las distintas disciplinas.

La conducta suicida se encuentra entre uno de los problemas más desafiantes para el entendimiento humano y la explicación científica. No hay una causa única de por qué se suicidan las personas (O'Connor y Nock, 2014). Tampoco se ha encontrado un marcador etiopatogénico de tipo cerebral, genético, biológico, psicológico o social que sea causa necesaria y suficiente del mismo (Fonseca-Pedrero, 2019). Por tanto, se aboga por un modelo de corte biopsicosocial que tenga como eje central a la persona (George y Engel, 1980).

Entre los años 1980 y 2000, la tasa de suicidios se multiplicó por 4, estimándose que cada año se suicidan en el mundo alrededor de 600.000 adolescentes entre los 14 y 28 años. Los países europeos son los más afectados por este fenómeno al contabilizar alrededor de 200,000 suicidios por año. Entre 1999 y 2012 el número de suicidios se mantuvo relativamente estable con 3.200-3.500 casos al año. No obstante, en 2013 y 2014 los suicidios aumentaron hasta llegar a los 3.900 casos. Y, aunque se redujeron en 2015 y 2016, el número seguía siendo más elevado que la media del período 1999-2012.

El suicidio es, a día de hoy, la tercera causa de muerte entre la gente joven, muchos de ellos víctimas de bullying y maltrato. Las muertes por suicidio duplican a las que se producen

por accidentes de tráfico y son 80 veces superiores a las que causa la violencia machista. En el mundo, cada año, mueren más de 800 mil personas a causa del suicidio (1 persona muere cada 40 segundos). Revisando la literatura, a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2013). Los datos disponibles en niños, adolescentes y jóvenes resultan especialmente preocupantes: las tasas de suicidio crecieron del 1.9 al 2.6 por cada 100.000 y del 0.5 al 1.5 por cada 100.000, para las franjas de edad de 10 a 14 en niños y de 5 a 14 años en niñas, respectivamente.

El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (OMS, 2019). El suicidio no sólo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2016, más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. En el mundo, el suicidio causa más muertes que las guerras y los homicidios juntos.

En el Anexo 1 se puede consultar una infografía de la Confederación Salud Mental España sobre las cifras mundiales de suicidio.

4.3 Mitos del suicidio

La conducta suicida está rodeada de estigma, tabú y mitos. Los mitos, concretamente, son aquellas concepciones erróneas sin veracidad científica, únicamente basadas en creencias y juicios de valor desacertados. Se hace necesario romper las creencias infundadas asociadas al suicidio para romper barreras, mejorando la visión y comprensión de la conducta suicida (Fonseca-Pedrero et al., 2019). A continuación se mencionan algunos de los mitos más relevantes mencionados en la Guía para la detección y prevención de la conducta suicida de Comunidad de Madrid (2016):

1. *“El suicidio no se puede prevenir”*: El suicidio y/o sus intentos en muchas ocasiones se puede prevenir, y es por ello muy importante que se aprenda a detectar las señales de alerta de riesgo inminente, y conocer cuáles son los factores que reducen o incrementan su aparición. Es fundamental la atención temprana y poder disponer de los recursos profesionales y espacios adecuados. El entorno así como las condiciones de las personas y los lazos afectivos, juegan un papel muy importante. Ofrecer apoyo y escucha activa teniendo en cuenta factores como la empatía y la comprensión puede ayudar notablemente a la persona.

2. *“Los intentos de suicidio son llamadas de atención”*: La ideación suicida o los intentos de suicidio son manifestaciones del sufrimiento y la desesperación que siente la

persona. Hay que tomarlos siempre en cuenta cuando la persona los manifieste abiertamente. Cualquier comunicación de suicidio debe tomarse como real (mejor tener falsos positivos). Hay que tomar en serio cualquier signo de depresión (pensamientos negativos, desesperanza, pérdida de interés, irritabilidad, consumo de alcohol y drogas...) y/o comentarios sobre deseos de muerte o pensamientos sobre ella.

3. *“Preguntar sobre el suicidio, puede incitar a la persona a hacerlo”*: Está demostrado que preguntar y hablar con la persona sobre la presencia de pensamientos suicidas disminuye el riesgo de cometer el acto. Preguntar y escuchar a la persona en riesgo sobre sus pensamientos y emociones relacionadas con la conducta suicida aliviará su tensión y/o culpabilidad. Es muy importante adoptar una disposición de escucha auténtica y de respeto, lo cual le hará saber a la persona que nos preocupa y que deseamos ayudarle. Discutir, infravalorar, juzgar o minimizar estas ideas es una actitud totalmente errónea, con la cual no se conseguirá nada más que el alejamiento de la persona.

4. *“La persona que expresa el deseo de acabar con su vida, nunca lo hará”*: Con frecuencia, la mayor parte de las personas que han intentado suicidarse previamente expresaron su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta. Estas verbalizaciones nunca deben ser consideradas como un alarde, chantaje o manipulación de la persona para la obtención de un fin determinado. Si bien es cierto que existen excepciones, estas son mínimas en comparación con las evidencias.

5. *“La persona que se quiere suicidar no lo dice”*: De cada diez personas que se suicidan, nueve expresan claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida. Es importante saber que sólo un escaso número de suicidios se produce sin aviso. Es relevante que si detectamos que la persona se encuentra en una situación de riesgo suicida le preguntemos sobre ello. Por consiguiente, deben tomarse en serio todas las amenazas de autolesión.

6. *“El suicidio es impulsivo y la mayoría no avisa”*: El suicidio puede ser el resultado de un acto impulsivo repentino o de una planificación muy cuidadosa. En ambos casos, casi siempre existen signos directos o indirectos, verbales o no verbales, pistas o advertencias de riesgo suicida. Es erróneo pensar que no podemos hacer nada para prevenir la conducta suicida. La conducta suicida no es ni de valientes ni de cobardes, está vinculada a un altísimo grado de sufrimiento de la persona.

7. *“Sólo las personas con graves problemas se suicidan”*: El suicidio es multicausal. Muchos problemas pequeños pueden llevar al suicidio. Además, lo que para unos es algo nimio, para otros puede ser catastrófico. Por ello, hay que valorar la situación de cada persona

de forma individual teniendo en cuenta sus pensamientos y emociones, así como el entorno donde se desarrolla y sus circunstancias. Valorar subjetivamente lo que para una persona puede ser grave o menos grave, puede llevar a la infravaloración del dolor que les puede causar.

8. *“La publicación de información sobre el suicidio puede incitar a hacerlo”*: La publicación de información responsable y adecuada por parte de los medios de comunicación es fundamental y puede ayudar a prevenir el suicidio.

En el Anexo 2 se pueden consultar infografías sobre los Mitos del suicidio (OPS/OMS).

4.4 El suicidio en España

El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España, produciendo el doble de muertes que los accidentes de tráfico, 11 veces más que los homicidios y 72 veces más que la violencia de género. Después de los tumores, el suicidio es la principal causa de muerte en la juventud española (15 a 34 años). El mayor número de suicidios se produce entre los 40 a 59 años (1.494, un 40% del total). Casi 1.000 suicidios al año se producen entre mayores de 70 años. El riesgo de suicidio aumenta con la edad, sobre todo en varones, siendo las mayores tasas en hombres con más de 79 años. Respecto a las edades más tempranas, en el caso de los varones el riesgo se multiplica por 7; en el de las mujeres, se triplica.

En el Anexo 3 se puede consultar el número de suicidios por edades y sexo en España en 2017.

Cada dos horas y media se suicida una persona en España y más de 8.000 intentan quitarse la vida cada año. En 2017 han fallecido por suicidio 3.679 personas en España, 10 personas al día. Tres de cada cuatro han sido de varones (2.718) y un 25% de mujeres (961). Estas cifras, basadas en los últimos datos publicados por el INE en diciembre de 2018 y que están referidos a 2017, suponen un aumento de 110 defunciones respecto a 2016 (un 3,1% más), de las que 56 corresponden a hombres (una disminución del 2,1%) y 54 a mujeres (un aumento del 6%). El aumento global es de +3,08% (2,1% en hombres y 6% en mujeres).

En el Anexo 4 se puede consultar el número de suicidios por sexos en España (2016-2017).

En 2017 el número de suicidios aumenta superando valores de 2015, año en el que disminuyeron significativamente los casos, tanto en mujeres como en hombres, pero todavía lejos de los datos históricos de 2014, rompiéndose así lo que parecía una tendencia a la baja desde ese año. Las tasas de suicidio se han mantenido relativamente constantes en lo que

llevamos de siglo, en torno a las 7-8 muertes por 100.000 habitantes (entre 10 y 13 en el caso de los hombres y los 3-4 en el de las mujeres).

En el Anexo 5 puede consultar el número de suicidios por sexos en España desde el año 2000 hasta el año 2017.

Las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres (más tentativas), pero los hombres lo consumen tres veces más que las mujeres (utilizan métodos más violentos, lo que hace que la mayoría no sobreviva). ¿Por qué se suicidan más hombres que mujeres? Existen numerosas investigaciones que analizan la asociación entre el suicidio y el estereotipo de género. El modelo de masculinidad hegemónica que posiciona el poder como dominación, crea una imagen del hombre basada en la fuerza, la competitividad, el control emocional, la racionalidad y la valentía (Williams, J., Stephenson, D. & Keating, F. 2014). Esto tiene unas claras ventajas, pero también produce inconvenientes. Aquellos hombres que no encajen con el modelo, terminarán sintiéndose vulnerables lo cual produce silencio, ya que este rol asignado tampoco les permite pedir ayuda en situaciones de vulnerabilidad (Addis, 2011). Ante el malestar psicológico, prefieren no comunicarlo para seguir manteniendo la imagen que se les presupone por ser hombres. A esto, se suma la presión por ser el proveedor de recursos y sostén de la familia que también se les ha implantado. Factores socioeconómicos como la pérdida de trabajo, bajada en los ingresos y en el estatus laboral producen un mayor riesgo de suicidio en los varones. Ante esto, nos queda el papel de educar a los hombres de forma que se les permita expresarse emocionalmente desde pequeños. Los niños deben aprender a conectar con su propia vulnerabilidad sin enmascararla.

Analizando las tasas de suicidio por comunidades, se encuentra que Asturias y Galicia poseen las mayores tasas de suicidio por 100.000 habitantes, mientras que la menores las registran la Comunidad de Madrid, Cantabria, Ceuta y Melilla. La media de España es de 7,90 suicidios por 100.000 habitantes.

En el Anexo 6 se pueden consultar las tasas de suicidio total por 100.000 habitantes y CC.AA en 2017.

En cuanto al número de suicidios, se encuentra que Andalucía es la comunidad autónoma con mayor número de suicidios (el 19% del total), seguida de Cataluña y Valencia. La media española registra una ratio hombres/mujeres de 2,7:1 suicidios. En los casos de Murcia (5,1:1), Navarra (4,3:1), Castilla La Mancha (4,06:1) y La Rioja (4:1) esta ratio es

llamativamente elevada, mientras que en Cantabria (2:1), Asturias (2,1:1), Baleares (2,2:1) o Valencia (2,4:1) es más baja.

En el Anexo 7 se puede consultar el número de suicidios por sexo y CC.AA en 2017.

Sobre el número de suicidios total por provincia, encontramos que Barcelona y Madrid son las provincias con mayores tasas, seguidas de Valencia, Alicante y Sevilla. Las provincias de Ceuta y Melilla son las que tienen un menor número de suicidios.

En el Anexo 8 se puede consultar el número de suicidios total por provincias en 2017.

Quizá las cifras de suicidio se encuentren infradimensionadas, como se estima en diversos estudios que concluyen que un 5% de los accidentes de tráfico pueden deberse a conductas suicidas en aquellas personas que intentan ocultar su motivación suicida o el sesgo referente a las estadísticas disponibles que obvian los intentos fallidos, agrupándolos bajo la categoría de conducta lesiva autoinfligida. Además, bajo otras causas externas (ahogamientos y envenenamientos, caídas u otros accidentes) pueden ocultarse muertes por suicidio que, por distintos motivos, no son asignadas a esta causa.

En el Anexo 9 pueden consultarse las muertes por causas externas en España (2017).

Mientras que las políticas preventivas como las de tráfico o violencia de género parecen haber conseguido disminuir las víctimas por este motivo (-68,14% y -19,05% desde 2000), en España faltan todavía planes o estrategias de prevención del suicidio que también puedan reducirlo.

En el Anexo 10 puede consultarse el número de muertes por suicidio, accidentes de tráfico y violencia de género en España en 2017.

El modus operandi elegido por la gran mayoría de jóvenes de ambos sexos entre los 15 y los 29 años es el ahorcamiento, la estrangulación o la sofocación, seguido lanzarse al vacío desde un lugar elevado. El ahorcamiento es el medio utilizado en casi la mitad de los suicidios, por parte de los varones, que lo utilizan en la mayoría de los casos (52%). El método mayoritario (casi el 40%) en las mujeres es saltar desde un lugar elevado. Otras diferencias encontradas son que mientras que para los hombres el tercer método de suicidio elegido es autodispararse con armas de fuego (7,3% vs 1,5% en mujeres) para las mujeres el tercer método más utilizado es el envenenamiento con drogas, medicamentos o sustancias biológicas (16,3% vs 6,4% en hombres).

En el Anexo 11 pueden consultarse los métodos de suicidio empleados por los diferentes sexos en España (2017).

Aún con todo esto, España posee unas tasas de suicidios significativamente menores que otros países, en una lista que encabezan algunos países exsoviéticos (Lituania, Eslovenia, Latvia, Hungría, Estonia) y orientales (Corea del Sur, Japón). En su parte más baja (tasas <6/100.000 hab.) se sitúan Sudáfrica, algunos países mediterráneos (Turquía, Grecia) y sudamericanos (Colombia, México, Costa Rica, Brasil), aunque hay que destacar que los sistemas de registro estadístico no son igual de fiables en todos ellos.

En el Anexo 12 se pueden consultar las tasas de suicidio de España con respecto a las de otros países (2017).

Pese a lo alarmante de las cifras, el estigma social y el miedo al efecto imitación han provocado que hablar de suicidio se haya convertido en un tabú. El suicidio es un tópico escasamente investigado en España. Lo complicado de la problemática hace que sea imposible determinar con precisión una causa única para consumir este tipo de actos, siendo producto de la confluencia de multitud de variables.

