RESPUESTAS DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL ANTE LOS RETOS Y NECESIDADES PRESENTES DE LA IDEACIÓN Y TENTATIVA SUICIDA INFANTO-JUVENIL

Abraham Fernández Murcia
Prof.-Tutor del Grado de Educación Social
Universitat Oberta de Catalunya (UOC)
afernandezmurc@uoc.edu

1. APROXIMACIÓN PRESENTE A UNA REALIDAD SILENCIADA

Ante los datos alarmantes, que actualmente encontramos en aumento en diferentes estratos de población, debemos poner el foco en una de las problemáticas que sigue silenciándose de forma equivocada y supone la principal causa de muerte externa no natural en nuestro país: la ideación y tentativa suicida. Una cuestión que elevamos a problema de salud pública, y que ha supuesto un crecimiento de casos sobre todo en mujeres, adolescentes y población en edad avanzada a nivel nacional desde 2019.

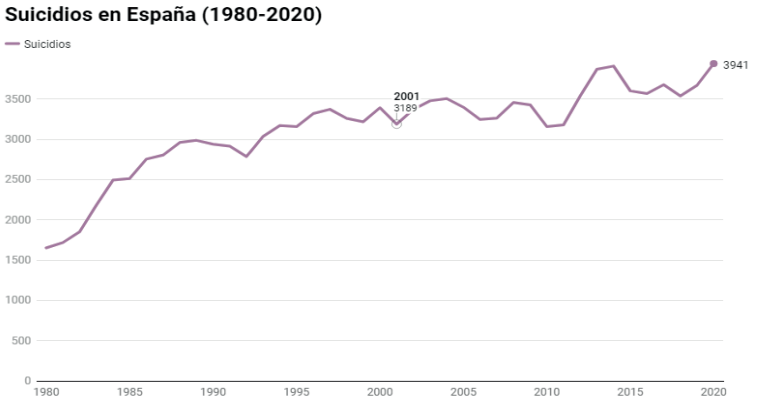
La Organización Mundial de la Salud (2014) afirmó que existe una relación estrecha entre el acto suicida y los trastornos mentales, especialmente con la depresión y el consumo de drogas y recoge que, a nivel mundial, 1 de cada 100 muertes se debe al acto suicida, en otras palabras, 1 cada 40 segundos a nivel mundial.

Atendiendo a los últimos datos estadísticos de defunciones según la causa de muerte publicada por el Instituto Nacional de Estadística

(INE), España en 2020 alcanzaba el año con más suicidios en la historia nacional con 3.941 personas que decidieron quitarse la vida, lo que supone un incremento del 7,4% con respecto a 2019, es decir, 270 personas más que consuman el acto suicida, una tasa de suicidio de 7,7 por cada 100.000 habitantes y en datos más coloquiales, una media de once personas por día. Una realidad que desde una perspectiva de género supone un 26%, significando que el acto suicida está masculinizado, pero como dato a tener presente, por vez primera se superaron los 1.000 suicidios femeninos. Se trata del máximo histórico, marcado anteriormente en 2014, cuando se quitaron la vida 3.910 personas (300 de ellos eran jóvenes).

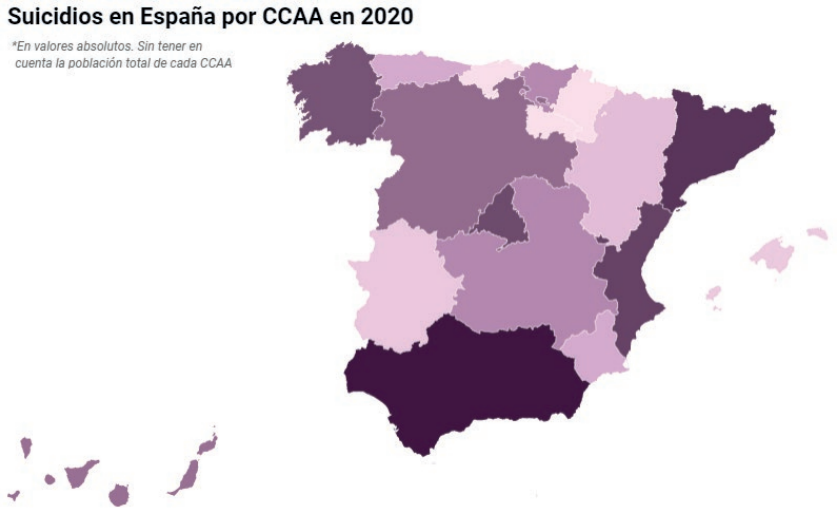
En el informe "La salud mental en la pandemia", elaborado por el INE, se confirma un descenso del 9,3% de los suicidios durante los cinco primeros meses del año 2020 (de enero a mayo), en comparación con el mismo periodo de 2019.

