



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado
Magisterio en Educación Primaria

El suicidio infantil y su prevención desde la escuela

Child suicide and its prevention from school

Autora

Ana Garzarán Ariño

Director

David Pérez Castejón

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

2023

Resumen

Actualmente vivimos en una sociedad en la que las apariencias toman más valor que la realidad, por lo que existen temas que son tabuizados para no generar incomodidad y mostrar una cara pulcra de uno mismo. El suicidio es uno de los temas que se temen tratar, y por esta falta de información las cifras proliferan.

Si el suicidio es un tema tabú, aún se aumenta más este estigma si se enfoca a la población infanto-juvenil, donde el incremento de los casos conforma una realidad recientemente. Pese a la nula existencia de medidas de actuación, es evidente la relevancia que tienen personas cercanas al entorno de los niños y niñas. Este entorno es el núcleo familiar, pero también cabe destacar el papel imprescindible que toman los centros educativos en el desarrollo del alumnado. Por ello se desarrollará en el presente Trabajo de Fin de Grado un estudio de las raíces de la conducta suicida infantil. Se tratarán los aspectos principales del tema, las medidas preventivas y finalmente se propondrá un taller para la formación del personal docente y no docente del centro y para las familias del alumnado con un objetivo: reducir el suicidio infantil creando escuelas y entornos saludables.

Palabras clave

Conducta suicida, suicidio infantil, prevención, escuela y familias.

Abstract

We currently live in a society in which appearances take more value than reality, which is why there are topics that are tabooed so as not to cause discomfort and show a neat face of oneself. Suicide is one of the issues that is feared to be dealt with, and due to this lack of information the figures proliferate.

If suicide is a taboo subject, this stigma is further increased if it focuses on the child and adolescent population, where the increase in cases has recently become a reality. Despite the null existence of action measures, the relevance of people close to the children's environment is evident. This environment is the family nucleus, but it is also worth noting the essential role that educational centers play in the development of students. For this reason, a study of the roots of child suicidal behavior will be developed in this Final Degree Project. The main aspects of the topic and the preventive measures will be discussed, and finally a workshop will be proposed for the training of the teaching and non-teaching staff of the center and for the families of the students with one objective: to reduce child suicide by creating schools and healthy environments.

Key words

Suicidal behavior, child suicide, prevention, schools, and families.

ÍNDICE

Introducción y justificación.....	6
1. Marco teórico.....	9
1.1 Suicidio	
1.1.1 Concepto.....	9
1.1.2 Fases o momentos.....	10
1.2 Suicidio infantil	
1.2.1 Actuaciones.....	11
1.2.2 Tipología.....	12
1.2.3 Causas.....	14
1.2.4 Factores de riesgo y factores de protección.....	20
1.2.5 Prevención.....	24
1.3 La escuela y el suicidio infantil.....	27
1.3.1 El papel de la escuela en la prevención.....	28
1.3.2 El papel del profesorado.....	29
2. Propuesta de intervención.....	32
2.1 Contextualización.....	34
2.2 Metodología.....	34
2.3 Temporalización.....	35
2.4 Sesiones.....	35
2.5 Evaluación.....	47
3. Conclusiones.....	49
4. Bibliografía.....	51
Anexos.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparación entre factores de riesgo y protección.....	22
Tabla 2. Desarrollo Sesión 1.....	36
Tabla 3. Desarrollo Sesión 2.....	38
Tabla 4. Desarrollo Sesión 3.....	41
Tabla 5. Desarrollo Sesión 4.....	43
Tabla 6. Desarrollo Sesión 5.....	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Etapas del suicidio.....	11
Figura 2. Iceberg sobre los tipos de prevención del suicidio.....	25

Introducción y justificación

El suicidio es un problema de salud pública reiterativo. Cada año se suicidan cerca de 700.000 personas, pero por cada acto, hay muchas tentativas del mismo (OMS, 2021). Según la OMS (2019), cada 40 segundos, muere en el mundo una persona a causa del suicidio, y, más concretamente, en España mueren 11 personas al día por esta problemática (INE, 2021).

Aunque las mayores tasas de suicidio se han registrado entre personas mayores de 18 años, las tasas entre los niños y jóvenes se han incrementado hasta el punto de que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto desarrollados como en desarrollo (Aleman, 2019).

Frente a los datos presentados, y sabiendo que el suicidio es prevenible, surgen peticiones de la existencia de un plan nacional que contribuya a la prevención del suicidio, tal y como aconsejaba la OMS ya en el año 2014. Aunque todavía no exista en España un plan que contribuya a la prevención de esta conducta, existen planes autonómicos que hacen frente a este suceso. Aun así, la respuesta a la prevención de las conductas suicidas suele pensarse que debe ser tratada únicamente desde los servicios sanitarios. Esta visión debe cambiar, pues, pese a que este sea un sector primordial en cuanto a la prevención, no se debe olvidar la importancia que posee otro servicio imprescindible en momentos de desarrollo evolutivo, como es el educativo.

El suicidio tiene una naturaleza compleja y multifactorial (Navarrete et al., 2019), y el hecho de hablarlo o silenciarlo ya ha traído consigo grandes núcleos de debate. A partir de este dato, se puede generar una clara conclusión: falta información y conocimiento acerca del suicidio. Si bien es cierto que la falta de información es una barrera contra la que hay que luchar, esta aún se acentúa más esta lucha si se trata del suicidio infantil. Las familias no suelen sentirse cómodas aportando datos en casos como estos, por lo que, en muchas ocasiones, las estadísticas que encontramos no resultan fiables ni concluyentes. Tal y como lo expresan Giner et al., “para poder prevenir el suicidio es necesario conocer su magnitud” (2014, p. 139), por lo que resulta una tarea mucho más ardua llevar a cabo una prevención de una conducta que ni siquiera se conoce de manera plena su repercusión.

Aun así, lo que sí se conoce plenamente es que el centro educativo es el lugar idóneo para llevar a cabo la prevención del suicidio infantil. No obstante, sin programas especializados o proyectos que contribuyan a la formación del personal docente y no docente que forma parte del centro, es ínfimamente compleja esta prevención. Es por este aspecto por lo que el presente Trabajo de Fin de Grado trata de dar respuesta a estas carencias, teniendo en cuenta también otro de los núcleos principales en la influencia de los niños y las niñas: la familia.

De esta manera, se llevará a cabo una fundamentación teórica sobre los aspectos principales que se deben tener en cuenta cuando se habla de suicidio. También se presentará una propuesta didáctica que atienda a los procesos formativos y la detección de factores de riesgo que contribuyan a la conducta suicida, con el fin de crear hábitos saludables dentro del entorno del alumnado, para así contribuir con un descenso en la tasa del suicidio infantil y, por consiguiente, del suicidio de manera general.

En relación con los aspectos teóricos, se hablará tanto del suicidio en la población general, como en la población infantil, haciendo hincapié en este último. Se comentarán las diferentes tipologías que existen, así como las fases por las que pasan todas aquellas personas que se ven afectadas por esta problemática. Por otro lado, se tratarán los factores de riesgo y los factores de protección, resaltando la importancia que las nuevas tecnologías poseen para dar una respuesta global ante este tipo de sucesos. Finalmente, se tratará la escuela y su papel en relación con las medidas preventivas que se deben tomar.

Como ya se ha presentado anteriormente, también se propondrá un proyecto para que se pueda desarrollar dentro del centro educativo, contando con la presencia de personal docente y no docente y de las familias del alumnado. El objetivo de la propuesta didáctica es contribuir a la consecución de escuelas saludables donde los niños y niñas crezcan en un ambiente seguro. Así pues, desde el centro educativo se pretende cultivar la autoestima, pues es uno de los pilares principales para que el alumnado crezca con resiliencia y el suicidio ni siquiera sea una opción ante sus problemas.

MARCO TEÓRICO

1. Marco teórico

Cada año, cerca de 700.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. El suicidio puede ocurrir a cualquier edad, pero es impactante saber que en 2019 fue la cuarta causa de defunción en las personas de entre 15 y 29 años en todo el mundo (OMS, 2021). Además, en la actualidad está latente el continuo aumento de conductas suicidas en la infancia, tal y como las noticias informan y advierten.

El principal foco de atención de este Trabajo de Fin de Grado es el suicidio infantil y sus implicaciones. Sin embargo, abordar todo el entramado teórico del suicidio infantil y sus implicaciones exige comenzar previamente con el análisis del concepto de suicidio de manera general para más tarde concretar y definir el suicidio infantil, explicando sus diferentes tipos, factores de riesgo, causas y consecuencias.

1.1 Suicidio

1.1.1 Concepto

El término suicidio proviene de dos expresiones latinas: *sui* y *occidere*, que significan “matarse a sí mismo” (Nizama, 2011). Así pues, el suicidio es el acto que consiste en quitarse la vida de forma voluntaria.

La OMS (1986) considera el suicidio como una actuación con un resultado letal, que es iniciado y realizado por la persona, que sabe y espera el resultado letal de su acto y a través del cual pretende tener los cambios que desea. No obstante, el suicidio es tan solo la punta del iceberg. Detrás de este acto existen otras conductas dañinas que son denominadas “parasuicidio”, donde los individuos se autolesionan, pero sin llegar a quitarse la vida (OMS, 1986). Según Mosquera (2016), otra manera de entender el suicidio es aquella que considera el suicidio como el resultado final de ideaciones y conductas realizadas por una persona. De esta forma, el concepto de conducta suicida hace referencia a una serie de conductas que incluyen aspectos cognitivos como ideas suicidas y su planificación, y aspectos conductuales como el intento del suicidio.

1.1.2 Fases o momentos

Como se puede obtener de las definiciones anteriores, el suicidio implica un acto que abarca diferentes fases o momentos. Pérez (1999) diferencia tres fases: ideación, intento y hecho consumado, las cuales se explicarán a continuación.

Continuando con lo aseverado por Pérez (1999), dos de las formas más representativas de la conducta suicida son el intento de suicidio o parasuicidio y el suicidio, no obstante, no son las únicas formas en las que se puede encontrar. Si investigamos en la literatura, se pueden diferenciar grados de manifestación de la conducta, desde las amenazas, pasando por los gestos e intentos hasta desembocar en el hecho consumado (Martínez, 2014). Al abarcar un campo de pensamiento tan amplio, también son diversas las formas de representación, por lo que todas las manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser tomadas como principales signos de alarma (Hernández et al., 2015). Es frecuente encontrar estudios que ignoran este tipo de manifestaciones, ya que no llegan a tener un resultado letal. Sin embargo, cambiando esta visión, se conseguiría un efecto benevolente, pues, para que se dé una prevención y una intervención temprana, es necesaria una examinación de determinantes del comportamiento suicida (Campisi et al., 2020).

