



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

SUCIDIO EN ADOLESCENTES. PROPUESTA DE PREVENCIÓN

Alumna: Alba María Cueva Quesada

Tutora: Lourdes Espinosa Fernández
Dpto.: Psicología

Junio, 2019

Índice

Resumen.....	2
1. Introducción.....	4
1.1 El suicidio en la historia.....	4
1.2 Adolescencia y suicidio.....	7
2. Conceptualización de la conducta suicida.....	8
3. El proceso suicida.....	10
4. Epidemiología.....	11
5. Factores de riesgo y de protección de la conducta suicida.....	17
6. Evaluación.....	21
7. Prevención.....	23
8. Propuesta de prevención del suicidio.....	25
9. Referencias bibliográficas.....	29

Resumen:

El presente trabajo trata de dar visibilidad al suicidio, especialmente en la población adolescente, ya que ha aumentado considerablemente el número de muertes por esta causa en ese grupo de edad. Se hace un recorrido por diversos conceptos, factores implicados, formas de evaluación, métodos de prevención y se propone, como forma de prevención, un guión de cortometraje para llegar a los adolescentes mediante un vídeo que cuenta varias historias en las que los protagonistas son adolescentes, basado principalmente en los factores de riesgo asociados, orientado a la concienciación, ya que es una de las primeras causas externas de muerte tanto en nuestro país como en el resto del mundo y muchas personas aún siguen estigmatizando y haciendo de éste un tema tabú.

Palabras clave:

Suicidio, intento de suicidio, factores de riesgo, factores protectores, prevención.

Abstract:

This paper seeks to give visibility to suicide, especially among the adolescent population, as the number of deaths from suicide in this age group has increased considerably. It examines various concepts, factors involved, forms of evaluation, methods of prevention and proposes, as a form of prevention, a short script to reach adolescents through a video that tells several stories in which the protagonists are adolescents, based mainly on the associated risk factors, oriented to awareness, because it is one of the first external causes of death in our country as well as in the rest of the world and many people still continue to stigmatize and make this a taboo subject.

Keywords:

Suicide, attempted suicide, risk factors, protective factors, prevention.

1. Introducción

1.1 El suicidio en la historia

El suicidio es considerado de diversas formas dependiendo de la cultura y de la época histórica a la que se haga alusión. A lo largo de la historia el hombre ha querido ejercer el derecho de vida y de muerte, sobre los demás y sobre él mismo (Moron, 1992).

En la antigüedad formaba parte de la vida en la sociedad, en muchas tribus los ancianos y enfermos debían abandonar las aldeas para dejar espacio y comida a los demás. No tenía sentido para ellos vivir gastando comida si su final estaba próximo. (Amador, 2015; Gento, 2016).

En América latina, en la cultura Maya se consideraba al suicidio como algo honorable, adoraban a Ixtab, la diosa de la muerte, que se encargaba de cuidar y guiar el alma de los suicidas hasta el paraíso (Daray, Grendas y Rebok, 2016).

En la cultura India, la religión inducía al suicidio de los sabios en las celebraciones religiosas con el fin de conseguir liberarse de los males (Nirvana). Después surgió el budismo, que se extendió a china. También inducía a los sabios al suicidio como búsqueda de la perfección o como huida de los enemigos (Moron, 1992).

En la antigua Grecia se consideraba como un delito contra el Estado, y se castigaba a los fallecidos mutilándolos o enterrándolos en espacios aislados. También suponía la deshonor de la familia. Platón hace referencia al suicidio en su obra *Leyes de Platón* en la que rechaza el suicidio porque solamente los dioses deciden cuando debemos abandonar la vida, aunque lo acepta en casos de enfermedad o traición al estado. Este último lo acepta por servir como castigo. Aristóteles lo consideraba como un acto de cobardía (Amador, 2015; Gento, 2016).

En la Roma Imperial se siguió la línea de Platón y Aristóteles con la diferencia de que el suicidio se consideraba honorable entre intelectuales y líderes y, estaba prohibido entre los esclavos (Gento, 2016). Séneca consideraba al suicidio como la combinación del honor y de la suprema libertad, un acto moral, de magnanimidad, y nunca de cobardía o desesperación. Después comenzó a llevarse a cabo, como forma de prevención de éste, la retirada de los recursos de las familias de las personas que se quitaban la vida (Cano Suárez, 2013). *Non Compos Mentis* es el concepto romano representativo de la época, proviene del latín y significa sin control de su mente. Fue la primera vez que se interpretó la conducta suicida como derivación de una enfermedad o estado mental distorsionado (Amador, 2015).

En la Edad Media, el suicidio pasó a ser prohibido en su totalidad, estando castigado social y religiosamente (Gento, 2016). El cristianismo tuvo mucha influencia en esta época, la iglesia comenzó a preocuparse por ese tema porque las personas comenzaron a buscar la muerte por querer llegar al paraíso y obtener la gracia divina (Amador, 2015). Por ello buscaron la forma de interpretar el sexto mandamiento de esta forma para considerarlo pecado, San Agustín (413), citado en Cano Suárez (2013), en su obra *La Ciudad de Dios* dice: “Aplicaremos al hombre las palabras no matarás, entendiendo: ni a otro ni a ti, puesto que quien se mata a si mismo mata a un hombre” (p.23). Entonces esta forma de morir se consideró como una mala muerte, una condición mal aceptada hasta tal punto que se trataba de ocultar y, si no se conseguía ocultar, se calificaba a la persona como enajenado mental (Quintanar, 2008). Esta idea cristiana se convirtió en tradición y fue mantenida durante siglos. La iglesia la sigue manteniendo en la actualidad.

Durante el renacimiento comenzó a tolerarse gracias a la influencia que tuvo en este tema el racionalismo francés y terminó despenalizado con la Revolución Francesa (Daray et al, 2016).

En el siglo XVIII pasó a ser un tema objeto de estudio. Entre los pensadores representantes de la época cabe destacar a Hume, consideraba que era una cuestión moral, que si el hecho de quitarse la vida era permitido era porque todo ocurre por voluntad de Dios (Gento, 2016). Junto con Voltaire defendían que el hombre puede decidir acabar con su vida libremente (Daray et al, 2016). Kant, sin embargo estaba en contra del suicidio, lo consideraba como algo en contra de su deber y respeto como ser humano. Para él nada justificaría el hecho de llevar a cabo esa conducta (Gento, 2016).

En el siglo XIX, se empieza a justificar el suicidio por medio de planteamientos médicos. Durkheim en su libro *El suicidio* (2008) formula una de las definiciones más citadas en el tema del suicidio:

“Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte” (p.5).

Durkheim trató el tema del suicidio desde un punto de vista diferente del que se había estudiado hasta ese momento. Él culpa a la sociedad, a la que califica de universo moral entendiendo que el individuo es pasivo. Es la sociedad la que transmite los valores por los cuales se desarrollan los repertorios conductuales de las personas.

Durkheim realizó el primer estudio metodológicamente cuantitativo que analizaba socialmente eventos históricos relacionándolos con el suicidio. Así llegó a la conclusión de que la vida en sociedad hace que las personas decidan quitarse la vida, dependiendo del estado civil, el género y la religión (Caïs, Marí-Klose y Miguel, 1999).

En la actualidad sigue teniendo influencia la ideología religiosa de pecado. Todavía sigue siendo tema tabú en nuestra sociedad por lo que muchas personas no buscan ayuda e incluso cuando la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz (OMS, 2014). A pesar de esto cada vez existe mayor preocupación sobre este suceso. Existen dos grandes líneas sobre la concepción del suicidio. Por una parte, desde la ciencia de la suicidología, es una causa de muerte que puede prevenirse con los recursos adecuados y con un mayor conocimiento del mismo (Sánchez, 2019). En esta línea se sitúa la OMS (2012) que ha creado un plan de prevención del suicidio (SUPRE) aunque el suicidio sigue siendo la primera causa de muerte externa en España. Por otro lado, se encuentra un punto de vista más filosófico influenciado por las ideas de Schopenhauer. Se defiende el suicidio como derecho fundamental de la persona, que tiene total libertad y autonomía para decidir sobre su propia vida y cuándo morir (Sánchez, 2019).

En España los actos relacionados con el suicidio están regulados por el Código Penal Español, en concreto, el artículo 143 hace referencia a este tema. Se penaliza toda conducta que induce a que otra persona se suicide, o toda cooperación en forma de actos que faciliten el acto. En los casos de cooperación con personas con enfermedad grave, letal y/o difícil de soportar, la pena es menor. La muerte por imprudencia profesional también está penada, según el artículo 142. (de España, 1992 citado en Ruiz Azcona, 2014).

En España, al igual que en otros países se intenta comprender qué ha llevado al individuo a realizar esa conducta para poder intervenir y evitar que ocurra. Y aunque en España no está permitido quitarse la vida, hay países en los que sí es legal el derecho a eutanasia, con el fin de morir de manera voluntaria y digna (Moron, 1992).

Estas muertes inesperadas conllevan una enorme carga económica, social y psicológica para individuos, familias, comunidades y países. La OMS se ha pronunciado acerca de este tema mediante un informe llamado *Preventing suicide. A global imperative* (2014). Es el primer informe mundial sobre el suicidio, el cual pretende dar visibilidad al suicidio para priorizar su prevención en salud pública ya que

mediante intervenciones oportunas y eficaces, pueden prevenirse tanto suicidios como tentativas (OMS, 2014).

En cuanto a política, 28 países tienen ya estrategias nacionales de prevención del suicidio. El 10 de septiembre se ha establecido como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Este día ha contribuido a concienciar y reducir el estigma en todo el mundo (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2017).

1.2 Adolescencia y suicidio

La adolescencia es una etapa de desarrollo en la que se experimentan cambios a nivel biológico, psicológico y social que modulan el comportamiento y el bienestar subjetivo de los jóvenes.