4.4.1 Los casos de Jokin, Carla, Arancha, Diego y Alan.

En España, la preocupación se despertó con el suicidio de Jokin. Fue el primer caso de suicidio por acoso escolar en España. El 21 de septiembre de 2004 en Guipúzcoa, Jokin; a la edad de 14 años, salta al vacío desde la muralla de Hondarribia. La Audiencia de Guipúzcoa, tras comprobar que el cadáver presentaba hematomas previos a la muerte, imputó un delito de "inducción al suicidio" a ocho alumnos, compañeros suyos de clase. Cuatro días antes del suicidio y cinco días después del inicio del curso, la dirección del instituto telefona a casa de Jokin y les comunica que el chico no ha ido a clase ni el jueves ni el viernes. Los padres consiguen que les cuente que ha recibido una paliza cada día que ha ido: lunes, martes y miércoles. Cuando le piden que diga quiénes son los responsables, la respuesta de Jokin da una idea del horror por el que estaba pasando: “¿Qué quieres, que me maten a hostias si te digo quiénes son?”. El lunes 20, la dirección del centro pide a los padres que Jokin no vaya al instituto porque van a hablar con los presuntos agresores. Esa noche, mientras su familia dormía, Jokin se dirigió a las murallas desde donde decidió acabar con su vida. “Libre, oh, libre, mis ojos seguirán aunque paren mis pies”, dejó escrito en su ordenador esa misma noche. A partir de una reunión convocada por la dirección del centro, los padres de Jokin se dan cuenta de dos cosas: la primera, la más grave, es el calvario vivido por su hijo y la segunda, los deja perplejos. Prácticamente todo el mundo en el instituto -incluidos los

profesores- tiene noticias del acoso, pero nadie ha dicho nada ni tomado medida alguna (EL PAÍS, 2004).

El 11 de abril de 2013, Carla, una joven de 14 años, se tiró al mar desde el barrio de la Providencia. Carla salió esa mañana de casa y caminó en dirección contraria al colegio con una decisión firme e irreversible. Dirigió sus pasos a un acantilado en Gijón y se tiró al mar, donde encontraron su cuerpo flotando a media tarde. Su madre estaba a punto de cambiarla de colegio. Días antes de su muerte, un profesor intervino una nota en la que una compañera le decía "¿qué te pasa?" y Carla respondía "que me están amenazando". Los profesores no intervinieron y el colegio afirmó que "eran cosas de crías". La madre sabía que Carla se ponía el flequillo sobre el ojo estrábico porque en el colegio la llamaban "bizca" y que un grupo de niñas le decían "bollera". Las notas empeoraron y Carla llegó a hacerse cortes en los brazos (que se tapaba con pulseras). Cuando su madre le preguntaba qué le pasaba, "iba de fuerte": "Bah, no te preocupes, paso de ellas, mamá". Cuando preguntaba en el colegio, le decían: "Son cosas de crías, están en la edad...". Montserrat Magnien insistió, llevó a su hija al psicólogo como le indicaron y se puso a mirar otros colegios... Pero ya no dio tiempo (EL PAÍS, 2014).

Tras la muerte de Carla hubo una primera investigación y su madre descubrió entonces cosas que no sabía. Los insultos eran diarios y también tenían lugar en redes sociales como Facebook, Tuenti y Ask.fm. También descubrió que "las de siempre" habían tirado a Carla agua de los servicios y que la habían agredido fuera del colegio. A la cara, le decían "Topacio, un ojo para aquí y otro para el espacio". En las redes, compartían imágenes de un POU (especie de Tamagochi) bizco al que llamaban Carla. "Todo el colegio se metía con ella", dijo un alumno tras la muerte de Carla. Lo contaron sus propios compañeros: La niña "estaba harta de los insultos y no entendía por qué se metían con ella, si no había hecho nada". La madre denunció por acoso e inducción al suicidio a las cuatro niñas que mencionaban los testigos. El fiscal de menores de Asturias —igual que el juez de instrucción y el inspector escolar antes que él— no vio indicios suficientes y archivó el caso. La madre de Carla presentó en abril —antes de que se cumpliera un año de su muerte—, una segunda denuncia en la que no se menciona la inducción al suicidio —un delito muy difícil de demostrar, más aún en menores—, sino un delito contra la integridad moral, vejaciones e insultos. Los letrados Leticia de la Hoz y Luis Manuel Fernández trufaron su denuncia de pruebas, como esta conversación de Facebook entre Carla y su hermana Andrea, de 25 años, un par de meses antes del suicidio:

- C: Acompáñame. Contigo no me va a decir nadie nada, no tienen cojones

- A: ¿Pero qué pasa nena? Cuéntame
- C: Na, que se meten conmigo...
- A: ¿Quién? ¿Por qué? ¿Del cole? ¿O de fuera?
- C: Del cole (...), las de siempre.

Carla le cuenta a su hermana que se rumorea que le quieren pegar y que nadie se atreve a defenderla. Andrea promete hablar “civilizadamente” con ellas y aconseja que se lo cuente a la directora. “Que ya lo sabe”, le responde Carla dos veces. La denuncia también recoge comentarios de compañeros de Carla en redes sociales tras su muerte: “Todo el SAG [acrónimo del colegio] se metía con ella”, dice una; “¿Asesina por qué?”, se defiende otra, “Yo sí, me metí con ella. ¿Y? ¿Soy la única persona acaso? Creo que no, eh”. Otro confiesa: “Era una niña muy fuerte, aguantó hasta el último día de su vida los insultos de todos esos hijos de la gran..., me incluyo entre ellos”. “Estas nuevas pruebas demuestran que efectivamente pudo haber un acoso continuado”, explicó el fiscal de menores asturiano, Jorge Fernández Caldevilla, que rectificó su decisión. El fiscal subraya, sin embargo: “En ningún caso hay pruebas para creer que las menores expedientadas actuaron con la intención de que Carla se suicidase, lo que pudo deberse a muy diversos factores y cuyo esclarecimiento no nos compete” (EL PAÍS, 2014).

Cuando Carla murió, su colegio —que pertenece a la misma congregación que un centro sevillano recientemente denunciado en otro caso de acoso— mandó un SMS de pésame a Montserrat y comunicó a padres y alumnos que el suicidio se debió exclusivamente a “asuntos familiares” —la niña mencionó que estaba triste porque su hermana se había independizado—. “No hablaron más del tema, prefieren taparlo”, lamenta Montserrat. “Entre los padres también hay silencio, porque nadie quiere líos y menos aún meter a sus hijos en líos”. El centro aseguró al resto de padres que el suicidio se debía a “asuntos familiares”, pero entre las pruebas presentadas hay varias actas del colegio sobre reuniones de Montserrat con las profesoras de su hija. La primera, un año antes del suicidio, menciona “problemas de relación” con un grupo de alumnas y recomienda que Carla “no responda a las provocaciones”. La última, un par de meses antes del suicidio, reconoce el acoso de las expedientadas y añade: “Medidas a adoptar: Vigilar tema acoso de más alumnas de 2ºB”. “No puede ser que te vayas a trabajar pensando que dejas a tu hijo en un sitio seguro y pase algo así”, lamenta Montserrat. “¿Crees que ahora no hay otro niño sufriendo lo mismo que sufrió Carla?”, pregunta. Los abogados de Montserrat persiguieron “un castigo simbólico” para las dos niñas expedientadas (tareas socioeducativas, reeducación) y responsabilidad civil para el colegio por pasividad y falta de diligencia. El día que Carla no apareció en el centro no

avisaron a su madre. “Pasaron cuatro horas desde que salió de casa y la hora de la muerte”, dice Montserrat. “Podíamos haberla encontrado” (EL PAÍS, 2014).

Arancha, de 16 años, se quitó la vida el 22 de mayo de 2013 cuando se arrojó al vacío por el hueco de la escalera desde la sexta planta de su edificio en el distrito madrileño de Usera. La joven había escrito previamente a sus amigos por WhatsApp diciéndoles que "estaba harta de vivir". Arancha, que sufría discapacidad intelectual y motora, se suicidó tras haber sido víctima de acoso escolar en el instituto Ciudad de Jaén. Su familia denunció la situación hacía apenas un mes. La familia presentó una denuncia en la comisaría del barrio después de que las tutoras de la menor avisaran a la madre de la chica de que estaba sufriendo acoso escolar por parte de un compañero del centro. Le exigía dinero y ella se puso a trabajar para conseguirlo. “Cuidaba de gente mayor y juntó los 50 euros que le pedía este sinvergüenza”, relataba conmovido su tío a EL PAÍS en el rellano de la vivienda de la abuela, situada en otro barrio obrero de la capital, el Pozo del Tío Raimundo. La alumna sufría una discapacidad motora y otra intelectual “de entre el 30% y el 40% que le hacía comportarse como una niña de 10 años”, según su tío. Repitió un curso y este año asistía a 2º de la ESO en el instituto en el que, según fuentes del centro, varios menores tuvieron que ser atendidos por los médicos por “ataques de ansiedad” tras conocer lo que le había pasado a la muchacha. Según el tío de la menor, esta le relató a sus profesoras el supuesto acoso del que era víctima y les enseñó los mensajes que recibía del chico. “No era la única a la que tenía atemorizada en el instituto, pero sí la única que lo denunció”, explica el mismo familiar (EL PAÍS, 2015).

El mismo día en que Arancha se levantó, desayunó un Cola-Cao, hizo las camas y se quitó la vida arrojándose por el hueco de la escalera de una sexta planta, el Instituto Ciudad de Jaén estuvo a punto de lamentar dos muertes y no sólo una. Arancha no fue la única adolescente de ese centro escolar que intentó quitarse la vida ese mismo día. Victoria, de 13 años y amiga del acosador de Arancha, que fue detenido aquel 25 de mayo para más tarde quedar en libertad, también pensó en suicidarse, después de que alumnos y compañeros de la joven fallecida comenzaran a acosarla a través de las redes sociales, como Facebook, Instagram, Twitter y WhatsApp: “Vamos a hacer justicia”, “Que lo paguen bien, por hijos de puta que son”, “Si le hacen eso a mi hijo les arranco la cabeza a los padres”, “Qué hija de puta que eres”, “Yo te tiraba por el mismo sitio por el que has hecho que se tire la pobre, pedazo de puta perra”. Victoria decidió llamar a su madre para despedirse: “Mamá, no aguanto más. Voy a suicidarme”. La madre, que estaba trabajando en Sol, se puso en contacto con una

sobrino para que acudiera rápidamente a la casa a tranquilizarla. Gracias a ella, según relata el mismo diario, la adolescente no consumó el suicidio. La persecución dio lugar a una denuncia judicial. Además, a raíz del linchamiento, Victoria estuvo tomando antidepresivos, ansiolíticos y una pastilla para poder dormir. “Me asusté mucho. Me empezaron a llegar mensajes: que si ya estaba contenta, que si era culpable, que si te vamos a pegar, que si asesina... Más de 30 compañeros. Todos así, por Facebook, por Instagram, por el móvil... Eran las tres de la tarde. Estaba sola en casa. Muy mal. Llegó un punto en que quise hacer lo mismo que Arancha. Es como que tu vida está rota y quieres acabar así. Llamé a mi madre y le dije que me iba a suicidar”. (El Mundo, 2015)

El 14 de octubre de 2015 en Leganés, Diego, de 11 años salta al vacío desde su domicilio. A modo de despedida, escribe una carta en un cuaderno que deja junto a su peluche preferido momentos antes de suicidarse. En la carta, se despide de cada uno de sus seres queridos: «Papá, tú me has enseñado a ser buena persona y a cumplir las promesas (...) Mamá, tú me has cuidado muchísimo y me has llevado a muchos sitios (...) Tata, tú has aguantado muchas cosas por mí (...) Abuelo, tú siempre has sido muy generoso conmigo y te has preocupado por mí...» y añade “os digo esto porque no aguanto ir al colegio y no hay otra manera de no ir”. Ya en el tanatorio, un forense y varios policías toman muestras que pudieran conducir a abusos sexuales, pero no llegan a analizarse nunca según el abogado de la familia. Un año antes, en navidad de 2014, Diego manifiesta una afonía que coincide con la vuelta de un profesor con el que no quiere estar. Los médicos hablan de un “impacto” emocional que le provoca la afonía. El trastorno dura 4 meses y sólo termina cuando acaba el curso. Durante ese tiempo su madre refiere insultos como “maricón”. Algunas agresiones aisladas y un extraño comportamiento que fue creciendo (El Mundo, 2018).

Así recuerda Carmen González el momento en que descubrió que su hijo Diego acababa de tirarse por la ventana desde el quinto piso del hogar familiar: «El día anterior por la noche me dijo: 'Mamá, te quiero mucho'. Y me pidió que lo despertara a las siete para repasar Naturales. Me levanté, fui al baño. Yo... Miré y vi las zapatillas en el suelo, con lo cual no pensé que él se había levantado. Yo estaba levantada, pero no me enteré de que se había movido de la habitación. Oí un golpe. Entonces, cuando me di cuenta, fui a la habitación, no le vi y le busqué como loca por toda la casa. Cuando fui a la cocina, vi que la mampara estaba corrida... y vi a mi hijo allí, en el patio... Con la oscuridad, vi su sombra en el suelo.», explica a EL MUNDO (El Mundo, 2018).

En el Anexo 13 se puede encontrar la carta de despedida que le escribió Diego a sus familiares antes de suicidarse.

Alan, un joven de 17 años, decidió quitarse la vida el 24 de diciembre de 2015 después de sufrir una situación de acoso escolar. La asociación Chrysallis, que agrupa a familias de menores transexuales, explica que el menor padeció varios episodios de acoso por parte de sus compañeros de instituto. Alan, que residía en Rubí (Barcelona), había cambiado de centro escolar recientemente y estudiaba en Sant Cugat del Vallès. El día de Navidad, la Asociación Estatal de Familias de Menores Transexuales Chrysallis se despertaba con un mensaje de WhatsApp de la madre del menor: "No pudo con la presión de la sociedad y nos ha dejado para siempre", escribió. El presidente de la delegación catalana de la entidad, David Tello, expresa de inmediato su "indignación, vergüenza y frustración" hacia la Administración que, según él, no está preparada para abordar la transexualidad con normalidad. Alan había conseguido este diciembre que le cambiaran el nombre en el DNI. Era el segundo menor catalán a quien se lo concedían, después de un procedimiento "duro y difícil" y que trata la transexualidad como "una patología", denunciaba Tello. Según las fuentes consultadas, los grupos de trabajo LGBT de la Generalitat habían hecho un seguimiento de la situación del menor para ayudarle a realizar todos los trámites para que su identidad quedará reflejada en la documentación. Además, señalan que se seguía el protocolo fijado para los casos de acoso escolar. A raíz de la muerte de Alan, se celebraron concentraciones en varias ciudades de España. La más numerosa fue la de la plaza de Sant Jaume de Barcelona. Allí se concentraron centenares de personas bajo la pancarta La transfobia nos mata. La presidenta de Chrysallis, Natalia Aventín, aseguró: "Los chicos y chicas transexuales tienen que saber que la sociedad no les rechaza; Alan se merecía este homenaje después de recibir tantas muestras de desprecio por parte de la sociedad" (EL PAÍS, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas, cada año se suicidan en el mundo alrededor de 600.000 adolescentes y jóvenes, entre los 14 y los 28 años, y al menos la mitad tiene alguna relación con el bullying.