Pese al descenso reflejado por el INE, según el Observatorio Nacional del Suicidio, En España, en 2020 los suicidios y autolesiones auto-inflingidas fueron la principal causa externa de muerte no natural, llegando a incluso alcanzar cifras de hasta 13,6 muertes más por suicidio que por homicidio en nuestro país, pese a que se produjo una disminución generalizada de las muertes externas, debido a las restricciones del confinamiento.



La Asociación para la Prevención del Suicidio y la Atención al Superviviente (APSAS) incluso llega a concretar alertando de que las tasas de suicidio han sido y siguen siendo elevadas entre algunos grupos vulnerables y discriminados, como las personas del colectivo LGBTIQ+, y entre los profesionales sometidos a un alto estrés en su trabajo, como personas de los cuerpos y fuerzas de seguridad o personal sanitario.

En consonancia con esta afirmación, según desvela el IV Estudio de Salud y Estilo de Vida, un 15,5% de la ciudadanía de española admite haber presentado alguna ideación suicida en el último año.



Por autonomías, según INE 2020, Andalucía fue la comunidad en la que más personas se quitaron la vida con 807 suicidios, seguida por Cataluña con 561 y por la Comunitat Valenciana con 438 (318 hombres y 120 mujeres), superando a regiones más pobladas como Madrid (365). En proporción es Asturias la que tiene la tasa de suicidios más alta, con casi 12 casos por cada 100.000 habitantes, seguida de Galicia con 11,30 casos por 100.000 habitantes.

Otra cuestión a tener en cuenta es que, durante la pandemia, se incrementó un 25% el acto suicida en población hasta los 20 años y un 30% entre jóvenes de 20 a 39 años en la Comunitat Valenciana, achacando las autoridades sanitarias este aumento a la mayor fragilidad emocional de la población joven ante situaciones dramáticas.

Ante este mapa revelador que arroja unas cifras muy dramáticas, más del 11% de los suicidios en España tuvieron lugar en tierras valencianas, la comisión de Sanidad de Les Corts Valencianes debatió y aprobó por unanimidad en la primera quincena de diciembre de 2021 una propuesta para reforzar los mecanismos de prevención del suicidio a nivel autonómico. Dicha propuesta insta a establecer mecanismos de colaboración institucional para que todos los servicios referentes a sanidad, educación, servicios sociales puedan estar en permanente comunicación durante el desarrollo de la atención a la prevención del suicidio.

Pese a todo esto, cuando se habla de acto suicida, las estadísticas solo registran los fallecimientos, pero no existen registros oficiales de la ideación y/o tentativa suicida, únicamente estudios epidemiológicos de una realidad invisibilizada de forma errónea. De estos estudios epidemiológicos el Observatorio del Suicidio de España habla de que la ideación suicida podría afectar a un 5%-10% de la población en el territorio nacional.

Pero los datos más impactantes a nivel estadístico son los referentes a los menores de 15 años, llegando a duplicarse con respecto a 2019, cifras que nos vienen a mostrar un panorama de lo más preocupante.

En este sentido Save the Children alertaba de que la pandemia había triplicado el número de trastornos mentales y de conducta entre la población menor de edad. Estos trastornos están especialmente relacionados con las tentativas de suicidio.

El Informe Anual de la Fundación ANAR, en 2020, refleja que las consultas atendidas relacionadas con las ideaciones suicidas

aumentaron un 244,1% respecto al 2019, problema que aumenta año tras año y evidencia las carencias en la detección precoz, la cual puede evitar graves consecuencias. A esto se debe sumar que a fecha de 2022, España no cuenta con una estrategia nacional para la prevención de esta problemática, por consiguiente no existe coordinación en las respuestas autonómicas y locales. Cuestión contradictoria con las orientaciones del Consejo General de la Psicología de España, el cual insta a diseñar e implementar una estrategia multidisciplinar y coordinada que ofrezca una respuesta integral a la naturaleza multicausal de los comportamientos suicidas

En una misma línea, el informe *Crecer Saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia* (Save the Children, 2021) señala que la incidencia de problemas mentales o de comportamiento en la niñez tras la pandemia es tres veces mayor (10%) en aquellos procedentes de familias sin empleo que entre aquellos cuyas familias tienen una estabilidad laboral (3%). En otras palabras, según el estudio, los niños y niñas que viven en hogares con bajo umbral de renta tienen una probabilidad cuatro veces mayor (13%) de sufrir trastornos mentales y/o de conducta que los que viven en hogares de renta alta (3%). Este estudio arroja también que un 3% de niños, niñas y adolescentes ha tenido pensamientos suicidas en 2021. Un dato a tener presente es que en 2020 se suicidaron 61 personas menores de 18 años.

