

**CÁTEDRA
DE BIOÉTICA**



PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Propuestas educativas desde una perspectiva bioética

Autor: **José Vicente Monteagudo Rodenas**

Director: **Rafael Amo Usanos**

Madrid

Julio 2022



CÁTEDRA DE BIOÉTICA

PREVENCIÓN DEL SUICICIO EN ADOLESCENTES

Propuestas educativas desde una perspectiva
bioética

Por

José Vicente Monteagudo Rodenas

Visto Bueno del Director
Prof. Dr. D. Rafael Amo Usanos

Fdo.

Madrid - Julio y 2022

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
I. FENOMENOLOGÍA DEL SUICIDIO INFANTO-JUVENIL	7
1. Acerca del suicidio	8
1.1. Definición de suicidio.....	8
1.2. Descripción del comportamiento suicida.....	11
2. Peculiaridad del suicidio infanto-juvenil	13
2.1. Algunos datos significativos sobre el suicidio en la actualidad.....	14
2.2. El comportamiento suicida, un fenómeno multicausal.....	21
2.3. Factores de riesgo y factores precipitantes en el comportamiento suicida en adolescentes	25
2.4. Consecuencias para el entorno cercano y para la sociedad	29
3. ¿Existe una cultura del suicidio? Interrogantes para la sociedad	32
3.1. Filosofía del suicidio en el pensamiento contemporáneo.....	32
3.2. Entre el tabú y la fascinación estética.....	36
II. CAMINOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES: CRITERIOS PARA LA ESCUELA	41
1. ¿Cómo prevenir el suicidio en adolescentes?	42
1.1. Maneras de afrontar el problema	42
1.2. Factores de protección	47
1.3. Una sociedad que previene	49
1.4. Ámbitos y estilos de intervención.....	52
a) Tratamiento de salud en clave de acompañamiento	53
b) Familiares y allegados	56
c) Los medios de comunicación social	59

2. La escuela como espacio de prevención	61
2.1. La escuela dentro de una sociedad que previene	61
2.2. El papel de la escuela en la prevención del comportamiento suicida	66
2.3. Un ejemplo prevención del suicidio en la escuela en la Comunidad de Madrid	68
III. BIOÉTICA Y SUICIDIO DE ADOLESCENTES	73
1. Consideraciones éticas acerca del suicidio	74
1.1. Breves apuntes históricos sobre ética y suicidio.....	74
1.2. Valores en conflicto: el problema ético de fondo	78
2. Una bioética de los valores morales como respuesta al problema del suicidio	81
2.1. El valor inalienable de la vida humana.....	82
2.2. La dignidad de la persona.....	85
2.3. La autonomía relacional y vulnerabilidad	89
2.4. La justicia que reclama la vulnerabilidad	95
CONCLUSIONES FINALES	101

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año mueren más de 700.000 personas en el mundo a causa del suicidio, una cada 45 segundos aproximadamente. La cifra equivale a 1 de cada 100 fallecidos y es la cuarta causa principal de muerte de jóvenes de entre 15 y 29 años¹. Esto, sin tener en cuenta la insuficiencia de la calidad y de la disponibilidad de los datos recibidos por esta institución. La enorme repercusión que tiene para la sociedad, por sus trágicas características, hace que deje una huella difícil de superar, sobre todo para los familiares y allegados de la víctima. Pero el desconcierto que provoca alcanza también a las comunidades y a los países, en general.

El hecho del suicidio está afectando a todos los sectores de la población mundial y a todos los países, independientemente del nivel de ingresos, y no está asociado exclusivamente a problemas de salud mental sino también a situaciones personales de sufrimiento o fracaso debido a problemas familiares, sentimentales, laborales o económicos. También influye en ello la situaciones de violencia y acoso, la universalización de las nuevas tecnologías y las dificultades en el ámbito escolar, en el caso de niños, adolescentes y jóvenes. De ahí que la OMS lo considere un problema prioritario de salud pública en el que toda la sociedad debe comprometerse de cara a su prevención.

Para ello se deben implementar medidas eficaces, basadas en la evidencia científica, en las que estén implicados todos los sectores que inciden especialmente en el bienestar de la población de cada país, desde las autoridades políticas y los sistemas sanitarios, pasando por los medios de comunicación, el mundo educativo y laboral, el sistema judicial, las fuerzas de seguridad, los servicios sociales y la sociedad civil, en general. La convicción que debe mover a todos es la de que es posible prevenir el suicidio, sin que suponga un elevado coste, y de manera eficaz. Así lo demuestran muchas campañas desarrolladas con este objetivo en diversos países y a diferentes niveles de actuación que han logrado disminuir de manera significativa su incidencia.

Pero esta labor lamentablemente no se ha generalizado ni se ha implementado con la contundencia necesaria y existe un desconocimiento sobre este tema mucho mayor que la reacción que debería provocar en la sociedad, a pasar de que todos lamenten este tipo de sucesos cuando llegan a conocerse. Todavía pervive la estigmatización no solo de las víctimas sino también de las personas de su entorno y se sigue considerando un tema tabú del que no se habla lo suficiente, por un supuesto miedo al contagio, que impide precisamente profundizar en las causas de su recurrencia y percibir la magnitud del problema social que lleva consigo. Por eso, «es necesario comprender el hecho del

¹ Cf. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, publicado el 17 de junio de 2021.

suicidio, afrontando el desconcierto que genera socialmente, para poder abordarlo adecuadamente y trabajar eficazmente en su prevención»².

Este es el principal objetivo del presente trabajo, poniendo el foco en una peculiaridad del mismo: su prevalencia constante en la población adolescente a lo largo de los últimos años que lo reviste, si cabe, de una mayor gravedad. Hablar de adolescencia es hablar de una etapa de la vida de cambios profundos que hacen a las personas especialmente vulnerables, también por la influencia en ella del entorno social y cultural. Pero también nos sugiere la idea de un proyecto personal de futuro por construir cuyas ilusiones puestas en él se desmoronan para siempre, dejando en todos un poso de amargura y fracaso. Los últimos datos publicados en España acerca del suicidio infanto-juvenil han provocado una reacción en la opinión pública acerca de la necesidad de atender preferentemente a este sector de nuestra población.

Los datos revelan una situación de malestar y sufrimiento que conviene conocer en profundidad porque nos van a mostrar que, en torno a este fenómeno, no solo hemos de prestar atención a los llamados suicidios consumados sino también a una serie de conductas asociadas, como son los pensamientos, planificaciones, amenazas y tentativas suicidas, así como las autolesiones. Lo cual nos habla, no tanto de un mero acto vinculado a una intencionalidad, más o menos clara, sino de un comportamiento derivado de una personalidad que se va forjando hasta asumir la capacidad suicida.

Por eso, el suicidio presenta muchas facetas que hacen referencia a una multiplicidad de causas, de ahí que también tengamos que fijar la mirada en los factores de riesgo que están en la raíz de dichas conductas en los adolescentes y que, tras la concurrencia de una serie de factores desencadenantes, pueden llegar a consumarse en la autolisis. Nos podemos imaginar las consecuencias, especialmente duras para el entorno cercano a la víctima, provocando estados de duelo complicado, que conviene acompañar para evitar males mayores. Pero también para la sociedad, por el coste que supone la pérdida de vidas irreparables y por el ambiente de desaliento que genera en ella. Es en este momento cuando nos hemos de preguntar si entre las causas que influyen en tantos chicos y chicas a autodestruirse no existirá también una mentalidad cultural que favorece el suicidio. Así lo creemos.

De ahí que la tarea de prevención es algo que, más que preocuparnos, debe ocuparnos, tratando de superar el alarmismo que este tipo de sucesos provoca en un primer momento y siguiendo las propuestas de los estudios especializados sobre el tema. Esto nos conduce, en primer lugar, a la superación de aquellas ideas que favorecen la estigmatización del suicidio, para borrar del horizonte su consideración como tabú y así poder ver con nitidez las señales de alerta o factores de

² Luis M. Iruela, "Prologo" de Julia Picazo Zappino, *El suicidio actual* (Madrid, EOS: 2017), 9-10.

identificación que permiten realizar algo tan fundamental como es la detección temprana. Y permitirá el abordaje de las situaciones de riesgo a partir de los llamados factores de protección que están presentes en ella, desde los que desarrollar una serie de estrategias de intervención.

Estas deben organizarse en torno a un marco preventivo transversal en el que se convoque no solo a los servicios de salud, sino a todos los sectores sociales que puedan intervenir en la vida de los adolescentes, de manera coordinada y generando procesos de acompañamiento personalizados. Para ello, habrá que tener en cuenta el grado de riesgo que presenta cada caso y los diferentes contextos en los que incidir para desarrollar la actuación más adecuada. En dicho marco intervendrán tanto los profesionales de la salud como psicoterapeutas, familiares y personas cercanas a los afectados, medios de comunicación, trabajadores sociales y, de una manera especial, los profesionales del entorno escolar.

En efecto, por sus posibilidades únicas de espacio y de tiempo, los centros educativos son un contexto privilegiado desde el que detectar los factores de riesgo y poder ayudar a los adolescentes en el proceso de superación del comportamiento suicida. Así lo demuestran una serie de proyectos desarrollados en distintos países que han dado resultados satisfactorios en cuanto a descenso de la incidencia de conductas autolíticas. Esas experiencias ofrecen pistas muy valiosas para su aplicación en nuestro sistema educativo, en el que existen planes de actuación, como en la comunidad de Madrid, pero que no cuentan todavía con la dotación de recursos materiales, formativos y humanos necesarios.

Pero el suicidio en adolescentes no es solo un problema social y de salud, es también un problema moral en cuanto que atenta contra la vida y la felicidad de las personas, pero también por los desafíos que lanza a la viabilidad de la formación de la identidad personal y de los estilos de vida que se construyen conforme al modelo cultural presente en nuestra sociedad. En eso tiene mucho que ver la ambigüedad con la que es tratado el tema suicidio, en general, para el que se propone su prevención, por un lado, pero que, al mismo tiempo, se reivindica como opción en determinadas situaciones. Lo cual predispone a los más jóvenes a asumirlo como vía de escape de situaciones que les desbordan.

Por eso hemos creído oportuno abordar este problema desde la Bioética, reinterpretando la postura de Van Rensselaer Potter, que la proponía como respuesta de la ética ante los problemas de nuestra supervivencia, a partir de la colaboración de las ciencias naturales y las ciencias humanas. Precisamente el suicidio nos habla tanto de si es posible llevar adelante una vida digna del ser humano como de la necesidad de superarlo desde un enfoque multidisciplinar para poder prevenirlo. La bioética nos permitirá ofrecer una consideración de este fenómeno desde una serie de valores fundamentales desde los que plantear la prioridad de la vida y la dignidad de la persona, y una respuesta eficaz al mismo mediante la educación moral de niños y adolescentes, capaz de transformar el actual modelo social. Todo un reto que nos hemos atrevido a asumir en el presente trabajo.

I. FENOMENOLOGÍA DEL SUICIDIO INFANTO-JUVENIL.

El suicidio de adolescentes en España es un fenómeno social cuya incidencia ha mostrado una presencia prevalente y sostenida en los últimos años, hasta el punto de que incluso ha sufrido recientemente un ligero repunte. Para conocerlo, vamos a presentarlo sobre el doble trasfondo de los datos generales sobre el suicidio y de la consideración cultural que tiene en nuestra sociedad contemporánea. Nuestro objetivo es mostrar la magnitud de este problema, más allá del impacto que puedan producir las noticias puntuales que aparecen en los medios de comunicación, no solo como una realidad que afecta a la dimensión de la salud individual y colectiva sino también a muchos otros contextos vitales (familia, escuela, entorno adolescente y juvenil, mundo laboral, convivencia ciudadana, etc.).

Todo ello nos habla también de un modelo de sociedad donde la pérdida de valores, la conflictividad, la falta de equidad, la competitividad y la debilidad de los vínculos afectivos provoca un ambiente enrarecido para el desarrollo de cualquier proyecto personal de vida. Este ambiente de desencanto afecta especialmente a nuestros conciudadanos más jóvenes, cuyas vivencias presentes pueden llegar a tener un alto nivel de frustración y cuyas expectativas de futuro se ven desvanecidas por determinados planteamientos pesimistas acerca de la escasez de oportunidades para el éxito, reservado solo para unos pocos.

Por eso, comenzaremos describiendo el hecho del suicidio en cuanto fenómeno contemporáneo, tal y como viene siendo caracterizado por la evidencia científica sobre el tema, junto a todas aquellas conductas asociadas a él. Después nos centraremos en los datos concretos más relevantes acerca de su prevalencia en nuestro mundo global, aterrizando en la realidad de la sociedad española, para luego presentar cómo esta problemática se está produciendo entre niños y jóvenes, cuáles son las múltiples causas que concurren en ella y cuál el impacto de sus graves consecuencias. Para, finalmente, recoger algunas reflexiones sobre el alcance que puede tener en la cultura actual determinadas ideas y valoraciones sociales acerca del suicidio.

1. Acerca del suicidio

El primer paso que conviene dar para adentrarnos en el hecho actual del suicidio es el de su descripción. Por ello, vamos a comenzar este apartado ofreciendo una definición básica, de la que nacen otras muchas significaciones que nos ayudarán a valorarlo no solo como un mero acto humano sino como un modo de ser. Y veremos, en un segundo momento, cómo en este fenómeno se manifiestan una serie de características que nos hablan de un perfil vital asumido individualmente, a través de una serie de conductas y dentro de unas circunstancias concretas, que podemos denominar comportamiento suicida.

1.1. Definición de suicidio

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define el *suicidio*, en su primera acepción, como «acción y efecto de suicidarse». Donde suicidarse viene a significar «quitarse voluntariamente la vida». Parece que en este nivel de significado la intencionalidad de eliminar la propia vida es lo que identifica propiamente este tipo de actos. Pero interesa también para nuestro trabajo la segunda acepción, en la que se define el suicidio como «acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza»³, por su carácter explicativo de conductas más amplias que el solo hecho autolítico en sí y por no estar este condicionado solo por la voluntariedad del acto.

La OMS, con el fin de otorgarle la necesaria relevancia para los planes de salud de los gobiernos, que deben trabajar en su prevención, sí que incluye en la definición la intencionalidad del sujeto, al entender el suicidio como «el acto de matarse deliberadamente»⁴. Pero va más allá en su descripción de este fenómeno al hablar también tanto de *intento de suicidio*, en el que se incluyen comportamientos autolesivos tengan o no intencionalidad o resultado de muerte, como de *comportamiento suicida*, que engloba conductas que van desde la ideación y planificación suicida hasta los intentos de suicidio y suicidios consumados⁵.

Fue Emile Durkheim (1858-1917) uno de los primeros pensadores modernos en estudiar el fenómeno del suicidio desde un punto de vista científico, en este caso, desde la sociología⁶. Para él

³ <https://dle.rae.es/suicidio> y <https://dle.rae.es/suicidarse?m=form>

⁴ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas, Informe *Prevención del suicidio. Un imperativo global* (Washington, DC: Organización Mundial de la Salud, 2014), 10.

⁵ Cf. *Prevención del suicidio*, 10. El objetivo de este informe es precisamente dar prioridad a la prevención de este grave problema y tomar conciencia de que debe ser una prioridad en las políticas de salud pública de los Estados.

⁶ Cf. Julia Picazo Zappino, *El suicidio actual*, 148-160. Para presentar la definición de Durkheim y de otros autores, seguimos también a Javier Urra, *La huella de la desesperanza. Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio* (Madrid, Ediciones Morata: 2019), 14-19.

era necesaria la investigación de los hechos, a través de un análisis detallado de los mismos para definirlos y valorarlos objetivamente. En el caso del suicidio, no entra en ningún tipo de juicio ético ni de casuística, ya que este fenómeno ha existido a lo largo de toda la historia humana. Lo que busca son los factores externos al individuo para determinar las causas que han provocado el aumento de este fenómeno en la sociedad moderna, más allá de las circunstancias particulares que, si bien están presentes no justificarían dicho crecimiento. Ello le permite definirlo como «todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado»⁷.

Posteriormente, Durkheim establece en su análisis cuatro tipos de suicidios. El primero es el suicidio egoísta, no en un sentido moral sino, que responde a un estilo de vida individualista, sin vínculos ni integración sociales. En segundo lugar, estaría el suicidio altruista, como fruto de una excesiva integración social junto a una débil individuación, en sociedades donde se le da una menor importancia al yo. Dentro de este, distingue otros tres: el obligatorio, determinado por el honor, la fidelidad y el exceso de responsabilidad (mujeres ante el fallecimiento del marido, siervos al morir su dueño o ancianos o enfermos terminales que dependen de otros); el facultativo: como muerte virtuosa o elogiada socialmente (por ejemplo, el *haraquiri* japonés); y el agudo: de tintes místicos, como expresión de un nivel de existencia superior, como exaltación del sacrificio.

En tercer lugar, se sitúa el suicidio anómico, fruto de las crisis económicas y sociales contemporáneas, en un contexto cultural de competitividad y relativismo moral, en que se pierde el estatus o el reconocimiento social debido al fracaso en las expectativas creadas. Se produce un desajuste vital sin un suficiente apoyo de la sociedad, que no ofrece recursos suficientes para afrontarlo, no cuenta con referentes morales claros y provoca así la sensación de desamparo, desorientación y vacío existencial. Por último, estaría el suicidio fatalista, propio de sociedades caracterizadas por la rigidez normativa y la excesiva moralización de la vida pública.

Vemos aquí que Durkheim se centra, sobre todo, en los actos consumados de suicidio y en su intencionalidad. Es muy pertinente en su estudio la importancia de los elementos culturales, sociales y axiológicos a la hora de detectar las posibles causas de este fenómeno. Podría matizarse en sus valoraciones que buscar la generalidad de los datos sociológicos y, en consecuencia, la objetividad de sus conclusiones, pero obvia el factor individual, subjetivo y biográfico, decisivo en un hecho tan peculiar como el suicidio. Tampoco le permite ampliar su enfoque hacia la conducta suicida (que

⁷ J. Picazo, *El suicidio actual*, 150.

engloba también las tentativas previas, las autoagresiones, la ideación suicida, etc.) en la que pueden encontrarse hilos de los que tirar a la hora de trabajar en su análisis y, por ende, en su prevención.