4.5 Factores de riesgo, precipitantes y de protección

La ideación suicida es cada vez más frecuente entre los adolescentes y jóvenes. La adolescencia conlleva un período de fuertes sentimientos de estrés, confusión, incertidumbre, presión social y necesidad de aceptación por el grupo de iguales. En muchas ocasiones, la falta de apoyo social, unido a hechos estresantes como divorcios conflictivos, relaciones

familiares estresantes y agresivas, pueden generar grandes sentimientos de tristeza en los adolescentes. No debería obviarse el papel que la presión de los demás ejerce en los adolescentes, los cánones impuestos de belleza y valores vitales o los efectos colaterales de la situación de crisis que atraviesa el país, que sitúa a los jóvenes con escasas perspectivas de inserción en el mundo laboral, a la par que aumenta el desarraigo familiar, desestructurando familias por razones económicas, provocando emigraciones en busca de mejoras en las condiciones laborales o disminución de la atención de los padres y madres hacia los hijos al tener que pluriemplearse dada la precariedad de los contratos. El abuso de sustancias y la influencia del grupo de iguales también propician la ausencia de control sobre afectos y actos.

El suicidio, como vía de escape extrema de una situación vital angustiada, no es sino producto de la confluencia de múltiples factores, reflejo no sólo de la idiosincrasia e historia de cada individuo sino también de factores sociológicos propios del contexto en el que este desarrolla su vida. Por lo tanto, no hay una causa única de por qué se suicidan las personas (O'Connor y Nock, 2014). Una gran variedad de trabajos científicos han analizado la existencia de una serie de factores sociales, biológico, familiares y/o personales que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que aparezcan conductas suicidas. Cuando estos factores suponen una disminución de la probabilidad de una conducta suicida se les conoce como factores protectores. Por el contrario, si están relacionados con el incremento de la probabilidad de una conducta suicida son conocidos como factores de riesgo. Cuando se habla de factores precipitantes se hace referencia al acto previo que causa o provoca el fenómeno determinado, es decir, el suicidio (Fonseca-Pedrero et al., 2019).

En el Anexo 14 se puede consultar un resumen de los principales factores de riesgo, protección y precipitantes asociados a la conducta suicida.

Los hechos más comunes que originan el suicidio en los adolescentes son: bullying, abuso sexual o físico, trastornos mentales como la depresión y el trastorno de personalidad límite y el abuso de drogas. En relación al bullying, en la Unión Europea (UE) se estima que lo padecen alrededor de 24 millones de niños y jóvenes al año, lo que supone que 7 de cada 10 padecen alguna forma de acoso o intimidación, de tipo verbal, físico o a través de las nuevas tecnologías de la comunicación (Cross, Piggin, Douglas y Von Kaenel-Flatt, 2012). Aunque el acoso más frecuente es el tradicional abuso en el colegio, éste se está viendo desplazado por nuevas vertientes como el cyberbullying y el sexting o difusión de imágenes o vídeos de alto contenido erótico con el objetivo de humillar a la víctima. Su potencial, como arma de

abuso, reside principalmente en su posibilidad de anonimato, lo que permite al abusador ocultar su identidad, dificultando las posibilidades de intervención para frenar este tipo de conductas. Estas formas de maltrato generan una presión, en ocasiones intolerable, viendo los jóvenes en el suicidio la única alternativa de escape posible.

El suicidio es uno de los síntomas psicopatológicos más serios y graves relacionados con el acoso escolar. Hay incluso quien afirma que el bullying es la primera causa de suicidio en adolescentes. Aunque un acontecimiento vital estresante, como es el acoso escolar, pueda no ser motivo suficiente para llevar a cabo actos suicidas, por la capacidad de afrontamiento que posea el sujeto y por ser el suicidio el resultado de la confluencia de múltiples factores personales, ambientales, familiares y sociales, se ha defendido que supone un factor de riesgo desencadenante importante en el proceso suicida (Mosquera, 2016; Anseán, 2014). Además, si tenemos en cuenta que alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio presentan trastornos mentales tales como depresión, abuso de sustancias y trastorno de ansiedad, entre otros, la victimización por acoso escolar, al producir síntomas depresivos y ansiedad, puede favorecer indirectamente el acto suicida. Las cifras son alarmantes, un gran porcentaje de adolescentes que termina por suicidarse es acosado en la red y en la vida real. Dentro de ese porcentaje destaca la presencia de trastornos como la depresión o trastorno de la personalidad.

Según Franklin et al. (2017), la capacidad pronóstica y predictiva de los factores de riesgo de conducta e ideación suicida es muy limitada. Además argumentan que, aunque es probable que las guías sean útiles, hay mucho margen de mejora, pues la mayoría de ellas son listas extensas de factores relativamente no específicos que podrían estar presentes en cualquier individuo con un problema de salud mental. Es digno de mención que ni los factores de riesgo ni los de protección garantizan el comportamiento final (suicidio consumado) (Fonseca-Pedrero et al., 2019).

Familias, docentes, equipos docentes y profesionales de la psicología deben trabajar juntos. Tenemos un gran reto por delante, tanto los especialistas en Salud Mental y Gobiernos, ampliando los medios de destinados a su prevención, como la sociedad en general, rompiendo falsos mitos y estigmas. Es importante hablar sobre suicidio. Se han de mejorar los mecanismos para identificar a los jóvenes y adolescentes que se encuentran en riesgo y desarrollar estrategias de tratamiento eficaces que disminuyan esta situación. Las personas deben identificar y conocer esta realidad social. Tienen que saber cómo actuar ante

las ideas suicidas y conocer formas de ayuda como los teléfonos de prevención del suicidio que funcionan actualmente en España.

4.6 Intervención educativa: programas con fines preventivos en centros escolares

La intervención educativa es entendida, en general, como el conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico y de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa (Padrón, González, Pereira y Alemañy 2011). Cualquier intento de renovar la realidad educativa ha de partir de una reflexión, en profundidad, acerca del tipo de intervención que se propone (Freire Andrade, 2009).

La intervención es un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta, en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se constata evaluando los datos antes y después de la intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir.

Uno de los factores que asegura más el éxito de una intervención educativa es la planificación previa de la actuación docente. Aunque cuando se lleve a la práctica la intervención sea necesario realizar algunas modificaciones, e incluso improvisar para dar respuesta a las incidencias que se produzcan, disponer de un buen plan básico de actuación, llevar bien pensadas las actividades de aprendizaje que se van a proponer a los estudiantes y tener a punto los recursos educativos que se van a utilizar siempre facilitará las cosas (Padrón, 2009).

Dentro de los programas de intervención se pueden diferenciar cuatro tipos de programas en función de sus objetivos: preventivos, de desarrollo, terapéuticos y de orientación académica y profesional. En cuanto a los programas preventivos, cabe mencionar que tienen como finalidad trabajar procesos que eviten la aparición de diversos tipos de problemas en las distintas etapas educativas. En este trabajo, centraremos el punto de mira en aquellos programas dirigidos a la prevención del suicidio adolescente.

De acuerdo a trabajos previos (Surgenor et al., 2016; Wasserman et al., 2012), se establecen una serie de directrices generales que se deberían considerar en el desarrollo y validación de un programa de prevención de la conducta de suicidio en contextos escolares:

1. Los programas tienen que estar bien estructurados y tener una clara delimitación de los objetivos y procesos.

2. El diseño e implantación del programa tiene que ser flexible.

3. Los programas tienen que tener una duración temporal mayor a 10 horas.

4. Se debe ser consciente de la relevancia de los factores contextuales donde se implementa el programa

5. Es necesario definir claramente los resultados de aprendizaje

6. La fase preparatoria a la implantación del programa es esencial.

7. Conviene utilizar informantes profesionales, expertos, entrenados y externos al centro.

8. Es recomendable diseñar programas de amplio espectro (no ser restrictivos) en cuanto a contenidos, estrategias y competencias a trabajar (por ejemplo, competencias de solución de problemas o de regulación emocional).

9. Se recomienda no sobreenfatizar el rol de los factores de riesgo.

10. Es adecuado organizar un evento informativo previo al programa para alentar a docentes y familiares a permitir que el alumnado participe, brindándoles la oportunidad de obtener una mejor comprensión de los objetivos y de que el programa puede ser beneficioso. Esta reunión informal les brinda la oportunidad de conocer al coordinador y ayuda a desmitificar el programa, haciéndolo más tangible para los padres.

11. La presentación del programa, actividades, contenidos, ideas, materiales, etc., tiene que ser atractiva, variada e interactiva.

12. Los conocimientos y competencias adquiridas en la sesión de aula se deben generalizar a otras situaciones, contextos y momentos (por ejemplo, con tareas para casa o actividades grupales).

13. Se deben (re)evaluar resultados y los procesos del programa.

14. Es preciso involucrar en el programa a toda la comunidad educativa, así como a familiares, asociaciones, centros sanitarios, etc., dentro de un modelo integral (whole-school approach). La cooperación y apoyo entre todas las partes del sistema es esencial para el éxito.

Finalmente, la eficacia de un programa no sólo viene determinada por estos aspectos mencionados, sino que se tienen que considerar otros factores que pueden estar influyendo en dichas intervenciones, como la concienciación del personal, el interés suscitado en los alumnos, la existencia de un incidente de suicidio en el centro, los métodos de presentación utilizados, etc.

4.7 Programas de prevención del suicidio en contextos educativos en España

Existen escasos ensayos controlados aleatorizados y que concedan un nivel alto de evidencia científica en la reducción de la conducta suicida (Bennet et al., 2015; Katz et al., 2013; Robinson et al., 2013; Yonemoto, Kawashima, Endo y Yamada, 2018). No sería desacertado mencionar el programa SEYLE (*Saving and empowering Young Lives in Europe*), único que se encuentra validado en España, sobre las intervenciones preventivas del comportamiento suicida en la escuela (Wasserman et al., 2015) mediante ensayo controlado aleatorizado.

Los métodos que sigue el programa SEYLE, tienen que ver con la aplicación y combinación de tres programas: QPR (Question, Persuade and Refer) (Tompkins, Witty Abrasives, 2010; Wyman et al., 2008), YAM (Youth Aware of Mental Health Program) (Wasserman et al., 2015) y Profscreen. Si bien es cierto que Proscreen, dedicado al trabajo con educadores y profesores para su formación sobre el conocimiento y prevención del suicidio, no ha demostrado evidencia empírica en el programa SEYLE; QPR y YAM, por el contrario, se consideran dos de los programas que tuvieron mayor evidencia científica demostrando su eficacia a corto, medio y largo plazo (Fonseca-Pedrero et. al, 2019). A continuación, se revisan brevemente:

El programa QPR («*Question, Persuade and Refer*»): La intervención es un programa de prevención universal diseñado para enseñar a los profesores y profesoras las estrategias para reconocer las señales de advertencia del suicidio y responder con eficacia a una persona con conducta suicida. El tipo de programa que sigue es de educación y formación de personal, el cual implementará un instructor entrenado a estudiantes de secundaria y bachillerato en todo el centro con un tiempo de intervención de 90 minutos.

El programa YAM («*Youth Aware of Mental Health Program*»). Es un programa interactivo que se basa en la promoción de la salud y trabaja habilidades para la resolución de problemas y la inteligencia emocional (por ejemplo, manejo del estrés). Se encuentra dentro de la programación curricular, lo implementa un instructor YAM formado en la clase y está destinado a estudiantes de 14-16 años con un tiempo de intervención de 5 horas en 4 semanas. Concretamente, el análisis de coste-efectividad del programa SEYLE apoya este módulo como el más rentable de las intervenciones realizadas para prevenir un intento de suicidio y una ideación suicida grave (Ahern et al., 2018).

SELYE es un proyecto de 12 países europeos (Alemania, Austria, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Rumania y Suecia) para reducir el suicidio entre adolescentes a través de la psicoeducación (awareness) y screening en el ámbito escolar dirigida a educadores, alumnos y familiares. España participa a través de la Universidad de Oviedo. El objetivo general del proyecto SEYLE es disminuir la frecuencia de comportamientos suicidas y su tasa de repetición en adolescentes europeos.

Como objetivos específicos se pueden señalar:

- Información sobre estado de salud/bienestar de los adolescentes europeos.
- Realización de intervenciones que generen un mejor estado de salud a través de la reducción de comportamiento de riesgo y suicidas.
- Evaluar las intervenciones frente a grupo control.
- Recomendar modelos de promoción de salud en adolescentes.

El estudio SELYE es un ensayo controlado multicéntrico, aleatorizado por conglomerados. La evaluación se realiza mediante los instrumentos GSHS (Global School-based Student Health Survey), WHO-5 (Well-being Scale), BDI (Inventario de Depresión de Beck), PSS (Escala Paykel de suicidio) y SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) que se explican brevemente a continuación:

En el Anexo 16 se pueden encontrar los instrumentos de evaluación aplicados en SEYLE.

Entre el 1 de noviembre de 2009 y el 14 de diciembre de 2010, 168 escuelas (11.000 alumnos de 15-17 años) fueron asignadas aleatoriamente a intervenciones (40 escuelas [2692 alumnos] a QPR, 45 [2721] YAM, 43 [2764] ProfScreen y 40 [2933] control). El análisis longitudinal identificó mejoras siguiendo las intervenciones de SEYLE en varios resultados de salud mental. Los síntomas depresivos en el conjunto de la muestra se redujeron significativamente en todas las pruebas aleatorizadas controladas en un seguimiento a los tres meses, además con una disminución importante observada a los 12 meses. Los más originales e importantes resultados del estudio de investigación SELYE se encontraron cuando se examinaron los efectos sobre los intentos de suicidio. A los 12 meses de seguimiento, YAM se asoció con una reducción significativa de los intentos de suicidio incidentes e ideación suicida severa, en comparación con el grupo de control. 14 alumnos informaron de intentos de suicidio incidentes en el seguimiento de 12 meses en el YAM versus 34 en el grupo control, y 15 alumnos informaron una ideación suicida grave incidente en el grupo YAM versus 31 en el grupo control. Ningún participante completó el suicidio durante el período de estudio. YAM fue eficaz para reducir el número de intentos de suicidio y la ideación suicida

severa en adolescentes escolares. Estos hallazgos subrayan el beneficio de esta intervención preventiva suicida universal en las escuelas (Wasserman et al., 2015).