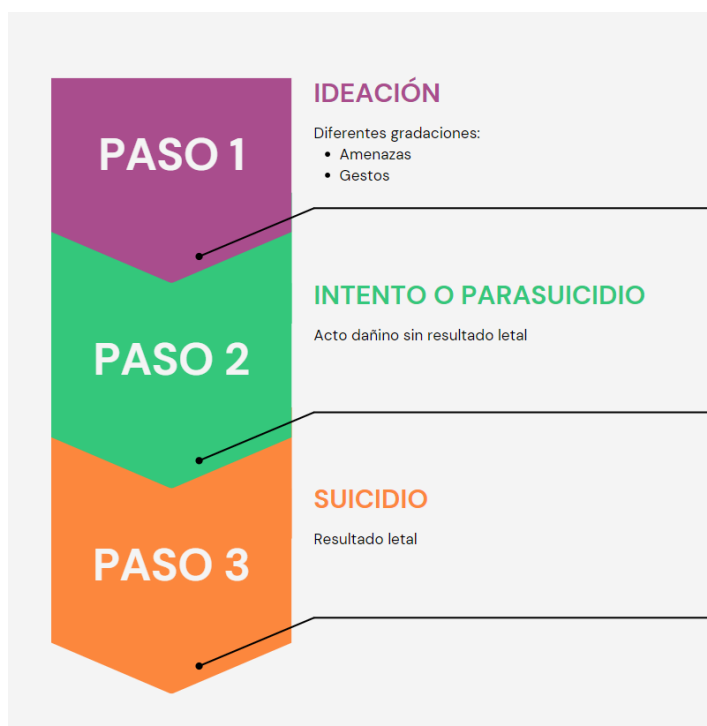
Tomando como referencia los estudios desarrollados por Pérez (1999), se pueden definir y diferenciar las siguientes fases por las que pasa una persona suicida. Estas fases se recogen de forma gráfica en la figura 1:

- Ideación: expresan su incomodidad a través de amenazas y gestos. Las amenazas pueden ser expresiones verbales o escritas del deseo de morir. Cuando la amenaza ocurre teniendo los medios disponibles para llevarse a cabo, pero no se realiza, se considera gesto suicida.
- Intento de suicidio o parasuicidio: es considerado como el acto sin resultado de muerte en el que, un individuo de manera deliberada se hace daño a sí mismo.
- Suicidio: abarca todos los actos lesivos autoinfligidos con resultado letal.

En el sentido presentado, el acto de la ideación (Paso 1 de la Figura 1), puede ser minimizado, puesto que se valora despectivamente y es tomado como una “llamada de atención”, sin embargo, debe ser visto como una valiosa oportunidad para iniciar su prevención, y no se debe olvidar que es el primer paso de este proceso (Pérez, 1999).

Figura 1.

Etapas del suicidio



Fuente: elaboración propia a partir de Pérez (1999).

1.2 Suicidio infantil

1.2.1 Actuaciones

Los datos presentados evidencian la importancia del suicidio como una cuestión de salud pública que requiere una atención prioritaria. En un contexto nacional e internacional en el que hay un crecimiento del número de suicidios en población adulta y juvenil, estos datos son preocupantes, pero el suicidio infantil exige todavía una mayor

atención, puesto que es uno de los sectores poblacionales donde más se puede apreciar su auge (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2020). En el sentido expuesto, se conocen profundamente datos estadísticos sobre el suicidio en general, no obstante, la frecuencia del suicidio infantil no es tan fiable ni conocida, puesto que muchas familias no desean presentar la muerte de su niño o niña como resultado de esta conducta. Así pues, prefieren exponerla como resultado de causas accidentales o de otro tipo, evitando así el estigma social que, con elevada frecuencia, es vinculado con el suicidio (Llopis, 2009).

En este sentido, Polaino y Heras (1990, p. 224) subrayan que “El suicidio durante la primera infancia ha sido muy discutido, al dudarse de la capacidad del niño para comprender el fenómeno de la muerte ajena y de la propia”. Entre los motivos de esta discusión, Koocher (1974) destaca que no se adquiere un concepto realista de lo que es la muerte hasta los diez o doce años. Sin embargo, se pueden encontrar en la literatura diferentes conceptualizaciones del suicidio infantil. Llopis (2009) lo describe como la muerte autoprovocada que ocurre antes de los 15 años de edad.

Pese a que no exista un total acuerdo sobre las características concretas del suicidio infantil, es generalmente admitido que las conductas suicidas durante este periodo de la vida están estrechamente relacionadas con la vivencia del momento presente. Autores como Deshaies (1947) consideran el suicidio infantil como un acto impulsivo e instantáneo, mientras que Cohen-Sandler et al. (1982) consideran que el estrés previo tiene una significativa importancia.

1.2.2 Tipología

Si la conceptualización ha sido objeto de debate y discusión, también lo ha sido la tipología. No existe un acuerdo firme sobre los tipos de suicidio infantil. Autores como Morón (1977) y Llopis (2009) muestran distintas posturas frente a esta clasificación. Por un lado, Morón (1977) describe tres tipos: el impulsivo, el hiperemotivo y el depresivo. Desde otra perspectiva, Llopis (2009) los clasifica en: suicidio por desesperación, por miedo, por ventaja o chantaje, por imitación y suicidio por sacrificio.

Es evidente la evolución acerca de la tipología, pues se puede apreciar que, mientras que en los años setenta Morón (1977) únicamente describió tres, los cuales apenas se diferenciaban, Llopis en el año 2009 los describe de manera más profunda.

Morón (1977) aseveraba que los tres tipos de suicidio resaltaban la interpretación sobre cómo el menor vivía el momento presente, por lo tanto, su muerte era la simple negación del presente y la tentativa del suicidio respondía en él a una situación dada. En cambio, Llopis (2009) diferenciaba cinco tipos de suicidio, y los tres tipos que describía Morón (1977), los reuniría Llopis (2009) en uno, en el suicidio por miedo. El suicidio por miedo es definido como la respuesta ante una situación de castigo o amenaza, así pues, un niño sensitivo e impulsivo puede cometer este acto para suprimir la amenaza que le atormenta (Llopis, 2009).

Continuando con los tipos definidos por Llopis (2009), encontramos el suicidio por desesperación, el cual se da cuando surge una situación insoportable empapada de soledad y desesperanza en la vida del niño. Con el acto suicida, lo que se consigue es la huida o la evasión de lo insufrible, y puede surgir a partir de esta. No obstante, esta no es la única manera de que aparezca, también puede darse de manera secundaria debido a una decepción sentimental, al fallecimiento de un ser querido o al fracaso escolar.

En tercer lugar, otro de los tipos de suicidio que expone Llopis (2009), es el suicidio por ventaja o chantaje, el cual tiene un objetivo, el deseo de vengarse de sus padres y causarles remordimientos. En este tipo la muerte no sería un fin sino un medio, y es frecuente en niños que poseen una personalidad histriónica.

Por otro lado, el mismo autor recoge el suicidio por sacrificio, donde la muerte es vista como una finalidad religiosa o altruista. La motivación de este tipo de suicidio se hace pensando en resolver una situación conflictiva grave a otras personas. Por ejemplo, si un niño quiere evitar que sus padres pasen vergüenza de él, podría llevar a cabo este tipo de conducta.

Finalmente, Llopis (2009) presenta el suicidio por imitación, el cual surge tras la acumulación de varios casos de muerte en poco tiempo y en el mismo lugar.

Tras el análisis de las diferentes tipologías, se puede concluir afirmando la gran influencia que poseen tanto las familias como los centros educativos, por lo que el trabajo

relacionado con la prevención del suicidio debería poner especial hincapié en estos dos ámbitos.

1.2.3 Causas

Tal es la importancia de ámbitos como el familiar y el educativo, que ambas conforman dos de las principales causas por las que se podría desarrollar una conducta suicida. A continuación, se presentan las causas del suicidio infantil, así como sus implicaciones.

Tal y como asevera Navarro (2017), resulta complejo delimitar las variables que influyen en este tipo de prácticas ya que se trata de una población vulnerable y con limitados recursos psicológicos y herramientas de afrontamiento ante situaciones traumáticas. En cualquier caso, el suicidio, como escape extremo de una situación vital angustiada, es el producto de la confluencia de múltiples factores, como la historia de cada individuo y los factores sociológicos propios del contexto en el que este desarrolla su vida (Navarro, 2017).

Pese a la complejidad en cuanto a la clasificación de las causas, el estudio de Nizama (2011) concreta las causas en generales y específicas. Por un lado, las causas generales están relacionadas con el deseo que poseen ciertos individuos de alejarse de una situación de la vida que les resulta imposible de manejar, como la muerte de un ser querido, el divorcio de los progenitores, crisis emocionales, enfermedades físicas graves... Por otra parte, las causas específicas serían factores sociodemográficos tales como el sexo, la edad, etnia o nivel socioeconómico y factores clínicos como trastornos mentales, y factores neurobiológicos y genéticos como antecedentes familiares o disfunción del sistema serotoninérgico central (Nizama, 2011). El sistema central serotoninérgico (SCS) es una red neuronal del sistema nervioso central e interviene en el control de procesos fisiológicos que incluyen la regulación del estado de ánimo, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el sueño, las funciones endocrinas como la liberación de hormonas, entre las cuales se encuentra el cortisol o la hormona del crecimiento (García et al., 2005). En este sentido, la actividad central serotoninérgica influye en la serotonina existente en el organismo, la cual es conocida como la hormona de la felicidad; por el

contrario, la hormona del cortisol interviene en las respuestas fisiológicas al estrés que incluyen el ejercicio, la ansiedad, la depresión... (García et al., 2005). Así pues, se observa que los sujetos que poseen ciertas anomalías en el SCS tienen una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo, siendo la depresión uno de los trastornos con más prevalencia (Browne et al., 1987).

La importancia de atender las causas específicas y generales para abordar el tema del suicidio es evidente. A continuación, se tratarán aquellas causas más frecuentes en la etapa infantil, como son las relacionadas con el ámbito familiar, el ámbito personal y el ámbito académico.

Causas relacionadas con el ámbito familiar

Pese a la falta de acuerdo sobre los tipos del suicidio en la infancia, Morón (1977) y Llopis (2009) afirman que este tipo de situaciones están normalmente centradas en problemas de índole familiar, pues existen diferentes factores de riesgo como la ausencia de la madre o el padre, ya sea por muerte, por enfermedad, divorcio..., o la existencia de graves discusiones entre los progenitores, existiendo en ocasiones malos tratos (Morón, 1977; Llopis, 2009).

Las causas más frecuentes, según Llopis (2009), son la existencia de trastornos de la personalidad, bien psicóticos o preesquizofrénicos. En ocasiones esta situación es debida a una emoción violenta, como ocurre frente a medidas correctivas paternas o fracasos escolares que desencadenan una frustración intensa. Sin embargo, en general, el comportamiento suicida es una conducta compleja en la que intervienen no solo factores de enfermedad y psicológicos, sino también sociales y culturales (Llopis, 2009).

De esta manera, la conducta suicida no solo se ve favorecida por un ambiente desestructurado, sino también por el autoritarismo familiar y la falta de control por parte de los adultos, siendo el principal fallo de los padres y madres su incapacidad para adoptar una postura comprensiva con sus progenitores. En este sentido, el conflicto entre padres y madres e hijos es el principal y más frecuente origen de la problemática (Alonso-Fernández, 1985).

Otro factor descrito por Hendin (1961) es la creación de tempranos sentimientos de responsabilidad y deber moral inculcados por las familias. Esta situación provoca en el menor incomprensión e incomunicación familiar. Este hecho provoca el agravio de la situación, ya que, cuanto menor es la niña o el niño, más difícil le resulta encontrar ayuda psicológica fuera del ambiente familiar.