Se distinguen tres etapas dentro de ella. La adolescencia temprana que va desde los 10 a los 14 años en la que los principales cambios son biológicos. La siguiente etapa es la adolescencia media que termina a los 17 años. La imagen corporal comienza a tener relevancia y comienzan los cambios en el estado de ánimo y la búsqueda de su propia identidad. En la adolescencia tardía mejora la relación con la familia, se comienza a tener mayor independencia, a desarrollar la capacidad de controlar impulsos y se reducen las fluctuaciones emocionales. Se forma un sistema propio de valores y proyectos de vida (Aliño, López y Navarro, 2006).

Se sabe que los adolescentes todavía se encuentran en proceso de desarrollo, que la corteza prefrontal experimenta cambios importantes tras la pubertad y no se termina de desarrollar hasta la adultez. Dado que la corteza prefrontal tiene un papel importante en la función ejecutiva y la autorregulación de la conducta es razonable justificar sus conductas de asunción de riesgos y de búsqueda de sensaciones ya que esta estructura es la última en desarrollarse (Delgado, 2007).

Las estructuras límbicas no terminan de establecer sus conexiones con el área prefrontal hasta la segunda década de vida. El total establecimiento de esas conexiones suponen un aumento en el control cognitivo e inhibición de las emociones y la conducta, lo que conlleva a una reducción de la impulsividad provocada por las emociones propias de la adolescencia (Goldberg, 2001, Weinberger et al., 2005, citados en Delgado, 2007). Por lo tanto se puede decir que los jóvenes son más vulnerables y

disponen de menos recursos psicológicos para afrontar situaciones traumáticas (Navarro-Gómez, 2017).

El bullying puede llegar a ser una situación traumática para muchos adolescentes. Ante esta situación de acoso la falta de recursos para afrontarla, los sentimientos de desesperanza que provocan e indefensión y la falta de inhibición emocional y conductual pueden provocar una conducta impulsiva de riesgo.

En un estudio realizado con jóvenes de entre 15 y 18 años con intentos previos de suicidio se quería ampliar la información sobre los motivos que llevaron a éstos a querer quitarse la vida. Se les preguntó por qué habían llevado a cabo un intento de autoeliminarse para resolver sus problemas. Las respuestas que obtenidas giraban en torno a las ideas de alivio, de descarga, de descanso (Contino, 2015).

Siguiendo la línea de que el adolescente se encuentra en proceso de desarrollo se sabe también que la percepción de riesgo no es la misma que en adultos. Motivados por una falta de proyección al futuro, por intentar sentirse parte de un grupo, por búsqueda de vértigo, por hacer un desafío que provoca un sentimiento de valor del propio coraje, para sentirse indestructible o incluso para “desafiar a la muerte” los adolescentes acaban involucrándose en conductas de riesgo. Las consecuencias de estas conductas suelen alejarlos de su familia distorsionándose el vínculo entre ellos debido en muchos casos a la incomunicación, apareciendo después situaciones de desamparo social. Todo esto puede provocar que los jóvenes terminen llevando a cabo más conductas de riesgo y/o que comiencen a pensar en suicidio al no sentirse comprendidos ni estimados por su entorno o por no poder soportar el dolor psíquico que provoca la situación (Contino, Larrobla y Torterolo, 2017).

Una cantidad significativa de adolescentes muestran un perfil de disregulación (DP). El DP consiste en estar inquieto, irritable, con «tormentas afectivas», inestabilidad emocional y agresiones que aparecen de forma desproporcionada ante determinadas situaciones, y parece estar relacionado con un mayor riesgo de pensamientos y conductas suicidas y autolesivas (Caro-Cañizares et al, 2018).

En el texto *Suicidio en la pubertad y la adolescencia* (Carmona, Tobón, Jaramillo, Y Areiza, 2010), los autores proponen que el suicidio es producto de la sociedad, de la cual existen elementos que perturban a un sujeto y que lo hacen tomar esa decisión y realizar el acto. Estos autores no quitan responsabilidad al adolescente, tienen en cuenta su subjetividad y los posibles trastornos o enfermedades mentales que pueda padecer, pero hacen énfasis en los lazos sociales. Los categorizan como agentes dinamizadores

que pueden tener gran influencia en la gestación y desarrollo de la idea suicida. (Citado en Álvarez y Tamayo, 2015).

Aunque se sabe que el suicidio tiene origen multicausal la conducta suicida se desencadena porque tanto en adultos como en adolescentes existe un fallo en la capacidad para adaptarse a su entorno, entorno en el que existe un conflicto que no es capaz de resolver y que éste le provoca una inestabilidad emocional que subjetivamente percibe como insoportable e incontrolable (Nizama, 2011).

2. Conceptualización de la conducta suicida

La suicidología es el estudio científico del suicidio. Su inicio se sitúa con Émile Durkheim y su obra *El suicidio* y su consolidación con Edwin Shneidman y su libro *Definición del Suicidio* de 1985, siendo éste quien usa el término de suicidología por primera vez (Hernández, 2017).

La definición de suicidio ha ido cambiando con el tiempo. Se puede considerar como un proceso que puede ir desde el pensamiento o ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por su planificación y por su intento. Es consecuencia de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales ambientales y situacionales (Hawton y van Heeringen, 2009 citados en Dumon y Portzky, 2014).

La Real Academia Española propone dos definiciones: “acción y efecto de suicidarse” y “Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”, entendiéndose el concepto de suicidarse como “quitarse voluntariamente la vida” (2014).

Durkheim ya habló de diferentes tipos de suicidio. Diferenció cuatro clasificados dentro de dos conjuntos, la integración y la regulación. Dentro de la integración se encuentra el suicidio egoísta caracterizado por el enfado con la sociedad, se da entre solitarios, solteros y desempleados, y el suicidio altruista que lo realizan personas que toman como propias los valores sociales hasta el punto de sacrificar su vida por dichos valores. Dentro de la regulación están el suicidio anómico cometido en situaciones de desajuste social, situaciones de crisis causadas por desviaciones de la normatividad, y el suicidio fatalista que se da en personas poco flexibles que piensan que su situación no va a cambiar y que no tienen posibilidad de modificarla (Quintanar, 2008).

Dependiendo del autor al que se haga alusión existe variación en cuanto a intención se refiere, algunos no la tienen en cuenta y otros sí. Incluyendo definiciones de ambos

tipos se puede decir que los autores han ampliado el concepto de suicidio hablando de distintos subtipos, a continuación se detallan los más relevantes:

- Riesgo suicida: posibilidad de que una persona atente contra su propia vida (Gento, 2016).
- Ideación suicida: cogniciones cuyo contenido puede ir desde pensamientos fugaces sobre acabar con la vida propia por uno mismo hasta intensas preocupaciones con planes muy específicos y bien meditados. Cuando la ideación suicida es especialmente acentuada y continua puede servir como indicador del riesgo de suicidio (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2014).
- Amenaza suicida: hablar sobre querer cometer actos suicidas (Quintanar, 2008).
- Acto suicida o autolesión intencionada: todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos (Dumon et al, 2014). La autolesión se produce según Rojas (2002) para aliviar un dolor emocional insoportable. Estos actos se han incrementado en la población adolescente.
- Tentativa de suicidio: acto suicida con intencionalidad cuyo resultado no es la muerte. Dentro de ésta se encontrarían el intento de suicidio, parasuicidio y gestos suicidas. Con respecto a los adolescentes en el concepto de tentativa no es tan claro conocer la intención de los sujetos incluso para ellos mismos, ya que esta conducta se suele dar en medio de una crisis interpersonal en la que sienten desesperanza y confusión (Buendía et al., 2014).
- Intento de suicidio: acto hacia uno mismo en el que se pretende morir pero no da resultado (Dumon et al, 2014).
- Suicidio frustrado: acto hacia uno mismo en el que se pretende morir pero un imprevisto lo interrumpe (Quintanar, 2008).
- Parasuicidio: tentativas que persiguen solo llamadas de atención de los demás (Gento, 2016).
- Gesto suicida: conductas autolesivas no letales que tienen como propósito manipular (Quintanar, 2008).
- Suicidio consumado: considerado como todo acto suicida que tiene como resultado la muerte del individuo (Buendía et al., 2014).
- Suicidio colectivo: suicidio consumado por varias personas a la vez. Es característico de actos suicidas religiosos. Por lo general suele ser un líder el que guía el acto (Quintanar, 2008).

- Suicidio racional: es caracterizado por ser llevado a cabo por personas con una enfermedad terminal o incapacitante (Quintanar, 2008).
- Suicidio contagioso: cuando tras el suicidio de alguien conocido aumenta el número de conductas suicidas (Gento, 2016).
- Suicidio consumado indirecto o suicidio pasivo es frecuente en la adolescencia y juventud. Se trata de la muerte originada por una actitud indiferente ante la vida. Sirva como ejemplo para aclarar este concepto algunos hechos de conducción temeraria y accidentes de tráfico causados por jóvenes alcoholizados o adolescentes que cogen coches sin carnet de conducir (Buendía et al, 2004).

3. El proceso suicida

El suicidio se puede describir como un proceso, ya que va pasando por diferentes etapas. Comienza con una crisis y termina con el acto. En los adolescentes este proceso puede ser muy corto, incluso puede durar apenas unas horas. Es más corto cuando se produce un segundo intento. En Barón y Patricia (2000) se puede hablar de cinco etapas una vez se ha producido la crisis:

En primer lugar se realiza una búsqueda de soluciones. La persona juzga todas las posibilidades para poder producir un cambio y así reducir el dolor o malestar. Unas personas son capaces de buscar soluciones efectivas e identificar las estrategias adecuadas, pero otras no podrán responder de manera efectiva a las necesidades que se le presentan. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.

Segunda etapa: ideación suicida. En esta etapa se sigue con la búsqueda de soluciones, y una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las soluciones que busca no logran ser eficaces para reducir la intensidad de la crisis, y acaban siendo descartadas. La idea de suicidio comienza a aparecer con mayor frecuencia, muchas veces de forma encubierta en otras ideas en las que algo pasa y muere, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente. Van apareciendo cada vez con más frecuencia, y se comienza a elaborar escenarios posibles.