Autores contemporáneos apuntan en sus definiciones hacia un sentido del suicidio más amplio que el solo hecho de provocarse directa e intencionadamente la muerte por parte del sujeto, incluyendo los suicidios frustrados (Rojas Marcos); aquellas muertes que son consecuencia, tanto directa como indirectamente, de comportamientos autolesivos en los que se percibe la propia muerte como meta más o menos próxima en el tiempo (Spiller); los pensamientos, deseos e intentos suicidas junto al acto suicida en sí (Ramón de la Fuente, Nizama). También se considera como la consecuencia de un sufrimiento psicológico insostenible debido a la frustración vital (Shneidman)⁸.

En estas afirmaciones se percibe la enorme complejidad del hecho al situar el suicidio en el contexto personal en el que se produce. Podemos afirmar que la misma intencionalidad con la que se pretende caracterizarlo queda cuestionada al comprender la situación de sufrimiento por la que pasa el sujeto, de una intensidad tan grande que le impide ver en su entorno alguna solución posible, lo que le lleva a interiorizar que provocarse la muerte es la única salida. El mismo Javier Urra, al valorar estas definiciones, concluye que «el suicidio no se elige, sucede cuando el dolor que sentimos es mayor que nuestros recursos para afrontarlo»⁹.

De hecho, los estudios actuales sobre el tema apuntan hacia un abordaje interdisciplinar, no reducidos a la cuestión de la intencionalidad, porque «estas conductas podrían no estar siempre motivadas por un deseo de morir, ni siquiera de hacerse daño, sino que, con frecuencia, serían una forma de expresar o comunicar sentimientos tales como la desesperación, el desamparo, la frustración y la ira»¹⁰, con la dificultad que ello implica de poder prever su intento y/o consumación.

En conclusión, se escoge para este trabajo el concepto de suicidio en un sentido amplio, tal y como presenta la OMS, bajo la idea de *comportamiento suicida*, que permite un acercamiento desde diversos caminos para confrontar sus múltiples facetas, personales (historia de vida, relaciones afectivas, pensamientos, emociones, deseos, valores, conducta, etc.), sociales (integración en la comunidad, mundo laboral, nivel económico, condiciones de vida) y culturales (ideas predominantes, sistema de creencias, estilos de vida, moralidad, etc.).

⁸ Cf. J. Urra, *La huella de la desesperanza*, 16-17, donde hace referencia a estos autores y su descripción del suicidio.

⁹ Id., 16.

¹⁰ José Buendía, Antonio Riquelme y José Antonio Ruiz, *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida* (Murcia, Universidad de Murcia: 2004), 21.

1.2. Descripción del comportamiento suicida

La OMS comprende el «comportamiento suicida» como «una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer el suicidio propiamente»¹¹. Buendía, Riquelme y Ruiz, que publicaron un interesante estudio de campo sobre el suicidio en adolescentes de la Comunidad de Murcia¹², describen este conjunto de conductas simplificándolo en partir de tres conceptos básicos que permiten recoger de forma completa la diversidad de este fenómeno poliédrico: el suicidio consumado, la tentativa de suicidio y la ideación suicida.

Por *suicidio consumado* debemos entender todo acto autolesivo con resultado de muerte, independientemente de su intencionalidad, aunque haya que tenerla en cuenta en cada caso. Es el suicidio en sentido propio, en el que, siguiendo la definición de Durkheim, cobra importancia la actitud de la víctima, que puede provocarse la muerte de forma directa o indirecta. Por ello, se suele distinguir aquí el suicidio consumado indirecto o suicidio pasivo (así lo describe Rojas Marcos)¹³, en el que se quiere destacar la actitud de indiferencia, descuido e incluso temeridad ante la vida.

La *tentativa de suicidio*, también denominada *parasuicidio* o *intento de suicidio* sería todo acto suicida del que no resulta la muerte de la víctima. También es descrita por Durkheim como «el mismo acto que hemos definido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte»¹⁴. En las valoraciones de este tipo de actos se distingue entre intento de suicidio interrumpido, en relación a tentativas en las que alguien interrumpe el suicidio e intento de suicidio abortado, en las que es el mismo suicida el que se detiene a la hora de realizarlo¹⁵. La comprensión de esta conducta podría referirse también, según los autores actuales, tanto a las autolesiones, a aquellos intentos en los que la persona busca reclamar la ayuda de su entorno cercano (denominado suicidio manipulativo o instrumental), pasando por las autoagresiones de carácter grave no letales fruto de una situación vital de desesperanza o confusión, las conductas denominadas preparatorias (por ejemplo, conseguir objetos letales, comprar pastillas, cartas, desprenderse de cosas, etc.), como a los intentos fallidos de provocarse la muerte intencionadamente (llamado por algunos suicidio finalista o frustrado). Todas,

¹¹ OMS, *Prevención del suicidio. Un imperativo global*, 12.

¹² Por su claridad, simplicidad y facilidad para la síntesis seguimos su esquema propuesto en *El suicidio en adolescentes*, 21-26. Esta clasificación de la conducta suicida es propuesta también por Sebastiana Medina Zambrana, “Entrevista clínica y diagnóstico de la conducta y riesgos suicidas”, en Andoni Anseán (dir.), *Suicidios. Manual de Intervención, prevención y postvención de la conducta suicida* (Madrid, Fundación Salud Mental: 2014²), 223. De forma idéntica se describe el comportamiento suicida en J. Picazo, *El suicidio actual*, 229. Sobre él, recogemos también el análisis y contenidos sobre el comportamiento suicida en J. Urra, la huella de la desesperanza, 16-19 y 35-36.

¹³ Cf. Id., 22.

¹⁴ J. Picazo, *El suicidio actual*, 150.

¹⁵ Pere Castellvi-Obiols y José A. Piqueras Rodríguez, “El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se debe y puede prevenir”, en *Revista de Estudios de Juventud*, nº 121, septiembre de 2018, 46-47.

estas distinciones, aunque no describen toda la complejidad de este fenómeno, sí que facilitan el trabajo posterior de prevención al posibilitar ser encauzadas con medidas diferenciadas.

La *ideación suicida* alude a los procesos cognitivos en los que se concibe y se desarrolla en la persona la idea de acabar con la propia vida. No se refiere tanto a los pensamientos sobre la muerte, cuanto a aquellos en los que la persona se plantea en algún momento puntual que no merece la pena vivir, o se imagina quitándose la vida voluntariamente, o llega incluso a asumir de forma habitual una mentalidad suicida e incluso la planificación de su propio suicidio. En este sentido, de la misma manera que en el consumado, los autores hablan de ideación pasiva y activa, con la misma finalidad de su posible tratamiento y prevención. De hecho, la elevada presencia este tipo de pensamientos en un individuo se considera un síntoma de riesgo de suicidio.

En algunos autores más recientes, junto a la ideación, suele situarse el concepto de *comunicación suicida*¹⁶, en el que se incluyen todas aquellas manifestaciones verbales y no verbales que expresan amenazas, pensamientos, sentimientos, deseos o planes de autoaniquilación, que pueden reflejar cierta intencionalidad y que pueden anticipar determinadas conductas suicidas, posibilitando la detección y la toma de medidas preventivas. Entendemos que, tal y como se describe, no deja de ser un desarrollo de la propia ideación que la persona expresa de una u otra forma.

Otro elemento que se suele estudiar de forma específica por su transversalidad al comportamiento suicida es la *conducta autolesiva*¹⁷, que incluye un amplio abanico de comportamientos que van desde las autolesiones sin intencionalidad suicida pasando por las amenazas autolesivas hasta los intentos de suicidio. Se considera el resultado de un desequilibrio en la gestión de los impulsos, provocado por un exceso de ansiedad, que la persona introyecta y contiene demasiado, de manera que, al no encontrar los apoyos necesarios para expresarla adecuadamente o no saber comunicarla hacia su entorno, dirige esa energía hacia sí mismo (retroflexión). En sus valoraciones, los autores lo consideran o bien como parte del comportamiento suicida o bien como llamadas de auxilio debido a un sufrimiento psicológico que, si se mantiene o intensifica, puede pasar de ser una conducta puntual a convertirse en habitual.

¹⁶ Cfr. J. Urra, *La huella de la desesperanza*, 35-36. También en Francisco Javier Díaz Calderón, *Última llamada en la frontera. Prevención e la conducta suicida en adolescentes* (Bilbao, Desclee de Brouwer: 2021), 48-52. Y también recogen este concepto a partir de varios autores Eduardo Fonseca Pedrero y Alicia Pérez Albéniz, “Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio”, en *Papeles del Psicólogo*, Vol. 41, nº 2, 2020, 108 y Adriana Díez-Gómez, Carla Sebastián Enesco, Alicia Pérez Albéniz y Eduardo Fonseca Pedrero, “Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: validación de la escala SENTIA-Breve”, en *Actas Españolas de Psiquiatría* 49 (1), 2021, 25.

¹⁷ Marc Ferrer, Benjamín Lara, Natalia Calvo, Oscar Andiñon, Violeta Pérez, Margarita Corominas, Mónica Sancosmed-Ron, Sebastián González-Peris, Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria y Josep A. Ramos-Quiroga, “Prevalencia a 3 años de las conductas autolesivas entre los motivos de consulta a urgencias en población infantojuvenil”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49 (1), 2021, 35.

En conclusión, entre los conceptos básicos descritos, a saber, ideación, tentativa y suicidio consumado, no existe necesariamente una relación de causalidad o progreso, aunque lógicamente están mutuamente vinculados a un comportamiento autodestructivo de consecuencias que pueden ser muy graves para quien lo asume. De ahí que se vaya alcanzando un consenso cada vez mayor en considerarlo un problema social de características peculiares, asociado al ámbito de la salud, que requiere de un tratamiento amplio y específico, porque es «una urgencia vital ubicada no solo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales»¹⁸, que genera además un enorme impacto.

Concretamente se destacan tres características personales que lo identifican: un elevado sufrimiento (que hace referencia al nivel emocional), una reducida capacidad psicológica para afrontarlo (referida al nivel conductual) y una pérdida de esperanza que concibe la muerte como única salida (al nivel cognitivo). Todo ello conduce a la trágica paradoja de provocar una acción de resultado definitivo ante una situación vital relativamente pasajera y con posibilidades de solucionarse en el tiempo, en la medida en que se ayuda a la persona a salir de una percepción de la realidad demasiado subjetiva y a darle objetividad a la hora de afrontarla.

2. Peculiaridad del suicidio infanto-juvenil

En este segundo apartado, comenzaremos estudiando el fenómeno del suicidio a partir de los datos sociológicos más destacables que nos ofrecen los estudios científicos sobre la cuestión, tal y como ha ido evolucionando en los últimos años y en su prevalencia en la actualidad, especialmente en España. También concretaremos su incidencia, atendiendo al factor etario, en la población infanto-juvenil para descubrir qué está ocurriendo y cómo se está produciendo el hecho suicida en este colectivo social.

Una vez recogidos los datos, presentaremos el suicidio de adolescentes en su carácter multicausal, dentro de esta etapa vital que es la adolescencia, para incidir en aquellas características psicológicas y del entorno social que la hacen especialmente vulnerable. Después, describiremos los principales factores de riesgo que provocan situaciones de elevado sufrimiento personal en los adolescentes hasta el punto de llegar hacer posibles este tipo de conductas. A ellos se suman los factores precipitantes que empujan a muchos de ellos a intentar de hecho quitarse la vida. Por último, trataremos las principales consecuencias que el comportamiento suicida tiene para la propia persona que los sufre (sobre todo tras algún intento fallido), para el entorno familiar, sobre todo debido al

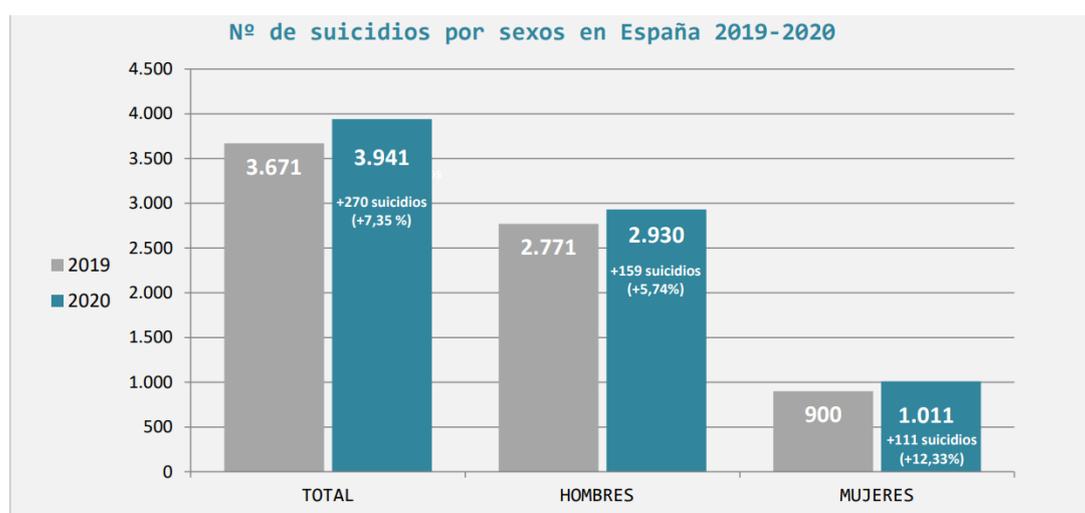
¹⁸ J. Urra, *La huella de la desesperanza*, 16.

estigma social que persiste en torno al tema y para una sociedad que tiene serias dificultades para dirigir el fuerte impacto de este problema.

2.1. Algunos datos significativos sobre el suicidio en la actualidad

La OMS en su informe *Suicide worldwide in 2019: global Health Estimates*, afirma que en torno a 703.000 personas se suicidaron en 2019, lo que equivale a 1 de cada 100 muertes, la mayoría en países de ingresos bajos o medios, concretamente el 77%. Son los hombres quienes más se suicidan (12,6 por 100 mil hombres), más del doble que las mujeres (5,4 por 100 mil mujeres). En España, la diferencia es de casi el triple (ver gráfico 1). Es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años, por detrás de los traumatismos por accidentes, la tuberculosis y la violencia interpersonal. Advierte además de que por cada persona que consuma su propio suicidio, habría que contar muchas tentativas de estas y otras personas. De hecho, considera que el intento de suicidio es el factor individual de riesgo más importante¹⁹.

Gráfico 1 (elaborado por el Observatorio del Suicidio en España 2020, a partir de datos del INE: www.fsme.es)



Si nos centramos en la realidad española, según los datos publicados por el INE²⁰, en el año 2020 el suicidio fue la principal causa de muerte por causa externa, con 3.941 fallecimientos, lo que supone un aumento de 7,35 % respecto al año anterior, alcanzando su máximo histórico desde 1906, año en que se empiezan a recoger datos concretos. Ello supondría alrededor de 11 suicidios al día, lo que equivale a 1 suicidio cada 2 ¼ horas. La tasa de suicidios sería de 7,79 por cada 100 mil habitantes (12/100 mil hombres y 3,75/100 mil mujeres). Se confirma su mayor incidencia entre los hombres

¹⁹ Cf. OMS, *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*, World Health Organisation: 2021.

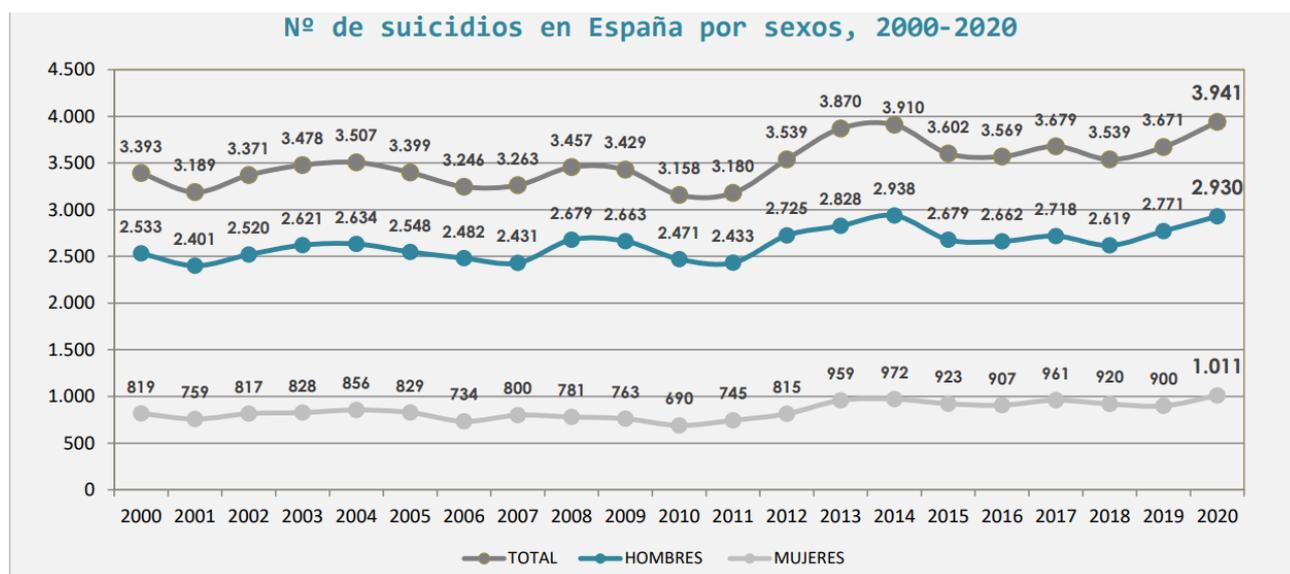
²⁰ Cf. Fuente: INE, “Defunciones según causa de Muerte. Año 2020”, *Notas de prensa*, 10 de noviembre de 2021. Seguimos también la recogida y presentación de datos del Observatorio del Suicidio en España, *Suicidios. España 2020. Avance 10/11/2021*, Fundación para la prevención del suicidio en España, <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>, última revisión 02/06/2022.

(2.930 fallecidos, un 74,3% (con un aumento del 5,74%), siendo la primera causa de muerte, respecto a las mujeres (1.011 fallecidas, aumentando un 12,33%), entre las que es la tercera causa de muerte. Es el primer año en que se contabilizan más de 1.000 mujeres fallecidas por esta causa.

En números totales, el suicidio continúa siendo la principal causa externa de muerte, tres veces mayores que los accidentes de tráfico, catorce veces más que los homicidios, y ochenta y cinco veces más que las víctimas de violencia de género. Eso sin contar otras muertes por causas externas, como ahogamiento, envenenamiento caídas, etc., que podrían estar relacionadas con el suicidio pero que son asignadas de forma genérica a esas otras causas.

