



---

# **Universidad de Valladolid**

## **FACULTAD de EDUCACIÓN y TRABAJO SOCIAL**

### **Trabajo de Fin de Grado Grado en Educación Social**

**Actitudes y posición de los jóvenes  
sobre la muerte y el suicidio.**

Presentado por:

María Mozo López

Tutelado por:

Jose Javier Callejo

*Valladolid, junio 2023*

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>Objetivos del Trabajo de Fin de Grado</b> .....	5
<b>2. EL FENÓMENO DEL SUICIDIO</b> .....	6
<b>2.1. El suicidio en la sociedad actual</b> .....	6
<b>2.2 Las administraciones frente al suicidio</b> .....	10
<b>2.3. El suicidio entre los jóvenes</b> .....	13
<b>2.3.1. Causas asociadas al suicidio entre los jóvenes</b> .....	17
<b>2.3.2. Proceso del comportamiento suicida</b> .....	24
<b>2.3.3. Posibles síntomas asociados al riesgo suicida</b> .....	28
<b>2.3.4. El fenómeno entre los jóvenes</b> .....	31
<b>3. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	33
<b>3.1. Objetivos de la Investigación</b> .....	33
<b>3.2. Metodología</b> .....	33
<b>4. RESULTADOS</b> .....	36
<b>4.1. La muerte</b> .....	37
<b>4.2. La muerte en los medios de comunicación y la sociedad en general</b> .....	40
<b>4.3. El suicidio en las personas jóvenes</b> .....	42
<b>4.3.1. Experiencias de los jóvenes en primera persona relacionadas con el suicidio</b> 46	
<b>4.3.2. Lo que los jóvenes consideran que puede ayudar</b> .....	47
<b>5. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS</b> .....	50
<b>6. REFERENCIAS</b> .....	54

## **Resumen**

El presente trabajo plantea la problemática que ha generado el aumento de conductas suicidas en personas jóvenes en los últimos años. Se ha realizado una investigación con adolescentes en situación de exclusión social para conocer su opinión ante la muerte y el suicidio y comprobar su conocimiento al respecto. Entre las distintas conclusiones, lo que ha quedado de manifiesto es que estos jóvenes no son conscientes de los factores que los acercan a esta problemática, aun siendo un colectivo de alto riesgo.

**Palabras clave:** exclusión social, jóvenes, suicidio, muerte.

## **Abstract**

This paper raises the problem that has generated the increase in suicidal behavior in young people in recent years. An investigation has been carried out with adolescents in situations of social exclusion to know their opinion on death and suicide and check their knowledge about it. Among the different conclusions, what has become clear is that young people are not aware of the factors that bring them closer to this problema, even though they are a high-risk group.

**Key words:** social exclusion, young people, suicide, death.

# 1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado pretende acercarse a la problemática del suicidio, ya que actualmente es un tema que ha comenzado a ser de gran relevancia debido al aumento de las cifras que se ha observado con posterioridad a la pandemia de la COVID-19. Este fenómeno ha existido siempre, pero años atrás era un tema difícil de tratar, debido a la herencia del pasado, donde llegó a estar incluso penado por ley, y más recientemente debido específicamente al miedo al efecto contagio que se piensa que puede provocar el tratar dicho tema en los medios de comunicación.

A raíz de la pandemia sufrida en los años 2019 y 2020, se ha ido dando voz a esta problemática, ya que las cifras son cada vez más alarmantes, sobre todo entre la población más joven, llegando a ser la primera causa por muerte no natural en nuestro país en la población de entre 15 a 29 años.

Actualmente, se escucha hablar de suicidio en los medios de comunicación tradicionales, redes sociales, centros educativos, programas electorales..., por lo que se puede afirmar que la salud mental está en el centro de los temas de actualidad. El gobierno ha comenzado a poner en marcha diferentes propuestas dirigidas a medidas para proporcionar una mejor atención en la salud mental de los jóvenes. Al mismo tiempo, en los centros educativos se está prestando una mayor atención a esta problemática y a las situaciones relacionadas con ella, como los problemas de estrés, ansiedad y depresión, además de estar implementando protocolos y medidas para atajar el problema.

Si bien es cierto que el suicidio es una problemática multifactorial, los factores sociales son de gran relevancia para que la ideación suicida comience a aparecer en las personas. Siendo especialmente vulnerables los adolescentes en riesgo de exclusión social, más aún cuando se encuentran en un centro cumpliendo una medida judicial, ya que su contexto ha podido favorecer el desarrollo de factores de riesgo para desarrollar pensamientos afines a la ideación suicida

Con el objeto de implementar medidas educativas de detección y prevención de esta problemática entre este último colectivo, resulta pertinente desde la Educación Social, en primer lugar conocer cuáles son las imágenes, las actitudes y el posicionamiento de estos jóvenes respecto al suicidio y los factores asociados a él.

Por tanto, se considera un tema relevante y que es importante tratar e investigar desde la Educación Social, porque se necesitan estrategias de prevención urgentes para que los casos de suicidio, conductas autolíticas y/o ideación suicida, sobre todo entre las poblaciones de riesgo, disminuyan y son en estos donde la disciplina puede y debe intervenir.

Por todo ello, en este trabajo se va a intentar averiguar cuál es el posicionamiento de los jóvenes ante la muerte y el suicidio. Constará de tres partes, en un primer apartado se analizará la problema del suicidio en la actualidad, el porqué de su importancia, cómo afecta este en la población adolescente, los factores de riesgo asociados y posibles causas y efectos. A continuación se llevará a cabo una investigación con menores que están cumpliendo una medida judicial en un centro de convivencia en grupo educativo, con el objeto de conocer la visión que los jóvenes tienen de esta problemática. A partir de esta información y el contraste con la información de los expertos se elaborarán algunas propuestas de intervención con este colectivo.

### **Objetivos del Trabajo de Fin de Grado**

1. Realizar un acercamiento profesional desde la Educación Social al fenómeno del suicidio entre los jóvenes.
2. Conocer las opinión, actitudes y posicionamientos de los jóvenes sobre la muerte y el suicidio.
3. Analizar la relación entre las situaciones de riesgo de exclusión social y la conducta suicida.

## **2. EL FENÓMENO DEL SUICIDIO**

### **2.1. El suicidio en la sociedad actual**

En la actualidad, el suicidio está caracterizado como un problema social y de salud pública, ya que representa una de las diez principales causas de muerte en el mundo y, en España, ya es la primera causa de muerte entre los y las jóvenes. La Organización Mundial de la Salud -OMS en adelante- (2021) estima que alrededor de 700.000 personas se suicidan al año en todo el mundo. Si se analizan estos datos por razón de género, los intentos de suicidio son mayores en las mujeres, mientras que el suicidio consumado es más alto en hombres. Esto podría ser causa de los métodos empleados por los hombres para el suicidio, los cuales tienden a ser más letales.

Aunque es cierto que el riesgo de suicidio aumenta con la edad, las principales causas de muerte en menores y jóvenes españoles son por causas externas. Entre los 15 y 29 años, el suicidio es la primera causa absoluta de muerte, provocando 316 defunciones al año frente a 299 de accidentes de tráfico o 295 por tumores (FSM., 2021). Debido al aumento de casos en estas edades, OMS, (2021) afirma que los y las adolescentes presentan mayor riesgo que el resto de la población a nivel mundial y que los intentos de suicidio en estos son más frecuentes que el intento consumado, por lo que existirían unos 20 intentos por cada suicidio consumado, lo que significa que en un año pueden llegar a producirse unos 80.000 intentos de suicidio en el país, mientras que entre dos y cuatro millones de personas pueden tener algún tipo de ideación suicida a lo largo de su vida.

Según datos del INE (2022), en el año 2019 de un total de 16.141 muertes debidas a causas externas, 3.671 fueron debidas a suicidios o lesiones autoinfligidas. En el año 2021 en España se han registrado 4.003 muertes por suicidio, lo que hace una media de 11 personas al día, siendo mayor el porcentaje de hombres llegando a un 75% respecto a un 25% de mujeres, convirtiéndose este en el año con más suicidios en el país desde que se tienen datos. Estos datos se han incrementado en los últimos años a raíz de la pandemia mundial que comenzó en 2019.

La pandemia de la enfermedad de la COVID-19 ha ocasionado una crisis que ha supuesto inconvenientes en todos los aspectos de la vida de la población general, pero especialmente a la situación de los y las jóvenes, condicionando así su futuro, cuando aún

no se habían recuperado de la crisis anterior de carácter económico. La pandemia ha sido una etapa desafiante para la salud física, pero también lo ha sido para la salud mental de la población general. En el caso de las personas más jóvenes, dicha crisis ha provocado un empeoramiento de su bienestar emocional, llegando en los peores casos, a manifestarse en un aumento de las ideas de suicidio, pasando de un 5,8% en el año 2019 a un 8,9% en 2021 de jóvenes que han experimentado ideas suicidas con bastante frecuencia. (Sanmartín et al., 2022).

Jiménez (2023) apunta a que el empeoramiento del problema del suicidio durante la pandemia ha podido ser causado por la gestión realizada en relación con las listas de espera, ya que se dejaron desamparadas a muchas personas en situación de riesgo. A lo que Ruiz (2023) añade que se debería de llevar a cabo una revisión de los servicios de salud y de salud mental en cada comunidad, para que realmente sean útiles para lograr una prevención real (Mediavilla, 2023).

La portavoz de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias afirma que “estamos ante un momento complicado y que el estrés postraumático se ha triplicado después del confinamiento, además se han incrementado las conductas típicas en salud mental, refiriéndose a las adicciones e intoxicaciones. Los servicios de urgencias antes podían detectar las alarmas anteriores a un intento autolítico, pero ya no llegan”. Además añade que, los constantes mensajes acerca de la muerte que han soportado los niños y adolescentes, están comenzando a pasar factura. Esto unido al empeoramiento de la situación social general, con el aumento de los problemas económicos, lleva a un empeoramiento de la salud mental de la población. Si el país no gestiona bien esta situación, las consecuencias no van a ser las esperadas. Así, España es el primer país del mundo en el consumo de benzodiazepinas y el cuarto en la ingesta de antidepresivos, lo cual no soluciona el problema, sino que en muchos contribuye a su cronificación (Martínez, 2021).

La problemática del suicidio no tiene que ver únicamente con la salud mental, sino con la sociedad la educación o los medios de comunicación. Es un problema que afecta a todo. La clave, según afirma Anseán (2021), es apostar por la concienciación enfocada a la prevención, como ya se ha visto con otros fenómenos con los que sí ha surgido efecto, como han sido la violencia de género o la peligrosidad vial. Hay que empezar por concienciar a la sociedad acerca de esta problemática para evitar el aumento de suicidios que veremos en unos años si no se comienza a actuar (Martínez, 2021).

Esto se ha visto reflejado en los medios de comunicación, los cuales han comenzado a dar voz a la problemática del suicidio en los últimos años. Los factores que influyen en el suicidio y su prevención son variados y complejos, y no se les conoce con exactitud, pero sí es cierto de que hay indicios que afirman que los medios de comunicación pueden desempeñar una función importante a la hora de fortalecer o debilitar la prevención. Las noticias que tratan sobre suicidios pueden reducir o aumentar el riesgo de este, pero todo dependerá de la manera en la que se utilice dicha información (OMS, 2017). Los medios de comunicación ejercen una gran influencia respecto a las actitudes, creencias y comportamientos de la sociedad. Por tanto, nos podemos encontrar con dos efectos a la hora de tratar el tema del suicidio en la prensa u otros medios de comunicación, el efecto “Werther”, el cual afirma que los medios podrían inducir a la imitación del suicidio, y el efecto “Papageno”, el cual podría tener un efecto preventivo respecto al suicidio (Ramírez et al., 2014).

El efecto imitación obtuvo el nombre de efecto Werther, debido a la novela “Las personas del joven Werther”, ya que el protagonista de la obra se suicida tras sufrir un mal de amores, y poco después de la publicación de este libro, varias personas se suicidaron con el mismo método y vestidos con el mismo atuendo que llevaba el protagonista en el momento de cometer el acto, o incluso mencionaban la novela en sus notas de despedida. Este no fue el único caso que provocó el fenómeno de imitación, en la mayoría de los casos los suicidios que más llaman la atención de la población son los que se apartan de los patrones usuales y la prensa los trata con sensacionalismo, lo que hace que pueda aumentar el comportamiento suicida en las poblaciones vulnerables (Yang, 2013).

Las investigaciones realizadas han concluido que las publicaciones en los medios de comunicación sobre casos de suicidio pueden dar lugar a posteriores comportamientos suicidas y que estos casos de imitación son más probables en unas circunstancias que en otras. Por lo general, cuando se tiende a repetir dicha conducta es cuando la noticia es de gran impacto, esta la realiza una celebridad y tiene una gran consideración entre los lectores. Además. Los jóvenes, las personas con enfermedad mental o los familiares supervivientes a un suicidio son especialmente vulnerables a reproducir comportamientos suicidas por imitación (OMS, 2017).

Por otro lado, Niderkrotenthaler (2012) afirma que la exposición de información acerca de personas que han afrontado una situación de crisis de manera positiva, sin



comportamientos suicidas, se ha relacionado con una disminución en las tasas de suicidio. Por lo que el afrontamiento positivo de circunstancias difíciles en los artículos de prensa puede llegar a tener un efecto protector.

Por todo esto, la OMS (2000) ha creado una guía sobre cómo se deben tratar las noticias sobre el suicidio para que estas puedan llegar a cumplir con el efecto Papageno. Algunas de las recomendaciones son las siguientes: “trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la representación de los hechos; referirse al suicidio como un hecho logrado, no como algo exitoso; resaltar las alternativas al suicidio; proporcionar información sobre líneas de ayuda y otros recursos; publicitar indicadores de riesgo y señales de advertencia; no publicar fotografías o notas suicidas; no informar de detalles específicos sobre el método usado; no usar estereotipos religiosos o culturales”, entre otras (OMS, 2017).

