



FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Prevención del suicidio en educación secundaria: una revisión sistemática

**TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER PROFESORADO EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA,
BACHILLERATO, FP Y ENSEÑANZA IDIOMAS. ESPECIALIDAD: INTERVENCIÓN
SOCIOCOMUNITARIA**

AUTOR/A: ESTEFANÍA REVILLA GONZÁLEZ

TUTOR/A: ASUR FUENTE BARRERA

Palencia, 28 de junio de 2024



Resumen:

El suicidio es la principal causa absoluta de muerte en jóvenes entre los 15 y los 29 años, arrojando 316 defunciones anuales, frente a las 299 de los accidentes de tráfico o las 295 de los tumores (Observatorio del Suicidio en España, 2021). Más de 700.000 personas se suicidan cada año y, por cada suicidio, se estima que hay más de 20 intentos de suicidio (World Federation for Mental Health, 2019). Y estas cifras no dejan de aumentar año tras año, llegándose a registrar 4.227 muertes por suicidio en nuestro país durante el 2023.

Este fenómeno, de gran relevancia, ha tenido diferentes percepciones y tratamientos a lo largo del tiempo, en consonancia con factores socioculturales, históricos, políticos, económicos... Así, el suicidio se ha abordado desde diferentes paradigmas, dando lugar a múltiples perspectivas, explicaciones o enfoques.

Durante las últimas décadas, se ha observado un incremento de las tasas de suicidio en Europa, cuyos factores asociados analizaremos en este trabajo. Además, las cifras de suicidio, en general, y en la infancia y adolescencia, en particular, están infrarrepresentadas.

En este contexto, la detección de factores de riesgo y la prevención son esenciales para reducir la tasa de suicidio en jóvenes. Y los centros educativos resultan claves en esta tarea, empezando por abordar el estigma de la salud mental (vulnerabilidad psico-socio-emocional) y el tabú del suicidio.

Por todo ello, este trabajo pretende, en último término, analizar la eficacia de los programas existentes en materia de prevención de la conducta suicida planteados desde los centros educativos para encontrar los mejores caminos a seguir que contribuyan a disminuir su impacto en la sociedad.

Palabras clave: *suicidio, salud mental, factores de riesgo, prevención, jóvenes.*

Abstract:

Suicide is the leading cause of death among young people aged between 15 to 29, recording 316 annual deaths, compared to 299 from traffic accidents and 295 from tumours (Suicide Observatory in Spain, 2021). More than 700,000 people commit suicide each year, and for every suicide, it is estimated that there are more than 20 suicide attempts (World Federation for Mental Health, 2019). These numbers continue to rise year by year, with 4,227 suicide deaths recorded in our country during 2023.

This highly significant phenomenon has been perceived and treated differently over time, according to sociocultural, historical, political, and economic factors. Thus, suicide has been approached from different paradigms, leading to multiple perspectives, explanations, or approaches.

In recent decades, an increase in suicide rates has been observed in Europe, and we will analyse the associated factors in this study. Additionally, suicide figures, in general, and specifically among children and adolescents, are underrepresented.

In this context, detecting risk factors and prevention are essential to reduce the suicide rate among young people. Educational institutions are crucial in this task, starting by addressing the stigma of mental health (psycho-socio-emotional vulnerability) and the taboo of suicide.

Therefore, this work ultimately aims to analyse the effectiveness of existing suicide prevention programmes implemented in educational centres to find the best paths to follow that contribute to reducing its impact on society.

Keywords: *suicide, mental health, risk factors, prevention, young people.*

ÍNDICE

0. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

- 2.1. Objetivo general
- 2.2. Objetivos específicos

3. MARCO TEÓRICO

- 3.1. Epidemiología y prevalencia de la conducta suicida en el mundo y en España
- 3.2. Definición y aproximación conceptual del suicidio: ideación suicida, comunicación suicida y conducta suicida.
- 3.3. Recorrido histórico y percepción social de la conducta suicida
- 3.4. Diferentes perspectivas teóricas del suicidio
- 3.5. Factores de riesgo y protección asociados a la conducta suicida
- 3.6. Estrategias preventivas del suicidio
 - 3.6.1. *Organización Mundial de la Salud*
 - 3.6.2. *Unión Europea*
 - 3.6.3. *Sistema Nacional de salud y Autonómicos*

4. METODOLOGÍA

5. RESULTADOS

6. DISCUSIÓN

7. CONCLUSIONES

8. BIBLIOGRAFÍA

9. ANEXOS

0. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El suicidio en jóvenes es un fenómeno que preocupa cada vez más a nuestra sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica al suicidio como una de las principales causas de muerte en este grupo demográfico, lo cual pone de relieve la necesidad real de dar respuesta a este problema de manera efectiva (OMS, 2020).

El suicidio en adolescentes es multifactorial y está influenciado por factores biopsicosociales muy diversos. Entre estos factores se incluye la salud mental, la presión académica, el acoso escolar, los conflictos familiares o la falta de habilidades para afrontar el estrés y las emociones negativas (Gould et al., 2018). Además, el periodo de la adolescencia es una etapa crucial de desarrollo en la que los jóvenes experimentan cambios físicos, emocionales y sociales significativos que pueden aumentar su vulnerabilidad, en términos de salud mental y, en última instancia, derivar en suicidio (Casey et al., 2019).

En el ámbito educativo, los profesionales de la salud mental y los educadores desempeñan un papel crucial en la detección temprana, la intervención y el apoyo a los jóvenes en riesgo de suicidio. La capacitación del personal escolar en la identificación de signos de alerta, la gestión de crisis y la derivación a servicios de salud mental es fundamental para garantizar una respuesta efectiva ante las necesidades de los adolescentes en riesgo (Wyman et al., 2010). Además, la promoción de un entorno escolar inclusivo, seguro y de apoyo puede reducir la incidencia de factores de riesgo como el acoso escolar y el sentimiento de alienación, al tiempo que fomenta la resiliencia y el bienestar emocional de los estudiantes (Huang y Alessandrini, 2019).

Además de las intervenciones dirigidas directamente a los jóvenes en riesgo, es importante implementar programas de prevención del suicidio que aborden los factores de riesgo a nivel comunitario y social. La colaboración entre las escuelas, los servicios de salud mental, las familias y otras instituciones comunitarias es primordial para garantizar una respuesta coordinada e integral a este problema complejo (Aseltine et al., 2007).

Por todo ello, la prevención del suicidio en jóvenes adolescentes desde el ámbito educativo es un desafío complejo que requiere un enfoque integral e interdisciplinar. Al

comprender los factores de riesgo individuales y contextuales, así como los factores protectores, podemos desarrollar estrategias efectivas para promover la salud mental y el bienestar de los adolescentes en las escuelas. Mediante la implementación de programas de prevención basados en la evidencia y la colaboración interdisciplinar, podemos lograr la reducción de las tasas de suicidio y la creación de entornos escolares seguros y de apoyo para todos los jóvenes (World Federation for Mental Health, 2019). En este sentido, el presente trabajo plantea el análisis y comparación de diferentes programas preventivos escolares con el fin de proponer vías de actuación eficaces en base a las evidencias de la literatura científica actual.

1. INTRODUCCIÓN

Como ya se ha mencionado anteriormente, la preocupación por el suicidio entre adolescentes está creciendo y demanda una atención prioritaria. A nivel mundial las tasas de suicidio entre este grupo de edad han ido en aumento en las últimas décadas por lo que, ante esta realidad alarmante, es crucial abordar la prevención del suicidio desde diferentes perspectivas. Dentro de este contexto, el ámbito educativo se sitúa como un entorno idóneo para la prevención del suicidio en adolescentes, dado su potencial para intervenir tempranamente, promover la salud mental y el bienestar de los jóvenes. Por ello, el propósito de este trabajo es explorar cómo el ámbito educativo puede contribuir de manera significativa a la prevención del suicidio en adolescentes. Se pretende analizar en profundidad las diversas dimensiones que influyen en este fenómeno, así como identificar las estrategias y programas preventivos más efectivos que se han implementado previamente.

La prevención del suicidio en adolescentes desde el ámbito educativo implica un enfoque multifacético que abarca aspectos psicológicos, sociales y educativos, lo cual, requiere una comprensión profunda de los factores de riesgo y protección asociados al suicidio en esta etapa crucial del desarrollo, así como la implementación de intervenciones preventivas adecuadas que aborden estas dimensiones de manera integral (Bridge et al., 2014).

Este trabajo está dirigido a profesionales de la educación, la psicología escolar, el trabajo social, y a todas aquellas personas implicadas en la promoción del bienestar y la salud mental de los adolescentes.

Reconociendo la complejidad del problema que abordamos aquí, al final del trabajo realizamos una propuesta que implica la colaboración interdisciplinaria entre diferentes actores: docentes, profesionales de la salud mental, familias y la comunidad en general. Y es que, para lograr un impacto significativo, es crucial involucrar activamente a la comunidad educativa en la prevención del suicidio. Esto implica la sensibilización, la formación del personal educativo, la promoción de la participación del alumnado y la creación de una cultura escolar que fomente la empatía, la inclusión y el apoyo mutuo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- *Analizar la eficacia de diferentes programas educativos de prevención del suicidio en adolescentes para orientar futuras intervenciones.*

2.2. Objetivos específicos

- *Identificar los principales factores de riesgo y protección de la conducta suicida en población adolescente.*
- *Analizar la eficacia de diferentes programas educativos de prevención del suicidio evaluando su efecto en los diversos factores de riesgo y protección.*
- *Elaborar unas directrices generales para futuros programas educativos de prevención del suicidio, teniendo en cuenta los puntos fuertes de los programas analizados.*

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Epidemiología y prevalencia de la conducta suicida en el mundo, en España y en Castilla y León

En su informe mundial sobre prevención del suicidio, la Organización Mundial de la Salud (2019) identifica el suicidio como un problema que debe ser atajado cuanto antes y urge a los países a elaborar estrategias de prevención. En la actualidad, está activo el Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2030 (una actualización del anterior plan 2013-2020) con el objetivo de reducir el número de muertes por suicidio.

Y es que el suicidio es un importante problema de salud pública en todo el mundo, cuya incidencia varía según las regiones, el género, la edad y otros factores sociales. Sin embargo, estas cifras varían entre países; las tasas más altas se han registrado en Europa del Este, particularmente en países como Lituania, Rusia y Bielorrusia, con tasas de hasta más de 30 suicidios por cada 100.000 habitantes (Värnik, 2012). Estos datos muestran la magnitud del problema y la urgente necesidad de solucionarlo.

En España, las tasas de suicidio han mostrado un aumento alarmante en las últimas décadas, especialmente entre los jóvenes y las personas mayores (Instituto Nacional de Estadística, 2023). Datos recientes del INE (2023) señalan un aumento constante en las tasas de suicidio, arrojando un máximo histórico en 2022 de un total de 4.227 muertes, es decir, una media de 11,2 suicidios diarios: una tendencia preocupante (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Principales causas de muerte externas en España

Principales causas de muerte externas. Serie 2018-2022

Datos absolutos y variación porcentual

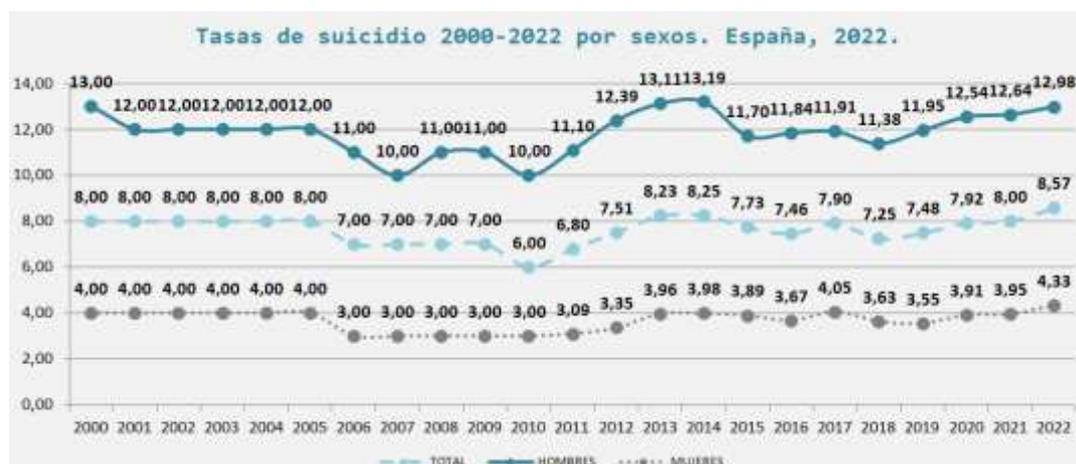
	2018	2019	2020	2021	2022	Variación 2022/2021
Suicidio	3.539	3.671	3.941	4.003	4.227	5,6%
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	3.090	3.248	2.913	3.504	4.108	17,2%
Caidas accidentales	3.143	3.297	3.605	3.655	3.788	3,6%
Accidentes de tráfico	1.896	1.842	1.463	1.599	1.815	13,5%

Fuente: INE (2023).

Según datos del INE (2023) el año 2022 el suicidio se mantuvo como primera causa de muerte externa, con 4.227 fallecimientos, un 5,6% más que el periodo anterior, siendo la principal causa de muerte externa en los hombres (75,2%) frente a mujeres (24,8%). En la Figura 1, los datos revelan que las tasas de suicidio en varones (12,9) son muy superiores que en la población femenina (4,33), lo cual se tendrá que tener en cuenta en el desarrollo de campañas y programas preventivos (INE, 2023).

Figura 1.

Tasas de suicidio 2000-2022 por sexos en España

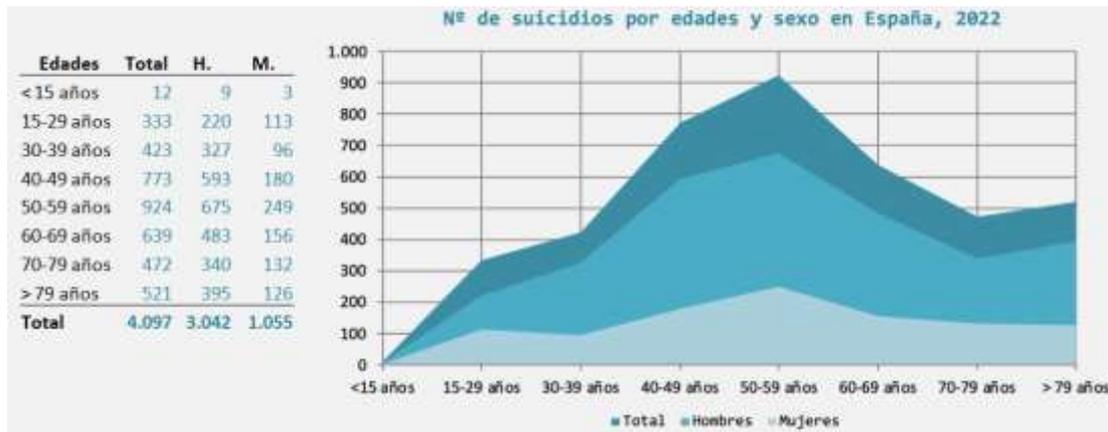


Fuente: INE (2023).

