



# CiberEduca.com

Psicólogos y pedagogos al servicio de la educación

[www.cibereduca.com](http://www.cibereduca.com)



**V Congreso Internacional Virtual de Educación  
7-27 de Febrero de 2005**

## **EL SUICIDIO ADOLESCENTE : COMPRENSIÓN, PREVENCIÓN Y AFRONTAMIENTO**

David Puchol Esparza

[dpuchol@yahoo.es](mailto:dpuchol@yahoo.es)

## **Resumen**

A lo largo de estos últimos 50 años los índices de suicidios en todo el mundo se habrían incrementado en aproximadamente un 60%,situándose entre las tres mayores causas de mortalidad entre los segmentos de población comprendidos entre los 15 y los 44 años. Cada año cerca de 900.000 de personas mueren a causa del suicidio. Sólo entre la población adolescente,y durante los últimos 25 años,los índices de suicidos se habrían incrementado en cerca de un 300%. Se estima,además,que por cada muerte existen entre 100 y 120 intentos no consumados. Una cifras globales que alertarían sobre la magnitud real del problema y su incidencia creciente entre los adolescentes.

En la presente conferencia se abordará el fenómeno del suicidio entre la población adolescente desde un doble punto de vista básico.Por un lado,desde una perspectiva más teórica, analizando los principales signos de alarma,así como aquellos factores de riesgo y de protección mejor identificados hasta la fecha y más ampliamente validados. Por el otro lado,desde un enfoque más aplicado,repasando las líneas de actuación consideradas más eficaces para la comprensión y el abordaje de este tipo de comportamientos a partir de la investigación más reciente que coincide en destacar,explícitamente,el papel crítico de los propios centros educativos para la prevención sistemática,la detección precoz y la intervención eficaz sobre este tipo de problemas entre los adolescentes.

## **Palabras Clave**

Suicidio - Adolescencia - Signos - Factores - Intervención

## **I.-INTRODUCCIÓN**

La publicación en el año 1897 de la obra del sociólogo Emile Durkheim “Le Suicide” supone el punto de arranque formal para el estudio -realmente científico y sistemático- del complejo fenómeno del suicidio. Desde entonces la búsqueda de explicaciones y de marcos interpretativos mínimamente coherentes y lógicamente fundamentados ha sido constante y las respuestas ofrecidas a los inquietantes interrogantes planteados han sido enormemente diversas. En ocasiones los modelos más dominantes han sido de carácter esencialmente teológico y religioso,en otras los marcos de referencia habrían sido de una naturaleza más sociocultural. Las visiones psicoanalíticas,conductistas,cognitivas, educativas y -más recientemente- neurobiológicas han gozado de notable popularidad entre los especialistas que,sin embargo,muestran notables dificultades y divergencias a la hora de tratar de proponer un modelo explicativo realmente integrador que finalmente sea capaz de ofrecer soluciones prácticas,sistemáticas y eficaces para atajar un problema que,por otra parte,siempre habría formado parte de la propia naturaleza humana.

Sin embargo la tendencia realmente más ‘novedosa’ constatada a lo largo de los últimos años se relacionada directamente con la peculiar incidencia de este fenómeno entre la población adolescente. Resulta posible observar un más que significativo y preocupante incremento en relación a la presencia específica de este tipo de conductas entre aquellos más jóvenes (fundamentalmente entre los adolescentes) con unos índices difícilmente imaginables hasta hace

apenas unas décadas atrás. Algunas cifras y datos extraídos de investigaciones sistemáticas recientes parecen confirmar esta misma afirmación de una forma muy contundente (National Institute of Mental Health,2003 ; U.S. Public Health Service,1999 ; World Health Organization,2000) :

-Sólo entre los años comprendidos entre 1952 y 1995 la incidencia del suicidio entre los adolescentes y los adultos jóvenes se habría llegado a triplicar. Exclusivamente entre la población adolescente y tomando como marco de referencia desde el año 1980 hasta la actualidad el incremento final se aproximaría al 300%...una tendencia expansiva muy superior a la observada entre cualquier otro grupo de población.

-Entre los 15 y los 19 años esta tendencia hacia el crecimiento es de carácter moderado, aunque bastante significativo,muy próxima al 15%. Sin embargo entre los segmentos comprendidos entre los 10 y los 14 años se habría producido un incremento espectacular a lo largo de las dos últimas décadas,cercano al 200%.

-Los índices de suicidios consumados entre los jóvenes es -sensiblemente- superior que entre las mujeres,que muestran mayores tentativas de suicidio no consumadas. Sin embargo la tendencia observada entre las mujeres jóvenes en los últimos años también es creciente.A lo largo de los últimos 50 años,las tasas de suicidio entre mujeres jóvenes con edades entre los 15 y los 24 años se habría duplicado.En el caso de las adolescentes entre los 10 y 14 años se habría triplicado,tomando como referencia los últimos 25 años.

-Hasta el 20% de los estudiantes de educación secundaria reconoce haberse planteado en alguna ocasión la posibilidad del suicidio. Hasta un 15% de ellos tratará en algún momento de quitarse la vida.La investigación demuestra que mueren más adolescentes y jóvenes por causa directa del suicidio que por la incidencia combinada de enfermedades como el cáncer,el SIDA,los trastornos cardiovasculares o por enfermedades derivadas de defectos y taras de carácter congénito.

-Sin embargo y a pesar de que se trataría de cifras más que ilustrativas es muy probable que tan sólo reflejen un visión muy limitada de la realidad latente. Se estima que por cada suicidio consumado existen,como promedio,diez tentativas fallidas con secuelas de intensidad variable para el propio adolescente y su entorno próximo.Además de las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas (y de los gastos directos e indirectos derivados) se calcula que,por cada muerte producto de un suicidio,al menos seis personas se verán directamente afectadas por este episodio.

No es este el lugar más adecuado para buscar y/o señalar a posibles ‘culpables’ de esta situación.Tampoco parece de especial interés abordar los complejos y extensos modelos explicativos,de un carácter más teórico que aplicado,que en las últimas décadas parecen haber proliferado con especial intensidad. Sin embargo si parecería más útil desarrollar algunas claves teóricas que sí resultan de especial relevancia en contextos educativos, como paso previo al repaso de aquellas líneas concretas de actuación que parecen haber cosechado -tras la experiencia acumulada con la aplicación de numerosos modelos de intervención- un mayor grado de aceptación,fundamentación y consenso real entre los diferentes profesionales y agentes implicados.

## **II.-EL FENÓMENO DEL SUICIDIO : SIGNOS,RIESGOS Y PROTECTORES**

En los últimos años, y más allá de marcos explicativos mucho más globales que tratan de analizar el fenómeno del suicidio desde enfoques psicológicos, biológicos o sociológicos lo cierto es que tres tópicos muy concretos habrían sido -sistemáticamente- destacados por diferentes tipos de profesionales. Por un lado, la identificación de aquellas pautas y/o síntomas iniciales (tanto de carácter cognitivo como emocional-conductual) que en una mayor medida caracterizan a aquellos adolescentes con un mayor riesgo de conductas suicidas. Por otro lado la definición y la sistematización de todos aquellos factores -tanto de riesgo como de protección- que en una mayor medida permiten explicar (e incluso predecir) la ocurrencia -o no- de conductas e impulsos suicidas entre los adolescentes. La profundización en el conocimiento de este tipo concreto de variables, de naturaleza en principio más teórica, resulta ser un prerequisite fundamental a la hora de diseñar, aplicar y valorar posteriormente todas aquellas estrategias y modelos de actuación que sean potencialmente capaces de prevenir, o en su caso afrontar adecuadamente, posibles conductas suicidas entre los adolescentes. Precisamente sobre estos tres grandes aspectos se centra el contenido de los siguientes apartados...