Drástico aumento de riesgo de suicidio, autolesiones y suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes, ante el cual la Asociación Española de Pediatría (AEP) solicitó en 2021 una estrategia unificada nacional de prevención del suicidio para disminuir la morbimortalidad por suicidio y mejorar la atención de las personas de riesgo y sus familias, enumerando algunas carencias detectadas, como la ausencia o heterogeneidad de los programas de prevención del suicidio, la falta de formación específica sobre salud mental y recursos insuficientes de los profesionales que están en contacto con la niñez y adolescencia.

Si es cierto que recientemente se ha aprobado en el Consejo de Ministros, la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026, con una dotación de 100 millones de euros en tres años, la cual debe de comenzar de dar respuesta a esta lacra. Aunque la Confederación de Salud Mental, respecto a la elaboración de esta estrategia, ha hablado de que no son recursos suficientes

Tomando como referencia los datos del informe Mental Headway 2023, España es uno de los países de Europa con menos profesionales de la Salud Mental englobando personal de psiquiatría, psiquiatría infanto-juvenil, profesionales de la psicología y de la enfermería especializada, 25 por cada 100.000 habitantes, muy lejos de Suecia, que tiene 150 y Finlandia con 200.

Y ¿qué puede llevar a menores de edad a tender hacia la ideación, tentativa o consumar el acto suicida? Son cuestiones que nos debemos de preguntar, y en consonancia con Ros *et al*. (2015) podemos sostener que en la mayoría de casos no se detecta ningún estresor determinado, sino múltiples y complejos factores que influyen en la conducta que tiende hacia la ideación, tentativa o el acto suicida infanto-juvenil, algunos factores de riesgo que detectamos en la práctica diaria en servicios sociales de atención primaria o especializada con pre-adolescentes y/o juventud:

- Situación de crisis en las que la capacidad para afrontar las tensiones de la vida está mermada.
- Conflictos familiares graves y/o separaciones.
- Problemas de acoso por parte de iguales, humillaciones y malos tratos por cuestiones de diferente índole (físico, orientación sexual, pertenencia a minorías étnicas, etc).
- Fracaso escolar y la presión para evitar ese fracaso, y la discriminación por orientación sexual.
- Sensación de aislamiento que pueda generar conductas suicidas.

- Relaciones abusivas en edades tempranas.
- Dolores y enfermedades crónicas.
- Dificultad de acceder a servicios sanitarios y, en especial, de salud mental que se explican en parte por la falta de recursos humanos especializados.
- Vivir catástrofes, actos violentos y/o pérdida de seres queridos (por ejemplo, el reciente conflicto bélico entre Rusia y Ucrania).

Todo lo anterior se traduce en sentimientos de desesperanza. Respecto al perfil, los estudios analizados apuntan a que las niñas muestran mayor tendencia por pensamientos e intenciones suicidas, pero son sus homólogos varones (niños) quienes terminan por cometer en mayor proporción este acto.

Y ¿cómo es posible que un problema de tal magnitud, que afecta a toda la población por igual, con independencia del sexo y la edad, no sea afrontado como se merece por las autoridades públicas? El grado de ocultación de la ideación y tentativa suicida con el fin de evitar el debate, impide la detección y la posibilidad de actuar de forma temprana e integralmente.

2. METODOLOGÍA Y RECURSOS DE ACTUACIÓN BÁSICA

En la niñez y la preadolescencia, el acto suicida es la segunda causa de muerte por motivos externos, solo precedida por los siniestros (que no accidentes) de tráfico. El valor protector [...] está en relación al acceso a una comunidad socialmente cohesiva que comparte un conjunto de valores (Anseán, 2014).

Las unidades de convivencia donde se detecte conductas suicidas entre sus miembros más jóvenes pueden recibir información, asesoramiento y acompañamiento profesional de forma presencial, telefónica y telemática. A nivel presencial pueden acudir a su Centro de Salud de referencia o los Servicios Sociales de Atención Primaria

de su entorno de residencia. Otra opción disponible de forma permanente las 24 horas pudiera ser llamar al 024, al 112 o al Teléfono de prevención del suicidio (900 92 55 55).

A nivel nacional se puede encontrar información sobre asociaciones y aplicaciones para la prevención del suicidio como la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, la Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio Papageno, la Sociedad Española de Suicidiología, la Asociación para la prevención del suicidio y la atención al superviviente (aspas) de Barcelona, la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicido y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (RedAIPIS-FAeDS) en Madrid o la Plataforma Life! para la Prevención del Suicidio y del Acoso de la Universidad de Alicante.