Como se muestra en la Figura 1, en lo que llevamos de siglo, el suicidio ha aumentado un 0,57%. Este aumento es especialmente preocupante entre la población joven, puesto que la muerte auto-infligida es la segunda causa de muerte en este grupo poblacional después de los tumores (INE, 2022). En el año 2022, según los datos registrados en la Figura 2, el suicidio adolescente (entre 15 y 19 años) ascendió a 75, 22 más que el periodo anterior y registrando 44 varones frente a 31 mujeres. De hecho, entre los 15 y los 29 años, el suicidio es la principal causa absoluta de muerte resultando en un total de más de 300 fallecimientos al año, por delante de los 314 de los accidentes de tráfico o los 274 de los tumores. Más alarmantes aún son los intentos de suicidio, ya que se calcula que por cada muerte por suicidio se producen 20 intentos (INE, 2022).

Figura 2.

Número de suicidios por edad y sexo en España (2022)



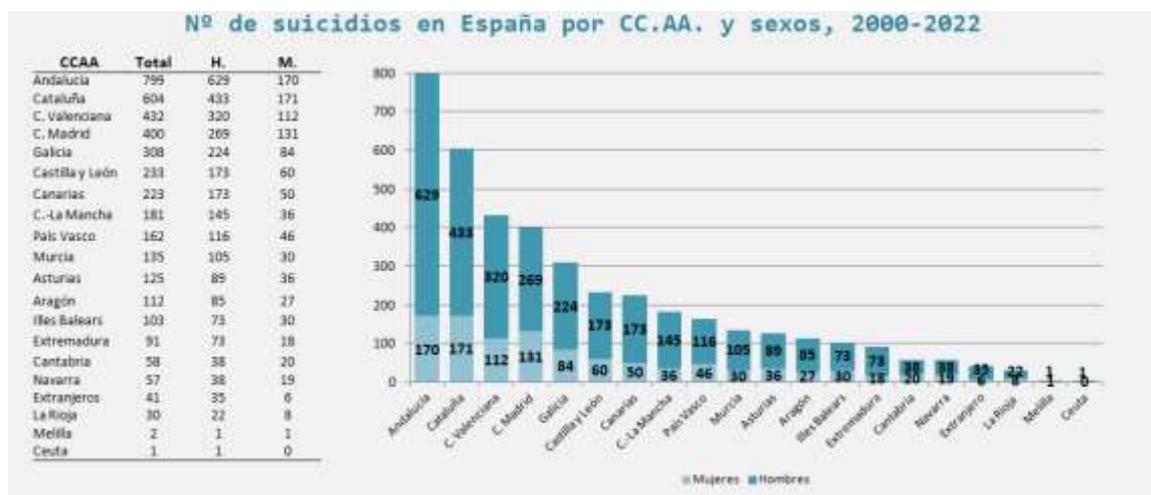
Fuente: INE (2023).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas cifras pueden subestimar la verdadera magnitud del problema, debido al más que probable infra-registro por el estigma asociado al suicidio (Pérez-Rodríguez et al., 2018).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Instituto de Estadística de Castilla y León, en los últimos años se ha observado una tendencia preocupante en la incidencia de suicidios en esta región. De acuerdo a los registros de la Figura 3, en el año 2022 se registraron 233 suicidios en Castilla y León, lo que equivale a 9 suicidios por cada 100.000 habitantes (Instituto de Estadística de Castilla y León, 2022). Estas cifras sitúan a Castilla y León por encima de la media nacional.

Figura 3.

Número de suicidios en España por Comunidades Autónomas y sexos (2000-2022)



Fuente: INE (2023).

En comparación con otras comunidades autónomas de España, Castilla y León se encuentra entre las regiones con tasas de suicidio más altas. Estudios epidemiológicos han demostrado que comunidades autónomas como Madrid y Cataluña tienen tasas de suicidio más bajas en comparación con Castilla y León (Gómez-Robledo et al., 2015). No obstante, es importante tener en cuenta que las diferencias en la notificación y registro de casos pueden influir en estas comparaciones. Además de las diferencias regionales, también se han identificado variaciones en la prevalencia de la conducta suicida dentro de Castilla y León. Por ejemplo, algunas áreas rurales pueden experimentar tasas más altas de suicidio en comparación con áreas urbanas, lo que puede estar relacionado con factores como el acceso a servicios de salud mental y el aislamiento social (Pérez-Rodríguez et al., 2018).

El análisis de la epidemiología del suicidio revela la importancia y complejidad de este fenómeno, así como la necesidad de enfoques integrales que aborden los factores individuales, sociales, económicos, culturales..., que influyen en la conducta suicida. Sólo así seremos capaces de desarrollar estrategias de prevención efectivas capaces de atender a las necesidades de la población.

3.2. Definición y aproximación conceptual: suicidio, ideación suicida, comunicación suicida y conducta suicida

Existen gran variedad de definiciones, terminología y vocabulario clínico en torno al suicidio, lo que refleja su complejidad y multidimensionalidad.

La definición de Durkheim (2015) sobre el suicidio es probablemente la más citada en el contexto que nos interesa. Él describe el suicidio como "toda muerte que resulta, directa o indirectamente, de un acto, ya sea positivo o negativo, realizado por la propia víctima, con pleno conocimiento de que ese acto debe producir ese resultado. La tentativa de suicidio es el mismo acto que acabamos de definir, detenido antes de que produzca la muerte" (Durkheim, 2015, p. 14). Para este autor, un factor explicativo de la tasa de muertes autolíticas es fruto de la anomia, según explica en su libro "La División del Trabajo Social" (1897). La anomia es el mal de la sociedad moderna resultado de la ausencia de

restricciones sobre las acciones individuales. Esto puede ocurrir tanto por la falta de normas que las regulen como por la inexistencia de fuerzas colectivas capaces de mantener dichas normas y garantizar su cumplimiento. En su obra, argumenta que las situaciones problemáticas económicas y matrimoniales son las que más influyen en el número de suicidios (Fernández, 2009). Estas condiciones adversas en el ámbito económico surgen, según Durkheim, citado por Fernández (2009), del rápido cambio en los sistemas productivos, debilitando las normas que antes organizaban al grupo sin que fueran reemplazadas por otras adecuadas para las nuevas condiciones. Esta falta de reglas crea un grave problema, ya que, sin límites claros, los individuos creen que pueden alcanzar cualquier cosa, generando un alto grado de malestar debido a la disparidad entre los logros y las expectativas.

Como hemos comentado anteriormente, el suicidio es un fenómeno complejo que abarca diferentes dimensiones, desde la ideación suicida hasta la conducta suicida consumada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone en 1969 una base común para su denominación y clasificación, diferenciando tres términos:

- *Acto suicida*: acción mediante la cual un individuo se inflige daño a sí mismo, sin importar su intención o el conocimiento de sus motivaciones.
- *Suicidio*: fallecimiento derivado de un acto suicida.
- *Intento de suicidio*: acto suicida que no culminó en el fallecimiento.

Por otro lado, el término ideación suicida se refiere a los pensamientos, planes y deseos relacionados con la muerte propia. Según Joiner (2005), la ideación suicida puede ser pasiva, esto es, pensamientos sobre la propia muerte sin intención de llevarlos a cabo; o activa, planes concretos para quitarse la vida. La comunicación suicida implica expresiones verbales o comportamentales que sugieren la intención de acabar con la propia vida. Esto puede manifestarse a través de palabras, gestos, escritos o conductas indirectas que indican un estado de desesperación y desesperanza (Gould et al., 2003).

La conducta suicida abarca tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados. Es importante distinguir entre ambos, ya que los intentos de suicidio pueden

ser un indicador de la gravedad del malestar psicológico y la necesidad de intervención (Oquendo y Mann, 2000).

Ante este escenario, ninguna disciplina por sí sola es suficiente para explicar el suicidio. El suicidio se puede entender desde un prisma sociocultural, interpersonal, psicológico, filosófico, existencial... Ciertamente, es posible escribir sobre fenómenos suicidas desde un punto de vista sociológico, como lo ha hecho Durkheim (1897), o desde un enfoque psicodinámico, como lo hizo Menninger (1938) -ambos con gran éxito-, pero el suicidio es un evento multidimensional y requiere, para su comprensión, un enfoque multidisciplinario (Shneidman y Shneidman, 1999). Pero estas concepciones son simplemente elaboraciones de un punto de vista y no se puede pensar que cuenten la historia completa. El punto principal es que el suicidio es un evento multidimensional y requiere, para su comprensión, un enfoque multidisciplinario (Shneidman y Shneidman, 1999).

En la tabla que se muestra a continuación, se pueden distinguir diferentes enfoques contemporáneos que emergen desde diferentes campos de conocimiento y que nos dan una perspectiva más amplia sobre el fenómeno suicida.

Tabla 2.

Aproximaciones contemporáneas del concepto de suicidio

Campo	Autores de referencia	Aproximaciones al estudio del suicidio
Historia de vida	Allport (1937) Murray (1967) Runyon (1982)	Entendido como un episodio de una larga historia de vida. Los precursores de muerte suicida se pueden ver en patrones previos de respuesta a situaciones de vida comparables.
Documentos personales	Allport (1942) Shneidman and Farberow (1957) Leernaars (1988)	Se puede estudiar a través de documentos personales como cartas, diarios, autobiografías y especialmente, notas de suicidio.
Demografía; epidemiología	Graunt (1662) Süssmilch (1741) Dublin (1936) Hollinger and Offer (1986)	En términos de datos censales como pueden ser estadísticas de sexo, edad, raza, afiliación religiosa, estado civil, nivel socioeconómico, etc.
Teoría de sistemas	Blaker (1972) Miller (1978) Tyler (1984)	Entendido como acto dentro de un sistema vivo, es decir, tanto el individuo en sí mismo como el individuo dentro de la sociedad son considerados sistemas vivos.
Filosófico; teológico	Pepper (1942) Fowles (1964) Choron (1972) Battin (1982)	En clave de respuesta a preguntas como: cuál es el propósito de la vida, si hay vida después de la muerte, etc.
Sociocultural	Hedin (1964) Lifton, Kato y Reich (1979)	Atendiendo a datos socioculturales.
Sociológico	Iga (1986) Durkheim (1897, 1951)	En términos de relación del individuo con su sociedad: alejamiento de ella y de los vínculos con la misma.
Diádica y familiar	Pfeffer (1986) Richman (1986)	Entendido como el estrés en la interacción entre dos personas o de un nexo familiar.
Psiquiátrico	Kraepelin (1883, 1915)	Desde la perspectiva de enfermedades mentales.
Psicodinámico freudiano	Freud (1910, 1967) Zilboorg (1937) Menninger (1938)	Según conflictos inconscientes, especialmente la hostilidad inconsciente hacia el padre, el suicidio es visto como un asesinato inconsciente.
Psicológico	Murray (1938) Shneidman (1985)	En términos de dolor psicológico, producido por la frustración de necesidades psicológicas.
Constitucional	Roy (1986) Kety (1986)	Como expresión de algo innato atribuido a factores constitucionales o genéticos.
Biológico bioquímico	Bunney y Fawcett (1965) Asberg, Nordstrom y Traskman-bendz (1986)	Como resultado de desequilibrios bioquímicos en los fluidos corporales (sangre) o en los órganos (cerebro).

Elaboración propia a partir de (Shneidman, 1993).

3.3. Breve recorrido histórico y percepción social de la conducta suicida

El suicidio ha sido objeto de estudio y reflexión a lo largo de la historia de la humanidad. Desde la antigüedad hasta la actualidad, ha sido objeto de diferentes interpretaciones. Así, la concepción de este fenómeno ha variado en función de los preceptos religiosos, filosóficos e intelectuales de cada cultura, dando lugar a interpretaciones diversas: desde un acto de deshonra hasta una manifestación de enfermedad mental. Por ello, encontramos variaciones significativas en su percepción y abordaje (Jiménez Treviño et al., 2004).

En la mitología griega aparecía como solución a los problemas amorosos o como escape a la culpa, percibido socialmente como un acto de libertad y un medio para mantener la dignidad o posición. En la Biblia y durante el Imperio Romano el suicidio era entendido como un acto heroico y una forma de preservar el honor, respectivamente. En contraste, durante la Grecia Antigua es condenado como humillante. Lo mismo ocurre en la Edad Media y el Renacimiento, considerándose pecado moral por los religiosos, comenzando así la penalización social del suicidio que todavía hoy nos acompaña. Y es que, en este contexto, el suicidio se consideraba una acción inmoral y penada y estaba vinculado a la exclusión de la familia y a la culpabilización de la víctima (Amador Rivera, 2015).

Con la llegada del Romanticismo, el suicidio se desvincula del pecado, generando nuevas interpretaciones que se manifiestan a través del arte y que dan lugar a una relativa aceptación social. En épocas posteriores como la Modernidad y la Postmodernidad, la conducta suicida es ampliamente estudiada, siendo un tema controvertido y abierto a múltiples interpretaciones que llegan hasta la consideración del suicidio como una expresión de libertad o una forma de evasión de la realidad individual opresiva (Montoya, 2012).

En la actualidad, nuestra sociedad occidental sigue nutriéndose del legado religioso, con lo que el suicidio no deja de ser un tema tabú rodeado de mitos, estigmas e

ideas preconcebidas muy enraizadas culturalmente que restringen la capacidad de respuesta tanto social como institucional (Picazo, 2017).

Estas ideas preconcebidas, que tienden a estigmatizar y a culpabilizar al individuo, son incorporadas a nuestro imaginario a través de la cultura, de manera consciente o inconsciente, y terminan afectando de manera significativa a la forma en la que los individuos afrontan los pensamientos suicidas (Kral, 1998). De hecho, los estigmas asociados a problemas de salud mental generan rechazo y miedo, lo que se traduce en una tendencia a mantener distancia social con aquellos que los sufren y, por ende, con las personas que han cometido intentos autolíticos o suicidio (Moloney, 2018).

En definitiva, debemos prestar atención la concepción social del suicidio ya que resulta trascendental para su prevención, entre otras cosas, incidiendo en la motivación de las personas a la hora de buscar ayuda.

3.4. Diferentes perspectivas teóricas del suicidio

Existen múltiples teorías que intentan explicar el suicidio desde diversas perspectivas. En este epígrafe desarrollaremos brevemente algunas de las más importantes.

- Teoría del Estrés Social

Esta teoría de corte sociológico, desarrollada por Durkheim (1897) -citado por Aranguren (2009)-, postula que el suicidio es el resultado de la incapacidad del individuo para hacer frente a las presiones y tensiones del entorno social, destacando la importancia de los factores ambientales y sociales en la génesis del suicidio. Desde esta aproximación, factores como el aislamiento, la falta de apoyo social y la discriminación pueden aumentar el riesgo de suicidio.

- Teoría Psicoanalítica

Desde la perspectiva psicoanalítica o psicodinámica, el suicidio puede ser entendido como un acto de agresión dirigido hacia uno mismo, motivado por conflictos internos no resueltos y sentimientos de culpa (Freud, 1917).

- Teoría del Aprendizaje Social

Según esta teoría, propuesta por Bandura (1977), el comportamiento suicida puede ser aprendido a través de la observación y la imitación de modelos suicidas en el entorno social.

- Modelo de Deseo de Muerte de Shneidman

Según Shneidman (1993), este modelo se centra en la idea de que el deseo de morir es una parte fundamental de la experiencia suicida. Shneidman argumenta que este deseo surge de una profunda angustia psicológica y desesperanza, lo que él denomina "psychache". Según este autor, el suicidio no es tanto un acto de querer morir como un acto de querer poner fin al dolor emocional insoportable. Shneidman destaca la importancia de comprender y abordar esta angustia psicológica para prevenir el suicidio y ayudar a quienes luchan con pensamientos suicidas.