### **Signos de Alarma y Conducta Suicida**

El suicidio debería considerarse como un fenómeno bastante más ‘complejo’ que la consecuencia más visible de la presencia recurrente de una serie de pensamientos que impulsan a un adolescente a un acto, apenas planificado, que en algunas ocasiones puede conducir incluso a su propia muerte. De hecho, en muchas ocasiones, el suicidio supone en última instancia la ‘culminación’ de un complejo proceso de maduración y de reflexión personal, ante una serie de circunstancias y de condicionantes, tanto de carácter externo como interno, que llevan a la consideración de que la propia muerte supone la mejor salida a su situación presente o al propio futuro imaginado. Probablemente una de las claves más relevantes de este proceso, desde el punto de vista de la prevención eficaz y sistemática de este tipo de comportamientos, consistiría en la posibilidad de observar la presencia de una serie de signos y pistas específicas que permitirían a todo aquel que las conoce la detección del riesgo real de futuros intentos suicidas... pudiendo iniciar de esta forma la aplicación de aquellas medidas y estrategias que permitan minimizar en la medida de lo posible la posibilidad real de que estas ‘intenciones’ iniciales logren materializarse finalmente.

De hecho la investigación más reciente en este sentido resulta bastante clara al respecto. Nueve de cada diez adolescentes que intentan quitarse finalmente la vida habían dejado algún tipo de ‘pista’ o indicador reconocible que hubiera podido servir para valorar la situación de riesgo real por la que estaban atravesando, unas pistas que en muchas ocasiones (y de una forma no totalmente consciente) suponen un desesperado intento por llamar la atención sobre la situación por la que están atravesando y que no siempre son ‘reconocidas’ por aquellos que le rodean y que -por lo tanto- imposibilitan cualquier reacción eficaz ante esta situación de riesgo (Davidson y Marshall, 2003 ; Gutierrez y cols., 2004 ; Shaffer, 2004 ; Shea, 2002).

Conocer esta serie de pistas, tanto de un carácter conductual como cognitivo y afectivo, como resulta fácil suponer constituyen un aspecto crítico a la hora de prevenir este tipo de comportamientos... un conocimiento que si bien por sí mismo no asegura que éstos no lleguen a producirse desde luego facilita la detección precoz de este tipo de actitudes y posibilitan la aplicación de otras medidas y estrategias mucho más específicas pero cuya eficacia se encuentra mediatizada por su aplicación en los estadios iniciales, antes de que sea demasiado tarde. Precisamente a continuación son sintetizados aquellos signos que a lo largo de los últimos años han sido sistemáticamente enfatizados y definidos como más relevantes a la hora de predecir probables comportamientos suicidas entre los adolescentes y que resultan particularmente

relevantes en el contexto escolar...tomando como referencia fundamental los estudios e investigaciones más recientes realizadas en este mismo sentido (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,2001 ; Hawton y Van Heeringen,2000 ; Joiner y Rudd,2000 ; Maris y cols., 2000 ; Saldaña, 2001 ; Shaffer,2004 ; Shea, 2002) :

- Uso,abuso y/o intensificación del consumo de drogas,tanto legales como ilegales.
- Descenso súbito,apreciable e injustificado en el nivel general de rendimiento escolar.
- Dificultades significativas en la capacidad de concentración y toma de decisiones.
- Modificaciones muy sensibles en los patrones habituales de alimentación y/o descanso.
- Pérdida apreciable del interés en relación a temas que anteriormente sí lo suscitaban.
- Aparición y/o intensificación de reacciones agresivas,desafiantes y/o impulsivas.
- Asunción sistemática de conductas de riesgo innecesarias y desproporcionadas.
- Marcadas modificaciones en los rasgos más fundamentales de la personalidad.
- Aparición de molestias físicas sin aparente justificación (dolores de cabeza,fatiga...).
- Tendencia a poner ‘los asuntos en orden’ y a deshacerse de objetos personales.
- Oscilaciones inapropiadas y extremas en los propios estados de ánimo.
- Episodios -más o menos reiterados- de absentismo escolar y/o abandono del hogar.
- Intensificación de los conflictos interpersonales con todos aquellos que le rodean.
- Aparición de sentimientos de culpa,vergüenza,ira soterrada,soledad y/o indefensión.
- Conductas extrañas (gritos,alucinaciones,ataques de ira y/o llantos prolongados).
- Rechazo hacia cualquier tipo de comunicación y tendencia al aislamiento social.
- Pérdida de motivación e interés en relación a la propia higiene y aspecto exterior.
- Atracción hacia todos aquellos temas relacionados con la muerte y el propio suicidio.
- Comentarios,más o menos explícitos,en relación al suicidio como una vía de escape.
- Súbita ‘relajación’ tras un período de gran tensión que denotaría la decisión ya tomada.

Todos estos indicadores,claves y/o pistas que resultan especialmente representativas del comportamiento más ‘prototípico’ del adolescente que contempla la posibilidad de quitarse la vida sin duda resultan de utilidad a la hora de valorar inicialmente el riesgo suicida entre determinados adolescentes...sin embargo,de forma simultánea,nos permite entender hasta qué punto la detección y la propia prevención eficaz de este tipo de comportamientos resulta una

tarea tan compleja y que no siempre alcanza los resultados pretendidos inicialmente, como las propias cifras extraídas de las últimas investigaciones y estudios realizados se encargan de demostrarnos, sin dejar apenas lugar a la duda.

Como resulta fácil deducir de los diversos indicadores anteriormente enumerados (y que en esencia representarían el consenso alcanzado entre los profesionales al considerarlos como aquellos más fiables) no se trata de rasgos o de pistas unívocas, precisas o que nos permitan, en esencia, una valoración ‘objetiva’ del riesgo presente o atribuido. De hecho algunos de los más representativos serían comunes con la presencia de otros trastornos como la depresión (apatía, desmotivación...), pueden ser el producto final de reacciones puntuales y transitorias ante determinados episodios que en nada tienen que ver con la posible planificación de un suicidio (períodos de estrés, incomunicación con los padres...) o incluso pueden formar parte de algunos de los rasgos y cualidades más ampliamente ‘estereotipadas’ de la propia etapa evolutiva de la adolescencia (experimentación con las drogas, actitudes desafiantes, rechazo del entorno escolar...) y que no necesariamente se encontrarían vinculadas con la presencia de ideación suicida de ningún tipo.

Todo ello nos lleva a considerar que no resulta posible establecer una especie de ‘guía’ demasiado rígida en relación a los rasgos que nos permitirían identificar con absoluta precisión (y sin otro tipo de consideraciones) a los adolescentes que se encuentran en un claro riesgo... entre otras razones porque las pistas consideradas más fiables resultan en buena medida ‘compartidas’ con otra serie de problemas y dificultades, o simplemente porque en ocasiones son producto de episodios puntuales especialmente definitorios de la propia adolescencia, por definición especialmente proclive a todo tipo de cambios, las inseguridades y el afrontamiento de problemas y situaciones hasta ese preciso momento totalmente desconocidos. Un empleo y/o una interpretación excesivamente rígida de estos parámetros, además de poco eficaz, podría conducir a una situación de alarmismo que en nada contribuye a la adopción de medidas constructivas y realmente justificadas. Se hace necesario -por lo tanto- tomar en consideración además de estos ‘signos de alarma’ otra serie de conceptos y de dimensiones igualmente relevantes y útiles. Entre ellas destacan, sin duda, los factores denominados de ‘riesgo’ y aquellos otros factores considerados de ‘protección’ frente a las actitudes y/o comportamientos suicidas. Sobre ambos se centran precisamente el contenido de los siguientes dos apartados...

### **Los Factores de Riesgo del Suicidio**

La identificación y sistematización de todas aquellas variables, claves y dimensiones que parecen contribuir significativamente a incrementar la vulnerabilidad individual ante la posibilidad de considerar el suicidio como un opción viable ante los problemas ha constituido un ámbito de estudio fundamental e insustituible a lo largo de estos últimos años. Su conocimiento sin duda contribuye, entre otras cosas, a perfilar en mayor medida el tipo de actuaciones y de estrategias que -a priori- resultarán más útiles a la hora de minimizar la ocurrencia real de este tipo de episodios, centrando en mayor medida las iniciativas en aquellos adolescentes que en un principio presentaría un perfil inicial de mayor riesgo por la presencia de varios de estos factores considerados como de riesgo.