El programa de toma de conciencia tuvo una influencia importante en los intentos de suicidio a corto y a largo plazo. El programa también incrementó el bienestar de los adolescentes. La recomendación del proyecto SEYLE es que un programa de concienciación de la salud mental y de la prevención del suicidio sea incluido en los planes de estudio de los colegios de Europa. Sería importante determinar a qué edades resultaría más eficaz. El cribado en los colegios de conductas de riesgo y psicopatologías puede ser un abordaje valioso para detectar a estudiantes con problemas psicológicos que requieren cuidados mentales. En cuanto a los profesores, se encontró una correlación positiva entre el bienestar y la preparación para ayudar a los alumnos con problemas de salud mental, pero carecían de los conocimientos y habilidades para hacer frente a los trastornos mentales y comportamientos suicidas de los alumnos, aunque deseaban mayor formación en esta área. La insuficiencia observada en el conocimiento en salud mental de los docentes exige programas que ofrezcan educación para la salud mental para los maestros en todos los países de la UE (Wasserman et al., 2015).

4.8 Programa ICA: Identificamos, comprendemos y actuamos

4.8.1 Descripción del programa

El programa ICA es una propuesta de programa preventivo de la conducta suicida en contextos escolares diseñado con el propósito de prevenir, concienciar y detectar factores de riesgo en adolescentes y jóvenes. Está dirigido al alumnado de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, comprendiendo edades desde los 12 a los 17 años aproximadamente. El nombre de este programa surge como forma de evitar que toda la responsabilidad recaiga únicamente en la persona, de ahí que sus siglas se escriben en primera persona del plural (Identificamos, comprendemos y actuamos), como forma de fomentar la inclusividad donde el trabajo sea de todos y todas. El objetivo principal del programa es reducir los intentos de suicidio y/o la ideación suicida, mediante el uso de una metodología colaborativa. Se trata de formar, informar y sensibilizar a los profesionales del centro y a los adolescentes (conocer para actuar) para conseguir así eliminar el estigma y el tabú que rodea a este problema y limita a las personas a comunicarlo. Este programa no se reduce únicamente a eliminar y/o reducir los factores de riesgo asociados al suicidio sino a implementar aquellos de protección. Cabe mencionar que, antes de la implantación de dicho

programa, se organizará un evento informativo a modo de reunión para animar tanto a los y las docentes como a los familiares a que el alumnado participe, facilitándoles una mejor comprensión de los objetivos y contenidos previstos de forma que ellos mismos constatar hasta qué punto el programa puede ser beneficioso. La duración del programa es de 4 meses y su inicio tendrá lugar al principio del curso escolar para facilitar la evaluación a medio y a largo plazo. La evaluación del riesgo suicida se llevará a cabo mediante la aplicación de una escala: el Cuestionario SAVE. El Cuestionario SAVE, nace junto con el programa ICA con el objetivo de evaluar el riesgo de suicidio así como la ideación suicida en adolescentes españoles.

4.8.2 Objetivos del programa

Generales:

- Sensibilizar a la comunidad educativa sobre el suicidio, sus causas y consecuencias.
- Prevenir en el alumnado la aparición de ideación o conductas suicidas.

Específicos: Se establecen diferentes objetivos específicos en función de los destinatarios.

Objetivos para el alumnado:

- Aprender a reconocer las situaciones de riesgo relacionadas con el suicidio
- Favorecer la expresión de los pensamientos, sentimientos y emociones
- Entrenamiento en regulación emocional
- Fomentar el cuestionamiento de pensamientos intrusivos o creencias irracionales
- Concienciar sobre la importancia de pedir ayuda y los apoyos sociales

Objetivos para los docentes:

- Ofrecer información sobre el suicidio y las formas de abordarlo
- Concienciar a los docentes sobre la importancia de abordar el tema del suicidio
- Desarrollar el compromiso personal
- Potenciar conductas prosociales de empatía hacia los alumnos

Objetivos para las familias:

- Reflexionar sobre la importancia del estilo educativo familiar
- Ofrecer información sobre la adolescencia y los factores de riesgo y protección
- Concienciar a los familiares y ayudar a desmitificar el suicidio
- Conocer las principales estrategias de prevención frente al suicidio

4.8.3 Destinatarios

El programa ICA está dirigido principalmente a los alumnos y alumnas de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, pero familias y docentes también participan en la implantación de este programa y deben colaborar conjuntamente. Las familias son el primer agente de socialización para los niños, por lo que su papel es fundamental. Se pretende que las familias se sensibilicen sobre la importancia del correcto desarrollo de los niños, conozcan el suicidio así como sus etapas y sepan cómo deben actuar ante los principales indicios de alerta. Después de la familia, la escuela es el segundo agente socializador en la vida de los niños. Es necesario que los profesores conozcan qué es el suicidio, fomenten la comunicación, sepan cómo actuar ante sospechas y se comprometan de forma activa en su erradicación.

4.8.4 Metodología

El desarrollo de este programa viene justificado, como se ha mencionado anteriormente, por la falta de programas de prevención específicamente creados y validados para la población escolar española. Para poder prevenir el suicidio de forma efectiva, existe un consenso generalizado sobre la necesidad de implementar prácticas basadas en la evidencia. De acuerdo a la intervención principal que sigue ICA, éste es un programa que incorpora la psicoeducación con la finalidad de que los adolescentes tomen conciencia de la relación entre los trastornos mentales y otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida, de modo que puedan pedir ayuda en forma efectiva cuando la necesiten. Además, pretende informar al alumnado del suicidio y detectar aquellos alumnos que tengan riesgo de llevarlo a cabo (cribado de alumnos “de riesgo”). El formato del programa está diseñado para impartirse en los institutos, durante horas libres y/o horario de tutoría, con una duración de 45 minutos por sesión. La metodología, basada en la evidencia científica, es participativa, con trabajo individual y grupal y con el uso de diferentes técnicas audiovisuales (kahoot, videos, presentaciones, etc.) y grupos de trabajo o cooperación en grupos (role-playing). Además, los alumnos deben cumplimentar ciertas tareas a realizar en casa durante cada semana que, posteriormente, se corregirán y comentarán en clase. Así se consigue un asentamiento del conocimiento visto en clase y un refuerzo posterior.

4.8.5 Contenidos

Su implementación se llevará a cabo mediante psicólogos profesionales y estará dividida en 3 módulos o bloques: 1º Identificación, 2º Comprensión y 3º Actuación. Cada uno de los módulos cuenta con diferentes sesiones relacionadas con el tema que se va a exponer y trabajar. En cada una de ellas, se realizarán una serie de actividades tanto para clase como para casa. El programa consta de un total de 20 horas de trabajo. Las horas presenciales se dividen en tres bloques:

I. Identificamos

Primeramente, se realizará una evaluación previa de la conducta y/o ideación suicida mediante la aplicación de la Escala SAVE y el Cuestionario National Wellbeing Index.

En el Anexo 16 se puede encontrar el Cuestionario SAVE (Signs of Alert to be Valued by Experts) y el Cuestionario National Wellbeing Index.

En este bloque, la **primera sesión** comienza preguntando al alumnado que entiende que es la salud mental y qué características cumpliría una persona con una buena salud mental. Se hará especial hincapié en la definición de salud biopsicosocial ya que postula que el factor biológico (concepto común de salud-enfermedad física), el psicológico y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana y que el bienestar psicológico es igual de importante que el bienestar biológico (de hecho, se influyen mutuamente). Tras ello, se brindará una breve introducción sobre qué significa gozar de una buena salud mental, explicando los tipos de bienestar que engloba (social, psicológico y emocional) además de la importancia de su cuidado. Se reflexionará acerca de si actuamos de la misma forma ante problemas de salud física o ante problemas de salud mental, así como la influencia de ésta en la salud física y viceversa. Por último, como actividad para casa, el alumnado deberá pensar y redactar una lista sobre qué o cuáles son las cosas o tareas que realiza en su vida que cree que le ayudan a tener una buena salud mental, es decir, qué cosas realiza en su día a día que contribuyan a su bienestar (lo cual afecta a la forma en la que piensan, sienten y se comportan) y otra lista con las cosas que le gustaría o cree que debería hacer para mejorar su bienestar emocional.

En cuanto a la **segunda sesión**, se dejarán unos minutos para hablar de la actividad de la primera sesión y reflexionar sobre qué nos proporciona bienestar (tanto emocional y psicológico como social). Después, se preguntará a los alumnos qué son los trastornos mentales. Una vez obtenidas algunas respuestas del alumnado, se llamará a un/a voluntario/a

para que escriba en la pizarra todas aquellas características que se les ocurran a los alumnos/as sobre qué pueden sentir, pensar o hacer aquellas personas que tengan un trastorno mental. Tras ello, se corregirá y explicará brevemente al alumnado qué supone tener un trastorno mental para una persona. Además, se presentará al alumnado fragmentos de diferentes películas para que observen el comportamiento de personas con diferentes trastornos mentales: *El señor de los anillos* (trastorno de personalidad), *Helen* (depresión), *La naranja mecánica* (trastorno antisocial), *El cisne negro* (trastorno de la conducta alimentaria), *El castor* (depresión y trastorno de identidad disociativo), *Mr Jones* (trastorno bipolar), *Amélie* (ansiedad social), etc. La actividad para casa será que los alumnos y alumnas elijan un trastorno (dentro de los que se les dará a elegir: depresión, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, psicóticos, de personalidad, antisocial y de la conducta alimentaria), busquen información sobre el mismo y redacten sus características con una extensión máxima de un folio.

Se finalizará la sesión con una frase muy representativa de la realidad de los trastornos mentales que aparece en la película “Joker”.

En el Anexo 17 se puede consultar la imagen de la película “Joker”.

En nuestra **tercera sesión**, se leerán algunos de los trabajos realizados por los/as alumnos/as sobre los trastornos mentales y se resolverán las dudas. Tras ello, se abordará el tema del suicidio con el alumnado de una forma indirecta, es decir, preguntando a los y las adolescentes cuál creen que es la primera causa de muerte en adolescentes. A partir de ahí, se hará especial mención al suicidio así como al tabú y los mitos asociados a este. Además, se presentará al alumnado un cuestionario tipo Kahoot en el que tendrán que responder si es verdad o no la afirmación sobre el suicidio que se les plantee. Finalmente, se comentará al alumnado la existencia de la aplicación “Suicase” con el objetivo de que se la descarguen y exploren todas las funciones que puede llegar a ofrecer. La tarea para la semana siguiente es que se descarguen la aplicación y expongan en clase los servicios que ofrece así como los beneficios de usarla.

En la **cuarta sesión**, pasaremos unos minutos hablando de la aplicación “Suicase” donde los/as alumnos/as tendrán que escribir en un papel por qué creen que es una buena aplicación, sugerencias de mejora y si ellos/as la recomendarían. Una vez acabada la actividad anterior, se hablará y explicarán el efecto Werther y el efecto Papageno asociado al suicidio. Para el efecto Werther o efecto contagio, se utilizará el ejemplo de lo que ocurrió en EEUU

(aumentaron de forma significativa las tasas de suicidio en adolescentes) tras la emisión de la serie de Netflix 13 Reasons Why (Por trece razones). Por otro lado, se dispondrá de material audiovisual donde se muestra el efecto contrario (efecto Papageno) gracias a los testimonios de algunas personas supervivientes. Tras ello, se llevará a cabo un debate en el que se dividirá a la clase en dos grupos los cuales tendrán que defender dos postulados completamente diferentes: el alumnado situado a la derecha de la clase tendrá que argumentar por qué no se debe hablar del suicidio y el alumnado situado en la parte izquierda de la clase deberá exponer por qué sí se debe hablar del suicidio. Se preguntará a los alumnos y alumnas qué les ha parecido la actividad y qué piensan acerca de ello. Para finalizar y como actividad para casa, los/as alumnos/as deberán escribir los pros y los contra que ellos o ellas creen que pueden existir acerca de que se hable del suicidio.

La *quinta sesión* irá dirigida a la identificación de los factores de riesgo y protección del suicidio. Se hará una breve introducción a ellos y, posteriormente, se pasará a realizar una actividad en la que se tendrá que dividir a la clase en dos grupos. A cada grupo se le facilitará unas 15 tarjetas donde estarán escritos diferentes factores de riesgo y/o prevención. Se elegirá a un/a líder que será el/la encargado/a de organizar las tarjetas dentro de la caja de factores de riesgo o de factores de protección. Así, ambos deberán ordenar las tarjetas en su caja correspondiente lo más rápido posible.

Los objetivos que se pretenden conseguir en este módulo son:

- Concienciar sobre la importancia de un estilo de salud mental saludable
- Desarrollar pautas para la promoción del bienestar emocional
- Adquirir conocimientos acerca de la importancia de los trastornos mentales
- Eliminar el tabú asociado al suicidio
- Facilitar el conocimiento del suicidio así como de sus factores de riesgo y prevención
- Aprender a identificar señales de alarma propias y de los/as compañeros/as
- Conocer los mitos que existen en relación al suicidio y mejorar con ello la detección de señales previas

II. Comprendemos

En la *sexta sesión*, se explicará al alumnado qué son las habilidades sociales y los tipos de habilidades sociales que existen. Tras ello, se dotará a la clase de herramientas de comunicación y escucha activa. Como actividad para casa, el alumnado deberá realizar un análisis DAFO personal donde evalúe y valore tanto sus fortalezas y oportunidades como sus

debilidades y amenazas. Como ayuda para la identificación de cualidades positivas, puntos fuertes o fortalezas; se llevará a cabo una actividad en la que los/as alumnos/as escriban 2 o 3 cualidades positivas de las personas que tienen a su izquierda, a su derecha y de otras dos personas más que ellos/as elijan. Además, al final de la sesión se dejarán 10 minutos para que puedan completar un cuestionario con el objetivo de conocer sus 5 mejores fortalezas: <https://www.authentic happiness.sas.upenn.edu/es/questionnaires/cuestionario-de-fortalezas-personales>. El cuestionario VIA de Fortalezas personales lleva a cabo la clasificación teniendo en cuenta 24 fortalezas diferentes.

En la *séptima sesión* hablaremos de las emociones: qué son y para qué sirven. Se le explicará al alumnado cómo las emociones a veces pueden estar mandándome un mensaje y como otras, sin embargo, no son más que falsas alarmas. También, se hará hincapié en la importancia de la existencia de las emociones, en su universalidad y en que hay que aceptarlas, ya que lo que se somete a juicio no son las emociones sino la conducta. Además, se guiará a la clase en el reconocimiento de las emociones propias y en los demás, fomentando así la empatía hacia los otros que es, además, un factor protector. Además, en clase se expondrá un vídeo breve sobre el poder de la empatía: https://www.youtube.com/watch?v=mK5_JiH_SVrY. Como actividad para casa, deberán elegir una canción en la que tendrán que hacer dos cosas: 1) escuchar la canción y observar e identificar las emociones que le induce y 2) analizar las emociones que puede estar expresando el/la artista a través de la letra de la canción.