- Modelo Interpersonal de la Suicidología

El Modelo Interpersonal de la Suicidología de Thomas Joiner (2005) postula que la interacción de tres factores fundamentales contribuye a la aparición del suicidio: la percepción de ser una carga para los demás, la sensación de alienación social y la capacidad adquirida para llevar a cabo el acto suicida. Joiner sostiene que la combinación de estos elementos puede desencadenar pensamientos y comportamientos suicidas en individuos vulnerables. En su modelo, destaca la importancia de considerar tanto los aspectos intrapersonales como los factores sociales en la comprensión del suicidio, lo que ofrece una base integral para la prevención y la intervención en crisis suicidas.

- Modelo Diátesis-Estrés

El Modelo Diátesis-Estrés, propuesto por Aranguren (2009), enfatiza la interacción entre factores predisponentes y factores desencadenantes en el riesgo de suicidio. Esta teoría encuentra respaldo en la investigación de Williams y Pollock (2001), quienes destacan la importancia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en la vulnerabilidad suicida. De acuerdo con este modelo, las personas poseen una predisposición individual hacia el suicidio, en la que dichos factores pueden interactuar

con eventos estresantes externos, como pérdidas significativas, enfermedades graves, problemas financieros o experiencias traumáticas, que pueden desencadenar pensamientos y comportamientos suicidas (Kessler et al., 2005; Klonsky y May, 2015). La comprensión de esta interacción entre factores de vulnerabilidad y estrés es fundamental para la evaluación del riesgo suicida y el diseño de intervenciones preventivas efectivas.

- Modelo del Suicidio como Proceso

El Modelo del Suicidio como Proceso concibe el suicidio como un fenómeno que se desarrolla gradualmente a lo largo del tiempo. Según Gould, Lake y Galfalvy (2018), este enfoque reconoce la dinámica y complejidad del comportamiento suicida, distinguiendo entre la ideación suicida, la planificación y la ejecución del acto. Destaca la importancia de comprender las trayectorias individuales hacia el suicidio, así como la influencia de factores contextuales y personales en cada etapa del proceso (Joiner, 2005). Además, Robinson et al. (2013) señalan que esta comprensión multifacética del suicidio permite desarrollar intervenciones preventivas más efectivas, que aborden tanto los factores de riesgo como los de protección en diferentes momentos del proceso suicida.

- Modelos de Umbral de Susceptibilidad

Según estos modelos, atendiendo a los fundamentos biológicos de la conducta suicida, la variable “susceptibilidad para enfermar” se distribuiría de forma continua en la población, de tal manera que sólo los individuos que traspasaran cierto umbral de riesgo manifestarían el trastorno o la enfermedad (Bobes, 2004). De acuerdo con Jiménez (2003), dentro de los modelos de umbral existen varios submodelos:

- El modelo de un solo gen, con dos alelos posibles (Aa), sugiere que cada genotipo tiene diferentes probabilidades de desarrollar una enfermedad, influenciado por otros genes y factores ambientales de menor efecto.
- El modelo oligogénico propone que la combinación de un pequeño número de genes puede superar el umbral necesario para que se manifieste el trastorno.
- El modelo poligénico-multifactorial plantea que la susceptibilidad al trastorno se debe al efecto conjunto de muchos genes de menor impacto y diversos factores

ambientales. Este último modelo es el que mejor explica el desarrollo de trastornos mentales y conductas suicidas.

En síntesis, resulta necesario atender a todos estos diferentes abordajes con la intención de elaborar una respuesta de una forma más holística e integral para la prevención eficaz del suicidio.

3.5. Factores de riesgo y protección asociados a la conducta suicida

La conducta suicida tiene una etiología multifactorial, es decir, puede estar influenciada por la interacción de una variedad de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, familiares y ambientales. Sin embargo, posiblemente ninguno de ellos por separado podría ser suficiente para explicar dicha conducta, aunque todos ellos pueden actuar como predisponentes o precipitantes (Jiménez Treviño et al., 2004).

La identificación de los factores de riesgo específicos asociados al suicidio es compleja debido a la alta concurrencia y comorbilidad de ciertas alteraciones de la salud mental como, por ejemplo, la depresión.

Los factores de riesgo y protección del suicidio constituyen dos caras de la misma moneda, ambas fundamentales en la comprensión y prevención de este fenómeno. Los factores de protección son características identificables en individuos o poblaciones que facilitan el desarrollo, mantenimiento o recuperación del bienestar, y que actúan neutralizando o mitigando los efectos de los factores de riesgo, reduciendo así la vulnerabilidad general o específica ante diversas amenazas. Por otro lado, los factores de riesgo son variables que aumentan la probabilidad de conductas suicidas, y pueden ser de naturaleza personal, familiar o social. La interrelación entre estos factores es crucial, ya que una misma variable puede funcionar como factor de riesgo o de protección dependiendo del contexto y las circunstancias específicas (González-Sancho y Picado Cortés, 2020).

A continuación, se exponen los principales factores de riesgo y protección asociados al suicidio, abordando desde lo micro-individual hasta lo macro-social.

En primer lugar, en lo que respecta a los factores neurobiológicos, la serotonina es el neurotransmisor que mayormente se ha relacionado con los comportamientos suicidas. Numerosas investigaciones relacionan la disminución de la actividad serotoninérgica central con manifestaciones de este tipo, así como actos de naturaleza violenta e impulsiva. También se podría mencionar aquí la posible disfunción del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, puesto que el cortisol fue uno de los primeros indicadores biológicos relacionado con los actos suicidas, o la posible relación de estas conductas con concentraciones séricas de colesterol, por las posibles conexiones de éstas con la actividad serotoninérgica central (Asberg, 1990).

Más allá de las cuestiones biológicas, los factores de riesgo individuales incluyen características personales y psicológicas que aumentan la probabilidad de suicidio. La presencia de trastornos mentales, especialmente la depresión y los trastornos de ansiedad, se han identificado como unos de los principales factores de riesgo individuales (Hawton y van Heeringen, 2009). Otros factores individuales incluyen la historia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias (Mann et al., 2009).

En esta misma línea, determinados factores psicológicos como la falta de control o impulsividad, la baja autoestima o la desesperanza, la introversión, el neuroticismo, la ansiedad o la susceptibilidad, están asociados al suicidio y a las tentativas de suicidio (Marco et al., 2012). El estrés crónico, los conflictos interpersonales, los eventos estresantes de la vida como la pérdida de un ser querido o el desempleo, como veremos a continuación, también pueden desempeñar un papel en la conducta suicida (Joiner, 2005).

En lo que respecta a los factores familiares, la exposición durante la infancia a una adversidad familiar (separación parental o divorcio, abandono, abusos sexuales, relaciones conflictivas entre padres e hijos...), aumentan la vulnerabilidad del individuo, afectando a su capacidad de adaptación frente a las dificultades de la vida y, por tanto, facilitando una mayor predisposición a llevar a cabo una conducta suicida (Serrano y Olave, 2017). Por otra parte, la presencia de antecedentes familiares de suicidio o

trastornos mentales aumenta el riesgo de suicidio en un individuo (Brent y Melhem, 2008). Además, los problemas familiares, como el abuso o la negligencia infantil, la disfunción familiar y la falta de apoyo familiar, pueden contribuir al riesgo de suicidio (Borges et al., 2008). Numerosos estudios demuestran la existencia de una agregación familiar de las conductas suicidas.

Las tasas de suicidio aumentan en presencia de un comportamiento parental mal adaptado, con la transmisión intrafamiliar de diferentes trastornos mentales como la depresión, la bipolaridad o la esquizofrenia, o el abuso de sustancias y el comportamiento antisocial, sobre todo en jóvenes (Mosquera, 2016). Así parece que una historia familiar de suicidio y de trastornos afectivos se asocia a un mayor riesgo de este tipo de comportamientos en cualquier momento del ciclo vital, como refleja el estudio llevado a cabo por Qin et al. (2002). Asimismo, investigaciones realizadas en población adolescente como la de Shaffer (1974) o la de Brent et al. (1996), demuestran la existencia de mayor cantidad de comportamientos suicidas entre familiares de personas que tienen este tipo de conductas que en la población de control. Del mismo modo, estudios con pacientes psiquiátricos ponen de manifiesto que pacientes con antecedentes familiares de suicidio presentan mayor riesgo y frecuencia de este tipo de comportamientos. Así, Roy (1985) concluye que el 48,6% de los pacientes con este tipo de historia familiar, presentaban antecedentes personales de este tipo de conductas; el 56,4% de ellos tenía diagnóstico de trastorno depresivo y el 34,6% de trastorno afectivo recurrente. Además, independientemente del diagnóstico principal, más del 80% habían padecido un episodio depresivo en algún momento de su vida. Para explicar este fenómeno, Papadimitriou et al. (2023) apelan al modelo de herencia poligénica, el cual no se ajusta al patrón de herencia mendeliana, si no que trata de explicarlo a partir de la interacción con el entorno y otros genes.

Factores sociodemográficos como el género, la edad, el estado civil y el nivel educativo, entre otros, también tienen importancia en los comportamientos suicidas. En cuanto al género, existe mayor incidencia de suicidio entre los hombres en todos los

grupos de edad, con ratios de suicidio hombre/mujer que varían según la región: proporción 3:1 en América, 2:1 en el continente asiático y 4:1 en Europa. En contraste, existe mayor prevalencia de los intentos de suicidio entre las mujeres (Jiménez Treviño, 2004).

La edad constituye otro factor demográfico de riesgo para la conducta suicida. Según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), los grupos de edad más vulnerables son: las personas adultas mayores, especialmente aquellas que experimentan aislamiento social, enfermedades y/o dolor crónicos, pérdida de seres queridos, depresión u otras enfermedades mentales; los/as adolescentes y jóvenes, particularmente, debido a factores como el acoso escolar, la presión académica, los problemas familiares, la identidad de género y la salud mental; y, por último, los hombres de mediana edad con dificultades económicas, problemas de relaciones, estrés laboral y problemas de salud mental no tratados.

Por otra parte, el estado civil es una variable sociológica vinculada al suicidio y estrechamente relacionada con la edad y el género, siendo más frecuente en las personas divorciadas y viudas que en las que tienen matrimonio con hijos. En mujeres, el suicidio es más frecuente en situaciones de viudedad, y en hombres, en situaciones de separación o divorcio (Fonseca, 1993). Parece ser que la protección que supone el matrimonio desciende con la edad, sobre todo en mujeres, del mismo modo que tener hijos a cargo también se considera un factor protector y estar soltero o divorciado un factor de riesgo (Kposowa, 2000 citado por Simó-Noguera, et al., 2015).

Por otro lado, muchos estudios coinciden en la existencia de una relación entre conductas suicidas y diversos marcadores socioeconómicos, entre los que destacan el desempleo (cuya incidencia varía en función de su duración) o la clase social. Así, estudios meta-analíticos como el de Milner et al. (2013) concluyen que el desempleo se asocia significativamente con el riesgo de suicidio, siendo 1.70 veces mayor para los desempleados en comparación con los empleados, especialmente cuando es de larga duración (Stuckler et al, 2009).

En cuanto al nivel educativo, diferentes investigaciones sustentan la idea de que existe cierta relación entre educación y suicidio, puesto que los individuos con menor educación pueden enfrentar más dificultades económicas y sociales, lo que contribuye a un mayor riesgo de suicidio (Lorant et al., 2005). De la misma forma, un estudio de Cutler et al. (2001) encontró que un mayor nivel educativo está asociado con un menor riesgo de suicidio, ya que la educación puede proporcionar habilidades y recursos que ayudan a las personas a enfrentar mejor el estrés y las dificultades, reduciendo así el riesgo de suicidio.

En lo que respecta a la religión, la mayoría de las investigaciones sugieren que la afiliación religiosa y la práctica de la fe pueden actuar como factores protectores contra el suicidio, asociándose consistentemente con tasas más bajas de suicidio (Koenig., et al 2012).

Por otro lado, estudios recientes sugieren que la orientación sexual está crecientemente relacionada con la ideación y conducta suicidas, sobre todo en varones. En este sentido, parece que los homosexuales jóvenes y adultos presentan mayor riesgo de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado, que los heterosexuales (Pineda-Roa, 2019).

Adicionalmente, los factores de riesgo ambientales, se refieren a las condiciones externas que pueden influir en la conducta suicida. Por ejemplo, el acceso a armas de fuego aumenta el riesgo de suicidio (Miller y Hemenway, 1999).

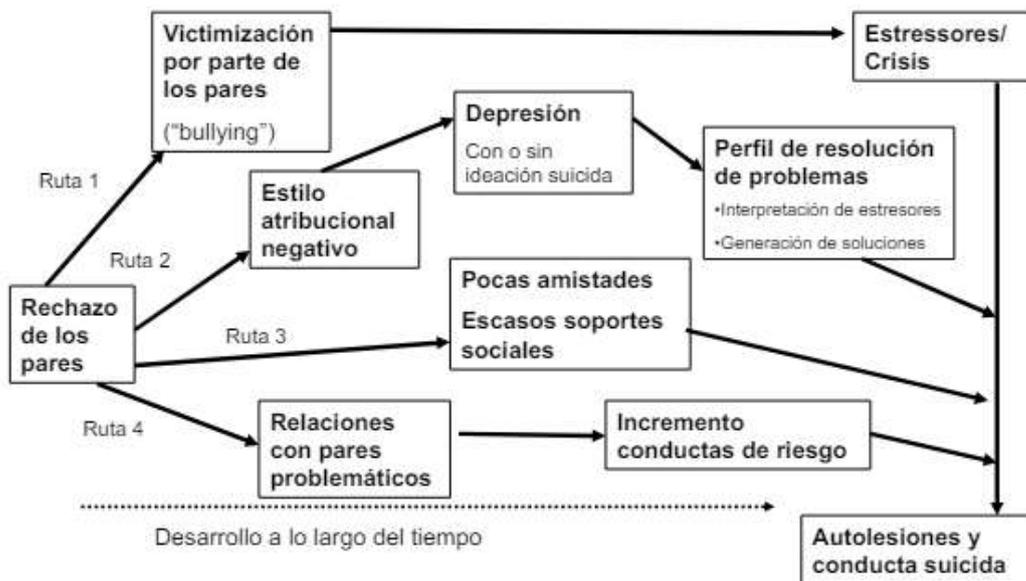
Como se ha mencionado anteriormente, además de los factores de riesgo de comportamientos suicidas, es esencial considerar los factores protectores y precipitantes. Y es que factores protectores como el contar con apoyo social, mantener interacciones sociales satisfactorias o una relación de pareja estable, tener creencias religiosas o espirituales o emplear estrategias positivas de afrontamiento, pueden reducir la probabilidad de conductas suicidas (Hernández Soto et al., 2015; Saxena y Krug, 2014). En niños y adolescentes, población de especial interés en este trabajo, se han identificado como factores protectores importantes la autoestima positiva, la unión familiar, una buena

vinculación con la escuela y el sentimiento de pertenencia al entorno más cercano. La identificación de los factores protectores junto con la reducción de los factores de riesgo, puede convertirse en una herramienta útil para la prevención de las conductas suicidas (Borowsky et al, 2001).