Un estudio realizado por Ramírez et al. (2014) sobre el tratamiento del suicidio en la prensa española afirma que el número de noticias publicadas acerca del suicidio en nuestro país es muy escaso, además en la mayoría de las noticias se presenta el método utilizado y se describe detalladamente. En la mayoría de las noticias se atribuía el suicidio a la crisis económica, afirmando una relación directa, obviando otros posibles factores y responsabilizando al gobierno de dichas muertes. Por lo tanto, el suicidio no se está tratando de la manera adecuada por parte de los medios de comunicación.

Como conclusión, se puede afirmar que sí es cierto que la información tratada de manera inapropiada puede dar lugar a un efecto de imitación, pero si se cumple con las directrices de la OMS esta puede cumplir con el “derecho a saber” de la población, a la par que cumple con una función preventiva.

## 2.2 Las administraciones frente al suicidio

Una de las consecuencias de la pandemia ha sido el comenzar a introducir la cuestión de la salud mental en la agenda política y social. La Constitución de la OMS califica la salud mental “no como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de pleno bienestar biopsicosocial”. En esta influyen tanto factores biológicos, como psicológicos y contextuales y el impacto de estos puede ser muy variable. (BOE, 2023).

La situación de pandemia habría empeorado la salud mental de la población en general y de jóvenes en particular, disparando los casos de suicidio y sobre todo de tentativas. La OMS ha hecho un llamamiento para que los países introduzcan la prevención del suicidio en sus agendas sanitarias, dichas medidas se pueden introducir mediante la formación, información, concienciación y sensibilización de la población general, también estas se pueden implementar dentro de los contextos sociales, sanitarios y/o educativos. Se ha demostrado que el suicidio es un fenómeno prevenible, y una de las formas sería mediante la detección e identificación precoz de los posibles casos de suicidio (Fonseca et al., 2021).

La preocupación por el aumento de los casos de suicidio en la población en general y en los jóvenes en particular ha llevado a que se comiencen a poner en marcha medidas para intentar paliar esta problemática. A nivel mundial, la OMS aprobó en 2013 el Plan de Acción Sobre Salud Mental, extendido hasta el año 2023, donde los Estados miembros de dicha organización se comprometieron a trabajar para reducir las tasas nacionales de mortalidad por suicidio en un 10%. Además, este es un objetivo global de la Agenda 2030. La Unión Europea, también en el año 2013, impulsó la Acción Conjunta para la Salud Mental y el Bienestar, con el fin de establecer un marco común para el desarrollo de políticas de salud mental, que promuevan la prevención de trastornos y una mejora en la atención e inclusión social de las personas que padecen algún problema de salud mental. En España, la Estrategia Nacional de Salud Mental, a partir del año 2021, unifica las actuaciones concretas para el ámbito de la prevención de suicidios desde la prevención, detección precoz y abordaje de la conducta suicida, la formación del personal sanitario y la coordinación intra e interinstitucional. Del mismo modo, el Ministerio de Sanidad está trabajando desde el año 2021 en una actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental, en la cual está incluida la prevención, detección precoz y atención al suicidio (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2022).

Desde el Ministerio de Sanidad, también, se ha promovido la Línea de atención a la conducta suicida (024), esta es una línea telefónica que pretende ayudar a las personas con pensamientos, ideaciones o riesgo de la conducta suicida y a sus familiares, por medio de la escucha activa por parte de profesionales que los animarán a contactar con los servicios sanitarios, o en casos de extrema urgencia, serán ellos quienes deriven directamente al 112. Este servicio es de alcance nacional, gratuito, confidencial y disponible las 24 horas del día, todos los días del año (Ministerio de Sanidad, 2022).

Por otro lado, el Sistema Nacional de Salud cuenta con una Estrategia en Salud Mental desde el año 2006, la cual se ha actualizado en el 2013, pero no posee un objetivo explícito para la prevención del suicidio. Y de momento en España no se tiene previsto desarrollar ninguna estrategia específica para prevenir el suicidio, lo que demuestra que ha habido un desinterés político, social y sanitario tanto por la prevención de esta conducta, como por las muertes producidas por el mismo fenómeno (Anseán, 2014). Aunque a nivel nacional aún no se halla desarrollado una propuesta efectiva para combatir el suicidio, en nuestro país sí que se han puesto en marcha diversas experiencias para combatirlo, una de ellas en Valladolid.

En Valladolid se ha desarrollado un Programa de intervención en personas que han realizado intentos de suicidio, el cual pretendía “incrementar la atención hacia los comportamientos suicidas en el Área de Salud de Valladolid Este y Oeste, mejorar la eficiencia de los servicios de salud mediante la identificación de intervenciones específicas y efectivas para la reducción de los intentos de suicidio, mejorar el conocimiento de los pacientes acerca de los determinantes de suicidio y sus actitudes y comportamientos de autoayuda, y eliminar y prevenir las posibles recaídas” (Informe Anual del SNS, 2007).

En el año 2021, el Gobierno estableció en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, que las Comunidades Autónomas deberían aprobar protocolos para prevenir el suicidio y las conductas autolíticas en los centros educativos. En la Comunidad de Madrid, existen guías para la prevención de la conducta suicida dirigidas a docentes, la Xunta de Galicia presenta un protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo dirigido a todos los agente que intervienen en el sistema educativo y, en Castilla y León, hay varias organizaciones que se han dedicado a crear guías y protocolos para la atención del suicidio, por ejemplo, Comisiones Obreras presenta una Guía de

prevención, detección y derivación en casos de ideación suicida en el ámbito educativo y la Federación Salud Castilla y León (2022) aporta un protocolo de actuación en conductas autolíticas.

Desde la Junta de Castilla y León (2021), en colaboración con el Sacyl se ha lanzado una estrategia de prevención de la conducta suicida en CyL para los años 2021 a 2025, ya que en esta comunidad los casos de suicidio en el año 2019 ascendieron a un total de 218 (de los cuales, 165 hombres y 53 mujeres). Por ello, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, considera necesario impulsar dicha estrategia para mejorar la atención al suicidio y establecer protocolos de actuación en centros de salud, centros educativos y otros agentes sociales. En el ámbito educativo, se considera que el Plan de convivencia de los centros docentes deberá incluir criterios de detección y prevención de la conducta suicida, programas preventivos sobre la promoción de la salud mental y prevención del suicidio, así como programas de entrenamiento en habilidades sociales y políticas anti-bullying.

### **2.3. El suicidio entre los jóvenes**

El periodo de la adolescencia hace referencia a las edades comprendidas entre la pubertad y los 25 años aproximadamente. La adolescencia es un periodo donde se dan una serie de cambios muy significativos para la persona a todos los niveles: corporales, psíquicos, afectivos, familiares y sociales. Existe un cambio respecto a la autopercepción y la percepción que tienen los otros sobre uno mismo. El ámbito social es ambiguo, ya que el adolescente se encuentra en la etapa intermedia entre ser un niño y un adulto (Barón, 2000). La persona adolescente no sólo se define por su desarrollo individual, sino también por el medio que le rodea, las personas con las que se relaciona (padres, amigos y profesores), la clase socioeconómica a la que pertenecen, la cultura y los valores que le rodean (Carvajal Corzo, 1994).

El problema clave de la adolescencia es la constante búsqueda de identidad, el querer saber quién se es y a dónde se dirige. Esto unido a los cambios sociales que se están produciendo, los cuales afectan a la comprensión del mundo, de los valores y creencias. Así mismo, el adolescente también ha perdido la confianza en el entorno familiar, lo que aumenta su malestar y puede llevarle a sufrir determinados problemas psicológicos. Otros de los factores que más malestar crean en la adolescencia es la preocupación por la imagen corporal, el rendimiento académico y el tener que asumir un determinado rol social ligado a ciertos valores y conductas culturales asociadas (Buendía et al., 2004).

El desarrollo cognitivo en los adolescentes está en constante cambio. Las alteraciones intelectuales y de pensamiento tienen consecuencias en los comportamientos y actitudes de los jóvenes, a la vez que estos cambios facilitan que estos sean independientes a la hora de desarrollar sus pensamientos, realicen un progreso de madurez propio y respecto a sus relaciones sociales, y que sean capaces de asumir responsabilidades de adulto en el conjunto de la sociedad (Coleman y Hendry, 2003). Además, como afirma Piaget, “las estructuras formales no son innatas ni socialmente adquiridas, sino que dependen de dos factores: de la interacción con el medio y de los factores endógenos de carácter biológico” (Varengo, 2016).

Casullo (2005) afirma que la adolescencia, desde una perspectiva cognitiva, supone que la persona posee habilidades que lo capacitan para realizar operaciones formales de pensamiento, es decir, el adolescente puede analizar varias posibilidades, no

sólo las realidades, y elaborar sistemas de razonamientos complejos. La muerte, en esta etapa, es una metáfora permanente en las situaciones transicionales, incluso se ve reflejada en el lenguaje cotidiano, ya que es utilizada para referirse a sensaciones afectivas intensas (morirse de ganas) o de soledad y frustración (me muero de aburrimiento).

Mannoni (1986) afirma que el suicidio y el intento de suicidio en adolescentes es directamente proporcional a la crisis que caracteriza a dicha etapa vital, en la que entran en juego las expectativas, el momento de elegir, hay muchas decisiones relacionadas con el futuro... Cuanto más grave se considere la crisis, más motivaciones negativas habrá respecto a la vida y más elementos motivarán la conducta suicida como solución para escapar de la presión social y familiar. (Moya, 2008).

El intento de suicidio en la adolescencia, la mayoría de las veces se entiende como la expresión del deseo de cambio, de poner fin a una situación que le provoca sufrimiento, es decir, sería una respuesta ante el sentimiento de impotencia que se siente al no conseguir cambiar una situación que es imposible de gestionar y/o soportar. Debido a esto se puede afirmar que un intento de suicidio es un grito de ayuda desesperado, porque la persona no puede soportar ya tal nivel de sufrimiento. En el intento de suicidio, los adolescentes, al no conseguir ocasionarse la muerte la primera vez que lo intentan, buscan expresar lo que les ocurre, demostrando angustia, tristeza, necesidades emocionales, frustración, enfado e incluso venganza (Vázquez et al., 1998).

Tubert (1982) realiza una división entre dos tipos de intento de suicidio: el suicidio “maligno”, el cual implicaría un acto impulsivo y peligroso, vinculado a una personalidad disfuncional y a procesos patológicos, además en este caso la búsqueda de la muerte sería una prioridad (sin testigos). Y por otro lado el suicidio “benigno”, el cual sería una respuesta ante una situación de cambio o pérdida, en un contexto de tono depresivo (Moya, 2007). Este tipo de suicidio no sería el resultado de la desconexión de la persona con la realidad, sino de las problemáticas sociofamiliares asociadas a vínculos rotos.

Los suicidios, intentos de suicidio e ideación suicida en la adolescencia se relacionan con la presencia de trastornos psicológicos, embarazos no deseados, bullying, ciberbullying y el desempleo. La desesperanza es uno de los síntomas que aparecen en la etapa previa al suicidio, entendida esta como la falta de objetivos o el pesimismo acerca del futuro, lo cual puede ir ligado a un grado importante de sufrimiento causado por cualquiera de las causas anteriormente mencionadas. A mayores, también se encuentran

otras causas de peso como las dificultades económicas, la violencia intrafamiliar y/o conflictos con las figuras paternas, un bajo nivel educativo, malas amistades, problemas con la propia autoestima o la percepción de soledad, esto, además de correlacionarse con la conducta suicida, también se relacionan con el abuso de alcohol y otras sustancias. Dicha desesperanza viene dada por las diferencias entre las expectativas y las oportunidades reales que se han puesto en el grupo de los adolescentes, dentro de un sistema donde no se les tiene en cuenta. Otro de los factores de alto riesgo es la falta de control de impulsos, los constantes cambios en el estado de ánimo y la irritabilidad frecuente, ya que se ha registrado que parte de los suicidios en adolescente son una respuesta impulsiva producidas por el estrés que les provocan estos acontecimientos sociales como las discusiones entre amigos, el fracaso académico, problemas legales o con sus figuras parentales, o abusos físicos y/o sexuales (Martín del Campo, 2013).

Los trastornos psicológicos como la depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimenticia, problemas de la conducta, la comorbilidad de estos con el abuso de sustancias adictivas o el trastorno bipolar también aumentan el riesgo entre las personas adolescentes, además estos trastornos han aumentado en gran cantidad en los últimos años. En los últimos años también ha aumentado el número de adolescentes pertenecientes a la comunidad LGTB que tienen conductas suicidas, debido a la estigmatización y odio que sufren y el estrés que esto les provoca. El desempleo es otro de los factores que más afectan a la población de jóvenes de entre 16 a 29 años. Las oportunidades para este tipo de jóvenes son escasas y muchos de ellos escogen el camino de la formación, pero al salir al mercado laboral, la problemática sigue sin desaparecer. El estrés que genera encontrarte en una situación precaria por la falta de oportunidades hace que aumente el desarrollo de trastornos, el consumo de sustancias aumenta el riesgo de encontrarse en una situación de exclusión social, genera insatisfacción, promueve la criminalidad y aumenta el riesgo de tener conducta suicidas, ya que el tener un empleo fijo suele ser uno de los factores de protección para evitar el suicidio (Martín del Campo, 2013).