Pero más significativo aún es la regularidad de las cifras de suicidio desde el año 2000, oscilando entre las 3.150 y 3.500 personas en la primera década y aumentando el número de casos de forma progresiva en la última década, pasando de 3.158 en 2010 a las 3.941 en 2020, sin bajar de los 3.500 (ver gráfico 2). Podría relacionarse el aumento de suicidios durante el 2020 con el confinamiento y la situación de la pandemia por COVID-19. Pero los datos no ofrecen mucha claridad al respecto puesto que, si bien el mes de agosto es en el que se registró un incremento mayor de casos respecto a 2019 (34%), le siguen los meses de febrero (28,2%) y enero (12,5%), previos a la irrupción del virus. Además, los meses más duros del confinamiento ofrecen datos de bajo incremento e incluso de descenso porcentual (marzo 3,1% y abril -18,2%). Lo mismo ocurre durante la tercera y cuarta olas de contagios.

Gráfico 2 (elaborado por el Observatorio del Suicidio en España 2020, a partir de datos del INE: www.fsme.es)



Aterrizando en el factor etario, la mayoría de los suicidios se produce entre los 40 y los 59 años (un 41% del total), franja de edad en la que ha aumentado en un 27% entre mujeres respecto a 2019, y ha aumentado en un 20% entre personas mayores de 79 años (ver datos de suicidios según la edad

en el gráfico 3). En la comunidad de Madrid ha crecido un 6,6% en números totales (ver gráfico 4), aunque lejos del País Vasco (30,7%), Cantabria (27,8%) o Andalucía (23,9%). En líneas generales, en España las tasas de suicidio pueden considerarse relativamente bajas en comparación con el contexto europeo y mundial, pero han sufrido un incremento paulatino en los últimos años mientras que iba descendiendo o se mantenía estable en otros países²¹.

Gráfico 3 (elaborado por el Observatorio del Suicidio en España 2020, a partir de datos del INE: www.fsme.es)

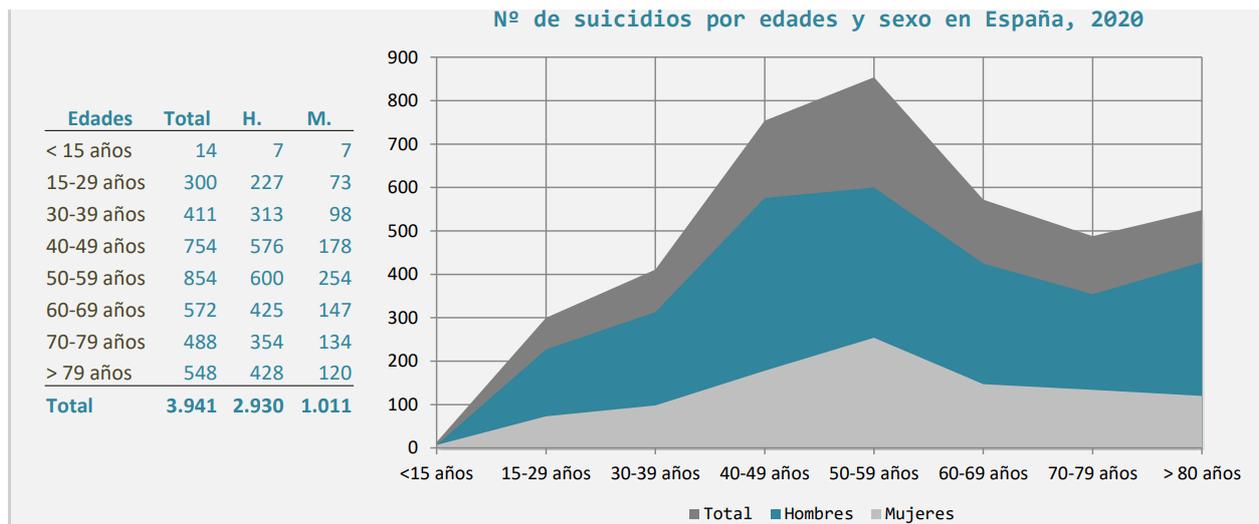
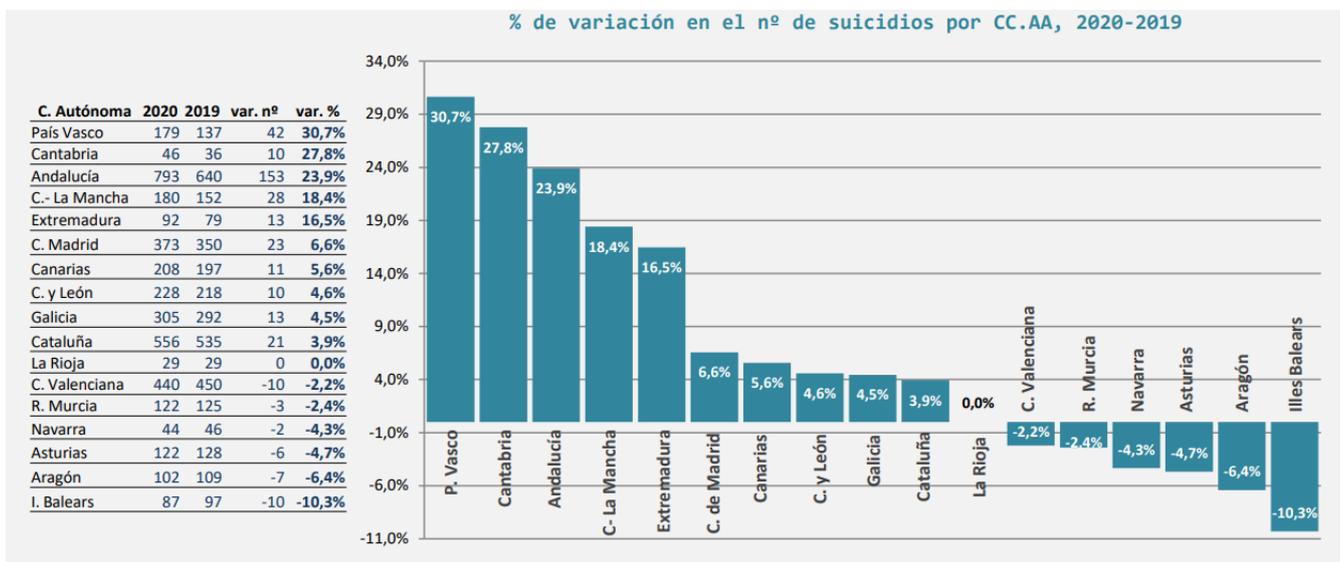


Gráfico 4 (elaborado por el Observatorio del Suicidio en España 2020, a partir de datos del INE: www.fsme.es)



Si nos acercamos al caso de niños y jóvenes, en el año 2020 se han producido 14 muertes en menores de 15 años (con una tasa de 0,2/100 mil habitantes) y 300 en personas de entre 15 y 29 años (casi 3/100 mil habitantes); de estos 227 hombres y 73 mujeres, más de 3 veces más, convirtiéndose

²¹ Cf. Laura Mosquera, “Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica”, *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, Vol. 3, Nº 1, enero de 2016, 10.

en la segunda causa de muerte entre los jóvenes, por detrás del cáncer. Si nos fijamos en los datos de los últimos años, vemos que el número de suicidios entre los jóvenes de 15 a 29 años no baja de 240 y puede alcanzar hasta casi los 320²²:

Año	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	Totales
15-29 años	300	309	268	273	247	296	319	301	2.313
< 15 años	14	7	7	13	12	8	10	9	80

Concretando aún más, según los últimos datos del INE, en 2020 la tasa de suicidios en edades comprendidas entre los 15 y los 19 años sería de casi 2 por cada 100.000, lo que supondría en torno a 60 casos, con una proporción de 5 a 3 en favor de los chicos respecto a las chicas. Esta proporción va creciendo paulatina y de manera constante en los siguientes tramos de edad, hasta alcanzar su punto álgido en los 59 años. Antes, en jóvenes de entre 20 y 24 años, ya ha ascendido a 4,2/1000 habitantes y a casi 6/1000 habitantes entre los 25 y 29 años. Si establecemos una relación entre este ascenso progresivo conforme se avanza en edad, con los índices de prevalencia del comportamiento suicida en la adolescencia, sería una conclusión plausible concebir el suicidio como nefasta culminación de un proceso de sufrimiento personal y pérdida de apoyos sociales.

Más difíciles de cuantificar son los datos de tentativas de suicidio y de ideación suicida. La OMS calcula una media de 20 intentos de suicidio por cada 1 consumado y algunas investigaciones epidemiológicas advierten de que la ideación afectaría de un 5% a un 10% de la población. Esto supone en España, en torno a 80 mil tentativas de suicidio y entre 2 y 4 millones de personas estuvieron valoraron la posibilidad de consumarlo.

Además, se constata que las mujeres lo intentan 3 veces más que los hombres, aunque, como ya hemos visto, sean estos quienes lo consuman 3 veces más. Si aplicamos este baremo a los datos de niños, adolescentes y jóvenes, comprobamos que, en el año 2020, en torno a 6.000 personas de entre 15 y 29 años intentaron suicidarse (casi 70 mil entre 2013 y 2020) y sobre 280 menores de 15 (1.600 desde 2013). Incluso estas cifras podrían ser mayores en la etapa propiamente adolescente, en que algunos autores recogen estimaciones que establecen una proporción de 3 suicidios por cada 100 tentativas.

²² Fuente: Observatorio del Suicidio en España, a partir de datos del INE: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>, última comprobación 26/04/2022. De ella recogemos estos y algunos datos siguientes.

Muy relacionada tanto con la ideación y la tentativa como con el suicidio consumado está la conducta autolesiva²³, fenómeno cuya incidencia también ha crecido, oscilando entre el 13% y 15% en estudios comunitarios realizados con adolescentes de entre 13 y a 18 años, con una presencia mayor en las chicas. No se perciben diferencias de género en cuanto a los métodos empleados, si bien las chicas buscan cortarse más que los chicos. La edad media en que un adolescente comienza a autolesionarse son los 12 años, aunque se ha detectado también en la niñez. Sorprende en este sentido estudios realizados en Japón, donde la incidencia de estas conductas en chicos de entre 10 y 11 años es similar a la de adolescentes.

En un estudio bastante significativo entre estudiantes de ESO (entre 12 y 16 años)²⁴ se corroboran los datos anteriores al comprobarse que la incidencia alcanzó el 11,4%, lo cual se pone en relación con la ideación suicida, que alcanzó un 12,5%. En cuanto a incidencia por edades cuando la conducta autolesiva se relaciona con intentos de suicidio, a los 12 años presenta una incidencia del 6% (reconocido como “algo cierto”) y del 1% (considerado como “algo muy verdadero”), a los 13 años del 7,5% (como “algo cierto”) y del 3,1% (como “algo muy verdadero”), a los 14 años del 7,4% (como “algo cierto”) y del 3,5% (como “algo muy verdadero”), a los 15 años del 10,8 % (como “algo cierto”) y del 3,6% y a los 16 años del 14% (como “algo cierto”) y del 3% (como “algo muy verdadero”). Otras constataciones de dicho estudio es que la tendencia creciente de estas conductas en función de la edad y que, en el caso de la ideación suicida, las diferencias de género no son significativas.

En otro estudio con pacientes de urgencias en pediatría²⁵ se constató que el 20,5% de chicos atendidos por problemas de salud mental era por conductas autolesivas. Las más frecuentes fueron la sobreingesta de medicamentos (38,8%) y los cortes (24,1%), mayoritariamente realizadas por chicas, y se relacionaban con trastornos afectivos y de personalidad. La edad media de los menores que acudieron a urgencias fue de 14,26 años, algo mayor entre las chicas que entre los chicos, y se percibió una disminución progresiva de la persistencia según la edad, concluyendo que un 18,7% reincidieron en esta conducta a lo largo de 3 años²⁶.

Lo que parece evidente es que se ha producido un aumento considerable de suicidios durante la adolescencia y la adultez temprana en las últimas décadas y de que este comportamiento se ha

²³ Cf. Teresa Kirchner, Laia Ferrer, María Forns y Daniela Zanini, “Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (4), 2011, 31.

²⁴ Cf. Id., 229-230.

²⁵ Cf. Marc Ferrer, etc., “Prevalencia a 3 años de las conductas autolesivas entre los motivos de consulta a urgencias en población infantojuvenil”, 35.

²⁶ Cf. Id., 38-39.

mantenido de manera relativamente constante en la sociedad contemporánea. De hecho, según la OMS la incidencia de suicidio ha ido bajando en los últimos años. En algún meta-análisis se ha cifrado la prevalencia vital y anual de las tentativas de suicidio en adolescentes en un 6% y un 4,5%, respectivamente; y la prevalencia vital y anual de ideación suicida se calcula en un 18% y un 14,2%, respectivamente.

Estudios recientes realizados con jóvenes españoles de entre 15 y 19 años confirman estas elevadas tasas en nuestro contexto nacional²⁷, llegando algunos a afirmar que, en España, la prevalencia vital de ideación suicida en la población adolescente gira alrededor del 30% y de un 4% la prevalencia de tentativas de suicidio, aproximadamente. La conclusión evidente es que el comportamiento suicida es un fenómeno social que, si no logra prevenirse, ha venido para quedarse.

En cuanto a los medios de suicidio más utilizados, según datos del INE en 2020, en adolescentes de entre 15 y 19 años, estaría en primer lugar, y con mucha más incidencia que el resto (13,59‰ suicidios), el envenenamiento por ingesta de pastillas no narcóticas (analgésicos, antipiréticos, y antiinflamatorios), en segundo lugar, la autolesión por ahogamiento o sumersión (5,16‰), después las lesiones autoinfligidas intencionalmente al arrojarse o colocarse delante de un objeto en movimiento (4,35‰), y, en cuarto lugar, por autolesiones no especificadas (1,05‰), lo que indica la búsqueda de algún recurso que tengan a mano.

En jóvenes de entre 20 y 24, se repite la ingesta de pastillas no narcóticas en primer lugar, también con mucha diferencia sobre el resto (22,29 ‰ suicidios), y aparece en segundo lugar, con mucha incidencia, la autolesión por ahogamiento y sumersión (11,42‰), en tercer lugar, arrojarse o colocarse delante de un objeto en movimiento y aparece (4,62‰), en cuarto lugar, aparece el envenenamiento intencional por alcohol (1,63‰) y, en quinto, otras autolesiones por colisión de vehículo de motor (1,36‰). En el caso de los menores de 15 años, los tres únicos medios específicos empleados son la ingesta de pastillas (3,53‰ suicidios), arrojarse o colocarse delante de objetos en movimiento (2,17‰) y el ahogamiento o sumersión (1,09‰).

Un última consideración sería si existe un proceso específico que identifique la realización del suicidio en adolescentes. Díaz Calderón habla de un tránsito en diferentes fases en el comportamiento suicida en general, estas son: impotencia, resignación, focalización suicida, pérdida de la voluntad de vivir y destrucción de la frontera; y afirma que, en el caso de un adolescente, «debido a la falta de regulación emocional ante situaciones de crisis, las fases pueden transcurrir de manera vertiginosa en

²⁷ Cf. E. Fonseca, “Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio”, 105-120 y A. Díez-Gómez, “Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: validación de la escala SENTIA-Breve”, 24-34. Tomamos de aquí datos que completan y corroboran los del Observatorio.

comparación con el adulto»²⁸. Posteriormente, describe cómo esas etapas se producen en la adolescencia²⁹.

En la fase de impotencia, la situación de frustración emocional domina el estado vital del adolescente y, aunque trata de afrontar los retos presentes, se encuentra sin los suficientes apoyos. Ello le produce un malestar dominado por la angustia, la desesperanza y el aislamiento progresivo, que le hace perder la confianza respecto a su entorno más cercano. La fase de resignación se caracteriza por la melancolía, que se manifiesta en estados prolongados de desánimo, de manera que ya intenta cada vez menos cambiar su situación. Debido a esta pérdida completa de esperanza comienza a aparecer la idea de la muerte, aunque todavía de forma pasajera, como la forma más plausible de resolver ese malestar emocional y acabar así con su sufrimiento.

En la tercera fase, de focalización suicida, el adolescente se percibe aislado e incapacitado para afrontar su realidad. Aumenta su grado de ansiedad y de sufrimiento emocional, hasta el punto de asimilar la ideación suicida como perspectiva arraigada de futuro. Comienza a mantener un debate consigo mismo al valorar los pros y los contras de esta opción³⁰. En la fase de pérdida de la voluntad de vivir, la desesperanza domina la forma de valorar su situación, le incapacita para disfrutar de las cosas y le lleva a no considerar más opciones que la de morir. La vida ya carece de sentido para él.

Comienza entonces a planificar su suicidio, con la sensación de que todo lo vivido le ha conducido hasta allí. Paradójicamente, en este momento puede experimentar serenidad y bienestar, que suele confundir a las personas de su entorno y llevarlas a interpretarlo como una mejoría en su estado anímico. En este momento tan delicado, cualquier situación de estrés o de impacto emocional, puede precipitarle a realizar alguna tentativa.

Por último, estaría la fase de destrucción de la frontera, de superación de los límites de autocontrol y de percepción de la consistencia de la realidad en que vive. Situado aquí, el adolescente se mantiene a la expectativa de consumir el acto autolítico bajo el impulso de cualquier vivencia que le genere conflicto o frustración. Si finalmente no consigue quitarse la vida puede que vuelva a intentarlo de nuevo hasta conseguirlo si su situación y sus circunstancias no cambian.

²⁸ F. J. Díaz Calderón, *Última llamada en la frontera*, 19-20.

²⁹ Cf. Id., 20-22.

³⁰ Esta tensión que sufre el adolescente en este momento es descrita desde la experiencia de atención a situaciones de crisis suicidas por Ignacio Tébar del Río, en “Intervención del cuerpo de bomberos en crisis suicidas”, *Suicidios*, 306-307; allí establece un proceso de suicidio en cuatro fases, muy similar a la de Díaz Calderón, obviando la primera.

2.2. El comportamiento suicida, un fenómeno multicausal

Cuando nos referimos a una manifestación de la conducta humana como es el suicidio hemos de tener en cuenta su carácter multicausal, no atribuible a una solo motivo. Una experiencia vital de tal intensidad no admite una explicación reduccionista. Así, por ejemplo, se considera simplista un enfoque meramente biomédico que la considera como el resultado de una alteración neuroquímica en el cerebro. De ahí que, tanto desde la psicología como desde la psiquiatría, se busque actualmente un enfoque contextual y biográfico en el que se integre lo biológico, lo personal y lo social para tratar de comprenderlo en toda su complejidad, partiendo del hecho concreto y situándose en la perspectiva de quien se trata de suicidar o incluso llega a conseguirlo³¹.