Así pues, tal y como se ha expuesto anteriormente, la familia es uno de los principales objetos de estudio que se deben abordar al tratar el suicidio infantil, pues, ha sido demostrado que, tanto faltas de comunicación, como excesivas muestras de agresividad son factores desencadenantes y muy usuales en relación con esta problemática (Llopis, 2009). La importancia de las relaciones familiares se justifica en su significativa influencia en el desarrollo del niño o niña, tanto físico como emocional. Es importante reconocer su relevancia, pues la familia es el primer y principal educador para su formación durante la primera infancia. La familia desempeña un rol clave a la hora de generar una estructura de su personalidad, preparándolo así para las diferentes problemáticas que puedan surgir (Marín et. al, 2019).

De esta manera, la literatura presenta la personalidad y la familia como factores de vital importancia en el suicidio y que además están directamente relacionados. Por tanto, son factores que se deben tener en cuenta y que representarán una de las principales bases a la hora de intervenir desde diferentes ámbitos.

Causas relacionadas con el ámbito personal

El suicidio en la etapa infantil y juvenil tiene diferencias notorias en relación con el suicidio en la población adulta. Entre los motivos se encuentran el hecho de ser una etapa que se caracteriza por la aparición de cambios físicos, psicológicos y sociales, además de ser el momento de la formación de la personalidad y la búsqueda de identidad (Alonso et al, 2021).

Las causas del suicidio infantil relacionadas con el ámbito personal se podrían definir como causas diversas estrechamente vinculadas con el momento evolutivo, pero con buenas expectativas si se tratan en momentos tempranos (Castellvi-Obiols et al., 2018). Algunos ejemplos relacionados con las causas serían el sexo, los trastornos

mentales de tipo afectivo, trastornos de ansiedad, factores psicológicos (impulsividad, apego inseguro), factores genéticos y biológicos, orientación sexual... (Hoyos, et al., 2019).

En relación con los trastornos mentales, es evidente la relevancia de la depresión en la conducta suicida, pues estudios como el de Mosquera (2016) aseveran que el 15% de pacientes que padecen depresión mayor, terminan suicidándose. Además, este mismo estudio, también refleja que trastornos como el bipolar o el esquizofrénico son asociados con un alto riesgo de suicidio, siendo esta la primera causa de muerte en jóvenes con esquizofrenia (Mosquera, 2016).

Por otro lado, otros de los trastornos asociados son los trastornos de ansiedad y alimentarios (anorexia y bulimia), estando este último junto con la depresión vinculados a un alto riesgo de suicidio (Cornellá, 2012). Cabe destacar que la presencia de algún trastorno de ansiedad junto con trastornos de depresión, abuso de sustancias u otro trastorno límite de la personalidad, puede multiplicar el riesgo de suicidio, además de empeorar la respuesta terapéutica (Soler et al., 1999).

Aun así, no solo los trastornos mentales componen las causas personales del suicidio infantil, pues existen factores como la presión de los demás ejercida en la persona, los cánones impuestos de belleza y valores vitales, la falta de control de las emociones, la carga de estrés emocional o la influencia del grupo de iguales que también propician la respuesta suicida (Navarro, 2017).

Causas relacionadas con el ámbito educativo (fracaso escolar y bullying)

Los apartados previos han mostrado las causas familiares o personales. Sin embargo, y tal y como encontramos en la literatura, el ámbito escolar también juega un papel clave (Palacio et al., 2019). Entre las causas relacionadas con el ámbito educativo se destacan dos grandes subapartados: el fracaso escolar y el bullying.

Fracaso escolar

Con respecto al fracaso escolar, según Polaino (1987), la relación entre los problemas de salud mental y las dificultades escolares es muy estrecha, no obstante, resulta complejo precisar cuál es la causa y cuál es el efecto. De esta manera, no se podría valorar con claridad si el fracaso escolar es el determinante de un trastorno depresivo y,

por tanto, de una conducta suicida, o, por el contrario, el trastorno depresivo es el que da lugar al fracaso escolar.

En numerosas investigaciones se ha tratado de estudiar la relación entre sintomatología depresiva y rendimiento académico, y se han encontrado significativas relaciones entre ambas variables (Frias et al., 1990, Nissen, 1989 y Polaino-Lorente et al., 1993). Aun así, estas alusiones resultan débiles por la escasez de estudios específicos en torno al dilema sobre si el bajo rendimiento escolar es el origen de la depresión o, si, por el contrario, es una consecuencia o manifestación de esta (Cabrera et al., 1999).

Aunque lo más frecuente sea relacionar el bajo rendimiento como parte del cuadro sintomatológico depresivo infantil, la experiencia clínica ha permitido comprobar que los niños y niñas remitidos a consulta acuñados con fracaso escolar eran posteriormente diagnosticados como depresivos (Cabrera et al., 1999). Además, estudios como el de Stevenson et al. (1994), muestran un alto porcentaje de síntomas depresivos entre el alumnado que suspende.

Por otro lado, Nissen (1989) pudo observar cómo los niños y niñas con depresión reducían la sintomatología depresiva de manera temporal durante las vacaciones escolares, por lo que los datos muestran que, además de ser la depresión causa de fracasos escolares, el alumnado con fracaso escolar es más propensos a padecer depresión (Chen et al., 1995).

Siempre han existido demandas de estudios más exhaustivos al respecto, como Párraga (1990), que señaló hace más de dos décadas la urgencia de delimitar las posibles relaciones entre depresión y fracaso escolar, puesto que puede afectar de forma severa a factores relacionados con el aprendizaje, el comportamiento en el aula, la interacción con sus iguales, etc.

Tal y como apuntan Cabrera et al. (1999), la escuela y los estudios son factores estresantes para la vida del niño/a, tanto por las expectativas familiares y sociales, como por las demandas escolares. Las notas escolares son el elemento mediante el cual el alumnado es valorado y, por consecuencia, estimado o no socialmente, lo que desencadena que tenga una excesiva responsabilidad, acompañada normalmente de estados estresantes, posibles generadores de depresión (Cabrera et al., 1999).

Así pues, a partir de todos los estudios nombrados anteriormente, se pueden llevar a cabo diferentes conclusiones. En primer lugar, se puede inferir que el fracaso escolar es capaz de moldear y configurar la aparición de un estilo cognitivo depresógeno. También se puede asumir que, a partir de esta situación, se puede encontrar en el alumnado un debilitamiento de su motivación, pudiendo verse deteriorado así su comportamiento social y familiar. Finalmente, se puede concluir haciendo hincapié en la importancia que tienen todos estos factores con el desencadenante del que se viene hablando durante todo el proyecto: el suicidio. Así pues, estas causas relacionadas con el fracaso escolar han de ser analizadas y se tendrán en cuenta en la propuesta de intervención que se desarrollará más adelante.

Bullying

Una vez analizadas las implicaciones del fracaso escolar, se analiza a continuación el bullying. El bullying, al igual que el suicidio infantil, es un problema mundial que afecta a un gran número de alumnado y ambos deben estar cuidadosamente tratados dentro del ámbito escolar. Desde los primeros estudios realizados por Olweus (1999) en los años setenta, el bullying ha sido entendido como una agresión intencionada y repetida en un periodo de tiempo por uno o más individuos, llamados agresores, hacia una víctima que no puede defenderse por sí misma. Además, estudios más recientes como el de Peper et al. (2006), añaden que esta problemática es entendida como un problema de relaciones, donde un niño o una niña aprenden a usar el poder y la agresión para provocar angustia continuamente y ejercer el control sobre otros.

Habitualmente, implica dos participantes como mínimo, y se presenta en escenarios escolares, emitiendo acciones hostiles de manera física y verbal, implicando también un desbalance de poder entre las niñas y los niños involucrados (Olewus, 1993). La conducta tiene la intención de herir, se presenta de manera continuada en el tiempo, y puede ser la culpable de otros múltiples trastornos y problemas sociales (Cervantes et al., 2012).

En relación con la problemática social asociada a este tipo de acoso, Rigby (2003) asevera que las consecuencias para la víctima son alarmantes, pues no solo expresa disgusto general, angustia y sentimientos de enojo y tristeza, sino que también su adaptación social se ve empobrecida, implicando aversión al ambiente social, aislamiento

y absentismo escolar, así como altos niveles de ansiedad, depresión y pensamientos suicidas.

Sin embargo, la sociedad cambia rápidamente y también las formas de bullying. Actualmente, encontramos otra manera violenta de acosar a los individuos más débiles. Este acoso “moderno” es denominado cyberbullying, y comparte las principales características con el bullying tradicional, así como la intención, la repetición temporal y el desequilibrio de poder entre víctima y agresor, pero añade dos variantes: el anonimato y la publicidad a través de los medios tecnológicos (Smith, 2015).

Esta nueva forma de acoso ocurre a través de las tecnologías y la comunicación, y, pese a ser menos frecuente en Educación Primaria que el bullying tradicional, su aparición expresa la necesidad de considerar el acoso como un tema de intervención prioritario y urgente debido a sus graves consecuencias (Li, 2008).

La relación entre el bullying, la depresión y el suicidio es evidente, y se ha podido demostrar tras la elaboración de diferentes estudios a la población infanto-juvenil. En estudios llevados a cabo por la Revista Chilena de Pediatría (2020) se pone de manifiesto que el bullying es un factor asociado a episodios depresivos en escolares. Estas investigaciones lograron establecer una asociación entre la participación en el acoso escolar y la ideación suicida en niños y adolescentes.

Sin embargo, aunque el bullying pueda ser una causa del suicidio infantil, no es la base de la explicación acerca de la aparición de la ideación suicida, sino que su efecto se podría potenciar en comorbilidad con otros factores de riesgo biopsicosociales, siendo la ideación suicida un desencadenante de origen multifactorial (Hong et al, 2016).

Si bien es cierto que el bullying no puede ser tratado como el único factor causante del suicidio, es uno de los factores influyentes que se puede tratar desde la escuela (Lardier et al., 2016). Por tanto, resulta necesario situar el foco sobre el acoso escolar e intervenir desde el centro, ya que podría ser reducido uno de los factores desencadenantes del suicidio de forma inminente y profunda con una buena secuenciación de actividades o programas dedicados a ello (Sánchez, 2017).

1.2.4 Factores de riesgo y factores de protección (Efecto Papageno y Werther)

A continuación, una vez analizadas las principales causas del suicidio infantil, se abordan los factores de riesgo y los factores de protección del mismo. Los factores de riesgo son todas aquellas variables, características o circunstancias que se presentan en una persona asociada con el aumento en la probabilidad de padecer una enfermedad o dolencia, es decir, son predictores estadísticos de enfermedad (Rouvier, 1994).

Según Canbaz (2018), los factores de riesgo del suicidio se pueden agrupar en modificables y no modificables. Los primeros son aquellos que se mantienen durante el tiempo, como el sexo, la edad, la situación laboral o los factores genéticos. Por otro lado, los factores modificables son susceptibles a cambios clínicos a través de intervenciones poblacionales, como los trastornos mentales, abuso de sustancias y salud física (Canbaz et al., 2018). Aun así, el principal riesgo según la OMS (2022), es haber cometido un intento previo de suicidio.