Un estudio realizado por Ballesteros et al (2022) ha analizado la percepción que tienen los jóvenes sobre su salud a raíz de la pandemia del COVID-19 y la salud mental está entre los aspectos más afectados negativamente por esta, el 68% de los jóvenes afirma que la pandemia ha tenido un impacto negativo en su salud mental, junto a la capacidad económica y el acceso al trabajo. El porcentaje total de jóvenes que presentan problemas

psicológicos es actualmente del 24%, mientras que en 2019 era del 6,2%, además antes de la pandemia el 40% de los adolescentes no había experimentado nunca problemas de salud mental. También ha incrementado la incidencia de pensamientos negativos, el cual es uno de los indicadores psicológicos que más ha empeorado, ya que más de la mitad de la población joven (53,3%) declara que estos han amentado por la crisis de la COVID. Uno de cada cuatro jóvenes cree que es una carga y presentan emociones y sentimientos vinculados a estados depresivos y a poseer una baja autoestima, esto está relacionado con la ideación suicida, el creer que sería mejor no existir o directamente pensar en el suicidio (17,7%). Se puede apreciar así, un aumento de la ideación suicida entre los jóvenes españoles, ya que un 25,7% de las personas de entre 18 y 25 años dice haberla sufrido (Aegon, 2021).

Entre los años 2019 y 2021 ha aumentado la frecuencia de jóvenes que experimentan ideas de suicidio, siendo mayor en hombres y también ha aumentado la frecuencia con la que se experimentan estas ideas, siendo un 8,9% de los jóvenes los que afirman que la sufren continuamente o con mucha frecuencia. Se ha comprobado que hay una diferencia significativa importante relacionada con los pensamientos suicidas antes y después del COVID-19 en personas de 15 a 19 años, ya que antes de esta eran el grupo de jóvenes que menos ideas relacionadas con el suicidio experimentaba a ser el grupo de jóvenes que más y con mayor frecuencia las experimenta en el año 2021 (Sanmartín et al., 2022).

Por tanto, se puede concluir que el empeoramiento en la autopercepción de la salud en general como en los problemas relacionados con la salud mental de los jóvenes ha empeorado entre 2019 y 2021, lo que se puede atribuir a la pandemia de la COVID-19 y a las situaciones de incertidumbre que se han generado de estas.



### **2.3.1. Causas asociadas al suicidio entre los jóvenes**

Tanto la psicología como la sociología coinciden que a pesar de que el suicidio sea un acto individual, las causas que llevan a una persona a poner fin a su vida dependen de factores sociales. Durkheim (1985) define al suicidio como un hecho social, como la búsqueda de una solución a un problema. Este analiza las posibles causas conocidas que han llevado a las personas a suicidarse, entre estas destacan los problemas económicos, las problemáticas familiares, las enfermedades mentales, problemas de adicción a las drogas y los sufrimientos físicos, entre otras.

Las personas que llevan a cabo dicho acto no buscan la muerte, sino terminar con el sufrimiento. Por ello, hay que tener en cuenta que el suicidio trasciende lo sanitario, es un problema social, ya que involucra factores educativos, políticos, laborales, y muchos otros relacionados con el contexto que rodea a una persona.

En nuestros días, las problemáticas que afectan de manera personal a la población joven han aumentado, según la FAD (2021) algunas de estas preocupaciones están relacionadas con los bajos salarios, los empleos precarios, el paro, la falta de confianza, la dificultad para emanciparse, una mala calidad de la educación, o la violencia de género, entre otras. Así mismo, el bullying, el consumo de drogas, la violencia, el aislamiento social, el pertenecer al colectivo LGTB, los trastornos alimenticios o el haber sufrido un abuso sexual también son algunas de las variables psicosociales asociadas a la ideación suicida, intento de suicidio y suicidio en los jóvenes. Por ende, se puede concluir que el suicidio es un fenómeno multicausal que está yendo en aumento debido en parte a las problemáticas sociales actuales (Pinzón et al., 2014).

Los jóvenes experimentan un elevado número de riesgos sociales y, debido a la etapa de la vida en la que se encuentran, atraviesan episodios vitales significativos que determinarán su vida presente y futura. En los últimos años, varios estudios han confirmado que existe una gran tasa de pobreza y exclusión entre las primeras etapas del ciclo de vida. Según la OCDE los ingresos de los jóvenes entre 18 y 25 años se han reducido un 1% por año y las tasas de desempleo en jóvenes en España han incrementado un 54% entre 2008 y 2015 (Eurostat, 2016). También es reseñable afirmar que la mayoría de los empleos ocupados por personas jóvenes son de carácter temporal. Todo esto hace que la población joven esté expuesta a situaciones de vulnerabilidad que pueden tener efectos directos en la salud y percepción del bienestar de estos.

Un estudio realizado en 1991 en Estados Unidos señaló los siguientes factores de riesgo asociados a la conducta suicida:

- desequilibrio en los neurotransmisores
- trastornos psicológicos
- falta de habilidades para resolver problemas
- haber sufrido violencia sexual
- problemáticas asociadas con la identidad sexual
- adicción a sustancias adictivas
- conflictos en el entorno familiar
- desempleo y otros problemas laborales
- entre otros.

De todos estos, se procede a desarrollar los factores de riesgo más comunes en los adolescentes que se encuentran en una situación en riesgo de exclusión. Por grupo o personas en riesgo de exclusión entendemos a todos aquellos que por sus características presentan alguna desventaja por edad, nivel educativo, sexo, nivel económico, origen étnico, condición física o mental, personas con problemas de adicción a sustancias, etc. (Castellvi et al., 2019).

#### I. Factores relacionados con problemáticas de salud mental

Diferentes trastornos psicopatológicos coexisten con los comportamientos suicidas, esto no quiere decir que sean la causa, pero sí que pueden aumentar la posibilidad de suicidio.

La depresión es uno de los problemas de salud mental que más se relacionan con el riesgo suicida, aproximadamente un 15% de las personas con depresión realizan intentos suicidas, al igual que dos tercios de las quienes han intentado quitarse la vida sufrían algún tipo de malestar relacionado con la depresión (Maris, 1991). De acuerdo con la OMS, la depresión es la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo, y esta ha sido asociada con diversas problemáticas como el incremento de la mortalidad, las tasas de suicidios y homicidios, el consumo de drogas y los comportamientos violentos. (Pardo et al., 2004). Varios estudios demuestran que la adolescencia y la etapa adulta son las dos etapas donde existe un mayor riesgo para el desarrollo de la enfermedad, por tanto Rice (2000) señala la importancia de examinar los problemas de los adolescentes teniendo

en cuenta los principales contextos donde se desarrollan, los cuales serían principalmente la familia, el grupo de iguales y el contexto formativo.

Desde una perspectiva sistémica, las problemáticas que presenta una persona no son atribuibles a ella misma, sino a las diferentes interrelaciones que establece en los contextos en los que se desarrolla (Minuchin, 1984). Respecto a la depresión, varios investigadores señalan la importancia que tiene el ambiente familiar en el desarrollo de este trastorno, considerando factores de riesgo a los problemas de comunicación entre padres e hijos, un alto nivel de conflictividad, hostilidad y rechazo en el hogar, un escaso o exceso de control por parte de las figuras paternas, o una baja experimentación de afecto y cercanía (Prado et al., 2004). Todos estos factores afectan de manera negativa a nivel emocional y cognitivo en los adolescentes, provocando que tengan más probabilidad de sufrir un trastorno depresivo (Galicia et al., 2009). Así mismo, también se ha observado una relación entre la depresión y la baja autoestima, bajas expectativas en el ámbito académico, problemas de conducta, aislamiento social, delincuencia y la adicción a sustancias adictivas (Pardo et al, 2004).

Por otro lado, la depresión es uno de los factores predictores de la ideación suicida en la población adolescente. Según la OMS (2017), la depresión puede llegar a ser crónica y, por ello, afectar a las principales áreas de la vida de la persona, por lo que puede conducirlo al suicidio. Además se ha establecido una clara relación entre la desesperanza y la ideación suicida, siendo esta común en los trastornos depresivos (Freeman, 1995).

Se entiende como desesperanza a la percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos futuros, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo sobre cómo actuar. Así pues, la desesperanza sería el sentimiento de no encontrar alternativas de solución ante una problemática determinada o de no tener expectativas de futuro. Este sentimiento, se asocia con la depresión en tanto que al crearse unas expectativas negativas de futuro, se convierte en uno de los principales impulsores al suicidio (Cortina, 2009).

Beck (2001) asegura que las preocupaciones suicidas se relacionan con la concepción que tiene la persona de una situación que le resulta insostenible o desesperada. El paciente distorsiona e interpreta sus experiencias de un modo negativo y lejos de la objetividad, anticipándose siempre a lo que pueda llegar a ocurrir. También afirma que las personas con depresión presentan cogniciones inapropiadas que interfieren entre los

acontecimientos externos y las propias emociones, rematando así en un estado generalmente pesimista y negativo. Por lo que el suicidio llega a ser la conclusión que realiza el sujeto en un estado de desesperación.

## II. Consumo de sustancias nocivas para la salud

El consumo de sustancias tóxicas entre los jóvenes ha aumentado en los últimos años, siendo las más frecuentes el alcohol, el tabaco y el cannabis, además de estar aumentando el consumo de cocaína en adolescentes de 14 a 18 años. España tiene una de las tasas más altas de Europa en consumo de cannabis y cocaína en la población adolescente. Esta problemática suele tener relación con el aumento de las conductas violentas, la criminalidad y las dificultades para lograr una integración social adecuada, ya que estudios demuestran que un 43% de los jóvenes infractores se inician en conductas ilegales para obtener o poder costearse dichas sustancias.

El consumo de drogas suele tener comorbilidad con problemas de salud mental como los trastornos de conducta, los trastornos del estado de ánimo, trastornos por estrés postraumático o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La edad a la que comienzan a consumir los jóvenes infractores es significativamente menor a la del resto de la población, siendo los 10 años el momento en el que se inician en el consumo del alcohol y los 13 años el inicio de consumo de marihuana y otros inhalantes. En relación con los pacientes con TDAH se encuentra un mayor consumo de cannabis y cocaína, ya que dicen encontrar cierta tranquilidad y calma en dicha sustancias. Mientras que los que sufren trastornos de ansiedad presentan un mayor consumo de sustancias sedantes. En relación con los acontecimientos vitales relevantes con los que se establece una relación con el consumo se encuentran la pérdida de un progenitor o de ambos, o el consumo del alcohol por parte de los progenitores, problemáticas que provocan una gran carencia afectiva en el menor, lo que supone un fuerte impacto emocional. (Ribas et al., 2015)

Numerosas investigaciones han encontrado una relación entre el consumo de alcohol y el suicidio, siendo esta una de las causas de muerte más comunes entre las personas alcohólicas. Uno de los procedimientos que se utiliza para conocer cuál es la prevalencia del consumo de alcohol en personas que han realizado un suicidio, es mediante la evaluación de los niveles de alcohol en sangre y orina. Aunque por lo general, es difícil delimitar hasta qué punto estuvo involucrado el consumo de bebidas alcohólicas en dicho acto, ya que no es algo que se registre en los certificados de defunción, por lo

que la evaluación del grado de intoxicación en casos de suicidio por un forense es bastante relevante. Además, la mayoría de los alcohólicos se encuentran intoxicados en el momento del suicidio o intento de, mientras que en las personas que no consumen alcohol esto no es así. Los suicidios que tienen que ver con una depresión inducida por el consumo de alcohol, suelen ocurrir después de las dos semanas de consumir en exceso, ya que esto hace que aumenten los síntomas depresivos, el aislamiento social y crea un retardo en el sistema psicomotor. También es cierto que las enfermedades psicóticas general graves trastornos del comportamiento, que generalmente conducen a ser hospitalizados en múltiples ocasiones, y en estos se presenta el síndrome de la dependencia del alcohol, en el que el riesgo de suicidio es mayor (Garza et al., 1986).

### III. Relacionarse en un clima familiar disfuncional

La familia es el grupo biológico natural del ser humano, además de ser un conglomerado social al que pertenecen la mayoría de los miembros en una sociedad, es en esta donde se llevan a cabo las primeras experiencias de socialización, es también el ámbito donde se adquiere la propia identidad y afecta a las formas de desarrollo y bienestar de los niños y adolescentes (Monge et al., 2006). Alvy (1994) afirma que la familia tiene cinco funciones: el proporcionar los recursos básicos para la subsistencia, el cuidado del hogar, la protección de niños y jóvenes, la orientación del desarrollo físico y psicológico de estos y la defensa de los adolescentes frente a la comunidad.

El adolescente, al pertenecer a una familia, es parte de los problemas que surgen dentro del núcleo. El contexto familiar se desarrolla dentro del ámbito social, por lo que es imprescindible que sea capaz de adaptarse a los cambios ambientales que vayan surgiendo y que les puedan afectar en la dinámica. Si la familia no mantiene un equilibrio entre las diferentes dimensiones, se acentuarán los conflictos y sus miembros podrán llegar a desarrollar problemas de salud mental (Arenas, 2009).

La familia tiene como función principal preparar a sus miembros para enfrentar las crisis que pueden producirse tanto desde el exterior como en el interior y que puedan implicar modificaciones estructurales y funcionales. La adolescencia es un periodo complicado para los miembros de una familia en la que exista inestabilidad, debido a que los cambios afectan tanto a los padres como a los hijos, y durante esta etapa se realiza un empeoramiento de la comunicación y una aumento de los enfrentamientos entre padres e

hijos, lo que también conlleva un impacto emocional y afecta negativamente a todos los miembros (Arenas, 2009).

Uno de los factores que más pueden incrementar el riesgo de la conducta suicida es la disfunción familiar. El que exista una falta de calidez en la familia, que no haya una buena comunicación con los padres, o el que no se encuentre en ellos unas figuras de apoyo y de apego seguro, hacen que para los adolescentes les sea más complicado superar los eventos vitales estresantes y/o los trastornos del estado del ánimo que puedan llegar a padecer. Además, diversos estudios han mostrado que existe relación entre los adolescentes que han intentado suicidarse y el haber sufrido una separación parental, al igual que el que alguna de las figuras paternas posea una patología también puede ser un factor de riesgo (Larraguibel et al., 2000). Estudios realizados que analizaron el funcionamiento familiar en los adolescentes con intento suicida han encontrado predominantemente familias disfuncionales con el 45,2% y 32,2%, al igual que en el mismo estudio se encontró que existía una mala afectividad dentro de las familias. Por tanto, se plantean que los factores de riesgo familiares aumentan la vulnerabilidad de los miembros para que lleguen a aparecer conductas autodestructivas, ya que dicho contexto debilita la base afectivo emocional de la persona obstaculizando el desarrollo y la eficiencia de mecanismos autorreguladores, a la vez que afectan a la capacidad regenerativa del sistema familiar para poder reducir estos efectos, aunque no hay que perder de vista que el acto suicida es multicausal y la situación familiar no sería el único variable que intervendría en dicho proceso (Cortés et al., 2010).