Si bien existe un cierto ‘debate’ entre los propios profesionales a la hora de considerar el mayor o el menor peso relativo de los diferentes factores de riesgo en el suicidio adolescente (y lo que sería hasta más relevante, todas aquellas críticas interacciones que se producen entre ellos y que resultan más determinantes incluso) lo cierto es que los siguientes veinte factores sintetizados a

continuación representarían para una inmensa mayoría de los especialistas los factores de riesgo más significativos (y mejor validados empíricamente) a la hora de comprender, valorar e intervenir eficaz y sistemáticamente sobre el fenómeno del suicidio entre la población adolescente (Borowsky y cols.,2001 ; Goldston y cols.,2001 ; Gould y cols.,2003 ; Hall y cols.,1999 ; Joiner y Rudd,2000 ; Moscicki,1999 ; Shaffer y cols.,1996 ; Shea,2002 ; Tovilla y Pomar,2000 ; Weishaar, 2000 ; World Health Organization,2000) :

- Antecedentes significativos de intentos de suicidio y/o conductas autolíticas.
- Presencia de ideación suicida clínicamente relevante y/o sintomatología psicótica.
- Influencia de trastornos mentales específicos (particularmente de carácter depresivo).
- Desestructuración familiar y/o presencia de psicopatología en los propios padres.
- Problemas relacionados con el uso y/o abuso de drogas,tanto legales como ilegales.
- Fácil acceso a medios que facilitan la conducta suicida (como las armas de fuego).
- Episodios sistemáticos de abusos (físicos,psicológicos y/o sexuales) por terceros.
- Hábitos de comportamiento antisociales,violentos y/o abiertamente delictivos.
- Dificultades extremas de aprendizaje,elevado absentismo y/o fracaso escolar.
- Problemas de inadaptación -tanto personal como social- al entorno académico.
- Vivencia de episodios suicidas en terceros (familiares,amigos u otros referentes).
- Presencia de enfermedades físicas severas y/o crónicas (como el cáncer).
- Tendencias impulsivas y/o escasa capacidad de autorregulación emocional.
- Problemas de interacción,apoyo y comunicación social severos y prolongados.
- Dificultades relacionadas con la aceptación personal y social,como la homosexualidad.
- Rasgos cognitivos (tendencia a la catastrofización y generalización de los problemas).
- Rasgos afectivos (escasa autoestima,desesperanza sobre el futuro e indefensión).
- Insuficientes habilidades de afrontamiento (solución de problemas o control del estrés).
- Aparición y/o intensificación de precipitantes externos (pérdidas severas o traumas).
- Difusión distorsionada -a través de los medios- de episodios suicidas específicos.

De nuevo nos encontraríamos con toda una serie de factores específicos que sin duda se encuentran presentes en una proporción muy significativa de los adolescentes que en algún momento han tratado de quitarse de vida...con mayor o menor éxito. Sin embargo, estos factores

concretos (al igual que cualquier otro considerado de una forma aislada) no nos permitirá nunca predecir con una total precisión la ocurrencia o no de tentativas de suicidio o incluso de suicidios consumados. El estudio del fenómeno del suicidio desde planteamientos excesivamente simplistas o lineales resulta escasamente útil en contextos reales que es, en definitiva, el lugar en el que adquiere su verdadero sentido.

De hecho es bien conocida la situación (aparentemente paradójica) que suele producirse en determinadas ocasiones y que nos permite observar cómo adolescentes en cuya situación vital acontecen una gran parte de factores, hechos y/o circunstancias como las anteriormente citadas (incluso de una forma simultánea) no parecerían mostrar signo alguno de ideación suicida de carácter clínicamente significativo. Por el contrario, otros adolescentes, aparentemente en una situación y/o con unos condicionantes específicos mucho más favorables -a priori- presentarían sintomatología específica muy relevante que puede conducir en ocasiones a intentos por terminar con su propia vida sin que, en principio, pudiera afirmarse que respondieran al perfil más 'prototípico' del adolescente suicida. Para tratar de comprender esta -a primera vista- notable contradicción se hace imprescindible introducir el concepto específico de 'factores de protección' y el papel protagonista que desempeñarían a la hora de comprender e intervenir sobre el fenómeno del suicidio en contextos esencialmente educativos.

### **Los Factores de Protección Frente al Suicidio**

Tradicionalmente, y en comparación directa con todos aquellos estudios específicamente centrados en los factores considerados de riesgo, la investigación específica relacionada con la identificación y sistematización posterior de todas aquellas dimensiones, variables y aspectos que contribuyen de forma significativa a 'proteger' al adolescente frente a esta clase de comportamientos y/o actitudes habría resultado -sensiblemente- inferior. Afortunadamente con la eclosión de los modelos preventivos, sistemáticos, integrales y orientados -en esencia- hacia al desarrollo este tipo de factores concretos han adquirido un protagonismo mucho mayor en los últimos años, alcanzando cotas de protagonismo que, dada su relevancia práctica, sin duda hubieran merecido desde un principio.

Bien como producto de la 'extrapolación' de las conclusiones alcanzadas por aquellos estudios clásicos en relación a los factores de riesgo más relevantes, bien como producto de la realización de toda una serie de investigaciones y de estudios específicamente encaminados a la identificación y la sistematización de los mismos o bien simplemente como resultado final del análisis y de la valoración de las conclusiones extraídas tras la aplicación de programas y de modelos de intervención muy sistemáticos (en contextos escolares) encaminados a la prevención del suicidio entre los adolescentes lo cierto es que los veinte factores enumerados a continuación constituyen aquellas dimensiones 'protectoras' que parecen haber alcanzado un mayor grado o nivel de reconocimiento, fundamentación y protagonismo entre los propios profesionales especializados en este ámbito concreto (Borowsky y cols., 2001 ; Gould y cols., 2003 ; Jacobs, 1999 ; Shaffer y cols., 2001 ; U.S. Public Health Service, 1999 ; Rudd y cols., 2001 ; Shneidman, 2001 ; World Health Organization, 2000):

- Ausencia de trastornos físicos, mentales o relacionados con el abuso de sustancias.
- Detección y tratamiento -precoz y sistemático- de aquellos trastornos ya presentes.
- Una visión positiva de uno mismo (ajustado autoconcepto y elevada autoestima).

- Alta confianza en las propias capacidades y en la consecución de metas futuras.
- Acceso sencillo a recursos específicos que faciliten el afrontamiento de crisis.
- Predisposición favorable a solicitar ayuda profesional en caso de problemas.
- Integración, participación, identificación e implicación en el entorno escolar.
- Niveles elevados, sistemáticos y prolongados de rendimiento y éxito en los estudios.
- Dominio de habilidades, técnicas y recursos de afrontamiento eficaces ante el estrés.
- Inteligencia emocional (control de la impulsividad y de posibles episodios violentos).
- Patrones cognitivos concretos (creencias racionales y estilos cognitivos funcionales).
- Establecimiento de un círculo social de apoyo próximo, positivo y constructivo.
- Posesión de estrategias adaptativas de resolución de problemas personales y sociales.
- Habilidades y técnicas eficientes de toma de decisiones y planificación del futuro.
- Actitudes personales relacionadas con el suicidio (como sinónimo de cobardía).
- Cohesión familiar (implicación, confianza, transmisión de valores, comunicación...).
- Influencia de valores socioculturales que desapruaban el suicidio (como los religiosos).
- Difícil acceso a procedimientos y técnicas letales (armas, medicamentos y venenos).
- Conexión, implicación y participación activa en el entorno comunitario.
- Formas productivas de ocupación del tiempo libre (deportes y/o hobbies creativos).

El conocimiento de los principales signos de alarma, considerados más característicos, en aquellos adolescentes -a priori- con un mayor riesgo suicida junto a la comprensión de todos aquellos factores, variables y/o dimensiones -tanto de riesgo como de protección- identificados a lo largo de estos últimos años por profesionales pertenecientes a muy diferentes ámbitos constituyen los tres pilares teóricos esenciales que permiten dotar de coherencia interna a todos aquellos modelos y/o principios de actuación que se vienen aplicando en la actualidad, en los propios contextos educativos, con la intención última de minimizar el impacto de este tipo de actitudes y conductas entre los adolescentes, con una mayor o menor fortuna. Sobre estas líneas fundamentales de actuación se centra el contenido desarrollado en los próximos apartados...

