



Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos

La conducta suicida es un problema social y sanitario en la juventud. El objetivo de este trabajo es realizar una breve introducción a la conducta suicida focalizando el discurso en pautas de prevención para familias y centros educativos. En primer lugar se realiza una delimitación conceptual de la conducta suicida, se comentan los principales mitos asociados a este fenómeno así como las tasas de prevalencia y el impacto que ocasiona a múltiples niveles. A continuación se aborda la prevención de la conducta suicida en la juventud. Concretamente se identifican los principales factores de riesgo y protección, se aborda la importancia de la identificación y detección precoz mediante herramientas de cribado y se comentan pautas específicas para actuar ante situaciones de riesgo tanto en el ámbito familiar como escolar. También se discute la necesidad de girar hacia modelos de promoción de la salud mental en la juventud, yendo más allá de la prevención. Finalmente, se concluye, a modo de recapitulación, con una serie de mensajes clave.

Palabras clave: Suicidio, jóvenes, juventud, prevención, salud mental.

1. Introducción

La salud se define como un estado de bienestar físico, mental y social, no solo como la ausencia de enfermedad⁽¹⁾. La salud mental es, sin lugar a dudas, un requisito sin el cual la vida pierde gran parte de su sentido, y que tiene sus raíces y su fundamento precisamente durante la infancia y la juventud (Fonseca-Pedrero, 2017). Por ende, el bienestar emocional, además de un derecho, es un componente esencial en la salud de nuestros jóvenes, hasta tal punto que se podría sentenciar que: “No hay salud, sin salud mental”.

Las dificultades en el ajuste socio-emocional se encuentran entre los principales problemas que refiere la juventud de nuestra sociedad (Ortuño-Sierra, Aritio-Solana, y Fonseca-Pedrero, 2018; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, y Rohde, 2015). Los trastornos mentales ya se encuentran entre las primeras causas de discapacidad asociada y de carga de enfermedad en el grupo de edad de 10 a 24 años (Gore et al., 2011). Por ejemplo, la depresión y el suicidio, se han convertido en un problema socio-sanitario de primer orden a nivel mundial. Estos datos resultan tanto más preocupantes cuando se conocen las predicciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera que en el año 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Obviamente, no se quiere ser alarmista, ni asociar los problemas mentales necesariamente con la juventud o a estigma y tabú; no obstante, se considera que estos hallazgos, replicados sistemáticamente en diferentes países, invitan sin lugar a dudas, a una reflexión de fondo y a implementar una verdadera estrategia nacional de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

⁽¹⁾
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

El impacto que ocasionan las dificultades de ajuste psicológico en los jóvenes, en las familias, así como en el entorno cercano y la sociedad es evidente, por lo que parece lógico afirmar que todas las actuaciones que se lleven a cabo con la finalidad de comprender y mejorar esta situación son ineludibles. Este trabajo pretende abordar el tópico de la conducta suicida en la juventud, focalizando el discurso en pautas de prevención para familias y centros educativos. El objetivo es realizar una breve introducción al tópico que permita al lector disponer de información actual y veraz, así como de herramientas y estrategias que ayuden a la prevención (universal, selectiva e indicada). Los familiares y los centros educativos tienen que estar formados, informados, sensibilizados y concienciados ante este fenómeno. Bajo nuestro punto de vista es esencial *conocer para actuar*. La formación adecuada de la población, en esta temática, puede ayudar a salvar vidas. Ya lo decía Nelson Mandela: “la educación es el arma más poderosa que tenemos para cambiar el mundo”.

Debido al reducido espacio editorial, aquellos lectores interesados en profundizar en la materia les recomendamos consultar excelentes trabajos previos (Anseán, 2014; Ayuso-Mateos et al., 2012; Cutcliffe et al., 2014; Hawton, Saunders, y O’Connor, 2012; Navarro-Gómez, 2017; OMS, 2014; Sáiz y Bobes, 2014; Turecki y Brent, 2016), páginas web (<https://www.fsme.es/>, <https://www.redaipis.org/>, <https://suicidologia.jimdo.com/>), apps (<https://www.prevensuic.org/>), guías o protocolos de actuación (<https://www.redaipis.org/familiares/>). Son de sumo interés, bajo nuestro modesto punto de vista, las guías desarrolladas por la Comunidad de Madrid para la prevención del suicidio⁽²⁾ o la guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida Ministerio Español de Sanidad, Política Social e Igualdad⁽³⁾.