La etapa infantil se podría definir como una etapa vulnerable en cuanto a la adopción de conductas suicidas (Ministerio de Sanidad, 2022). No obstante, los factores de riesgo del suicidio en la niñez están marcados por los patrones de relación en el grupo de iguales o en el proceso formativo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012). Por lo tanto, al ser estos factores modificables con una intervención óptima, presentan una recuperación mucho más optimista que en los casos de población adulta. En los casos de personas más mayores, la intervención resulta mucho más ardua, puesto que los factores de riesgo de esta etapa están determinados por la situación social y laboral o la trayectoria vital. De esta manera, resulta más complejo modificar la situación a través de una intervención psicológica o educativa (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

A partir de estos factores de riesgo, surgen los llamados factores de protección. Los factores de protección son entendidos como todos aquellos elementos que reducen la posibilidad de que se presente un comportamiento de riesgo (Abello, et al., 2003) que puede conducir o desencadenar una situación de suicidio. Son varios los factores de protección recogidos por la OMS (2001), como por ejemplo la existencia de lazos afectivos saludables con la familia o la presencia del desarrollo de unas adecuadas habilidades sociales. A continuación, se presenta una tabla comparativa que refleja las diferencias entre estos factores y los factores de riesgo comentados anteriormente.

Tabla 1*Comparación entre factores de riesgo y protección*

Variable	Factores de riesgo	Factores de protección
Social	Nulo apoyo social (aislamiento, soledad...) Falta acceso sociosanitario Alta incidencia alcoholismo u otras adicciones Exposición a violencia Exposición al suicidio de otra persona (suicidios sensacionalistas) Factores socioeconómicos adversos	Apoyo social Competencias prosociales (respeto, solidaridad, amistad, inclusión...) Variables sociosanitarias accesibles
Familiar	Carencia de apoyo familiar Antecedentes familiares Duelo (ausencia, divorcio, pérdidas...) Bajo nivel educativo del grupo familiar Problemas económicos	Apoyo familiar Experiencia maternal o paternal positiva
Personal	Problemas de salud crónicos Trastornos mentales (depresión, ansiedad, trastornos de alimentación...) Variables psicológicas (agresividad, impulsividad, frustración...) Antecedentes de violencia Privación de libertad	Buen estado de salud Nivel intelectual elevado y capacidad de aprendizaje Competencias y habilidades sociales Variables psicológicas (carácter positivo, sentido de esperanza, optimismo, autoestima...) Hábitos saludables
Sociodemográfica	Varón, adolescente, edad avanzada, minoría étnica o sexual.	

Fuente: elaboración propia a partir de la Guía “En mis zapatos” elaborada por las asociaciones *La Niña Amarilla*, *AFASIB* y *Papageno*.

Frente a esto, aparece un nuevo factor de protección que se encuentra en auge actualmente: las nuevas tecnologías. Es evidente que vivimos en la sociedad del conocimiento, por lo tanto, todo lo que se desea conocer está a nuestro alcance gracias a Internet. De esta manera, la conducta suicida ha pasado de observarse a través de una esfera íntima a una global (López, 2020).

El uso de Internet como una vía de promoción de la Salud Mental podría favorecer procesos de sensibilización y posible prevención del suicidio gracias al apoyo que podrían proporcionar la interacción social y las redes sociales (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2012). Y aunque no siempre ocurra de esta manera, y se pueda utilizar como un arma para favorecer este suceso, es importante conocer sus grandes beneficios a la hora de promover la salud mental.

En el sentido presentado, y como consecuencia de la falta de la existencia de un plan nacional frente a la problemática del suicidio, diferentes Comunidades Autónomas como Aragón, Comunidad de Madrid o Cataluña, han elaborado guías que se han servido de los medios de comunicación para su difusión y conocimiento con el fin de prevenir el suicidio. Algunos de los ejemplos, como la estrategia de prevención *ExPreSA* aragonesa o el plan de actuación de prevención del suicidio del ayuntamiento de Madrid, coinciden con la necesidad de aprovechar la repercusión de los medios de comunicación para visibilizar la importancia de la Salud Mental y la prevención del suicidio. No obstante, frente a esta postura surge otra en contraposición, pues el efecto de informar sobre esta problemática puede suponer dos respuestas: un efecto protector evitando la conducta, o un “efecto llamada” o de imitación (Gobierno de Aragón, 2020). Estas dos respuestas se presentan en la forma de dos tipos diferentes de efectos, el efecto Papageno y el efecto Werther (Vaello et al., 2021).

El Efecto Papageno es el que hace referencia a la protección, y sus consecuencias estarían vinculadas con la reducción de los suicidios tras la publicación de noticias que tratan la idea suicida (Alberdi et al., 2019). Por el contrario, el Efecto Werther defiende la nula información de las conductas suicidas para así evitar el patrón imitativo ante la exposición en medios de comunicación (Gobierno de Aragón, 2020). Diferentes estudios como el llevado a cabo por David Philips en 1974 muestran posturas contrarias ante el efecto Papageno. No obstante, centrándonos en los estudios más recientes como el de Vaello et al. (2021), se puede concluir con que el Efecto Werther puede traer consigo más

efectos negativos de lo esperado, y como consecuencia, la imitación de la conducta suicida no es en gran parte por la información dada, sino por la manera en la que se ofrece dicha información.

Así pues, tras el análisis de la literatura que muestra las consecuencias que desencadenan ambos efectos, se puede concluir afirmando que no hablar de algo es extender la idea de que no existe, pese a que constituya una realidad dominante (Mustienes, 2022). Un correcto abordaje de la conducta suicida en medios de comunicación, centros educativos y otros entornos, constituye un factor protector: conocer la forma de la que hablar del suicidio puede salvar vidas.

1.2.5 Prevención

Explorar las causas del suicidio exige también analizar sus consecuencias. En relación con las consecuencias del suicidio, es difícil establecer un conjunto de consecuencias como tal. Parece más aconsejable, entender que la consecuencia final a todos los problemas o las necesidades que se han comentado anteriormente es, por ende, el suicidio. Si bien es cierto que el suceso trágico trae consigo consecuencias severas por parte de la familia y el entorno (ENSM, 2015), no podría hablarse de la misma manera de las consecuencias reflejadas en los y las niñas, que son el objeto de estudio en este trabajo. Por lo tanto, es más apropiado hablar sobre la prevención y el tratamiento que se debería abordar desde la escuela para así evitar este resultado irreversible.

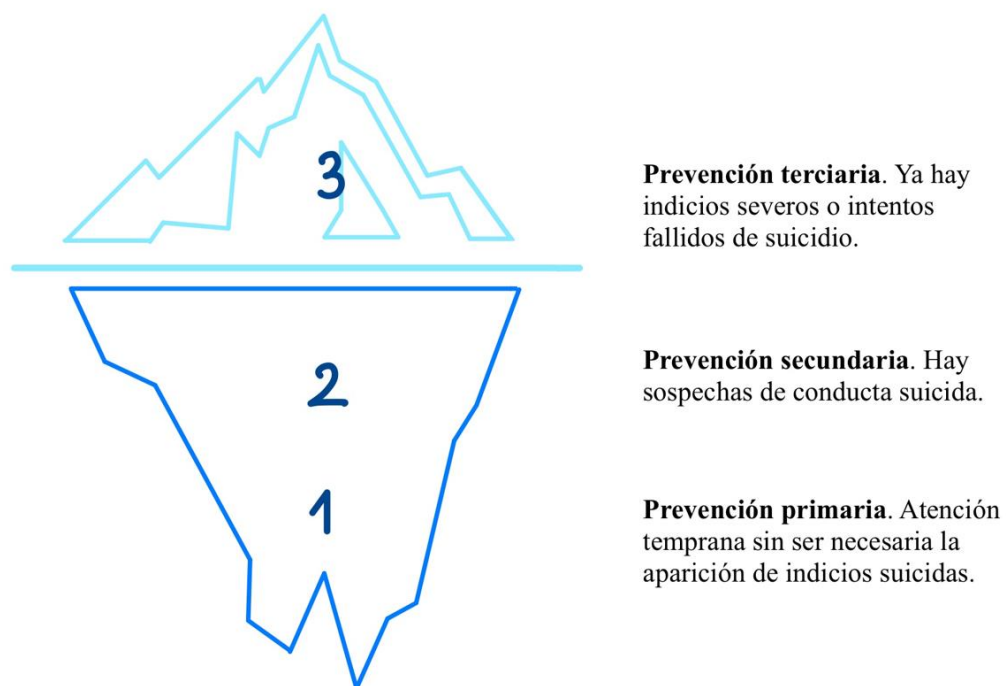
Como ya expuso Durkheim (1982) el suicidio no es solo un problema sanitario, pues también es un problema social, por lo que la intervención debe tener un carácter multidisciplinar. Para intervenir de manera óptima, debe estar presente la prevención en todas sus fases, de hecho, la mayoría de las estrategias recomiendan un enfoque integral de la prevención del suicidio que abarque diferentes niveles de actuación (Soto-Sanz et al., 2019)

La comunidad científica coincide en considerar que la aplicación de programas de prevención del suicidio es posible y eficaz (Matsubayashi et al., 2011; OMS, 2014), y muchas de las estrategias de prevención del suicidio realizan estos programas combinando la disminución de factores de riesgo con la potenciación de los factores de protección (Rodríguez-Otero et al., 2021)

La palabra “prevención”, tal y como apunta Santos (1987), es una de las que más carga de significación tiene cuando se habla de poner remedio a problemas de conducta, afectivos, emocionales, etc., que confluyen en el análisis de la Salud Mental. Es comúnmente escuchada, no obstante, al introducirnos en la realidad de la sociedad no es tan frecuentemente tratada. Se podría suponer que se trata de un fenómeno más teórico que práctico. Pese a encontrar diferentes vacíos en cuanto a la puesta en práctica de la misma o debates en relación con la terminología o tipología del suicidio infantil, la prevención sí que parece tener un acuerdo definido. Autores como Polaino (1990) y Santos (1987) apuntan que existen tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria que se recogen en la figura 2.

Figura 2.

Iceberg sobre los tipos de prevención del suicidio



Fuente: elaboración propia a partir de Polaino (1990) y Santos (1987).

Tal y como aseveran Cuesta et al. (2016), la prevención primaria está basada en la eliminación de los trastornos y de los factores de riesgo de manera previa a su aparición. Es decir, la elaboración de diferentes estrategias para prevenir una evidencia sintomatológica. Además, este tipo de prevención es el objetivo primordial de salud pública en países como España. En segundo lugar, la prevención secundaria alude a la

intervención temprana cuando ocurren los primeros síntomas leves. Esta prevención, tal y como se extrae del estudio de Cuesta et al. (2016), está relacionada con el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano del trastorno. Como meta tiene reducir la incidencia y prevalencia de las alteraciones, además de la detección de casos de alto riesgo. Finalmente, se presenta la prevención terciaria, la cual estaría enfocada a todas aquellas estrategias dirigidas a la participación activa de la familia, el uso de programas de rehabilitación... Es decir, constantemente se busca la reducción de la tasa, duración y gravedad de las alteraciones. En este caso, se trata de intervenir cuando la conducta “suicida” es manifiesta, pero aún existe la posibilidad de detener su evolución. En ocasiones, el contacto con el niño o niña suicida se produce tras el intento de quitarse la vida, por lo tanto, la intervención es inmediata e intensa (Cuesta, et al., 2016).

De esta manera, se puede afirmar que la forma de dar respuesta al suicidio, tal y como apunta también la OMS (2014), es establecer una estrategia nacional de prevención, en la cual se utilicen medidas tales como la vigilancia, la restricción de los medios para el suicidio, la capitalización de personal de salud y educadores, etc. En este sentido, Estados Unidos ha sido un país pionero en destinar esfuerzos para la comprensión y prevención del suicidio (Blanco, 2020). Desde 1958 se han fundado centros y asociaciones destinados a abordar esta problemática, y, tal y como aseveraba Blanco (2020, p. 90) “Se han fundamentado en dos ideas clave: el suicidio se puede prevenir y el suicidio se debe prevenir”.