Por otro lado, los factores precipitantes, tales como eventos estresantes significativos o pérdidas personales, pueden desencadenar una crisis suicida en individuos vulnerables (Mosquera, 2016). Como se muestra en la Figura 4, algunos de los factores precipitantes en los adolescentes pueden ser el rechazo de los pares o las relaciones problemáticas con los mismos, grandes estresores que, junto a un estilo atribucional negativo o escaso apoyo social, pueden favorecer el surgimiento de síntomas depresivos o conductas de riesgo que pueden derivar en autolesiones o, incluso, en suicidio.

Figura 4.

El rechazo de los pares en la adolescencia como factor precipitante del suicidio



Fuente: Prinstein (2003) citado por Pedreira-Massa, (2019).

En definitiva, comprender la distinción entre los factores de riesgo, protección y precipitantes, ayuda a desarrollar intervenciones más efectivas que no solo aborden los riesgos, sino que también fortalezcan los mecanismos de protección y reduzcan los desencadenantes inmediatos.

Tabla 3.*Resumen de los factores de riesgo y protección del suicidio*

	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Individuales	- Rasgos de personalidad de riesgo	- Rasgos de personalidad resilientes y adaptativos
	- Intento de suicidio anterior	- Atención y seguimiento tras intentos de suicidio
	- Pérdidas familiares, frustraciones intensas, ansiedad, depresión	- Apoyo en procesos de duelo, estrategias de afrontamiento
	- Baja autoestima, cambio brusco del estado anímico, alteraciones del sueño	- Programas de fortalecimiento de la autoestima, tratamiento del sueño
	- Abandono personal	- Promoción del autocuidado y acceso a servicios de salud mental
	- Trastornos metabólicos, genéticos, psiquiátricos, deterioro cognitivo	- Manejo y tratamiento adecuados de enfermedades
	- Edades extremas de la vida, enfermedades y dolor crónico, enfermedades terminales	- Apoyo y servicios específicos, cuidados paliativos
Familiares	- Funcionamiento familiar problemático, alta carga suicida familiar	- Relaciones familiares saludables, apoyo emocional
	- Abandono afectivo, familia inexistente, violencia doméstica, abuso sexual	- Presencia de figuras protectoras, entornos familiares seguros
	- Trastornos mentales intrafamiliares	- Tratamiento y apoyo para problemas de salud mental
Sociales	- Tensión social, cambio de posición socioeconómica, problemas de apoyo social	- Relaciones sociales fuertes, participación comunitaria
	- Pérdidas personales o empleo, catástrofes, desarraigo, aislamiento	- Políticas públicas, programas de empleo, respuesta a desastres
	- Exposición al suicidio, violencia ambiental, acceso a medios letales	- Educación sobre salud mental, ambientes seguros, control de medios letales

Elaboración propia a partir de Jiménez Treviño et al. (2004); Serrano y Olave (2017); Pineda-Roa (2019); González-Sancho y Picado (2020).

3.6 Estrategias preventivas del suicidio

Como se ha mencionado anteriormente, el suicidio se ha transformado en un serio problema, especialmente, en jóvenes y adolescentes. Y no parece que se hayan encontrado métodos efectivos para su prevención y tratamiento, por lo que es necesario que instituciones y gobiernos realicen mayores esfuerzos para disminuir las muertes por suicidio (Mosquera, 2016).

3.6.1 Organización Mundial de la Salud

La OMS ha elaborado diversos planes y directrices a seguir en materia de salud mental y, específicamente, sobre el suicidio. En ellos recomienda el establecimiento de una estrategia nacional de prevención con el fin de dar una respuesta eficaz al suicidio (OMS, 2014, citado por Mosquera, 2016). Diferentes recursos elaborados por este organismo se centran en la prevención del suicidio mediante la capacitación de gran diversidad de agentes implicados: personal sanitario, docente, penitenciario, policías, medios de comunicación y personas afectadas (Hernández Soto et al., 2015). Así, la estrategia abarca áreas como la salud, la educación, el empleo, el bienestar social y la justicia.

El modelo de prevención del suicidio promovido por la OMS, sugiere una combinación de medidas selectivas y universales, junto con un sistema de vigilancia robusto y una estrategia específica para cada región. Pretende partir de “enfoques anticipatorios” que implican actuar sobre los factores de riesgo y de protección en edades tempranas, con el fin de dotar a los individuos de estrategias personales eficaces de bienestar subjetivo y de afrontamiento positivo que sirvan de red en etapas posteriores favoreciendo conductas más adaptativas (Jané-Llopis et al., 2005 citado por Saxena y Krug). Algunas de estas estrategias propuestas por la OMS (2014) son: visitas domiciliarias realizadas por personal capacitado a padres y madres primerizos con bajos ingresos para proporcionar educación sobre crianza, programas de mentoría destinados a fortalecer la conexión entre jóvenes vulnerables y adultos que puedan ofrecer apoyo constante y vocacional, sistemas comunitarios de prevención que empoderen a toda una comunidad para enfrentar la salud adolescente y los problemas de comportamiento a través de un proceso participativo y colaborativo, y

programas escolares enfocados en la prevención de la violencia y el desarrollo de habilidades, involucrando a maestros, estudiantes y familias en la promoción de la responsabilidad social y las competencias sociales y emocionales, tales como enfrentar situaciones, resolver problemas y solicitar ayuda.

Con el fin de lograr una mayor eficacia, la OMS plantea diferentes objetivos que cada país debe cumplir para la prevención del suicidio:

- mejorar la vigilancia y el estudio de los datos
- identificar y dirigirse a los colectivos en situación de vulnerabilidad
- mejorar la evaluación y el manejo de las conductas suicidas
- promover factores protectores ambientales e individuales
- promover la concienciación y el acceso a información mediante la educación pública
- mejorar la capacitación de los profesionales de atención directa y primaria
- elevar la calidad de la atención y las intervenciones clínicas
- garantizar una respuesta adecuada en situaciones de crisis
- ofrecer servicios de rehabilitación de calidad tras intentos de suicidio
- mejorar las actitudes sociales y erradicar el estigma hacia personas con trastornos mentales o conductas suicidas
- reducir el acceso y a la disponibilidad a los medios utilizables para el suicidio
- fomentar que los medios de comunicación (prensa, tv, radio, redes sociales...) adopten normas y prácticas informativas más responsables sobre el suicidio
- brindar apoyo a los familiares de personas fallecidas por suicidio
- establecer instituciones u organismos que se encarguen de la supervisión y coordinación de las diferentes medidas

3.6.2 Sistema Nacional de salud

En las últimas décadas, y especialmente desde el año 2000, se han implementado diversas estrategias nacionales para la prevención del suicidio. Un total de 28 países han

adoptado estrategias a nivel nacional, lo que refleja un compromiso significativo con esta causa (Saxena y Krug, 2014). En España, actualmente no existe un plan nacional para abordar la prevención e intervención del suicidio, y esta responsabilidad ha sido delegada a las comunidades autónomas debido a la transferencia de competencias sanitarias. En este sentido, varias comunidades han desarrollado planes o documentos marco con propuestas globales de actuación (Gabilondo, 2020).

A pesar de que en nuestro país no existe un plan nacional para combatir el suicidio, sí se han desarrollado diferentes documentos clave en materia de salud mental y, más concretamente, destinadas a colectivos en edad escolar y jóvenes. Ejemplo de ello es la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022), implementada a partir del año 2006 en coordinación con las comunidades autónomas, con un enfoque preventivo que incorpora, a través de sus respectivas asociaciones, no sólo las contribuciones de los profesionales de la salud mental, sino también las de las personas afectadas y sus familiares. En dicha estrategia, se menciona la conducta suicida como un problema de salud pública e incluye una línea estratégica específica centrada en la prevención, detección precoz y atención del comportamiento suicida. En dicha estrategia se establecen metas y medidas a implementar por parte de las comunidades autónomas, siendo su objetivo general detectar y prevenir de manera temprana las conductas suicidas, incluyendo objetivos específicos como la sensibilización y concienciación de la población, mejorar el acceso a los servicios de salud mental, y proporcionar herramientas a los profesionales de la salud para identificar posibles pensamientos suicidas y evaluar factores de riesgo. También, se enfoca en ayudar a grupos vulnerables y mejorar la atención a personas en riesgo de suicidio, incluyendo la promoción de sistemas de atención coordinados y el apoyo a familiares y allegados. Resalta la importancia de colaborar con otros sectores, asegurar la continuidad de la atención, capacitar a profesionales, combatir la desinformación y prejuicios, y establecer directrices de prevención en diferentes entornos sociales (Ruiz, 2022).

Más específicamente, según otros documentos de referencia elaborados por el Ministerio de Sanidad, en lo que respecta a la población infantil y juvenil, las intervenciones

preventivas deben realizarse en el entorno escolar y, según la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2011, citado por Mosquera, 2016), deberían incluir:

- Programas de prevención basados en el currículo escolar, cuyo objetivo es aumentar el conocimiento sobre el suicidio mediante videos o presentaciones.
- Programas centrados en el entrenamiento de habilidades sociales, con el propósito de identificar a jóvenes en riesgo de comportamiento suicida.
- Programas de prevención que incluyen el cribado en el entorno escolar, enfocándose en la depresión, ideación suicida y conductas suicidas previas, utilizando entrevistas individuales y cuestionarios autoadministrados.
- Tratamientos realizados en el ámbito escolar.
- Intervenciones posteriores a un suicidio, dirigidas a minimizar nuevos casos de suicidio o intentos por aprendizaje vicario, destinadas a familiares, amigos y profesores.
- Entrenamiento de figuras clave o "Gatekeeper", con el fin de capacitar a profesores o compañeros para identificar el riesgo de suicidio en adolescentes.

3.6.3 Comunidades autónomas: Castilla y León

Como resaltábamos en líneas anteriores, debido a la ausencia de un plan nacional, un total de 10 de comunidades autónomas han optado por desarrollar su propio programa específico para la prevención del suicidio, otras 2 han optado por incorporar secciones y otros documentos sobre la conducta suicida dentro de sus programas de salud mental, y las 5 restantes no han desarrollado un plan específico para el suicidio.

A excepción de Asturias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Madrid y Murcia, todas las comunidades autónomas ofrecen talleres y cursos dirigidos a profesorado y alumnado que tienen como objetivo formar a los docentes para identificar y gestionar posibles casos de conductas suicidas y situaciones de crisis, aumentando su conocimiento sobre factores de riesgo y protección, y promoviendo el apoyo mutuo entre estudiantes a través de grupos de ayuda en el aula; además, Ceuta y Melilla pretenden incluir la educación emocional desde la etapa escolar en sus futuros planes de prevención (Sufrate-Sorzano et al., 2022).

Centrándonos en el territorio en el que se enmarca este trabajo, la *Estrategia de la conducta suicida de Castilla y León* (2021) propone intervenciones generales y está principalmente orientada a profesionales de la salud. En ella se hace referencia a la obligatoriedad de los centros públicos de elaborar, en su Proyecto Educativo de Centro, un Plan de Convivencia “como herramienta para incorporar criterios de detección y prevención del suicidio. Esto incluye programas preventivos sobre promoción de la salud mental, prevención del suicidio, psicoeducación, entrenamiento en habilidades y políticas antiacoso (anti-bullying), entre otras acciones” (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2022, p. 53). Esta estrategia incluye, entre otras cosas, el fomento de actitudes de apoyo entre el alumnado, la facilitación de información sobre cómo buscar ayuda de adultos o la implementación de campañas de sensibilización que promuevan una política de tolerancia cero hacia el acoso. En línea con estas medidas, se propone la elaboración de un “Programa de promoción de conductas positivas en el entorno educativo que potencie los factores protectores psicológicos y emocionales frente a la ideación suicida (habilidad de resolución de problemas, autoconfianza, flexibilidad cognitiva, habilidades sociales, ética y valores positivos), en coordinación con los programas acreditados que en este ámbito se desarrollan en materia de consumo de alcohol y otras drogas” (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2022, p. 60).

En cuanto a estrategias de prevención selectiva, el documento contempla la implementación de acciones conjuntas y la coordinación directa entre los ámbitos educativo y sanitario para identificar y abordar el riesgo de suicidio en grupos vulnerables, especialmente, adolescentes y jóvenes que son víctimas de acoso escolar u otras formas de acoso. Partiendo de esta intervención conjunta entre ambos ámbitos, también se propone el establecimiento de un protocolo conjunto para dar una atención rápida y eficaz a niños y adolescentes que realizan un intento autolítico o autolesivo, así como a sus familiares y círculos cercanos tras tentativas autolíticas o suicidios consumados en el entorno educativo, con especial atención al ámbito de la educación especial. En esta misma línea, también se incluye la elaboración de manuales prácticos para los departamentos de orientación y el cuerpo docente, además de

designar y capacitar a personas de referencia en el ámbito educativo que brinden apoyo y orientación en la identificación y manejo de conductas de riesgo.

4. METODOLOGÍA

Debido a la gran prevalencia global del suicidio entre la población infanto-juvenil, en este trabajo realizaremos una revisión sistemática de diferentes programas preventivos de suicidio en el ámbito educativo a nivel mundial, con el objetivo de examinar su eficacia en busca de directrices que contribuyan a la solución del problema.

A continuación, se muestra el protocolo de registro, los criterios de inclusión y exclusión, las fuentes de información y la estrategia de búsqueda utilizados en la realización de esta revisión sistemática, así como la lista de comprobación (checklist) y el diagrama de flujo donde se reflejan los pasos dados durante el proceso de revisión propuesto por la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (Urrutia y Bonfill, 2010).

4.1 Protocolo y registro

Este trabajo teórico consiste en una revisión sistemática de la literatura publicada en los últimos diez años, desde marzo de 2014 hasta mayo de 2024, sobre estudios e investigaciones de prevención del suicidio en la población infanto-juvenil.

Siguiendo la metodología PRISMA, se ha seguido el modelo PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcomes and Study), que consiste en formular las preguntas de investigación teniendo en cuenta la población de interés, las intervenciones a examinar, las comparaciones entre ellas, los resultados y el diseño de estudio. En la siguiente tabla 4 se resume dicho proceso.

La búsqueda de artículos se inició en abril y finalizó en junio de 2024 y se ha acotado a los últimos 10 años porque se considera un periodo suficiente para explorar la actualidad científica en el campo de estudio. En este caso, se han empleado dos bases de datos: PubMed y Scielo, dos de los buscadores de referencia en el campo de la salud que arrojan un gran número de resultados y que son de libre acceso y gratuitos.

Tabla 4.*Criterios de inclusión y exclusión. Modelo PICOS*

POBLACIÓN	
Criterios de inclusión: Estudiantes entre los 13 y los 19 años.	Criterios de exclusión: Estudiantes menores de 13 y mayores de 19.
INTERVENCIONES	
Criterios de inclusión: Intervenciones preventivas escolares	Criterios de exclusión: Otro tipo de intervenciones
COMPARACIONES	
Criterios de inclusión: Pre post Experimental y control	Criterios de exclusión: Otro tipo de comparaciones
RESULTADOS	
Criterios de inclusión: Eficacia intervenciones preventivas escolares.	Criterios de exclusión: Otro tipo de resultados.
DISEÑO DE ESTUDIO	
Criterios de inclusión: Ensayo clínico Ensayo controlado Ensayo controlado aleatorizado	Criterios de exclusión: Estudios de caso, revisiones sistemáticas y meta-analíticas, manuales, TFG o TFM.