La tercera etapa es la rumiación. El malestar cada vez es mayor, se siente poco conforme con sus decisiones y cada vez es más difícil de soportar. El deseo de escapar de la angustia es cada vez más apetecible. Se hace imposible resolver la crisis y le inunda el sentimiento de no tener más posibilidades provocando un aumento de la

angustia. La idea de suicidio se vuelve cada vez más constante y genera mayor angustia y sufrimiento.

La cuarta etapa se denomina cristalización, caracterizada por una desesperanza total. Se plantea el suicidio como solución a todo el sufrimiento percibido y se comienza a elaborar un plan preciso. Al estar elaborando una nueva solución que cree que va a aliviar todo el dolor, está teniendo en su poder el medio para poner fin al sufrimiento y es probable que parezca más aliviado y mejorado. En este punto, el adolescente hace una ruptura emotiva de los que lo rodean y se aísla.

La quinta y última fase es el elemento desencadenante. Después de la etapa de cristalización, un evento desencadenante provoca el acto suicida. A veces el desencadenante no es ni muy intenso o preocupante, pero es un suceso que se suma a las pérdidas que ya ha sentido en su vida.

4. Epidemiología

En los últimos 50 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial (OMS, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud cerca de 800 000 personas en todo el mundo se suicidan cada año, casi 3000 al día, eso corresponde a una muerte cada 40 segundos y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue (OMS, 2012; OMS, 2014). El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo. A nivel mundial es la segunda causa de muerte principal en el grupo 15-29 años de edad. En los países de altos ingresos y en los países de medios y bajos ingresos de la región sudoriental de Asia el suicidio representa el 17.6% y el 16.6% respectivamente de todas las muertes entre adultos jóvenes de 15 a 29 años, siendo la principal causa de muerte para ambos sexos (Ilustración 1) OMS (2014). Y aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio han sido de varones de edad avanzada, han ido en aumento las tasas de jóvenes. Ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo (OMS, 2012).

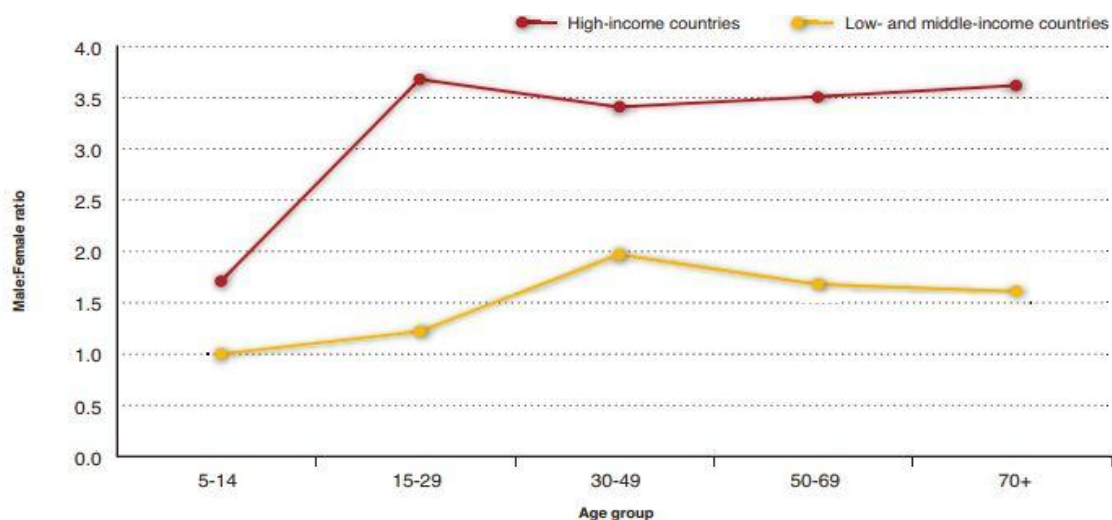


Ilustración 1. Tasa de suicidio por grupo de edad y nivel económico de país del año 2012 (WHO, 2014).

El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España. Dobra el número de muertes de los accidentes de tráfico, es 13 veces más que los homicidios y 80 veces más que la violencia de género. También es la principal causa de muerte en la juventud española (15 a 34 años) después de los tumores. En el mundo causa más muertes que las guerras y los homicidios juntos (Observatorio del Suicidio, 2016). La Ilustración 2 muestra las tasas por cada 100000 habitantes de ambos sexos por edades.

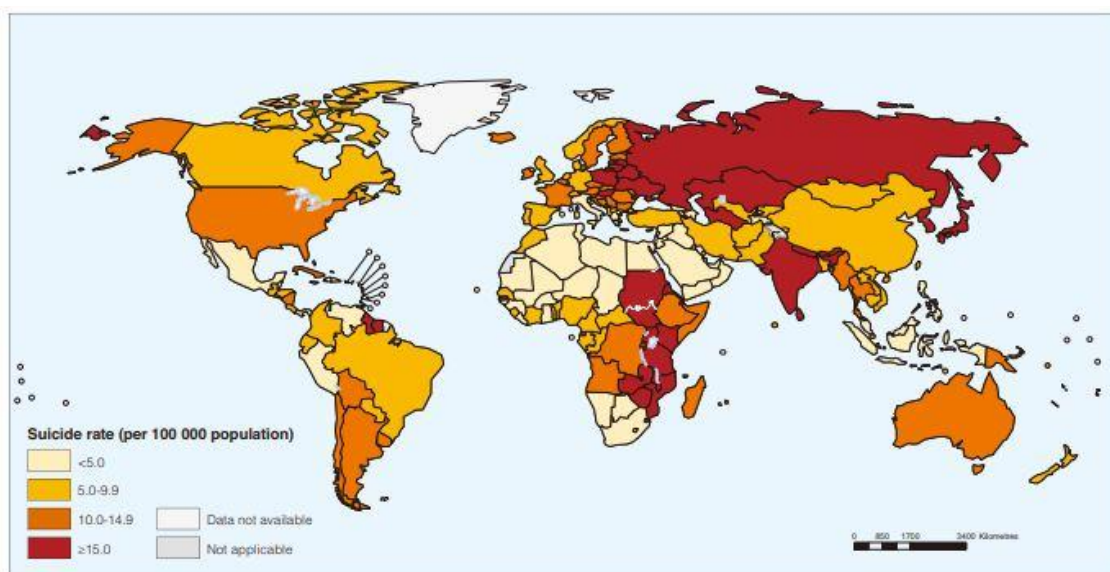


Ilustración 2. Mapa de tasas de suicidio mundial por cada 100000 habitantes (OMS, 2014).

En general, los hombres tienen mayor prevalencia que las mujeres aunque dependiendo del nivel de ingresos del país existen mayores o menores diferencias. Existen diversos motivos que pueden estar relacionados con estas diferencias: la situación de igualdad entre ambos, diferencias en los métodos socialmente aceptables para hacer frente al estrés y los conflictos, en el cuidado o búsqueda de trastornos mentales entre hombres y mujeres, disponibilidad y preferencia de los medios de suicidio, y disponibilidad y patrón de consumo de alcohol (OMS, 2014).

Los datos más recientes aportados por el Instituto Nacional de Estadística son del año 2017 y señalan que el medio más utilizado en España es lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, seguido de lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado y, en tercer lugar envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados. Existe una cuarta forma de consumir el suicidio categorizada como la cuarta causa más común entre hombres de todas las edades. Se trata de lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas. La forma más utilizada en hombres es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación mientras que en mujeres es saltar desde un lugar elevado. Andalucía registra el mayor número de defunciones por esta causa, de las 702 en Andalucía, 391 son causadas por autolesión intencional de ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y 143 por saltar desde un lugar elevado. El rango de edad con más número de suicidios es de los 40 a los 59 años (Instituto Nacional de Estadística, 2017).

En la ilustración 3 se puede observar la evolución de las muertes por suicidio en España desde los años 80 y en la ilustración 4 el número de muertes por suicidio por sexo.



Ilustración 3. Evolución del número de muertes por suicidio en España.
Recuperado de la OMS (2018).

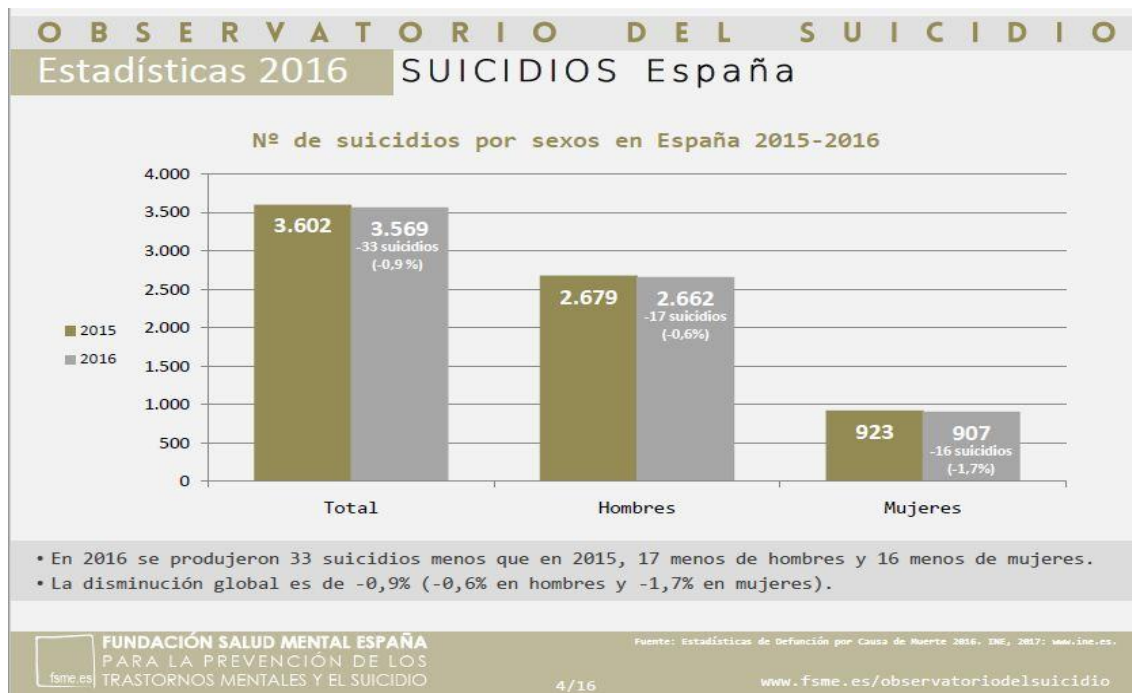


Ilustración 4. Número de suicidios en España por sexos (Observatorio del suicidio, 2016).