Otra modalidad es utilizar las opciones de la tecnología, atendiendo a que muchas personas prefieren el anonimato a hablar con alguien cara a cara, y para momentos puntuales, puede servir como herramientas de ayuda y respuesta rápida si se tiene pensamientos suicidas, ya que suelen incluir kits de auto calma. Pero no cabe olvidar que estas herramientas han de ser complementarias a la atención de profesionales de lo social y la salud, no sustitutivas. Entre las aplicaciones en castellano se puede encontrar "Calma" (primera app interactiva en castellano para el manejo de crisis y reducción de la vulnerabilidad a través de estrategias DBT, con evidencia científica - www.appcalma.com), "Prevensuic" (herramienta de ayuda para las personas que poseen ideas suicidas y sus familiares pero también para profesionales. Entre las funcionalidades que se incluyen encontramos el plan de seguridad, señales de alerta, álbum con fotos de vida o razones para vivir - www.fsme.es/app-prevensuic), "MY3" (ayuda a definir una red y plan para auto ayudarse y contactar a otras personas cuando se tenga pensamientos suicidas), "Más Caminos" (que ha obtenido el Distintivo App Saludable tras el proceso de validación llevado a cabo por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, y forma parte por tanto de su directorio de aplicaciones

de salud destacadas por su calidad y seguridad) o "xTod@s" (realizada en 2022 y centrada en la violencia de género como determinante en el suicidio. Incluye apartados como protégete, un autotest de nivel de bienestar, la opción quiero ayudar para personas que viven el acto suicidio en un ser querido o un quiz para adquirir conocimientos específicos - https://somostuidea.com/proyectos/).

E incluso ya se tiene constancia de la realización de Hackatones (encuentros de personas programadoras informáticas cuyo objetivo es el desarrollo colaborativo de software) centrados en la prevención del suicidio en la infancia y la adolescencia, como el I Hackathon internacional online sobre prevención y postvención de la conducta suicida en la infancia y la adolescencia, realizado en 2020 por la Asociación de Familiares y Amigos Supervivientes por Suicidio de las Islas Baleares – AFASIB o el World Suicide Prevention Day (WSPD) Hackathon impulsado por la ONG Roses in the Ocean.

Antes de estos dos, se celebró en 2018 el Healthcare Solutions Hackathon, donde decenas de estudiantes de ESADE, la Universitat Politècnica de Catalunya (UPC) y el Istituto Europeo di Design (IED) participaron con el objetivo de encontrar la mejor solución para detectar y tratar las enfermedades mentales, y donde quedó premiada uno de los proyectos titulados Metamorphosis, un dispositivo que incluía un asistente virtual para mejorar el seguimiento de personas con trastornos psiquiátricos graves y que ayudaba a prevenir suicidios.

Como profesionales, si tendemos hacia la prevención de la conducta suicida en población adolescente, debemos tener presente que nunca se debe hablar del procedimiento bajo ningún concepto, pero si se puede hablar del acto suicida de forma positiva y, es necesario para visibilizar una cuestión tanto educativa, social como de salud pública que pocas veces ocupa un lugar relevante en debates, tertulias o en los propios medios de comunicación, justificándolo con el deseo de no generar el denominado "efecto llamada".

Se debe abordar en esa actuación preventiva sobre todo con naturalidad desde una contra narrativa de las falsedades o tópicos creados

en torno al acto suicida y la responsabilidad social que tenemos como ciudadanía, desmintiendo mitos y falsas creencias, insistiendo en la necesidad de desestigmatizar el acto suicida (y todas sus fases) desde una narrativa alternativa. ¡Quién no ha escuchado frases tipo *"quien se suicida quiere morir" o "hablar del suicidio puede incitar a que se haga"!.*

Claramente no es verdad que quienes optan por el acto suicida tenga deseos de dejar de vivir, lo que se desea es dejar de sufrir por alguna cuestión no resuelta y que se convierte en pensamiento rumiante. Hay que abordar de manera adecuada las ideas suicidas y paliar cualquier sufrimiento para recuperar a una sociedad que ve su deseo de vivir mermado.

Igualmente, se debe profundizar que está bien no estar bien, y que se debe de hablar de ello, no como una opción sino como un derecho e invitar al análisis de que lleva a un punto de tomar la trágica decisión, sin simplificar una realidad compleja.

Uno de los pilares en el diseño de nuestra intervención es transferir habilidades y herramientas para reconocer las señales de la ideación y tentativa suicida desde datos y testimonios fiables, como saber gestionar esos pensamientos irracionales, pero con responsabilidad alejándose del sensacionalismo y cuidando el lenguaje y contenido a transferir (si sirve como apoyo técnico, la OPS elaboró un decálogo de cómo tratar el suicidio llamado LIVE).

Hay que tener presente durante todo el proceso de intervención, que no se puede responsabilizar a la niñez ni la adolescencia del riesgo de ideación y tentativa suicida, porque ello contribuye a desempoderar a esta población.