2. La conducta suicida en la juventud: delimitación conceptual, mitos, prevalencia e impacto.

En los albores de siglo XXI, muchas cuestiones relacionadas con los problemas de salud mental permanecen todavía en la penumbra y continúan sin respuesta; entre ellas destaca, sin lugar a dudas, la conducta suicida. Etimológicamente suicidio (*sui*: “sí mismo”; *caedere*: “matar”) es el acto de provocarse a sí mismo la muerte, de forma intencional. La conducta suicida, según su naturaleza, tiene diferentes manifestaciones (véase Figura 1). Dichas expresiones oscilan desde la ideación suicida, pasando por la comunicación suicida, hasta llegar al acto suicida. Digno de mención es que a medida que se asciende en estas expresiones de la conducta suicida el nivel de riesgo es mayor (Anseán, 2014).

La conducta suicida es un fenómeno complejo, multidimensional y multicausal, que está rodeado de estigma y tabú.

Primero, su delimitación, abordaje, tratamiento y prevención no es una cuestión baladí, ni tiene una fácil respuesta. No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. En la compleja interacción dinámica que se establece entre los factores biológicos, psicológicos y sociales está la solución. Además, uno se puede acercar a su estudio y comprensión de los parámetros que lo determinan desde diferentes ópticas y ángulos (p.ej., familiares, personas afectadas, profesionales, educadores, asociaciones, etc.).

Segundo, este fenómeno tiene múltiples caras (expresiones) que no solo se restringen al suicidio consumado (Figura 1).

(2) http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354398844851&language=esypagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenido&Finalyest=1354398844851

(3) http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_comp1.pdf

Figura 1. Expresiones, según su naturaleza, de la conducta suicida



Nota. Tomado y modificado de Anseán (2014).

Tercero, la conducta suicida está rodeada de estima, tabú y mitos. Los mitos son concepciones erróneas sin veracidad científica basadas en creencias y juicios de valor equivocados. En la Tabla 1 se recogen algunos de los principales mitos asociados a este fenómeno así como las evidencias científicas que los desmienten y las recomendaciones que se derivan de tales evidencias. Es necesario romper estas creencias infundadas asociadas al suicidio. Las personas (alumnos, padres, profesores, etc.) tienen que ser conocedoras y plenamente conscientes de estos mitos para que puedan ser mitigados y/o eliminados y, de esta forma, mejorar la visión y comprensión de la conducta suicida y que no supongan un óbice para desarrollar actuaciones e intervenciones que ayuden a afrontar eficazmente este problema. Esta cuestión no se debe dejar al albur, pues debido a la estigmatización asociada a los trastornos mentales y al suicidio, muchas personas sienten que no pueden pedir ayuda (OMS, 2014), con las consabidas consecuencias negativas que se derivan a múltiples niveles.

Tabla 1. Mitos asociados a la conducta suicida

Denominación
<p>Mito 1: Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse, puede incitarle a hacerlo.</p> <p><i>Evidencia</i> Está demostrado que preguntar y hablar con la persona sobre la presencia de pensamientos suicidas, disminuye el riesgo de cometer el acto.</p> <p><i>Recomendación</i> Preguntar y escuchar a la persona en riesgo sobre sus pensamientos y emociones relacionadas con la conducta suicida aliviará su tensión. Es muy importante que adoptemos una disposición de escucha auténtica y respeto, lo que le indicará que nos preocupa y que deseamos ayudarlo. Discutir o minimizar estas ideas es una actitud equivocada.</p>
<p>Mito 2 : La persona que expresa su deseo de acabar con su vida nunca lo hará</p> <p><i>Evidencia</i> Con frecuencia, la mayor parte de las personas que han intentado suicidarse, previamente expresaron su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.</p> <p><i>Recomendación</i> Estas verbalizaciones nunca deben ser consideradas como un alarde, chantaje o manipulación de la persona para la obtención de un fin determinado.</p>
<p>Mito 3: La persona que se quiere suicidar no lo dice.</p> <p><i>Evidencia</i> De cada diez personas que se suicidan, nueve expresan claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida. Es importante saber que sólo un escaso número de suicidios se produce sin aviso. La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones.</p> <p><i>Recomendación</i> Es muy importante que si detectamos que la persona se encuentra en una situación de riesgo suicida le preguntemos sobre ello. Por consiguiente, deben tomarse en serio todas las amenazas de autolesión.</p>