### **III.-LA RESPUESTA EDUCATIVA FRENTE AL SUICIDIO ADOLESCENTE**

La investigación realizada a lo largo de estas últimas décadas coincidiría de una forma muy sistemática y significativa en destacar, explícitamente, el potencial papel decisivo de los centros educativos para la prevención eficiente de este tipo de comportamientos (en todo su amplio espectro), desde la propia ideación suicida hasta los intentos de suicidio y la propia consumación... minimizando en estos últimos casos el impacto que este tipo de episodios podría suponer para el entorno más próximo del adolescente. Ahora bien, ser conscientes de la importancia de la escuela, e incluso estar 'sensibilizados' frente a este tipo de problemáticas por sí mismo, aunque necesario, no es suficiente para lograr evitar la ocurrencia de este tipo de episodios. Se hace necesario, por lo tanto, adoptar toda una serie de medidas y pautas de actuación encaminadas específicamente sobre este tipo de situaciones. A continuación son sintetizadas las principales líneas de actuación que en la actualidad parecerían gozar de un más amplio consenso entre los propios profesionales en relación a su eficacia en los contextos educativos, tomando como marco de referencia la experiencia acumulada en estos últimos años en los que la aplicación de modelos de intervención sistemáticos y planificados comienza a ser cada vez más frecuente...

### **El Diseño, Aplicación y Valoración de Programas Específicos de Actuación**

Una de las tendencias más frecuentes (a la vez que potencialmente más peligrosas) en relación a este tipo de temáticas consiste en coincidir -por parte de todos y cada uno de los miembros de la comunidad educativa- en la importancia real de prevenir este tipo de conductas, e incluso en la necesidad de aplicar en algún momento puntual algún tipo de programa 'preventivo' encaminado a tratar de proteger a los adolescentes de algunos de los factores de riesgo mejor conocidos hasta el momento. Sin embargo, a un nivel más práctico, la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo y/o la propia inercia del día a día acabarán propiciando que estas buenas intenciones formen parte de la interminable lista de cuestiones por realizar algún día.

Por norma general, todos aquellos proyectos e ideas que en última instancia no quedan plasmados -de una forma explícita- en los documentos de planificación educativa, tanto a un nivel de centro (proyectos educativos, proyectos curriculares, planes de atención a la diversidad y/o programación de actividades) como a un nivel de aula (programaciones didácticas y/o planes de acción tutorial) es más que probable que, finalmente, no logren llevarse a la práctica. Por esta razón resultaría tan importante (y decisivo) que todas aquellas actuaciones, iniciativas y estrategias de actuación relacionadas con este tema queden explícitamente reflejadas por escrito (producto del consenso y el debate entre los agentes implicados) y formen parte de los diferentes documentos y marcos de referencia curriculares que orientan la práctica educativa, no sólo como 'reflejo' del compromiso teórico del centro educativo en relación a este tipo de situaciones sino como una cierta garantía de que esta clase de compromisos sean llevados finalmente a la práctica más cotidiana que sería -en última instancia- donde adquieren su verdadero sentido y utilidad última (King, 2001 ; Kalafat y Ryerson, 1999 ; Mazza, 1997).

### **La Formación Específica del Profesorado**

Los ejes básicos sobre los que se suelen centrar la mayor parte de aquellos modelos de actuación mejor establecidos hasta la fecha son bien conocidos. La distribución de las responsabilidades entre los diferentes miembros de la comunidad educativa, la capacidad de observar y detectar los primeros 'indicios' de un posible comportamiento suicida, la habilidad de calibrar el nivel de riesgo real (y la propia capacidad de actuación), el conocimiento de aquellos factores

considerados de un alto riesgo o de protección,el afrontamiento de situaciones en las que un adolescente expresa abiertamente su deseo de quitarse la vida,el conocimiento de aquellos recursos que ofrece la propia comunidad frente a este tipo de problemas o la capacidad de minimizar el impacto que un posible intento de suicidio (o suicidio consumado) puede suponer para el resto del centro son algunos de los ‘ingredientes’ que son -sistemáticamente- enfatizados en los diferentes modelos de actuación aplicados a lo largo de los últimos años (Davidson y Marshall, 2003 ; Goldsmith,2001 ; Hayden y Lauer,2000 ; King,2001 ; Zenere y Lazarus,1997).

Ahora bien,resulta evidente que este tipo de habilidades ‘profesionales’ no forman parte de los planes de formación inicial del profesorado de secundaria ni tampoco suelen ser sistemáticamente incluídas en los planes de formación continua.Se hace necesario,por lo tanto,la formación específica del propio profesorado en esta clase concreta de temáticas y estrategias de actuación como prerrequisito fundamental para la aplicación eficaz de este tipo de modelos de actuación. Sólo a partir de una formación de base adecuada por parte de aquellos sobre los que - en última instancia- va a recaer una gran parte de la responsabilidad sería posible obtener beneficios reales con la aplicación de este tipo de modelos de intervención (Davidson y Marshall,2003 ; Gardiner y Gaida,2002 ; Gould y cols.,2003 ; Hayden Lauer,2000 ; King,1999 ; Mazza,1997).

### **Las Estrategias de Intervención Curriculares**

La mayor parte de los modelos de intervención actuales atribuyen al propio profesorado un papel protagonista en la prevención de este tipo de comportamientos.Por lo tanto el currículum se convierte en la vía más natural para introducir,de una forma sistemática, contenidos y aspectos básicos relacionados (más o menos explícitamente) con este tipo de problemáticas. Dar a conocer a los alumnos los recursos de los que dispone el centro (y el entorno próximo) para ayudarles a resolver problemas o crisis puntuales,promover un clima de confianza que propicie que los problemas sean abordados (y no negados), desterrar algunos de los mitos frecuentes en relación al suicidio en la adolescencia o incluso potenciar el papel de los propios alumnos a la hora de detectar (y de ayudar) a aquellos compañeros que estén atravesando por momentos críticos son algunas de las posibilidades de actuación mejor fundamentadas desde un punto de vista curricular y cuya aplicabilidad parece más útil y sencilla (Davidson y Marshall,2003 ; Kalafat,2003 ; Kalafat y Elias,1994).

### **La Identificación Precoz de Grupos e Individuos de Alto Riesgo**

Un paso más allá de las propias estrategias curriculares,encaminadas al grupo clase en su conjunto,consistiría en tratar de identificar -precozmente- a todos aquellos grupos y/o individuos que se encuentran -a priori- en un mayor riesgo de desarrollar esta clase concreta de comportamientos y/o actitudes con la intención de establecer ‘seguimientos’ más individualizados y/o aplicar medidas de actuación mucho más específicas. El conocimiento de los signos de alarma más prototípicos junto a los diferentes factores de riesgo y protección constituyen aspectos centrales de este proceso clave que -en última instancia- persigue ser capaz de ofrecer respuestas muchísimo mejor adaptadas a las necesidades particulares de un adolescente...desde el mismo momento en que se manifiestan o intensifican los problemas y dificultades (Hayden y Laurer,2000 ; Shaffer y Craft,1999 ; Thompson y Eggert,1999).

## **La Enseñanza de Habilidades de Afrontamiento**

La investigación realizada en los últimos años en este sentido habría demostrado como aquellos adolescentes, por ejemplo, que abusan de las drogas, tienen síntomas depresivos clínicamente significativos y/o se encuentran socialmente aislados, marginados o están escasamente integrados académicamente presentan un riesgo sensiblemente superior de ideación suicida y de intentar -en algún momento- quitarse la vida en comparación con aquellos otros que no presentan este tipo de características concretas.