De forma paralela, se debe dirigir una actuación complementaria dirigida especialmente a las unidades de convivencia y familiares de la preadolescencia que se puedan encontrar en riesgo de atentar contra su propia vida, por ser quienes mantienen una convivencia diaria que facilita la supervisión. Acompañar a las familias, manteniendo un contacto profesional de cercanía emocional, sin ser invasivos, pero si

atendiendo las posibles señales críticas adoptando una disposición de escucha auténtica y reflexiva. Una herramienta que nos puede nutrir para adaptar un itinerario con el cual desarrollar esta actuación puede ser la guía *"Detección y prevención de la conducta suicida"* elaborada por la Comunidad de Madrid junto con la Asociación de Investigación Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (AIPIS-FAeDS). Otro documento que puede sernos de utilidad es la guía elaborada por el servicio andaluz de salud con orientaciones a familiares y personas allegadas, que incluye también consejos de cómo actuar ante pensamientos suicidas.

Siendo sinceros, las cifras de suicidios demuestran la ineficacia de todo un sistema y la falta de respuestas, pero para atajarlo hay que analizar por qué se ha llegado a ese punto y tenemos que trabajar también la acción comunitaria desde una promoción de la salud mental positiva y prevención de los comportamientos suicidas.

A nivel escolar, se ha detectado en el curso pasado 2020/2021 un aumento de las conductas autolíticas entre el alumnado, es decir, intentos de suicidio o casos de autolesiones, lo que pone de relieve la necesidad de activar medidas específicas enfocadas a la niñez y adolescencia. Ante esto, el gobierno valenciano presentó el *protocolo para prevenir suicidios en el alumnado* implantado por la Dirección General de Inclusión Educativa de la Conselleria de Educación en la Comunidad Valenciana, que comenzó a rodar en septiembre de 2021 a raíz de la Instrucción del 9 de septiembre de 2021, para la intervención en autolesiones y conductas de suicidio, teniendo en cuenta que los centros educativos son reguladores indispensables de la conducta infanto-juvenil, sirviendo de contención de muchas situaciones de estrés y ansiedad en población escolar)

Esta acción está englobada dentro del Plan Ariadna, que se presupone que se dota de cerca de 70 millones de euros para la asistencia en salud mental hasta 2027, con el refuerzo de recursos humanos especializados junto con ayudas a estudios e investigación sobre salud mental en las universidades valencianas.

3. PROPUESTA DE ABORDAJE DE LA IDEACIÓN Y TENTATIVA SUICIDA ADOLESCENTE

La ideación y tentativa suicida, ante lo observado, es un fenómeno complejo, multidimensional y multicausal cuyo tratamiento precoz requieren de un enfoque focalizado en la persona adolescente y en su contexto (teniendo en cuenta las familias, centro educativo, medidas legales, etc).

Recordando que entre los signos reconocibles y que pueden ser indicadores de riesgo, encontramos que la persona se va aislando y abandona paulatinamente el contacto con sus amistades, que da muestras de un cansancio importante o duerme mal, está irritable o muestra molestia por todo, altibajos y cambios radicales de humor y, como consecuencia, ganancia del malestar, no debemos permitir que estos estados perjudiciales aumenten sin control. Por ello tenemos que desarrollar acciones de escucha a la población adolescente o joven, incluso cuando no hable.

Teniendo presente que todo riesgo supone siempre una perspectiva vinculante, ya que toda acción humana tiene una persona o varias como destino, si queremos intervenir, el trabajo a partir de aquí tendrá que estar orientado a los factores individuales y sociofamiliares, que generan vulnerabilidad ya que estos serán los que marcarán luego, en la adolescencia, el tipo de respuesta entendida como conducta de riesgo.

Vargas *et al*. (2018) aporta en esta línea explicando que aquellas personas con niveles altos de inteligencia emocional, características resilientes, alta autoestima, realizan conductas más prosociales, siendo esta última variable influenciada de forma directa e indirecta por las otras.

Como propuesta de abordaje de la ideación y tentativa suicida adolescente, o de adolescencia en riesgo de suicidio, se presenta DCE. El interés que orienta la propuesta presente de actuación desde lo social y educativo (no clínico), es dar a conocer la integración de la

resiliencia como elemento relevante de las propuestas de prevención tanto en relación a la ideación como a la tentativa suicida, orientadas a la edad adolescente a través de un programa piloto.

Zeleeva y Shubnikova (2016) plantean que uno de los principales objetivos en la prevención pedagógica es la formación de los recursos individuales resilientes que mejoran la estabilidad de la niñez y jóvenes frente a las influencias negativas de una sociedad.

Nuestra propuesta piloto de prevención busca generar factores protectores que disminuyan la vulnerabilidad a la ideación y tentativa suicida o pensamientos autolíticos, y a su vez suponga una forma de contención a las conductas de riesgo asociadas a estas, mediante el avance de habilidades para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables desde una mirada crítica, así como el fortalecimiento de las redes familiares y comunitarias.

Más si cabe, considerando a la persona adolescente como miembro de un sistema familiar y social (funcional o disfuncional) que lo condiciona (no determina) en su proceso de socialización, permitiéndole incorporar valores, creencias, modalidades afectivas y cognitivas, debemos promover el interés en descubrir los factores "resilientes", personales, relacionales y comunitarios, que va unido a la jerarquización de las acciones de promoción de la salud y a la búsqueda de intervenciones o actividades que, en lugar de prevenir daños específicos, tiendan a mejorar las condiciones de respuesta vitales.