Mito 4: El suicidio es impulsivo y la mayoría de los suicidas no avisa.

Evidencia

El suicidio puede ser el resultado de un acto impulsivo repentino o de una planificación muy cuidadosa. En ambos casos, casi siempre existen signos directos o indirectos, verbales o no verbales, pistas o advertencias de riesgo suicida.

Recomendación

Es erróneo pensar que no podemos hacer nada para prevenir la conducta suicida. El suicidio y/o sus intentos, en muchas ocasiones, se puede prevenir y es por ello muy importante que aprendamos a detectar las señales de alerta de riesgo inminente, y que conozcamos cuáles son los factores que reducen o incrementan su aparición.

Mito 5: Solo las personas con problemas graves se suicidan.

Evidencia

El suicidio es multicausal. Muchos problemas pequeños pueden llevar al suicidio, además, lo que para unos es algo nimio, para otros puede ser algo catastrófico.

Recomendación

Valorar, desde nuestro punto de vista, lo que para otros puede ser grave o menos grave, puede llevar a que infravaloremos el dolor que les puede causar.

Nota. Tomado de "Guía para la detección y prevención de la conducta suicida" de la Comunidad de Madrid.

La conducta suicida es un problema de salud pública. Se sitúa entre una de las causas principales de años de vida perdidos por muerte prematura y años vividos con discapacidad (Catalá-López et al., 2013; OMS, 2014). La tasa mundial de suicidio en el año 2012 fue de 11,4 por 100.000 habitantes. Más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que representa, por término medio, una muerte cada 40 segundos. Concretamente, el suicidio consumado es, a nivel mundial, la segunda causa de muerte entre adolescentes y jóvenes adultos de entre 15 y 29 años. En el año 2020, según las estimaciones de la OMS, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio. El objetivo de la OMS, publicado en su informe "Prevención del suicidio: un imperativo global"⁽⁴⁾, es reducir estas tasas para el año 2020 un 10%.

En España, en el año 2015, las muertes registradas por suicidio fueron un total de 3.602, mientras que las muertes por tráfico fueron 1.880. En 2013 se quitaron la vida en España 3.870 personas, la cifra más alta de los últimos 25 años. En nuestro país las tasas de suicidio consumado, dependiendo del año, oscilan aproximadamente entre 7-8 suicidios por cada 100.000 habitantes. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2013), en el año 2013, 310 niños y jóvenes menores de 30 años se quitaron la vida. En este año un 16,36% de los jóvenes fallecieron por esta causa, superado únicamente por las causas externas de mortalidad (48,37%) y los tumores (19,29%), es decir, es la tercera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años. Según el trabajo de Navarro-Gómez (2017), donde se analizó las tasas de suicidio por comunidades, se encontró que la tasa más elevada fue en Galicia (7,16 suicidios por cada 100.000 jóvenes), seguida de Navarra, La Rioja y Ceuta. Las cifras están ahí, dejamos al lector su interpretación y reflexión sobre el calado del problema.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que el impacto de esta problemática no se reduce únicamente a las tasas de prevalencia de suicidio consumado, sino también a la ideación suicida o a los intentos de suicidio. La prevalencia vital de ideación suicida en España es del 7,8% mientras que para los intentos de suicidio es del 1,8% (Bernal et al., 2007). En población adolescente la prevalencia de ideación suicida es del 32,3%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio es del 4,2% (Bousño et al., 2017; Carli et al., 2014), cierto es que estas tasas varían considerablemente entre estudios. En un reciente estudio realizado por nuestro grupo de investigación donde se analizó la prevalencia de la ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles, se encontró que aproximadamente un 4% de la muestra indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida

⁽⁴⁾
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/

(el 3,2% de los hombres y el 4,9% de las mujeres). Un 2,2% de la muestra presentó un riesgo elevado de conducta suicida. No se encontraron diferencias en función de la edad, si bien es cierto, que sí en función del género, donde las mujeres refirieron mayores puntuaciones en ideación suicida respecto a los hombres (Fonseca-Pedrero et al., 2018).

La literatura previa indica que, aproximadamente, por cada persona que se suicida hay unas 20 tentativas de suicidio al año en el mundo. Una persona con historia previa de conductas autolesivas tiene casi 25 veces más probabilidades de morir por suicidio que la población general (Ayuso-Mateos et al., 2012). Un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio consumado en la población general (OMS, 2014). En concreto, los hombres muestran un mayor número de conductas suicidas consumadas que las mujeres (una ratio de 3:1 en países desarrollados), si bien la ratio de tentativa de suicidios es de 1:3 a favor de las mujeres.

Las consecuencias asociadas a la conducta suicida tampoco se restringen únicamente al propio fenómeno sino que tiene repercusión en otras esferas de la vida de los jóvenes e impacta a múltiples niveles. En este sentido, una amplia diversidad de trabajos científicos muestran, de forma consistente, que aquellos adolescentes que presentan comportamientos suicidas, en cualquiera de sus expresiones, refieren, entre otros, un mayor número de problemas emocionales y conductuales, mayor consumo de sustancias, peor calidad de vida, peores niveles de apoyo social percibido, peor autoestima, menor comportamiento prosocial y más conductas de riesgo e impulsividad (p.ej., Hawton et al., 2012; Turecki y Brent, 2016). Por ejemplo, en el estudio de Fonseca-Pedrero et al. (2018), aquellos adolescentes que fueron considerados de posible riesgo de conducta suicida también informaron de mayores dificultades emocionales y comportamentales así como de peores niveles de bienestar emocional y satisfacción con la vida (indicadores indirectos de calidad de vida), respecto al grupo de comparación. Esto es, nuestros jóvenes, incluso cuando no han realizado una tentativa de suicidio, refieren también otro tipo de problemáticas a nivel psicológico, interpersonal, social, académico, e incluso de salud física. En suma, las diferentes expresiones de la conducta suicida ocasionan un claro impacto a nivel personal, familiar, educativo, social y sanitario.

3. Prevención de la conducta suicida en la juventud

La prevención de la conducta suicida es, por el momento, una necesidad no cubierta en nuestro país (Sáiz y Bobes, 2014), si bien es cierto que el panorama está cambiando de forma paulatina. Prueba de ello es el surgimiento de numerosos informes, manuales, guías, programas y recomendaciones que han incorporado la prevención de la conducta suicida (p.ej., O'Connor, Platt, y Gordon, 2011). En la actualidad es una de las líneas estratégicas dentro de los programas de salud mental de las Comunidades Autónomas, del plan nacional de salud mental y el plan de acción de salud mental de la OMS 2013-2020.

La identificación y detección temprana y el posterior manejo eficaz son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesitan. La reducción de las alarmantes tasas de prevalencia y de los costos asociados pasa, entre otros aspectos, por diseñar e implementar estrategias de prevención (Anseán, 2014). Para una adecuada prevención básicamente es necesario: a) la detección e identificación del caso, por lo

que es preciso disponer de herramientas que permitan una evaluación fiable y válida de la conducta suicida; b) implementar tratamientos profilácticos eficaces empíricamente validados. Tanto en la evaluación como en la intervención, cuanto antes mejor.

Obviamente en la prevención de este fenómeno también ayuda la educación y formación de la sociedad y sus diferentes entes, como por ejemplo, evitando las creencias infundadas y mitos (comentadas anteriormente), reduciendo el estigma asociado, conociendo los diferentes factores de riesgo y protección o identificando las posibles señales de alarma.