En la *octava sesión* se explicará al alumnado qué son las creencias y pensamientos irracionales, así como los diferentes tipos de distorsiones cognitivas que experimentamos las personas. Como tarea para casa, se le repartirá a cada persona una lista con algunas de las distorsiones cognitivas más frecuentes y deberán al menos identificar dos de ellas en su día a día.

En el Anexo 18 se puede consultar una imagen de 10 distorsiones cognitivas observadas en Homer Simpson.

Los objetivos principales que se pretenden conseguir en este módulo son:

- Reconocer fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas con el objetivo de potenciar las dos primeras y minimizar las segundas.
- Entrenar herramientas de comunicación y escucha activa
- Comprender nuestras propias emociones y las de los demás

- Conocer el papel que cumplen las emociones y los mensajes que nos intentan transmitir
- Identificar y modificar distorsiones cognitivas que pueden estar afectando a nuestra forma de sentir, pensar y actuar.
- Guiar al alumnado en el reconocimiento de sus propias creencias irracionales para poder hacer un buen manejo de ellas

III. Actuamos

En la *novena sesión*, se trabajará con los/as alumnos/as la gestión y regulación emocional a partir de la búsqueda de pensamientos y conductas alternativas. Para ello, primeramente, se expondrá a la clase una situación de la vida cotidiana y les preguntaremos qué es lo primero que pensarían ante esa situación (diciéndoles que se sienten de una determinada forma) y, después, qué otra alternativa de pensamiento podríamos encontrar para sentirnos mejor. Así, se trabajará sobre varios ejemplos hasta que el alumnado haya comprendido que ante ciertas situaciones nuestro pensamiento suele afectar a nuestra forma de percibir el mundo y que podemos someter a juicio lo que pensamos e incluso encontrar una alternativa a ese pensamiento que nos haga sentirnos mejor. Por otro lado, para trabajar sobre la conducta, les preguntaremos de qué forma se puede reaccionar ante una situación específica con el objetivo de que reconozcan tres estilos de comportamiento: agresivo, pasivo, asertivo y sus diferentes consecuencias. Además, se pondrán en común diferentes estrategias de afrontamiento para trabajar la regulación emocional (se podrán consultar en la aplicación Suicase ya que contiene un espacio con pautas para la autorregulación y gestión de emociones así como para la resolución de conflictos) para diferentes situaciones de la vida cotidiana (como por ejemplo un conflicto entre iguales) donde se animará al alumnado no sólo a sugerir qué estrategias llevarían a cabo sino a utilizarlas, ponerlas en práctica, escribirlas y valorar la eficacia en la siguiente sesión. También se hará referencia a aquellas estrategias de regulación emocional no adaptativas como la rumiación, la supresión emocional o la evitación.

- Paso 1. Identificar, atender y aceptar tus emociones:
¿Cómo estoy?/¿Cómo me siento?/¿Qué me pasa?
- Paso 2. Reflexionar y entender el significado de mis emociones:
¿Por qué me siento así?/¿Desde cuándo me siento así?/¿Qué ha pasado?
- Paso 3. Pensar qué mensaje me está mandando esa emoción:
¿Me quiere decir algo esta emoción?/¿De qué me está intentando informar?
- Paso 4. Buscar formas de expresar lo que sientes:

¿Me vendría bien escribirlo?/¿Necesito hablar?/¿Me vendría mejor distraerme?

- Paso 5. Elige qué hacer para sentirte mejor:

Creo que me vendría bien hablarlo con alguien.

Enfatizar que las emociones deben ser atendidas, aceptadas y procesadas incluso cuando son leves y transitorias, es esencial de cara a que dichos procesos se consoliden y se automatizan de forma que tanto en las situaciones leves como en las graves, la forma de enfrentar y de regular las emociones sea la más correcta o adaptativa. Cabe destacar la importancia de la capacidad de autogenerar emociones positivas ante algunas situaciones inesperadas o desagradables.

En el Anexo 19 se puede consultar la ruleta de las emociones.

En la *décima sesión* y última sesión, se reservarán los primeros 15 minutos para que el alumnado valore si las estrategias que han llevado a cabo o han aprendido les han sido útiles en su día a día y cuáles han puesto en marcha y por qué. Tras ello, se retomará el tema del suicidio juvenil y adolescente donde se explicará a los y las adolescentes qué hacer en el caso de detección de ideas o conducta suicida. Lo que puede hacer en caso de detección de riesgo suicida:

- Encuentre un momento adecuado y un lugar tranquilo para hablar sobre el suicidio con la persona por la que está preocupado/a. Dígale que está allí para escucharla.
- Anímela a pedir ayuda a un/a profesional de salud mental, médico/a, asesor/a o trabajador/a social. Ofrézcase a acompañarla a las citas médicas.
- Si cree que la persona corre un peligro inmediato, no la deje sola. Pida ayuda profesional a los servicios de emergencia, a un teléfono de asistencia para personas en crisis, a un profesional sanitario o hable con los familiares.
- Si la persona por la que está preocupado/a vive con usted, asegúrese de que no tenga acceso a medios para autolesionarse (como pesticidas, armas de fuego o medicación) en el hogar.
- Mantenga el contacto con dicha persona para comprobar que está bien.
- Recuerda que es muy importante adoptar una disposición de escucha auténtica y de respeto, lo cual le hará saber a la persona que nos preocupa y que deseamos ayudar. Discutir, infravalorar, juzgar o minimizar estas ideas es una actitud totalmente errónea, con la cual no se conseguirá nada más que el alejamiento de la persona.

En el Anexo 20 se puede consultar una imagen con información y pautas de actuación en caso de detección de riesgo suicida.

Además, en esta última sesión se recordarán las cifras de muerte por suicidio a nivel mundial y nacional y se abrirá un debate sobre ello. Para finalizar, se propondrá a los/as alumnos/as una última actividad que será “*Hablemos del tema*” donde tendrán que diseñar y grabar un anuncio publicitario acerca del suicidio así como de la importancia de su prevención y detección. Esto les ayudará no sólo a trabajar la creatividad sino a transmitir un mensaje valioso e importante a la sociedad, mensaje que hasta el momento no se ha hecho ya que vemos a diario publicidad acerca de muertes por accidentes de tráfico, por abuso de drogas o violencia machista, pero, sin embargo, no se encuentra ninguno acerca del suicidio (muy relacionado con el estigma). Se motivará al alumnado a realizar esta actividad valorando con alguno de sus profesores la posibilidad de subir un punto en alguna asignatura (Ética, Valores, Psicología...). Si no es posible realizar un video o anuncio publicitario, se adaptará la actividad manteniendo el objetivo previo que es hablar del tema ya sea mediante un power-point, un podcast o un póster informativo (a elegir por cada grupo).

Al finalizar este último módulo, se volverá a evaluar al alumnado a través del Cuestionario SAVE y se pedirá al alumnado no sólo que valore el programa a través de un cuestionario sino que comenten qué podrán aprender otras personas de este programa según su punto de vista. También se les preguntará qué opinan de la aplicación *Suicase* y qué propuestas de mejora se les ocurren (detalles, preguntas, indicadores que no estén medidos en la aplicación) ya que a lo mejor alguna de las ideas que comenten pueden ir más vinculadas a la realidad que ellos/as experimentan.

Los objetivos principales que se pretenden conseguir en este módulo son:

- Entrenar al alumnado en la búsqueda de pensamientos y conductas alternativas
- Transmitir la importancia de autorregular nuestros pensamientos y comportamientos
- Trabajar la autoconciencia y el autoconocimiento
- Reconocer la importancia del suicidio y de la eliminación del tabú

En el Anexo 21: Estructura del programa ICA

Se agrega el hecho de que son pocos los adolescentes que piden ayuda por ideación suicida, ya sea a un adulto (padres, familiares, médicos, psicólogos) o a sus propios amigos o compañeros. Se dificulta, así, la detección y el tratamiento oportuno de aquellos jóvenes en riesgo de morir por esta causa. El programa ICA cuenta con una novedad, la inclusión de la aplicación *Suicase*, que tiene por objetivo documentar e informar a las personas sobre el suicidio y sus factores de riesgo con el propósito de desprenderse del estigma, examinar los

factores de protección y dotar de estrategias a aquellas personas que necesiten ayuda o a quienes quieran ayudar a alguien que lo necesita, evaluar mediante diferentes test el nivel de riesgo suicida así como otras variables de influencia (depresión, estrés, ansiedad, desesperanza...). Además, cuenta con un apartado con varios teléfonos de contacto a los que poder llamar o acudir en caso de necesidad o urgencia. Mediante el programa ICA, lo que se pretende con esta aplicación no sólo es que los alumnos se conciencien, valoren esta problemática y sepan cómo pueden ayudar o ayudarse, sino también que sean capaces de pedir ayuda. Esto último se puede trabajar con los jóvenes, ya que el uso de la aplicación les concede el anonimato facilitando que los adolescentes con ideación suicida o conducta suicida comuniquen sus sentimientos, pensamientos o intenciones.

6. CONCLUSIONES

Como se ha señalado anteriormente, el objetivo de este trabajo no ha sido otro que poner de relieve la importancia de unas cifras de suicidio adolescente y juvenil que constituyen el reflejo de una trágica realidad que no puede olvidarse ni aparcarse bajo un fatalismo complaciente.

Los resultados obtenidos tras una exhaustiva búsqueda y recopilación de estudios y programas validados mostraron que son escasos los programas centrados en abordar el suicidio como objetivo principal, ya que los programas de prevención propuestos en los centros educativos, generalmente, suelen enfocarse en factores asociados al suicidio (como el bullying/acoso o el maltrato entre iguales). Aun así, algunos programas sometidos a revisión, demuestran cierta eficacia al haber conseguido una disminución de la ideación y conducta suicida en la población, especialmente cuando implementan más de una intervención.

El tratamiento psicoterapéutico, individual o familiar, es imprescindible en los casos ya manifestados o detectados; pero el problema excede el ámbito sanitario si tenemos en cuenta que una parte importante de los suicidios ocurren sin ningún aviso o señal específica previa. Por ello, junto a la prevención clínica es necesaria la prevención a nivel escolar orientada a la reducción de los factores de riesgo y al refuerzo de los factores de protección de adolescentes y jóvenes.

La prevención del suicidio, como comentamos anteriormente, requiere de la participación coordinada y articulada de diferentes actores. Es de resaltar el papel de la escuela como campo de información y formación y como contexto apropiado y facilitador para la

realización de las intervenciones. El papel de los padres en la formación de sus hijos es fundamental, pero igual de importante es el papel que nos concierne a los educadores y a los profesionales de salud para orientar a toda la comunidad respecto a la prevención del suicidio.

Es importante aumentar las intervenciones y estudios de esta índole así como aumentar los períodos de seguimiento de las intervenciones a estudio para obtener resultados más contundentes con el objetivo de establecer unas líneas de actuación para disminuir las tasas de suicidio en nuestro país.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addis, M. (2011). *Invisible men: Men's inner lives and the consequences of silence*. Macmillan.
- Álvarez, P. (23 de mayo de 2015). Una adolescente discapacitada se suicida tras sufrir acoso escolar. *EL PAÍS*. Recuperado de: https://elpais.com/politica/2015/05/22/actualidad/1432324829_320181.html.
- Anseán, A. S. (2014). Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. *Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio*.
- Bennett, K., Rhodes, A. E., Duda, S., Cheung, A. H., Manassis, K., Links, P., ... & Bridge, J. A. (2015). A youth suicide prevention plan for Canada: a systematic review of reviews. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(6), 245-257.
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Comisión Europea. Proyecto SEYLE UE-09-223091 (Saving and Empowering Young Lives in Europe). UE; 2009-2011. Recuperado de: www.seyle.eu.
- Cross, E. J., Piggan, R., Douglas, T., & Von Kaenel-Flatt, J. (2012). *Virtual violence II: Progress and challenges in the fight against cyberbullying*. Londres: Beatbullying.
- Cruz Cob, A. L., Balam Gómez, M., Gómez López, L. Y., & Pool Góngora, R. A. (2018) PLACE para la prevención y detección del riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. *Revista CuidArte, 6*(11), 34-43.
- Delors, J. (1996). Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. *La educación encierra un tesoro, 34*. Recuperado de: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_spa
- Díaz-Aguado, M. J. (1996). Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes. *Volumen I. Fundamentación psicopedagógica*. Madrid: Ministerio de Educación y Asuntos Sociales.
- Díaz-Aguado, M. J. (1996). Condiciones familiares de riesgo y protección. En M. J. Díaz-Aguado (Ed.), *Infancia en situación de riesgo social* (págs. 19-37). Madrid: Comunidad de Madrid.
- Díaz-Aguado, M. J., Arias, R. M., & Babarro, J. M. (2013). *La evolución de la adolescencia española sobre la igualdad y la prevención de la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.

- Diekstra, R. F., & Van Egmond, M. (1989). Suicide and attempted suicide in general practice, 1979–1986. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 268-275.
- Eryilmaz, A. (2012). A model for subjective well-being in adolescence: Need satisfaction and reasons for living. *Social Indicators Research*, 107(3), 561–574. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-011-9863-0>.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187.
- Freire Andrade, P. (2009) *Intervención educativa: ¿Qué es, cómo y para qué se hace?*. Disponible en: <http://www.upn011.edu.mx>
- Fonseca-Pedrero, E., Díez, A., Pérez, A., Sebastián, C., Inchausti, F., y Pérez, M. (2019). Prevención del suicidio en centros educativos. En Lucas-Molina, B., & Giménez-Dasí, M. (Eds.), *Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo* (pp. 157-180). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fuentes, M., García, F., Gracia, E. & Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1) <http://dx.doi.org/10.1387/RevPsicodidact.10876>
- George, E., & Engel, L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093-2102.
- Gosálvez, P (28 de septiembre de 2014). “Me decían: Son cosas de crías”. *EL PAÍS*. Recuperado de https://elpais.com/sociedad/2014/09/27/actualidad/1411839254_086464.html.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018). *Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte, 2017*. Madrid: INE. Observatorio del Suicidio en España. Recuperado de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016>.
- Jiménez Triviño, L. (2003). Breve aproximación a las conductas analíticas. *ReNEPCA (Red Nacional para el Estudio y Prevención de Conductas Autolíticas)*: <http://www.renepca.com/docsl/aproximacion.htm>
- Katz, C., Bolton, S. L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston Jones, T., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2013). A systematic review of school based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30(10), 1030-1045.