Existe un riesgo mayor de intentos de suicidio entre miembros que afirman tener familiares con problemas de alcoholismo. Demás variables familiares que presentan un mayor riesgo para que haya comportamientos suicidas son la percepción de un ambiente familiar negativo y la percepción de rechazo por parte de las figuras paternas. Por tanto se puede afirmar que los conflictos en las relaciones familiares aumentan este tipo de conductas y la posibilidad de que los jóvenes lleguen a pensar o a intentar el suicidio, al no existir factores de protección en el hogar (Monge, 2006).

Los estudios demuestran que el aumento de la cohesión familiar es un factor protector asociado a la conducta suicida y que el hecho de vivir con padres separados no se ha asociado con las conductas suicidas, por lo que el problema se encuentra en la calidad de las relaciones familiares, ya que los disturbios en el ambiente familiar pueden ser factores de riesgo importantes. (Cabra et al., 2010)

La crisis de la COVID-19 también ha aumentado la presión sufrida en los contextos familiares. El tener que realizar un largo periodo de cuarentena obligatorio y la imposición de restricciones de la libertad han tenido un gran impacto psicológico, esto unido a que el confinamiento ha traído consigo grandes tasas de desempleo han podido ser factores predisponentes para un mayor consumo del alcohol y otras sustancias adictivas, la violencia de género y violencia intrafamiliar, los conflictos familiares, el maltrato infantil o el abuso sexual. El confinamiento implicó la convivencia constante con otras personas, lo que implica un cambio en las dinámicas familiares, por lo que las familias que previamente ya estaban expuestas a las dinámicas familiares continuaron con un riesgo latente, a lo que hay que unir los problemas económicos que pudieron surgir. Además, el aislamiento impuesto, aumentó las posibilidades de sufrir maltrato y disminuyó las posibilidades de recibir ayuda o de tener una red de apoyo (Ferrer, 2020).

Se ha demostrado que la violencia sufrida dentro del hogar genera sentimientos de rabia, desconfianza, culpabilidad, tristeza y pensamientos relacionados con la muerte en niños y adolescentes. Las secuelas psicológicas que pueden observarse después de estas experiencias pueden ser el estrés postraumático, los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad e ideación suicida (Guzmán-González, 2016).

Al analizar los diferentes factores de riesgo, se puede llegar a la conclusión de que la mayoría son potencialmente prevenibles y que con una detección temprana y un adecuado tratamiento, se podría llegar a reducir el número de casos de suicidio en personas adolescentes y jóvenes y mejorar la salud general de las personas que se encuentran en riesgo de exclusión (Castellvi et al., 2019).

Al igual que existen factores de riesgo, también se pueden encontrar factores protectores que disminuyen la probabilidad de que una persona llegue a considerar o a cometer un suicidio. Entre estos se encuentran el tener una autoimagen positiva, una buena capacidad de resolución de conflictos, poseer una red de apoyo social, tener buena accesibilidad a una red de salud mental, la existencia de programas de prevención de la conducta suicida, una buena praxis de las noticias de los medios de comunicación, mantener dinámicas familiares positivas, llevar un estilo de vida saludable, entre otros (Dumon & Portzky, 2014). El fomento de estos factores protectores llevará a una reducción de la probabilidad de que una persona llegue a plantearse el suicidio.

### **2.3.2. Proceso del comportamiento suicida**

El comportamiento suicida ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, siendo una de las expresiones más claras del sufrimiento y la desesperación del ser humano. El suicidio se ha tratado siempre para referirse a una conducta voluntaria que tiene como objetivo la propia muerte, pero se ha demostrado que en muchas ocasiones el sujeto no tiene intención de hacerse daño, sino que sería una forma de expresar sentimientos negativos como la desesperación, la ira o la frustración (Buendía et al., 2004).

El comportamiento suicida es un proceso que se presenta de manera gradual, y puede manifestarse de distintas formas entre las que se puede encontrar desde el deseo o la manifestación de morir, la ideación suicida, el intento suicida o el suicidio consumado. Todas estas merecen un tratamiento diferenciado, ya que no tienen un orden cronológico o una secuenciación lineal. Sin embargo, el acto suicida se caracteriza en tres fases: el deseo de morir, la representación suicida y la ideación suicida (González et al., 1998).

El deseo de morir expresaría una frustración vital relacionada con la insatisfacción de la persona con su estilo de vida presente. Frases como “la vida no merece la pena”, “quisiera morir”, “para vivir así lo mejor es estar muerto”, pueden dar cuenta de dicho deseo y, aunque necesariamente no implique que sea una condición que lleve al acto suicida, se les debe prestar atención, ya que puede ser una alerta de un posible desajuste emocional que refuerce la conducta suicida como solución ante una crisis (Andrade, 2012). Kastenbaum (1986) reafirma la validez de la expresión “muero, luego existo” en dicha etapa vital. La construcción de la identidad en la adolescencia incluye posibilidad de pérdidas, fracasos, catástrofes y muertes (Casullo, 2005).

Aunque no exista una estructura específica en el comportamiento suicida, un elemento que parece estable es la representación del propio sujeto respecto a otros o así mismo cometiendo el acto suicida. Cuando estas representaciones se tornan obsesivas, elevan el estrés psicológico hasta un nivel en el que la culpa aumenta y es ahí donde aparecen las conductas autolesivas, y los planes relacionados con el acto suicida son cada vez más elaborados. Las conductas autolíticas tienen una connotación compulsiva y se utilizan como estrategias para disminuir las ideas obsesivas, las cuales se relacionan con experiencias previas de humillación y dolor (Andrade, 2012).



## I. Ideación suicida

Este es un concepto muy amplio, ya que puede referirse a todo tipo de pensamientos, desde los más fugaces sobre que no merece la pena vivir, hasta planes explícitos ideando la propia muerte. Aunque lo común es encontrar definiciones que delimitan el concepto en torno a los pensamientos constantes de suicidarse, la elaboración de planes o el deseo intenso de matarse (Beck et al., 1985). Si bien es cierto que algunos autores defienden que la ideación suicida no debería aplicarse al deseo de muerte, sino únicamente a aquellos casos en los que existe la idea de terminar con la propia vida.

De todos modos, hay que tener en cuenta la ideación suicida como factor de riesgo de suicidio, debido a que la mayoría de las personas que deciden suicidarse lo avisan con anterioridad en forma de ideación suicida (Freeman et al., 1995).

Respecto a la ideación suicida, Pérez (2008) identifica cuatro tipologías:

1. La ideación suicida sin método específico. En esta la persona tiene deseos de suicidarse, pero cuando se le pregunta acerca del método no tiene una idea clara de cómo llevarlo a cabo.
2. La ideación suicida con método inespecífico. Esta sucede cuando la persona expresa sus deseos de morir de cualquier forma, señalando diversas maneras. Lo más relevante de esta fase es que se tiene una representación fija y estructurada del hecho.
3. La idea suicida con método específico no planificado. En esta la persona desea suicidarse de manera urgente y escoge un método concreto, aunque no haya decidido en qué momento lo va a llevar a cabo, por lo que prepara el hecho y toma las precauciones necesarias para no ser descubierta.
4. El plan suicida o la idea suicida planificada. Se da cuando la persona elige un método definitivo y mortal, especifica el lugar y el momento. Este tipo es el más peligroso de todos.

Entonces, lo más relevante a tener en cuenta respecto a la ideación suicida es que sería un factor previo a la tentativa de suicidio y al suicidio consumado, por lo que merece especial atención.

## II. Tentativa de suicidio

La O.M.S (1969) considera que el intento de suicidio sería un acto suicida que no tiene como resultado la muerte, esta definición incluiría las autolesiones, en las que la intencionalidad de morir no está del todo clara.

Hay una gran confusión con los términos, ya que se ha denominado tentativa o intento de suicidio a los suicidios no consumados, pero dentro de estas hay variedad de actos. Buendía afirma que el aspecto clave de dicha controversia se encuentra en la intencionalidad. A parte de que se puedan conocer los motivos que llevaron a la persona a intentar suicidarse y que estos se hayan solucionado, ya que la persona se encuentra viva, es algo mucho más complejo. Además del deseo a morir, en el suicidio intervienen otras intencionalidades como: el chantaje (conseguir de esa manera lo que no se ha obtenido de otro modo), demandar atención, escapar ante una amenaza real o irreal, hacer daño psicológico a otras personas o vengarse de otro al responsabilizarles de su propia muerte, entre otras (Moron, 1980). En particular en el caso de los adolescentes se ha confirmado que el acto se da en un clima de crisis interpersonal en las que aparecen la desesperación y confusión, por lo que puede ser difícil conocer la intención del suicidio incluso para la propia persona (De Wilde et al., 1996).

Por tanto, se ha llegado incluso a afirmar que la tentativa de suicidio es un fenómeno distinto, ya que las personas que han intentado suicidarse con métodos de alta letalidad presentan características compatibles con las de los fallecidos por acto suicida, mientras que se ha observado la existencia de un subgrupo minoritario con menor letalidad y características más lejanas al acto suicida (Díaz et al., 1997). Esto es lo que corroboraría la diferencia sobre la tentativa de suicidio manipulativa y la tentativa de suicidio frustrado (Buendía, 2004).

El adolescente pasa al acto, después de la elaboración mental progresiva de su propia muerte y el grado obsesivo que presente dicha idea. Así, podemos encontrar dos tipos de situaciones: el suicidio frustrado, el cual terminará en acto suicida de no ser evitado y el suicidio intencional, el cual tiene por resultado la muerte de la persona de manera inminente. Es importante realizar esta distinción, ya que los adolescentes en un intento de “llamar la atención” pueden llegar a perder la vida al tratar de huir de conflictos familiares y/o sociales por los que se ven superados. Por tanto, la incapacidad de superar las crisis emergentes conlleva a que el suicidio en adolescentes sea una opción. La presencia de condiciones disfuncionales en su entorno aumenta el riesgo de presentar

emociones que les generan estados de ánimo de pánico, que les pueden llevar a cometer actos impulsivos y violentos (Andrade, 2012).

La tentativa de suicidio manipulativa o instrumental es la más común en adolescentes, por el tipo de motivos e intencionalidad que los llevan a cometer dichos actos. Mientras que los suicidios frustrados son la manera más cercana que tienen los investigadores para cercarse a esta problemática (Villardón, 1993). Al igual que en resto de los grupos de edad no se dispone de cifras sobre datos oficiales acerca de las tentativas de suicidio en adolescentes, pero en general las tasas de intento de suicidio son las más altas entre los jóvenes, hasta llegar a 4 y 10 tentativas de suicidio por cada intento consumado, siendo en España 10 o 20 veces mayor el intento de suicidio que el suicidio consumado. Además, al contrario que en los suicidios consumados, el intento de suicidio es más frecuentes en mujeres que en hombres.

Por tanto, ya que las diferencias entre suicidio consumado y tentativa de suicidio en los adolescentes y jóvenes tienen unas diferencias tan marcadas, algunos autores concluyen que los adolescentes no buscarían ponerles fin a sus vidas, sino que su propósito es más bien “instrumental” para llamar la atención de forma drástica, ya que el sufrimiento se les hace insostenible. (Buendía et al., 2004).

### III. Suicidio consumado

Una de las definiciones más comunes para referirse al suicidio es la de Durkheim (1992), quien lo considera como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo ella que debería producir este resultado”. Pero esta definición puede olvidar unos datos totalmente olvidados en las estadísticas oficiales, esto hace referencia al suicidio consumado indirecto, al que ha sido considerado como suicidio pasivo, que haría referencia a “toda muerte originada por una actitud indiferente e inmóvil ante la vida” (Rojas, 1984). Y según algunos autores este suicidio sería común en la adolescencia y la juventud, además podría dar explicación a multitud de accidentes con resultado fatal que son debidos a actos temerarios, como algunos accidentes de tráfico.

### 2.3.3. Posibles síntomas asociados al riesgo suicida

Las señales de alerta son todas las variables, circunstancias o situaciones favorecedoras de que una persona llegue a realizar una conducta suicida. A mayor número de señales, más probabilidad de que el acto se pueda llegar a realizar, aunque hay que tener en cuenta que la conducta puede aparecer sin manifestaciones previas.

El 90% de los y las adolescentes suelen presentar algún tipo de trastorno psicológico en el momento en el que se lleva a cabo el intento del suicidio o el acto consumado, como trastornos del estado de ánimo, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por estrés postraumático o el trastorno obsesivo-compulsivo. Así mismo, el consumo de sustancias adictivas da lugar a que participen en conductas de alto riesgo (Gobierno de Aragón, 2021).

La principal manera de evitar un suicidio es mediante la detección temprana de las señales que pueden alertar sobre ello. Por ello, se deben conocer los principales síntomas que pueden llegar a mostrar las personas que se plantean efectuar su propia muerte. Dichas señales indican que una persona puede estar teniendo pensamientos sobre la idea de quitarse la vida, o incluso que pueda estar planificando cómo realizarlo. Estas podrían ser también una petición de ayuda, que si se detectan, se puede llegar a prevenir el suicidio. Se puede hacer una clasificación de estas señales diferenciándolas, tanto en verbales como no verbales (Gobierno de Aragón, 2021).

Tabla 1: Señales de alerta verbales de la conducta suicida. Gobierno de Aragón (2021).