Así mismo la Ilustración 5 muestra las muertes por causas externas en España obtenidas del Observatorio del Suicidio.

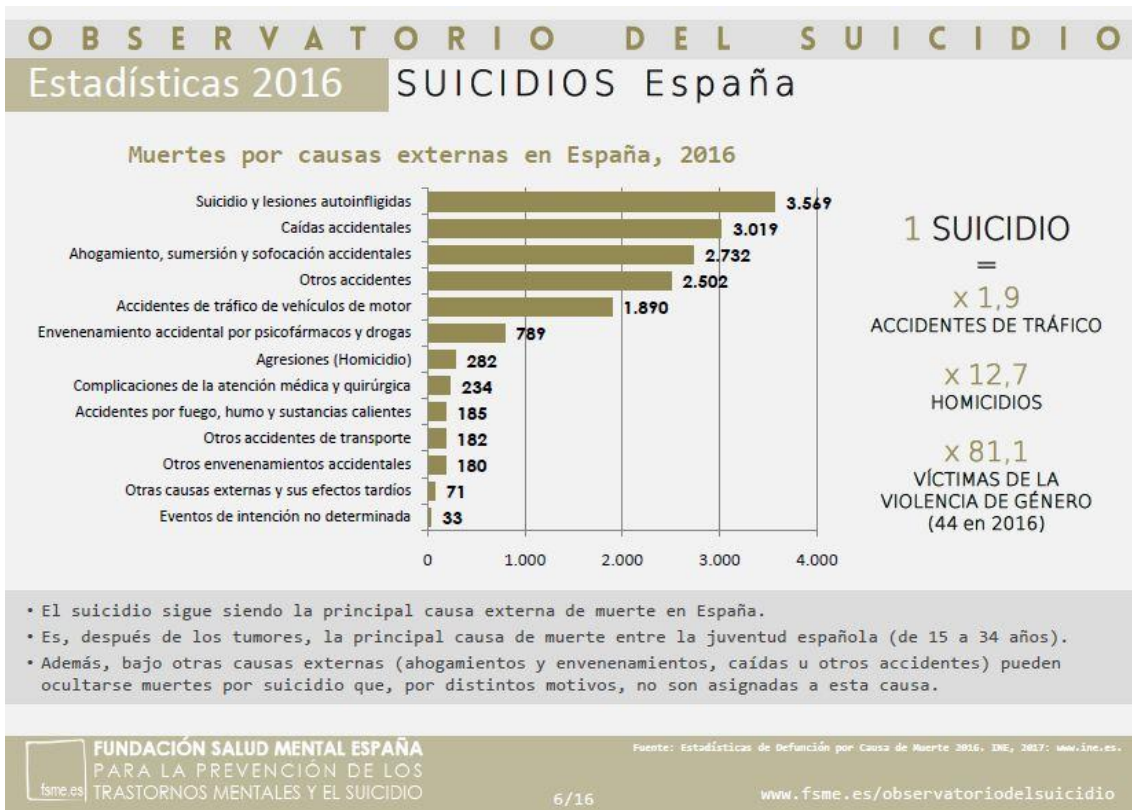


Ilustración 5. Muertes por causas externas en España (observatorio del suicidio, 2016).

Según el siguiente gráfico de barras obtenido de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2015 la edad de comienzo de la conducta suicida está entre los 15 y 24 años, y va aumentando con la edad. Para poder actuar de forma preventiva se puede considerar necesario intervenir en personas que comprendan estas edades.

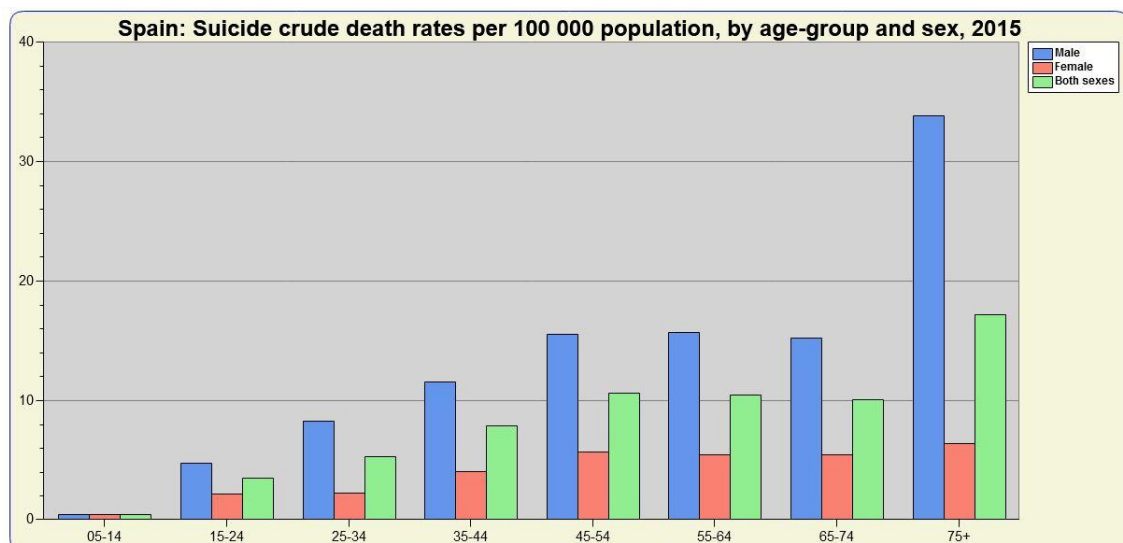


Ilustración 6. Tasa de suicidio por 100000 habitantes por edad y sexo en España (OMS, 2018).

Datos similares se obtienen en la Ilustración 7 con la única diferencia de que en el rango de edad 40-59 es cuando se produce mayor número de suicidios.

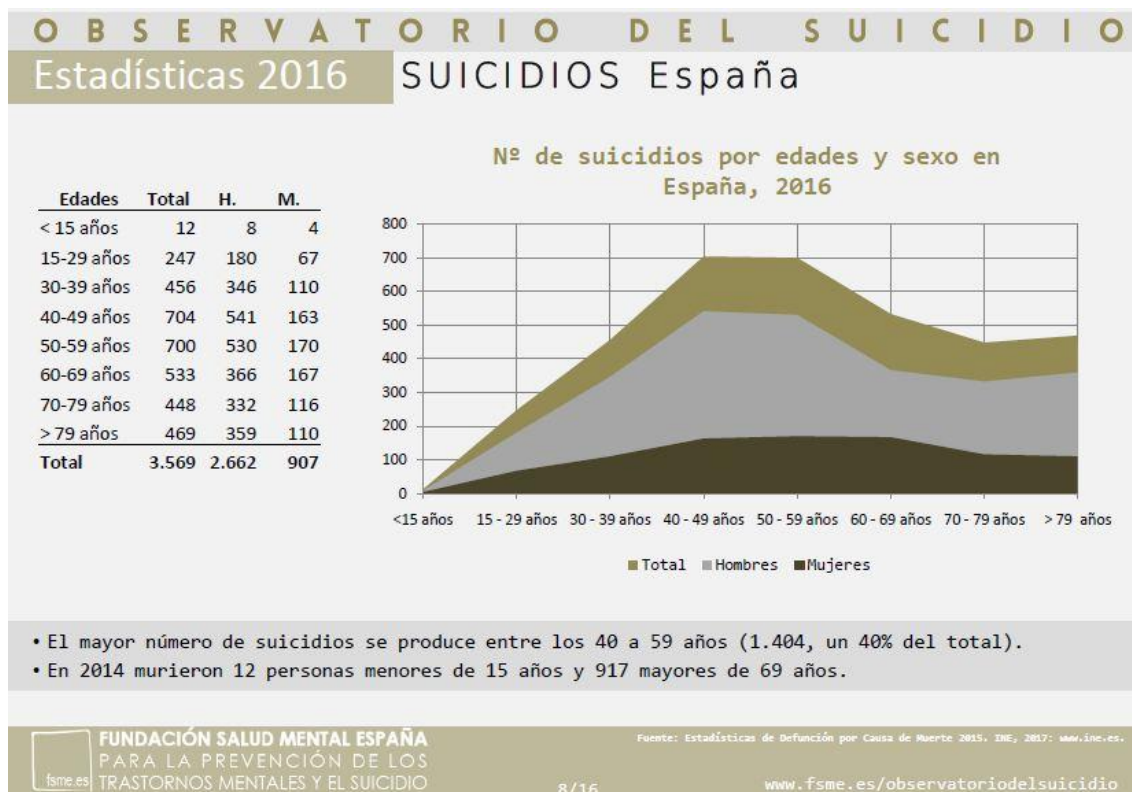


Ilustración 7. Número de suicidios por edades y sexo en España (Observatorio del suicidio, 2016).

Cabe destacar que la OMS tiene 172 estados miembros y que la calidad de recogida de los datos en todos los estados no es la misma (Ilustración 8). Sólo 60 de los estados tienen datos de registro de calidad. Hay que tener en cuenta que el suicidio en algunos países está prohibido, y esto dificulta el registro real del número de suicidios. También se debe considerar que el registro de suicidios es un procedimiento complejo y a varios niveles que incluye cuestiones médicas y jurídicas y en el que participan varias autoridades responsables que pueden variar de un país a otro (OMS, 2014). Dicho esto, es probable que los datos que se tienen sean inferiores a los datos reales, pero gracias a estas estadísticas el suicidio toma relevancia en el mundo como problema de salud pública.