Partiendo de esta realidad se ha propuesto que el entrenamiento en aquellas habilidades de afrontamiento consideradas fundamentales para afrontar este tipo de actitudes y de comportamientos (autorregulación emocional, habilidades interpersonales, control eficaz del estrés, técnicas de solución de problemas...) debería ser una parte integrante básica de cualquier modelo de prevención del riesgo suicida durante la etapa concreta de la adolescencia, particularmente en contextos educativos.

Las posibilidades para 'introducir' este tipo de técnicas son bastante variadas. Desde optar por su integración en programas ya existentes en el propio centro (por ejemplo en los temas transversales relacionados con la educación para la salud), pasando por su inclusión en las sesiones de tutorías (como una parte del plan de acción tutorial) o bien incluso planificando sesiones específicas fuera del horario escolar (como extensión del plan de orientación educativa). En todo caso la aplicación de estas técnicas -según la investigación- ha demostrado incrementar los denominados 'factores de protección' así como reducir el impacto potencial de los 'factores de riesgo' en el adolescente, un doble proceso que en última instancia se vería reflejado en la reducción sensible en los índices de intentos de suicidio y de suicidios finalmente consumados... tal y como numerosos estudios recientes habrían logrado confirmar de una forma muy sistemática (Davidson y Marshall, 2003 ; Dwyer y Osher, 2000; Gould y cols, 2003 ; Macgowan, 2004 ; Thompson y cols., 2001 ; World Health Organization, 2004a ; 2004b ; Zenere y Lazarus, 1997).

## **El Rol de la Orientación Educativa y de los Profesionales Especializados**

Una de las claves fundamentales que mejor definirían a las sensibles 'transformaciones' educativas que se han venido sucediendo a lo largo de los últimos años tiene que ver con la progresiva incorporación -a los propios centros ordinarios- de diferentes tipos de profesionales especializados cuyas funciones y atribuciones -en principio- permitirían que la aplicación de programas de carácter preventivo relacionados con el suicidio en la adolescencia fuera un proceso más viable y sencillo. Por otra parte, la potenciación y la revalorización de la orientación educativa, como una parte integrante de las actividades de todo el profesorado, también parecería favorecer -sobre el papel- la aplicación de esta clase de modelos, actividades e iniciativas en los centros de educación secundaria.

Además de las propias atribuciones del profesorado ordinario del centro en relación a la orientación educativa (como parte integrante de la función docente en general y como rol más específico a través de las tutorías) y dejando intencionalmente a un lado las muy notables divergencias entre los diferentes centros educativos a la hora de 'disponer' de este tipo de profesionales (así como los obstáculos de tipo administrativo-burocrático que en ocasiones limitarían el trabajo de esta clase de profesionales especializados) lo cierto es que -a priori- el papel y las funciones potenciales de un notable interés para la prevención y la intervención sobre

este tipo de actitudes y comportamientos merecen ser sintéticamente destacadas (Bisquerra,1998 ; Davidson y Marshall,2003) :

- Valoración de las necesidades prioritarias y de los recursos disponibles en el centro.
- Diseño y desarrollo curricular de programas específicos de intervención-prevención.
- Asesoramiento al profesorado sobre áreas y contenidos de interés (infusión curricular).
- Aplicación e interpretación de pruebas sociopsicopedagógicas de detección precoz.
- Participación en las actividades e iniciativas formativas del profesorado del centro.
- Implicación y asesoramiento en los equipos directivos y de coordinación pedagógica.
- Dinamización y coordinación del conjunto de estrategias implementadas en el centro.
- Consejo individualizado con alumnos que presenten problemáticas muy específicas.
- Elaboración y difusión de materiales y recursos específicos de carácter informativo.
- Participación en charlas-coloquio encaminadas a la sensibilización de la comunidad.
- Evaluación,valoración y mejora de las iniciativas y actuaciones realizadas previamente.
- Coordinación con los recursos y servicios especializados presentes en el entorno.

### **Los Grupos de Iguales y la Prevención del Riesgo Suicida**

Uno de los mayores problemas para la prevención del riesgo suicida entre la población adolescente consiste precisamente en la ‘invisibilidad’ de sus problemas para aquellos adultos que le rodean. Además de que, en la propia adolescencia, la comunicación con el profesorado no siempre resulta sencilla, lo cierto es que una de las cualidades que mejor definen a los adolescentes con un mayor riesgo suicida son precisamente sus problemas de comunicación, su tendencia al aislamiento y su aparente incapacidad para expresar sus problemas y/o para solicitar el tipo de ayuda que necesitan.

Frente a esta situación se habría sugerido que los propios grupos de iguales (con la información y las habilidades adecuadas) podrían convertirse en elementos de un gran interés para prevenir este tipo de comportamientos y actitudes. De hecho la investigación ha demostrado que aquellos en una situación de claro riesgo se mostrarán mucho más predispuestos a compartir sus problemas con algún compañero de confianza que con el profesorado u otro tipo de adultos o profesionales especializados, al menos en un primer momento. El papel de estos ‘grupos de apoyo’ informal sería fundamental en la medida que permitiría contrarrestar eficazmente algunos de los factores considerados como de un mayor riesgo para la conducta suicida (aislamiento social, escasez de habilidades de afrontamiento, sensación de indefensión...) y por lo tanto debería ser tenido en cuenta como una vía de actuación especialmente interesante en contextos educativos (Gardiner y Gaida,2002 ; Kalafat y Elias,1994 ; Mazza,1997 ; White y Jodoin,1998).

## **La Sensibilización y la Implicación del Entorno Familiar**

Trasladar la ‘responsabilidad’ exclusiva en la prevención sistemática de este tipo de comportamientos hacia el profesorado del centro, además de injusto, resulta muy poco útil desde un punto de vista más práctico. Resulta fundamental potenciar y estimular la participación activa de los padres a lo largo de todo el proceso de intervención. La formación y la sensibilización realista de los propios padres en relación a este tipo de problemáticas, el conocimiento de los factores de riesgo y protección, el acercamiento a los recursos que ofrece la comunidad frente a estas situaciones o el entrenamiento en estrategias de afrontamiento frente a estas actitudes constituyen todos ellos aspectos centrales en la mayor parte de los programas de actuación considerados como más eficaces y que, en última instancia, persiguen la implicación real y la participación activa del entorno familiar (en colaboración con el propio personal del centro educativo) como aspecto crítico en la minimización del riesgo suicida entre los adolescentes (Carlyon y cols., 1998 ; Davidson y Marshall, 2003 ; Kalafat, 2003).

## **La Colaboración con el Entorno**

Resulta indudable que el propio centro educativo, como un espacio con identidad propia y bien definida, constituye el principal ámbito de intervención para los profesionales que se integran en el mismo y -hasta cierto punto- es el medio natural en el que desarrollar las actuaciones preventivas desde una perspectiva estrictamente educativa. De hecho aspectos muy sutiles del entorno educativo como el clima escolar, el nivel de violencia explícita o latente, los valores y actitudes transmitidas a través del currículum oculto, el clima de participación real que se vive en el centro o la propia ‘identificación’ de los alumnos (y de los propios profesores) con la filosofía que se transmite y se respira en un centro educativo constituyen variables relevantes a la hora de entender la aparición (o no) de problemas y crisis que pueden desembocar en un intento de suicidio (Borowsky y cols., 2001 ; Dwyer y Osher, 2000 ; King, 2001).

Sin embargo considerar que la ‘responsabilidad’ se limita a las cuatro paredes del centro educativo o creer que las posibilidades de actuación se acaban cuando se traspasan los muros que lo separan del entorno es partir de una concepción errónea que, en esencia, limita innecesariamente las posibilidades de actuación que sería posible ofrecer por parte del centro educativo cuando se apuesta por colaborar activamente con el contexto que le rodea, como mínimo en un doble sentido...

Por un lado, resulta bastante obvio que una gran parte de los factores considerados como de ‘riesgo’ tienen su origen real bastante más allá del propio centro educativo. Por lo tanto preocuparse por conocer -específicamente- cómo es el entorno en el que se sitúa el centro, y en el que se desenvuelven los adolescentes, permite -entre otras cosas- conocer cuáles serán a priori aquellos factores de riesgo más significativos y, sobre la base de esa información, diseñar las actuaciones que en una mayor medida permitan ‘contrarrestar’ sus potenciales efectos perjudiciales sobre el adolescente.