Fuente: elaboración propia

La búsqueda de artículos se inició en abril y finalizó en junio de 2024 y se ha acotado a los últimos 10 años porque se considera un periodo suficiente para explorar la actualidad científica en el campo de estudio. En este caso, se han empleado dos bases de datos: PubMed y Scielo, dos de los buscadores de referencia en el campo de la salud que arrojan un gran número de resultados y que son de libre acceso y gratuitos.

Pues bien, se valoraron los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión que se detallan más abajo (ver Tabla 3). Para evitar sesgos, la evaluación del riesgo de sesgo se

llevó a cabo a través de lista de verificación metodológica “CASP Checklist” para revisiones sistemáticas (Anexo 1).

4.2 Criterios de inclusión y exclusión

Con anterioridad a la selección de artículos, se definieron los criterios de inclusión y exclusión. De igual manera, se desecharon estudios de caso, revisiones sistemáticas y meta-analíticas, manuales, TFG o TFM. Así mismo, se han excluido todos aquellos artículos que no tienen garantía científica suficiente, como artículos de periódicos, artículos de revistas no científicas o aquellos que no están indexados.

De acuerdo con los criterios de inclusión, los artículos debían ser investigaciones empíricas y podían estar redactados en inglés y en español. En cuanto a los participantes, las investigaciones tenían que poner el foco en estudiantes de ambos géneros de entre 13 y 19 años. Por otra parte, sólo se incluyeron intervenciones psicológicas o psicoeducativas aplicadas al ámbito escolar. Y no se ha excluido ningún trabajo en función de su país de procedencia.

4.3 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La cadena de búsqueda incluyó la combinación de los siguientes términos, tanto en inglés como en español: “suicide”, “prevention”, “intervention”, “educative” y “secondary students”. Se obtuvieron un total de 62 resultados: 24 en Scielo y 38 en PubMed. A continuación, se recogen los resultados obtenidos y los artículos seleccionados en función de la base de datos (Tabla 4).

Tabla 4

Estrategia de búsqueda

Bases de datos	Resultados	Seleccionados
Scielo		4
PubMed		5

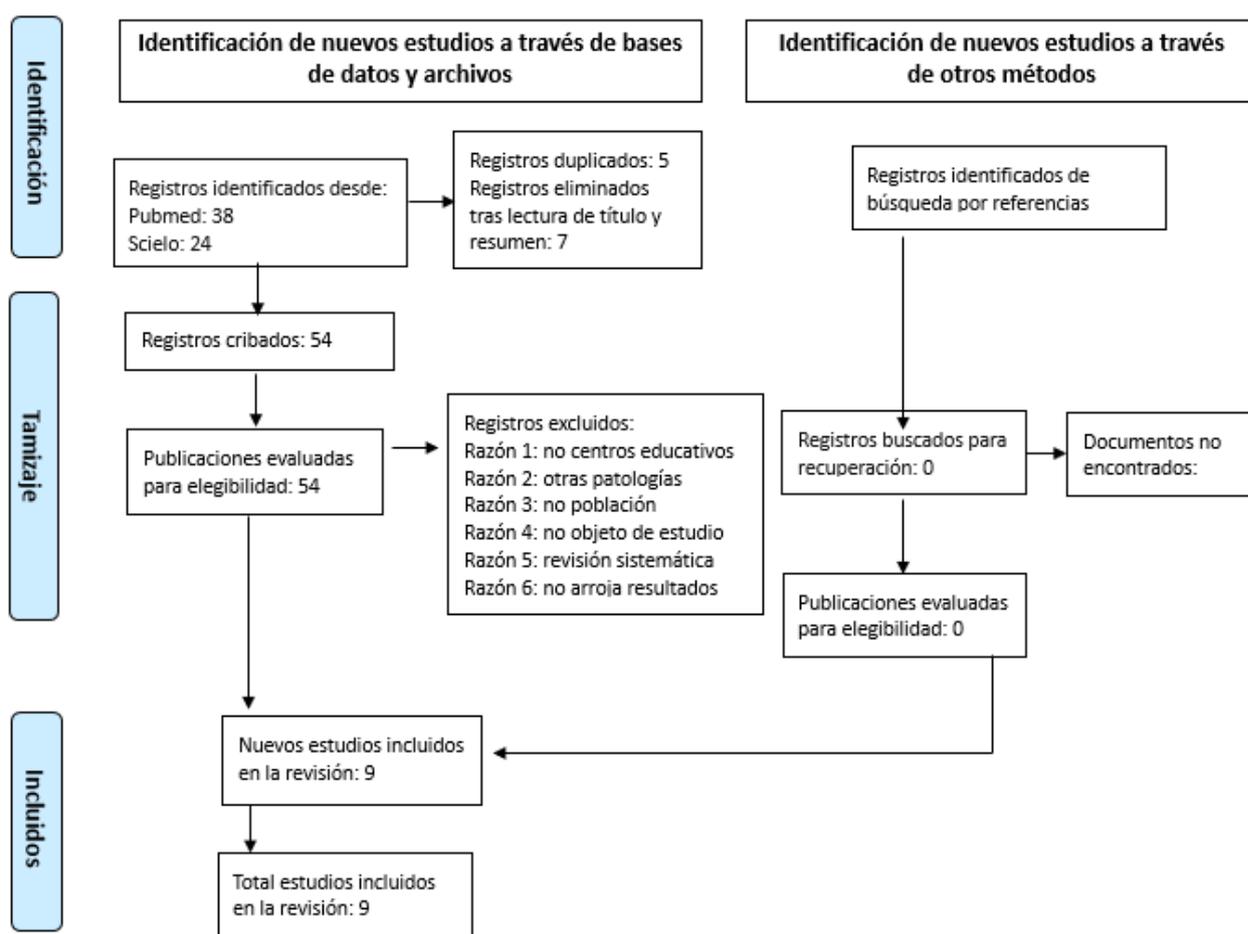
Fuente: elaboración propia

5. RESULTADOS

Para el proceso de selección y extracción de datos se ha empleado una adaptación del diagrama de flujo de la Declaración PRISMA de 2020. La búsqueda arrojó, como citamos anteriormente, un total de 62 artículos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión citados arriba. Este primer cribado se redujo al eliminar 5 artículos duplicados. En segundo lugar, se descartaron 7 artículos tras la lectura del título y del resumen, por no cumplir con los criterios de inclusión. Y, por último, se desecharon un total de 41 artículos tras la lectura completa. Finalmente, fueron seleccionados un total de 9 estudios, tal y como se refleja en el siguiente diagrama de flujo (Figura 5).

Figura 5.

Diagrama de flujo: proceso de selección y extracción de resultados



Fuente: elaboración propia

De cada artículo se extrajeron sistemáticamente datos generales que incluyen información bibliográfica (autoría, año de publicación y país); características de los estudios (tipo, medidas utilizadas, duración e instrumentos de evaluación); características de la muestra (tamaño, edad media, tipo de estudios y porcentaje de mujeres y hombres) y características de las intervenciones (contenido, tiempo, número de sesiones y datos del efecto de las intervenciones). A continuación, se expone una descripción de los estudios analizados en base a diferentes criterios comparativos.

5.1 Características sociodemográficas

Tabla 5.

Características demográficas de la muestra estudiada

Autoría (año)	Muestra	País	Edad promedio	Nivel educativo	%		
					H	M	No binario
Silverstone et al. (2015)	3244	Canadá	15,7	Secundaria	-	-	-
Calear et al. (2017)	800	Australia	15	Secundaria	100	-	-
Cañón et al. (2018)	103	Colombia	14,78	Secundaria	46,1	53,9	-
Figueredo (2020)	50	Cuba	18 21,5	Secundaria Adultos jóvenes	-	-	-
Amaral et al. (2020)	102	Brasil	15,53	Secundaria	29,4	70,6	-
Hart et al. (2020)	418	Australia	17	Secundaria	-	-	-
Baggio et al. (2022)	209	Suiza	15,28	Secundaria	55,8	44,4	-
Staines et al. (2023)	1096	Irlanda	14	Secundaria	-	-	-
Grosselli et al. (2024)	745	Alemania	15,5	Secundaria	57,3	41,3	1,3

Fuente: elaboración propia

El total de participantes en los 9 artículos analizados asciende a 6367 personas, 3244 pertenecientes al estudio más grande (Silverstone et al., 2015) y 50 al más pequeño

(Figueredo, 2020). Teniendo en cuenta el género, 4 estudios (Figueredo, 2020; Hart et al., 2016; Staines et al., 2023 y Silverstone et al. 2015) no incluyen esta variable; en los demás, los porcentajes están balanceados, excepto un estudio (Amaral et al., 2020) en el que hay un claro mayor porcentaje de mujeres (70,6%, frente a un 29,4% de hombres) y otro en el que participaron únicamente hombres (Calear et al., 2017); y sólo uno incluyó el género no binario (Grosselli et al., 2024). En cuanto a la edad, los rangos estudiados en las muestras oscilan entre los 14 y 18 años. El estudio de Figueredo (2020) excede el rango de edad de los criterios de inclusión, pero se ha considerado permanente incluirlo debido a que incluye adolescentes desde los 17 años y a que la intervención se lleva a cabo en un instituto de secundaria. Por último, las investigaciones provienen de países muy diversos como Colombia, Cuba, Suiza, Irlanda, Alemania, Australia o Canadá (no se han encontrado estudios llevados a cabo en España).

5.2 Diseños de investigación, tipos de prevención, variables e instrumentos de medida

Los artículos analizados utilizan medidas de autoinforme para las diferentes variables. Todos ellos exploran el factor de riesgo suicida, la ideación suicida y los conocimientos sobre el suicidio y, de los instrumentos de medida utilizados, el que más presencia tiene es el Inventario de Depresión de Beck II (BDI), empleado en 2 estudios (Amaral et al., 2020 y Staines et al., 2023).

En cuanto al diseño de investigación, 3 de los estudios analizados siguen una metodología cuasi experimental (Cañón et al., 2018; Amaral et al., 2020 y Figueredo, 2020), otro es un ensayo controlado por grupos no aleatorio (Baggio et al., 2022) y el resto son ensayos controlados aleatorios en los que se compara grupo tratamiento y grupo control (Hart et al., 2020; Calear et al., 2017; Staines et al., 2023; Silverstone et al., 2015 y Grosselli et al., 2024).

En la tabla 6 se muestran, de forma resumida, los diferentes estudios analizados, indicando el diseño de investigación, el tipo de prevención, las variables y los instrumentos de medida empleados en cada uno de ellos (ver Tabla 6).

Tabla 6.

Características de los estudios

Autoría (año)	Diseño de investigación	Tipo de prevención	Variables medidas	Instrumentos de medida
Cañón et al. (2018)	Cuasi experimental	Primaria selectiva	Variables sociodemográficas Factor de riesgo suicida Asertividad confrontativa Autoestima	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik Encuesta mito o realidad Escala de Asertividad de Rathus Escala de autoestima de Rosenberg
Amaral et al. (2020)	Cuasi experimental	Primaria indicada	Variables sociodemográficas Ideación suicida Síntomas depresivos Desesperanza	Cuestionario de caracterización sociodemográfica Escala de ideación suicida de Beck Inventario de Depresión de Beck Escala de Desesperanza de Beck
Figueredo (2020)	Cuasi Experimental	Primaria indicada	Riesgo suicida Conocimiento sobre suicidio	Encuesta para la identificación del riesgo suicida Cuestionario: Valoración del nivel de conocimientos sobre suicidio
Grosselli et al. (2024)	Ensayo controlado aleatorio	Primaria selectiva	Conocimiento sobre el suicidio Actitudes hacia el suicidio Búsqueda de ayuda Estigma Factores de riesgo de suicidio Estado de salud mental	Cuestionario de conocimientos sobre signos de suicidio (SOS-k) Cuestionario general de búsqueda de ayuda (GHSQ) Escala de actitudes del cuestionario SOS (SOS-a) Escala de Reacciones Emocionales hacia los Enfermos Mentales (ERMIS) Escala de Factor de Riesgo (RFS)
Baggio et al. (2022)	Ensayo controlado por grupos no aleatorio	Prevención indicada	Conocimientos relacionados con el suicidio Conciencia del suicidio Conocimiento de los recursos para buscar ayuda Aceptabilidad Habilidades de afrontamiento Ideación suicida Trastorno psicológico Variables sociodemográficas	Escala de Alfabetización sobre el Suicidio (LOSS) Escalas de elaboración propia Subescalas de la versión francesa del inventario COPE Versión francesa de la escala Columbia-Suicide Severity Rating (C-SSRS) Versión francesa de la escala de malestar psicológico de Kessler (K-6)

Fuente: elaboración propia

Tabla 6.

Características de los estudios (cont.)

Autoría (año)	Diseño de investigación	Tipo de prevención	Variables medidas	Instrumentos de medida
Hart et al. (2020)	Ensayo controlado aleatorio	Prevención selectiva	Calidad de las conductas de primeros auxilios en salud mental Búsqueda de ayuda Estigma	Cuestionario de experiencias de primeros auxilios Escala unidimensional de intenciones de búsqueda de ayuda Escala de Distancia Social (SDS) y la Escala de Estigma de Depresión (DSS)
Calear et al. (2017)	Ensayo controlado aleatorio	Prevención selectiva	Actitudes ante la búsqueda de apoyo de adultos de confianza Actitudes ante la búsqueda de ayuda de los profesionales Comportamientos de búsqueda de ayuda Estigma de buscar ayuda Síntomas de salud mental Suicidio Conflicto de roles de género Confianza en el apoyo a sus compañeros	Escala de Actitudes para buscar apoyo de adultos de confianza Actitudes hacia la búsqueda de ayuda profesional psicológica: forma abreviada (ATSPPH-SF) Cuestionario de búsqueda de ayuda real adaptado (AHSQ) Escala de Autoestigma de Búsqueda de Ayuda (SSOSH) Escala del Cuestionario de Angustia - 5 (DQ5) un ítem de la Encuesta sobre conductas de riesgo en jóvenes (YRBS) Subescala de Emocionalidad Restrictiva de la Escala de Conflicto de Roles de Género - Versión para Adolescentes (GRCS-A)
Staines et al. (2023)	Ensayo de control aleatorio	Prevención detección universal e intervención indicativa selectiva	Medición de experiencias psicóticas Medición de la depresión Medición de la ansiedad Medición demográfica	Adolescent Psychotic Symptom Screener (APSS) Inventario de Depresión de Beck II (BDI) Escala de Ansiedad de Autoevaluación de Zung (SAS) Evaluación inicial
Silverstone et al. (2015)	Ensayo controlado	Prevención selectiva	Depresión y riesgo de suicidio Ansiedad Autoestima Calidad de vida Consumo de drogas, alcohol y tabaco (DAT)	Cuestionario de salud del paciente de 9 ítems (PHQ-9) Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria Escala de autoestima de Rosenberg Cuestionario KIDSCREEN-10 Cuestionario CRAAFT

Fuente: elaboración propia

5.3 Características de las intervenciones y resultados

En todos los artículos revisados se emplean intervenciones grupales (presenciales) en centros educativos, previo cribado de riesgo suicida, y prácticamente en todas, colaboran diferentes agentes: investigadores/as, psicólogos/as, personal docente, asociaciones, formadores/instructores capacitados...

La duración de las intervenciones oscila entre las más cortas de una única sesión (Baggio et al., 2024 y Calear et al., 2017) y las más largas de 15 y 16 sesiones (Amaral et al., 2020 y Silverstone et al., 2015, respectivamente). Todas ellas realizan seguimiento a corto y medio plazo.