Por otra parte, es muy difícil establecer unos mecanismos genéricos que se consideren las causas principales del suicidio, porque «la heterogeneidad en la explicación de la conducta suicida es la regla, no la excepción»³². Y ello, por dos razones: por su equifinalidad, es decir, que tras procesos personales diferentes se puede llegar a la misma conducta suicida; y por su multifinalidad, por la que un proceso semejante en varias personas puede llevar a conductas distintas. Es decir, no se llega a reducir el nivel de incertidumbre a la hora de comprender y explicar el comportamiento suicida (no digamos el de afrontarlo con el éxito deseado).

Hasta ahora se han ido aplicando diferentes formas de explicar la etiología del suicidio teniendo como base el modelo que combina el binomio «vulnerabilidad-estrés». A este se le ha enriquecido con el llamado «modelo de redes»³³, a modo de descripción de *constelaciones*, en las que interrelacionan de forma causal distintas vivencias, estados emocionales y/o mentales en forma de procesos cognitivos, sentimientos, conductas, etc. que se consideran síntomas, rasgos o señales de un comportamiento suicida. Dichos síntomas ya no se refieren sin más a un trastorno latente, sino que forman parte de la red particular de cada persona y que le puede llevar a suicidarse.

Lo latente aquí sería más bien una historia personal de intenso sufrimiento, y hablaríamos de un nivel biográfico. El trastorno haría referencia a la asunción plena y concreta de la personalidad suicida, como punto culminante de un proceso que ha llevado a la persona a tener lo que se denomina *capacidad suicida*, que le lleva a contar con el necesario y paradójico coraje para cometer un acto

³¹ Cf. Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González, “Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio”, *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 38 (134), 2018, 388-390. Esta postura se defiende y desarrolla también en E. Fonseca-Pedrero, “Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: Escala Paykel”, 109-110.

³² E. Fonseca-Pedrero, id. 109.

³³ Cf. Ib.

contrario a su natural deseo de vivir³⁴. Eso se manifestaría previamente en unos síntomas que harían patente la situación por la que la persona está pasando. Aquí nos encontraríamos ya en un nivel clínico. Por tanto, «las causas del suicidio se pueden encontrar en la compleja interacción dinámica que se establece entre factores biológicos, psicológicos, clínicos, medioambientales y socioculturales, que son experimentados por una persona determinada en función de una biografía y circunstancias».³⁵ En conclusión, «el suicidio antes de ser un problema clínico sería un drama existencial»³⁶.

Por otra parte, en este primer acercamiento a los posibles factores que tienen una relación de causalidad respecto al comportamiento suicida de los adolescentes se impone, a nuestro modo de ver, una mínima atención a la realidad de la adolescencia en el contexto de la sociedad contemporánea. Ya en sí misma, es una etapa de la vida caracterizada por la vulnerabilidad, en la que el proceso evolutivo de la persona hace que se tenga que enfrentar a una serie de cambios físicos, emocionales y relacionales vertiginosos en orden a la formación de su identidad y a la elección de su proyecto de vida³⁷.

Esta situación le lleva a tener que resolver una tensión dialéctica entre la autorreferencialidad, en la que necesita reconocerse y valorarse a sí mismo en su singularidad y autonomía, verse capaz de asumir unos derechos y deberes para tomar sus propias decisiones, reivindicar su independencia en contraste con los demás, especialmente respecto a los adultos; y la excentricidad, como salida de sí mismo al encuentro del grupo de iguales, en los que encuentra reconocimiento, con los que comparte valores y proyectos y donde se siente integrado.

En ese debate consigo mismo y con el mundo que le rodea, se siente extraño, por lo que busca la soledad, pero, al mismo tiempo, necesitado de atención y afecto, de reconocimiento del grupo y de los adultos, de expresar sus propias opiniones sobre la realidad, de manera que sean tenidas en cuenta. Este proceso de transición en el que se va saliendo de la infancia hacia la vida adulta, produce en los adolescentes una sensación de incomodidad e inestabilidad, que no significa algo problemático en sí

³⁴ Cf. Francisco Villar Cabeza, *Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia* (Barcelona: Herder, 2022), 92-93.

³⁵ A. Díez-Gómez, “Evaluación de la conducta suicida: escala Setia-Breve”, 25.

³⁶ Juan García-Haro, “Un enfoque contextual-fenomenológico del suicidio”, 389.

³⁷ Cf. Juan García-Haro, “Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio”, 385. También Alba Cortés Alfaro, Minervina Román Hernández, Ramón Suárez Medina y Rosa María Alonso Uría, “Conducta suicida, adolescencia y riesgo”, *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, Vol. 11, Nº 2, mayo-agosto 2021, pág. 3ª, en <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/939/1165>, última revisión 29/04/2022. Otra buena descripción de la adolescencia en Nieves Rojo, “Diferencias de género en la psicopatología de adolescentes”, *Revista de Estudios de Juventud*, Nº 84:” La salud mental de las personas Jóvenes en España”, marzo 2009, 11-12.

mismo si cuentan con los apoyos necesarios y van afrontando sus dificultades como aprendizajes para la madurez.

Es también una etapa en la que eclosiona su dimensión afectiva, a través de emociones y sentimientos intensos de enamoramiento, admiración e identificación respecto a personas reales o imaginarias. Unido a ello está el desarrollo de su pensamiento racional, por el que se ve capacitado para hacer sus propios análisis y argumentaciones, en los que incurre a veces en contradicciones, exageraciones o errores, pero que cambia con frecuencia, a modo de ensayo y error.

Todo ello le provoca, en el nivel emocional, frecuentes cambios en el estado de ánimo, que incluso pueden derivar hacia momentos de depresión y, en el nivel social, la sensación de presión y creciente responsabilidad, que lleva a chicos y chicas a vivir experiencias estresantes y que, al cometer equivocaciones, debido a su falta de experiencia, inmadurez y habilidades sociales, le pueden ocasionar angustia, aislamiento y frustración. Estos caracteres propios de la personalidad adolescente pueden convertirse en factores de riesgo de comportamiento suicida como son: la escasa tolerancia a la frustración, un elevado perfeccionismo, un exceso de autocrítica y de autoexigencia, la rigidez intelectual, la baja autoestima y el mal autoconcepto de sí, la susceptibilidad o la precaria percepción de los afectos.

En la adolescencia contemporánea³⁸, ese contraste que hemos descrito entre el deseo de autonomía y de indiferencia respecto a lo que no le suscita interés y la necesidad de afecto e intimidad, se ve acentuado por la inercia social actual tendente hacia las relaciones superficiales y el aislamiento, favorecido en buena parte por las nuevas tecnologías y las redes sociales. A través de ellas se producen relaciones virtuales, que en buena parte se convierten en una simulación de la amistad, en sustitución de la comunicación y contacto personal directo, que provocan situaciones estresantes, en forma de malentendidos, conflictos e incluso manipulaciones.

Esta pérdida de vínculos o, al menos, de mantenimiento de vínculos débiles, produce en el adolescente, por un lado, un debilitamiento en su capacidad de encuentro y relación (comunicación, empatía, habilidades sociales, resolución de conflictos), por otro lado, un alejamiento creciente de la familia y de los adultos y, en tercer lugar, una pérdida de capacidad para el disfrute de la vida. Este malestar le lleva a una especie de «anestesia emocional» como medio de protección frente a las experiencias dolorosas.

³⁸ Cf. F. J. Díaz Calderón, *Última llamada en la frontera*, 14-15. También en J. Picazo, *El suicidio actual*, 233-234 y en J. Buendía, *El suicidio en adolescentes*, "Presentación", XXIII-XVIII.

Además, a través de las redes los adolescentes gestionan buena parte de su necesidad de identificación, por la que imitan estilos y hábitos de vida de personas, grupos y tendencias sociales (ideas, información, opiniones, valores, estética, música, conductas, etc.), entre los que se pueden encontrar comportamientos autodestructivos. Muy relacionado con ello están los estereotipos difundidos en medios de comunicación, internet y redes sociales, sobre todo los referentes a la moda y al aspecto físico, que acentúan en el adolescente la preocupación por la autoimagen.

Por el contrario, se pierde la mirada hacia el entorno más cercano, en el que podrían buscar y encontrar referentes personales más consistentes, pero la acentuación de la barrera generacional pone dificultades para ello. En eso influye la situación en que se encuentra actualmente la familia, afectada también por el estrés y la ansiedad de la actual sociedad competitiva y de consumo, cuya estructura también ha sufrido cambios muy grandes en los últimos años y en la que se viven experiencias muy complicadas de asumir para los menores, como es el caso del aumento de separaciones y divorcios.

Muchos de ellos pasan buena parte del tiempo libre solos en casa o sin contar con la compañía de sus padres, para los que resulta complicada la conciliación entre vida laboral y familiar. De ahí que a veces no se dedique el tiempo necesario para la escucha y el diálogo, que no se confronten los problemas y que se evite la negociación a la hora de poner ciertos límites y normas. Se tiende a compensarles, a sobreprotegerles, por lo pueden acostumbrarse a conseguirlo todo sin apenas esfuerzo, pudiendo hacerles débiles para reaccionar ante cualquier frustración.

Al mismo tiempo, el adolescente tampoco encuentra referentes en la sociedad en la que vive, percibida como algo mediocre e incluso falta de autenticidad. A sus oídos llegan noticias de corrupción política o de abusos a menores, lo que les crea una desconfianza e incluso rechazo hacia el mundo de los adultos, junto a la necesidad de evadirse. Pero, al mismo tiempo, quieren ser y hacerse mayores, con la necesidad de ser reconocidos y de integrarse en la sociedad, lo cual les genera una enorme confusión. Esto repercute también en su motivación para los estudios, en el mantenimiento de unos mínimos de exigencia y en el hecho de tener que asumir normas concretas, que suelen poner en cuestión e incluso trasgredir. La sensación general que tienen los chicos es la de que el mundo les exige demasiado.

Por un lado, el cambio de la Educación Primaria a la Secundaria les obliga a elevar su rendimiento académico y a responder con éxito a constantes pruebas para demostrar su nivel. Por otro, sus ansias de integración social junto a las de crear su propia identidad es aprovechada por las estrategias del mercado, que ha creado toda una variada línea de productos diseñados para estas edades, y que les crea la necesidad de adquirirlos para ser reconocidos y formar parte de la sociedad. Si no logra responder a esas exigencias, puede repercutir en su autoestima, generándole desánimo y aislándolo

de su entorno. Pero si lo consigue, la insatisfacción interior no siempre se resuelve, lo cual le puede generar aún mayor ansiedad. En conclusión, la situación de vulnerabilidad del adolescente en la actualidad podría llevarle a un sentimiento de desencanto ante la vida.

2.3. Factores de riesgo y factores precipitantes en el comportamiento suicida en adolescentes

Sobre la situación anterior situamos ahora los factores de riesgo más detectados en el comportamiento suicida actual³⁹. Serían los elementos más recurrentes presentes en diferentes estudios fenomenológicos y que se interrelacionan en esa constelación que se constituye como agente provocador del suicidio consumado concreto. Vamos ya vislumbrando la importancia de ponerles nombre, por su valor predictivo. La lista podría ser interminable, por ello, en un esfuerzo de síntesis y de comprensión de su relación con la situación vital de los adolescentes en la actualidad, vamos a presentarlos dentro de varios ámbitos de experiencia, que no hay que entender como compartimentos estancos sino interrelacionados.

En primer lugar, suele situarse la depresión mayor como el factor de riesgo más concomitante en los comportamientos suicidas: su influencia se llega a barruntar entre el 49% y el 64% de los casos e incluso que puede multiplicar por siete el riesgo de suicidio. También incide en la posibilidad de nuevas tentativas. Es el factor más influyente entre las chicas que intentan suicidarse. Junto a ella, vinculamos también otro tipo de trastornos mentales como la esquizofrenia, la ansiedad, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de conducta alimentaria, el trastorno disocial y de abuso de sustancias, presentes en la mayoría de casos de tentativa y suicidio consumado y que multiplican el riesgo de incidencia.

En segundo lugar, destacamos los rasgos psicológicos, en relación a la personalidad, que se reflejan en el temperamento de los adolescentes, cuyo carácter está, como hemos dicho, en construcción y, por ello, los sitúa en un momento crítico. Lo que primero suele destacarse es la desesperanza, entendida como un estado de la conciencia desde la que se desarrollan pensamientos, valoraciones y sentimientos negativos respecto a las expectativas de futuro. Para una persona que está forjando su identidad y comenzando a proyectar un plan de vida acorde con sus ideales e intereses, el no percibir vías de realización o no contar con su espacio de autonomía a la hora de tomar decisiones, al mismo tiempo que vive experiencias de frustración o fracaso, supone un factor enormemente

³⁹ La síntesis la realizamos principalmente a partir de Javier Urra, *La huella de la desesperanza*, 49-51, J. Picazo, *El suicidio actual*, 226-229, Miguel Mamajón Mateos, "Prevención e intervención en la conducta suicida en la infancia y la adolescencia", en Andoni Anseán (dir.), *Suicidios*, 524-526 y J. Buendía, *El suicidio en adolescentes*, 34-39.

estresante que le lleva a la desesperación, la ruptura con los vínculos que le sirven de apoyo, al aislamiento y, finalmente, a la pérdida del valor de la vida.

Suele decirse además que la adolescencia está caracterizada con la impulsividad, la inestabilidad emocional, la rigidez e incluso la distorsión cognitivas a la hora de interpretar la realidad, junto a la inmadurez a la hora de desarrollar unas habilidades sociales para gestionar su estrés y ansiedad. En ocasiones, puede llegar a percibir la muerte como solución a sus problemas y falta de expectativas, desarrollando la ideación suicida. Otro factor que se relacionaría con esta personalidad de perfil suicida, sería la reincidencia, presente en suicidios consumados de adolescentes en estimaciones de hasta un 50%. Es en ese nivel temperamental donde se vislumbra la razón de la mayor incidencia de suicidios consumados en chicos adolescentes frente a las chicas, debido a su mayor grado de impulsividad y de agresividad junto a una baja capacidad de autocontrol.

En un tercer lugar, estaría el factor familiar, desde el que se establece además la relación con el mundo de los adultos en general. No es necesario insistir en la importancia de la familia como principal soporte emocional y vital de los jóvenes, que además sigue siendo muy valorada por ellos mismos. Cuando este entorno se ve afectado por situaciones problemáticas como los conflictos entre los padres, la escasa o nula comunicación con los hijos (dentro de la que se sitúa la expresión de los afectos), la mala gestión de los conflictos (que puede ir desde las continuas discusiones e insultos a la indiferencia), la excesiva rigidez o moralización o, por el contrario, la ausencia de normas o límites claros, etc. provoca en chicos y chicas un nivel de estrés, de sentimientos de culpa, de falta de autoestima, de ansiedad o depresión tan elevados que se ha visto como un factor que eleva el riesgo o puede ser desencadenante de autolesiones, cuando no de ideaciones, tentativas e incluso suicidio consumado.

No digamos cuando se llega a situaciones de maltrato psíquico o físico e incluso de abusos sexuales dentro del ámbito familiar o, si es fuera, la desatención hacia los niños y adolescentes que los sufren por dejadez o descuido de sus padres. La situación de precariedad socio-económica de la familia es un factor estresante que afecta a chicos y chicas en su vida cotidiana. Por último, las experiencias de comportamiento suicida en la historia familiar pueden influir en la conducta posterior de las nuevas generaciones.

En cuarto lugar, situamos la relación con sus iguales, en los que encuentra el adolescente la posibilidad de cubrir su necesidad de reconocimiento y pertenencia a un grupo. En los vínculos que se establecen allí se juega también la gestión de aspectos como el autoconcepto y la autoimagen, tan decisivos para su autoestima. Su vida afectiva empieza a desplegarse con fuerza en las relaciones de amistad y en las primeras experiencias de enamoramiento. Y desde allí se interpreta y se plantea la

relación con el mundo, de ahí su influencia decisiva en la vida del adolescente. Es en este contexto en el que se pueden crear situaciones de enorme malestar que pueden generarle un dolor, un deterioro y una frustración insufribles.

Destacamos, de entre ellas, el acoso/maltrato en todas sus formas (psicológico, físico, por motivos de raza, género, procedencia, identidad sexual, etc.), las rupturas de amistad y/o pareja, que provocan estados de melancolía, depresión y culpabilidad enormes, o el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias adictivas, que generan desesperanza y anhedonia, como pérdida de la capacidad de disfrute de la vida. Otro factores que podemos vincular a este ámbito, facilitado por el uso de internet como son el ciberacoso y las manipulaciones que se producen tras el anonimato de las redes, en que se falsea la identidad del acosador, aprovechando la necesidad de los chicos de crear vínculos de confianza.

El siguiente ámbito de experiencia es la vida escolar de los adolescentes, que ocupa una buena parte de su vida cotidiana, tanto en las horas dedicadas a las clases y al estudio como en su influencia en los demás aspectos de su realidad. Por un lado, debido a la presión que sufren y que se autoimponen, consciente o inconscientemente, a través de continuos mensajes de exigencia, por parte de padres y profesores, y al estar constantemente sometidos a la necesidad de aprobar por miedo al fracaso, se genera en ellos una gran carga de estrés y ansiedad. Además, si no se producen los resultados que se esperan de acuerdo al esfuerzo realizado, la sensación de insatisfacción al no poder responder a las expectativas creadas por ellos o desde su entorno familiar, les hace caer en el desánimo, que afecta al afrontamiento de nuevos retos académicos.

Esta presión se retroalimenta en el contexto de una cultura que, como hemos descrito antes, desacredita al adolescente el valor del esfuerzo y en la que la palabra *obligatoria*, referida a la educación, suscita una reacción negativa sobre el valor del conocimiento en sí mismo, fuera de lo que puede responder a los propios intereses. Por otro lado, las experiencias de un fracaso continuado, con el debilitamiento de la motivación consiguiente, provocan que su autoestima y su capacidad de reacción se desmoronen, de manera que se produzca un abandono escolar.