Por otra parte, en muchas ocasiones, el afrontamiento de una crisis exige una serie de conocimientos y de habilidades que escapan a aquellas ‘exigibles’ a un profesional de la educación. Resulta bastante frecuente, por ejemplo, que se presenten problemas asociados relacionados con la utilización de drogas y/o cuadros psicopatológicos clínicamente significativos que exigen la participación sistemática de profesionales especializados. El

conocimiento de aquellos recursos especializados de los que dispone el propio entorno permite facilitar el contacto normalizado con este tipo de profesionales, que en última instancia deberán hacerse cargo de aquellos adolescentes especialmente problemáticos o bien asesorar a la propia comunidad educativa en relación a las mejores medidas a adoptar en cada momento desde un enfoque más preventivo y global.

Esta doble vía de comunicación entre el centro educativo y su entorno más próximo es sistemáticamente puesta de relieve (y definida como fundamental) a la hora de diseñar y de aplicar modelos de prevención y afrontamiento del suicidio adolescente realmente eficaces y sistemáticos, formando ya una parte integrante de los marcos de actuación considerados en la actualidad mejor fundamentados y más ampliamente avalados por la experiencia acumulada a lo largo de estos últimos años (Carlyon y cols, 1998 ; Davidson y Marshall, 2003 ; Kalafat, 2003 ; King, 2001).

### **El Afrontamiento de las Crisis Suicidas**

Planificar, aplicar y valorar muy diversos programas, técnicas, estrategias y/o actuaciones de carácter preventivo y encaminadas a promover mayores niveles de sensibilización, información y formación entre todos los miembros de la comunidad educativa en relación al suicidio, incluirlos como una parte integrante de la oferta curricular del centro e incluso implementar iniciativas que específicamente incidan en la potenciación de los considerados como ‘factores protectores’ aunque resultan sin duda pasos críticos en la dirección adecuada no resultarían suficientes si no se encuentran acompañados de un modelo específico de actuación para el afrontamiento realmente eficaz de potenciales crisis puntuales (intentos de suicidio y/o suicidios consumados).

Si bien el diseño de un marco de actuación para el afrontamiento de una crisis estaría en una gran medida determinado por los propios condicionantes en los que se enclavase el centro educativo (perfil específico del alumnado, profesionales disponibles en el propio centro, recursos especializados del entorno, antecedentes de episodios similares...etc...) lo cierto es que algunas orientaciones generales habrían sido bien establecidas a la hora de tratar de potenciar su eficacia y utilidad (Davidson y Marshall, 2003 ; Gardiner y Gaida, 2002 ; Goldsmith, 2001 ; Poland y Lieberman, 2002) :

A.-El diseño del plan de actuación debería realizarse con anterioridad a la aparición de una crisis y no como consecuencia directa de la misma.

B.-En su elaboración debe promoverse la participación activa de todos los miembros de la comunidad educativa y de aquellos agentes externos implicados.

C.-Los protocolos de actuación -tanto de un carácter interno como externo- deberían reflejarse explícitamente, fruto del consenso y del debate entre los protagonistas.

D.-Se planificarán y aplicarán -además- actuaciones específicas dirigidas hacia aquellos directamente más afectados o que -a priori- sean más vulnerables tras el episodio.

E.-En todo caso la filosofía-base deberá minimizar cualquier rastro de sensacionalismo, glorificación o ‘responsabilización’ y potenciar el apoyo, la coordinación y el respeto.

La finalidad fundamental de este tipo de planes específicos de actuación es doble. Por un lado -a corto plazo- facilitar el afrontamiento de un episodio potencialmente traumático para todos aquellos que fueron testigos de él...tanto para los propios compañeros como para los profesores y familiares. Por el otro lado -a medio y largo plazo- minimizar el impacto final que éste pudiera suponer...por ejemplo reduciendo la posibilidad de que se produzcan otros suicidios posteriores (por efecto de imitación) o detectando y tratando precozmente problemas psicopatológicos que pudieran derivarse de este tipo de sucesos como el estrés postraumático o el abuso de drogas (Gould y cols.,2003 ; King,2001).

#### **IV.-CONCLUSIÓN**

A lo largo de la presente conferencia he tratado de destacar dos ideas muy básicas que me parecen especialmente importantes. Por un lado, desterrar la idea de que el suicidio es un fenómeno muy puntual (casi anecdótico) que apenas tiene incidencia real entre la población adolescente. La investigación demuestra que el fenómeno del suicidio (tanto su consumación como aquellos intentos fallidos, las conductas autolesivas y la propia ideación suicida) es una realidad mucho más 'cotidiana' de lo que a simple vista pudiera parecer, como las cifras recientes se habrían encargado de demostrarnos...con una tasas de crecimiento entre los adolescentes que apenas unas pocas décadas atrás hubieran sido inimaginables. Por otro lado, y fruto de esta más que preocupante 'tendencia' observada en los últimos años, la experiencia acumulada tras la aplicación de numerosos programas de intervención parece constatar, una vez más, el papel decisivo que juega realmente el propio centro educativo a la hora de poder prevenir (o no) este tipo de comportamientos y actitudes entre los adolescentes que cursan la educación secundaria.

En este sentido el papel específico de la escuela se antoja fundamental, desde múltiples e interrelacionadas líneas de actuación potencialmente útiles frente a este tipo concreto de problemas y cuya viabilidad y fundamentación parece más que demostrada...

- Crear programas específicos de actuación relacionados con la prevención del suicidio.
- Desarrollar un plan de afrontamiento concreto y sistemático ante potenciales crisis.
- Incluir en los documentos de planificación curricular los acuerdos adoptados por todos.
- Promover una mayor sensibilización en relación al fenómeno del suicidio adolescente.
- Asegurar una formación de base relacionada con la salud mental entre los educadores.
- Distribuir colegiadamente los roles y las responsabilidades de los agentes implicados.
- Considerar el desarrollo emocional del alumnado como un objetivo educativo esencial.
- Planificar, aplicar y valorar programas concretos que mejoren el propio clima escolar.
- Promover actuaciones que reduzcan el fenómeno de la violencia entre los iguales.
- Favorecer las iniciativas que contribuyan a mejorar la adaptación e integración social.

- Conocer aquellos factores de riesgo con una mayor incidencia entre el alumnado.
- Promover actividades que potencien aquellos factores considerados de protección.
- Establecer mecanismos y actuaciones encaminadas a la detección precoz de problemas.
- Programar actividades -flexibles y útiles- de formación continua relacionadas.
- Priorizar el uso de las estrategias de intervención con un mayor respaldo científico.
- Potenciar la colaboración e intercambio de experiencias entre todos los profesionales.
- Asegurar la participación activa de todos los miembros de la comunidad educativa.
- Facilitar el conocimiento y acceso de los alumnos a los recursos de la comunidad.
- Estimular un clima básico de confianza que facilite la expresión de los problemas.
- Dar a conocer sistemáticamente las actividades preventivas programadas por el centro.
- Favorecer la coordinación del centro con otros recursos y profesionales del entorno.

Se trata, en definitiva, de las líneas básicas de actuación que -hoy por hoy- gozan de un mayor grado de consenso (y de respaldo) entre los profesionales especializados y que otorgan al propio centro educativo, a los profesionales que lo integran y al resto de la comunidad educativa un protagonismo indiscutible en aquellos procesos y estrategias que hagan posible la prevención y/o el afrontamiento eficaz de este tipo de episodios. Dicho lo cual -y como también resulta justo reconocer- no sería demasiado adecuado hacer caer toda la responsabilidad (como en ocasiones se tiende a hacer) a la escuela como el contexto único en el que desarrollar las iniciativas que hagan viable minimizar el impacto de estos sucesos entre la población adolescente. Se hace igualmente necesario el esfuerzo y la colaboración real de múltiples protagonistas, situados en ámbitos muy diversos...en ocasiones bastante alejados de las cuatro paredes del centro educativo y cuyas iniciativas y actuaciones son igualmente relevantes e incluso críticas...