<b>SEÑALES DE ALERTA VERBALES</b>
Sentimientos de desesperanza con una visión negativa o nula sobre el futuro. <i>“Nada va a mejorar”, “No tiene solución”.</i>
Sentimientos de desesperación. <i>“Mi vida no tiene sentido”.</i>
Comentarios relacionados con la muerte. <i>“Me gustaría desaparecer”, “Quiero descansar”, “No quiero seguir viviendo”.</i>
Considerar que no se es importante para nadie o que las cosas estarían mejor sin su presencia. Sentimientos de culpa o vergüenza hacia sí mismos. <i>“No valgo para nada”.</i>

Realizar despedidas inusuales.

“Siempre te querré”, “Me has ayudado mucho”.

*Nota: Elaboración propia.*

*Tabla 2: Señales de alerta no verbales de la conducta suicida. Gobierno de Aragón (2021) y Westlund, (2022).*

<b>SEÑALES DE ALERTA NO VERBALES</b>
Aislarse socialmente. Búsqueda de la soledad.
Alteraciones en los patrones de sueño y/o alimentación.
Disminución del rendimiento escolar.
Descuidar la higiene y la apariencia física.
Llevar a cabo comportamientos de riesgo: conducción insegura, aumento del consumo de sustancias adictivas, tener un comportamiento impulsivo ...
Presentar un cambio repentino en su conducta habitual (aumento de la irritabilidad, agresividad o no respetar los límites).
Mantener una actitud pasiva, apatía, tristeza o falta de energía.
Incapacidad para experimentar placer con actividades habituales.
Dificultad de concentración, pérdidas de memoria.
Cerrar asuntos pendientes (entregar pertenencias, cerrar cuentas de redes sociales, tener escondido el método suicida -medicación, cuerda...-).

*Nota: elaboración propia.*

Cuando se identifica alguna o algunas de estas señales de alarma, no deben ignorarse y se debe intervenir con la persona. En primer lugar, se debe mostrar interés y apoyo sobre lo que le puede estar ocurriendo, e ir realizando preguntas de valoración para después proceder a contactar y derivar a la persona a los recursos profesionales que pueda necesitar. A la hora de mostrar interés y apoyo, se debe de hablar con la persona de manera privada y confidencial, expresando preocupación e interés sobre por qué actúa de esa determinada manera. Es bueno preguntar a la persona sobre qué es lo que está sintiendo y si reconoce que tiene algún problema. Si se detecta una amenaza de suicidio, lo más importante es tomárselo en serio y mantener la calma, ofreciendo siempre ayuda. Hay que asegurar que la persona se mantiene protegida y alejada del riesgo hasta que se consiga esa ayuda profesional (Dumon & Portzky, 2014).

El primer paso para comprobar si una persona puede correr riesgo de tener pensamientos suicidas es formulando preguntas. La manera adecuada de hacerlo es actuando con delicadeza, pero a la vez, realizando preguntas directas. Algunos ejemplos serían los siguientes: *¿cómo te está afectando lo que está ocurriendo en tu vida?, ¿a veces sientes ganas de darte por vencido?, ¿qué es lo que te está causando tanto dolor?, ¿alguna vez has intentado hacerte daño?, ¿has pensado cómo o cuándo lo harías?, ¿tienes acceso a métodos con los que puedas hacerte daño?, ¿qué posibles soluciones encuentras a lo que te está ocurriendo?...*

A continuación, se procede a informar sobre algunas de las recomendaciones que Pruthi (2022) y todo el equipo médico de Mayo Clinic, trasladaron en su página web sobre cómo actuar con una persona con tendencias suicidas.

El realizar preguntas a una persona acerca de pensamientos suicidas, no va a motivar a que esta realice conductas autodestructivas, sino que se le está ofreciendo la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos, con el fin de ofrecerle ayuda.

Es importante que mientras se esté manteniendo un tipo de conversación de este estilo, se mantenga una actitud de escucha activa, tomando con seriedad las respuestas de la otra persona y sin interrumpir. Además de escuchar, se debe ofrecer apoyo a la persona y manifestar que estás preocupado por el tipo de pensamientos que está manifestando poseer. También es relevante recalcar que hay recursos a los que puede acceder y que tú estás dispuesto a acompañarle en el proceso, pero que es necesaria la búsqueda de ayuda profesional.

A su vez, se debe alentar a la persona a que se comunique contigo, ya que suelen tender a encerrarse en sí mismos al sentirse avergonzados o culpables de sus pensamientos. Se debe mostrar apoyo y comprensión. Siempre hay que respetar las emociones de la otra persona, aunque no lleguen a ser del todo lógicas. Es imprescindible reconocer sus sentimientos como válidos.

No se debe juzgar a la persona, ni decirle que hay cosas peores ni que tiene muchas razones para vivir, lo correcto es preguntarle qué es lo que le hace sentir tan mal, cómo podría sentirse mejor y cómo se le podría ayudar. A la par, se puede tranquilizar a la persona y decirle que las cosas pueden ir a mejor, que es posible encontrar diferentes maneras para afrontar los problemas e ir sintiéndose mejor poco a poco. No se debe

prometer a la persona que mantendrás sus sentimientos suicidas en secreto, ya que se debe manifestar que se considera que su vida está en peligro y que tienes que buscar ayuda.

Por último, hay que asegurarse de que la persona evite consumir alcohol u otras sustancias, las cuales puedan calmar sus sentimientos aparentemente, pero que realmente los estén empeorando y que los pueda llevar a realizar conductas imprudentes. También se debe asegurarse de que la persona no tenga elementos a su alcance que pueda utilizar para hacerse daño.

Si el riesgo suicida fuera inmediato, hay que tomar otro tipo de precauciones. No se debe dejar sola a la persona, se debe llamar al 112 o a cualquier número local de emergencias (o llevar a la persona hasta el centro de emergencias más cercano, si esto se pudiera hacer de forma segura), hay que averiguar si la persona puede estar bajo los efectos de alguna sustancia o si pudo haber tomado cualquier pastilla en exceso, lo cual pudiera provocarle una sobredosis. Sería conveniente también, avisar a un familiar o amigo cercano de esa persona de lo que sucede.

Por tanto, es importante no restar importancia ni ignorar cualquier situación o comportamiento que pueda denotar que una persona está pensando en suicidarse o que pueda tener pensamientos suicidas, ya que la mayoría de las personas que llegan a realizar el acto consumado, lo habían manifestado previamente. Lo prioritario es mantener la seguridad de la persona.

#### **2.3.4. El fenómeno entre los jóvenes**

Analizando la idea que la literatura está planteando, de que el suicidio es un fenómeno que cada vez afecta en mayor medida a la juventud de nuestro país, llegando a ser la primera causa por muerte externa, sería interesante conocer cuáles son las opiniones de los jóvenes al respecto.

Es importante conocer dicha opinión y analizar qué conocimiento tienen los jóvenes sobre el problema para saber hasta qué punto son conscientes de la gravedad de lo que los datos y los expertos están afirmando.

Conocer su visión es muy relevante a la hora de poder implantar medidas preventivas y de apoyo adecuadas a sus necesidades y demandas, ya que la efectividad de la ayuda será mayor si se conocen las actuales preocupaciones de la juventud.

Para ello, se plantea realizar una investigación donde se escuche la opinión de los jóvenes, donde cuenten cuáles son sus principales preocupaciones y suicidio y la muerte se encuentran entre ellas. Además, se quiere comprobar el conocimiento que tienen sobre el fenómeno del suicidio y si todos los datos que se recapitulen en la investigación coincidan con lo que cuenta la literatura.



### **3. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

La finalidad de dicho trabajo es la de conocer el posicionamiento de los jóvenes ante la muerte y el suicidio. En concreto, se va a realizar una investigación con jóvenes y adolescentes que están cumpliendo una medida judicial de convivencia en grupo educativo en un centro de menores de la provincia de Valladolid. Se considera que es interesante trabajar con esta muestra, ya que son personas que poseen un gran rango de factores de riesgo asociados a la conducta suicida.

#### **3.1. Objetivos de la Investigación**

1. Conocer las opiniones, actitudes y posicionamiento de los jóvenes en riesgo de exclusión social, como son los menores que se encuentran cumpliendo medida en un centro de reforma, sobre la muerte y el suicidio.
2. Comprobar si existe relación entre los factores relacionados con la exclusión social y la conducta suicida.

#### **3.2. Metodología**

Dados los objetivos de la investigación se optó por una metodología cualitativa. Para ello se ha escogido el método del grupo de discusión. Un grupo de discusión es una metodología de investigación que se utiliza para recoger datos de interés mediante la interacción de un grupo. Dicho grupo está formado por un número reducido de personas previamente seleccionadas que discuten sobre un tema concreto. La idea principal es generar un diálogo sobre dicho tema, a la par que se observan los comportamientos y actitudes de los participantes.<sup>1</sup>

Para poder realizar esta investigación se han realizado dos grupos de discusión con menores y jóvenes que están cumpliendo una medida judicial de convivencia en grupo educativo en un centro especializado en intervención familiar. La intervención

---

<sup>1</sup> Ortega, C. (2023). Grupos de discusión: Qué son, cómo crearlos y qué tipos existen. QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/grupos-de-discusion/>

familiar es un aspecto prioritario en el centro, ya que la mayoría de los casos que ingresan en él, son por delitos de violencia familiar.

El Grupo 1 está compuesto por cinco personas que se identifican con el género masculino, de edades comprendidas entre los 14 y 17 años. Uno de ellos es de origen ucraniano y no cuenta con ningún lazo familiar en España, el resto de las menores son de procedencia española y sí mantienen lazos con sus familiares más cercanos. Todos ellos pertenecen a municipios de la comunidad de Castilla y León.

A nivel educativo, uno de ellos se encuentra cursando primero de la E.S.O y tres de ellos están cursando tercero de la E.S.O., aunque sólo uno de ellos se encuentra en el curso que le corresponde por edad. Otro de los participantes, actualmente, cursa un Grado Medio de Formación Profesional. El origen socioeconómico de los participantes no se ha podido determinar.

El Grupo 2 está formado por seis personas, cuatro de ellos se identifican con el género masculino y dos con el femenino, de edades comprendidas entre los 16 y 18 años. En el grupo hay cuatro de ellos con orígenes latinoamericanos, dos nacidos en España y los otros dos en sus países de origen, habiendo vivido allí gran parte de su infancia. Otro de los participantes tiene ascendencia marroquí, no obstante se ha criado en el seno de una familia española como hijo adoptado. Otra de las participante es también de origen español. Los participantes pertenecen a familias trabajadoras.

Respecto al nivel educativo de los participantes, dos de ellos se encuentran cursando tercero de la E.S.O. mediante un programa de diversificación curricular, otro de los participantes está realizando un curso de Formación Profesional Básica y tres de ellos actualmente no realizan ninguna labor formativa, una de ellas por el cumplimiento de medida, aunque retomará el curso que viene 4 de la E.S.O. y otro de ellos, acaba de realizar las pruebas de acceso a Grado Medio para comenzar a estudiar en septiembre.

La participación en todo momento fue voluntaria, explicándoles al comienzo de la actividad el funcionamiento de esta y poniéndoles en conocimiento del tema general a tratar. Se les comentó, también, que si en algún momento se encontraban incómodos, podrían abandonar el grupo si así lo deseaban.

Los grupos de discusión no pudieron ser grabados, debido a que en el Centro no se permite grabar nada por la protección de datos de los menores. Por tanto, se procedió

a tomar nota de las declaraciones de los participantes durante la realización de los grupos, de la manera más literal posible. Para ello, se contó con la colaboración de los educadores del Centro.

La actividad resultó ser muy satisfactoria para todos los participantes. Al finalizar la discusión estuvieron muy agradecidos por el espacio que se les había ofrecido, por la escucha y el interés puesto en ellos y afirmaron sentirse cómodos hablando del tema principal, ya que no suelen tener ocasiones para hablar de ellos y les resultó bastante interesante.

El objeto de la investigación, por tanto, es conocer lo que piensan este tipo de jóvenes sobre la muerte y el suicidio, teniendo en cuenta las específicas características sociales y personales. Se entiende que este tipo de conocimiento puede ser útil en la implementación y diseño de medidas de prevención y atención a la conducta suicida más adecuadas.

A continuación, se procede a mostrar el análisis de los resultados obtenidos en la investigación.

## 4. RESULTADOS

Los grupos de discusión se inician con una pregunta genérica: “¿Cuáles creéis que son las principales preocupaciones entre los jóvenes hoy en día?, ¿Y las vuestras en particular?”.

A los jóvenes les preocupa la pérdida o ruptura de sus vínculos sociales y familiares. Esto puede estar relacionado con las problemáticas que tienen en su núcleo familiar, como la falta de un apego seguro y el tener una relación conflictiva con sus padres. Muchos afirman comenzar a valorar a su familia una vez entran al Centro, por lo que concuerda con que su mayor miedo sea perder a sus seres queridos. Además, desde el Centro se trabaja para que las relaciones familiares sean de calidad, por lo que este es uno de los pilares de trabajo fundamentales con los menores.

*Entrevistadora: ¿Cuáles creéis que son las preocupaciones de los jóvenes en general? ¿Y las vuestras en particular?*

*M1: “Perder a tus seres queridos”.*

*M2: “La amistad, es decir, que tus amigos sean reales”.*

*M3: “Perder a su familia”. “Estar solo, imagínate estar solo en el mundo”.*

*M4: “Sí, la familia”.*

*M5: “A mí también me preocupa la familia”. G2: pág. 1.*

Por otra parte, les preocupa el futuro, tener objetivos o metas para este o “planes” como como dicen ellos (M2 “Los planes, si no tienes planes, no vas a ser feliz”. G2: pág. 1). Se aprecia en estos jóvenes una preocupación que probablemente no tienen otros jóvenes con una vida y un futuro más “normalizado” y lineal (sacarse la E.S.O., después cursar bachillerato y acceder a una carrera universitario o un grado de formación profesional, etc). ya que una vez que ingresan en el Centro, su vida se vuelve más imprevisible de lo que antes era. De hecho, el Centro les ayuda a crear ese plan de vida, ya que cuando estos ingresan no tienen una idea clara de lo que quieren hacer con su futuro.