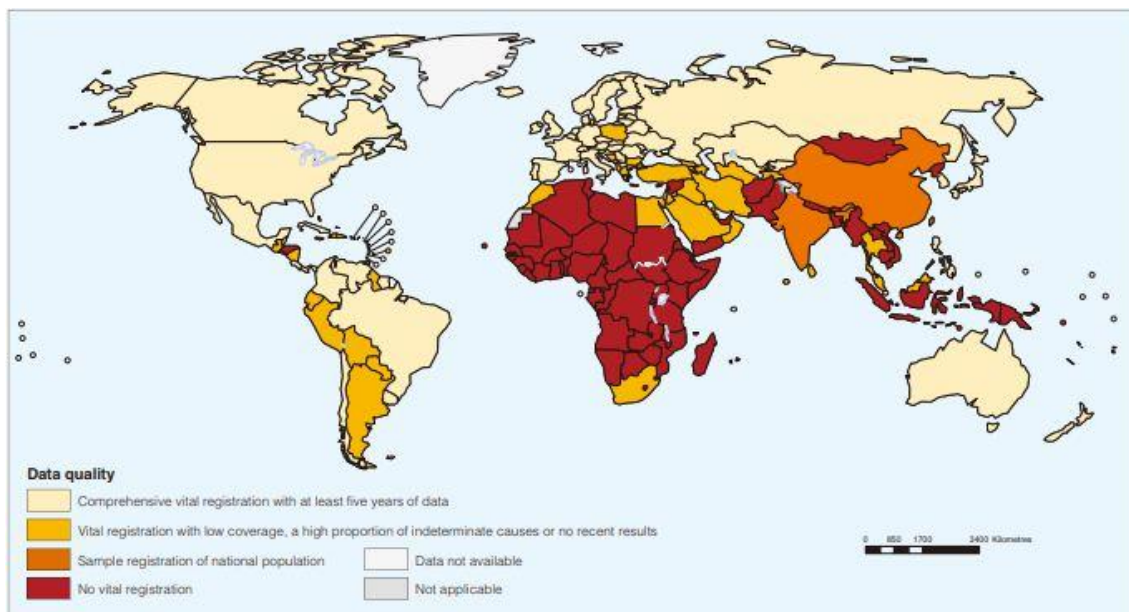


Ilustración 8. Mapa de calidad de datos del suicidio (OMS, 2014).

5. Factores de riesgo y de protección

Para poder evaluar y prevenir o intervenir con personas que presenten riesgo suicida es importante saber cuáles son los factores de riesgo asociados (Ruiz, 2014). El suicidio es complejo, en él intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales (OMS, 2012), por lo que han de tenerse en cuenta todos ellos.

El suicidio ocurre en casi todas las edades y no siempre se origina por las mismas causas (Quintanar, 2008). Tan importante es estudiar los factores que lo favorecen como los que lo evitan.

Factores de riesgo

Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante entre la población general (OMS, 2014). Los jóvenes suicidas se caracterizan por tener conductas impulsivas, agresivas y/o inestabilidad emocional (Díaz, González, Minor y Moreno, 2008).

Entre los factores familiares y sociales se encuentran la pérdida de alguno de los padres, haber sido víctima de abuso sexual, exposición a violencia familiar, tener una familia disfuncional, problemas económicos, bullying, cyberbullying y sexting o difusión de imágenes o vídeos de alto contenido erótico con el objetivo de humillar a la víctima. (Buendía et al., 2004 y Navarro-Gómez, 2017).

Los niños con discapacidad y aquellos pertenecientes a minorías étnicas son los más vulnerables a sufrir ciberacoso. Se estima que 7 de cada 10 adolescentes sufren alguna

forma de acoso o intimidación, de tipo verbal, físico o a través de las nuevas tecnologías de la comunicación (Cross, Piggin, Douglas y Vonkaenel-Falst, 2012 citado en Navarro-Gómez, 2017). El ciberbullying en adolescentes, se asocia con síntomas depresivos, estrés pos-traumático e ideación suicida y con el uso de sustancias (Escobar-Echavarría, Montoya-González, Restrepo-Bernal, y Mejía-Rodríguez, 2017).

En la adolescencia uno de los factores más importantes es la familia, actuando tanto de factor protector como de riesgo. Es el principal moderador de su bienestar, así las discusiones, el divorcio de los padres, el excesivo control, y el rechazo por parte de éstos afecta negativamente en la estabilidad de los jóvenes. Un clima familiar percibido como negativo por el adolescente puede suscitar ideación suicida, depresión e intento suicida (Bahamón et al, 2018). La madre de estos adolescentes se caracteriza por la carencia afectiva, con o sin descuidar los cuidados físicos esenciales, lo que supone un patrón de apego inseguro. El padre es física y emotivamente ausente y, en algunos casos, violento. Su relación es distante y carente de afecto. Algunos autores afirman los adolescentes suicidas se identifican con el padre ausente, acaban sintiendo que están «de más», percibiendo que sus padres desean deshacerse de él, llegando a la conclusión de que su familia sería más feliz si desapareciese. Además, aproximadamente el 20% de los adolescentes que intentan suicidarse tienen un padre suicida (Barón y Patricia, 2000).

Muchas veces el suicida no se mata sólo a sí mismo, sino que también mata de forma simbólica las cosas traumáticas de su vida, con su muerte está destruyendo también ese mal en el que se ha visto inmerso, que se encuentra en él (Quintanar, 2008). Las personas que han sido víctimas de abuso sexual o de malos tratos en la infancia son ejemplos de ello (Rill, 2015).

Adolescentes víctimas de maltrato y acoso escolar se asocian de manera significativa a la presencia de ideas y pensamientos suicidas, incrementándose el riesgo de presentarlas seis veces más que el resto de iguales (Figueroa, Amezcua, González, Montes, y Vargas, 2011).

Entre los factores individuales se encuentran la edad de comienzo, el sexo, los trastornos mentales, abuso de sustancias, cambio notable de actitud o de conducta, irritabilidad, desesperanza, problemas académicos y bajo autocontrol (Buendía et al., 2004 y Navarro-Gómez, 2017).

La edad de comienzo se sitúa en los 15 años y el riesgo aumenta con la edad (Rill 2015). En cuanto al sexo, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados

y las mujeres mayor número de intentos. A nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres (Rill 2015).

Factores genéticos y biológicos: niveles bajos de serotonina tanto en adolescentes como en adultos. Existe una relación directa entre bajos niveles de la serotonina y bajo control de impulsos (Rill 2015).

Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa tanto en población adulta como en adolescentes (OMS, 2012). Alrededor del 90% de los adolescentes mayores de edad que se suicidan, presentan algún tipo de trastorno mental en el momento del suicidio. Y más del 50% presentaron un trastorno mental en los 2 años previos al suicidio (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012). La depresión supone un riesgo de 20 veces mayor que la población general. Ésta puede presentarse de diversas formas en la niñez y la adolescencia. Es común la irritabilidad, los comportamientos disfuncionales como violencia o promiscuidad o somatizaciones (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2017). Los trastornos de ansiedad pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado (Rill 2015). La ansiedad suele concurrir con depresión mayor (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006). Otros trastornos asociados son los trastornos bipolares, psicóticos, de personalidad, de conducta alimentaria y de abuso de sustancias (Rill, 2015). Con respecto este último, es más relevante saber si se consumen múltiples drogas y no tanto el tipo de droga usada. En general, el abuso de drogas adictivas, conlleva un alto riesgo de ideación suicida. Aproximadamente una décima parte de alcohólicos mueren por suicidio y un tercio de quienes lo habían intentado consumieron alcohol en las seis horas previas (Gutiérrez-García et al., 2006). El consumo de sustancias favorece la impulsividad, la violencia y la desinhibición, que provocan una sensación de valentía para realizar tentativas de suicidio (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2017). Respecto al déficit de atención por hiperactividad en la infancia, se asocia con un incremento del riesgo de intento de suicidio en la adolescencia (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Tener una enfermedad terminal o incapacitante también se asocia con mayor riesgo de llevar a cabo conductas suicidas (Rill 2015).

La homosexualidad y la bisexualidad también han sido relacionadas con un aumento del riesgo de suicidio en la adolescencia (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Diversos estudios han tratado de saber si el ciclo del sueño está relacionado con el suicidio. Esos estudios han sugerido que personas con tendencias suicidas tienen alteraciones del sueño. Personas con depresión e intento suicida tienen más tiempo y actividad REM en el segundo período de REM y menos sueño delta en el cuarto período no REM que los depresivos sin intento de suicidio. También presentan más alterada la distribución de la actividad REM, incrementada en el segundo período. Una peor calidad, mayor latencia y menor duración y eficiencia del sueño, tasas más elevadas de insomnio e hipersomnia también son características de personas depresivas con tentativas suicidas en comparación de los depresivos sin tentativas (Cano-Lozano, Espinosa-Fernandez, Miro y Buela-Casal, 2003).

Con respecto a variables psicológicas, las atribuciones internas, estables y globales, impulsividad, pensamiento dicotómico, dificultad de resolución de problemas, sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico, el perfeccionismo, rechazo de su cuerpo, orientación sexual distinta a la de su género y, especialmente, rigidez cognitiva y desesperanza son factores a tener en consideración (Rill 2015). En un estudio realizado con una población de 15 a 63 años se encontró que los rasgos de personalidad neuroticismo y psicoticismo están presentes en un 61% y 69% respectivamente de todos los que presentaban tentativa suicida (Quintanilla et al. 2004).

Los problemas de conducta también merecen mención. En Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2000) se distinguen dos tipos de conducta suicida. Una de tipo internalizado caracterizado por la presencia de depresión mayor o anorexia nerviosa. Y otro de tipo externalizado caracterizado por violencia en jóvenes con trastorno de conducta. Cuando se asocian los dos trastornos aumenta el riesgo de suicidio.