No obstante, a pesar de las insistentes llamadas de la OMS para la elaboración de programas nacionales de prevención del suicidio, en muchos países europeos, entre ellos España, aún no se ha conseguido elaborar este plan nacional de prevención (Blanco, 2020). Es importante destacar que, pese a que esta estrategia nacional no exista, hay iniciativas autonómicas y de carácter local. Pero, tal y como se puede suponer, la coordinación entre las mismas no resulta evidente.

Por un lado, en la población general, estas iniciativas tratan de dar respuesta a esta prevención de la que se hace referencia, así como visibilizar y normalizar el tratamiento del suicidio como un problema sociosanitario de primer orden, y de esta manera ofrecer apoyo a las personas que han sufrido esta pérdida (Blanco, 2020). Por otro lado, en cuanto a la población infanto-juvenil, según la *Guía de práctica clínica sobre la prevención y tratamiento de la conducta suicida* (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011), las

intervenciones se deben dar en el ámbito escolar, y consistirán en programas de prevención basados en el currículo, programas basados en habilidades sociales, programas de prevención de cribado basadas en el ámbito escolar, tratamiento en el ámbito escolar, intervenciones tras un suicidio y entrenamiento de figuras clave (Mosquera, 2016).

Además, las intervenciones en este ámbito no solo proponen la prevención en el ámbito educativo a través del centro, sino también la prevención a través del uso de los medios de comunicación, tales como líneas telefónicas de ayuda y acceso a métodos y medios de comunicación e Internet (Mosquera, 2016).

1.3 La escuela y el suicidio infantil

La prevención del suicidio va más allá del acto suicida, es decir, su objetivo debe fijarse primordialmente en la atención de las diversas manifestaciones del comportamiento suicida (ideación, amenazas, gestos suicidas y/o tentativas de suicidio) (Chávez-Hernández et al., 2008). Con esta finalidad se recomienda reducir los factores de riesgo y a la vez reforzar los factores de protección, influyendo tanto en el estado psicológico como en el ambiente físico y/o las condiciones culturales/ subculturales, lo cual es usualmente perceptible desde los centros educativos (Center for Mental Health Services, 2001).

Como ya es sabido, la escuela es el ámbito de formación y desarrollo de la personalidad por autonomía y, además, es crucial para evitar o reducir problemas relacionados con el suicidio en la población infanto-juvenil (Santos, 1987). En primer lugar, la escuela es el entorno idóneo para poder ir dando forma a las competencias que los y las niñas van adquiriendo (León, 2011). En segundo lugar, las escuelas tienen un enorme potencial, ya que son plataformas viables para que a las y los niños les pueda llegar la información más valiosa para la mejora de la calidad de vida (Weissberg et al, 1986). Finalmente, son el lugar idóneo para llevar a cabo intervenciones dirigidas concretamente a prevenir todos aquellos desajustes sociales e interpersonales que se puedan dar en la niñez (Santos, 1987). El centro educativo es el espacio en el que las y los niños hacen uso de sus destrezas sociales, las practican y reciben el consiguiente feedback, por lo tanto, es uno de los lugares idóneos para trabajar estas mismas destrezas sociales y aprovechar su potencial en la medida de lo posible (Santos, 1987).

Así pues, se podría resaltar el papel de la escuela afirmando que es el lugar de formación, el campo de información y el contexto apropiado y facilitador para llevar a cabo intervenciones (Piedrahita et al., 2012).

1.3.1 El papel de la escuela en la prevención

La prevención del suicidio se beneficia del trabajo en habilidades sociales que se desarrolla en las escuelas. De los tres tipos de prevención presentados (Polaino, 1990), desde la escuela se deben trabajar en gran medida los dos primeros tipos, es decir, la prevención primaria y secundaria. De esta manera, la prevención se dará antes de que haya indicios o cuando estos sean tempranos, y un aspecto útil para ello es el trabajo y fomento de destrezas sociales y conductas interpersonales adaptativas (Santos, 1987).

Existen múltiples ejemplos de prevención, y pueden estar dirigidos al alumnado o al profesorado y las familias. Un ejemplo de programa dirigido al alumnado son los programas focalizados en torno al bienestar psicológico (Santos, 1987). En este tipo de programas se ha comprobado cómo se han fortalecido las competencias personales como la autoestima, autoeficacia, autovalía, destrezas de afrontamiento de instrucciones... y todo ello mediante una formación y un entrenamiento directo en las mismas desde el centro educativo (Kelly, 1982).

Otro ejemplo de programa dirigido al alumnado son los programas de prevención que ponen el foco en las relaciones sociales. Este tipo de programas ponen de manifiesto la elevada relevancia de las relaciones entre iguales en el campo de la prevención del suicidio. Tal y como aseveran Asher et al. (1981), los niños y niñas con pobres relaciones sociales con sus iguales son más vulnerables a desarrollar desórdenes interpersonales, y esto aumenta la probabilidad de que se manifiesten en ellos trastornos psicológicos que pueden derivar en conductas suicidas.

Por otro lado, como se anticipaba anteriormente, se han desarrollado también programas dirigidos a los profesionales del centro educativo, en los que sus principales líneas de trabajo son: sensibilización, orientación y asesoramiento, formación dirigida a profesionales de ámbitos educativos y psicológicos... (Espinosa, 2019). Dentro de la línea relacionada con el ámbito escolar se desarrolla desde 2018 un programa pionero en la prevención del suicidio desde la ONG andaluza *Justalegría*, con el objetivo de

sensibilizar a la comunidad educativa en la importancia de fomentar estrategias para la prevención. La intención de este programa llamado *Razones para vivir* es impulsar escuelas saludables con profesorado preparado con estrategias de detección y manejo de conductas de riesgo (Espinosa, 2019).

Programas como el anteriormente mencionado resaltan la importancia de atender desde el centro las conductas suicidas que se puedan presentar en niños y niñas. Para ello se necesitan profesionales altamente cualificados, pues su importancia es máxima para desarrollar una intervención óptima.

1.3.2 El papel del profesorado

Así pues, tal y como apunta Espinosa (2019), los ejemplos presentados de programas centrados en el alumnado no son suficientes para lograr prevenir la conducta suicida. El papel desarrollado por los maestros y maestras, el profesorado y las y los orientadores escolares también adquiere relevancia, ya que estos desempeñan un papel crucial en la detección de casos con riesgo de desarrollar una conducta suicida (Espinosa, 2019). Además, ha quedado demostrada que una de las estrategias con más eficacia para la prevención del suicidio es la formación de estos profesionales en el reconocimiento de factores de riesgo y signos de alarma (Espinosa, 2019).

Así pues, tal y como asevera Nizama (2011), la escuela y los profesionales que la conforman no solo deben preocuparse por la competitividad y productividad, pues su función principal debe ser promover principios, valores y sentimientos para el desarrollo personal.

Tras lo afirmado por autores como Asher et al. (1981), Kelly (1982), Santos (1987), Polaino (1990), Nizama (2011) y Espinosa (2019), se entiende que en la escuela es el espacio en el que los profesionales pueden y deben luchar para trabajar las habilidades sociales y personales que tan necesarias son en los momentos de prevención de trastornos mentales, y, por consiguiente, en momentos de prevención del suicidio infantil. De esta manera, el papel de los profesionales a la hora de desarrollar una correcta prevención es indudable.

El centro educativo debe ser considerado como un medio útil para mejorar la sociedad y la calidad de la vida del alumnado, influyendo en su futuro y en su

autoconcepto. Todo ello pone de manifiesto la importancia de abogar por una educación de calidad, basada en la promoción de habilidades personales y sociales, y, en especial, centralizada en el alumnado.

Con esta intención, y habiendo destacado el rol que los centros educativos y su personal docente, pero también no docente, pueden desempeñar en la prevención y actuación ante el suicidio, en la segunda parte de este Trabajo de Fin de Grado se presenta una propuesta de intervención. La finalidad de la propuesta es la prevención del suicidio infantil en el ámbito educativo, haciendo hincapié en la educación en valores tales como la autoestima, el autoconcepto, la solidaridad y el compañerismo.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

2. Propuesta de intervención

A continuación, se presenta una propuesta basada en la repercusión positiva que tienen los programas de prevención del suicidio en la población. La intención es contribuir a la disminución de posibles casos de conducta suicida en el alumnado de Educación Primaria. El proyecto se dirige al personal docente y no docente de los centros educativos y a las familias del alumnado. El producto final del proyecto será la entrada al blog de la escuela con la información relevante y primordial extraída a partir de todas las sesiones desarrolladas. Todo ello se llevará a cabo desde el centro educativo, y para ello se contará con la ayuda del orientador u orientadora del centro.

Los centros educativos tienen un papel decisivo en la prevención de este tipo de comportamientos, y pueden tener influencia en todas sus fases, desde la ideación suicida hasta el acto consumado (Puchol, 2005). Además, los profesionales escolares desempeñan un papel importante en la detección de personas con riesgo suicida, pues se ha demostrado que la formación de los mismos en el reconocimiento de factores de riesgo constituye una estrategia eficaz de prevención (Espinosa, 2019).

Por otro lado, la propuesta de intervención también estará centrada en las familias, ya que su importancia y relevancia en el desarrollo del niño así lo requiere. Desde el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, se reconoce la estrecha relación entre conducta suicida en la infancia y maltrato infantil intrafamiliar (OMS, 2003). En estos casos, se puede apreciar cómo la comunicación familiar está afectada y, además, los estilos educativos son autoritarios e inconscientes (Martin et al., 2017).

Tomando las referencias presentadas en cuenta, se intentará abordar esta problemática y concienciar acerca de la importancia de la calidad de la relación familiar en el desarrollo social de los niños y las niñas, ya que es el primer escenario esencial de la socialización de los mismos (Isaza, 2012).

A lo largo de la propuesta se pondrá especial hincapié en la prevención primaria y secundaria desde la escuela. Para ello, será imprescindible trabajar en la detección de factores de riesgo, así como el desarrollo y fomento de los factores de protección.

Cabe destacar que los factores de riesgo que se trabajen durante la propuesta harán referencia a los factores de riesgo modificables, según la clasificación propuesta por Canbaz (2018). Por otro lado, en relación con los factores protectores, se tratará de manera

profunda el tema relacionado con las nuevas tecnologías y sus beneficios en la prevención del suicidio.

Finalmente, se tendrán presentes los programas de prevención del suicidio desarrollados por diferentes asociaciones, como la *Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio (Papageno)* o la *Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME)*. De esta manera, se podrán conocer estrategias eficaces para desarrollar una prevención óptima y adaptarla al contexto educativo en el que se trabajará.

Una vez presentada la propuesta y sus referentes teóricos, se detallan la finalidad, los objetivos generales y específicos y los contenidos de la propuesta.

La finalidad de la propuesta es formar al personal docente y no docente, así como a las familias con el objetivo de prevenir el suicidio infantil.

Los objetivos generales son conseguir crear un ambiente seguro para el desarrollo del alumnado, concienciar sobre la necesidad de combatir el suicidio infantil, generar estrategias a los docentes para la detección de factores de riesgo, y, por último, lograr que los docentes y las familias tengan el conocimiento de estrategias para fomentar los factores protectores.