El contenido de las intervenciones es bastante similar en todas las investigaciones: parten del análisis de la situación y el cribado, y emplean intervenciones grupales terapéuticas y psicoeducativas, abordando mediante talleres, grupos de discusión, juegos de rol..., cuestiones como las estrategias de afrontamiento, con el fin de reforzar los factores protectores.

En general, los resultados muestran que, comparando las puntuaciones pre y post de diferentes variables, los programas preventivos reducen el riesgo de suicidio, disminuyendo los síntomas depresivos, la desesperanza y la ideación suicida (Cañón et al., 2018; Amaral et al., 2020 y Silverstone et al., 2015) y aumentando tanto el nivel de conocimientos sobre el suicidio como el conocimiento de recursos de búsqueda de ayuda (Figueredo, 2020; Groselli et al, 2024; Baggio et al., 2024; Hart et al., 2020 y Calear et al., 2017). Además, las intervenciones preventivas logran fortalecer la autoestima y las habilidades sociales y comunicativas, sobre todo, la comunicación asertiva, así como estimular el desarrollo de destrezas intelectuales (Cañón et al., 2018; Silverstone et al., 2015).

En la tabla 7 se resumen las características principales de las intervenciones, así como los resultados obtenidos en cada una de ellas (ver Tabla 7).

Tabla 7.

Características de las intervenciones y resultados

Autoría (año)	Agentes implicados	Contenido	Grupos	Nº sesiones / semana	Resultados
Cañón et al. (2018)	Psicólogo/a Personal docente	Talleres para el desarrollo de la autoestima, conocimiento de sí mismo (yo real/ yo ideal), red de apoyo, atribuciones causales, terapia a través del arte: comunicación asertiva, expresión corporal.	Pre Post	8 sesiones 1/semana (90 min) 3 meses seguimiento	Fortalecimiento de habilidades sociales, comunicación asertiva y destrezas intelectuales. Reducción del factor de riesgo suicida (de 42,7% a 6,8% después del programa), mejora de la autoestima alta en 45% (IC 95%: 37,2%-52%), reducción de la tasa de asertividad confrontativa en un 24,2% y mejora del conocimiento sobre el suicidio en un 1,6%.
Amaral et al. (2020)	Personal del estudio	Intervenciones grupales terapéuticas y psicoeducativas: - Aumento conciencia e información. - Comunicación e intercambio de ideas. - Estrategias de regulación emocional. - Resolución de problemas.	Pre Post	15 sesiones 3/semana (50min) 3 meses seguimiento	Disminución en los síntomas depresivos, la desesperanza y la ideación suicida después de la implementación del programa. Antes de la intervención, el promedio de BDI fue de 23.83 y después de la intervención de 7.17 (p <0.0001). En cuanto a la desesperanza, el promedio obtenido en el BHS antes de la intervención fue de 7.23 y después de la intervención de 2.17 (p <0.0001). Con respecto a la ideación suicida, la media obtenida en el SSI antes de la intervención fue de 10.50 y después de la intervención de 2.57 (p <0.0001).
Figueredo (2020)	Personal del estudio	Conferencias y talleres: - Generalidades sobre la conducta suicida. Evolución histórica y tendencias, - Principales características del comportamiento suicida: factores protectores y de riesgo. - La idea suicida. Concepto y variedades clínicas. - El sobreviviente al suicidio. Características y seguimiento. Manejo de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes. - Mitos y realidades sobre la conducta suicida.	Pre Post	8 sesiones 1/semana (60 min)	Aumentó el nivel de conocimientos sobre el comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes (80%).

Fuente: elaboración propia

Tabla 7.

Características de las intervenciones y resultados (cont.)

Autoría (año)	Agentes implicados	Contenido	Grupos	Nº sesiones / semana	Resultados
Grosselli et al. (2024)	Estudiantes de máster de Psicología clínica 13 Formadores *No presencia docentes	<p>Programa de prevención del suicidio TCC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación: estrés y salud mental. Entrega de folletos con información relevante. - Actividades individuales y grupales: Ejercicios y debates sobre factores estresantes y mecanismos de afrontamiento. - Análisis de viñetas de casos. Lectura de casos de adolescentes de igual edad. Detección de signos de tensión mental, depresión y comportamiento suicida. - Discusión sobre posibles medios para ofrecer ayuda. - Cuestionarios: mitos y realidades sobre conductas suicidas. Información sobre atención de salud mental. Fuentes de ayuda locales. <p>Juego de roles: práctica sobre cómo pedir y ofrecer apoyo.</p>	Pre Post Grupo control, lista de espera y experimental	2 sesiones/180 min Seguimiento a corto (1 semana) y medio plazo (6-9 meses).	<p>El programa mostró efectos positivos a corto plazo en el conocimiento y las actitudes hacia el suicidio, aunque también aumentó el deseo de distanciamiento social. Hubo un aumento pequeño, pero significativo, en las actitudes adaptativas totales hacia el suicidio en 1,10 (IC del 95 % [0,81, 1,50]).</p> <p>Los estudiantes mostraron un nivel de estigma de bajo a medio con respecto a las reacciones emocionales hacia un compañero suicida. En concreto, mostraron niveles bajos de rechazo (91,5% de estudiantes con un nivel de rechazo bajo), así como niveles medios de miedo (42,6% con un nivel de miedo bajo) y emociones prosociales (45% con un nivel alto de emociones prosociales)</p> <p>A medio plazo, los efectos fueron exclusivamente positivos, mejorando las actitudes hacia la búsqueda de ayuda y protegiendo contra el aumento de factores de riesgo de suicidio y distanciamiento social. Los beneficios fueron mayores en mujeres y estudiantes mayores de 13 años.</p>
Baggio et al. (2024)	Psicólogo/a Personal de la asociación <i>Stop suicide</i>	<p>Contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información general sobre el comportamiento suicida - Identificación de factores de riesgo y señales de advertencia de la intención de suicidio - Hechos y mitos sobre el suicidio - Información sobre formas de buscar ayuda y obtener apoyo. <p>El taller incluyó una conferencia, discusiones grupales basadas en ejemplos de casos, un cuestionario sobre mitos y realidades sobre el suicidio y un libro ilustrado.</p>	Grupo intervención Grupo control Pre post	1 sesión/ 90 min Seguimiento de 1 mes	<p>La intervención aumentó la percepción de conciencia sobre el suicidio y el conocimiento de los recursos para buscar ayuda. No hubo un beneficio significativo en el conocimiento relacionado con el suicidio, ya que los participantes ya tenían buen conocimiento sobre los mitos y hechos del suicidio. El breve programa tuvo una alta aceptabilidad. Los participantes del grupo de intervención mostraron una mejora en la planificación como habilidad de afrontamiento en comparación con el grupo de control. La angustia psicológica y la ideación suicida aumentaron en el grupo de control, mientras que se mantuvieron estables o incluso disminuyeron en el grupo de intervención.</p>

Tabla 7.

Características de las intervenciones y resultados (cont.)

Autoría (año)	Agentes implicados	Contenido	Grupos	Nº sesiones / semana	Resultados
Hart et al. (2022)	Instructores capacitados	<p>Programa tMHFA (Mental Health First Aid Training):</p> <p>Sesión 1: psicoeducación.</p> <p>Sesión 2: cómo ayudar a un amigo en crisis de salud mental.</p> <p>Sesión 3: búsqueda de ayuda profesional adecuada.</p> <p>Capacitación para estudiantes. Herramientas: presentación de PowerPoint, videos, juegos de roles, discusiones en grupo y actividades en libro de trabajo.</p> <p>Capacitación en Primeros Auxilios Físicos.</p>	Pre post	3 sesiones/ 75 min 2 meses	<p>El programa mostró impactos positivos significativos en el conocimiento, las actitudes y los comportamientos relacionados con la salud mental de los adolescentes un año después de la capacitación, aunque también se identificaron áreas para mejorar mediante la implementación de sesiones de refuerzo y apoyo continuo.</p> <p>Un año después del entrenamiento, tMHFA mejora las intenciones de primeros auxilios hacia compañeros con depresión y riesgo de suicidio, la confianza para ayudar a compañeros con problemas de salud mental y la voluntad de decírselo a alguien y buscar ayuda de un adulto o profesional de la salud si experimenta un problema de salud mental.</p>
Calear et al. (2017)	Docentes Psicólogos/as escolares Subdirectores Facilitadores del programa	<p>Sesión grupal de 45 a 60 minutos a cargo de un facilitador con modelos masculinos tradicionales. Todas las discusiones están diseñadas para la audiencia masculina e incluyen la búsqueda de apoyo por problemas de salud mental derivados de acoso, problemas de relación y otros factores estresantes circunstanciales, y el cómo "ayudar a un compañero" (es decir, iniciar una conversación con un amigo) al que no le va bien. El programa concluye con una sesión de preguntas y respuestas que dura de 5 a 15 minutos.</p>	Grupo de intervención activa y un grupo de control en lista de espera	1 sesión Seguimiento 6 y 12 semanas	<p>En el seguimiento, se descubrió que el programa "Silence is Deadly" aumentaba significativamente las intenciones de búsqueda de ayuda en los amigos, en consonancia con el objetivo del programa de buscar ayuda y brindar apoyo a los amigos en momentos de angustia o riesgo de suicidio. Sin embargo, el programa no tuvo ningún efecto sobre las intenciones de búsqueda de ayuda en otras fuentes, ni sobre las actitudes y comportamientos de búsqueda de ayuda en general.</p>

Fuente: elaboración propia

Tabla 7.

Características de las intervenciones y resultados (cont.)

Autoría (año)	Agentes implicados	Contenido	Grupos	Nº sesiones / semana	Resultados
Staines et al. (2023)	Profesionales de la salud	El estudio SEYLE consistió en tres brazos de intervención activa y un brazo de control: 1. Intervención de control: Preguntar, Persuadir y Referir (QPR). 2. Intervención psicoeducativa: Programa Jóvenes Conscientes de la Salud Mental (YAM). 3. Evaluador universal e intervención selectiva: cribado por profesional y derivación (ProfScreen) 4. Brazo de intervención mínima (control).	Experimental Control	3 meses	El programa mostró una reducción significativa de la prevalencia de las experiencias psicóticas (EP) a los 12 meses. Los/as participantes experimentaron mejoras significativas en las puntuaciones de depresión y ansiedad. Las intervenciones universales como YAM y QPR no mostraron efectos significativos en la reducción de EP, aunque YAM sí mostró una reducción en las puntuaciones de depresión (0.79 a los 3 meses, 0.80 a los 12). La efectividad del ProfScreen parece atribuirse en gran medida al contacto inicial con profesionales de la salud, que aumentó la conciencia familiar y el apoyo parental.
Silverstone et al. (2015)	Entrenadores de resiliencia Psicólogos/as Maestros/as	Enfoque multimodal que incluye un programa universal de resiliencia, la evaluación de todos los estudiantes para identificar un grupo de riesgo potencialmente más alto, una intervención rápida para el grupo de alto y medio riesgo y un enfoque de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) guiado basado en internet para aquellos identificados como deprimidos o de bajo riesgo.	Grupos en función del riesgo: bajo, medio y alto	16 sesiones/45 min Seguimiento 12 semanas	Hubo una reducción altamente significativa En el grupo de estudiantes más sintomáticos en la puntuación combinada de la escala de EMPATÍA (13,4%), la puntuación de depresión (28,9%) y la puntuación de ansiedad (17,7%). Hubo mejoras muy significativas en comparación con la línea de base, con disminuciones en la puntuación combinada de la escala de EMPATÍA del 14%, las puntuaciones de depresión (una reducción del 28%) y una reducción del 12% en las puntuaciones de ansiedad. También hubo disminuciones pequeñas, pero estadísticamente significativas, en las puntuaciones para el uso de DAT, la autoestima y la calidad de vida. De igual modo, hubo una reducción menor en el número de estudiantes que tenían tendencias suicidas activas en el grupo total de estudiantes.

Fuente: elaboración propia

6. DISCUSIÓN

El suicidio en jóvenes y adolescentes es una problemática real, a pesar del tabú que la rodea. Particularmente, debemos prestar atención al riesgo de suicidios en adolescentes, ya que la adolescencia es una etapa que implica una serie de cambios y desafíos que, junto a determinados factores de riesgo, pueden derivar en síntomas depresivos y hasta en conductas autolesivas.

El objetivo de este trabajo ha sido realizar una revisión de diferentes programas preventivos llevados a cabo en el ámbito educativo que pueden detectar y prevenir conductas suicidas trabajando los factores de riesgo y protección.

Es importante destacar que el riesgo de suicidio puede variar en forma e intensidad. Algunas personas en riesgo de suicidio parecen experimentar autoestima baja, inutilidad, fracaso, desasosiego, impotencia, resignación y frustración (Cañón et al., 2018). Otras personas sufren síntomas depresivos, ideación suicida, desesperanza o soledad, factores de riesgo importantes en el desarrollo de pensamientos y comportamientos relacionados con la muerte (Amaral et al., 2020). También se puede presentar distanciamiento social, tensión mental, falta de mecanismos de afrontamiento, así como carencia de estrategias de búsqueda de ayuda, sentimientos de carga, pertenencia frustrada, desesperanza (Groselli, et al., 2024 y Caezar, et al., 2017) y angustia psicológica (Baggio et al., 2022 y Hart, 2022). Incluso pueden cursar patologías más graves como sintomatología ansiosa, depresiva o experiencias psicóticas (Staines et al., 2023). Además, el consumo de drogas, alcohol y tabaco también parece estar relacionado con la conducta suicida (Silverstone, 2015).

Después del análisis de los artículos llevado a cabo, se puede concluir que los programas de prevención del suicidio basados en la evidencia y que trabajan cuestiones como las estrategias de entrenamiento de habilidades para la vida, la promoción del bienestar emocional y la reducción del estigma asociado a la salud mental, han demostrado ser eficaces para mejorar la salud mental de los adolescentes y, con ello, disminuir el riesgo de suicidio (Merry et al., 2011). Resultados de programas preventivos previos a los analizados aquí, también han mostrado que las intervenciones basadas en la educación en salud mental, la

detección temprana de señales de alerta, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y la promoción de entornos escolares seguros y de apoyo, pueden ser efectivas en la reducción de las tasas de suicidio entre adolescentes (Wyman et al., 2010; Robinson et al., 2013).

El espacio escolar es un espacio idóneo para la prevención en salud mental, ya que es donde los jóvenes permanecen más tiempo (espacio de socialización secundaria). Sin embargo, existen pocos programas específicos de prevención del suicidio que estén detalladamente referenciados, con resultados reportados en la literatura científica, y dirigidos a estudiantes de centros de educación secundaria (Cañón et al., 2018).