- Promoviendo la sensibilización de toda la sociedad en torno a este tipo de problemas.
- Desterrando viejos mitos y estereotipos distorsionados que contribuyen a la confusión.
- Considerando el suicidio como un problema de salud pública que es posible prevenir.
- Minimizando el fenómeno del estigma social todavía muy asociado a estos episodios.
- Desarrollando programas preventivos globales dirigidos a todos los sectores sociales.
- Invirtiendo los recursos necesarios que hagan posible un red de apoyo comunitario.
- Eliminando aquellas barreras que dificultan el acceso real a los recursos de apoyo.
- Normalizando el uso de servicios especializados relacionados con la salud mental.

- Potenciando el sistema de atención primaria como gran recurso de detección precoz.
- Restringiendo el acceso de la población a los medios que incrementan el riesgo suicida.
- Promocionando la investigación científica relacionada con el suicidio y su prevención.
- Estimulando la aplicación de aquellas pautas de actuación con mayor fundamentación.
- Promoviendo la colaboración interdisciplinar y el intercambio de ideas y prácticas.
- Asegurando la coordinación de los esfuerzos entre las diferentes administraciones.
- Minimizando el amarillismo de los medios comunicación al abordar estos tópicos.

Son, en esencia, medidas, iniciativas y principios fundamentales de actuación que parten de la implicación activa, comprometida y coordinada de múltiples agentes pertenecientes a sectores tanto educativos como sanitarios, sociales y administrativos lo que denota que las soluciones a aplicar no serían -por definición- simples o a un corto plazo pero que en última instancia todas irían encaminadas hacia la consecución de una finalidad común... minimizar el impacto final que el fenómeno del suicidio, cada vez en una mayor medida, parece estar ya ocasionando entre la población adolescente... un fenómeno que -a simple vista- resultaría difícilmente comprensible, desde una perspectiva estrictamente lógica y racionalista, en la medida que atentaría directamente contra el más básico de los instintos humanos... el de la propia conservación... pero cuyos verdaderos ‘detonantes’ y procesos más latentes y profundos ya fueron bien esbozados por el propio Schopenhauer cuando afirmó en este mismo sentido... *“todo el dolor físico en principio vinculado a la propia muerte perdería todo su significado y relevancia ante los mismos ojos de aquel que se encuentra inmerso en un sufrimiento espiritual que le sobrepasa.”*

## V.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvira, F. y Canteras, A. (1997). El suicidio juvenil. Madrid : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry , 40 (7) , 24S-51S.
- Beautrais, A. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Canberra : National Health & Medical Research Council.
- Beautrais, A. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth : A multiple-group comparison study. American Journal of Psychiatry , 160 , 1093-1099.
- Bertolote, J.; Fleischmann, A. ; De Leo, D. y Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide : revisiting the evidence. Crisis , 25 (4) , 147-155.

Bisquerra,R.(1998).Modelos de Orientación e Intervención Psicopedagógica.Barcelona : Ediciones Praxis.

Bobes,J. ; González,J. y Sáiz,P. (1997). La prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona : Psiquiatría Médica. Ediciones Masson.

Borowsky,I. ; Ireland,M. y Resnick,M. (2001). Adolescent suicide attempts : risks and protectors. *Pediatrics* , 107 (3) , 485-493.

Carlyon,P. ; Carlyon,W. y McCarthy,A. (1998). Family and community involvement in school health. En E.Marx ; S.Wooley y D.Northrop : *Health is Academic: A Guide to Coordinated School Health Programs* (pp.67-95). New York : Teachers College Press.

Catalina,M. y Mardomingo,M. (1997). Patología psiquiátrica asociada a los intentos de suicidio. *Revista de Psiquiatría Infantil y Juvenil* , 1 , 17-20.

Davidson, L. y Marshall, M. (2003). *School-based suicide prevention : A guide for the students,families, and communities they serve*. Washington : American Association of Suicidology : The Task Force for Child Survival & Development.

Díaz-Atienza,F. ; Prados,M. y Ruiz-Veguilla,M. (2004). Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente* , 4 (1) , 10-19.

Dwyer,K. y Osher,D. (2000). *Safeguarding our children: An action guide*. Washington : US Department of Education & Justice.American Institutes for Research.

Eagles,J. ; Carson,D. ; Begg,A. y Naji,S. (2003). Suicide prevention: a study of patients' views. *British Journal of Psychiatry* , 182 , 261-265.

García,E. y Peralta,V.(2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* , 25 (3) , 87-96.

Gardiner, H. y Gaida, B. (2002). *Suicide prevention services : Literature review final report*. Calgary : Alberta Mental Health Board.Research & Evaluation Unit.

Goldsmith, S. (2001). *Suicide prevention and intervention : Summary of a workshop*. Washington : Board of Neuroscience and Behavioral Health.National Academy Press.

Goldston, D. (2000). *Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents*. Bethesda : National Institute of Mental Health.

Goldston,D. ; Daniel,S. ; Reboussin,A. ; Reboussin, D. ; Frazier, P. y Harris,A. (2001). Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 40 , 91-99.

Gould,M. ; Greenberg,T. ; Velting,D. 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.

Gould,M. y Kramer,R. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide & Life-Threatening Behavior* , 31 , 6–31.

Gould,M. ; Velting,D. ; Kleinman,M. ; Lucas,C. ; Thomas,J. y Chung,M. (2004). Teenagers' Attitudes About Coping Strategies & Help-Seeking Behavior for Suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 43 (9) , 1124-1133.

Gould,M. ; Velting,D. ; Kleinman,M. ; Thomas,J. ; Chung,M. y MacDonald,M. (2004). Teachers' knowledge of facts and myths about suicide.*Psychol Rep.* , 95 (2) , 651-656.

Gutierrez,P.; Watkins,R. y Collura,D.(2004). Suicide risk screening in an urban high school. *Suicide & Life-Threatening Behavior* , 34 (4) , 421-428.

Hall,R. ; Platt,D. y Hall,R. (1999). Suicide Risk Assessment : A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients Who Made Severe Suicide Attempts: Evaluation of Suicide Risk in a Time of Managed Care. *Psychosomatics* , 40 , 18-27.

Hawton,K. y Van Heeringen,K. (2000). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York : John Wiley & Sons.

Hayden,D. y Lauer,P. (2000). Prevalence of suicide programs in schools and roadblocks to implementation. *Suicide and Life-Threatening Behavior* , 30 (3) , 239–251.

Horesh,N. ; Zalsman,G. y Apter,A. (2004). Suicidal behavior and self-disclosure in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192 (12) , 837-842.

Hovey,J. y King,C.(2002).The spectrum of suicidal behavior. En D.Marsh y M.Fristad : *Handbook of serious emotional disturbance in children and adolescents* (pp. 284-303). New York : John Wiley & Sons.

Institute of Medicine (2002). *Reducing suicide : A national imperative*. Washington : Board of Neuroscience and Behavioral Health.The National Academies Press.

Jacobs,D. (1999). *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. California : Jossey-Bass Publishers.

Jenkins,R. y Kovess,V.(2002). Evaluation of suicide prevention : A European approach. *International review of psychiatry* , 14 (1) , 34-41.

Joiner, T. y Rudd, M. (2000). *Suicide science : Expanding the boundaries*. New York : Kluwer Academic Publishers.

Kalafat, J. (1997). Prevention of youth suicide.En R.Weissberg; R.Gullotta ; B.Hampton y G.Adams : *Enhancing Children's Wellness* (pp.175–213). California : Sage.

Kalafat,J.(2003). School approaches to youth suicide prevention. *American Behavioral Scientist* , 46 (9) , 1211-1223.