Se trata de una intervención de corte socioeducativa, poniendo el foco en los recursos personales y sociales y atendiendo siempre al momento en el proceso de crecimiento personal del adolescente y de las personas que lo acompañan en su proceso evolutivo, permitiendo crear un sistema de autoapoyo y co-apoyo. Trabajar en la línea de enseñanza-aprendizaje de habilidades de pensamiento crítico-reflexivo es formar personas pensantes y creativas, que cuestionan el orden existente de cosas, generando soluciones novedosas y alternativas frente a los problemas, fortaleciendo el autocontrol sobre sus vidas, evitando de esta forma caer en conductas adictivas.

Debemos distinguir 3 etapas o fases de actuación desde lo social y educativo (no clínico):

1. Detección. Es una fase primordial en la que debemos prestar atención a los comentarios o verbalizaciones negativas que realizan sobre sí mismos o su existencia como *mi vida es un asco, no tiene solución, a nadie le importo, o me gustaría desaparecer.*
2. Contención. Es sabido que el suicidio es un desequilibrio entre el sufrimiento que la persona adolescente padece y los recursos para afrontarlo. Por tanto, una manera de enfrentar la situación es fomentar y potenciar los recursos personales y orientarlos de forma que nos permitan reducir el malestar, desazón y desesperanza. Falta reforzar una educación emocional que trabaje el conocimiento de emociones tales como tristeza, sorpresa, aversión o la ira.
3. Empoderamiento. Fase en la que se debe ofertar la adquisición de habilidades para controlar de manera significativa la adversidad o el estrés. Esto se puede considerar la resiliencia, que funcionalmente es equivalente a la invulnerabilidad, la resistencia al estrés y la adversidad (Córdoba et al. 2005).

Debemos tener presente en la fase de empoderamiento que existen conductas y rasgos psicológicos, como la flexibilidad cognitiva, el afrontamiento activo, el optimismo o la sensación de pertenencia a un grupo, que pueden favorecer una respuesta de resiliencia (Wood y Bhatnagar, 2015).

Un proceso de crecimiento y enriquecimiento personal que implica autoconocimiento desde el avance de la capacidad propia para reconocer las sensaciones, aceptación de la situación presente para proyectar la acción inminente, aprender a gestionar los problemas sin victimizaciones, apertura a una reeducación emocional y a asumir roles de responsabilidad.

En las sesiones, que a continuación detallamos, se combina la transmisión de contenidos y la aplicación de dinámicas donde se identifican factores personales, antecedentes socio-escolares, actitudes o dificultades físicas, psicológicas y/o sociales que se pudieran estar viviendo en ese momento.

- Sesión 1. Análisis de la expectativas personales y sociales.
- Sesión 2. El ciclo de conocimiento emocional.
- Sesión 3. Evaluación de los conflictos y riesgos asociados.
- Sesión 4. Evaluación de los conflictos y riesgos asociados.
- Sesión 5. Reeducación de la capacidad resiliente (autonomía personal).
- Sesión 6. Reeducación de la capacidad resiliente (creencia de autoeficacia).
- Sesión 7. Estrategias para articular un futuro optimista.
- Sesión 8. Habilidades para afrontar el cambio y su adaptación.
- Sesión 9. Desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales positivas.
- Sesión 10. Potenciar la creatividad personal.

Como puede observarse se ha articulado las sesiones atendiendo a conceptos clave que se repiten en la mayoría de definiciones aquí desarrolladas:

a. La presencia de situaciones problemáticas adversas, estresantes y difíciles.
b. La actitud de absorber cambios y transformaciones (proacción).
c. La adaptación positiva y exitosa frente a tales adversidades (reacción).
d. El fortalecimiento ante tales adversidades (resultado-proacción).

e. El logro de beneficios a medio / largo plazo (fortalezas y emociones positivas).

La transferencia de estos preceptos a partir de la secuencia indicada, recursos personales pro-resilientes, tiene que realizarse tanto en el ámbito escolar (prevención) como familiar (reeducación), no solo para trasmitir conocimiento, sino para fortalecer el manejo de habilidades para la vida y su capacidad con el fin de prevenir la aparición e instauración de los comportamientos adictivos.

Subrayamos el término responsabilidad y esto a nivel pedagógico y socioeducativo es un aspecto de relevancia para el tema que nos ocupa, porque ello implica que se puede promocionar y fomentar desde edades tempranas en las personas, pero también en los grupos e instituciones actitudes y conductas resilientes que reduzcan o prevengan las conductas no socialmente aceptadas. Existe por consiguiente la posibilidad de crear y construir personas resilientes, pero también colectividades y sociedades resilientes.