A ello se pueden sumar las dificultades para el aprendizaje provocadas por trastornos de atención, de conducta, de comprensión lectora o de expresión escrita que no han sido suficientemente atendidos o para los que las familias no tienen los recursos suficientes. La influencia del fracaso escolar llega a reflejarse en estudios que lo sitúan como un factor desencadenante presente en el 70% de suicidios de adolescentes⁴⁰. El ámbito académico puede ser también el origen de una situación de acoso, que

⁴⁰ Cf. Juan García-Haro, “Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio”, 383.

puede tener continuidad fuera, en el barrio o a través de las redes sociales que provoque la desesperación de los chicos.

Una cuestión discutida y en la que no se han encontrado pruebas del todo concluyentes, pero que algunos estudios han propuesto como posibles factores de riesgo, son las predisposiciones biológicas y genéticas que pueden influir en la asunción del comportamiento suicida⁴¹. Entre ellas destacan la disminución de proteínas como el ácido homavílico, precursor de la dopamina, alteraciones del metabolismo de la serotonina o la presencia de poliformismos en el gen de la triptófano hidroxilasa.

Otros factores podrían ser los sucesos vitales traumáticos (como la enfermedad propia o de un familiar, accidentes, la pérdida de un ser querido, tener una discapacidad, etc.). También se señalan los problemas de aceptación y desarrollo de la propia orientación sexual, detectados en casos de suicidio ocurridos en contextos sociales de presencia minoritaria de homosexuales y transexuales, con actitudes de estigmatización e incluso agresivas.

En el caso de los niños, hay que tener en cuenta su madurez. Se considera que, hasta los 4 años, ellos conciben la muerte como un viaje o un sueño; entre los 4 y 9 años, se desarrolla una mentalidad mágica de que es un estado reversible, al que se puede ir y venir voluntariamente; es a partir de los 9 cuando asumen que la muerte es un suceso definitivo e irreversible. Por ello, un niño pequeño puede provocarse la muerte fruto de una fantasía (por imitación de uno de sus héroes de ficción que vuelan, por ejemplo), o si es mayor de 9 o con más madurez, por una situación de desesperación en la que no ven una salida posible (por ejemplo, el acoso escolar).

Junto a los factores de riesgo, cuya interrelación sería causante del comportamiento suicida, se suelen referir los factores precipitantes⁴², definidos como aquellos hechos concretos que constituyen una causa directa del inicio y desarrollo inmediato del acontecimiento autolítico. Por lo que llevamos descrito, habría que situarlos, en buena lógica, sobre la raíz de los anteriores, es decir, sobre la experiencia personal, biográfica, de la persona.

Simplemente nombramos aquellas situaciones más frecuentes, puesto que puede existir una enorme variedad: acontecimientos vitales estresantes o traumáticos (accidentes, pérdidas de personas cercanas, cambios vitales bruscos), conflictos familiares (discusiones, separaciones, cambios de residencia, hijos instrumentalizados), dificultades escolares (presión por exámenes, sanciones disciplinarias, malas notas), escasez de recursos relacionados con la inteligencia emocional y de

⁴¹ C.J. Picazo, *El suicidio actual*, 161-168, donde realiza una descripción de los estudios actuales sobre la cuestión y concluye diciendo que «los resultados de las investigaciones no acaban de ser del todo concluyentes y (...) muchas de ellas se contradicen, por lo que no se ha podido conseguir (...) un modelo global fisiopatológico del suicidio», Id.,168.

⁴² Hemos consultado también en Ángela Beatriz Martínez González, “Prevención e intervención en la conducta suicida en familiares y allegados”, A. Anseán (dir.), *Suicidios*, 766.

habilidades sociales (descubrir o no aceptar la propia sexualidad, autoexigencia y/o culpabilización excesivas), problemas con sus iguales (separaciones, conflictos, desengaño amoroso), contexto de acoso (humillaciones, malos tratos, mensajes despreciativos e incluso de incitación al suicidio), factores externos de gran impacto mediático o social (epidemias, catástrofes, conflictos armados y guerras), imitación de comportamientos autodestructivos en redes sociales, etc.

2.4. Consecuencias para el entorno cercano y para la sociedad

Es evidente el enorme impacto que un acontecimiento como el suicidio provoca tanto en el entorno más cercano a la persona que lo realiza como para la sociedad, en general. Mayor aun cuando estamos hablando de niños y adolescentes, cuyo proyecto vital se ve truncado en las etapas iniciales de la vida, cuando se les supone ilusión por cumplir expectativas y ganas de vivir. Una primera consideración al respecto es que se ha de poner atención a las tentativas de suicidio, reveladoras de un malestar existencial que suele continuar en el chico o la chica que lo ha intentado.

Ya hemos comentado más arriba que la reincidencia es un factor de riesgo a tener en cuenta; añadir algún dato más para comprobar su relevancia: se habla de que entre un 1% y un 2% de quienes lo intentan se suicidan durante el año que sigue a la tentativa, y entre el 10% y el 20% a lo largo de su vida posterior⁴³. Lo que nos hace pensar en que este tipo de actos tienen como consecuencia el incremento de lo que hemos denominado “capacidad” suicida, como habituación o tendencia asimilada de la persona que ya ha “ensayado” su propio suicidio o ha querido reclamar ayuda y se va viendo capaz de consumarlo, por lo que urge una detección e intervención inmediata.

Una dificultad añadida a ello es el hecho de la estigmatización social que todavía existe en torno a los problemas de salud mental, en general, y al suicidio, en particular, que hace que quien sufre algún trastorno o haya tenido momentos de ideación e incluso de tentativa, no lo comunique por vergüenza o por miedo al rechazo y, más en el caso de tentativa, por sentir indignidad y culpa por la incompreensión de su entorno cercano⁴⁴. Otra consecuencia, en el caso de suicidas frustrados, es que puede producir una discapacidad como consecuencia de las lesiones producidas.

⁴³ Cf. Sergio Andrés Pérez Barero, Jesús Guerra Plaza y Mikel Haranburu Oiharbide, *Prevención del suicidio. Consideraciones para la sociedad y técnicas de emergencias* (Bilbao: Universidad del País Vasco, 2014), 66. Seguimos también sus consideraciones sobre los «sobrevivientes» en pp. 67-68. Además, P. Castellvi-Obiols, “El suicidio en la adolescencia”, 53-54 y Antonia Jiménez González, Montserrat Montés González y Javier Jiménez Pietropaolo, “Postvención en supervivientes de suicidio”, en *Suicidios*, 938-942.

⁴⁴ Cf. OMS, *Prevención del suicidio*, 11. También M^a Ángeles Álvarez López, “El estigma en los supervivientes y profesionales”, en *Suicidios*, 773-778.

Pero, centrados en los suicidios consumados, se suele hablar de los «sobrevivientes» o «supervivientes» en referencia a los familiares y a las personas cercanas que mantenían un vínculo afectivo con el fallecido. Se estima que se ven afectadas una media de seis personas cada autolisis. Incluiríamos entre estos segundos a amigos, compañeros, médicos de atención primaria, psiquiatras, terapeutas, profesores y otros adultos próximos al adolescente. El proceso de duelo será más intenso en función de la intensidad de ese vínculo y de la madurez de quien lo vive, y presenta sentimientos de pérdida, tristeza, rabia y culpabilidad por considerarse responsable del hecho, necesidad de evasión y aislamiento, ansiedad y estigmatización. Como mecanismo de defensa se llega hasta a negarse a sentir el propio dolor.

A veces, tras un arrepentimiento tardío de la víctima tras cometer el acto suicida se experimenta horror al no haberlo podido evitar la muerte cuando se manifestaba ese deseo. Otras veces, se experimenta enfado hacia la víctima por el abandono y la situación en que ha dejado a los allegados. También surge miedo a caer en un estado tan vulnerable como para cometer él mismo un acto así y se añade a la misma preocupación por los menores cercanos a la víctima, a los que se trata de sobreproteger. Todo ello hace que produzca un trauma en los allegados que haga que el duelo sea más complicado y se prolongue durante mucho tiempo.

Analizando la culpabilidad con más detalle, se justifica por no haber podido evitar el suicidio ni haber detectado las señales que podían preverlo o no haber atendido ni haber tomado las medidas necesarias ante los reclamos de la víctima (gestos, amenazas, autolesiones, etc.). También se reprochan no haber suscitado la confianza suficiente para que la persona manifestara sus ideas suicidas, cuando ya se percibía un deterioro personal evidente. Un excesivo sentimiento de culpa puede llevar a que la persona cercana consume su propio suicidio como medio de expiación. A veces, el dolor es tan insoportable que la culpabilidad puede extender o achacar a otras personas, buscando todo tipo de explicaciones o llenándose de dudas y de lamentos sobre alternativas diferentes al hecho.

Esto se puede mezclar con sentimientos de rabia, abandono y traición, de impotencia al no saber gestionar estas vivencias, que provoca un daño personal y familiar de consecuencias irreparables. Por el contrario, cuando la convivencia con la persona que luego se suicida provocaba una enorme carga de estrés, pueden surgir sentimientos de alivio y liberación tras consumarse el acto, lo cual contribuye después a una culpabilidad extrema. Urge entonces una intervención para encauzar el trauma y el acompañamiento en el duelo.

Una consecuencia, que ya hemos mencionado, y que merece una breve referencia es el estigma social que sufren las personas cercanas a la víctima de suicidio, sobre todo, los familiares⁴⁵. En este caso, es una reacción respecto a los ajenos a la situación, “los otros” que la conocen desde fuera. Hay un consenso en la apreciación y realidad presente de este fenómeno. Por un lado, los afectados sienten más rechazo, culpabilidad y vergüenza que por otro tipo de muertes. Sienten aún más dolor cuando hay personas cercanas que se distancian de ellos por evitar, a su vez, el rechazo, lo cual repercute aún más en la falta de conciencia de la comunidad social.

Por otro, se suele producir una dificultad en la interrelación social en propios y ajenos, debido a reacciones de incomodidad y huida, que suele empeorar con el tiempo, no tanto por el trauma de la pérdida como por el hecho de haberse producido por suicidio. Las causas fundamentales de este estigma son la consideración persistente en la sociedad del suicidio como un tabú y, muy relacionado con esto, el desconocimiento de las verdaderas causas del suicidio, lo cual plantea la necesidad de la concienciación social.

Unido a todo lo que hemos dicho están las consecuencias para la sociedad, personificada en primer lugar en el personal sanitario, cuya carga de estrés, ansiedad y exceso de responsabilidad impacta enormemente en el desarrollo de su profesión y, sobre todo, en su propia salud. Por otra parte, hemos de tener en cuenta también la sobrecarga social y económica del suicidio en las familias, en el sistema de salud y en la sociedad en general para cubrir las necesidades que provoca. Por último, y en relación con ello, están las consecuencias éticas, sobre todo, de responsabilidad social a la hora de afrontar tanto la intervención como en la prevención y la postvención del comportamiento suicida, que interpela al conjunto de la sociedad a la hora de invertir en recursos para afrontar este grave problema.

⁴⁵ Cf. M^a Ángeles Álvarez López, “El estigma en los supervivientes y profesionales”, en *Suicidios*, 778-781.

3. ¿Existe una cultura del suicidio? Interrogantes para la sociedad

En este tercer apartado, queremos cerrar el capítulo ampliando la mirada hacia el factor cultural, que puede poner de manifiesto una mentalidad favorable al suicidio o, cuando menos, tolerante con él, a través de ideas desarrolladas por el pensamiento filosófico y de corrientes de opinión, conductas expuestas públicamente y estilos de vida que, directa o indirectamente, son difundidas por los medios de comunicación, bajo la influencia de las nuevas tecnologías, y por algunas manifestaciones artísticas y culturales (publicidad, series, cine, diseño gráfico, moda, etc.). Estas crean una atmósfera social que necesariamente afecta al mundo adolescente, muy apegado al consumo de estas manifestaciones, que influyen en la construcción de su identidad personal, en su interpretación de la realidad y en la valoración del sentido de la vida.

Para ello, nos centraremos, primero, en aquellas corrientes de la filosofía contemporánea que han reflexionado sobre el suicidio no solo de una manera comprensible para determinadas circunstancias vitales sino incluso como una opción vital plausible e incluso recomendable para ser auténticamente humano. Posteriormente, describiremos cómo pueden llegar estas propuestas a nuestros niños, adolescentes y jóvenes de forma que pueden provocar en ellos, bajo el fenómeno de la imitación, el contagio de conductas suicidas.

3.1. Filosofía del suicidio en el pensamiento contemporáneo.

La inquietud por encontrar posibles razones por las que se produce un acto tan perturbador como el suicidio hace que haya una coincidencia en los estudios consultados a la hora de situar este fenómeno en una perspectiva histórico-cultural⁴⁶. En efecto, se suelen recuperar del pensamiento filosófico y teológico los planteamientos a favor y en contra del suicidio de forma diacrónica, como una manera de encontrar las raíces culturales y sociales de este comportamiento que ha acompañado al ser humano de todas las épocas y lugares, incluso en civilizaciones y contextos comunitarios en que la mentalidad imperante era considerar el suicidio como pecado y signo de condenación.

Pero ha sido, sobre todo, con la llamada Modernidad cuando se ha reflexionado más específicamente sobre la cuestión, al identificar al ser humano, en contraste con el resto de los seres vivos, por su carácter autodestructivo⁴⁷. En comparación con los animales, que instintivamente

⁴⁶ Cf. J. Urra, *La huella de la desesperanza*, 19-24; J. Picazo, *El suicidio actual*, 15-132, y Jesús E. Mesones Peral, “El suicidio a través de la historia y las culturas”, en A. Ansean (Dir), *Suicidios*, 35-58.

⁴⁷ Cf. Thomas Macho, *Arrebatarse la vida. El suicidio en la Modernidad* (Barcelona, Herder: 2021), 32-38.

buscan sobrevivir, junto con los de su especie, el ser humano contempla la posibilidad de matarse. Un ejemplo de esta paradójica condición, son aquellos juegos cuyo medio de diversión consiste en incluir el riesgo de muerte, como posibilidad real, o incluso el suicidio. Para colmo, el contraste de lo humano se produce también respecto al mundo de la robótica, donde no se contempla el suicidio como posibilidad en el mecanismo de los *cibors* sino, por el contrario, su autopreservación.

Pero, ¿existe una filosofía del suicidio como tal? La Modernidad, en la que este fenómeno ha ido en aumento, ¿justifica como tal este tipo de comportamiento? Parece que hay una deriva paulatina hacia la tolerancia e incluso a la valoración positiva del suicidio como opción vital en la cultura occidental⁴⁸. Desde el planteamiento de Kant, que rechaza el suicidio por ser contrario al valor de la dignidad humana, se desarrolla un pensamiento de justificación del mismo en torno a la experiencia del sufrimiento humano, que afecta en determinadas situaciones a dicha dignidad. Es el caso de Arthur Schopenhauer, que lo rechaza, en un primer momento, como fracaso de la voluntad humana, capaz de fortalecerse con el sufrimiento, como en el caso de los ascetas cristianos, pero critica la excesiva moralización hacia el comportamiento suicida por parte de la sociedad. Aunque después lo justifica en los casos en que la persona, aunque quiere vivir, sus circunstancias son de tal sufrimiento que le abocan a no ver otra solución que la de quitarse la vida.

Pero se da un paso más al plantearse el suicidio como la expresión máxima de la autonomía de la persona y de la puesta en práctica de su condición libre. Así lo expresa con claridad el pensador romántico autodenominado Novalis, al afirmar en sus diarios filosóficos que

«El auténtico acto filosófico es el suicidio. Este es el comienzo real de toda la filosofía (...), y es el único que cumple todas las condiciones y contiene todos los rasgos de la acción trascendente⁴⁹».

Frente a la postura condenatoria de la tradición cristiana, el suicidio llega a adquirir tintes estéticos y trascendentes, a partir de una especie de mística secular, que llega a justificar la propia acción del pensador. Es el caso del filósofo Philipp Mainländer, que se suicidó en 1876. Esto supone el hecho de entender el suicidio como muerte redentora, en cuanto que libera a la persona de esta existencia, traspasada por el sufrimiento, pasando del ser, identificado como dolor e infelicidad, al no-ser como descanso, felicidad y contemplación estética del misterio que envuelve la realidad. En el acto suicida se produce una escisión entre sujeto y objeto, entre el yo que sufre y el yo que pretende liberarlo de sí mismo. Se considera entonces como una acción autotranscendente, e incluso de identificación con Dios (desde una visión oriental y panteísta), que se “suicida” a sí mismo como un

⁴⁸ Cf. Thomas Macho, *Arrebatarse la vida*, 229-260. Complementamos lo anterior con. J. Picazo, *El suicidio actual*, en lo referido a Schopenhauer y Nietzsche, 68-75, y a Albert Camus, 124-13.

⁴⁹ Cit. lit. de T. Macho, *El suicidio en la modernidad*, 233.

acto de plena generosidad para fusionarse con la pluralidad de todos los seres que él mismo ha creado, pasando así del ser al no-ser.

Influenciado por Mainländer, Friedrich Nietzsche seculariza definitivamente esta opción del suicidio cuando habla de elegir el momento oportuno para morir como culminación de la vida del superhombre y del ejercicio de su libertad. Esta oportunidad concurriría en la plenitud de su existencia sin limitaciones en el ejercicio de las pasiones y de la creatividad, marcada por el vitalismo dionisiaco, y en previsión de la degradación que supone el paso del tiempo y del deterioro físico. El acto suicida puede así darle a la muerte un valor estético e incluso suscitar un placer que lleve a la celebración festiva. Desde esta postura, no solo justifica el suicidio en cuanto tal, sino que incluso ya habla de la eutanasia y el suicidio asistido en el caso de enfermedades terminales o que suponen un deterioro tan grande que niega la dignidad de la persona.

Llegados al siglo XX, surge propiamente una filosofía del suicidio, en diálogo crítico con Martin Heidegger, que considera al hombre como ser abocado a la muerte y que, en confrontación con esa realidad, debe dar sentido a su vida, que para él supone *adelantarse hasta la muerte* para comprender y encauzar la vida en el presente. Frente a ello Karl Löwith propone que el hombre, en cuanto ser autónomo, tiene la libertad de responder negativamente a la pregunta por el sentido de la vida y, en consecuencia, no está obligado a existir y conservar necesariamente la propia vida, puede disponer de ella y decidir sobre ella. Por naturaleza, a diferencia de los otros seres vivos, que están obligados a sobrevivir, tiene esa posibilidad que le da su libertad de negarse a sí mismo y eso se expresa de forma radical en el suicidio. Hans Ebeling afirma que, en cuanto ser enfrentado a la muerte (Heidegger), el ser humano encuentra en el autoaniquilamiento el ejercicio más elemental de libertad, de autoafirmación del sujeto eliminando paradójicamente su propio sujeto.