Para entender el potencial del espacio escolar en la implementación de este tipo de programas, debemos atender al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, que establece un marco conceptual de referencia para comprender la interacción entre los distintos niveles de influencia en la vida de los jóvenes, incluidos el microsistema (entorno inmediato), el mesosistema (interacciones entre diferentes microsistemas), el exosistema (contextos sociales más amplios que no incluyen directamente al individuo) y el macrosistema (valores sociales y culturales) (Bronfenbrenner, 1979). Si aplicamos este modelo al ámbito educativo, podemos identificar múltiples puntos de intervención para prevenir el suicidio en adolescentes, desde intervenciones individuales y grupales, hasta cambios en las políticas escolares y la cultura escolar. En este sentido, el cambio en el ambiente o en la cultura escolar en general pueden mejorar la salud mental de los estudiantes, si éstos lo perciben como un entorno seguro y de apoyo para las personas en riesgo que promueve una cultura de salud mental positiva y abierta (Silverstone et al., 2015). Además, conviene tener en cuenta que el impacto de cualquier programa preventivo es mayor si se lleva a cabo en todo un distrito escolar, más allá de institutos aislados, debido al efecto que produce el aumento de la conciencia comunitaria y el apoyo al programa por medios locales e instituciones. De hecho, la concienciación en la comunidad escolar puede que haya sido un factor clave en los cambios observados en el estudio de Silverstone et al. (2015).

Sin embargo, el trabajo con el entorno más cercano también es fundamental, y es que resulta necesario trabajar conjuntamente con el grupo de pares, la escuela, las familias y la comunidad (Cañón et al., 2018) para poder fortalecer las redes de apoyo y promover relaciones más satisfactorias y un mayor bienestar.

La percepción de apoyo juega siempre un papel importante, pero, especialmente, en esta etapa del ciclo vital. En esta línea, la intervención educativa de Hart., et al. (2020) ofreció al personal del centro educativo y a las familias formación en primeros auxilios para la salud mental de adolescentes, enfatizando la importancia de buscar la ayuda de un adulto de referencia, porque la involucración de las familias en este tipo de programas puede ser un factor que contribuya a una mejora en el estado de ánimo, la ansiedad y los pensamientos suicidas de los estudiantes (Silverstone et al., 2015).

En definitiva, el trabajo desde los factores protectores parece ser la clave, tal y como recomienda la OMS en la estrategia de prevención del suicidio (OMS, 2001). Así, el estudio de Cañón et al. (2018) plantea una intervención basada en la asertividad y la resolución de conflictos. Sin embargo, además de potenciar los factores protectores, para planificar programas de prevención, es esencial conocer los factores de riesgo asociados al suicidio y las diferentes manifestaciones de sus signos (Amaral et al., 2020). Por eso es necesario disponer de personal capacitado que pueda contribuir a su rápida detección con el fin de intervenir y reorientar al adolescente en riesgo (Cañón et al., 2018).

Como hemos visto, en la literatura se contemplan diferentes factores de riesgo asociados a la ideación y conducta suicidas en la adolescencia, destacando la depresión, desesperanza, soledad, tristeza, preocupación, ansiedad, baja autoestima, agresión de padres y amigos, mala comunicación con los padres, abuso físico en la escuela, consumo de sustancias o el conocimiento de alguien que haya intentado suicidarse (Cañón et al., 2018). También aparecen en la literatura la angustia, el pánico, conflictos y disfunción familiar, redes de apoyo social deficientes, maltrato doméstico y abuso sexual, diferentes trastornos psiquiátricos, incluso sentimientos de desesperación, inutilidad, fracaso, desasosiego, impotencia, resignación y frustración (Amaral et al., 2020). Y no conviene olvidar que algunas

variables sociodemográficas como el género también tienen su peso en este campo. Y es que, sin ir más lejos, los hombres jóvenes, por ejemplo, tienen actitudes más negativas hacia la búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental que las mujeres jóvenes (Oliver et al., 2005), en parte, debido a las normas masculinas que fomentan la supresión de las emociones y llevan a la estigmatización de la búsqueda de ayuda para problemas emocionales (Mackenzie et al., 2006). En el estudio de Groselli et al. (2024), el género también tuvo un efecto significativo en el rechazo, el miedo, las reacciones prosociales y el comportamiento de búsqueda de ayuda, con reacciones emocionales más estigmatizantes por parte de los hombres. Es por ello por lo que cada vez se reconoce más la necesidad de que las intervenciones en esta materia aborden las actitudes y normas subyacentes de los hombres, para mejorar las tasas de búsqueda de ayuda entre ellos (Calear et al., 2017).

Por otra parte, son varios los estudios (Cañón et al., 2018; Figueredo, 2020; Calear et al., 2017; Staines et al., 2023 y Silverstone et al., 2015) que han llevado a cabo cribado e identificación de grupos de riesgo antes de implementar el programa de intervención, algo que resulta crucial, ya que permite ofrecer apoyo y recursos inmediatos a los grupos que presentan necesidades específicas. De esta forma, los cribados también permiten dirigir un uso más eficiente y efectivo de los recursos, maximizando su impacto, además de ayudar en la detección de otros problemas psicológicos asociados a la ideación suicida (WHO, 2014).

En cuanto a la tipología de estrategias preventivas, tal y como se resume en la tabla 6 más arriba, cinco estudios proponen prevención primaria selectiva, es decir, dirigida a grupos considerados con mayor riesgo de suicidio (Cañón et al., 2018; Hart et al., 2020; Calear et al., 2017; Silverstone et al., 2015 y Grosselli et al., 2024). A su vez, tres estudios optaron por la prevención primaria indicada, dirigida a individuos que muestran conductas relacionadas con el suicidio (Amaral et al., 2020; Figueredo, 2020; Baggio et al., 2022), y uno de los estudios desarrolla ambas: selectiva e indicada (Staines et al., 2023).

La base de todas las estrategias preventivas es aumentar el nivel de conocimientos con el fin de aumentar la sensibilización y el conocimiento en torno al suicidio: conductas de riesgo, estrategias de prevención, signos de alarma, etc. Como se ha mencionado con

anterioridad, la desmitificación del suicidio es clave en la prevención, por eso se deben desterrar mitos e ideas equivocadas y generar conciencia y conocimiento (Figueredo, 2020), contribuyendo a que el suicidio deje de ser un tema tabú. En este sentido, la mayoría de propuestas analizadas utilizan las dinámicas de grupos para la formación en salud mental, y todas ellas parten de la desmitificación del suicidio para ampliar el conocimiento de los/as participantes en torno al tema, haciendo hincapié en los factores de riesgo y protección.

Cañón et al. (2018), Amaral et al. (2020) y Grosselli et al. (2024), tienen una perspectiva más psicológica y terapéutica. En el caso de Cañón et al. (2018), emplearon el dibujo, la expresión corporal y talleres para restablecer la autoestima, la autoimagen y el autocuidado, y crearon espacios para la reflexión y la expresión de emociones, así como para la adquisición de herramientas sociales y destrezas intelectuales para afrontar las dificultades del día a día, fortaleciendo, claramente, factores protectores. Por otro lado, Amaral et al. (2020) se enfocaron en aumentar la concienciación sobre los factores de riesgo y facilitar el intercambio de ideas y experiencias, así como en desarrollar estrategias de regulación emocional y resolución de problemas. Y en los estudios de Grosselli et al. (2024) y de Silverstone et al., (2015), las intervenciones se basaron en la terapia cognitivo-conductual para lidiar con el estrés y los síntomas depresivos. Éste y otros estudios también tuvieron como objetivo promover tanto la búsqueda como la provisión de ayuda (Baggio et al., 2022; Hart et al., 2020; Calear et al., 2017).

Por otra parte, tres de los estudios presentan programas de intervención multimodales o multicomponentes (Calear et al., 2017; Staines et al., 2023; y Silverstone et al., 2015). Y es que los programas de prevención del suicidio en entornos escolares comúnmente incluyen uno o más de los siguientes elementos (Cooper et al., 2011; Singer et al., 2019):

- Formación del personal escolar para que sea capaz de detectar riesgos y proporcionar los recursos necesarios.
- Educación sobre salud mental integrada en el proyecto educativo para los estudiantes, con el fin de aumentar sus conocimientos, desmitificar y desarrollar estrategias de ayuda.

- Detección precoz de factores de riesgo de suicidio entre los estudiantes.
- Cribado profesional del alumnado.
- Intervenciones de prevención universal, selectiva e indicada.
- Derivación a profesionales de salud mental.
- Iniciativas de apoyo comunitario.

Como decíamos, la intervención de Calear et al. (2017) es multicomponente, puesto que emplea un enfoque integral que utiliza, entre otras cosas, la psicoeducación y la concienciación, la capacitación de profesionales, la dotación de servicios de apoyo y tratamiento, así como iniciativas de apoyo comunitario. El estudio *Salvar y Empoderar a los Jóvenes en Europa* (SEYLE) de Staines et al. (2023), presenta de igual modo un enfoque integral, ya que engloba capacitación del personal educativo, intervención psicoeducativa dirigida al alumnado, cribado profesional de estudiantes y derivación a los servicios de salud mental e intervención selectiva, etc. Asimismo, el programa propuesto por Silverstone et al., (2015) también plantea un enfoque multimodal utilizando herramientas de detección, medición e intervención. Pues bien, según la literatura científica, los programas multimodales o multicomponentes pueden ser los más efectivos en la promoción de factores protectores y en la obtención de resultados positivos respecto al suicidio.

Respecto a la metodología -y como ya hemos visto de alguna manera-, varios de los programas analizados utilizan estrategias metodológicas y didácticas muy similares, como talleres, conferencias, discusiones grupales, estudios de caso, juegos de rol, cuestionarios, libros ilustrados... (Baggio et al., 2022; Hart et al., 2020; Calear et al., 2017; Staines et al., 2023).

En cuanto a los agentes implicados, algunos programas son impartidos por instructores formados, sin intervención de los docentes (Baggio et al., 2022; Hart et al., 2020), junto con el personal no docente y adultos de referencia que, en algunos estudios, recibieron formación en la materia (Calear et al., 2017; Staines et al., 2023; y Silverstone et al., 2015). Parece que figuras como las “guardianas” o los “entrenadores de resiliencia” de alguno de los

programas, consiguieron convertirse en figuras de referencia para los jóvenes, algo que se podría generalizar en los centros educativos, ya que su disponibilidad permite interacciones espontáneas y generar vínculos de apoyo (Silverstone et al., 2015). Estudios previos como el de Petrova et al. (2015) respaldan cómo el apoyo social percibido de figuras de referencia (en su caso, compañeros líderes) tuvo un impacto positivo en las actitudes de afrontamiento y en las percepciones del apoyo de los adultos.

Respecto a los resultados de las intervenciones, todos los estudios revisados mostraron efectos positivos sobre las variables relacionadas con el suicidio. Estos resultados son apoyados por estudios recientes que indican que los programas de prevención escolar son una herramienta valiosa para prevenir el suicidio entre adolescentes.

En la propuesta de Grosselli et al. (2024), los efectos a corto plazo, en general, fueron favorables: aumento en el conocimiento sobre el suicidio, actitudes adaptativas hacia el mismo, descenso del miedo hacia un compañero suicida, etc.; sin embargo, el interés por interactuar con ese mismo compañero se redujo, así como las emociones prosociales. Por otra parte, no observaron efectos en el rechazo hacia un compañero suicida ni en la intención de buscar ayuda.

Otros estudios como el de Cañón et al. (2018) o Figueredo (2020), reportan efectos positivos como el descenso del factor de riesgo suicida, la mejora de la autoestima, la asertividad o la eliminación de mitos sobre el suicidio. En la misma línea, investigaciones como las de Baggio et al., (2022), Amaral et al., (2020) y Hart et al. (2020), sugieren que los valores promedio de los síntomas depresivos, la desesperanza, el estigma y la ideación suicida disminuyeron significativamente tras sus respectivas intervenciones. Y en el caso, por ejemplo, de Baggio et al. (2022), no sólo aumentó la conciencia sobre el suicidio, sino también el conocimiento de los recursos para buscar ayuda y las habilidades de afrontamiento de los/as participantes respecto al grupo control.

Tras la intervención, los resultados del estudio de Silverstone et al. (2015) también muestran una disminución significativa en las puntuaciones de depresión y ansiedad. Además, encontraron reducciones significativas en el número de estudiantes que tenían

tendencias suicidas activas. Sin embargo, el seguimiento sólo se hizo durante tres meses, por lo que sería necesario extenderlo en el tiempo para apoyar los resultados.

A corto plazo, la intervención educativa de Hart et al. (2020) mejoró las intenciones de proporcionar primeros auxilios a compañeros con depresión y riesgo de suicidio, aumentó la confianza para ayudar a compañeros con problemas de salud mental, fomentó la disposición a comunicar estos problemas y promover la búsqueda de ayuda de un adulto o profesional de la salud, etc. Sin embargo, la retención de los conocimientos adquiridos y la reducción del estigma disminuyeron a lo largo del año, lo que indica que los estudiantes podrían beneficiarse de una breve sesión de refuerzo para evitar el efecto del tiempo. Estudios previos han comprobado que el reaprendizaje mediante intervenciones de varias sesiones es eficaz y probablemente conduzca a una retención a largo plazo de habilidades y conocimientos (Jang et al., 2021).

No obstante, algunas de las intervenciones analizadas como la de Grosselli et al. (2024), también muestran resultados positivos a medio y largo plazo en cuanto a las intenciones de búsqueda de ayuda, los factores de riesgo de suicidio y la distancia social.

Por otro lado, los resultados de la investigación de Staines et al. (2023) sugieren que un sistema de detección y derivación en dos etapas puede ser eficaz para reducir la prevalencia puntual y la incidencia de la conducta suicida y de los episodios psicóticos en jóvenes con depresión y ansiedad. Asimismo, este estudio apunta a la eficacia del cribado universal (hecho por profesionales de la salud) y de la intervención selectiva.

Vistos los resultados favorables de los estudios, es conveniente destacar sus principales limitaciones. En el estudio de Cañón et al. (2018), destacan la existencia de un tiempo demasiado limitado para la interacción con los estudiantes, carencias en la coordinación y compromiso de los profesores y equipo directivo para llevar a cabo las reuniones con alumnos y las sesiones programadas, así como recursos económicos escasos para la consecución de los talleres. Baggio et al. (2022), señalan el hecho de la diferencia de periodos de reclutamiento para los dos grupos debido a la interrupción del estudio por la pandemia de SARS-CoV-2, lo cual podría haber afectado a los resultados. Hart et al. (2020)

subrayan que una de las principales limitaciones fue la alta tasa de deserción del alumnado, acompañado de la ausencia de generalización de los resultados a otras poblaciones debido a la muestra acotada de escuelas. Grosselli et al. (2024) mencionan que las consecuencias de la pandemia del SARS-CoV2 en la salud mental pueden haber alterado los resultados de nuestra evaluación. Staines et al. (2023) subrayan como limitación el hecho de que el enfoque de intervención selectiva puede generar estigma debido a la segregación de los pares, por ello proponen una selectiva dentro de una intervención universal. Silverstone et al. (2015) ponen de relieve una posible limitación relacionada con la corta duración del estudio, de lo que se deriva la importancia del seguimiento a medio-largo plazo y los beneficios de las sesiones recordatorio. Amaral et al. (2020) señalan que la tipología del estudio cuasiexperimental hizo que no fuera posible controlar variables externas. Figueredo (2020) resalta que su estudio se limitó al principal grupo de riesgo de suicidio. En definitiva, estas limitaciones requieren investigaciones futuras que palien estos aspectos con el fin de validar sus resultados y asegurar la validez de las conclusiones de los estudios.

7. CONCLUSIONES

El suicidio de jóvenes adolescentes es un problema grave y cada vez más frecuente, influido por diferentes factores de riesgo. La adolescencia es un periodo complejo en el que los cambios propios de esa etapa del desarrollo, conjugados con una serie de factores como el aislamiento social o la baja autoestima, pueden derivar en problemas de salud mental y, en último término, en conductas autolesivas y suicidas. Es por ello por lo que esta revisión destaca la necesidad de dar respuesta a esta problemática desde un enfoque educativo y comunitario.