Aunque, teniendo en cuenta que muchos entran de manera cautelara (sin saber cuántos meses fijos tienen que cumplir de medida), no se les permite tener un plan estable y organizado. Durante el tiempo que se encuentran en el Centro, su vida se para y no hay un proyecto claro de futuro, ya que esto interrumpe el curso de una vida “normal” de un adolescente.

*M3: "Entre las preocupaciones también se encuentra el amor, hacer planes aunque todos es pasajero (se ríe)". G2: pág. 1.*

En cuanto a lo que creen que preocupa a la juventud en general, consideran que lo más relevante para las personas de su edad son las drogas, el amor y el salir de fiesta. Aunque estos temas también tengan relevancia en su vida, pasan a un segundo plano en el momento que ingresan en el Centro.

Se aprecia, por tanto, una diferencia entre el estilo de vida de un adolescente que tiene que cumplir una medida judicial en un centro de menores, con el que puede llevar una persona de su edad que se encuentra en una situación "normal", alejada de la delincuencia. Ya que hay que tener en cuenta que su contexto social y familiar suelen ser conflictivos y complicados, además de tener que lidiar con preocupaciones muy diferentes a las que les corresponderían por edad.

#### **4.1. La muerte**

La muerte, por tanto, no se encuentra entre sus preocupaciones habituales, ni es un tema de conversación al que suelen recurrir en su día a día salvo en ocasiones puntuales (M4: "Es un tema que con mis amigos no suele salir, pero un día tuvimos una conversación muy intensa sobre cómo podríamos morir, de qué manera..." G2: pág. 2), pero sí denotan interés cuando se les pregunta por esta. Sobre todo les genera curiosidad el cómo van a morir. También se aprecia que muchos menores lo tienen naturalizado, lo asumen como una etapa más en el ciclo vital.

*Entrevistadora: ¿La muerte es un tema que os interesa?*

*M2: "Hay que disfrutar del momento, si piensas en la muerte no disfrutas de la vida".*

*M3: "A mí no, porque todos vamos a pasar por eso". "No estoy muy preocupado, hay que disfrutar porque todos nos vamos a morir". (G2: pág. 1)*

*M4: "A mí me preocupa cómo voy a morir".*

*M3: "Yo antes de entrar aquí pensaba en fumar hasta que me diera algo. (se ríe)*

*M4: "¿Quieres morir?"*

*M3: "Sí".*

*M5: "No me preocupa la muerte. Cuanto antes me muera, mucho mejor para todos".*

*M3: "Cada uno disfruta de sí mismo, la sociedad es una mierda". (G1: pág. 2)*

En este momento, se les pregunta si alguna vez han hablado sobre la muerte en sus principales contextos de socialización, familia, colegio y grupo de iguales. Afirman que no les hablan de la muerte, únicamente se menciona de manera ocasional e

indirectamente. (M1: “Sí, en Religión. Nos hablaban del cielo, del infierno y esas cosas” G2: pág. 2).

Por tanto, se puede apreciar que la muerte no es un tema que se trata habitualmente en los colegios, los profesores no sacan el tema con los estudiantes, ni tampoco los padres les explican ni preparan a sus hijos para este acontecimiento. A estas edades, lo único que les crea es curiosidad, pero lo siguen viendo como algo bastante lejano (la propia muerte, porque sí manifiestan preocupación por la muerte de sus familiares y seres queridos).

Las conversaciones con sus iguales donde la muerte es el tema principal suelen ser algo puntual, y las centran en debatir sobre cuáles son las maneras en las que podrían o preferirían morir, manteniendo conversaciones que estos catalogan como “intensas” (M2: “Antes de estar aquí me iba a un descampado con ellos y hablábamos sobre la vida, temas intensos y también sobre la muerte” G1: pág. 3).

Seguidamente, se les pregunta sobre el significado que tiene la muerte para ellos y las sensaciones que les provoca la muerte o el pensar en ella.

*Entrevistadora: ¿Qué significado tiene la muerte para cada uno de vosotros?*

*¿Qué sentimientos o sensaciones os genera pensar en ella?*

*M6: “Es el final de nuestra existencia en la tierra. Venimos aquí con ciertos propósitos, cumples con ellos y te vas a otra vida”.*

*M5: “Le va a llegar a todo el mundo, antes o después”.*

*M3: “A mí no me da miedo, porque donde vaya seré feliz, porque estaré con la gente que quiero.*

*M4: “Yo lo veo como algo natural, si llega es porque tiene que llegar”.*

*M1: “A mí me da igual”*

*M2: “Hay que disfrutar del momento, si piensas en la muerte, no disfrutas de la vida”.*

*M3: “A mí no me preocupa, porque la verdad todos vamos a pasar por eso.*

*No estoy muy preocupado. La vida es muy larga y hay que disfrutar” (G2: pág. 2-3)*

Se aprecia que los menores tratan el tema con desafección y coinciden con la visión de que la muerte representa el final de la vida. Algunos muestran algún tipo de creencia religiosa o con tener una función vital que cumplir. No les preocupa su propia muerte, ya que no son muy conscientes de que este hecho pueda llegarles en cualquier momento. Saben que se van a morir, porque eso es una obviedad, pero no lo sienten como algo cercano o posible en su horizonte vital.

En general, relacionan la muerte con sentimientos negativos, aunque uno de ellos dice sentir una sensación de alivio cuando piensa en esta, ya que la relaciona con escapar del dolor.

*M1: "Es el final de la vida".*

*M3: "Para mí es escapar del dolor":*

*M5: "Para mí significa dejar la sociedad".*

*M7: "Me genera miedo y tristeza".*

*M2: "Miedo".*

*M3: "Alivio".*

*M4: "Preocupación".*

*M5: "Dolor, tristeza". (G1: pág. 3).*

Para concluir con este bloque, se les pregunta si ellos consideran que la vida sería algo distinto si no existiese la muerte. Todos los menores afirman que sí. Plantean la inmortalidad como un tema ecológico principalmente, reflejando el estado de preocupación actual de la opinión pública, por las cuestiones ecológicas. (M5: "No entraría gente en el planeta y se pondrían leyes restrictivas"). (M4: "Sería una guerra constante". G2: pág. 3). (M4: "Se acabarían los recursos". G1: pág. 4). Además, consideran que las personas estarían desmotivadas y no encontrarían sentido a la vida (M2: "Dejaríamos siempre las cosas para mañana y no habría ninguna motivación". G2: pág. 3).

Tras esta pregunta, surgen reflexiones que denotan que piensan que la muerte es lo que da sentido a la vida, y que todo cambiaría si esta no existiera, llegando incluso a afirmar que no existiría la evolución. (M2: "Si no nos hubiésemos muerto, nunca habríamos evolucionado". G1: pág. 4)

Los jóvenes coinciden en la idea de que a las personas les generaría frustración el hecho de ser inmortales, realizando un análisis catastrófico de la hipotética situación.

Así pues, los entrevistados muestran "tener conciencia sobre la muerte, la muerte existe, tiene un por qué y es algo universal, irreversible y es la culminación de todos los procesos corporales" (Jiménez, 2010). Consideran que lo que da sentido a la vida, es la muerte. No obstante, su conciencia de la muerte tiene que ver más con la muerte de otros que con la muerte propia. Se observa que, en general, utilizan la táctica de evitar los pensamientos relacionados con la muerte, ante la angustia que puede llegar a provocar pensar en esta. Suelen hablar de la muerte en abstracto, no como algo personal.

## 4.2. La muerte en los medios de comunicación y la sociedad en general

La opinión general de los jóvenes es que en los medios de comunicación y la sociedad en general la muerte es un tema donde sólo importan las catástrofes y los famosos, no hay cabida para hablar de muerte natural. Coinciden de que no se trata la muerte como tal, sino que se recuerda a esa persona en vida (en el caso de alguien famoso) o es algo meramente informativo (referido a un asesinato, accidente o catástrofe).

Por tanto, echan en falta que en los medios de comunicación exista un espacio donde se trate la muerte como algo natural, y que el tipo de noticias relacionadas no sean únicamente relacionadas con acontecimientos relevantes.

*Entrevistadora: ¿Cómo creéis que los medios de comunicación tratan el tema de la muerte?*

*M1: "Sólo se habla de catástrofes o muertes por asesinato. No se habla de la muerte natural. También es noticia cuando muere un famoso".*

*M4: "Se habla de la muerte, porque tienen que informar de lo que ocurre en el mundo". (G2: pág. 4)*

*M2: "Sólo se habla de las personas famosas, cuentan los recuerdos que nos han dejado y lo lamentan".*

*M4: "Cuentan qué ha pasado, quienes estaban... Hablan de sus familias, por qué han muerto, dónde. Cuando una persona famosa muere siempre sacan a su familia". (G1: pág. 4)*

Se introduce el tema de la religión, para ver qué opinión tienen al respecto. Si las creencias religiosas influyen en la percepción que las personas tienen de la muerte o no tiene por qué.

*Entrevistadora: ¿Y la religión? ¿Creéis que esta influye en la percepción que tienen las personas sobre la muerte?*

*M2: "Influye un montón, yo por ser creyente intento ser mejor persona para poder ir al cielo".*

*M3: "Sí, porque la religión es algo que tienes muy metido en el corazón y en la cabeza".*

*M4: "La religión siempre se relaciona con la muerte. Por ejemplo, en la religión cristiana está el tema de si vas a ir al cielo o al infierno...".*

*M6: "Creo que puede haber algo más allá, pero el dinero es el motor que mueve todo y eso ha hecho que se creen las diferentes religiones. Y la gente se confunde". "Te inculcan la idea de que si eres malo puedes ir al infierno".*

*Entrevistadora: Entonces crees que la religión tiene mucho que ver con educar a través del miedo.*

*M6: "Sí, del miedo e intentan sacar dinero por todo".*

*M3: "La religión dice como tienen que ser tus propósitos en la vida". (G2: pág. 4-5).*



En el Grupo 2 se observa una clara diferencia entre los jóvenes que son creyentes y los que no, ya que los primeros relacionan la religión con tener ciertos propósitos en vida y hacer las cosas bien para poder ir al cielo. Creen que existe ese lugar y que allí van a reunirse con sus familiares ya fallecidos. Mientras que los que mantienen una posición más agnóstica, o que defienden la idea de que existe algo más allá, pero no tal y como nos lo han contado siempre en las distintas religiones, realizan una crítica a la iglesia y sus principales representantes. Estos afirman que las religiones pretenden sacar el dinero a sus fieles y que funcionan a base de inculcar miedo a las personas. Realizan una crítica a las distintas religiones, ya que no creen que se utilicen con unos fines positivos (M1: *“Las religiones son una secta. Yo creo que la finalidad es que quieren que nos portemos bien, pero vamos, es una estafa”*. G2: pág. 5).

El Grupo 1 se limita a afirmar que la religión sí es algo que influye en cómo las personas gestionan el tema de la muerte, contando anécdotas para reafirmar que las personas creyentes le dan mucho valor al tema de la muerte y que esta tiene diferente significado, interpretación y rituales dependiendo de la religión que sea. Una vez más, los jóvenes que difieren de lo religioso muestran su opinión de rechazo dichas creencias.

M5: *“Sí que influye” “Depende de la religión, por ejemplo en la budista se lo toman con felicidad, porque creen en la reencarnación. En la cristiana, se toma con más tristeza”*.

M4: *“La familia se pone feliz, porque se va al cielo con Dios”*:

M3: *“Sí claro, y te partes la columna y te lo arregla Dios”*.

En conclusión, los creyentes consideran que existe un más allá, que la muerte sólo es un paso más. Por lo tanto, están negando la muerte, no creen en ella. La muerte genera angustia, y esta se evidencia de muchas maneras. Varios de los entrevistados se aferran a la idea de que morir significa reunirse con sus seres queridos, por lo que no creen que realmente sea el final. Esta angustia se puede evitar de diferentes maneras, una de ellas es mediante las creencias de la existencia de otra vida, evitando pensar en ella, creyendo en la reencarnación o adoptando una actitud distante ante esta, como se ha visto más arriba. Cabe resaltar el gran número de jóvenes que afirman ser creyentes, ya que la población joven en general, suelen estar distanciados de la religión (M2: *“Si has tenido una buena vida, Dios te acoge en su gloria”*). (M3: *“La religión dice como tienen que ser tus propósitos en la vida”*. G2: pág. 5).

### 4.3. El suicidio en las personas jóvenes

El tema del suicidio en el Grupo 1 surgió de manera espontánea desde el primer momento en el que se mencionó la muerte, porque rápidamente lo relacionaron con experiencias relacionadas con esta. Uno de los menores refiere hablar sobre la muerte con especialistas, ya que ha tenido varios intentos de suicidio. Esta es la primera vez que aparece el suicidio de manera explícita en la conversación.

*M5: "Yo lo hablo simplemente con profesionales, médicos de cabecera, psiquiatras, psicólogos... Para no suicidarme".*

*M4: "¿Suicidarse es matarse a un mismo?". "Muy tonta una persona que se hace daño".*

*M3: "Te estás pasando. Ponte en el lugar de la persona que se hace daño".  
(G1: pág. 3)*

En el Grupo 2, es la entrevistadora quien introduce el tema preguntándoles si en algún momento han tratado el tema del suicidio en algún recurso educativo o de cualquier otro tipo. Los menores, en lugar de contestar a la pregunta que se les realiza, comienzan a trasladar la opinión que tienen ellos al respecto (*M3: "Eso es algo que tú decides) (M1: "Cada uno puede hacer con su vida lo que quiera, es problema de cada uno" G2: pág. 5)*). Se crea un debate en torno a lo que conlleva dicha problemática, debido a que una de las menores dice haber recibido una charla en el instituto sobre el bullying donde les contaron que los adolescentes sufrían tanta presión que les era imposible de controlar y terminaban optando por el suicidio para calmar su dolor. Los menores muestran poca empatía al pensar en el suicidio en tercera persona, viéndolo como una problemática más personal o, y no tanto como un problema social o de salud mental.