- Lucas-Molina, B., & Giménez-Dasí, M. (2019). *Promoción de la salud a través de programas de intervención en contextos educativos*. Ediciones Pirámide.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- Ordaz, P. (30 de septiembre de 2004). La autopsia practicada al adolescente muerto en Hondarribia revela palizas previas. *EL PAÍS*. Recuperado de https://elpais.com/diario/2004/09/30/sociedad/1096495210_850215.html.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Prevención del suicidio. Recursos para consejeros.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Padrón, M. J., González, L. P., Pereira, M. E. B., & Alemañy, M. A. (2011). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 540-546.
- Pérez, S. P., & Santiago, M. A. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2.
- Pineda Pérez, S., & Aliño Santiago, M. El concepto de adolescencia. Capítulo 1. *Cuba, Ministerio de salud Pública. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia para la salud*.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.

- Pueyo Busquets, J. & Congostrina, A. (28 de diciembre de 2015). El Síndic investiga el suicidio de un menor transexual que sufría acoso. *EL PAÍS*. Recuperado de: https://elpais.com/ccaa/2015/12/28/catalunya/1451308256_838761.html
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., & O'Brien, M. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis*, 34(3), 164-182.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide* (pp. 202- 213). New York: John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 145-147.
- Simón, P. (26 de mayo de 2018). La Justicia archiva el caso de Diego, el niño que se suicidó con 11 años: "No aguanto ir al colegio". *El Mundo*. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/papel/historias/2018/05/26/5b08278046163faf258b4661.html>.
- Simón, P. (3 de junio de 2015). Acoso en el instituto Ciudad de Jaén. *El Mundo*. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/espana/2015/06/03/556dfe6de2704e29338b458c.html>.
- Surgenor, P. W., Quinn, P., & Hughes, C. (2016). Ten recommendations for effective school-based, adolescent, suicide prevention programs. *School Mental Health*, 8(4), 413-424.
- Van Egmond, M., & Diekstra, R. F. W. (1989). The predictability of suicidal behavior. *Suicide and its prevention*, 37-61.
- Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabí, S., ... & Farkas, L. (2012). Suicide prevention for youth - A mental health awareness program: Lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public health*, 12(1), 776.
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... & Bobes, J. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.
- Williams, J., Stephenson, D., & Keating, F. (2014). A tapestry of oppression. *PSYCHOLOGIST*, 27(6), 406-409.
- Yonemoto, N., Kawashima, Y., Endo, K., & Yamada, M. (2018). Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 246(506-514).

8. ANEXOS

Anexo 1: Infografía Confederación Salud Mental España (Cifras mundiales de suicidio)



Anexo 2: Infografías sobre los Mitos del suicidio (OPS/OMS)

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO #HABLEMOS

MITO: QUIENES HABLAN DE SUICIDIO NO TIENEN LA INTENCIÓN DE COMETERLO. **FALSO**

VERDAD: QUIENES HABLAN DE SUICIDIO PUEDEN ESTAR PIDIENDO AYUDA O APOYO. UN NÚMERO SIGNIFICATIVO DE PERSONAS QUE CONTEMPLAN EL SUICIDIO PRESENTAN ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y PUEDEN CONSIDERAR QUE CARECEN DE OTRA OPCIÓN.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO #HABLEMOS

MITO: LA MAYORÍA DE LOS SUICIDIOS SUCEDEN REPENTINAMENTE, SIN ADVERTENCIA PREVIA. **FALSO**

VERDAD: LA MAYORÍA DE LOS SUICIDIOS HAN SIDO PRECEDIDOS DE SIGNOS DE ADVERTENCIA VERBAL O CONDUCTUAL. DESDE LUEGO, ALGUNOS SUICIDIOS SE COMETEN SIN ADVERTENCIA PREVIA, PERO ES IMPORTANTE CONOCER LOS SIGNOS DE ADVERTENCIA Y TENERLOS PRESENTE.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud



PREVENCIÓN DEL SUICIDIO #HABLEMOS

MITO: EL SUICIDA ESTÁ DECIDIDO A MORIR.

FALSO

VERDAD: POR EL CONTRARIO, LOS SUICIDAS SUELEN SER AMBIVALENTES ACERCA DE LA VIDA O LA MUERTE. ALGUIEN PUEDE ACTUAR IMPULSIVAMENTE AL BEBER PLAGUICIDAS, POR EJEMPLO, Y MORIR UNOS POCOS DÍAS DESPUÉS, AUNQUE HUBIERA PREFERIDO SEGUIR VIVIENDO. EL ACCESO AL APOYO EMOCIONAL EN EL MOMENTO PROPIO PUEDE PREVENIR EL SUICIDIO.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
América



PREVENCIÓN DEL SUICIDIO #HABLEMOS

MITO: QUIEN HAYA SIDO SUICIDA ALGUNA VEZ, NUNCA DEJARÁ DE SERLO.

FALSO

VERDAD: EL MAYOR RIESGO DE SUICIDIO SUELE SER DE CORTO PLAZO Y ESPECÍFICO SEGÚN LA SITUACIÓN. AUNQUE LOS PENSAMIENTOS SUICIDAS PUEDEN REGRESAR, NO SON PERMANENTES, Y QUIEN HAYA TENIDO PENSAMIENTOS E INTENTOS SUICIDAS PUEDE LLEVAR DESPUÉS UNA LARGA VIDA.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
América



PREVENCIÓN DEL SUICIDIO #HABLEMOS

MITO: SOLO LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SON SUICIDAS.

FALSO

VERDAD: EL COMPORTAMIENTO SUICIDA INDICA UNA INFELICIDAD PROFUNDA, PERO NO NECESARIAMENTE UN TRASTORNO MENTAL. MUCHAS PERSONAS QUE VIVEN CON TRASTORNOS MENTALES NO SON AFECTADAS POR EL COMPORTAMIENTO SUICIDA, Y NO TODAS LAS PERSONAS QUE SE QUITAN LA VIDA TIENEN UN TRASTORNO MENTAL.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
América



PREVENCIÓN DEL SUICIDIO #HABLEMOS

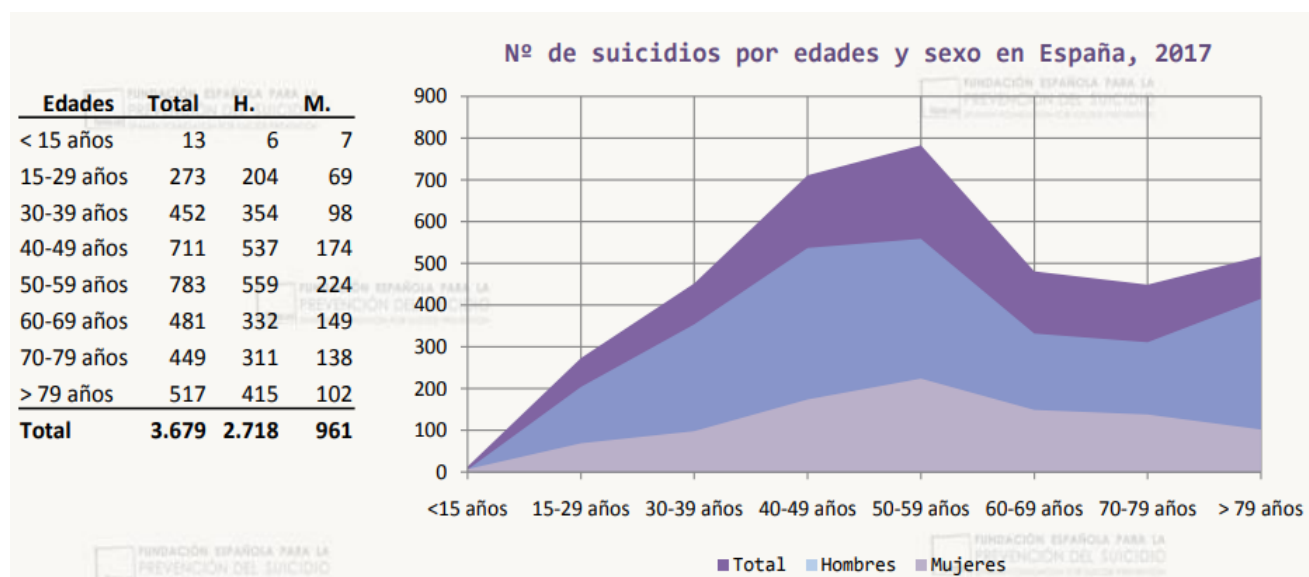
MITO: HABLAR DEL SUICIDIO ES UNA MALA IDEA Y PUEDE INTERPRETARSE COMO ESTÍMULO.

FALSO

VERDAD: DADO EL ESTIGMA GENERALIZADO ALREDEDOR DEL SUICIDIO, LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS QUE CONTEMPLAN EL SUICIDIO NO SABEN CON QUIÉN HABLAR. EN LUGAR DE FOMENTAR EL COMPORTAMIENTO SUICIDA, HABLAR ABIERTAMENTE PUEDE DAR A UNA PERSONA OTRAS OPCIONES O TIEMPO PARA REFLEXIONAR SOBRE SU DECISIÓN, PREVIENIENDO ASÍ EL SUICIDIO.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
América

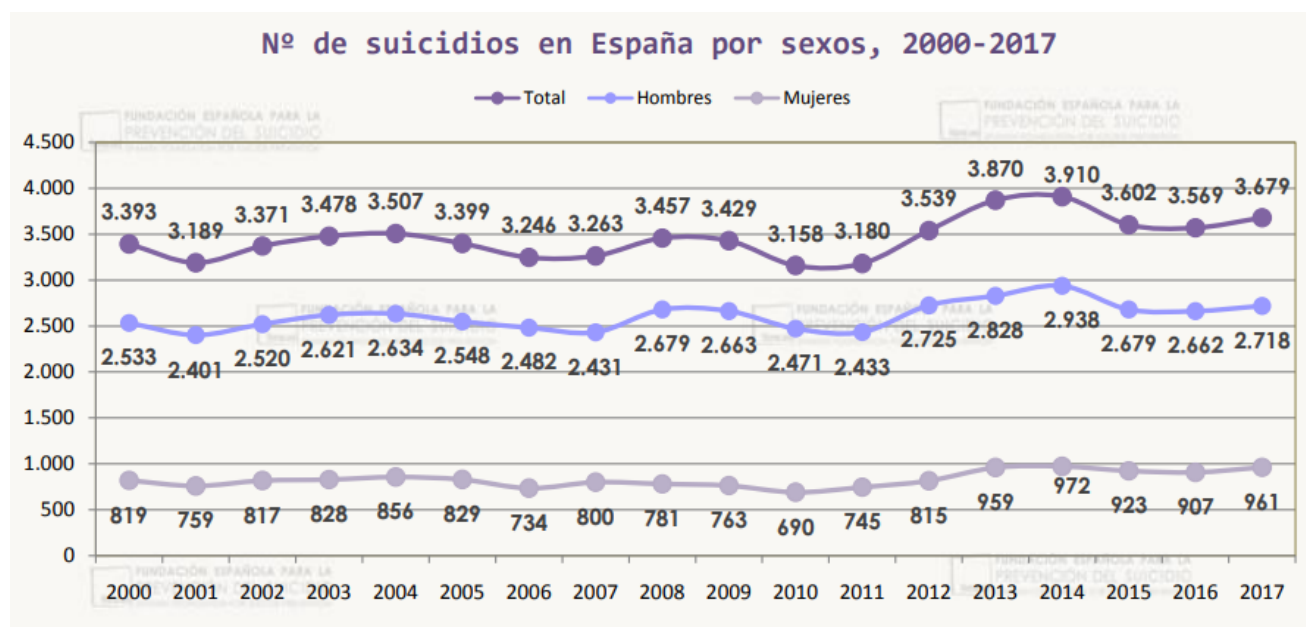
Anexo 3: Número de suicidios por edades y sexo en España en 2017.



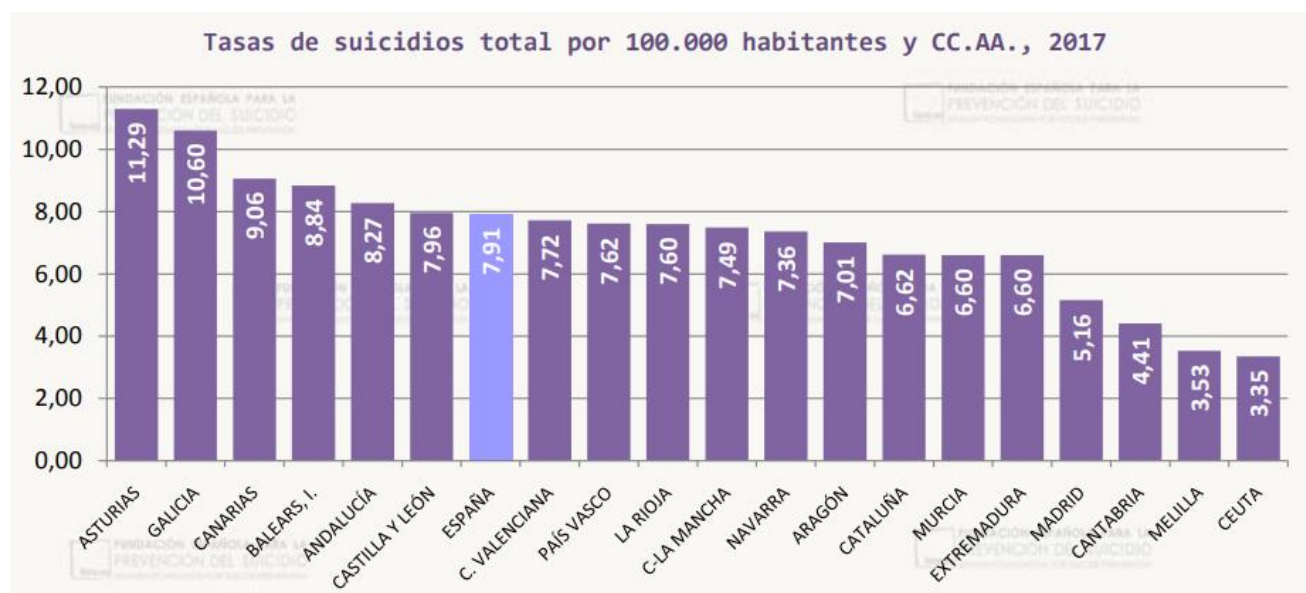
Anexo 4: Número de suicidios por sexos en España (2016-2017)



Anexo 5: Número de suicidios por sexos en España desde el año 2000 hasta el año 2017.