Identificación de factores de riesgo, de protección y desencadenantes de la conducta suicida

Una gran variedad de estudios científicos han demostrado que existen una serie de factores sociales, familiares y personales que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de aparición de los pensamientos, intentos y/o conductas suicidas (p.ej., Anseán, 2014; O'Connor et al., 2011;OMS, 2014). Cuando están asociados con el incremento de la probabilidad de una conducta suicida se les conoce como factores de riesgo, mientras que si están relacionados con una disminución de la probabilidad son conocidos como factores protectores. Cuando hablamos de factores precipitantes hacemos referencia al acto previo que causa o provoca el fenómeno determinado, en este caso, el suicidio. Existe una relación directa entre el factor y la génesis inmediata de un suceso. Un resumen de los principales factores de riesgo, de protección y desencadenantes se recoge en la Tabla 2.

Es digno de mención que ni los factores de riesgo ni los de protección garantizan el comportamiento final del joven (p.ej., suicidio consumado). El razonamiento, a priori, parece sencillo: cuántos más factores de protección concurren en una misma persona y menos factores de riesgo, a nivel teórico, menor será la probabilidad de realizar una conducta suicida. Es importante dejar constancia que nuestra función en este apartado será doble, por un lado, identificar estos factores de riesgo y señales de alarma para minimizarlos, eliminarlos o de derivar a la persona a un experto en salud mental, y por otro, promover, potenciar y reforzar los factores de protección.

Señales de alarma de la conducta suicida

La detección de los signos de alarma nos permite actuar antes de que el problema se vuelva más grave y prevenir de esta forma la progresión del malestar y con ello, la posible conducta o intento de suicidio. Como se comentó en la Tabla 1, entre un 70 y 80% las personas con intentos de suicidio avisan o dejan señales antes de hacerlo. Es por ello que la identificación de estas señales de alarma, junto con los factores de riesgo, es un elemento esencial para la prevención.

Algunas señales de alerta que se pueden observar y concurren en la mayoría de los casos están relacionadas con la visión negativa de la vida, del futuro y de uno mismo (p.ej., desesperanza, baja autoestima, etc.).

Los intentos previos de suicidio y los antecedentes de familiares con intentos o ideación suicida, se consideran también una potente señal de alarma y un factor de riesgo importante.

Tabla 2. Resumen de los principales factores de riesgo, protección y precipitantes de la conducta suicida

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

Nota. Para una revisión más exhaustiva consultar trabajos previos, por ejemplo, Anseán, 2014; Ayuso-Mateos et al., 2012; Cutcliffe, et al. 2014; Hawton et al., 2012; OMS, 2014; Turecki y Brent, 2016.

Ciertos cambios en el comportamiento del adolescente que pueden ser señal de alarma. Algunos a comentar son: marcada caída en el rendimiento en el colegio, preocupación o síntomas de ansiedad inusuales por temas cotidianos, quejas somáticas, cambios en los hábitos de sueño y/o alimentación, dificultades de concentración, síntomas depresivos, cambios de humor, uso repetido de alcohol y drogas.

La mitad de los adolescentes que se suicidan provienen también de familias con padres divorciados, con historial de suicidio (del 2 al 30% de los casos), problemas mentales, principalmente depresión en padre o madre (15%- 47%), abuso de drogas en la familia (16%-35%) y discordancia en las relaciones entre padres e hijos.

Otra señal de alarma o factor de riesgo importante al hacer referencia a la población general es que en un 90% de los casos nos encontramos con un factor común entre las personas que consuman el suicidio: la presencia de trastornos psicológicos.

Conocer estas señales nos permite prevenir y activar un plan de acción de forma prematura para frenar el proceso y mejorar el bienestar emocional.

Evaluación de la conducta suicida

Como se ha comentado, la prevención de la conducta suicida pasa por la detección e identificación precoz de un posible caso o jóvenes considerados como de riesgo así como la posterior intervención temprana eficaz (si fuera necesaria). La demora en la identificación y detección temprana de aquellos adolescentes se suele asociar, entre otros aspectos, con una peor evolución o peor pronóstico a corto, medio y largo plazo. Cuando antes se detecte, identifique y se intervenga de forma eficaz, mejor.