Por otra parte, el proceso dinámico de crecimiento personal de nuestra propuesta, que puede variar en función del tiempo y circunstancias vitales, da sentido al enfoque de la resiliencia en cada persona, convirtiéndose en la autocapacitad para desarrollar competencias a pesar de situaciones adversas.

Pero es importante resaltar que se debe apostar por estrategias preventivas duraderas y estables en el tiempo, para que calen en los adolescentes y jóvenes con el fin de prevenir que estos tomen decisiones erróneas como las adicciones (Klimenko *et al.,* 2018).

4. ALINEAMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO CON LOS ODS DE LA AGENDA 2030

El presente planteamiento, que analiza la hipótesis de que existe una relación significativa entre los factores personales de resiliencia: autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad con una mayor

capacidad de resistencia a desarrollar pensamientos y tentativa suicida y/o comportamientos autolíticos en adolescentes, está alineado con los siguientes ODS de la Agenda 2030. Una agenda ambiciosa impulsada por las Naciones Unidas que contiene 17 objetivos para el desarrollo sostenible (los ODS) y 169 metas que buscan erradicar la pobreza, combatir las desigualdades y promover la prosperidad económica compartida, el desarrollo social, al tiempo que protegen el medio ambiente y garantiza una vida sana de aquí a 2030.

- Objetivo 3. Atendiendo a que una mejora de los factores personales de resiliencia contribuyen directamente a garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades
- Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida también incluye acciones de educación no formal e informal como pudiera ser el entrenamiento poblacional en el desarrollo de resiliencia: autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad para lograr una sociedad con una mayor capacidad de resistencia a desarrollar recaídas ante situaciones de crisis existenciales.
- Objetivo 5. Aplicando un entrenamiento en habilidades de resiliencia con perspectiva de género, se logra al unísono la igualdad entre los géneros.
- Objetivo 11. Con una población con mayor capacidad para superar circunstancias traumáticas y/o adversas, estamos construyendo ciudades y asentamientos humanos más inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.

CONCLUSIONES

De la presente revisión se pueden extraer que la interacción de factores de riesgo (patogénicos), hace imprescindible el estudio de los mismos, para prevenirlos. Pero también es necesario analizar

su contraparte, los llamados "factores protectores" (que son salutogénicos). Estos, a diferencia de aquellos que responden al modelo epidemiológico, ponen el énfasis en la promoción de la salud.

La prevención de la ideación, tentativa y acto suicida en términos generales, y en específico con población infanto-juvenil, debe estar en la agenda educativa, social y sanitaria como una prioridad, tendiendo presente que es la principal causa de mortalidad entre la juventud española. Se debe incluir en estos tres pilares si se pretende dotar a la ciudadanía de recursos necesarios para la detección de riesgo de suicidio (cuestión que no es sencilla), para autorregularse y tener control emocional, y a ser posible en edades cada vez más tempranas comenzando desde primaria.

Del mismo modo, se debe encarar acciones preventivas y de promoción de la salud, centradas en los factores que generan resiliencia, como por ejemplo la existencia de redes informales de apoyo, estrecha relación con la inteligencia emocional y aptitudes resolutivas de problemas, el convencimiento de aspirar a algún tipo de autocontrol consciente, etc. Hablamos de un modelo socioeducativo que no solo ha de permitir a la persona / grupo descubrir sus potencialidades, sino que también ha de resaltar sus fortalezas.

No es una decisión caprichosa o a título individual sino una imposición que recoge la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Concretamente en el capítulo IV, que desarrolla diversas medidas de prevención y detección precoz de la violencia en los centros educativos, los cuales se consideran imprescindibles si se tiene en cuenta que se trata de un entorno de socialización central en la vida de la adolescencia, establece junto al plan de convivencia (recogido en el 124 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación) la necesidad de protocolos de actuación frente a indicios de diferentes tipos de violencia relacionadas con el acto suicida como abuso y maltrato, acoso escolar, virtual y/o sexual, violencia de género, violencia doméstica.

Y para el correcto funcionamiento de estos protocolos frente al suicidio, autolesión y cualquier otra forma de violencia indica en el artículo 34 el deber de constituir una figura de coordinación de bienestar y protección, en todos los centros educativos, pero también la necesaria capacitación de las personas menores de edad en materia de seguridad, tanto off-line como digital.

Además, cuando las personas tienen alguna problemática, por lo general, olvidan que tienen recursos y capacidades con las que poder hacerle frente. Ante esto nos lleva a entender que abogamos de un modo fundamental por el principio de que se asuma la responsabilidad ante la propia vida y la de los demás de un modo positivo y constructivo.

Por tanto, debemos tener claro que la ideación, tentativa y acto suicidio es prevenible y debemos promover que sea tangible en los espacios de mayor cercanía a la población. Aquí tienen un rol fundamental las intervenciones de atención primaria en lo social, educativo y sanitario, de los recursos de proximidad (servicios sociales, centros de salud, centros educativos, departamentos de juventud, etc) pero más si cabe, que la actuación sea coordinada, coherente e integral.