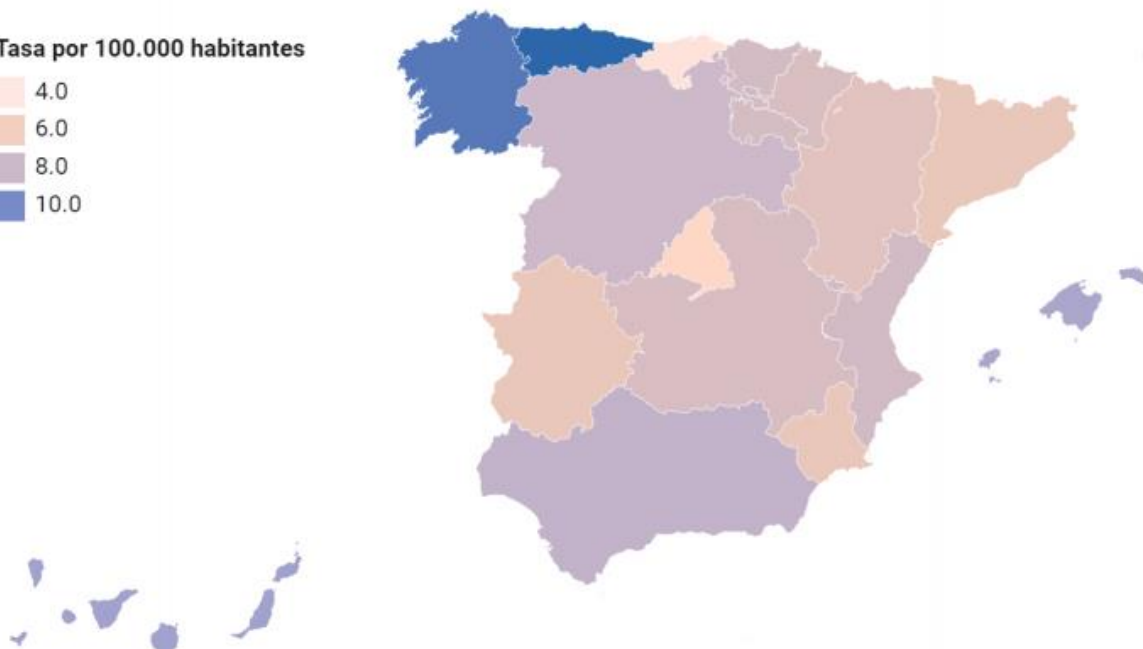
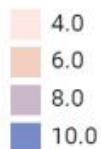
Anexo 6: Tasas de suicidio total por 100.000 habitantes y CC.AA en 2017.



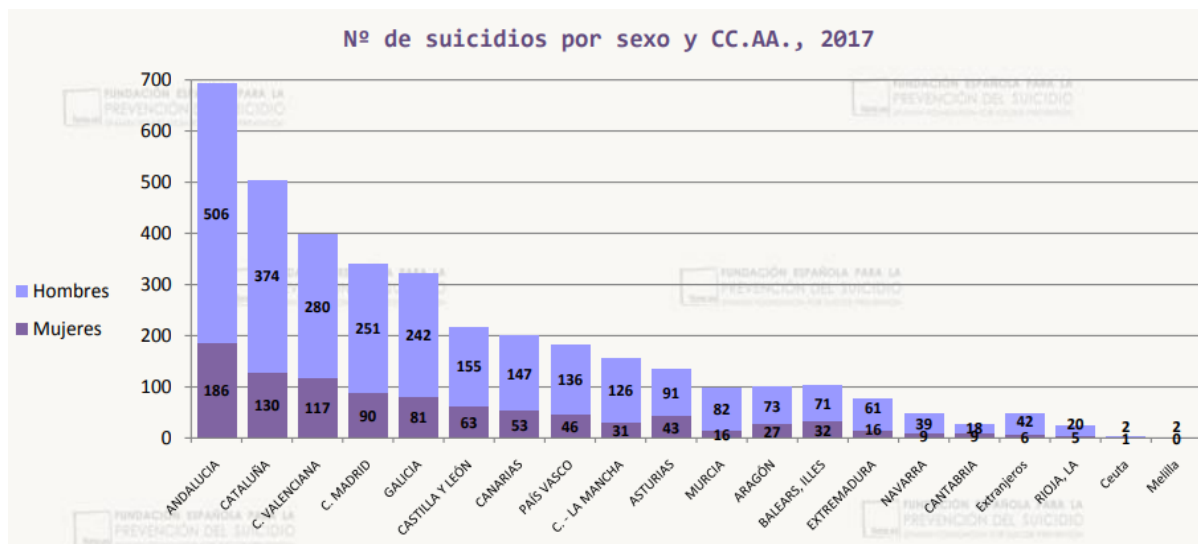
Suicidios España 2017. Tasas por CC.AA.

Tasas autonómicas de suicidio por 100.000 habitantes

Tasa por 100.000 habitantes



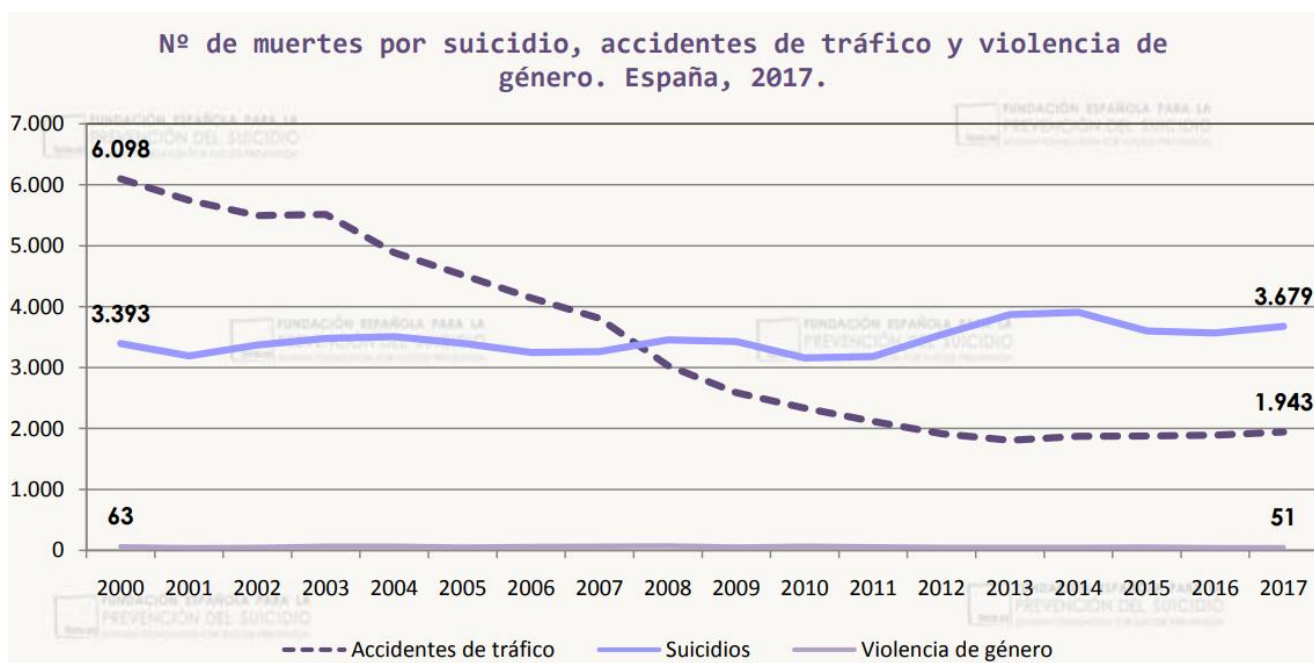
Anexo 7: Número de suicidios por sexo y CC.AA en 2017.



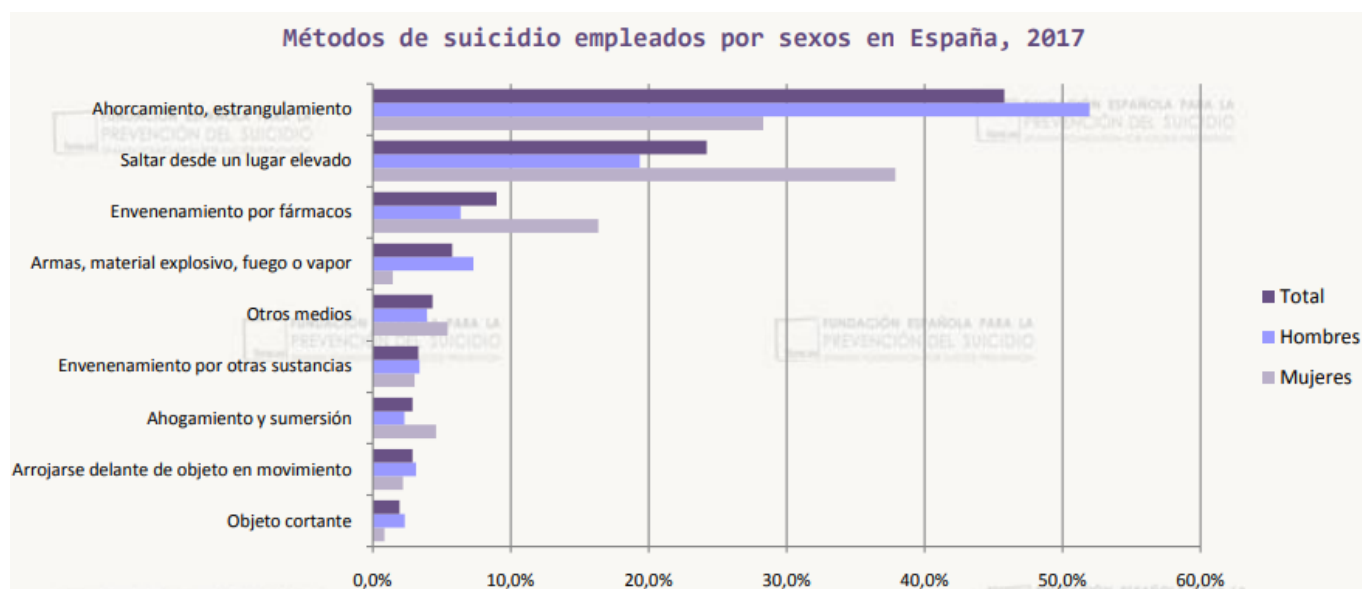
Anexo 9: Muertes por causas externas en España (2017).



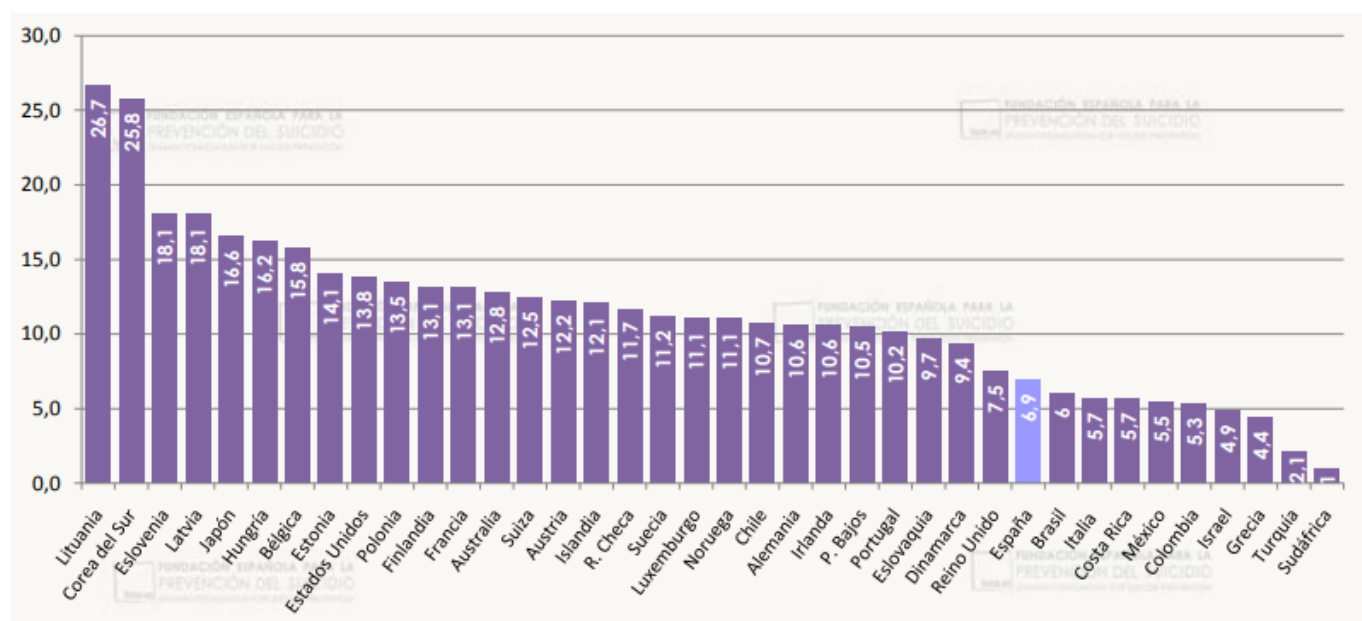
Anexo 10: Número de muertes por suicidio, accidentes de tráfico y violencia de género en España en 2017.



Anexo 11: Métodos de suicidio empleados por los diferentes sexos en España (2017).



Anexo 12: Tasas de suicidio de España con respecto a las de otros países (2017).



Anexo 13: Carta de despedida que le escribió Diego a sus familiares antes de suicidarse.

Papá, mamá, estos 11 años que llevo con vosotros han sido muy buenos y nunca los olvidaré como nunca os olvidaré a vosotros.
Papá, tú me has enseñado a ser buena persona y a cumplir las promesas, además, has jugado muchísimo conmigo.
Mamá, tú me has cuidado muchísimo y me has llevado a muchos sitios.
Los dos solos sois increíbles pero juntos sois los mejores padres del mundo.
Tata, tú has aguantado muchas cosas por mí y por papá, te estoy muy agradecido y te quiero mucho.
Abuelo, tú siempre has sido muy generoso conmigo y te has preocupado por mí. Te quiero mucho.
Lolo, tú me has ayudado mucho con mis deberes y me has tratado bien. Te deseo suerte para que puedas ver a Eli.

Os digo esto porque yo no aguanto ir al colegio y no hay otra manera para no ir.
Por favor espero que algún día podáis edarme un poquito menos.
Os pido que no os separéis papá y mamá, solo viendes juntos y felices yo seré feliz.
Os hecharé de menos y espero que un día podamos volver a vernos en el cielo. Bueno me despido para siempre firmado Diego, en una cosa espero que encuentre trabajo muy pronto tata.

Diego González

Anexo 14: Resumen de los principales factores de riesgo, protección y precipitantes asociados a la conducta suicida.