Factores protectores

La inteligencia emocional es la capacidad de gestionar nuestras emociones y hacer frente a situaciones desfavorables, siendo capaces también de controlar la impulsividad. El entrenamiento en inteligencia emocional ha demostrado ser eficaz y puede ser un buen componente de intervención tanto con adolescentes como con adultos (Brey, 1996).

Un estudio realizado con adolescentes con riesgo suicida pretendía saber si existe relación entre inteligencia emocional e ideación suicida. Se realizó una evaluación con

la escala de ideación suicida de Beck y el inventario de inteligencia emocional de BarOn Ice para observar los resultados de ambas escalas. La inteligencia emocional estaba afectada en los adolescentes que mostraron ideación suicida. Después fueron intervenidos con un programa para desarrollar la inteligencia emocional. Lo que se obtuvo fue una potenciación de la inteligencia emocional y, consecuentemente una disminución del nivel de ideación suicida, por lo tanto se puede considerar a la inteligencia emocional como factor protector (Benito, Minaya, Zúñiga e Idme, 2018).

Las familias estructuradas con buena cohesión, buena comunicación y relación entre los miembros, en la que se sienta con apoyos significativo es un buen factor protector (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública 2017).

Otros factores protectores son disponer de habilidades sociales y habilidades para la resolución de conflictos, tener en la infancia un ambiente estable y afectivo, con buena relación entre los padres, tener autoconfianza, autoeficacia, autoestima alta, la presencia de hijos, principalmente en mujeres, tener apoyo social y familiar, tener sentido de pertenencia a un grupo, moverse en un ambiente estable, libre de drogas, tener creencias religiosas, la coherencia de los propios valores con los del entorno y realizar ejercicio físico (Buendía et al 2004; Cervantes y Hernández, 2008).

Relaciones personales sólidas. El círculo social de una persona puede tener gran influencia positiva si tiene un sano apoyo social y emocional que amortigüe los factores externos estresantes. Son especialmente protectoras para adolescentes y personas mayores, tanto que disminuye el riesgo de suicidio asociado a traumas en la infancia (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2017).

La estabilidad emocional, el optimismo, alta autoestima, el sentimiento de competencia personal y capacidad de resolver problemas favorecen la resolución de las dificultades de la vida (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2017).

En otro estudio realizado con adolescentes de entre 12 y 15 años se observó que las variables autoconcepto, resiliencia y apoyo familiar influyen de forma directa en la satisfacción de la vida, el afecto positivo y, de forma inversa sobre el afecto negativo (Rodríguez, Ramos, Fernández y Revuelta, 2016).

6. Evaluación

Al tener un origen multicausal se considera necesaria una evaluación que recoja datos sobre la naturaleza, frecuencia, intensidad y persistencia de la

ideación suicida (UCOSAM, 2018). La evaluación clínica determinará la actitud a tomar ante el paciente con riesgo suicida tanto en atención primaria como en atención especializada.

Se precisa de una buena evaluación de la persona y de su contexto para poder medir el riesgo. Para poder clasificar el nivel de riesgo es necesario recoger información mediante entrevista clínica. En ésta se debe indagar sobre la situación social, factores de riesgo y de protección, relaciones interpersonales, acontecimientos vitales recientes o problemas, estado psicopatológico, intentos previos, abuso de drogas, características del intento (método empleado, intencionalidad, elaboración del plan, letalidad), evaluar si presenta ideas de culpa, desesperanza, si existe tentativa de suicidio y si tiene planes de futuro. Una vez recogida esa información, contrastarla con los miembros de la familia y valorar el soporte familiar y social. La evaluación con adolescentes se debe ampliar y hablar también con los padres y/o profesores. (Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública 2017; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012). En la siguiente tabla se observa un ejemplo de los datos que se deben recoger.

Existen diversas escalas para evaluar ideación y riesgo suicida, según Sánchez-Teruel, García-León, y Muela-Martínez (2014):

Escala de desesperanza de Beck (*Beck Scale for Suicide ideation*). Mide el grado y gravedad de los pensamientos suicidas, deseos, preocupaciones y amenazas. También evalúa las características y expectativas del individuo que intenta suicidarse.

Okasha Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir: Esta escala tiene cuatro preguntas con opciones de respuesta sí o no. Estas preguntas evalúan la gravedad de la ideación suicida de los últimos 12 meses.

Escala de ideación suicida Roberts: la escala comprende 4 ítems: "No podía seguir adelante"; "Pensé en la muerte"; "Sentí que mi familia estaría mejor si estuviera muerta"; y "pensé en suicidarme". Valora la presencia y duración de ideación suicida en la última semana.

Escala de evaluación del suicidio (SUAS): Mide los niveles de riesgo de suicidio después de un primer intento.

Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Esta escala divide la ideación suicida en cinco grados para evaluar la gravedad de las ideas y conductas suicidas que conducen a un intento inicial. Los cinco grados van desde el "deseo de estar muerto" hasta la "idea suicida activa con un plan e intención específicos".

Con respecto a escalas que se utilizan específicamente en adolescentes según la *Guía de Práctica Clínica de prevención y Tratamiento de la conducta suicida* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012) se encuentran:

Cuestionario de suicidio (*Risk of Suicide Questionnaire, RSQ*): tiene como objetivo evaluar la conducta suicida.

Escala de desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS*): mide el grado de desesperanza.

Escala de intencionalidad suicida (*Suicidal Intent Scale, SIS*): Valoración intencionalidad suicida.

Inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*): Evaluación de la depresión.

Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS): se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa la depresión.

Children Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R): entrevista semiestructurada que evalúa la gravedad de la depresión. Puntúa información verbal y no verbal.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) clasifica a los suicidas en bajo, medio y alto riesgo. Tener bajo riesgo significa que se tienen pensamientos suicidas pero no se ha elaborado ningún plan. Las personas con riesgo medio tienen pensamientos y planes de suicidio pero no inmediatos. El riesgo alto significa que se tiene un plan definido, los medios necesarios y planea hacerlo inmediatamente.

7. Prevención

En el primer punto se ha introducido la evolución sobre el concepto de suicidio a lo largo de la historia y sobre la preocupación sobre este suceso. En 1971 se creó la Asociación Americana de Suicidología. Su fundador Shneidman fue considerado el «Padre de la Suicidología moderna» por ser pionero en el campo de la prevención y atención del suicidio y la definió como la ciencia de los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos autodestructivos (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010).

En España, la Fundación Salud Mental España (FSME) (2000-2019) para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio se creó con el propósito de fomentar la salud mental y prevenir los trastornos mentales y el suicidio en España, es miembro de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), (2000-2019) fundada en 1960 por el fallecido profesor Erwin Ringel y el Dr. Norman Farberow. La

Asociación cuenta ahora con profesionales y voluntarios de 77 países. IASP es una organización no-gubernamental dedicada a la prevención del suicidio.

La FSME fundó la Sociedad Española de Suicidología en 2015, una asociación científica y profesional dedicada al estudio y prevención del suicidio, y el Observatorio de Suicidio con el objetivo de mantener actualizada, analizar y divulgar la información sobre su magnitud epidemiológica, impacto social y sobre las experiencias y estrategias para su prevención y, recientemente ha creado el Instituto de Formación en Suicidología para la impartición de cursos sobre el suicidio (FSME, 2000-2019).

En 2010 se puso en marcha un proyecto llamado EUREGENAS (*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*) que duró cuatro años. En él participaron Italia, Bélgica, Suecia, Rumanía, Finlandia, Alemania, Eslovenia, Reino Unido y España. Este proyecto contaba con el objetivo de prevenir pensamientos y conductas suicidas en Europa a través de la implementación de guías, herramientas y estrategias para la prevención para aportar adecuados conocimientos y habilidades a los profesionales. Se realizó a nivel regional para que después pudiese servir como ejemplo de buenas prácticas a nivel europeo. (Fundación Salud Mental España, 2014).

En 2012 la OMS creó un plan de prevención del suicidio (SUPRE) y en 2014 realizó un informe llamado *Preventing suicide. A global imperative* ya nombrados en la introducción.

Como bien se describió en el plan de prevención del suicidio (SUPRE) la prevención del suicidio comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los jóvenes y los niños, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La correcta difusión de información y una campaña que sensibilice el problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención (OMS, 2012).

Las Estrategias y acciones generales del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la conducta suicida que propone la Generalitat Valenciana (2017) comprenden estrategias universales, selectivas e indicadas de promoción y prevención. Universales para la detección precoz de problemas de salud mental, selectiva e indicada para la población vulnerable mediante el apoyo de recursos en línea y de apoyos en la comunidad. Se trabaja para potenciar la realización de talleres preventivos de la

depresión en centros educativos, mejorar la información sobre el suicidio, la lucha contra el estigma y la detección de Bullying y Ciberbullying.

Los programas de prevención basados en el currículo suelen constar de 3 a 5 días. Son talleres impartidos en clase mediante vídeos o presentaciones relacionadas con el suicidio. Los objetivos de este tipo de programas son la concienciación, reconocimiento de signos de alarma de suicidio, tanto en ellos como en los demás y aumentar el conocimiento sobre los recursos disponibles para solicitar ayuda. El programa Signs of Suicide (SOS) es uno de los más conocidos en Estados Unidos. Consiste en que los estudiantes reciban información sobre la depresión y los signos de alarma de suicidio. Después se les enseña a reaccionar ante un caso de riesgo suicida (ofrecer ayuda y comunicarlo a un adulto responsable) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

También existen programas de prevención selectiva basados en el entrenamiento de habilidades. Estos programas van destinados a adolescentes con riesgo suicida. Se comienza con una evaluación previa. El Personal Growth Class es un programa de este tipo. Se consigue reducir las conductas de riesgo de suicidio, depresión, desesperanza, estrés, agresividad y aumentar la autoestima y la red social y autocontrol (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Internet también ofrece nuevas posibilidades de prevención, puesto que es un recurso utilizado por los jóvenes para consultar, en ocasiones información sobre la salud en general y sobre enfermedades estigmatizadas. La correcta disponibilidad de información dirigida a los adolescentes y a sus familiares, basados en la evidencia científica suponen una forma diferente de proporcionar información fiable (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

La campaña 'Rompe el silencio' de la ONG Teléfono de la Esperanza busca concienciar sobre la necesidad de desarrollar programas específicos. Han activado el número móvil 717 003 717 (Periódico El Mundo, 5 de Septiembre 2017).