Toda esta cuestión es recogida por el existencialismo, que sustituye el ser para la muerte de Heidegger por el ser arrojado a la vida (como afirma Jean Paul Sartre), desde la que recibe la existencia como un imperativo: la obligación de tratar de dar sentido al sinsentido. Por ello, si bien consideran el suicidio la cuestión central a la que tiene que responder la filosofía (tal es la postura de Albert Camus), lo rechaza como opción plausible. Por el contrario, la persona debe tener una reacción de vitalidad, de rebeldía y expresión de una existencia digna y libre, en dos aspectos: como realización apasionada de sí mismo ante el hecho de morir y ante el absurdo de lo que es la vida (cuyo sinsentido se refleja en la propia muerte) y como esfuerzo por transformar un mundo injusto y depravado.

Durante los años 70, el filósofo constructivista Wilhelm Kammlah afirma la condición menesterosa, débil y frágil de la existencia humana, en la que estamos determinados por sucesos y hechos que nos vienen dados y que no elegimos, pero de la que tenemos la posibilidad de desasirnos,

de asumir una actitud de desapego eudaimónico como ejercicio de plena libertad, bajo el principio de *in dubio pro libertate*. También puso en práctica lo que él prefería denominar «muerte voluntaria». ello supone un ejercicio de desdoblamiento del yo en el que la «muerte voluntaria».

Siguiendo la estela del existencialismo, el superviviente del exterminio Jean Amery normaliza el suicidio al presentarlo como un acto más natural, ante el cansancio o hartazgo de vivir, que lo que la sociedad acepta como muerte natural. Este planteamiento, junto al acto suicida del propio Amery, ha suscitado alrededor de su persona, una reacción de fascinación que le ha otorgado incluso un cierto aire de ejemplaridad, considerando el acto suicida como expresión profética de moralidad.

Quien desarrolla aún más este tipo de planteamientos es Michel Foucault que plantea su teoría del suicidio no desde la clave de eliminación, sino desde la idea de consumación, como acto estético que expresa una imaginación plena, como síntesis y superación del aquí y del ahora, del espacio y del tiempo, algo cuasi místico en que el sujeto se funde con el todo del mundo y realiza su ser plenamente. De ahí las manifestaciones del suicidio en el arte como arquetipo de belleza (ejemplos de ello pueden verse en música, literatura, pintura, fotografía, cine, etc.). Se supera así el encasillamiento del fenómeno suicida en justificaciones psicológicas o médicas y el moralismo de los juicios éticos y religiosos, para normalizando como una opción plenamente humana, que refleja una voluntad libre y reflexiva. Como principal razonamiento que justifica esta postura estaría la consideración del ser humano como nada y su vida como un sinsentido, es decir, un nihilismo radical como modo de reivindicar al propio individuo para alcanzar relevancia ante una realidad hostil, totalmente extraña para él a través del acto suicida como expresión de libertad suprema. Así lo expresa el mismo Foucault:

«Todo deseo de suicidio está lleno de aquel mundo en el que yo ya no estaría aquí o allá, sino omnipresente en todas partes, en el que cada uno de sus sectores me sería transparente y quedaría demostrada la pertenencia de todos ellos a mi presente absoluto. El suicidio no es una manera de eliminar el mundo, o a mí, a o a ambos juntos, sino un modo de reencontrar el momento original en el que yo me hago mundo, en el que todavía nada es algo en el mundo, en el que el espacio es aún la única orientación de la existencia y el tiempo el único movimiento de su historia. Matarse a sí mismo es la forma extrema de imaginar, Si se quisiera expresar el suicidio en una terminología realista de la eliminación, uno se condenaría a no entenderlo. Lo único que puede fundamentar una psicología y una ética del suicidio es una antropología de la imaginación. Constatemos de momento que el suicidio es el último mito, el “Juicio Final” de la imaginación, así como el sueño es su génesis, su origen absoluto»⁵⁰.

⁵⁰ Cit. lit. en T. Macho, *El suicidio en la modernidad*, 256.

En conclusión, la filosofía contemporánea afirma que el suicidio es un hecho natural, algo que debe ser socialmente normalizado en el contexto de la autonomía del sujeto y como acto totalizante de su identidad, como consumación de su dignidad y libertad absoluta. Y se llega a afirmar que, para buscar una disminución efectiva del número de suicidios, se ha de respetar y sensibilizar a la sociedad para que llegar a una situación en la que la gente se mate a sí misma solo de forma voluntaria, reflexionada, serena y libre de toda incertidumbre. Integrada en este planteamiento se admitiría la opción del suicidio en su sentido liberador, en el que la desesperanza justificaría el acto.

En efecto, la vida merece la pena y es posible la esperanza para la persona potencialmente suicida, pero, debido a su sufrimiento, no ve salida posible en su vida concreta y piensa que cualquier expectativa se abre para otros y se cierra para él. La esperanza, por tanto, no le pertenece o, dicho de otra forma, la única esperanza para él es dejar de sufrir.

3.2. Entre el tabú y la fascinación estética.

La presencia de una tendencia filosófica contemporánea favorable al suicidio, tal y como hemos presentado, nos plantea el interrogante de si este tipo de ideas tienen su concreción en las formas culturales concretas, hasta el punto de que puedan influir en la conducta humana, en general, y en el comportamiento de los adolescentes, en particular.

Lo primero que hemos de considerar al respecto es que las ideas filosóficas no surgen de las reflexiones particulares y enteramente originales de unos pensadores aislados de la sociedad en la que viven. Surgen de su vinculación a ella y son reflejo de las ideas, valores y creencias propios de su cultura. Ya hemos hablado de que precisamente esa filosofía del suicidio surge en el contexto de la Modernidad, época de exaltación de la individualidad, de reivindicación de la autonomía de la persona y de secularización e indiferencia religiosa crecientes. En su análisis de este proceso histórico de la cultura, los autores sitúan el fenómeno del suicidio actual en este proceso histórico cuyas manifestaciones concretas son la espectacularización y el individualismo favorecidos por los medios de información y comunicación.

De ahí que nos movamos en un terreno marcado por la ambigüedad de la consideración del suicidio, por un lado, todavía como un tabú social y, por otro, al ofrecerse como espectáculo mediático. Lo cual tiene una influencia directa en los adolescentes y jóvenes, uno de los más fieles consumidores de esos medios. Ya hemos hablado más arriba del estigma asociado al suicidio⁵¹, como

⁵¹ Cf. M^a Ángeles Álvarez, “Suicidio y estigma social”, *Suicidios*, 776-777.

una reminiscencia cultural que perdura debido a la influencia de determinadas creencias culturales y religiosas. Por ellas se considera el suicidio como fruto de la debilidad, del egoísmo o la cobardía personales, al que intenta suicidarse como alguien raro, al que se debe evitar, y a quien termina haciéndolo, alguien a olvidar.

De ahí que se considere un tema que debe mantenerse oculto y al que no se le debe dar ninguna relevancia pública. Se confunden aquí valores como la discreción, la delicadeza, la oportunidad o la prudencia con la ocultación mezquina e hipócrita. Todo ello dificulta la normalización de este problema y, pese al avance en las campañas de información y de sensibilización, sigue siendo poco difundido en los medios.

Lo más grave es precisamente que esto provoca el efecto contrario, esto es, la aparición de comportamientos suicidas en programas televisivos, en redes sociales y en páginas de internet como noticias con contenido sesgado, centrándose en sus aspectos morbosos o, por el contrario, mediante la difusión de imágenes, informaciones sobre métodos de suicidio e incluso mensajes que animan a realizarlo⁵². Sorprende la facilidad con la que un adolescente puede acceder sin ningún tipo de control a páginas de internet sobre este tema, a redes sociales donde se realizan pactos suicidas o se contacta con gente que comparte esa intencionalidad e incluso a vídeos en directo en los que alguien protagoniza el propio suicidio o se exhiben suicidios de otros⁵³.

Para muchos investigadores, este fenómeno pone en evidencia que el comportamiento suicida se produce también por imitación de conductas. Es lo que se suele conocer como «efecto Werther»⁵⁴, acuñado por el sociólogo D. P. Philips, para describir el efecto que acuso una novela de Goethe, *Las penas del joven Werther*, cuyo joven protagonista se suicida por amor, disparándose en la cabeza. La novela fue prohibida en varios países al provocar el aumento del suicidio juvenil. Este fenómeno, se ha repetido en otros contextos desde entonces y hasta la actualidad, recibiendo otros nombres en referencia a otros sucesos, algunos protagonizados por actores o músicos famosos, otros por personas anónimas y otros por personajes de ficción, protagonistas de alguna serie.

Los especialistas explican esto afirmando que «la identificación con la víctima es el elemento clave del efecto de imitación»⁵⁵. Lo cual viene demostrar que muchos adolescentes y jóvenes que

⁵² Cf. Pérez, Guerra, Haramburu, *Prevención del Suicidio*, 13-16. También F. Villar, *Morir antes del suicidio*, 149-152 y Juan Carlos Pérez Jiménez, “Suicidio y medios de comunicación. Un desafío profesional que salva vidas” en, A. Anseán, *Suicidios*, 795-807.

⁵³ Cf. Jesús E. Mesones Peral, “Suicidio e internet. El cibersuicidio”, en A. Anseán (dir.), *Suicidios*, 813- 817.

⁵⁴ Sobre el «efecto Werther» cf. también en Javier Urra, *La huella de la desesperanza*, 39; J. Picazo, *El suicidio actual*, en el capítulo titulado “El suicidio como espectáculo”, 167-174 y en F. Villar, *Morir antes del suicidio*, 139-144, donde la espectacularización del suicidio se pone también en relación con su consideración como tabú.

⁵⁵ F. Villar, op. cit., 144.

asumen un comportamiento suicida, sobre todo, aquellos que ya presentan cierto riesgo, encuentran en aquí una forma de solución a sus problemas o una identificación con alguien, real o ficticio a quien admiran.

No olvidemos tampoco el papel que juegan en la actualidad los modelos culturales transmitidos por los medios y las nuevas tecnologías de la información y comunicación, de influencia directa en el estilo de vida de los adolescentes, cuyo tiempo libre se desarrolla en buena parte delante de una pantalla, en un contexto individual de vínculos cada vez más débiles, donde se encuentran directamente con comportamientos autodestructivos, según ya hemos descrito. Las redes le ofrecen la oportunidad de volcar allí su vida personal, en una soledad que le facilita un espacio de aparente intimidad para la comunicación sincera, no siempre verificable. Todo ello puede crearle la sensación de inconsistencia de la realidad, e incluso de vacío existencial, en el que la propia identidad personal y la vida “de fuera” se diluye en lo virtual, percibido cada vez como lo verdadero y lo real⁵⁶.

Por otra parte, los mensajes publicitarios proponen un modelo de individuo absolutamente libre, capaz de superar todos los límites que se le interponen, perfecto en todos los sentidos (sobre todo en lo físico y estético) y en un camino de éxito asegurado (todo ello, vinculado a las estrellas del deporte o de la música). Lo que podría ser un camino de realización se puede trocar en una ansiedad por el consumo que despersonaliza y produce insatisfacción.

Esta idea de imitación podemos relacionarla también con cómics, series de animación y toda una cultura de personajes de ficción en la que aparecen héroes que se sacrifican por los otros arriesgando su vida, capaces de morir y renacer, con imágenes de violencia muy explícita o de chicos que asumen conductas peligrosas en forma de retos o juegos. Un ejemplo de ello son series con títulos tan evidentes como la serie “El club del suicidio” en la que aparece temas contenidos como la prostitución adolescente, las autolesiones, la tortura, etc.

En síntesis, la cultura contemporánea ha asumido la idea del suicidio de una manera ambivalente. Por una parte, lo ha querido ocultar de la opinión pública, evitando toda posible relevancia social, con la justificación de que así se evita el posible contagio por imitación de conducta. Pero la auténtica razón para convertirlo en un tema tabú es su excesiva moralización, al relacionarlo con la intencionalidad perversa de la persona afectada, que actúa de forma irresponsable e inmadura o, peor aún, sin convicciones y principios éticos sólidos. Por eso es un acto vergonzante, cuyas circunstancias no deben conocerse (de hecho, no son importantes) y que deshonra al propio suicida, a su familia y al entorno cercano.

⁵⁶ Cf. Pérez, Guerra, Haramburu, *Prevención del suicidio*, 131-133.

Esta postura, si bien tiene su origen en la concepción del suicidio como pecado y maldición propia de un tradicionalismo religioso y moral, no deja de estar estrechamente relacionada con la manera de afrontar la muerte por parte de la sociedad actual, competitiva, tecnológica y consumista, que la considera el mayor fracaso de la humanidad. Frente a la visión *hedonista* y eudaimónica del bienestar y la calidad de vida, la muerte, en sí misma, no es concebida como una posibilidad correspondiente al ser humano individual ni a su dignidad, por lo cual todo lo que tenga que ver con ella (la enfermedad, el sufrimiento, el deterioro físico o psíquico, la vejez, etc.) debe ser perfeccionado y, con el tiempo, superado. De ahí que, si ya la muerte es de por sí un tabú, aún más lo será el suicidio: es el fracaso de los fracasos.

Pero, precisamente, de esta mentalidad, por paradójico que parezca, nace la consideración del suicidio como la forma más radical que tiene el ser humano de reivindicar su libertad, su carácter autónomo y el valor de su existencia individual. La cual es asumida de tres formas, que hemos desarrollado de manera diacrónica en la manera de concebirse el suicidio en la filosofía contemporánea. Primero, como liberación del sufrimiento y el deterioro, cuando este resulta insostenible para la persona que lo padece, contrario a su bienestar e indigno de su condición humana, lo cual justificaría la asunción de su capacidad suicida. Segundo, como posibilidad de alcanzar la plenitud de su ser, por la el sujeto se trasciende a sí mismo, a través de la autólisis, precisamente para reconocerse a sí mismo en su valor absoluto, frente a su propia corporalidad, frente al resto de la sociedad, frente al mundo y frente cualquier transcendencia religiosa que suponga una atadura para su libertad.

Y, en tercer lugar, como manifestación estética, que expresa de forma exaltada la subjetividad y la individualidad propias de una existencia auténtica, situada en el límite, al borde del precipicio y que, con valentía, es capaz de mirarlo con entereza, superar el miedo y arrojarse al vacío, hacia la nada que lo envuelve todo, de la que venimos y para la que estamos destinados. Esto hace que el suicidio suscite una gran fascinación y se proponga como acto imitable. En definitiva, por estos tres caminos la persona pueda disponer totalmente de su cuerpo, como propiedad suya de la que puede elegir desprenderse en el momento oportuno.

En conclusión, este capítulo nos ha permitido descubrir la magnitud del suicidio como un comportamiento humano radicado de forma permanente en nuestra vida cotidiana y en nuestra cultura, de múltiples facetas, con un pluralidad de causas y de consecuencias negativas para una sociedad que presume de estar construida sobre la base de la defensa de la vida y de los derechos humanos. No es difícil afirmar, en consecuencia, que es expresión de un fracaso de todos y a todos los niveles (personal, familiar, comunitario, institucional, social). Pero, más decisivo aún es haber

descubierto que el suicidio, analizado en su manera de manifestarse en la actualidad, es un hecho que caracteriza al ser humano contemporáneo.

Este hecho nos sobrecoge mucho más cuando hablamos de sus consecuencias en los miembros más jóvenes de nuestra comunidad humana y nos recuerda que un modelo social que garantice unos niveles adecuados de bienestar y calidad de vida ha de construirse sobre un modelo de persona que corresponda a su dignidad e integridad. De ahí que debamos plantearnos la necesidad de esforzarnos todos en su prevención, tanto personal como colectivamente. A ello dedicaremos el siguiente capítulo.

II. CAMINOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES: CRITERIOS PARA LA ESCUELA

La Organización Mundial de la Salud afirma que «el mejor enfoque de las actividades de prevención de suicidio en el colegio, lo constituye un trabajo de equipo que incluya maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, trabajando en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias»¹. Hacia ello queremos encaminar este segundo capítulo del presente trabajo, de forma que vislumbremos un panorama alentador acerca de la posibilidad real de superar este drama social del suicidio en edades tempranas.

Para ello, vamos a describir, en un primer apartado, el marco preventivo que los estudios especializados sobre el tema proponen como el más adecuado para abordar este problema. Comenzaremos situándonos en una perspectiva general, en concreto, con la descripción de una serie de mitos sobre el suicidio y cómo la sociedad debe superarlos desde los datos que nos ofrece la evidencia científica para que superar el estigma asociado a este fenómeno, alcanzar una perspectiva más real y completa del mismo, detectar mejor las situaciones de riesgo y poder situarnos sobre un terreno más firme de cara a su prevención.

Después, describiremos cuáles son los factores de protección que se han de potenciar en todo comportamiento suicida para poder superarlo con el mayor éxito posible. Desde ellos se podrán presentar, a continuación, las estrategias más indicadas para actuar de manera preventiva, según los distintos niveles y contextos de intervención. Por último, presentaremos varios ámbitos desde los que trabajar sobre el terreno de los casos concretos y del entorno social en el que viven los adolescentes, como son: el ámbito del tratamiento psicoterapéutico, el de familiares y allegados y el de los medios de comunicación.

En un segundo apartado, trataremos de forma específica el ámbito de la escuela como espacio que marca profundamente la vida cotidiana de los adolescentes y desde el que se puede desarrollar una estrategia específica de sensibilización, detección, prevención e intervención en conductas suicidas. Recogeremos, primero, las propuestas de actuación en el contexto educativo propuestas en estudios especializados sobre el tema y, segundo, describiremos y valoraremos cómo se está abordando esta tarea preventiva en las propuestas concretas que la Comunidad de Madrid está ofreciendo, en especial, desde las políticas educativas.

¹ Organización Mundial de la Salud, *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional* (OMS: Ginebra), 1.

1. ¿Cómo prevenir el suicidio en adolescentes?

La estigmatización de este problema es aún mayor cuando los que están implicados son personas que apenas están despertando a su proyecto de realización personal y a la vida en sociedad, como ciudadanos de pleno derecho que serán. Estos sueños de futuro se ven truncados en el presente por un proceso de deterioro cognitivo, emocional e incluso corporal, tal y como hemos visto, que niega precisamente la vitalidad que se atribuye a estas edades relacionadas con la etapa adolescente.