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Factores de riesgo | Individuales | Trastornos mentales | <ul style="list-style-type: none"> • Depresión mayor. • Abuso de drogas. • Trastornos de: ansiedad, bipolar, psicóticos, personalidad, anti-social, conducta alimentaria. |
| | | Factores psicológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza. • Rigidez cognitiva. • Mecanismos de defensa desadaptativos. • Déficit en la resolución de problemas. • Falta de habilidades sociales. • Baja autoestima. • Voluntad fuerte y carácter retraído. |
| | | Género | <ul style="list-style-type: none"> • Hombres: más suicidio consumado. • Mujeres: más tentativas de suicidio. |
| | | Otros | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades físicas, discapacidad o dolor crónico. • Intentos previos de suicidio. |
| | Familiares o contextuales | <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de suicidio. • Eventos familiares estresantes. • Exposición al suicidio (efecto contagio). • Factores sociofamiliares: falta de apoyo en la familia, rigidez en creencias, nivel socioeconómico y situación laboral precarios y bajo nivel educativo. | |
| Otros | <ul style="list-style-type: none"> • Historia de maltrato físico y abuso sexual. • Acoso por parte de los iguales (<i>bullying</i> y <i>ciberbullying</i>). • Fácil acceso a medios de suicidio. | | |
| Factores precipitantes | <ul style="list-style-type: none"> • Problemas con el grupo de iguales (peleas, rupturas amorosas, cambio de grupo de iguales, primeras relaciones, etc.). • Acontecimientos vitales estresantes. • Dificultades escolares. • Preocupaciones o rumiaciones sobre suicidio. • Factores psicológicos o personales. • Conflictos familiares. | | |
| Factores protectores | <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades en resolución de problemas. • Estrategias de afrontamiento positivas. • Actitudes y valores positivos hacia la vida. • <i>Locus</i> de control interno. • Relaciones personales cercanas y satisfactorias (con la familia, amigos, etc.). • Buen nivel educativo. • Creencias religiosas. | | |

Anexo 15: Instrumentos de evaluación aplicados en SEYLE.

Comprende módulos sobre para información demográfica sobre los entrevistados, sobre consumo de alcohol y otras drogas psicotrópicas, comportamientos alimentarios, higiene, salud mental, actividad física, factores protectores, comportamientos sexuales, consumo de tabaco y violencia y lesiones no intencionales

GSHS (Global School-based Student Health Survey)

Módulo sobre factores protectores del cuestionario básico de la GSHS

Las próximas 5 preguntas se refieren a sus experiencias en la escuela y en casa.

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días faltó a clases o a la escuela sin permiso?

- A 0 días
- B 1 ó 2 días
- C 3 a 5 días
- D 6 a 9 días
- E 10 o más días

2. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en su escuela fueron amables con usted y le prestaron ayuda?

- A Nunca
- B Rara vez
- C A veces
- D Casi siempre
- E Siempre

3. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia verificaron sus padres o cuidadores que usted hacía su tarea?

- A Nunca
- B Rara vez
- C A veces
- D Casi siempre
- E Siempre

4. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comprendieron sus padres o cuidadores sus problemas y preocupaciones?

- A Nunca
- B Rara vez
- C A veces
- D Casi siempre
- E Siempre

5. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia sus padres o cuidadores **realmente** sabían lo que usted estaba haciendo en su tiempo libre?

- A Nunca
- B Rara vez
- C A veces
- D Casi siempre
- E Siempre

WHO-5 (Well-being Scale)

| Durante las dos últimas semanas | Nunca | A veces | Muchas veces | Siempre |
|-----------------------------------------------------|-------|---------|--------------|---------|
| Me he sentido alegre y de buen ánimo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Me he sentido tranquilo (a) y relajado (a) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Me he sentido activo (a) y con energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Me he levantado sintiéndome bien y descansado (a) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Mi vida diaria ha tenido cosas interesantes para mí | 0 | 1 | 2 | 3 |

PSS (Escala Paykel de suicidio)

| Ítems |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena? |
| 2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte |
| 3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer? |
| 4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías? |
| 5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida? |

BDI (Inventario de Depresión de Beck)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente curso escolar.

Nombre del niño/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

| | No es cierto | Un tanto cierto | Absolutamente cierto |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frecuentemente tiene rabietas o mal genio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está continuamente moviéndose y es revoltoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por lo general cae bien a los otros niños/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trata bien a los niños/as más pequeños/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A menudo miente o engaña | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piensa las cosas antes de hacerlas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Termina lo que empieza, tiene buena concentración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Firma

Fecha

Madre/padre/maestro/otros (indique, por favor:)

Anexo 16: Escala SAVE y Cuestionario National Wellbeing Index.

Escala SAVE (*Signs of Alert to be Valued by Experts*)

| Señale en qué medida usted se siente identificado/a con las siguientes afirmaciones: | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pienso que el futuro es incierto y triste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Creo que es mejor no hacer planes de futuro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mi vida es un fracaso y dudo que cambie en el futuro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pienso que la vida tiene algo bueno que ofrecerme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Siento que no merece la pena seguir adelante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Me siento perdido/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Las cosas me satisfacen tanto como antes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Me siento triste la mayor parte del tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Me siento activo/a y con energía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Creo que necesito ayuda con los problemas que me superan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Me gustaría que alguien me ayudara con los problemas que me superan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Me cuesta pedir ayuda cuando la necesito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Creo que tengo problemas importantes sin solucionar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Siento que no necesito hacer ningún cambio significativo en mí mismo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. No tengo dificultades para resolver los problemas que me plantea la vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Necesito ayuda para solucionar problemas importantes en mi vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Siento que puedo salir de todo yo solo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Siento que no valdría de nada contarle mis problemas a un adulto/docente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Prefiero sentir dolor físico que emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. A veces he pensado en hacerme daño para aliviar mi sufrimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Me he hecho daño intencionadamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. He deseado dormir y no volver a despertar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. He pensado en quitarme la vida aunque no haya llegado a hacerlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. No tengo ganas de vivir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Pienso que la muerte es la única forma de acabar con mi sufrimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. He deseado estar muerto/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. He intentado quitarme la vida alguna vez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. He planeado cómo quitarme la vida aunque no lo haya llegado a hacer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Alguien o algo me ha detenido al querer quitarme la vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Señale en qué medida usted se siente identificado/a con las siguientes afirmaciones: | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 30. Me siento solo/a en la vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Siento que no puedo desahogarme con nadie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Siento que nadie me entiende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Me es difícil confiar en otras personas para hablar de mis problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Tengo amigos/as a las que acudir cuando no me encuentro bien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Me gustaría tener amigos/as a quienes acudir cuando estoy mal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Creo que las personas tienden a ignorarme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Pienso que soy poco importante para los demás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Siento que a mi familia no le interesa lo que sucede en mi vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Prefiero no compartir mis inquietudes con mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Creo que soy importante para mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Me siento solo/a en mi instituto/entorno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Me siento aislado/a del resto del grupo o de los grupos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Siento que no tengo amigos/as de verdad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Siento que mis problemas no le importan a mis amigos/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Mis amigos/as me apoyan en decisiones importantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Mis amigos/as y yo tenemos confianza para hablar de todo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Mis amigos/as me defenderían en una situación injusta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Prefiero quedarme en casa a salir con amigos/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Me siento protegido estando con mis amigos/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Siento que no tengo con quien hablar de mis problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Me han humillado y despreciado en público | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. He sufrido agresiones físicas por parte de algunos/as compañeros/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Siento miedo al ir al instituto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. He sufrido agresiones verbales por parte de algunos/as compañeros/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Siento que mis compañeros/as me odian sin razón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Me han amenazado para que haga cosas que no quiero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. Me siento intimidado/a en el instituto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. Me he inventado una excusa para no ir al instituto y así no ver a mis compañeros/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. Me siento protegida en mi instituto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Mis compañeros/as me quieren hacer daño | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

National Wellbeing Index

Ahora le voy a preguntar sobre su sentimiento de satisfacción con su vida y sus circunstancias personales. Piense en una escala de 0 a 10 donde 0 significa que está completamente insatisfecho/a y 10 que está completamente satisfecho/a; y el punto central 5 indica un sentimiento neutral, es decir, ni insatisfecho/a ni satisfecho/a. Entonces, diría que su satisfacción con la vida en su conjunto es:

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---------|---|---|---|------------------|---|---|----|
| Muy insatisfecho/a | | | Neutral | | | | Muy satisfecho/a | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Personal Wellbeing Index

Considerando la misma escala de 0 a 10, ¿podría decirme cuál es su nivel de satisfacción respecto a los siguientes aspectos de su vida?

1. Su nivel de vida

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

2. Su estado de salud (física y mental) en general

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3. Los logros que está alcanzando en la vida

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4. Las relaciones personales

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5. Lo seguro/a y protegido/a que se siente

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

6. Su sentimiento de formar parte de la localidad o comunidad en la que vive

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

7. Su seguridad y protección futura

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

8. Su vida espiritual y sus creencias religiosas

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

National Wellbeing Index

Ahora piense en la situación de ESPAÑA EN SU CONJUNTO. Sobre una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que está completamente insatisfecho/a, 10 que está completamente satisfecho; y el punto central 5 indica un sentimiento neutral, es decir, ni insatisfecho ni satisfecho. ¿Podría decirme cuál es su nivel de satisfacción con los siguientes aspectos para el conjunto de España?

1. La situación económica en España

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

2. El estado del medio ambiente en España

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3. Las condiciones sociales en España

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4. El gobierno en España

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

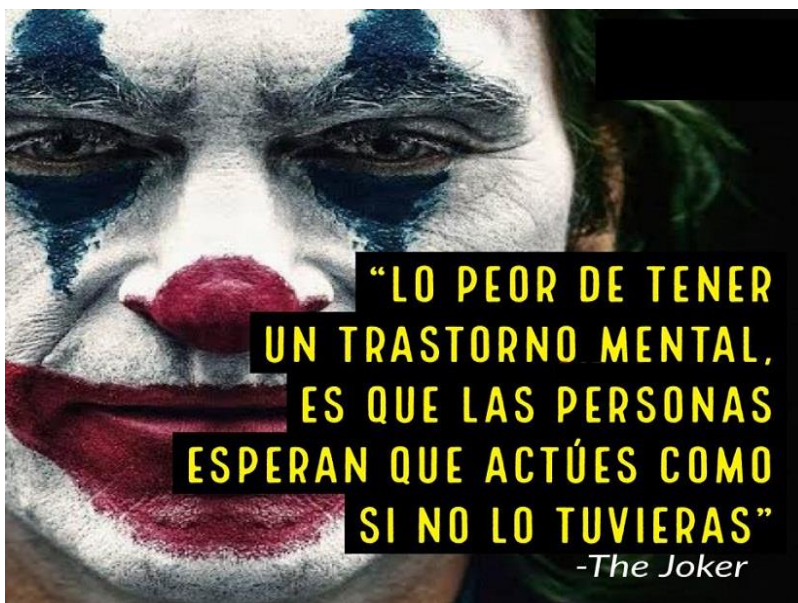
5. La posibilidad que tienen las empresas y las personas de hacer negocios en España

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

6. La seguridad nacional en España

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Anexo 17: Imagen “Joker”



Anexo 18: Las 10 distorsiones cognitivas observadas en Homer Simpson

PERSONALIZACIÓN



Personalizar significa responsabilizarse de un acontecimiento negativo cuando no existen bases para hacerlo (Y mira que Homer se lo pone difícil a Marge, pero la responsable de su felicidad es ella, no él)

Distorsiones cognitivas
Filmoterapia

ADIVINACIÓN



Este pensamiento irracional consiste en hacer una predicción y luego convencerse de que es un hecho ya establecido. El problema surge al confundir una posibilidad con una probabilidad.

Distorsiones cognitivas
Filmoterapia

PENSAMIENTO TODO O NADA



Esta es la tendencia a evaluar las cualidades personales y acontecimientos en extremos (blancos o negros). Esto suele expresarse con palabras como "correcto", "incorrecto", "bueno", "malo".

Distorsiones cognitivas
Filmoterapia

LECTURA DEL PENSAMIENTO



Este pensamiento distorsionado consiste en asumir lo que las demás están pensando o sintiendo, con poca o ninguna evidencia para sustentar la presunción y ningún intento de confirmarla o rechazarla.

Distorsiones cognitivas
Filmoterapia

SOBREGENERALIZAR



Consiste en transformar un acontecimiento negativo en una regla absoluta de derrota o infortunio. Se suelen usar palabras como "nunca", "siempre", "todo".

Distorsiones cognitivas
Filmoterapia

MINIMIZACIÓN



La minimización consiste en quitarle valor a las fuerzas, aptitudes y logros personales de uno mismo, así como de los errores e imperfecciones de los demás.

Distorsiones cognitivas
Filmoterapia

LOS DEBERÍA



Los "debería" consiste en la transformación de elecciones, deseos o preferencias personales en absolutos universales. (al ser un listón tan irrealmente alto, Homer se desmotivará y nunca empezará a correr)

Distorsiones cognitivas
Filmoterapia

ETIQUETAJE



Es el uso de etiquetas simplistas y habitualmente negativas para definirse a uno mismo y que exageran la importancia de las imperfecciones o errores.

Distorsiones cognitivas
Filmoterapia

MAGNIFICACIÓN



La magnificación incluye dos tipos de exageraciones: la catastrofización, que es la exageración de los defectos, experiencias negativas y de los errores de uno mismo; y la exageración de las aptitudes de los demás.

Distorsiones cognitivas
Filmoterapia

RAZONAMIENTO EMOCIONAL



Esta distorsión consiste en usar las emociones como única evidencia para evaluar una situación, acontecimiento o creencia.

Distorsiones cognitivas
Filmoterapia

FILMOTERAPIA 10 distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas se llaman así porque provocan interpretaciones erróneas del mundo, de uno mismo o de las relaciones, lo cual a su vez puede generar comportamientos autofrustrantes (perfeccionismos, necesidades de aprobación, victimismos...), emociones negativas desproporcionadas (ansiedad, ira, depresión...) y finalmente mucha infelicidad.

Anexo 21: Estructura del programa ICA

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bloque I. Identificamos |
| <ul style="list-style-type: none">- Primera sesión: <i>La salud mental</i>- Segunda sesión: <i>Los trastornos mentales</i>- Tercera sesión: <i>El suicidio y sus mitos</i>- Cuarta sesión: <i>Efecto Werther y Efecto Papageno</i>- Quinta sesión: <i>Factores de riesgo y protección</i> |
| Bloque II. Comprendemos |
| <ul style="list-style-type: none">- Sexta sesión: <i>Habilidades sociales, Comunicación y escucha activa</i>- Séptima sesión: <i>La función de las emociones</i>- Octava sesión: <i>Creencias irracionales y distorsiones cognitivas</i> |
| Bloque III. Actuamos |
| <ul style="list-style-type: none">- Novena sesión: <i>Búsqueda de pensamientos y conductas alternativas.</i>- Décima sesión: <i>Hablemos del tema</i> |