La revisión sistemática realizada pone de manifiesto la eficacia que pueden tener los programas psicoeducativos para la prevención de conductas suicidas y el fomento del bienestar emocional del alumnado. La clave de estos programas descansa en que su eje central es el fortalecimiento de los factores protectores, y al mismo tiempo, la minimización de los de riesgo. Así, en la medida en que las intervenciones integren la formación en salud mental (clave para la desmitificación y reducción del estigma), la utilización de “vigilantes” o “guardianes” como recursos de apoyo, el entrenamiento de habilidades para la vida (estrategias de afrontamiento, habilidades sociales, estrategias de búsqueda de ayuda y de regulación emocional, etc.), así como la detección temprana de señales de alerta, la adecuada derivación y la promoción de centros educativos seguros y de apoyo, estaremos más cerca de prevenir con eficacia el suicidio.

También conviene subrayar que los programas con enfoque multimodal o multicomponente, han demostrado ser particularmente efectivos. Abordar el suicidio desde varios ángulos, combinando detección, cribados y derivación con psicoeducación, formación de profesionales, dotación de servicios de tratamiento, seguimiento y coordinación con el sistema de salud y el apoyo comunitario, entre otros, son esenciales para su éxito.

Por otra parte, hay evidencias que abalan la idoneidad del entorno educativo como espacio para la implementación de esta tipología de programas. Sin embargo, resulta clave entender los distintos niveles de influencia que interactúan en la vida de los adolescentes

para implicar en las intervenciones a los pares, a las familias y, en general, a las figuras de referencia, creando una conciencia comunitaria esencial para fortalecer las redes de apoyo y mejorar el bienestar psicosocial de los jóvenes. En este sentido, encontramos evidencias que apoyan que la concienciación en la comunidad escolar puede resultar un factor clave en la efectividad de los programas. Bajo esta óptica, sería conveniente promover un ambiente y cultura escolares que favorezcan la percepción, por parte del alumnado, de un entorno seguro, abierto y de apoyo.

Para que esto sea posible, es necesario informar y capacitar a todo el personal del centro educativo, docentes y no docentes, así como a las familias, medios de comunicación e instituciones sociales más próximas. Sin embargo, actualmente, en los centros educativos no suelen tratarse estos temas vinculados a la salud mental en los planes de estudios, y tampoco cuentan con los profesionales necesarios. Es por ello por lo que este cambio de cultura escolar supone también la implementación de políticas y legislación que promuevan la salud mental y prevengan el suicidio.

En esta línea, en España urge la elaboración de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio que permita el desarrollo de estrategias eficaces en todo el territorio. Y para ello es necesario investigar los diferentes programas preventivos implementados, evaluando sus fortalezas y debilidades, una investigación necesaria para comprender y, finalmente, atajar el problema dramático del suicidio. Ese ha sido el propósito de este trabajo.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Amador Rivera, G. H. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Rodríguez (Eds.), *Manual de suicidio* (pp. 23-46). Ediciones Pirámide.
- Aranguren, M. (2009). *Modelos teóricos de comprensión del suicidio*. En J. M. Serrano y F. Rodríguez (Eds.), *Manual de suicidio* (pp. 23-46). Ediciones Pirámide.
- Asberg, M. (1990). *Biología de las conductas suicidas*. Psiquiatría biológica. Masson, SA.
- Aseltine, R. H., James, A., y Schilling, E. A. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7(1), 161.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2011). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida i. Evaluación y tratamiento*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(112), 820-821.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M., y Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars médica.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., y Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 25-33.
- Brent, D. A., y Melhem, N. M. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics*, 31(2), 157-177.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., y Brent, D. A. (2014). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 337-352.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Borowsky, I. W., Ireland, M., y Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485-493.
- Casañas, R., y Lalucat, L. (2018). Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. *Revista de estudios de Juventud*, 121(1), 117-132.

- Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., y Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience letters*, 693, 29-34.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *Suicide Prevention*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/suicide/index.html>
- Cooper, G. D., Clements, P. T., Holt, K. E., y Emslie, G. J. (2011). Adolescent suicide prevention in a school setting: Use of a screening questionnaire. *Archives of Suicide Research*, 15(3), 215-226. doi:10.1080/13811118.2011.589372.
- Cutler, D. M., Glaeser, E. L., y Norberg, K. E. (2001). Explaining the Rise in Youth Suicide. *National Bureau of Economic Research*. <https://www.nber.org/papers/w7713>
- Daray, F. M., Grendas, L., y Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba*, 73(3), 205–211. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v73.n3.12457>
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Fondo de Cultura Económica.
- Durkheim, E. (2015). *El suicidio: un estudio de sociología*. Ediciones Akal. <https://elibro-net.ponton.uva.es/es/lc/uva/titulos/49723>
- Fernández López, M. P. (2009). El concepto de anomia de Durkheim y las aportaciones teóricas posteriores. *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4(8), 130-147.
- Fonseca, R. H., García, J. B., y García, M. B. L. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, (3), 309-412.
- Gallardo, Iris, Leiva, Loreto, y George, Myriam. (2015). Evaluación de la Aplicación Piloto de una Intervención Preventiva de Salud Mental en la Escuela: Variaciones en la Desadaptación Escolar y en la Disfunción Psicosocial Adolescente. *Psykhé (Santiago)*, 24(2), 1-13. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.24.2.649>
- George Lara, M., Guzmán Piña, J., Flotts De Los Hoyos, M., Squicciarini Navarro, A. M., & Guzmán Llona, M. P. (2012). Salud mental en escuelas vulnerables: evaluación del

- componente promocional de un programa nacional. *Revista de Psicología*, 21(2), 55-81.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (2022). *Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025*.
- Girard, G. (2017). El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(2), 22-31.
- Gómez-Robledo, L., Valero-Juan, L. F., y Algora-Donderis, I. (2015). Estudio descriptivo de la mortalidad por suicidio en la Comunidad Autónoma de Castilla y León en el periodo 2000-2012. *Revista Española de Salud Pública*, 89, 647-655.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., y Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.C>
- Gould, M. S., Lake, A. M., & Galfalvy, H. (2018). The epidemic of youth suicide is not inevitable: lessons learned from the national epidemic of youth suicide. *Current Psychiatry Reports*, 20(10), 1-8.
- Hawton, K., y van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
- Hernández Soto, Pedro Antonio, & Villarreal Casate, Reinaldo Enrique. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*, 19(8), 1051-1058. Recuperado en 29 de mayo de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014&lng=es&tlng=es.
- Huang, Y., y Alessandrini, M. (2019). School climate and adolescents' mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 74, 101785.
- Instituto Nacional de Estadística. (2023, 19 de diciembre). Defunciones según la Causa de Muerte - Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre 2023 [Nota de prensa]. https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf

- Instituto de Estadística de Castilla y León. (2019). *Estadísticas de mortalidad en Castilla y León*. Junta de Castilla y León. <https://estadistica.jcyl.es/web/es/estadisticas-temas/defunciones-causa-muerte-2019.html>
- Jang, K., Kim, S. H., Oh, J. Y., y Mun, J. Y. (2021). Effectiveness of self-re-learning using video recordings of advanced life support on nursing students' knowledge, self-efficacy, and skills performance. *BMC nursing*, 20, 1-10.
- Jiménez Treviño, L., García-Portilla González, M.P., Sáiz Martínez, P.A. y Bascarán Fernández, M.T. (2004). Factores sociodemográficos. En Bobes, J. ((Ed.), *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento* (pp. 71-90) *Barcelona: Ars médica*.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kessler, R. C., Borges, G., y Walters, E. E. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de intentos de suicidio a lo largo de la vida en la Encuesta Nacional de Comorbilidad. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 617-626.
- Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8 (2), 114-129.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Kral, M. J. (1998). Suicide and the internalization of culture: Three questions. *Transcultural psychiatry*, 35 (2), 221-233.
- Lorant, V., Kunst, A. E., Huisman, M., Bopp, M., y Mackenbach, J. (2005). A European comparative study of marital status and socio-economic inequalities in suicide. *Social Science & Medicine*, 60(11), 2431-2441. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.021>
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., y Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging and mental health*, 10 (6), 574-582.

- Mann, J. J., Arango, V., Marzuk, P. M., Theccanat, S., Reis, D. J., y Ann. E. Maltzberger. (1999). Evidence for the 5-HT hypothesis of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 56 (7), 609-614.
- Marco, R. G., Benítez, M. H., y Morera, A. L. (2012). Conducta suicida en trastornos de personalidad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8 (3).
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold- Iverson, T., Bir, J. J., y McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- Miller, M., y Hemenway, D. (1999). The relationship between firearms and suicide: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 4 (1), 59-75.
- Milner, A., Page, A., y LaMontagne, A. D. (2013). Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8 (1), e51333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333>
- Molina, D. A. (2020). Terapia Ocupacional en promoción de salud mental en contextos educativos vulnerables. *Contexto*, (6), 13-41.
- Moloney, P. (2018). La salud mental y el estigma en Europa. *Mens Project Policy Papers*, 75-87.
- Montoya Agudelo, M. (2012). Un breve recorrido histórico por algunas significaciones socio-culturales del suicidio como construcción social. *Poiésis*, 8(16). <https://doi.org/10.21501/16920945.266>
- Moron, P. (1987). *El Suicidio* (Vol. 11). Publicaciones Cruz O., SA.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154.
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., y Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 297-301.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

- Papadimitriou, A., Smith, J., y Johnson, M. (2023). Polygenic inheritance and environmental interactions. *Journal of Genetics and Genomics*, 45 (2), 123-145.
- Pedreira-Massa, J. L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24(3)
- Pérez-Rodríguez, M. M., Fernández-Navarro, P., García-López, M. Á., DeSousa Machado, S., Méndez-Abad, M., Del Río Lozano, M., y Martínez-Sánchez, J. M. (2018). Epidemiology of suicide in Spain: sociodemographic, temporal, and geographic variations. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e201802014.
- Petrova, M., Wyman, P. A., Schmeelk-Cone, K., y Pisani, A. R. (2015). Positive-themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: Proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45 (6), 651-663.
- Pineda-Roa, C. A. (2019). Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48 (1), 2-9.
- Picazo Zappino, Julia (2017): El suicidio actual. Madrid. Editorial EOS. pp. 256. ISBN-13: 978-8497277013. *Cuadernos de trabajo social*, 35(1), 105-106.
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., y O'Brien, M. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behaviour in young people. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(3), 164–182.
- González-Sancho, R y Picado Cortés, M. (2020). Revisión sistemática de literatura sobre suicidio: factores de riesgo y protectores en jóvenes latinoamericanos 1995-2017. *Actualidades en Psicología*, 34(129), 47-69. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.34298>
- Ruiz, A. S. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) Aproximación al documento y valoración crítica. *Revista clínica contemporánea*, 13 (e7), 1-9.

- Serrano Ruiz, C. P., y Olave Chaves, J. A. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes.
- Shneidman, E., y Shneidman, S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Simó-Noguera, C., Hernández-Monleón, A., Muñoz-Rodríguez, D., y González-Sanjuan, M. (2015). El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 151 (1), 141-165.
- Singer, J. B., Erbacher, T. A., y Rosen, P. (2019). School-based suicide prevention: A framework for evidence-based practice. *School Mental Health*, 11 (2), 219-232. doi:10.1007/s12310-018-9281-8.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., y McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374 (9686), 315-323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)
- Sufrate-Sorzano, T., Jiménez-Ramón, E., Garrote-Cámara, M. E., Gea-Caballero, V., Durante, A., Juárez-Vela, R., y Santolalla-Arnedo, I. (2022). Health plans for suicide prevention in Spain: A descriptive analysis of the published documents. *Nursing reports*, 12 (1), 77-89.
- Urrutia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135 (11), 507-511.
- Värnik, A. (2012). Suicide in the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9 (3), 760-771.
- World Federation for Mental Health (2019). *Young people and mental health in a changing world*.
- World Health Organization. (2019). Suicide worldwide in 2019: Global health estimates.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO.Press.
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., ... y Wang, W. (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention

program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American journal of public health*, 100 (9), 1653-1661.

Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., y Pena, J. B. (2010). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (5), 697– 709.

9. ANEXOS

ANEXO 1

Lista de verificación para revisiones sistemáticas. CASP (2023)

Papel de valoración y referencia: TRATAMIENTO CONGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Sección A: ¿Son válidos los resultados de la revisión?

1. ¿La revisión abordó una pregunta claramente enfocada?
- | | |
|-----------|-------------------------------------|
| Sí | <input checked="" type="checkbox"/> |
| No consta | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: El problema sujeto de estudio está enfocado en términos de:

- la población estudiada: estudiantes universitarios/as
- la intervención dada: terapia cognitivo conductual online o presencial
- el resultado considerado: efectividad del tratamiento

2. Did the authors look for the right type of papers?
- | | |
|-----------|-------------------------------------|
| Sí | <input checked="" type="checkbox"/> |
| No consta | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: Los estudios abordan la pregunta de la revisión. Tienen un diseño de estudio apropiado, pues son ensayos clínicos aleatorizados porque evalúan intervenciones.

¿Merece la pena seguir?

3. ¿Cree que se incluyeron todos los estudios importantes y relevantes?
- | | |
|-----------|-------------------------------------|
| Sí | <input checked="" type="checkbox"/> |
| No consta | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: Los estudios incluidos fueron resultado de una búsqueda en las bases de datos: PubMed y Scielo. Se incluyeron estudios en español y en inglés.

4. ¿Los autores de la revisión hicieron lo suficiente para evaluar la calidad de los estudios incluidos?
- | | |
|-----------|-------------------------------------|
| Sí | <input checked="" type="checkbox"/> |
| No consta | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: Se considera que los estudios identificados tienen rigor científico.

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?
- | | |
|-----------|-------------------------------------|
| Sí | <input checked="" type="checkbox"/> |
| No consta | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: Los resultados fueron similares en 7 de los 10 estudios que demostraban la efectividad del tratamiento. Los resultados de todos los estudios incluidos se muestran claramente. Se discuten las razones de cualquier variación en los resultados y se analizan las limitaciones.

Sección B: ¿Cuáles son los resultados?

6. ¿Cuáles son los resultados generales de la revisión?

Comentarios: Los resultados finales de la revisión están claros.

7. ¿Qué precisión tienen los resultados?

Comentarios:
Los intervalos de confianza se encuentran en el 95%.

Sección C: ¿Ayudarán los resultados a nivel local?

8. ¿Se pueden aplicar los resultados a la población local?	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>
	No consta	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

Comentarios: Los pacientes cubiertos en la revisión no son muy diferentes a la población, por lo tanto, sí se pueden generalizar y aplicar a la población local.

9. ¿Se consideraron todos los resultados importantes?	Sí	<input type="checkbox"/>
	No consta	<input checked="" type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

Comentarios

10. ¿Los beneficios valen los daños y costos?	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>
	No consta	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

Comentarios: Los beneficios de la aplicación de la terapia estudiada tienen gran eficacia para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y se plantean como un tratamiento que mejorará la accesibilidad a los pacientes al tratamiento salvando muchas limitaciones de la población estudiada como son los costos económicos o las listas de espera. También se plantea como estrategia de prevención.