Precisamente en este apartado vamos a proponer un contexto preventivo fundamental para revertir ese proceso, de manera que se transforme en un camino de recuperación de la persona. Para ello es preciso, en primer lugar, desmontar los mitos que hacen de este hecho un tabú social. De esta forma, de la mano de la evidencia científica, podremos despejar la mirada para ver el problema cara a cara y poder detectar aquellas señales o factores que identifican en chicos y chicas un riesgo claro y, más o menos, elevado de autolisis.

En segundo lugar, describiremos los factores de protección, que se hacen presentes en el comportamiento suicida, como verdaderos salvavidas en medio de la tempestad existencial por la que pasan tantos chicos y chicas, y que es necesario potenciar en los momentos de mayor riesgo. Posteriormente, analizaremos los modelos de prevención que actualmente se proponen para que la sociedad se implique de forma global, a partir de una serie de estrategias coordinadas de trabajo comunitario en diferentes niveles de actuación. Y, finalmente, trataremos de presentar varios ámbitos de abordaje de este problema, desde los que desarrollar una acción preventiva desde un estilo de acompañamiento personal: el tratamiento psicoterapéutico, el entorno familiar y cercano del adolescente y los medios de comunicación.

1.1. Maneras de afrontar el problema

Según la realidad descrita en el primer capítulo, queda claro que «la conducta suicida es un fenómeno complejo, multidimensional y multicausal cuya delimitación, evaluación, tratamiento y prevención, requiere de un enfoque holístico, focalizado en la persona y en su contexto (familias, centros educativos, medidas legales, etc.), que incluya variables biológicas, psicológicas y sociales»².

² Eduardo Fonseca Pedrero y Alicia Pérez Albéniz, “Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio”, en *Papeles del Psicólogo*, Vol. 41, nº 2, 2020, 107. Esta perspectiva se propone también en Adriana Díez-Gómez, Carla Sebastián Enesco, Alicia Pérez Albéniz y Eduardo Fonseca Pedrero, “Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: validación de la escala SENTIA-Breve”, en *Actas Españolas de Psiquiatría* 49(1), 2021, 25. O también en Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González, “Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio”, *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 38 (134), 2018, 392-394 . Y

Esto implica que se ha tomar como punto de partida el proceso vital que puede llevar a una persona al suicidio, para intervenir desde su realidad concreta e ir creando unas condiciones adecuadas para invertir ese proceso.

Dicha intervención se hará de forma directa, con la persona afectada y su entorno cercano, y de forma indirecta, a través de actuaciones que incidan en la sociedad. Ya hemos visto como el comportamiento suicida es una especie de *continuum* que va desde la ideación a la consumación del acto autolítico, pasando por la tentativa. De ahí que sea necesario detectar el momento vital en el que se encuentra la persona, atendiendo a las circunstancias que giran en torno a su situación de vulnerabilidad y, sobre todo, al grado de control que tiene sobre su propia situación, es decir, a su responsabilidad individual.

Pero, para poder alcanzar este objetivo, es necesario desmontar primero una serie de mitos y creencias que contribuyen a la estigmatización del comportamiento suicida, para disolver el tabú cultural que obstaculiza todo esfuerzo de abordaje y prevención. La OMS, en el documento *Prevención del suicidio. Un imperativo global*, va intercalando a lo largo del texto, a modo de flashes para llamar la atención sobre ello, los mitos más extendidos, junto a hechos significativos que los desmienten³. Los incorporamos al texto de este trabajo, junto a algunos otros, y comentaremos su impacto social para construir sobre ellos un imaginario propicio para crear una sensibilidad adecuada en torno al suicidio:

1) «Quienes hablan de suicidio no tienen la intención de cometerlo». - Esta falsa creencia infravalora las peticiones de ayuda verbales que la persona en una situación de sufrimiento lanza, etiquetándolas como formas de manipular, de chantajear o de llamar la atención, cuando el criterio científico manifiesta que la comunicación suicida es una expresión de una ideación, que puede incluso haberse planificado y ser la punta del iceberg de una situación de ansiedad, desesperanza y depresión para la que no se encuentra salida. Por ello, se ha de prestar atención a la persona, mostrarle interés y escucharla.

desde la perspectiva de la terapia Gestalt, Francisco Javier Díaz Calderón, *Última llamada en la frontera: Prevención de las conductas suicidas en adolescentes* (Bilbao: Desclée de Brouwer, 2021), 77-78.

³ Cf. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas, Informe *Prevención del suicidio. Un imperativo global* (Organización Mundial de la Salud: 2014), 15, 29, 43, 47, 53, 65. Seguimos y complementamos también con Alba Cortés Alfaro, Minervina Román Hernández, Ramón Suárez Medina y Rosa María Alonso Uría, “Conducta suicida, adolescencia y riesgo”, *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, Vol. 11, Nº 2, mayo-agosto 2021, pág. 3^a, en <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/939/1165>, última revisión 07/05/2022. Y también Pere Castellvi-Obiols y José A. Piqueras Rodríguez, “El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se debe y puede prevenir”, en *Revista de Estudios de Juventud*, nº 121, septiembre de 2018, 51-53 y Javier Urrea Portillo, *La huella de la desesperanza. Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio*, (Madrid: Ediciones Morata, 2019), 66-69.

2) «La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa». – Es el mito contrario al anterior. Aunque a veces puede ocurrir, solo una mínima parte de los suicidios consumados se producen sin algún tipo de aviso. Este prejuicio desatiende, en este caso, las manifestaciones no verbales, anímicas, conductuales de un posible comportamiento suicida que, según los estudios, también son indicadores de riesgo, que conviene conocer para trabajar en su prevención.

3) «El suicida está decidido a morir». – Este mito obvia el debate interior que sufre la persona que está en la encrucijada entre la vida y la muerte, ambigüedad que pone en evidencia su mayor deseo: que su vida cambie para dejar de sufrir. Prueba de ello son aquellas personas que cometen la autolisis y, en trance de morir, muestran arrepentimiento por su acción. Dicha creencia errónea dificulta la necesidad de plantearle a quien está en riesgo que en su vida existen alternativas reales al suicidio, que hay que ayudarlo a descubrir. Supone reconocer la derrota sin haber acabado antes la batalla que implica luchar contra la desesperanza, la melancolía y la angustia vital. Lo que es evidente es que quien es feliz no se suicida.

4) «Quien haya sido suicida alguna vez, nunca dejará de serlo». – Esta idea errónea forma parte de las etiquetas que se ponen a quienes han realizado alguna tentativa. Si bien la ideación puede resurgir e incluso a lo largo de la vida se puede reincidir, tal y como hemos dicho más arriba, la evidencia científica demuestra que el nivel mayor de riesgo es a corto plazo y es muy específico de cada situación concreta. El comportamiento suicida no tiene por qué cronificarse, sino que se puede controlar, curar y superar. En la prevención se ha de confiar en la persona, en su capacidad para salir adelante, rehacerse y tomar las riendas de su vida.

5) «Quien ha superado una crisis suicida, no volverá a intentarlo». – Es la contrapartida del anterior, que indica un exceso de confianza, bajo la idea ingenua de que la persona que ha intentado suicidarse, al superar ese momento crítico y mostrarse relajada, más desenvuelta e incluso alegre, ha superado esa etapa difícil y parece tener fuerzas suficientes para salir adelante, por lo que el peligro ha pasado. Este mito también podría manifestar el desafecto y la negligencia de los que tienen la responsabilidad de atender a la persona que ha vivido una tentativa. De hecho, la evidencia científica demuestra que en torno a la mitad de los casos vuelven a intentarlo en los tres meses siguientes a la crisis inicial. Esto implica que se ha de acompañar a la persona de manera que haya garantías de que este proceso se haya completado con éxito y no descuidar en ningún momento los apoyos necesarios.

6) «Solo las personas con trastornos mentales son suicidas». – Este prejuicio va asociado a la estigmatización de las personas con problemas de salud mental que, para mucha gente, resultan incómodas y con las que se prefiere poner cierta distancia social, descalificándolas como “raras” o

“locas”. De ahí viene esta asociación entre enfermedad mental y suicidio, al pensar que este es consecuencia de aquel, por el comportamiento a veces incontrolable e irracional del “demente”. Los estudios científicos demuestran que muchos suicidios no son provocados por esta razón, sino por otras como la desesperanza, la infelicidad o la precariedad de los vínculos sociales. Y viceversa, muchas personas con trastornos mentales llevan una vida normal y se sienten realizadas, con sus momentos de dificultad, pero sin estar afectadas por el comportamiento suicida. La enfermedad mental puede concurrir entre las causas de este y habrá que tenerla muy en cuenta, pero junto a otros factores, tal y como ya hemos visto.

7) «Hablar del suicidio es una mala idea, y puede interpretarse como estímulo». – Este mito, quizá sea el más expresivo a la hora de definir el suicidio como tabú social. Pero también del estigma que sufren tanto aquellas personas que lo han intentado realizar como los familiares y personas cercanas a quienes han perdido un ser querido por ello. Evidencia además algo terrible: el aislamiento que padecen quienes barajan la posibilidad de quitarse la vida y de las personas en duelo. Las investigaciones demuestran que hablar con una persona en situación de riesgo, de forma abierta y con franqueza, reduce las posibilidades de suicidio, al permitirle razonar sobre los motivos que le llevan a idearlo o a intentarlo y abrirse a otras opciones.

Toda esta exposición sobre falsas creencias acerca del suicidio se completaría con otras dos que, a nuestro juicio, son transversales a las primeras, que alimentan y se retroalimentan de las anteriores. La primera afirma que «el suicidio no es un problema importante, muy pocas personas lo realizan». Esta minimización de un fenómeno social de estas características solo puede explicarse a partir de la indiferencia social y el individualismo imperantes en nuestra cultura globalizada, que provoca un exceso de tolerancia hacia determinadas conductas, que se respetan al producirse en el ámbito de lo privado.

Por otro lado, una razón oculta que podría justificar esta postura es que, al no considerarse un problema, no será necesario invertir en recursos para su prevención. El primer capítulo desmiente este mito: el suicidio es un problema social de primer orden al que hay que darle prioridad por su propia gravedad y por su impacto personal y social, mucho más, cuando los implicados son menores.

El segundo mito, que sería la otra cara de la moneda del anterior, dice que «el suicidio no se puede prevenir». Con esta afirmación se asume, desde un realismo a ras de suelo, que es un hecho inevitable que acompaña al ser humano a lo largo de su historia y que no tiene solución posible. Pero está demostrado que, si no al cien por cien, sí se puede reducir su incidencia cuando toda la sociedad pone su empeño en prevenirlo. Es evidente que con la dejadez y la inacción nunca se solucionará nada, máxime cuando se conocen cada vez mejor los factores de riesgo, los de protección y las

estrategias para prevenirlo⁴. Todo ello nos interpela como sociedad para trabajar a partir de un plan global para erradicar el comportamiento suicida, pero actuando no solo en lo “local”, sino atendiendo cada caso concreto. En definitiva, a partir de lo expuesto, podemos concluir que,

«estas ideas irracionales profundamente equivocadas sobre el suicidio son uno de los objetivos de cualquier iniciativa para prevenir el suicidio, puesto que son ideas a superar a nivel social para poder afrontar este problema con la atención necesaria y merecida»⁵.

Un segundo momento para poder afrontar el comportamiento suicida es detectar en una persona lo que se denominan los «factores de identificación», a modo de «señales de alerta», que nos pueden indicar un riesgo real y grave de comisión de una autolisis⁶. Son manifestaciones verbales o conductuales que expresan la mayoría de la personas que presentan una ideación suicida, aunque ello no significa que deriven necesariamente en un suicidio consumado, ni que pueda cometerse sin señales previas. Siempre nos movemos en un cierto nivel de incertidumbre. Pero, como es lógico, estos signos son los que pueden suscitar preocupación y alarma en quienes tienen un contacto cercano con una persona que vive una experiencia de tan hondo sufrimiento (familiares, amigos, educadores, profesionales de la salud, etc.) y son de vital importancia para poder actuar en consecuencia. Conocerlos es imprescindible para sensibilizar a la población sobre el suicidio.

Ángela Martínez, presenta una relación de estas señales identificativas según los dos niveles de expresión de referidos: el de la comunicación de y el de la conducta. En el primer nivel, la persona verbaliza una serie de sentimientos sobre su vida y su futuro: cansancio vital, frustración, infelicidad, sufrimiento, anhedonia, desinterés, desesperación, soledad; también sobre sí mismos: culpabilidad, odio, vergüenza, inutilidad, impotencia, ser un estorbo, temor a perder la cabeza; y sobre la propia muerte: huida, liberación, tener claro el suicidio y la forma de realizarlo, agradecimiento y despedida.

En un segundo nivel, nos podemos encontrar con conductas como: los cambios repentinos del estado de ánimo (irascibilidad, agresividad, actitud desafiante, que cambia a una alegría injustificada, o una serenidad inusual), llanto desesperado, cambios en horarios y estilo de vida, descuido personal, aislamiento social, consumo repentino de drogas o alcohol (o aumento del mismo), discusiones y peleas, acciones temerarias o amenazas suicidas, autolesiones y autohumillaciones en público, redacción de textos de despedida, visitas o comunicaciones inesperadas a familiares o amigos, cesión

⁴ A. Anseán llega a afirmar sarcásticamente que «desde luego, nada se puede prevenir si no se hace nada para prevenirlo», en “Suicidios: Las muertes invisibles. Propuesta para una estrategia de prevención del suicidio en el sistema nacional de salud”, en Andoni Anseán (dir.) *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, (Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014), 28.

⁵ P. Castellvi-Obiols, “El suicidio en la adolescencia”, 51.

⁶ Cf. Ángela Beatriz Martínez González, “Prevención e intervención en la conducta suicida en familiares y allegados”, en A. Anseán (dir.), *Suicidios*, 763-765. También en A. Cortés, “Conducta suicida, adolescencia y riesgo”.

de objetos valiosos o mascotas, indiferencia ante expresiones de afecto, abandono escolar o del trabajo, ruptura de normas, adquisición de medios o elaboración de planes de suicidio, agravamiento de trastornos mentales que ya padecen, etc.

Estos sentimientos y conductas evidencian un estado emocional de profundo malestar, estrés y desesperanza, una situación de aislamiento (buscado y/o forzado) y una mentalidad que le lleva a concluir que no hay más salida que la de provocarse la muerte. La persona muestra estar al límite, en la frontera, de cara al precipicio, por lo que urge intervenir en su favor.

1.2. Factores de protección

Los factores de protección son aquellas variables de experiencia, personales y sociales, que «disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo»⁷. El término *variable* alude aquí a un conjunto de causas que concurren en un hecho concreto y que pueden producir determinadas consecuencias.

Si en los factores de riesgo hablábamos de que había que atender a una causalidad múltiple (o a una “constelación” de causas) que había que verificar en cada acto suicida concreto, lo mismo habría que decir en cuanto a aquellos elementos que pueden concurrir en su prevención. La aplicación de una o varias variables y la manera de aplicarse dependerá (“varía”) en función de cada situación vital concreta porque lo que se busca es su mayor efectividad. Por eso, vamos a continuación a presentar aquellos factores de protección que demuestran una mejora en la situación de quien puede suicidarse, especialmente en la adolescencia⁸.

Habitualmente se habla de *factores personales*, porque parten del propio sujeto, y sociales, atribuibles su entorno. Entre los personales destacamos, en primer lugar, la autoestima, en cuanto a aceptación, valoración y confianza en uno mismo. Desde ella se manejan también las dificultades con la autoimagen y el autoconcepto, en cuanto opinión que uno tiene de sí mismo, muy importantes en esta época de cambio constante como es la adolescencia. También influye en la manera de comprender los propios errores y de encajar los fracasos, para desarrollar la resiliencia.

⁷ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*, edición revisada en 2020, 66.

⁸ Cf. José Buendía, Antonio Riquelme y José Antonio Ruiz, *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida* (Murcia: Universidad de Murcia, 2004), 39-44. También José L. Ayuso-Mateos, Enrique Baca-García, Julio Bobes, José Giner, Lucas Giner, Víctor Pérez, Pilar A. Sáiz, Jerónimo Sáiz Ruiz y Grupo RECOMS, “Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España”, en *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, Barcelona, 5 (1), 2012, 12. Y también A. Cortés, “Conducta suicida, adolescencia y riesgo”.

Otro factor sería la autoeficacia, entendida como la capacidad de alcanzar con éxito los resultados que uno se propone a partir de un comportamiento concreto. Está en estrecha relación con la autoestima y el autoconcepto. En el adolescente es muy importante verse capaz de resolver sus problemas, realizar gestos, actividades o tener momentos para sentirse a gusto consigo mismo, sentirse en camino a la hora lograr sus metas a través de pequeños propósitos y convertir los errores o malos resultados en experiencias de aprendizaje. Es el principal antídoto contra la desesperanza y la frustración.

En tercer lugar, estarían las habilidades sociales para la resolución de conflictos o problemas que surjan, especialmente con sus iguales. Muy relacionado con ello está la comunicación de ideas y sentimientos, el control de la impulsividad, de la ira y de la agresividad, el desarrollo de la empatía, la receptividad a los afectos, el saber escuchar y el aprender a ser flexible en sus ideas y razonamientos. Un cuarto factor protector de tipo personal sería la búsqueda de ayuda en el ámbito de la salud mental y la responsabilidad en el seguimiento del tratamiento indicado para el control de cualquier trastorno diagnosticado.

Entre los *factores de tipo social*, estaría el apoyo del entorno cercano, en que se ha de establecer una red entre la familia, educadores, terapeutas, médicos, etc. que garantice un ambiente estable y un apoyo constante al adolescente, desde los diferentes contextos en que los que se mueve habitualmente y a partir de diversas perspectivas. Hablamos entonces de una responsabilidad compartida, en diferentes niveles y grados, y con un cierto grado de organización. Otro factor, vinculado a este, es que las relaciones en el hogar familiar sean buenas y, sobre todo, entre los padres del chico o de la chica (también si estos están separados o divorciados), pero también con sus hermanos.

En tercer lugar, estaría la integración social, sobre todo, con sus pares, que se debe lograr en el trato con los compañeros del centro escolar, en grupos de referencia (de amigos), en equipos deportivos, asociaciones, grupos juveniles, ONG, s, parroquias, etc., en los que aprende a relacionarse, a dialogar, a desarrollar su afectividad y su espiritualidad, a tener hábitos de vida saludables, desde donde puede realizar labores gratuitas de voluntariado o tener contacto con la naturaleza, etc. También en este contexto, puede ir superando la depresión, el estrés, la ansiedad, los problemas académicos y el aislamiento, al mismo tiempo que cuenta con la ayuda necesaria para liberarse de cualquier tipo de acoso, manipulación y adicción, reencontrándose a sí mismo y encontrando un sentido a su vida.