8. Propuesta de prevención

No debemos olvidar que el suicidio es una opción, al igual que lo es la vida, en vez de provocar en las personas vergüenza por pensar en ello haciendo de éste un tema tabú, lo mejor es centrarse en hacer visible esta realidad que alcanza tantos países, lo que podrá proporcionarnos ventajas para obtener mayor información sobre sus causas y modificar esa opción. La forma en la que se ha venido estudiando el suicidio no ha sido

realmente efectiva, por lo menos, con respecto a la población adolescente en la que los índices de suicidio se han incrementado (Quintanar, 2008). Resulta evidente pensar que se requiere una intervención que integre diferentes enfoques y se trabaje de forma multidisciplinar tanto en salud, como en la escuela, en el sector jurídico, político y de los medios de comunicación (Piedrahita, Paz y Romero, 2012).

Teniendo en cuenta que la mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte y que indican un grito desesperado de ayuda por parte de la persona que los lleva a cabo es importante que los adolescentes sean conscientes de que pueden estar en riesgo de suicidio o, alguien cercano. En el presente trabajo se realiza un guión para realizar un cortometraje que aparezca en las redes sociales que más usen los adolescentes. La idea es llegar a ellos de forma que se sientan identificados y sean conscientes de que el suicidio es un problema real y actual en nuestra sociedad, y que, entiendan que se puede pedir ayuda para desarrollar las habilidades necesarias para afrontar las dificultades en las que se vean envueltos.

Objetivo y población destinataria

El objetivo principal de este trabajo es el de prevenir el suicidio en adolescentes. Para ello se hace una propuesta de prevención que consiste en la realización de un guion de cortometraje. La finalidad es que sirva como herramienta de prevención ya que va orientada a que los jóvenes se sientan identificados con los síntomas explicados en el programa, que sean conscientes de ellos y/o que puedan detectar esos síntomas en ellos mismos e incluso en sus amigos, y que conozcan la disponibilidad del recurso que se ofrece, en este caso, acudir a un especialista. Para poder llegar a los adolescentes es necesario el uso de un recurso que ellos frecuenten a menudo, es el caso de las redes sociales. La red social más usada por los adolescentes es Instagram (Oropesa y Sánchez, 2016). Puesto que los jóvenes expresan sus inquietudes con sus iguales, es con éstos con los que se va desarrollar la propuesta de prevención. La propuesta de prevención va dirigida a toda la población adolescentes (13-20 años), no solo a los que han tenido intentos previos.

Se ha demostrado que hacer preguntas sobre suicidio no desencadena conductas suicidas y que, al contrario, puede favorecer la confianza del paciente (Gento, 2016).

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte. Normalmente indican un grito desesperado de ayuda por parte de la persona que los lleva a cabo. Por ello es

importante que los jóvenes sepan que tienen disponibles recursos para ayudarlos a hacer frente a las situaciones que desencadenan esas conductas.

Guión

Idea base: suicidio

Idea de fondo: dejar de sufrir a través de la muerte

Sinopsis técnica: es un resumen detallado de lo que se va a ver en escena, en este caso se cuenta cada una de las tres historias que, van a transcurrir de forma paralela en las escenas.

Tres historias diferentes con un mismo final. Todas las historias se desarrollan y acaban a la vez. Historia actual, dura 2 semanas.

Pedro (16), homosexual, no aceptado por sus padres. Su padre no acepta sus gustos y lo machaca para que sea un “hombre como Dios manda”. Su madre lo acepta pero no lo entiende, piensa que la familia normal es la compuesta por un hombre y una mujer. No recuerda tener afecto por parte de su padre. Su madre es menos cariñosa desde que les contó sus preferencias sexuales. Cuando tenía 7 años sus compañeros de clase se reían de él, lo discriminaban por ser “delicado como una chica”. Actualmente tiene buena relación con sus amigos, pero se siente diferente. Tienen fácil acceso a drogas y cada vez que salen de fiesta o se juntan en un piso consumen. Pedro intenta desahogarse con sus amigos pero ellos piensan que cada vez es más pesado con el tema de sus padres y acaban pasando de él. Al final, cuando se siente triste, sólo consume y comienza a dejar de contar sus penas, cada vez se siente más incomprendido y solo. Se fuga de casa, no quiere volver al infierno que vive allí, se va caminando a otro pueblo y llora. Sus padres preocupados llaman a la policía. Ésta lo encuentra y Pedro explica que no aguantaba más la situación en casa, que está desesperado y que hasta ha pensado en quitarse la vida. La policía lo lleva a casa y allí con los padres hablan todos y deciden ir a terapia. Ahora Pedro entiende que sus padres sólo necesitaban tiempo para aceptar un cambio de expectativa y, que a veces cuesta ponerse en el lugar del otro.

Rosa (15), heterosexual, padres exigentes y poco afectuosos. Va cada vez peor en el instituto. La castigan sin salir. A veces se salta las clases con sus amigas. No ha tenido buena experiencia con las parejas y dice sentirse insegura, prefiere estar soltera. Sufrió abuso sexual por parte de un tío durante 4 años, hace un año que se lo contó a sus padres. Desde entonces su madre le da menos libertad por miedo a que su hija por miedo a que sufra una situación parecida. Ha sufrido también por la reacción de sus familiares e iguales, que no entienden por qué no lo dijo en el primer momento. Ha

tenido un intento de suicidio pero sus amigas la detuvieron a tiempo. Llega el verano y los amigos hacen planes para ir a la playa. Los padres de Rosa la dejan a última hora, después de haberse mostrado reticentes y preocupados al respecto. Finalmente Rosa decide no ir y sus padres comentan que no entienden por qué insistió tanto para luego no querer ir. Se va con otro amigo a la piscina y se emborrachan y se desahoga diciendo que percibe que haga lo que haga nunca es lo correcto para sus padres, que se siente como una carga para ellos. Esa noche sus padres la ven muy mal y se preocupan pensando que puede estar consumiendo drogas más a menudo y la llevan a un centro a pedir ayuda. Allí descubren que lo que realmente le pasaba era que se sentía oprimida y culpable. Con ayuda especializada logró tener un mejor ajuste emocional y sus padres lograron ser más flexibles y menos sobreprotectores.

Luisa (17), buena estudiante, buena relación con su madre y su padre, aunque lo ve poco (están divorciados). Buenas relaciones de amistad, tiene novio. A pesar de tener buena relación con su madre en la última semana se muestra irritable. El motivo es que su novio ha mandado fotos íntimas de ella a los amigos “por error”. Su madre no sabe nada. Además, los amigos del novio y gente desconocida le mandan mensajes e imágenes por instagram con contenido sexual, acosándola. Sus amigas se enteran pero a ella sólo le importa que su madre no se entere. No soporta la situación y realiza conductas autolesivas sin intenciones letales, para calmar su dolor y reducir el estrés porque no puede dormir por las noches. Un amigo del novio la amenaza y le dice que si no hace lo que él dice le va a enseñar las fotos a su madre. Ella accede. La culpa y el malestar aumentan poco a poco hasta tal punto que sólo ve una solución para dejar de sufrir. A su madre le llega un mensaje con la foto de su hija y corre al cuarto de ella. Luisa, a punto de volver a realizarse cortes llora desconsoladamente cuando su madre entra. Su madre la abraza y le dice que aquí la es víctima ella y que ella siempre va a estar para apoyarla. Entonces comenzaron un proceso judicial para denunciar el envío de información privada y tuvo apoyo psicológico durante todo el proceso, y desde ese momento Luisa ha aprendido a desenvolverse ante situaciones complicadas sin dejarse manipular.

Después de estas escenas aparecen mensajes y preguntas para los observadores tales como “¿Antes de ver el final, te ha recordado a alguien?”.

Guión

Escena 1

Sale PEDRO (16) comiendo con sus padres, un ambiente frío, nadie habla. Pedro mira el plato constantemente. Después sale ROSA (15), saliendo del instituto con las notas en la mano, 5 suspensas. Sube las escaleras de su casa con miedo, respira hondo y entra en casa. Y a continuación sale LUISA (17). Un mensaje llega a su móvil mientras estaba contándole a su madre lo bien que se lo pasó el fin de semana en el campo de su novio en la fiesta de su cuñada.

Escena 2

Vuelve a salir la escena de PEDRO, su padre le pregunta que si ya ha cambiado de opinión. PEDRO no contesta. Su madre mira hacia otro lado y cambia de tema. A ROSA la miran con asombro al ver sus notas, la castigan sin salir. Se encierra en el cuarto y, su madre se echa a llorar. Desde el mensaje recibido, LUISA se muestra irritable casi todo el día.

Escena 3

PEDRO recuerda momentos en los que su madre era más cariñosa antes de contar que era homosexual. La sensación de vacío le recuerda cuando en el colegio le hacían bullying. Aparece ROSA llorando en su cama recordando cuando intentó quitarse la vida por no soportar la culpa y el dolor de haber sufrido abuso por parte de su tío, y después los reproches de sus padres por no haberlo contado antes. A LUISA le pide perdón su novio justificando que las envió por error. Sus amigas se enteran y la llaman constantemente.

Escena 4

PEDRO sale con sus amigos, beben fuman porros y consumen pastillas. Intenta desahogarse por el tema de su padre y sus amigos le dicen que no les ralle, que es muy pesado. Las amigas de ROSA proponen ir a la playa una semana, Rosa pide permiso en diferentes ocasiones obteniendo noes por respuesta. LUISA sale en su cama llorando sin poder dormir recordando la imagen del mensaje recibido. Al día siguiente usa manga larga escondiendo cortes en sus brazos.