Para alcanzar estos objetivos generales se plantean los siguientes objetivos específicos de la propuesta. En primer lugar, se pretende fomentar la colaboración entre docentes. En segundo lugar, contribuir a la cooperación entre docentes y familias. También se pretende hacer al alumnado conocedor de sus propias emociones y fomentar sus propias habilidades sociales. Por otro lado, se busca conseguir fomentar una autoestima positiva y reforzada, colaborando así con la consecución de un ambiente seguro y fomentando las relaciones entre iguales. Finalmente, se pretende dar valor y funcionalidad a la hora de tutoría.

Por último, en el desarrollo de la propuesta se tratarán contenidos relacionados con la prevención del suicidio infantil, como son la importancia de la formación del profesorado para evitar la conducta suicida en niños y niñas, la relevancia de las familias en el desarrollo social del niño, la prevención primaria y secundaria desde el aula, los factores de riesgo modificables y entrenamiento en su detección, los factores protectores

que se fomentan desde el aula, teniendo especial relevancia las nuevas tecnologías, y, por último, los programas de prevención en España, sus puntos fuertes y débiles.

2.1 Contextualización

La intención no es que la propuesta pueda ser desarrollada o transferida en cualquier ámbito educativo debido a que los contextos influyen significativamente cuando se trata de desarrollar diferentes propuestas. Sin embargo, la situación actual y las similitudes encontradas acerca de este problema invitan a pensar en la posibilidad de transferencia con los cambios necesarios de un contexto a otro.

La importancia de estos proyectos resulta evidente. Parte de esta importancia radica en los profesionales que hacen falta para poner en práctica esta intervención. En esta propuesta se ha optado por una composición particular del equipo que llevará a cabo el proyecto. Sin embargo, esta propuesta puede ser modificada o reconfigurada en función de los recursos y contextos. En primer lugar, se precisará un profesional de Pedagogía Terapéutica para poder dirigir el proyecto. En segundo lugar, un orientador u orientadora para trabajar de manera complementaria y cooperativa con el profesional de PT, de manera que puedan compartir conocimientos y generar así un trabajo mucho más completo. Finalmente, serán fundamentales todos y todas las docentes implicadas que aboguen por la colaboración entre profesores y por el fomento de escuelas saludables.

2.2 Metodología

La metodología que se seguirá en la propuesta es una metodología activa en la que se desarrollarán diferentes agrupamientos con el fin de lograr la colaboración entre personal docente, no docente y familias. A continuación, quedan reflejados de manera visual los agrupamientos que se formarán durante la propuesta:

- Gran grupo
- Pequeños grupos
- Individual

Además, para que esta colaboración quede reflejada en un documento, se elaborará un drive de manera conjunta durante todo el proyecto, de manera que todos los

participantes tengan acceso y puedan añadir sus propias ideas. De esta manera, la persona que dirija el proyecto será la encargada de redactar el drive y darle forma, pero todos los demás tendrán acceso y podrán modificar o ampliar la información existente. Por otro lado, con respecto al núcleo familiar, la participación dependerá del número de familias que formen parte del centro. Es decir, si hay un gran número de familias, las sesiones con ellas se organizarán para que asistan por ciclos, y si el número no es muy elevado podrán asistir todas un mismo día, independientemente del curso en el que se encuentren sus hijos e hijas.

2.3 Temporalización

El proyecto tendrá una duración de 9 horas y media en total, 8 horas y media se desarrollarán de manera presencial y 1 hora de manera no presencial, con el trabajo autónomo. Cabe destacar que cada sesión durará 2 horas, excepto la primera, la cual tendrá una duración de 1 hora, y la tercera, la cual durará 1 hora y media. En todas ellas estará presente el personal docente y no docente, y, además, en la última sesión también se contará con la de las familias.

2.4 Sesiones

A continuación, se muestra cada sesión en una tabla. A lo largo del desarrollo de todas las sesiones, se pretende lograr el objetivo principal de prevenir el suicidio infantil, y para ello se pretende formar en primer lugar al personal docente y no docente del centro educativo. Para conseguir esta formación, se partirá desde los aspectos más básicos relacionados con el suicidio infantil, de esta manera se podrá formar una base sólida de la conceptualización teórica. Más adelante, se trabajarán conceptos y contenidos más amplios de manera profunda, de manera que, paulatinamente, el personal docente y no docente vaya conociendo plenamente el suicidio infantil y sus implicaciones.

Para finalizar la propuesta con uno de los núcleos principales en relación con el alumnado, se orientará la sesión para ser trabajada junto con las familias, de manera que se logre la coordinación y la formación mutua.

Tabla 2

Desarrollo Sesión 1

Sesión 1. Presentación del proyecto

Temporalización	Duración de 1 hora.
Objetivos	Concienciar de la importancia del papel del profesorado en la prevención del suicidio infantil. Desarrollar una actitud positiva hacia proyectos de prevención elaborados desde la escuela.
Contenidos	Importancia de la formación del profesorado para evitar la conducta suicida en niños y niñas. La prevención primaria y secundaria desde el aula.
Concepto subyacente	Conocer la tasa de suicidio infantil y la importancia del profesorado en su prevención.
Estructura	<p>INTRODUCCIÓN (20 minutos)</p> <p>Se comenzará hablando de la temática que se abordará durante el proyecto durante 40 segundos. Cuando este tiempo haya transcurrido, se dirá lo siguiente: “Desde que he empezado a hablar han pasado 40 segundos, el tiempo que pasa entre cada suicidio en el mundo”.</p> <p>A partir de este dato, se irán nombrando más, y todos ellos relacionados con la alta tasa de suicidios existentes. Se concretará también sobre los casos de suicidio infantil, y para ello se utilizará el apoyo de las noticias recientes con datos relacionados.</p> <p>JUEGO (20 minutos)</p> <p>El juego que se presenta a continuación tratará de desmitificar las frases más escuchadas sobre el suicidio, ya que estas contribuyen en el estigma del suicidio y en su tabuización. El juego se desarrollará en gran grupo.</p>

La dinámica consistirá en presentar una frase y levantar la mano si se ha escuchado alguna vez. Cuando conozcamos el nivel de relevancia que tiene la frase presentada, se debatirá sobre si es cierta o no. Una vez que el debate haya finalizado, se propondrá otra frase más realista y que contribuya con la prevención de la conducta suicida.

Las frases estigmatizadas y su consiguiente corrección se encuentran ubicadas en el Anexo 1.

CONCEPTO DE PREVENCIÓN (10 minutos)

Cuando se tenga conciencia de los aspectos básicos para entender el concepto del suicidio, se hablará de la prevención a través de la *Figura 1. Iceberg sobre los tipos de prevención del suicidio*, y se propondrá una tarea individual para la siguiente sesión: pensamiento y escritura de estrategias preventivas que se puedan abordar desde la escuela.

RESUMEN (10 minutos)

Para concluir con la sesión, se elaborará un resumen por parte de todos los participantes de la misma, el cual quedará reflejado en el drive conjunto y será utilizado para la elaboración del producto final del proyecto.

Tabla 3*Desarrollo sesión 2*

Sesión 2. Factores de riesgo y protección	
Temporalización	Duración de 2 horas.
Objetivos	Fomentar la colaboración entre docentes. Generar estrategias a los docentes para la detección de factores de riesgo. Lograr que los docentes tengan el conocimiento de estrategias para fomentar los factores protectores. Dar valor y funcionalidad a la hora de tutoría.
Contenidos	Formación del profesorado para evitar la conducta suicida en niños y niñas. La relevancia de las familias en el desarrollo social del niño. La prevención primaria y secundaria desde el aula Los factores de riesgo modificables y entrenamiento en su detección. Los factores protectores que se fomentan desde el aula y nuevas tecnologías. Efecto Papageno. Efecto Werther.
Concepto subyacente	Conocer la importancia de los factores de protección en casos de suicidio infantil.
Estructura	INTRODUCCIÓN (10 minutos)

La sesión comenzará pidiendo que metan en una caja los papeles con las estrategias preventivas pensadas a partir de la sesión anterior. También se les pedirá que escriban individualmente aquellas estrategias que, a partir de los mitos mencionados en la clase anterior, podrían trabajarse en el aula y tendrían consecuencias negativas.

EXPLICACIÓN DE TABLA (35 minutos)

Una vez que las dos cajas estén completas, se pasarán a explicar los factores de riesgo y de protección, apoyados con la Tabla 1. Comparación entre factores de riesgo y de protección.

Para hacer partícipes a los docentes, se les pedirá que saquen un papel de la caja de factores de riesgo, y que coloquen este factor en la casilla correspondiente (social, familiar, académico...). Se seguirá esta misma metodología con los factores de protección y se desarrollará de manera grupal.

CONCLUSIONES DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN (35 minutos)

Después de conocer los factores de riesgo y protección, se establecerán unas conclusiones, y a partir de las mismas se abrirá un debate sobre si creen que es beneficioso hablar del suicidio o no. Tras el debate, se explicarán las dos posturas existentes y se les pondrá un nombre: efecto Werther y efecto Papageno.

Se presentarán datos de la OMS que reflejarán la relevancia de ambos efectos, y se pretenderá así que reflexionen acerca de la importancia de conocer los medios correctos para hablar del suicidio y contribuir a su prevención.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR EN EL AULA (30 minutos)

Cuando se hayan comentado los datos, se reflexionará sobre las actuaciones que se pueden hacer desde la escuela, y, por pequeños grupos, se repartirán unos factores protectores a potenciar a través de la elaboración de actividades. Estas actividades tendrán una consigna, y es que deberán desarrollarse durante la hora de tutoría.

RESUMEN (10 minutos)

Para finalizar la sesión, se hará un resumen con todos los aprendizajes adquiridos y con la lista de actividades que contribuyan a la prevención del suicidio desde la escuela.

Tabla 4*Desarrollo sesión 3*

Sesión 3. Programas de prevención	
Temporalización	Duración de 1 hora y 30 minutos.
Objetivos	Fomentar la colaboración entre docentes. Dar valor y funcionalidad a la hora de tutoría.
Contenidos	Importancia de la formación del profesorado para evitar la conducta suicida en niños y niñas Los programas de prevención en España, sus puntos fuertes y débiles.
Concepto subyacente	Diferenciar puntos fuertes y débiles de programas de prevención.
Estructura	INTRODUCCIÓN (30 minutos) Se recordará la importancia de la prevención del suicidio infantil y de los factores protectores. Después, se dejarán 5 minutos para que busquen individualmente el “programa de prevención nacional frente al suicidio”. Cuando vean que no encuentran información acerca del mismo porque no existe, se hablará grupalmente de esta problemática, y se compartirán opiniones frente a este suceso. PRESENTACIÓN DE PROGRAMAS (50 minutos) A continuación, se presentarán diferentes programas de prevención, como el <i>Programa Papageno</i> , el programa <i>Razones para Vivir...</i> y se comentarán los puntos fuertes y débiles de todos ellos de manera grupal. Mientras se estén comentando estas características de los programas, el o la orientadora del centro, irá anotando toda esta información en el drive compartido, para que sirva como referencia a la hora de elaborar el producto final.

RESUMEN (10 minutos)

Para finalizar la sesión, se hará un breve resumen de la misma y se delimitarán los puntos que se consideran necesarios para tener como referencia a la hora de elaborar un plan de prevención.