En la literatura existen numerosas herramientas de cribado de la conducta suicida y fenómenos relacionados (Ayuso-Mateos et al., 2012; Batterham et al., 2015). Aquí se ha optado por presentar una herramienta de cribado sencilla, breve y útil, la Escala Paykel de ideación suicida (Paykel, Myers, Lindenthal, y Tanner, 1974), que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en jóvenes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2018).

Tabla 3. Escala Paykel de Ideación Suicida (Paykel et al., 1974)

Escala Paykel de Ideación Suicida		
Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante los últimos 6 meses		
¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

Nota. Esta escala puede ser utilizada como herramienta de cribado del posible riesgo de conducta suicida, nunca como diagnóstico. Para una adecuada valoración del riesgo de conducta suicida es necesario el análisis de otros factores (p. ej., vulnerabilidad, historia previa, consumo de sustancias, estrategias de afrontamiento, etc.), analizados desde una perspectiva biopsicosocial y multidimensional, así como el juicio clínico de un experto en salud mental (psicólogo o psiquiatra). El intervalo temporal puede estar referido también al último año.

Pautas de prevención para familiares y centros de educativos

En el campo de la prevención del suicidio se disponen de programas empíricamente validados con resultados positivos, p. ej., los programas de prevención escolares muestran una reducción tanto en la frecuencia de intentos como en la intensidad de la ideación suicida (Zalsman et al., 2016), siendo digno de destacar aquí el programa SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) (Wasserman et al., 2015).

En las Tablas 4 y 5 se pueden encontrar diferentes pautas de prevención, de forma resumida, de la conducta suicida tanto para centros escolares como familiares.

Más allá de la prevención: hacia un modelo de promoción de la salud mental

Aunque se ha abordado la prevención de la conducta suicida lo cierto es que el esfuerzo se debería destinar más bien a la promoción de la salud mental general. Aunque el refranero popular sentencia “más vale prevenir que curar”, lo cierto es que el dicho sería más correcto si fuera “más vale promocionar que curar”. De acuerdo con la OMS (2005), actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y

Tabla 4. Pautas de prevención para centros educativos

Permitir que el alumno afectado se exprese y encuentre un lugar y una persona con la que poder comunicarse abiertamente.

Crear y supervisar redes de apoyo entre los pares para ayudar a aquellos alumnos que se encuentran en situación de riesgo.

Realizar actividades en el aula dirigidas a fomentar el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo de situaciones de crisis, formación en habilidades sociales y mejora de la autoestima.

Formación sobre el suicidio para familiares, compañeros, profesores y alumnos en situación de crisis. Conocer las señales de alarma es una herramienta poderosa para lograr hacer efectiva la prevención

Trabajo multidisciplinar entre servicios de emergencia, familias y/o profesionales especializados. Comunicación y trabajo en equipo para mejorar la situación de crisis y lograr la prevención de la conducta suicida.

Tabla 5. Pautas de prevención para familias

Mantener la calma y lograr una actitud de escucha, diálogo y comprensión con los hijos.

Permitir que hablen y expresen sobre cómo se sienten, simplemente escuchar. Tomarlos en serio y respetarlos.

Acudir o pedir asesoramiento a los servicios especializados para lograr un trabajo multidisciplinar.

Intentar que se mantengan físicamente activos, que sigan un patrón de alimentación sano y cumplir una rutina de sueño y descanso.

Mantener un mínimo de rutinas diarias, estando ocupado, conectado y comprometido.

Restringir el acceso a los medios letales y no dejarle solo. Poner barreras para que el suicidio sea difícil.

Tener una "estrategia de salida", un plan para cuando sienta que el ánimo se deprime.

Seguir el tratamiento de forma consistente y perseverar.

ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico, lograr una salud mental positiva y mejorar la calidad de vida. En este sentido, la prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental.