- Kalafat, J. y Elias, M. (1994). An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* , 24 , 224–233.
- Kalafat, J. y Ryerson, D. (1999). The implementation and institutionalization of a school-based youth suicide prevention program. *The Journal of Primary Prevention* , 19 (3) , 157–175.
- Kapur, N. (2004). Suicide : causes and prevention. *Hosp Med.* , 65 (11) , 644-645.
- King, K. (1999). High school suicide prevention : Recommendations for an effective program. *American Journal of Health Studies* , 15(4) , 217-222.
- King, K. (2001). Developing a comprehensive school suicide prevention program. *The Journal of School Health* , 71 (4) , 132–137.
- King, C. y Knox, M. (2000). Recognition and treatment of suicidal youth : Broadening our research agenda. En T. Joiner y M. Rudd : *Suicide Science : Expanding the Boundaries* (pp. 251-269). Norwell : Kluwer Academic.
- King, R. ; Schwab-Stone, M. ; Flisher, A. ; Greenwald, S. ; Kramer, R. ; Goodman, S. ; Lahey, B. ; Shaffer, D. y Gould, M. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 40 , 837-846.
- Lester, D. (2001). *Suicide prevention : Resources for the millennium*. Philadelphia : Brunner-Routledge.
- Lieberman, R. y Davis, J. (2002). Suicide intervention. En S. Brock ; P. Lazarus y S. Jimerson : *Best practices in school crisis prevention and intervention*. Bethesda : National Association of School Psychologists.
- Macgowan, M. (2004). Psychosocial Treatment of Youth Suicide: A Systematic Review of the Research. *Research on Social Work Practice* , 14 , 147-162.
- Mardomingo, M. (1997). Depresión, agresividad y suicidio. En M. Mardomingo : *Estados depresivos en la adolescencia: Aportaciones para la práctica clínica* (pp.47-54). Madrid : Smithkline Beecham.
- Mardomingo, J. y Catalina, M. (1992). Características de la personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Pedriatrika* , 12, 5-10.
- Mardomingo, M. ; Catalina, M. y Hernández, P. (1994). Curso clínico de los intentos de suicidio: Seguimiento longitudinal a lo largo de 8 años. Libro de ponencias VII Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil , 71-88.
- Maris, R. ; Berman, A. y Silverman, M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York : Guilford Press.
- Mazza, J. (1997). School-based suicide prevention programs: Are they effective?. *The School Psychology Review* , 26 (3) , 382-396.

- Moscicki, E. (1999). Epidemiology of Suicide. En D. Jacobs : The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. San Francisco : Jossey-Bass.
- National Institute of Mental Health (2003). In Harm's Way : Suicide in America.A Brief Overview of Suicide Statistics and Prevention. Bethesda : National Institute of Mental Health.
- Oquendo,M. ; Stanley,B. ; Ellis,S. y Mann,J. (2004). Protection of human subjects in intervention research for suicidal behavior. American Journal of Psychiatry,161 ,1558- 1563
- Pérez,S (1996). Los factores de riesgo suicida en la adolescencia. Rev. Psiquiátrica del Uruguay , 11 (4) , 318-325.
- Pérez,S. (1997). Las actitudes hacia el suicidio en los adolescentes. Rev. Psiquiátrica Infantojuvenil , 2 , 102-106.
- Poland, S. y Lieberman,R. (2002). Suicide intervention. En A.Thomas y J.Grimes : Best Practices in School Psychology IV. Bethesda : National Association of School Psychologists.
- Prinstein,M. ; Nock, M. ; Spirito, A. y Grapetine,W. (2001). Multimethod assessment of suicidality in adolescent psychiatric inpatients : Preliminary results. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry , 40 , 1053-1061.
- Ros,S. (1997). La conducta suicida. Madrid : Grupo Arán.
- Rudd,M. (2000). Integrating science into the practice of clinical suicidology : A review of the psychotherapy literature and a research agenda for the future. En R. Maris ; S. Cannelto ; J. Macintosh y M. Silverman: Review of suicidology (pp.47-83). New York : Guilford Press.
- Rudd, M. ; Joiner, T. y Rajab, M. (2001). Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach. New York: Guilford.
- Rutter,P. y Behrendt,A. (2004). Adolescent suicide risk : four psychosocial factors. Adolescence , 39 (154) , 295-305.
- Saldaña,C. (2001). Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente. Madrid : Pirámide.
- Shaffer,D. ; Gould,M. y Fisher, P. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry , 53 , 339–348.
- Shaffer,D. y Craft,L. (1999). Methods of adolescent suicide prevention. Journal of Clinical Psychiatry , 60 (2) , 70–74.
- Shaffer,D. ; Pfeffer,C. y Work Group on Quality Issues (2001). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents eith Suicidal Behavior. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40 (1) , 24-51.
- Shaffer,D.(2004). The Suicidal Adolescent. Focus , 2 , 517-523.

- Shea,S. (2002). The practical art of suicide assessment : A guide for mental health professionals and substance abuse counselors. New York : John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. (2001). Comprehending suicide: Landmarks in 20th-century suicidology. Washington : American Psychological Association.
- Stuart,C. y Waalen,J. (2003). Many helping hearts : an evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment. *Death studies* , 27 (4) , 321–333.
- Thompson,E. ; Eggert,L. ; Randell, B. y Pike, K. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health* , 91 , 742–752.
- Tovilla,M. y Pomar,M. (2000). Los factores de riesgo suicida en los adolescentes. *Rev. Internacional de Tanatología y Suicidio* , 1 (1) , 7-17.
- Thompson,E. y Eggert, L. (1999). Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 38 , 1506-1514.
- Thompson,E.; Eggert, L.; Randell, B. y Pike,K. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health* , 91 , 742-752.
- Tierney,R. ; Ramsay,R.; Tanney, B. y Lang,W. (1990). Comprehensive school suicide prevention programs. En A. Leenaars y S. Wenckstern : *Suicide Prevention in Schools* (pp. 83-98). New York : Hemisphere.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). National strategy for suicide prevention : Goals and objectives for action. Rockville : U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. Public Health Service (1999). *The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide*. Washington : U.S. Public Health Service.
- Villardón,L.(1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Bilbao : Universidad de Deusto.
- Weishaar, M. (2000). Cognitive risk factors in suicide. En R. Maris ; S. Canetto ; J. McIntosh y M. Silverman : *Review of suicidology* (pp.112-139). New York : Guilford Press.
- Weller,E. y Weller,R. (2001).Suicide in youth [Special issue]. *Depression and Anxiety* , 14 (3).
- White, J. y Jodoin,N. (1998). Before-the-fact interventions : A manual of best practices in youth suicide prevention. Vancouver : University of British Columbia.
- Wild,L. ; Flisher,A. y Lombard,C. (2004).Suicidal ideation and attempts in adolescents : associations with depression and six domains of self-esteem. *J Adolesc.* , 27 (6) , 611-624.

Wood,A. ; Trainor,G. ; Rothwell,J. ; Moore,A. y Harrington,R.(2001).Randomized Trial of a Group Therapy for Repeated Deliberate Self-harm in Adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry , 40 , 1246-1253.

World Health Organization. (2000). Preventing suicide : A resource for teachers and other school staff. Geneva : World Health Organization.

World Health Organization (2004a). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Geneva : World Health Organization.

World Health Organization (2004b). Promoting mental health. Concepts. Emerging Evidence. Practice. Geneva : World Health Organization.

Wu,P.; Hoven,C. ; Liu,X. ; Cohen,P. ; Fuller,C. y Shaffer,D. (2004). Substance use, suicidal ideation and attempts in children and adolescents.Suicide Life Threat Behav. , 34 (4) , 408-420.

Zayas,L. ; Kaplan,C. ; Turner,S. ; Romano,K. y González,G. (2000). Understanding suicide attempts by adolescent Hispanic females. Social Work , 45 , 53-63.

Zenere,F. y Lazarus,P. (1997). The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. Suicide & Life-Threatening Behavior , 27 (4) , 387-403.

©CiberEduca.com 2005

La reproducción total o parcial de este documento está prohibida  
sin el consentimiento expreso de/los autor/autores.  
CiberEduca.com tiene el derecho de publicar en CD-ROM y  
en la WEB de CiberEduca el contenido de esta ponencia.

**® CiberEduca.com es una marca registrada.**

**©™ CiberEduca.com es un nombre comercial registrado**