Aportaron su opinión, alegando que arrebatándote la vida das la razón a los agresores en el caso del bullying y que no es la solución a ningún tipo de problema (*M3: "Yo lo veo como algo que haces más fuerte a las otras personas, ¿qué ganas con eso?" G2: pág. 6)*). También resaltaron que con el suicidio se llega a hacer mucho daño a las personas que te rodean, familiares y demás seres queridos.

Uno de los menores alienta a que las personas deben pedir ayuda para conseguir ver las cosas de otra manera, a lo que una de sus compañeras le responde que hay personas que son incapaces de pedir ayuda. Otra de ellas, afirma que hay muchos motivos por los que una persona puede llegar a plantearse su propia muerte, no sólo el sufrir acoso escolar. Se introducen en la conversación los problemas de salud mental, como la depresión, la

insatisfacción con la propia vida o el ser incapaz de superar la pérdida de un ser querido como otras posibles causas.

M3 y M4 del Grupo 2 aportan un significado diferente del suicidio. No lo ven únicamente como al acto de matarse a sí mismo de manera literal, sino que realizan una reflexión sobre las personas jóvenes que tiene una mala vida o que se meten en peleas a diario siendo conscientes de que esos ambientes los pueden llevar a que un día les pueda pasar algo grave. Es decir, afirman que el meterse en “líos” y relacionarse con malas compañías, también “es una forma de suicidarse, porque puedes acabar muerto en cualquier momento”.

A continuación, se añade el dato de que, actualmente, el suicidio es la primera causa de muerte en las personas jóvenes y se les pregunta por su opinión al respecto. Las dos chicas presentes en el Grupo 2, rápidamente, relacionan dicho dato, con las influencia de las redes sociales. En cambio en el Grupo 1 en el que no había ninguna mujer, no se mencionó. Estas, sobre todo, comentan que existe un alto nivel de acoso en redes sociales relacionado con el aspecto físico y que una cantidad alta de comentarios negativos pueden llegar a tener mucha influencia en una persona. Aquí relacionan el suicidio como una causa colateral del acoso en redes sociales.

*M5: “Subes una foto y por los comentarios. Hay comentarios de todo tipo. Al principio pueden parecer una broma, pero luego pueden tener mucha influencia”*

*M2: “Porque no nos dejan ser felices. Imagínate que subes una foto y se meten con tu físico”. “Te hacen creer que no vales para nada”. “Si una persona te lo dice pues bueno, pero si te lo dicen 50... yo me mato”. (G2: pág. 7).*

Se observa una clara diferencia sobre la influencia que tienen las redes sociales en los hombres y en las mujeres, ya que estos consideraron que lo que afirmaban sus compañeras era una tontería, síntoma de “inmadurez y de no ser capaces de gestionar las cosas”.

Por tanto, las mujeres jóvenes son más propensas a recibir comentarios sobre su aspecto físico en redes sociales y a que estos lleguen a influir en ellas de manera negativa. Los chicos, por el contrario, no parecen conscientes de la presión que pueden ejercer las redes sobre los y las adolescentes. Dicen no darle importancia a lo que opinen otras personas por redes sociales sobre ellos, llegando incluso a bromear con la situación afirmando que “estarían contentos siendo el centro de atención”. No obstante, en lo que

sí están de acuerdo, tanto ellas como ellos, en que las redes sociales han fomentado el que haya más casos de suicidio.

Otras de las causas que consideran que son un factor de riesgo para los jóvenes en relación al suicidio es el tener problemas económicos, el consumo de sustancias adictivas. Aunque no le dan la misma visión que se aporta en la literatura científica. Varios autores consideran que esta problemática suele tener relación con el aumento de las conductas violentas, la criminalidad y las dificultades para lograr una integración social adecuada, aunque no con el suicidio de manera directa. Lo que sí afirman es que el consumo de drogas puede tener comorbilidad con problemas de salud mental, o que sea un factor de riesgo más para llegar a desarrollarlas, lo que podría inducir a la persona a desarrollar ideaciones suicidas. Por otro lado, los menores tienen un conocimiento escaso y tóxico de las verdaderas causas del suicidio. Llegan incluso a considerar, que una persona con conductas suicidas está actuando de manera absurda.

*M3: "Se suicidan cuando saben que no tienen más dinero para mantener el vicio".*

*M1: "La gente que consume, si no tiene dinero para droga se mata". (G2: pág. 8).*

El centro de menores en el que están cumpliendo medida, está especializado en mediación familiar. La literatura afirma que un clima familiar disfuncional, puede ser causante de que una persona llegue a plantearse el suicidio, por lo que se pregunta por su opinión al respecto.

*M1: "Sí puede ser una causa de muerte el llevarte mal con tus padres".*

*M3: "Imagínate que te llevas muy bien con tu madre, y tu madre te dice cosas muy fuertes, aunque en verdad no te las quiera decir, pero te lo vas a creer. Y vas a pensar: si quien yo más quiero me dice esto, qué hago yo viviendo".*

*M5: "Te crees lo que te dicen tus padres y si te dicen cosas que te duelen...".*

*M6: "Los adolescentes llegan a un punto de odio y rabia con sus padres que hace que puedan entrar en depresión y se lo puedan llegar a plantear".*

*M3: "O que tus padres te lo hayan dado siempre todo y de repente no te lo den, entonces...". (G2: pág. 9).*

La mayoría de estos menores, se han criado en climas familiares complicados, y vienen de familias multiproblemáticas. A pesar de esto, y de que el trabajo del centro se centra, principalmente en que establezcan una relación de calidad en su núcleo familiar, no consiguen realizar un análisis crítico de su propia situación. Parecen no ser conscientes

de que hay varios factores de riesgo asociados a la conducta suicida en sus experiencias vitales. Están muy expuestos y aun así, no llegan a ser conscientes.

En el Grupo 1, el tema del suicidio surgió el momento en que se les preguntó si habían tratado el tema de la muerte a lo largo de su etapa educativa. Uno de los menores dice que presencié el intento de suicidio de una de sus profesoras y otro de ellos cuenta que contempló el suicidio de un compañero de su instituto que sufría bullying. Esto demuestra que están muy cerca de la problemática, pero no son del todo conscientes ni están muy preocupados.

Se les pregunta cómo abordó el colegio estas experiencias, uno de ellos cuenta que la orientadora del centro se acercó a hablar con ellos. Y el otro joven dice que desde el colegio únicamente trataron el tema con la clase a la que pertenecía el alumno que se suicidó, con el resto del colegio no se realizó ningún tipo de intervención. Al menor le parece una actuación insuficiente, ya que un acto como este afecta a toda la comunidad educativa en general. Además, cuenta asombrado que lo único que se hizo fue expulsar del colegio a la persona que acosaba al chaval y le parece algo escaso.

Se aprecia una diferencia en la reacción de ambos menores, ya que uno de ellos no presenta ningún tipo de ideación suicida y el otro sí (*M1: "Yo mal, el chaval era amigo mío"*) (*M5: "Me puse nervioso, pero no me dejó trauma". "Como dije, cuanto antes me muera, mejor". "Si hubiera estado en la situación de la profesora, mejor"* G1: pág. 5). El resto de los menores muestra preocupación por su compañero ante estas afirmaciones. M5 presenta ideas suicidas desde el primer momento, pero sus reacciones son contradictorias. No muestra tristeza, ni presenta una actitud más triste como la de su compañero M3, que también muestra ideas suicidas. Su postura ante la muerte y el suicidio es bastante fría, alejada de cualquier tipo de emoción negativa.

En cuanto surge el tema del suicidio, M3 se mantiene en silencio y con la cabeza agachada. Los educadores le preguntamos varias veces que si está bien, que si quiere abandonar la actividad no pasa nada, esto es una cosa voluntaria y no queremos que ninguno de ellos se sienta mal o forzado a estar en un sitio donde se está manteniendo una conversación que puede hacerles sentirse incómodos. El menor dice que no se quiere ir, que prefiere quedarse.

#### 4.3.1. Experiencias de los jóvenes en primera persona relacionadas con el suicidio

Los jóvenes, por iniciativa propia, se atrevieron a contar las diferentes experiencias que han vivido con el tema de las autolesiones y el intento de suicidio. Ninguno de ellos tuvo problema en contar cuándo, cómo y por qué intentaron ponerle fin a su vida, incluso se notaba que tenían necesidad de compartirlo. La mayoría de los casos están relacionados con tener el pensamiento, pero no llegar a realizar ninguna acción que requiera de atención médica inmediata, a excepción de uno de los casos. Las situaciones contextuales son las que los llevaron a plantárselo.

Se aprecia una diferencia entre géneros, ya que solamente las chicas afirmaron haberse autolesionado en varios momentos de su vida, mientras que ninguno de los chicos mencionó el tema de las autolesiones, lo que confirma que los datos aportados por la OMS (2021) que abalan que los intentos de suicidio son mayores en las mujeres, mientras que el suicidio consumado es más alto en hombres, son ciertos. Aunque una autolesión no siempre tiene por qué implicar una idea suicida, también puede utilizarse como un método para calmar el dolor emocional, sin ninguna intención más allá.

Los motivos que llevaron a los jóvenes con estas características a plantearse o intentar quitarse la vida fueron la mayoría por problemas con sus figuras paternas, discusiones o sentir que estos no los querían. También varios manifiestan que su pareja rompiera su relación con ellos fue el motivo principal para plantearse el suicidio. Otros afirman que la razón fue el acoso recibido por terceras personas, uno de ellos cuenta que las experiencias racistas sufridas en España le llevaron a plantearse clavarse un cuchillo en el cuello.

*Entrevistadora: ¿Vosotros os habéis llegado a plantear el suicidio en alguna ocasión?*

*M3: "Sí, por racismo". "Una vez tenía un cuchillo y me lo puse así en el cuello, cerré los ojos y vi una luz blanca, no me podía mover y oí una voz que me decía -¿qué estás haciendo?, ¿vas a hacer daño así a tu mamá?- y me di cuenta de que no se ganaba nada y daba la razón a la otra persona. También me lo planteé otra vez por problemas familiares".*

*M1: "Sí, porque me dejó mi primera novia. Me tomé varias pastillas, pero no me pasó nada".*

*M2: "Yo también. Sentía que mis padres no me querían y porque me dejó mi novio". "Me puse un cuchillo en la tripa, pero como me dolía, me hice sólo un agujerito y paré". "Cuando pasó lo de mi novio, me drogué y quedé en coma".*

*M5: "Yo también por la relación con mis padres llegué a intentarlo". "Con un cuchillo". (G2: pág. 9).*

*M2: "Yo de pequeño estaba muy mal, me hacían bullying. En una discusión con mis padres les amenacé con tirarme de la ventana o cortarme las venas. Entonces mi padre fue a la cocina, trajo un cuchillo, me lo dio y abrió la ventana. Me dijo que lo hiciera. Yo me arrepentí, y desde entonces no lo he vuelto a pensar".*

*M5: "Yo también pasé por eso, con 13 años. Me acosaban en clase, me llevé pastillas en la mochila y me las tomé en el baño, durante la hora del recreo. Volví a clase y me desmayé durante, me llevaron al hospital y fui directo a ingresar en psiquiatría". (G1: pág. 6).*

Se puede afirmar, que un total de 7 de los 11 participantes han intentado quitarse la vida en algún momento de su biografía. Su experiencia vital no tiene relación proporcional con la reflexión o preocupación que los jóvenes muestran sobre el suicidio. Lo han protagonizado, pero parece un acontecimiento normal en su vida. No le dan relevancia.

En conclusión, es evidente que ambos grupos están cerca de contextos sociales y experiencias personales en las que según la literatura y su propia experiencia vital, hay un riesgo alto de suicidio. Paradójicamente, su visión de esta problemática es muy elemental, llena de tópicos que no coinciden con lo que afirma la literatura.

#### **4.3.2. Lo que los jóvenes consideran que puede ayudar.**

Los jóvenes consideran que lo más importante es tener a alguien que te aporte la confianza suficiente para poder contarle lo que te pasa y que esta persona te escuche de manera activa y te preste atención. Resaltan la empatía como la cualidad más relevante a la hora de tratar con una persona que presenta ideas suicidas. No sólo que tenga empatía la persona que está intentando ayudar, sino también intentando que la persona que presenta ideas suicidas llegue a desarrollar la empatía con sus seres queridos si llega a realizar dicho acto, para que el ser consciente de que puede hacerles daño, le incite a buscar ayuda profesional para no tener que tomar una decisión que no tenga vuelta atrás.

*Entrevistadora: ¿Qué creéis vosotros que se puede hacer para solucionar este problema?*

*M3: "Hablar con alguien sobre lo que te pasa".*

*M4: "Escuchar a quien esté mal, prestarle atención".*

M3: *“Empatizando con esa persona, comprenderle y decirle que no vas a ganar nada, pierdes tu vida por nada”.*

M6: *“Si una persona está justo a punto de suicidarse y tú estás a su lado, yo jugaría con su mente para intentar alejarle de esa idea”. “Le hablaría y le preguntaría que qué le pasa”. “También intentaría que la persona se pusiera en el lugar de sus seres queridos si llega a hacerlo”.*

M2: *“Si yo tengo un amigo que quisiera hacerlo, le preguntaría que cómo reaccionaría él si yo me quiero quitar la vida y que empatizase”. (G2: pág. 10).*

M1: *“Darle mensajes de ánimo”.*

M2: *“La gente que necesita ayuda lo pide sin palabras. A mí no me gustaría que me dijeran “ale, a psiquiatría”, prefiero que alguien se pare a escucharme y hablar conmigo”. (G1: pág. 6-7).*

Consideran que, además de la ayuda profesional, conocer las experiencias de supervivientes puede ser algo muy positivo. Al igual que dar más publicidad a las campañas y programas existentes para combatir este problema. Que el suicidio deje de ser un tema tabú y que se trate en diferentes contextos, trabajándolo mediante un enfoque preventivo.