Tabla 5

Desarrollo sesión 4

Sesión 4. Elaboración de la entrada al blog	
Temporalización	Duración de 2 horas.
Objetivos	Generar estrategias a los docentes para la detección de factores de riesgo Lograr que los docentes tengan el conocimiento de estrategias para fomentar los factores protectores. Fomentar la colaboración entre docentes
Contenidos	La importancia de la formación del profesorado para evitar la conducta suicida en niños y niñas. La prevención primaria y secundaria desde el aula. Los factores de riesgo modificables y entrenamiento en su detección. Los factores protectores que se fomentan desde el aula, teniendo especial relevancia las nuevas tecnologías.
Concepto subyacente	Saber sospechar y actuar en casos de suicidio infantil.
Estructura	INTRODUCCIÓN (10 minutos) La sesión empezará con la explicación de la tarea a desarrollar: la elaboración de la entrada al blog. Para ello, se dividirán en pequeños grupos y a cada uno de ellos se le asignará una sección (Factores de riesgo, factores protectores, Efecto Werther, Efecto Papageno...). DESARROLLO (1 hora y 10 minutos) Durante el desarrollo de la entrada al blog, se ofrecerá ayuda y se aportarán ideas en caso de ser necesario, de manera que el blog esté conformado de manera colaborativa.

RESUMEN DE LAS SECCIONES (30 minutos)

Cuando las secciones estén terminadas, serán expuestas al resto de compañeros y brevemente explicadas, de manera que todos puedan aportar su opinión y posibles sugerencias.

RESUMEN (10 minutos)

Para concluir la sesión, se hará un breve resumen de la misma, y este quedará reflejado en el documento de drive.

Tabla 6*Desarrollo sesión 5*

Sesión 5. Bienvenida familiar	
Temporalización	Duración de 2 horas.
Objetivos	Contribuir a la cooperación entre docentes y familias. Hacer al alumnado conocedor de sus propias emociones y fomentar sus propias habilidades sociales. Conseguir fomentar una autoestima positiva y reforzada, colaborando así con la consecución de un ambiente seguro.
Contenidos	La relevancia de las familias en el desarrollo social del niño. Los factores de riesgo modificables y entrenamiento en su detección. Los factores protectores que se fomentan desde el aula, teniendo especial relevancia las nuevas tecnologías.
Concepto subyacente	Diferenciar actitudes positivas y negativas frente a la prevención del suicidio infantil.
Estructura	INTRODUCCIÓN (45 minutos) Se comenzará la sesión presentando la temática y sus principales aspectos de manera resumida, de manera que sirva como primer contacto para las familias, y a modo de recordatorio para el resto de docentes. Además, también será presentada la entrada al blog que ha sido desarrollada por el personal docente y no docente. INFOGRAFÍA (25 minutos) Después de la fundamentación teórica, pasarán a desarrollar una infografía por grupos mixtos, conformados por familias y docentes. Esta infografía consistirá en diferenciar actividades y actitudes positivas que sirvan como

factores protectores frente al suicidio, y actividades y actitudes negativas que sirvan como factores de riesgo frente a esta misma problemática.

PUESTA EN COMÚN (25 minutos)

Cuando estén finalizadas todas las infografías, estas serán expuestas y, en común, se diseñará una infografía conjunta para que pueda ser publicada en el blog.

TURNO DE PREGUNTAS (25 minutos)

Para finalizar, se dejará un tiempo extenso para que, tanto familias como docentes, puedan expresar dudas que les hayan surgido durante la sesión. De esta manera, entre todos se construirá un conocimiento y se podrá contribuir al objetivo final: la prevención del suicidio infantil.

2.5 Evaluación

Tras el desarrollo de todas las sesiones anteriormente explicadas, se enviarán cuestionarios a través de la plataforma Google Forms, de manera que se pueda conocer el nivel de satisfacción en cuanto a la formación y a la información dada en la misma.

El cuestionario estará dirigido tanto al personal docente y no docente del centro, como a las familias que han sido partícipes de la última sesión.

Las preguntas harán referencia a dos aspectos. En primer lugar, se tendrá como objetivo conocer si el formato de la propuesta ha sido óptimo, por lo que se formularán las siguientes preguntas al personal docente y no docente:

- ¿La duración de las sesiones ha sido adecuada?
- ¿Le parece que la estructura del programa ha contribuido a la comprensión de la temática tratada?
- ¿La distribución de los grupos le ha resultado interesante?

Las respuestas posibles serán: SÍ; EN CIERTA MEDIDA; NO.

Para conocer si el contenido del programa les ha resultado útil al personal docente y no docente, se formularán las siguientes preguntas:

- ¿La información recibida le ha parecido interesante?
- ¿Podría decir que la propuesta ha sido útil para su trabajo dentro del centro educativo?
- ¿Ha conseguido trasladar los contenidos a su práctica educativa?

Y al igual que en el caso anterior, las respuestas posibles serán: SÍ; EN CIERTA MEDIDA; NO.

También se diseñarán cuestionarios dirigidos a las familias, los cuales también hagan referencia a dos aspectos, el formato y el contenido de la sesión.

Las preguntas relacionadas con el formato serán las siguientes:

- ¿La duración de la sesión ha sido adecuada?
- ¿La estructura de la sesión le ha resultado clara y amena?
- ¿Los grupos formados le han resultado útiles para intercambiar información acerca de la temática tratada?

Por otro lado, las preguntas relacionadas con el contenido serán:

- ¿La información recibida le ha parecido interesante?
- ¿Todos los conceptos explicados han sido comprendidos de manera plena?
- ¿La sesión le ha ofrecido recursos para trasladar la teoría a la práctica en el hogar?

Ambos tipos de preguntas tendrán las mismas posibles respuestas que las preguntas dirigidas al personal docente y no docente.

Además, para conocer de manera profunda el grado de adecuación al público y el nivel de satisfacción, se les permitirá que se expresen en un apartado con respuestas abiertas el cual propondrá sugerencias de mejora.

3. Conclusiones

A través del presente Trabajo de Fin de Grado se han conseguido adquirir diferentes competencias y conocimientos, los cuales expresaré a partir de dos grandes subapartados. En primer lugar, haré referencia a mis aprendizajes en relación con la temática del trabajo: el suicidio infantil. En segundo lugar, relacionaré los conocimientos adquiridos con las competencias marcadas por la guía docente de la asignatura.

En relación con la temática del suicidio infantil, he conseguido aprender los aspectos fundamentales del mismo, pero, en especial, he logrado asumir que la prevención es el pilar fundamental a la hora de tratar el suicidio en general y el suicidio infantil en específico. Además, los lugares donde se debe dar esta prevención han de ser entornos próximos para los niños y las niñas, y, a partir de la delimitación de estos lugares, como son el núcleo familiar y la escuela, he conseguido llevar a cabo una propuesta de intervención necesaria para crear escuelas y entornos saludables.

Por otra parte, este trabajo también ha conseguido que mi implicación como docente sea exhaustiva, pues el papel que se debe realizar como profesional de Pedagogía Terapéutica tiene que ser constante y ofrecer implicación. Como PT se deben tener unos objetivos claros con respecto a la inclusión y a la oferta de oportunidades para todo tipo de alumnado, de esta manera, el objetivo de crear e impulsar escuelas saludables estará logrado y será reconocido.

Además, considero que también se debe hacer especial hincapié en la relación y la coordinación con las familias, pues son uno de los agentes decisivos para la formación de la personalidad de los niños y niñas. Así pues, el desarrollo de proyectos desde el centro para que las familias puedan formarse es siempre, desde mi punto de vista, una opción correcta para contribuir a la inclusión y también al objetivo de este proyecto.

Por otro lado, en relación con la guía docente de la asignatura, considero que he logrado adquirir diferentes objetivos. En primer lugar, he conseguido integrar las competencias de las materias y he aplicado los conocimientos a la práctica, puesto que he desarrollado un proyecto para ser desarrollado en todo tipo de centros educativos. En segundo lugar, he logrado utilizar y aplicar las TIC para aprender y compartir conocimientos, tanto en la búsqueda de información como en la parte práctica. También he podido investigar, buscar y analizar la información para poder utilizarla de manera eficaz, crítica y creativa.

En definitiva, considero que he logrado adquirir las competencias marcadas en la guía, ya que he dominado los conocimientos necesarios para comprender el desarrollo de la personalidad del alumnado y trabajar en equipo siendo capaz de ejercer diferentes roles dentro de un mismo grupo.

En cuanto a las dificultades encontradas en la realización del trabajo, la principal ha sido encontrar información sobre el suicidio infantil. Es un hecho complicado, pues los datos no suelen ser visibles ya que es un tema tabú, como ya se ha mencionado anteriormente. También me ha resultado complejo delimitar pautas de actuación ante esta problemática, pues al no haber un compromiso común frente al suicidio infantil, he tenido que obtener la información a partir de diversos planes autonómicos, los cuales se contradecían en ocasiones.

Aun así, considero que la información acerca del tema es completa, pues he contrastado diversas fuentes y he logrado adquirir la información necesaria para dar explicación a diferentes sucesos relacionados con el suicidio infantil. No obstante, creo que una de mis mayores debilidades ha sido no lograr encontrar información muy reciente sobre distintos datos, como por ejemplo las tipologías de suicidio infantil o las causas del mismo.

Pese a todo ello, creo que he logrado encontrar la información necesaria para trabajar la temática desde el centro y prevenir así las posibles conductas suicidas que puedan desarrollarse.

Que 40 segundos se conviertan en los segundos necesarios para actuar, prevenir y acompañar. Pues hay que recordar que la persona que se suicida no quiere morir, tan solo dejar de sufrir.

4. Bibliografía

- Abello, R., Acosta, C., y Amar, J. (2003). Factores protectores: un aporte investigativo desde la Psicología Comunitaria de la Salud. *Psicología desde el Caribe* (11), 107-121. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301108>
- Alberdi, Í., Bermejo, A., García, A., Jiménez, M., Montero, G., y Rodado, B. (2019). Medios de comunicación y posibilidades de prevención: el Efecto Papageno. *XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*. Interpsiquis.
- Alemán, J. A. (2019). El suicidio infantil, retos de una sociedad global. Tópicos del Trabajo Social. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (8), 49-60.
- Alonso, R., Cortés, A., Román, M. y Suárez, R. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2), p. 939.
- Alonso-Fernández, F. (1985). Conducta suicida en la adolescencia. *Psicopatología*, 5(2), 147-159.
- Asher, S. y Hymel, S. (1981) Children's social competence in peer relations: sociometric and behavioral assessment, en Winne, J. D. y Smye, M. D. (eds.) *Social competence* (Guilford Pr.).
- Azúa, E., Rojas, P. y Ruiz, S. (2020). Bullying as a risk factor for depression and suicide. *Revista chilena de pediatría*, 91(3), 432-439. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106.
- Browne, B. y Linter, S. (1987). Monoamine oxidase inhibitors and narcotic analgesics: A critical review of the implications for treatment. *Br J Psych* 151, 210 -212
- Cabrera, L. y Jiménez, A. (1999). Depresión infantil y rendimiento académico: un estudio comparativo entre casos y controles. *Revista de Investigación Educativa*, 17(1), 89-106.