Hay que aumentar el número de políticas de prevención, programas y servicios municipales de asesoramiento, orientación, acompañamiento y prevención frente a conductas suicidas, en colaboración con entidades del tercer sector que abordan esta problemática, ante la falta de personal del sistema sanitario para evaluar los factores de riesgo y lograr que la atención sea más rápida y frecuente.

Debemos conocer de primera mano las historias de adolescentes que sufren en silencio un malestar que tiende a esas ideas irracionales, las de autolesionarse o quitarse la vida, abordándolas abiertamente, sin tabúes, huyendo del estigma y la desazón, siendo clave la figura profesional del educador o la educadora social, para el logro de estos preceptos y para enfocar una actuación eficaz frente

a la cuestión del suicidio infanto-juvenil. El suicidio consumado no debe ni puede ser la solución final para un problema temporal de las y los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

AEGON. (2021). *IV Estudio de Salud y Estilo de Vida.* https://fr.zone-secure.net/149562/1404875/#page=1 (Consultado: 17 de octubre de 2022).

ANSEAN, A. (2014). *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida.* Fundación Salud Mental.

CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. (2011). *Guía para familiares: detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental.* http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017097.pdf (Consultado: 17 de octubre de 2022).

CÓRDOVA, A.J., ANDRADE, P. y RODRÍGUEZ, S.E. (2005). *Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas*, Revista Intercontinental de Psicología y Educación, *7*(1), 21-39.

FUNDACIÓN ANAR. (2022). *Informe Anual Teléfono/Chat ANAR 2021.* www.anar.org/wp-content/uploads/2022/04/INFORME-TELEFONO-CHAT-ANAR-2021-VFINAL.pdf (Consultado: 17 de octubre de 2022).

GARCÍA-HARO, J., GARCÍA-PASCUAL, H., GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M., BARRIO-MARTÍNEZ, S., y GARCÍA-PASCUAL, R. (2021). "Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria", *Papeles del Psicólogo, 41*(1), 35-42. https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919

INE. (2021). *La salud mental en la pandemia.* www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE (Consultado: 17 de octubre de 2022).

KLIMENKO, O., PLAZA, D., BELLO, C., GARCÍA, J., y SÁNCHEZ, N. (2018). "Estrategias preventivas en relación a las conductas adictivas en adolescentes", *Revista Psicoespacios, 12*(20), 144-172. https://doi.org/10.25057/21452776.1043

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.* https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54718/9789275324240_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado: 17 de octubre de 2022).

ROS, R., PARDO, M., HERNÁNDEZ, C., MORA, R., PALMER, R. y VENTURA, M. (2015). *Equipos de atención primaria: elementos claves de prevención. Poster. VI Encuentros en Psiquiatría. Sevilla.* www.encuentrosenpsiquiatria.com/archivos/posters2015/PO-038.jpg (Consultado: 17 de octubre de 2022).

SAVE THE CHILDREN. (2021). *Informe Crecer Saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia.* www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf (Consultado: 17 de octubre de 2022).

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (Consejería de Sanidad) "Guía sobre la prevención del suicidio, para personas con ideación suicida y familiares", 2010. www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/guia_prevencionsuicidio.pdf (Consultado: 17 de octubre de 2022).

THE EUROPEAN HOUSE - AMBROSETTI Y ANGELINI PHARMA (2021). *Headway 2023 – Mental Health Index*. https://eventi.ambrosetti.eu/headway2023/wp-content/uploads/sites/196/2021/10/210915_Brief-outline_Headway-2023-Index.pdf (Consultado: 17 de octubre de 2022).

VARGAS, K., VILLORÍA., Y.A. y LÓPEZ V.M. (2018). "Factores protectores de la conducta prosocial en adolescentes: un análisis de Ruta", *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 21*(2), 563-589.

WOOD, S.K. y BHATNAGAR, S. (2015). "Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies", *Neurobiology of Stress,* (1), 164-173. https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2014.11.002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). *Preventing suicide: A global imperative.* www.who.int/publications/i/item/9789241564779 (Consultado: 17 de octubre de 2022).

ZELEEVA, V. y SHUBNIKOVA, E. (2016). "Prevention of addictive behavior based on the formation of teenagers' resilience", *International Journal of environmental & Science education, 11*(8), 2015-2023.

NORMATIVA REFERENCIADA

Ley orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín oficial del estado nº. 134, de 5 de junio de 2021.

Instrucción del 9 de septiembre de 2021, de la directora general de inclusión educativa, para la intervención en autolesiones y conductas de suicidio. https://ceice.gva.Es/documents/169149987/173803185/instruccions_autolesions_suicidi_cas.pdf (Consultado: 17 de octubre de 2022).