Escena 5

PEDRO se fuga de casa, se tira toda la noche andando sólo por la carretera, acaba llegando a otro pueblo. Durante el camino llora y grita. A ROSA, el día de antes de los

planes de la playa sus padres le dicen finalmente que puede ir, sin ella pedirlo. Ella decide no ir. Al día siguiente se va a la piscina con otro amigo. LUISA recibe un mensaje del amigo de su novio en el que la amenaza con hablar con su madre si no queda con él en su casa. Ella, accede.

Escena 6

PEDRO vuelve acompañado de la policía y se sienta a hablar con sus padres. ROSA, en la piscina, se emborracha y desahoga contando que se siente como una carga para sus padres. LUISA vuelve a casa y llora en su cuarto.

Escena 7

En casa de PEDRO, todos sentados y su madre llora desconsoladamente pidiendo perdón por haberse portado de esa forma con él y que tanto ella como su padre lo quieren y siempre van a estar para apoyarlo. Cuando ROSA llega a casa sus padres se dan cuenta de que está muy alcoholizada, se asustan y al día siguiente la llevan a un centro de desintoxicación. Llega la noche y LUISA se dirige a repetir lo de otras noches.

Escena 8

Ante tal situación, la policía recomienda que acudan a terapia y, todos deciden que es lo mejor. ROSA asustada se desahoga y cuenta cómo se siente al psicólogo del centro. La madre de LUISA recibe en un mensaje la foto de ella en el móvil y corre al cuarto de su hija. Se la encuentra llorando y a punto de autolesionarse y la abraza y le pide que no vuelva a hacer eso. También le dice que aquí la es víctima ella y que ella siempre va a estar para apoyarla.

Escena 9

Ahora PEDRO entiende que sus padres sólo necesitaban tiempo para aceptar un cambio de expectativa y, que a veces cuesta ponerse en el lugar del otro. Su padre ya no le hace comentarios despectivos y su madre vuelve a ser la misma de antes. Con ROSA se trabajó la inteligencia emocional y aprendió a gestionar sus emociones. Ahora ya no se siente una carga y sus padres confían en ella y son mucho más flexibles. LUISA y su madre acudieron a denunciar y ahora, durante el proceso, tiene apoyo psicológico y Luisa ha aprendido a desenvolverse ante situaciones complicadas sin dejarse manipular.

Escena 10

Fondo negro y letras blancas:

¿Te ha recordado a alguien antes de ver el final?

Hay muchas personas que no cuentan sus problemas y viven mucho tiempo en una situación similar. A veces es fácil detectar, a veces no.

¿Y si fuese tu madre/padre? ¿O tu amig@? ¿O tu herman@? ¿O tu pareja? ¿O tú?

A veces, en estas situaciones surgen ideas suicidas pero, si lo que se busca es ponerle solución a un problema, la muerte es lo único que no tiene solución.

Cada día mueren 3000 personas en el mundo por suicidio.

Infórmate.

Rompe el silencio y, si te sientes así, puedes llamar. 717003717

TELÉFONO DE LA ESPERANZA

9. Referencias bibliográficas

Aliño S. M., López E. J. R., & Navarro F. R. (2006). Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. *Revista cubana de medicina general integral*, 22(1).

Álvarez Z. C. A. y Tamayo Q. P. A. (2015). Ideaciones suicidas en la adolescencia: lo que debemos saber de las metamorfosis de la pubertad. *Revista Poiésis* (30), 79-86.

Amador R. G. H. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98.

Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (2000-2019). *Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio*. Pakistan: University Karachi. Recuperado de: <https://www.iasp.info/>

Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Ruiz, L. R., Herrera, A. M. T., Alvarado, J. I. U., y Galindo, C. G. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21(39), 50-61.

Barón, B., y Patricia, O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, (6).

Benito, O. J. M., Minaya, M. B., Zúñiga, D. N. C., & Idme, K. S. V. (2018). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, 15(1), 39-50.

Brey, M. L. (1996). La inteligencia emocional. *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (223), 8-10.

Buendía, J., Riquelme, A., y Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en los adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad de Murcia.

Caïs, J., Marí-Klose, M., & Miguel, J. M. D. (1999). Centenario de El Suicidio de Émile Durkheim (1897-1997). *Papers. Revista de Sociología* (57), 39-72.

Cano S. J. A. (2013). *Fenomenología del suicidio* (tesis doctoral). Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Cano-Lozano, M. C., Espinosa-Fernandez, L., Miro, E., y Buela-Casal, G. (2003). Una revisión de las alteraciones del sueño en la depresión. *Rev Neurol*, 36(4), 3666-3375.

Carmona, J. A., Tobón, F., Jaramillo, J. C., & Areiza, Y. (2010). *El suicidio en la pubertad y la adolescencia: Un abordaje desde la psicología social* (p.16-18). Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.

Caro-Cañizares, I., García-Nieto, R., de Neira-Hernando, M. D., Brandt, S. A., Baca-García, E., & Carballo, J. J. (2018). El perfil de disregulación del SDQ y su relación con conductas y pensamientos de suicidio en adolescentes evaluados en contexto clínico. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

Cervantes, W., y Hernández, E. M. (2008). El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. *Duazary*, 5(2), 148-154.

Chávez-Hernández, A. M., & Leenaars, A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360.

Contino, S. (2015). Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario.

Contino, S., Larrobla, C., & Torterolo, M. J. (2017). Conducta suicida en la adolescencia desde la mirada de la psicología. *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*, 135-152.

Cross, E. J., Piggan, R., Douglas, T., & Vonkaenel-Flatt, J. (2012). *Virtual violence II: Progress and challenges in the fight against cyberbullying*. London: Beatbullying.

Daray, F. M., Grendas, L., & Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 73(3), 205-211.

De España, C. G. (1995). Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Madrid: BOE*.

Delgado, A. O. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 25(3), 239-254.

Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria UCOSAM (2018). *Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo suicida*. Asturias: Unidad de coordinación del programa Marco de Salud Mental –SESPA-, pp.13-14.

Dumon, E. y Portzky, G. (2014). EUREGENAS: *Directrices Generales para la Prevención del Suicidio*. Recuperado de: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/euregenas/>

Durkheim, E. (2008). *El suicidio* (6a ed.). Madrid: Ediciones Akal.

Escobar-Echavarria, J., Montoya-González, L. E., Restrepo-Bernal, D., & Mejía-Rodríguez, D. (2017). Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A propósito de un caso. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 247-251.

Figueroa, I. V., Amezcua, R., González, N., Montes, R., y Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 783-796.

Fundación Salud Mental España (2000-2019). *Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio*. Madrid. Recuperado de: <https://www.fsme.es/>

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (2017). *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Recuperado de: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf

Gento R. A. (2016). *Detección y prevención del suicidio en Atención Primaria* (tesis de pregrado). Escuela Universitaria de Enfermería "Dr. Dacio Crespo", Valladolid.

Goldberg, E. (2001). *The executive brain: Frontal lobes and the civilized mind*. Nueva York: Oxford University Press.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad.

Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., y Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.

Hernández C. Q. (2017). Suicidología adolescente. *Revista Rúbricas* (11). 54-62.

Instituto Nacional de Estadística (19 de Diciembre, 2017). *Estadística de defunciones según la causa de muerte. Resultados. Defunciones por suicidio*. [INEbase]. Recuperado de:

<https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5453&capsel=5454>

Larraguibel, Q., González, M., Martínez, N., y Valenzuela, G. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183-191.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/GCPCConductaSuicida2012.pdf>

Moron, P. (1992). *El Suicidio* (4a ed.). Publicaciones Cruz O., SA.

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.

Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2).

Observatorio del Suicidio (2016). *España. Suicidios 2016*. Recuperado de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016/espa%C3%B1a-suicidios-2016/>

Organización Mundial de la Salud (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*.

Oropesa, M. P., & Sánchez, X. C. (2016). Motivaciones sociales y psicológicas para usar Instagram. *Communication Papers*, 5(09), 27-36.

Periódico El Mundo (5 de Septiembre 2017). *El nuevo teléfono móvil para prevenir el suicidio: 717 003 717*. Madrid: El mundo. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/sociedad/2017/09/05/59aee5c022601d290c8b45af.html>

Piedrahita, L. E., Paz, K. M., y Romero, A. M. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2).

Quintanar, F. (2008). *Comportamiento suicida*. México: Editorial Pax México.

Quintanilla M. R., Valadez F. I., González de Mendoza, J. M., Vega M. J. C., Flores R. L. E., y Valencia A. S. (2004). Tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en Salud*, 6(2).

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>

Rill L. D. (2015). *Factores de riesgo de la conducta suicida en España* (tesis de pregrado). Universidad Rovira i Virgili, Vendrell.

Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A., & Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma psicológica*, 23(1), 60-69.

Rojas, A. (2002). Después de romper el silencio. Psicoterapia con sobrevivientes de abuso infantil. Editorial universidad de costa rica. 175.

Ruiz A. L. (2014). *Lesiones por causas externas: el suicidio* (tesis de pregrado). Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”, Cantabria.

San Agustín de Hipona (413). *La Ciudad de Dios*. Imperio Romano.

Sánchez M. S. M. (2019). *El suicidio: una realidad desconocida*.

Sánchez-Teruel, D., García-León, A., y Muela-Martínez, J. A. (2014). Prevención, evaluación y tratamiento de la conducta suicida. *Anales de Psicología*, 30(3), 952-963.

Sociedad Española de Suicidología (2015). *Asociación científica y profesional dedicada al estudio y prevención del suicidio*. Madrid. Recuperado de: <http://www.suicidologia.es/>

Weinberger, D.R., Elvevag, B. y Giedd, J.N. (2005). *The adolescent brain: A work in progress*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

World Health Organization (Mayo, 2018). *No. of deaths - Intentional self-harm, both sexes*. [WHO Mortality Database]. Recuperado de: <https://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/linecharts/linecharta.php>

World Health Organization (Mayo, 2018). *Suicide crude death rates pero 100000 population, by age-group and sex*. [WHO Mortality Database]. Recuperado de: https://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/suicides/sui_bchart.php

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/