- Campisi, S. C., Carducci, B., Akseer, N., Zasowski, C., Szatmari, P., & Bhutta, Z. A. (2020). Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC public health*, 20(1), 1102. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09209-z>
- Canbaz, S., y Terzi, Ö. (2018). The Prevalence of Suicidal Ideation in Adolescents and Associated Risk Factors: An Example from Turkey. *Advances in therapy*, 35(6), 839–846. <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0720-2>
- Castellvi-Obiols, P., y Piqueras, J. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud* (121), 45-59.
- Center for Mental Health Services (2001). *National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*.
- Cervantes, A. y Pedroza, F. (2012). El bullying una aproximación a la delimitación operacional del concepto. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 451-459.
- Chávez-Hernández, A.M, Medina, M.C. y Macías-García, L.F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental*, 31(3), 197-203.
- Chen, X., Bubín, K. y Li, B. (1995). Depressed mood in chinese children: Relation with school performance and family. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 63, 938-947.
- Cohen-Sandler, R., Berman, A.L, y King, R. A. (1982). Life stress and symptomatology: determinants of suicidal behaviour in children. *Journal of the American Academy Child Psychiatry*, 21(2), 178-186.
- Cornellà, J. (2012). Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención. Trabajo presentado al *Congreso virtual Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes*. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Conducta%20autodestructiva%20en%20el%20adolescente.pdf>

- Cuesta, P., Ruiz, J., Roca, M., y Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría biológica*, 23(2), 67-73.
- Durkheim, E. (1982). *El suicidio*. AKAL.
- Gobierno de Aragón (2020). *Estrategia de prevención del suicidio en Aragón* [Archivo PDF].
<https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/ESTRATEGIA+DE+PREV+ENCI%C3%93N+DEL+SUICIDIO+EN+ARAG%C3%93N.pdf/aa19cb28-5100-be85-8ef0-7a32ad1b6efd?t=1614331737772>
- Gómez, C. (2016) Encuesta Nacional de Salud Mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.006>
- Espinosa, N. (2019). La importancia de implementar estrategias de prevención de suicidio en el ámbito escolar. *Revista de Orientación Educativa AOSMA*, (27), 48-53.
- Frías, D., Mestre, V., Del Barrio, V. y García-Ros, R. (1990). Déficit cognitivos depresivos y rendimiento escolar. *Revista de Psicología de la Educación*, 2(5), 61-80.
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2020). *Observatorio del suicidio en España 2020* [Archivo PDF].
<file:///C:/Users/anaga/Downloads/Observatorio%20del%20Suicidio%20en%20Espana%202020-Informe-Final.pdf>
- García, R., Guzmán, J. C., Silva, S. Y., Zarruk, J. G., López Jaramillo, P., Morillo, C. A., y Silva, F. (2005). El papel del sistema serotoninérgico central en la etiopatogenia del síncope neurocardiogénico. *MedUNAB*, 8(3), 197–201.
Recuperado a partir de
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/181>
- Giner, L. y J. A. Guija (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, 7(3), pp. 139-146.
- Gobierno de Aragón. (2020). *Prevención del suicidio en los medios de comunicación de Aragón*. Gobierno de Aragón.

- Hendin, H. (1961). Suicide in Denmark from. *Columbia University*, 4
- Hernández, P. y Villarreal, R. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*, 19(8), 1051-1058.
- Hoyos, L., Martín-Cortés, A., y Sierra, A. (2019). Risk and protective factors related to cyberbullying among adolescents: a systematic review. *Psychologist Papers*, 40(2), 109-124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2899>
- Isaza, L. (2012). El contexto familiar: un factor determinante en el desarrollo social de los niños y las niñas. *Poiésis*, 12(23).
<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/332>
- Kelly, J. (1982). *Social-skills training. A Practical guide for interventions*. Springer.
- Koocher, G. (1974). Talking with children about death. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44(3), 404-411. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1974.tb00893.x>
- La Niña Amarilla, AFASIB y Papageno (2022). *En mis zapatos: guía de recomendaciones para comunicar sobre el suicidio* [Archivo PDF].
<https://laninaamarilla.com/en-mis-zapatos/>
- Lardier D., Barrios V., Garcia-Reid P. y Reid R. (2016). Suicidal ideation among suburban adolescents: The influence of school bullying and other mediating risk factors. *J Child Adolesc Ment Health*, 28(3), 213-231.
- León Sánchez, B. (2011). La relación familia-escuela y su repercusión en la autonomía y responsabilidad de los niños/as. In *XXII Congreso Internacional de la Teoría de la Educación*.
- Li, Q. (2008). A cross-cultural comparison of adolescents' experience related to cyberbullying. *Educational Research*, 50(3), 223-234.
<https://doi.org/10.1080/00131880802309333>
- Llopis, M. D. (2009). Perfil socio-cultural del suicidio infantil. *Isla de Arriarán: revista cultural y científica*, (34), 301-308.
- López, L. F. (2020). Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. *Norte de Salud Mental*, 17(63), 25-36.

- Madrid Salud – Ayuntamiento de Madrid (2022). *Plan de actuación de prevención del suicidio del Ayuntamiento de Madrid 2023-2024* [Archivo PDF]. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/ContenidosBasicos/Descriptivos/PrevencionSuicidio/Ficheros/PLAN-ACTUACION-REVISADO.pdf>
- Marín, M. P., Quintero, P. A., y Rivera, S. C. (2019). Influencia de las relaciones familiares en la primera infancia. *Poiésis*, (36), 164-183. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.3196>
- Martínez, H. (2014). Evaluación del Riesgo de Suicidio. *Hojas Clínicas de Salud Mental*, 35(5), 35-48.
- Matsubayashi, T. y Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1395-1400. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.08.022
- Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026)*. Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
- Moron, P. (1977): «Le suicide». Presscs Universitaires de France. París.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18
- Mustienes, R. (2022). El Trabajo Social en la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes: el Programa Reconecta2. [Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social, Universidad de Zaragoza]. https://zaguan.unizar.es/record/120803/files/TAZ-TFG-2022-1619_ANE.pdf

- Navarrete Betancort, E. M., Herrera Rodríguez, J., & León Pérez, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193-214.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31.
- Nissen, G. (1989). Prevención de la depresión infantil en la escuela. *Psicopatología*, 9(4), 171-176.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers
- Olweus, D. (1999). Norway. In P. K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano y P. Slee (Eds.), *The nature of school bullying: A cross-national perspective* (pp. 28-48). Routledge. <https://doi.org/10.1023/A:1022991804210>
- OMS (2001). Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal Institucional.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66802/1/WHO_MNH_MBD_00.3_spa.pdf
- OMS (2003). La violencia autoinfligida. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. p. 199-232.
- OMS (2022). *Violencia contra los niños*. Recuperado el 5 de mayo de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- Palacio, C., Rodríguez, L.J. y Gallego, A.M. (2019). Sentimientos y pensamientos de jóvenes frente al acoso escolar: el suicidio como una alternativa. *Revista Eleuthera*, 21, 34-47.
- Párraga, J. (1990). Escuela y depresión infantil. En: Domenech, E. y Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Espaxs.
- Pepler, D., Craig, W., Conolly, J., Yuile, A., McMaster, L. y Jiang D. (2006). A developmental perspective on bullying. *Aggressive behavior*, (32), 376-386.

- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general e integral*, 15(2), 196-217.
- Phillips, D. (1974). The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*, 39, 340-354.
- Piedrahita, L. E., Paz, K. y Romero, A. M. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 136-148.
- Polaino, A. (1987). *Educación para la salud*. Herder.
- Polaino, A. y García, D. (1993). La depresión infantil en Madrid. *Un estudio epidemiológico*. Editorial AC.
- Polaino, A. y Heras, F. (1990). En torno al fracaso escolar como hipótesis justificatoria-explicativa del suicidio infantil. *Revista Complutense de Educación*, 1(2), 223-239.
- Puchol, D. (2005). El suicidio adolescente: comprensión, prevención y afrontamiento. En *V Congreso Internacional Virtual de Educación*.
- Rigby, K. (2003). Consequences of Bullying in schools. *The Canadian journal of psychiatry-in review*, 48(9), 583-59.
- Rodríguez-Otero, J., Campos-Mouriño, X., Meilán-Fernández, D., Pintos-Bailón, S. y Cabo-Escribano, G. (2021). *Where is the social in the biopsychosocial model of suicide prevention?* *International Journal of Social Psychiatry*, 1-8.
<https://doi.org/10.1177/00207640211027210>
- Rouvier J, Scazziota, A. (1994). Factores y marcadores de riesgo de trombosis. *Rev Iberoam Tromb Hemost*, 7, 192-209.
- Sánchez, E. (2017). El bullying y la violencia escolar. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad* 3(1), 91-105.
- Santos, M. (1987). El suicidio infanto-juvenil. La escuela como ámbito de prevención e intervención. *Revista Española de Pedagogía*, 45(177), 371-394.


- Smith, P. K. (2015). The nature of cyberbullying and what we can do about it. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 15(3), 1-9. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12114>
- Soler, P. A. y Gascón, J. (1999). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. *Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales*, 4, 2-17.
- Soto-Sanz, V., González, D., Alonso, J., Masjoan, P., Marín, J. y Rodríguez, J. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 6(3), 62-75.
- Stevenson, D. y Romney, D. (1994). Depression in learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, (17), 579-582.
- Vaello, M., Sáez, W., Medrano, P., Martínez-Riera, J., Morillas, J., y Melish, A. (2021). Análisis de las características del Efecto Werther y circunstancias favorecedoras de su aparición en la población general: una revisión sistemática. *ROL Enfermería*, 44(11-12), 42-52.
<http://hdl.handle.net/10045/121354>
- Weissberg, R.P., Allen, J.P. (1986). Promoting Children's Social Skills and Adaptive Interpersonal Behavior. In: Edelstein, B.A., Michelson, L. (eds) *Handbook of Prevention*. Springer, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-5044-6_7

Anexos

Anexo 1. Estigmatización de frases relacionadas con el suicidio


MITOS SOBRE EL SUICIDIO

1. El que quiere quitarse la vida no lo dice, lo hace.	6. Las personas que se suicidan son enfermos mentales
2. El motivo del suicidio se puede establecer fácilmente.	7. Hablar y preguntar sobre el suicidio puede inducirlo.
3. La conducta suicida se hereda.	8. El alcohol y las drogas no inciden en el suicidio.
4. Pensar en el suicidio es algo raro.	9. Las personas que se suicidan quieren morir.
5. El suicidio es impulsivo.	10. Suicidarse es un acto de cobardía.



REALIDAD SOBRE EL SUICIDIO

1. De cada 10 personas que se han suicidado, 8 habían advertido de forma clara sus intenciones.	4. Según los estudios, la idea del suicidio está presente entre un 40% y un 80% de la población.	8. El alcohol y las drogas inciden en el manejo de impulsos y en el ajuste racional a la realidad, y por tanto también en la conducta suicida.
2. El suicidio es multicausal, por lo que es muy difícil entender por qué una persona decide suicidarse.	5. Existen indicadores de riesgo y señales de alerta inminentes.	9. El suicida no quiere morir, quiere dejar de sufrir
3. Se hereda una predisposición frente a trastornos depresivos, pero no la idea suicida como tal.	6. Los trastornos mentales son factores de riesgo, pero no se reduce sólo a ello.	10. Las personas que se suicidan sienten desesperanza y apatía.
	7. Sentir que puede hablarse del tema con alguien puede ayudar.	



Fuente: Espinosa, 2019 – Programa: razones para vivir.