No es hasta hace poco tiempo que se ha enfatizado la necesidad de mejorar las estrategias de promoción de la salud mental en todos los sectores de la población, y en concreto, en adolescentes (Arango et al., 2018). En este sentido, numerosos autores abogan por un cambio de paradigma, o al menos, añadir un enfoque complementario que no solo aborde las problemáticas de la adolescencia, sino que también contemple sus fortalezas, potencialidades y capacidades. Este acercamiento se ha venido a llamar modelo de desarrollo positivo (Oliva, 2015). El foco no sería tanto trabajar en problemas concretos, tipo bullying, anorexia, suicidio, ansiedad, estrés, etc. sino más bien dotar a la juventud de competencias transversales (p. ej., asertividad, escucha activa, resolución de conflictos, control del estrés, autorregulación, etc.) que les permita afrontar los diferentes entornos, contextos, situaciones y dinámicas continuamente cambiantes de la vida.

Finalmente, es interesante desarrollar guías de promoción de la salud mental y el bienestar emocional que permitan fomentar una salud mental positiva además de sensibilizar y concienciar a la sociedad sobre la importancia de un estilo de salud mental saludable. No deja de ser curioso la ausencia de guías en nuestro entorno que promuevan pautas de "higiene mental" para este sector de la población. Desde esta perspectiva, y en congruencia con otras asociaciones nacionales e internacionales, nuestro grupo de investigación ha desarrollado un decálogo del bienestar emocional (véase Tabla 6) (Fonseca-

Pedrero, 2017) que se enmarca dentro del Plan de Salud Mental de La Rioja 2016-2020. Este decálogo se debe entender bajo el paraguas de los modelos de desarrollo positivo (Oliva, 2015), de educación emocional (Bisquerra, 2011) y de promoción de la salud mental (Arango et al., 2018).

En suma, como diría Frederik Douglas: *“It is easier to build a strong children than to repair a broken man”*.

Tabla 6. **Decálogo de bienestar emocional para la promoción de la salud mental en jóvenes (Tomado de Fonseca-Pedrero, 2017)**

DECÁLOGO DEL BIENESTAR EMOCIONAL

- 1 Aprende a hablar de ti a las demás personas.**
Intenta identificar y expresar tus sentimientos. Es una forma de conocerse y de que te conozcan.
- 2 Conócete.** Reconoce tus fallos y limitaciones, pero también sé consciente de tus fortalezas y potencialidades. La perfección no existe.
- 3 Regula tus emociones.** Canaliza tu rabia y agresividad. No te dejes llevar por el momento ni guardes rencor; analiza y respeta otras posturas. No permitas que el estrés te bloquee.
- 4 Quiérete.** Valora diariamente tus logros y los aspectos positivos. Desarrolla una imagen positiva de ti mismo/a. Sé optimista en la medida de lo posible.
- 5 Busca actividades con las que disfrutes.**
Haz deporte, escucha música, ayuda a otras personas o participa en ONGs. Abre tu mente y muestra ilusión por aprender.
- 6 Fijate propósitos en la vida.**
Proponte metas realistas y trata de llevarlas a cabo, te hará sentir bien.
- 7 Relaciónate. Conéctate.**
No te aisles. Enriquecete con nuevas amistades. Protégete de las personas que creas que son dañinas para ti.
- 8 Ten un estilo de vida saludable.** Cuida la salud física. Haz deporte, aliméntate bien, duerme suficiente y evita dañar tu salud con el consumo de sustancias tóxicas.
- 9 Acepta los reveses de la vida.**
El sufrimiento forma parte de la condición humana. Rectifica y aprende de tus errores o de las lecciones de la vida, eso te hará fuerte. Sé flexible con los contratiempos y cambios que te surjan. Busca alternativas y toma perspectiva. Los problemas no tienen una única solución.
- 10 Si la situación te supera y te desborda: ¡Pide ayuda!**
A familiares, a amigos y amigas, al profesorado, en el servicio de orientación o al personal de ayuda psicológica o médica.

www.unirioja.es/saludable

Gobierno de La Rioja | UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

PASAPORTE SALUDABLE

4. Recapitulación

El *take home message* de este trabajo es el siguiente:

- a) El suicidio es un problema de salud pública de primer orden.
- b) El suicidio está asociado a tabú y estigma.
- c) El suicidio es prevenible.
- d) Se disponen de medidas de intervención y recursos eficaces para su prevención.
- e) Su solución pasa por la corresponsabilidad y la implicación de todos los entes de la sociedad (alumnos, padres, profesores, profesionales de la salud, asociaciones, gobiernos, prensa, etc.).
- f) Para que las respuestas sean eficaces y eficientes se necesita una respuesta integral, holística, intersectorial, multicomponente y multidisciplinar basada en la promoción de la salud.

No se debe perder de vista que los jóvenes son nuestro principal capital. Invertir en la salud mental y el bienestar emocional de nuestros jóvenes es, sin lugar a dudas, la mejor inversión de futuro. Por favor, recuerde: "Cualquiera puede ayudar a cambiar una vida".

Referencias bibliográficas

- Anseán, A.** (Ed). (2014). Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. Fundación Salud Mental, Madrid.
- Arango, C., Díaz-Caneja, C.M., McGorry, P.D., Rapoport, J., Sommer, I.E., Vorstman, J.A., ... Carpenter, W.** (2018). "Preventive strategies for mental health". *Lancet Psychiatry*. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30057-9
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V.** (2012). "Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 8-23.
- Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., Christensen, H.** (2015). "A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research". *Psychological Assessment*, 27, 501-512.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Alonso, J.** (2007). "Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study". *Journal of Affective Disorders*, 101, 27-34.
- Bisquerra, R.** (2011). Educación emocional: propuesta para educadores y familiares. *Descleé de Brouwer*, Bilbao.
- Bousoño, M., Al-halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-mesa, M., Galván, G., ... Bobes, J.** (2017). "Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes". *Adicciones*, 29, 97-104.
- Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., ... Wasserman, D.** (2014). "A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study". *World Psychiatry*, 13, 78-86.
- Catalá-López, F., Gênova-Maleras, R., Álvarez-Martín, E., de Larrea-Baz, N. F., y Morant-Ginestar, C.** (2013). "Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 80-85.
- Cutcliffe, J. R. et al.**, (eds). (2014). "Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research". Routledge, UK.
- Fonseca-Pedrero, E.** (2017). "Bienestar emocional en adolescentes riojanos". *Universidad de La Rioja*, La Rioja.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., ... Pérez de Albéniz, A.** (2018). "Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11, 76-85.

- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D.** (2011). "Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis". *Lancet*, 18, 2093-2102.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., y O'Connor, R. C.** (2012). "Self-harm and suicide in adolescents". *Lancet*, 379, 2373-2382.
- Instituto Nacional de Estadística** (2013). "Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad". *INE*, Madrid.
- Navarro-Gómez, N.** (2017). "El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles". *Clínica y Salud*, 10, 13-26.
- O'Connor, R. C., Platt, S., y Gordon, J.** (2011). "International Handbook of Suicide Prevention Research, Policy and Practice". John Wiley y Sons, Ltd, UK.
- Oliva, A.** (2015). *Desarrollo Positivo Adolescente*. Síntesis, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud** (2014). "Prevención del suicidio: un imperativo global". OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud** (2005). "Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones Políticas". OMS, Ginebra.
- Ortuño-Sierra, J., Aritio-Solana, R., y Fonseca-Pedrero, E.** (2018). "Mental health difficulties in children and adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011-2012". *Psychiatry Research*, 259, 236-242.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., y Tanner, J.** (1974). "Suicidal feelings in the general population: A prevalence study". *The British Journal of Psychiatry*, 214, 460-469.
- Polaczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., y Rohde, L. A.** (2015). "Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345-65.
- Sáiz, P., y Bobes, J.** (2014). "Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 1-4.
- Turecki, G., y Brent, D. A.** (2016). "Suicide and suicidal behaviour". *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... Carli, V.** (2015). "School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial". *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... Zohar, J.** (2016). "Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review". *The Lancet Psychiatry*, 3, 646-659.