M5: *“Yo creo que una persona que ha pasado por ello (supervivientes), puede ayudar a otras que estén pensando en hacerlo”.*

M3: *“Crear una campaña con todos los jóvenes que tienen este tipo de ideas, que hablen y se cuenten sus preocupaciones, para así poder apoyarse los unos a los otros”. “Reunir, por ejemplo, a 100 personas que se quieran suicidar y que se entiendan y empaticen”.*

M1: *“Juntaría a toda esa gente a hacer deporte, porque eso les va a ayudar con sus problemas”.*

M4: *“Dar más publicidad a las campañas o los programas que existan para combatir este problema”.*

M5: *“Pues que salgan más noticias”. “Es decir, que el suicidio deje de ser algo tabú”. (G2: pág. 10).*

Menor 5: *“Pidiendo en cuanto antes ayuda a un profesional se puede llegar a prevenir”. “A mí no me valen los consejos de cualquiera”. “Siento que una persona que no sea profesional no me puede ayudar”.*

*Se le pregunta si la ayuda profesional le ha venido bien.*

Menor 5: *“Sí, sí me han ayudado”.*

Menor 4: *“Las personas se sienten mejor cuando hablan con profesionales”. (G1. Pág. 7).*

También realizan una crítica al rumbo que está tomando la sociedad actual al criticar cada aspecto personal de la vida de los demás y consideran que hay que “vivir y dejar vivir”.





## 5. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Al haber realizado el análisis de lo que las opiniones de los jóvenes sobre la muerte y el suicidio, podemos concluir que estos están muy expuestos a conductas y factores de riesgo y en cambio son muy poco conscientes de la propia muerte, de lo que significa morir o de las causas que provocan estas conductas suicidas.

Se puede apreciar que cuando construyen la imagen de una persona suicida, no se aprecia una empatía real y tienden a quedarse en argumentos poco reflexivos que hacen referencia a mitos que rodean a este suceso. Sin embargo, ellos mismos han protagonizado episodios de intentos de suicidio, y parece que no son conscientes de la gravedad, es un episodio más en sus vidas. Hablan de ello como si tuviera poca trascendencia.

Su preocupación ante el problema del suicidio es muy limitada y tienen un bajo conocimiento sobre las causas reales que llevan a una persona a plantearse tal idea. Sí que es cierto que algunas de las causas que ellos mencionan, pueden ser motivos reales, pero no realizan un análisis profundo sobre estas, no van más allá. No ven el suicidio como una problemática social, sino como un acto individual, desligado de circunstancias contextuales desfavorecedoras.

Que la mayoría de estos adolescentes, hayan intentado quitarse la vida en algún momento, quiere decir que se han criado en un contexto complicado donde la exposición a situaciones que los pueden llevar a presentar conductas suicidas es muy grande. En sus relatos, lo que estos cuentan es que las situaciones contextuales son las que los llevaron a planteárselo. Esto coincide con lo que se puede encontrar en la literatura, estos menores se han criado en climas familiares disfuncionales y esto los ha llevado a realizar conductas de riesgo, que les han expuesto a numerosos peligros. Además, la privación de libertad, aunque no total, que tienen al estar en el centro, las carencias socioafectivas que presentan y el estigma que esto puede conllevarles a nivel social, agrava la exposición a problemáticas relacionadas con la autoestima, la desesperanza, el aislamiento social...

Estos menores han tenido y van a tener que lidiar con circunstancias poco comunes para su edad, y en este momento de su vida, no son capaces de realizar un análisis crítico de su propia situación vital.

Una de las causas principales por la que este colectivo puede no ser consciente de los riesgos a los que están expuestos, es la falta de educación sobre la muerte y prevención

del suicidio que existe en nuestra sociedad. Ellos mismos cuentan como en su entorno educativo no les han educado para la muerte y que se les ha mencionado de una manera muy superficial, y desde un enfoque alejado del realmente necesario para comprender el significado de esta. Al igual con el tema del suicidio, apenas dos participantes dicen haber recibido alguna charla o actuación preventiva relacionada con el suicidio o alguna de las posibles causas que pueden llevar a este.

Por todo esto, lo idóneo sería crear recursos para estos menores, donde se trabaje el tema del suicidio bajo un enfoque preventivo, ya que deben ser conscientes del riesgo al que están expuestos, para poder desarrollar herramientas de protección.

Se considera que es un colectivo en el que es necesario crear un espacio en el que puedan hablar y ser escuchados, y donde se les ayude a ser conscientes de su realidad vital. Además, la literatura afirma que el sentirse escuchado, y sentir que otra persona le da validez a sus problemas, reduce el riesgo de desarrollar conductas suicidas, porque hace que se sientan acompañados y que aprovechen la ayuda que se les está brindando, en lugar de tomar una decisión desesperada.

Los centros de menores pueden ser una herramienta muy útil ante dicha problemática, ya que es un espacio en el que se tiene por objetivo trabajar aquellas necesidades y carencias que presentan los menores, para que al terminar medida puedan tener herramientas que les protejan de las circunstancias que los llevaron a actuar de una determinada manera. Por tanto, la formación tanto para educadores, como para los menores, es necesaria para una prevención eficaz de la conducta suicida en menores en riesgo de exclusión.

En mi opinión, tras haber realizado dicha investigación y haber convivido con estos jóvenes durante seis meses, puedo corroborar que es cierto que no son conscientes de las consecuencias reales que tiene sus propias circunstancias vitales. No comprenden que llevar un estilo de vida asociado a la delincuencia, conlleva riesgos de alta gravedad. Relacionándolo con el tema del suicidio, como se ha podido comprobar con los grupos de discusión, es necesaria una educación enfocada en la prevención de estas conductas en la sociedad en general y en los centros de menores en particular, ya que es el lugar idóneo para poder trabajar, de manera individual y grupal, con este colectivo y conseguir que desarrollen habilidades que les protejan de los factores de riesgo que les rodean y pueden llegar ser causantes de la aparición de conductas suicidas.

Además, una buena educación sobre la muerte y el suicidio puede hacer que los propios menores sean conscientes si un compañero necesita ayuda, o si ellos mismos están teniendo pensamientos preocupantes y deberían de acudir a un profesional o mantener una conversación con alguien sobre lo que le preocupa. Todo esto, también, les puede ayudar a mejorar su gestión emocional y a afrontar la muerte como una etapa más del ciclo vital y a llevar el duelo de una manera saludable.



## 6. REFERENCIAS

1. Andrade, P., Veitya, M., González, N., & Oudof, H. (2012). Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Revista Salud Mental*, 35(1), 37-43. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a6.pdf>
2. Anseán, Adoni. (2014). “Suicidios: Las Muertes Invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS”. Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. *Revista de estudios de juventud*, 121. pp. 27-34. [https://issuu.com/injuve/docs/injuve\\_121\\_web](https://issuu.com/injuve/docs/injuve_121_web)
3. BOE – Boletín Oficial del Estado. (2021). Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/05/pdfs/BOE-A-2021-9347.pdf>
4. BOE – Boletín Oficial del Estado. (2023). Ley Orgánica 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2023/BOE-A-2023-9773-consolidado.pdf>
5. Buendía, J., Riquelme, A., & Ruiz, J.A. (2004). *El suicidio en adolescentes*. (1.ªed.). <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=PLVv4WJEUyKc&oi=fnd&pg=PR13&dq=buendia+et+al+2004&ots=Ngujn1A19a&sig=7N5wv0QAi9e4q-RzZDTLTFO3bFY#v=onepage&q=buendia%20et%20al%202004&f=false>
6. Castellvi-Obiols, P. & Piqueras Rodríguez, J. (2019). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de estudios de juventud*. 121, 45-59. [https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el\\_suicidio\\_en\\_la\\_adolescencia\\_un\\_problema\\_de\\_salud\\_publica\\_que\\_se\\_puede\\_y\\_debe\\_prevenir.pdf](https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf)
7. Casullo, María Martina. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de investigaciones*, 12, 173-182. Recuperado en 08 de mayo de 2023, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es&tlng=es).

8. Coleman, J.C., & Hendry, L.B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. (3.ªed.). Ediciones Morata, S.L. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/9d07ab878a8993e15115cc2eedc876f1.pdf>
9. Dumon, E. & Portzky, G. (2014). Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio escolar. <https://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2016/09/Guia-prevencion-suicidio-entornos-escolares.pdf>
10. Fonseca-Pedrero, Eduardo y Díez Gómez del Casal, Adriana. (2021). Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *Revista estudios de juventud*, 120. [https://www.injuve.es/sites/default/files/2018/47/publicaciones/2.\\_conducta\\_suicida\\_y\\_juventud.\\_pautas\\_de\\_prevencion\\_pra\\_familias\\_y\\_centros\\_educativos.pdf](https://www.injuve.es/sites/default/files/2018/47/publicaciones/2._conducta_suicida_y_juventud._pautas_de_prevencion_pra_familias_y_centros_educativos.pdf)
11. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (2022). Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025. ISBN: 978-84-09-39872-0 2140352-Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025.pdf (saludcastillayleon.es)
12. Gobierno de Aragón. (2021). Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo. Guía para centros escolares. Protocolo de actuación inmediata. <https://educa.aragon.es/documents/20126/1903385/Gu%C3%ADa+Prevenci%C3%B3n+Suicidio+FINAL+web.pdf/e47b2d60-4079-404f-0976-e10b2790b58a?t=1632811010706>
13. INE - Instituto Nacional de Estadística. (2022). Defunciones según la causa de muerte. [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf)
14. Larraguibel. M, González. P, Martínez. V, y Valenzuela. R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chile Pedriática* (71)3. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext&tlng=pt)
15. Martín del Campo, A., González, C., & Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista médica del Hospital General de México*, 76(4), 200-209. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-elsuicidio-adolescentes-X0185106313687322>

16. Martínez, G. (2021). La pandemia de los suicidios: peligroso aumento de intentos tras el confinamiento. *El Confidencial*. La pandemia de los suicidios: peligroso aumento de intentos tras el confinamiento (elconfidencial.com)
17. Mediavilla, D. (2023). Los suicidios crecen en España desde 2018 y la pandemia agravó el problema. *EL PAÍS*. Los suicidios crecen en España desde 2018 y la pandemia agravó el problema | Salud y bienestar | EL PAÍS (elpais.com)
18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007. (2009). <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/informeAnualSNS2007.pdf>
19. Ministerio de Sanidad – 024. Línea de atención a la conducta suicida. (s.f.). <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>
20. Moron, P. (1987) *El suicidio*. Publicaciones Cruz O., S.A. El Suicidio. - Pierre Moron - Google Libros
21. Moya Ollé, J. (2008). La conducta suicida en adolescentes, sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. *Revista de Intervención Psicoeducativa*. 1, 29-36. La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la Justicia juvenil - Dialnet (unirioja.es)
22. Navarro-Gómez, Noelia. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>
23. Niederkrotenthaler, T., Fu, K., Yip, P. S. F., Fong, D. Y. T., Stack, S., Cheng, Q., & Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(11), 1037-1042. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200707>
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49121/OPSNMH180021\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49121/OPSNMH180021_spa.pdf)
25. Pinzón, M. A., Moñeton, M. J., & Alarcón, L. L. (2014). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, 8(1). <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/291>



26. *Suicidio: qué hacer si alguien tiene tendencias suicidas.* (2022, 21 julio). Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/suicide/in-depth/suicide/art-20044707>
27. Ramírez, R. I. C., Villar, M. V., & Jambrina, J. J. M. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 123-134. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352015000100009>
28. Sanmartín, A.; Ballesteros, J.C.; Calderón, D. y Kuric, S. (2022). Barómetro juvenil 2021. Salud, bienestar y una mirada sobre la discapacidad. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.6343019
29. University of Utah (2022). Prevención del suicidio: reconocer las señales de alerta. *Healthcare.utah.edu*. <https://healthcare.utah.edu/healthfeed/2022/09/prevencion-del-suicidio-reconocer-las-senales-de-alerta>
30. World Health Organization: WHO. (2021). Suicidio. *www.who.int*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
31. Yang, A. C., Tsai, S., Yang, C., Shia, B. C., Fuh, J. L., Wang, S. J., Peng, C., & Huang, N. E. (2013). Suicide and media reporting: a longitudinal and spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 427-435. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0562-1>

## 7. ANEXOS

### Anexo 1. Preguntas realizadas en los grupos de discusión.

1. ¿Cuáles creéis vosotros que son las principales preocupaciones de la gente joven en estos momentos? ¿Y las vuestras en particular?
2. ¿La muerte es un tema que os interesa?
3. ¿Qué es la muerte para vosotros?
4. ¿Qué sentido la muerte tiene en relación con la vida? Si no existiese la muerte, la vida sería igual. ¿Qué cambiaría?
5. ¿Cómo habla la gente de la muerte, de los medios de comunicación? ¿Creéis que se habla con normalidad o hay reparos, o miedos cuando hablan de la muerte, o por el contrario se habla con un poco de morbo.
6. ¿En el colegio o en el instituto os han hablado alguna vez de la muerte o de algo parecido?
7. ¿Habéis tratado el tema del suicidio en el colegio, o en algún otro recurso?
8. ¿En vuestro centro educativo ha habido alguna tentativa de suicidio? ¿O habéis oído que lo haya habido en otros centros?
9. El suicidio es la principal causa de muerte entre las personas jóvenes,
10. ¿Conocéis algún caso de alguna persona que haya tenido intenciones de suicidarse?
11. El suicidio y los medios de comunicación: Efectos y consecuencias.
12. ¿Se podría hacer algo por evitar o prevenir esas situaciones?
13. Que creéis vosotros que podrían o deberían hacer para evitar los casos de suicidio entre los jóvenes?