1.3. Una sociedad que previene

Partimos de la certeza y, al mismo tiempo, de la confianza de que el suicidio es prevenible. La certeza viene de los resultados verificables de distintos planes y programas de intervención que han reducido la incidencia de suicidios⁹. La confianza nace de la creciente sensibilidad (aunque insuficiente todavía) hacia este problema desde diferentes ámbitos de la sociedad: familias, asociacionismo, salud, educación, gobiernos, etc. La OMS considera la prevención como aquella intervención que parte del sistema sanitario en la que se identifican los factores de riesgo de una enfermedad eventualmente asociados a unas determinadas conductas¹⁰. Pero, a la hora de realizar el abordaje del suicidio, más aún en el caso de los adolescentes, la complejidad del fenómeno requiere de una acción diversificada desde diferentes ámbitos. ¿A qué nos referimos entonces cuando hablamos de prevención del suicidio? Andoni Anseán lo explica a la perfección cuando lo define como

«una estrategia que le otorgue la proporcionalidad epidemiológica, sanitaria y social que realmente posee, no ya solo como problema de salud pública sino como drama humano que requiere la atención (y la acción) de todos los agentes implicados en su disminución (...) La estrategia que se propone, si bien afecta sobre todo al sistema sanitario, también alcanza a otros ámbitos igualmente implicados en la prevención del suicidio: centros y servicios sociales, centros educativos, empresas, cuerpos de seguridad, familias, medios de comunicación, etc.»¹¹

Cuando se habla de prevención del suicidio, suelen platearse tres niveles de actuación, según el modelo que estableció la OMS en su *Glosario sobre Promoción de la Salud* en 1998¹²: prevención primaria, secundaria y terciaria. La primaria se orienta a reducir la incidencia de una enfermedad e impedir su adquisición por parte de la población sana. La secundaria a localizar la enfermedad en su estadio inicial y disminuir su desarrollo y prevalencia mediante el tratamiento de la misma. Y la terciaria al seguimiento de las personas más afectadas a las que se está tratando, de cara a su rehabilitación.

Aplicados al hecho del suicidio, estos tres niveles de intervención preventiva han de entenderse como un proceso, más o menos continuado en el tiempo, en el que se busca detectar y prevenir el comportamiento suicidio mediante intervenciones concretas para que la persona recupere sus deseos

⁹ La OMS pone los ejemplos de Suiza y Escocia en su documento *Prevención del suicidio. Un imperativo global*, 61-62. En España están los ejemplos de Barcelona, Sabadell, Orense y Valladolid, cf. A. Anseán, “Suicidios: las muertes invisibles”, en A. Anseán (dir.), *Suicidios*, 29.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud, *Glosario sobre la promoción de la salud* (Ginebra: 1998), 13.

¹¹ A. Anseán, *id.*

¹² Cf. Organización Mundial de la Salud, *id.* Recogidos también en P. Castellvi-Obiols, “El suicidio en la adolescencia”, 56.

de vivir mediante la potenciación de los factores de protección que hemos descrito¹³. No vamos a desarrollarlos exhaustivamente, simplemente los describiremos brevemente en la medida en que nos ayudan a comprender todo el contexto preventivo, de cara a su aplicación en el entorno escolar.

En primer lugar, se sitúa la prevención e intervención primaria, que se realiza antes de posibles tentativas de suicidio, en un contexto de posible ideación o de conductas autolesivas. El punto de partida de toda actuación, en este nivel, es la detección de señales o factores de identificación, de las que ya hemos hablado más arriba. Los objetivos que se pretenden en este momento son mejorar la calidad de vida de las personas más vulnerables, en este caso de los adolescentes en riesgo, y sensibilizar a la población sobre este problema y la necesidad de su prevención.

Para ello, es necesaria la formación de todas las personas que forman parte del entorno cercano al adolescente (familia, compañeros y amigos, educadores, médicos de atención primaria, psicoterapeutas, instituciones, etc.) para la detección de los factores de riesgo y de prevención posibles, para tratar de aminorar el riesgo. Aquí juegan un papel muy importante los medios de comunicación, sobre todo, para disipar los mitos sobre el suicidio, darle la relevancia social y el tratamiento que merece, y despertar a la sociedad para que aborde este problema en la búsqueda de su superación (hablaremos de esto más adelante). Este nivel sería, por tanto, el más propiamente preventivo.

Después, estaría la prevención e intervención secundaria, que vendría a realizarse ante una tentativa inminente (comunicada y/o planificada) o en el momento de ser rescatado de una primera tentativa, y giraría en torno al tratamiento al que debe someterse la persona afectada. Lógicamente los profesionales de la salud juegan aquí un papel fundamental, tanto los servicios de atención primaria, pasando por los de psiquiatría como los de urgencias, en casos de extrema gravedad. También juegan un papel muy relevante los psicólogos y la oferta de ayuda de muchas entidades del tercer sector, así como el acceso a recursos gratuitos a través de internet o de llamada telefónica para los adolescentes en riesgo suicida y para las personas allegadas.

Es importante el diálogo con la persona afectada, en la que se le pregunte directamente sobre sus intenciones, sin esconder el hecho de la opción del suicidio y tratando de empatizar con su estado emocional. De esa manera, se podrá valorar el grado de riesgo (alto, medio o bajo) para la adecuación de los medios necesarios para controlar su estado emocional, empleando las técnicas de rescate y los apoyos farmacológicos y terapéuticos convenientes para apoyarla en su situación concreta. También se analizará el grado de adherencia y de seguimiento del tratamiento prescrito por parte del médico o

¹³ Cf. Sergio Andrés Pérez Barero, Jesús Guerra Plaza y Mikel Haranburu Oiharbide, *Prevención del suicidio. Consideraciones para la sociedad y técnicas de emergencias* (Bilbao: Universidad del País Vasco, 2014), 89-99.

del psicólogo que acompañe al adolescente. El objetivo prioritario, en este nivel, es el de reducir las tentativas y su eventual repetición en el tiempo.

Y, por último, tenemos la intervención y la prevención terciaria, que busca la rehabilitación de la persona y de su proyecto de vida, superando las posibles secuelas físicas y psíquicas. Entre estas podemos encontrar sentimientos de culpabilidad y vergüenza que conviene ir sanando. La persona además se encuentra en un momento de especial vulnerabilidad, asociada a un estrés postraumático. De ahí que necesite el cuidado familiar y del entorno cercano para recuperar su fuerza vital.

La clave de esta etapa es la del acompañamiento, en función del cual se desarrollará en el ámbito clínico una terapia centrada en la persona, para apoyarla desde sus circunstancias concretas y fortalecer sus potencialidades, de manera que protagonice la mejora de su estado anímico. Los objetivos de este momento son el redescubrimiento de sus motivaciones para vivir y la recuperación del control sobre sus impulsos y emociones.

Esta estrategia de trabajo, basada en niveles de riesgo desde los que se plantean actuaciones directamente con los afectados, se suele complementar con otra más basada en la relación entre riesgos y beneficios en función de un determinado grupo de población, en la medida en que se puede ver afectada por la enfermedad. Según este planteamiento, que atiende más a los contextos de intervención, clasifican la prevención en universal, selectiva e indicada¹⁴.

La universal plantea una intervención dirigida a todos los miembros de una comunidad social, la selectiva a los grupos concretos que presentan un riesgo significativo y la indicada a personas que presentan un nivel de riesgo muy elevado. Todo ello estará muy vinculado a la mayor o menor influencia de los factores de riesgo. En el caso del trabajo de prevención del suicidio en adolescentes, la prevención universal estará orientada a la sensibilización de la población sobre la magnitud de este problema, en la información dirigida a profesionales de la salud, docentes y familias sobre factores de riesgo para su detección (depresión, desesperanza, acoso, aislamiento, etc.) y sobre los factores de protección para poder intervenir, si fuera necesario.

También se realizarán actividades con adolescentes para el desarrollo de su autoestima, la cohesión e integración social y la adquisición de habilidades sociales para el manejo de situaciones problemáticas. El papel de las campañas públicas de información y el tratamiento adecuado del suicidio en los medios de comunicación serán también muy importantes para concienciar sobre el tema.

¹⁴ J. L. Ayuso-Mateos, "Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España", 13-14.

En el ámbito de la prevención selectiva se sitúan todas aquellas actuaciones destinadas a la reducción de los factores de riesgo y al desarrollo de los factores protectores, interviniendo directamente con los adolescentes y sus familias (talleres grupales, tutorías, espacios de formación con padres y madres, etc.), de manera que ellos puedan valorar su propia situación e incluso contar con momentos y espacios donde comunicar su posible malestar. Ahí se abre la posibilidad de detectar con mayor precisión los casos en que la persona presenta un grado elevado de sufrimiento, desesperanza y frustración, para descubrir las causas que le han llevado a esa situación y acompañarle debidamente. Los centros educativos son un lugar privilegiado para esta tarea.

Por último, la prevención indicada busca intervenir con aquellos chicos y chicas concretos en los que se ha detectado una presencia muy intensa de factores de riesgo que elevaría las probabilidades de un posible comportamiento suicida. A partir de ahí se desarrollarían todas las medidas individuales de tratamiento, acompañamiento terapéutico y cuidado del entorno de familiar, sobre todo, tras una tentativa o ante la posibilidad de la misma. En este caso, es importante la intervención externa de servicios de urgencias, las asociaciones de supervivientes y los teléfonos apoyo. Y en el caso de suicidios consumados, el acompañamiento del duelo, de familiares y allegados, muy especialmente, cuando estos son menores.

1.4. Ámbitos y estilos de intervención

Llegados a este punto, nos preguntamos ¿qué es lo que protege concretamente a las personas del comportamiento suicida? La OMS responde a esta pregunta afirmando con toda claridad que

«la estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. Una buena autoestima, la competencia personal y la capacidad de resolver problemas, que incluye la capacidad de pedir ayuda cuando sea necesario, pueden mitigar la repercusión de los factores estresantes y de las adversidades de la niñez»¹⁵.

En consecuencia, la clave de protección de los adolescentes ante esta amenaza del suicidio es orientar todas las estrategias de prevención descritas con una perceptiva positiva, pensando en el bienestar de la persona en función de un estilo de vida, y no solo a partir de la negatividad de los riesgos. En ello tiene mucho que ver la maduración en el control de emociones, la construcción de relaciones interpersonales sólidas, la capacidad de resiliencia y la asunción de unos valores y

¹⁵ OMS, *Prevención del suicidio. Un imperativo global*, 44.

convicciones fuertemente arraigadas en la persona¹⁶. Esto supone comprender el suicidio desde un concepto de salud más amplio, no solo como ausencia de enfermedad o sufrimiento.

Por eso, queremos ahora aterrizar dichas estrategias en varios contextos preventivos desde los que se puede afrontar este fenómeno, precisamente aquellos en los que se desarrolla el mundo de relaciones de un adolescente y donde puede encontrar referentes para la superación de sus dificultades más serias. Nos referimos al acompañamiento terapéutico (dentro del ámbito de la salud), a la familia y allegados, a los medios de comunicación e información y, en un apartado propio, la escuela. A ellos vincularemos una serie de acciones que se integran en un estilo de intervención que podemos describir como *centrado en la persona*, con sus características propias, su historia particular y su entorno. Entre ellos entendemos que se debe establecer una red de afrontamiento del problema del suicidio para ganar en eficacia preventiva.

a) Tratamiento de salud en clave de acompañamiento

Lógicamente es decisiva la intervención de los profesionales de la salud para el abordaje del comportamiento suicida, sobre todo, en lo que se refiere a su detección temprana, que es la medida más importante para la prevención, pero también tras una primera tentativa. Desde este ámbito se han de desarrollar estrategias que permitan evaluar y manejar todas estas situaciones de forma eficaz, preguntando de forma directa a todas aquellas personas sobre si tienen ideas, planes y si se han infligido algún tipo de autolesiones o han realizado alguna tentativa suicida, para poder así intervenir de forma adecuada¹⁷.

Para ello, se han de establecer planes estatales de formación y orientación a los profesionales, en especial, en atención primaria (pediatras, médicos de familia, enfermeras) y en urgencias, para proporcionar el acompañamiento psicosocial del afectado, de manera que pueda contar también con un seguimiento coordinado y con el apoyo del entorno comunitario. También se ha de preparar a los especialistas en salud mental para saber identificar los factores individuales, contextuales y los acontecimientos vitales estresantes para el adolescente, de manera que se le derive al ámbito de atención más conveniente en cada momento.

No vamos ahora a tratar cómo el sistema de salud debe tratar el problema, sólo queremos exponer un estilo de acompañamiento a los adolescentes que sufren este problema, que consideramos más

¹⁶ Cf. *Id.* También en OMS, *Salud mental del adolescente*, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>, última revisión, el 23 de mayo de 2022.

¹⁷ Cf. OMS, *Prevención del suicidio*, 41. También en Miguel Mamanjón Mateos, “Prevención e intervención en la conducta suicida en la infancia y la adolescencia”, en A. Anseán, *Suicidios*, 535-536 y en P. Castellvi-Obiols, “El suicidio en la adolescencia”, 56-57.

eficaz para recuperar sus ganas de vivir, a partir de la relación del chico o la chica con el psicoterapeuta, que debe ser el eje desde el que desarrollar todo el plan de abordaje concreto y coordinado. Nos basamos en aquellos tipos de terapia que han logrado más éxito en el tratamiento del comportamiento suicida, concretamente el cognitivo-conductual y el interpersonal-humanista¹⁸.

En primer lugar, se ha de tener como punto de partida la vivencia concreta de sufrimiento que padece el adolescente, realizando con él un ejercicio de hermenéutica, es decir, tratando de comprender su experiencia desde los significados y mensajes que él mismo transmite¹⁹. Por eso, la terapia tiene que estar contextualizada y en ella se debe establecer un conocimiento empático de la situación por la que está pasando la persona y tratar de captar el sentido de una posible o firme intencionalidad suicida.

Desde esta mirada comprensiva del terapeuta, no fiscalizadora ni determinada por prejuicios teóricos, se puede valorar su vivencia disfuncional y establecer una relación con el adolescente que aporte una nueva perspectiva con nuevos significados para poder reconducirla. Este enfoque fenomenológico implica este acercamiento a la experiencia de la otra persona para comprender todas los factores que se interrelacionan en ella, tomando como punto de partida las circunstancias que está viviendo en el presente.

Esto implica, en segundo lugar, dejar el protagonismo al adolescente, para que vaya tomando confianza en el terapeuta y descubra en él el apoyo afectivo que necesita, de manera que se cree un vínculo en medio de su aislamiento, provocado por la fragilidad e incluso ruptura de sus relaciones interpersonales²⁰. Esto ha acentuado sus dificultades para descubrir su identidad y la confusión emocional en la que se encuentra, por lo que debe sentir que se le muestra atención y reconocimiento, de manera que se genere un entorno seguro para él.

Con paciencia, el terapeuta le ofrece pistas para que relea sus vivencias y ponga nombre a sus emociones, para aceptarlas, comprender las reacciones que le han provocado, situarlas en el lugar adecuado, valorar de qué es responsable y de lo que no e ir tomando conciencia de el camino que le ha llevado hasta allí. En ese proceso de comprensión de su experiencia, desde los variados significados que tiene en el momento actual, es capaz de descubrir posibilidades de mejora.

¹⁸ Ministerio de Sanidad, *Guía de práctica clínica*, 112-122, en que se describen estos dos tipos de terapia en relación con estudios de efectividad en la superación de autolesiones, ideación, y tentativas de suicidio.

¹⁹ Cf. Fco. J. Díaz Calderón, *Última llamada en la frontera*, 92-95. También Ministerio de Sanidad, op. cit., 121-122; Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González, “Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio”, en *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 38 (134), 2018, 391-392; y A. Cortés, “Conducta suicida, adolescencia y riesgo”.

²⁰ Cf. Fco. J. Díaz Calderón, op. cit., 96-98. También Almudena García Alonso, “La depresión en adolescentes”, en *Revista de estudios de la juventud*, nº 84, marzo 2009, 97.

En tercer lugar, en la comunicación progresiva de lo vivido, la terapia debe ayudar al adolescente a transformar el dolor en creatividad²¹. La propia relación de acompañamiento es un signo de esperanza, de haber logrado llegar hasta aquí, en medio de un sufrimiento que ha matado la vida antes de que eventualmente pueda aniquilársela físicamente. El sufrimiento es una estación de término, pero el dolor que se logra contener y ajustar, con la guía del terapeuta, es un indicador de vitalidad cuando se contextualiza biográficamente y se logra identificar sus causas, consecuencias y alternativas para evitarlo. Por eso, el sufrimiento lleva a la indolencia paralizante pero el dolor provoca una reacción positiva de evitación del sufrimiento y de desear lo que puede curarlo para después tratar de alcanzarlo.

La relación de ayuda establecida en la terapia permite esa complicidad que le hace ver al chico o a la chica que no está solo y que desde esa nueva realidad construida con el psicoterapeuta se puede afrontar ese difícil camino de recuperación. Ello requiere de la participación del acompañante en la experiencia de dolor del acompañado, la compasión que le hace compartir el sufrimiento de este y comprenderlo desde dentro.

Por eso, debe actuar siempre desde una posición de equilibrio que le permita saber estar en su rol sin, por un lado, caer en la intelectualización o en la inercia de lo ya aprendido en las orientaciones terapéuticas ni, por otro, dejar que le afecte demasiado, de manera que se pierda la objetividad necesaria para poder devolverle una mirada más amplia mediante el eco que le devuelve a la persona acompañada. Esta terapia individual, puede combinarse también con momentos de grupo.

En definitiva, la meta de la terapia psicológica consiste en que el adolescente consiga deshacer la capacidad de frustración de las experiencias no resueltas para no destruirse a sí mismo y rehacer su vida. No se trata de reabrir las heridas del pasado, sino de ver los traumas vividos desde las oportunidades de mejora que plantea la perspectiva creada en el presente, para que su efecto se vaya quedando atrás y la persona pueda liberarse de la tensión que le provoca unos recuerdos que aparecen involuntaria e incluso obsesivamente. Por ello, se trata de un esfuerzo de tipo estético, creativo y dinámico, de reconstrucción personal a partir del reencuentro con la belleza de la vida, más allá de los medios de tratamiento médico y farmacológico que se consideren pertinentes, dependiendo del caso concreto que se aborde.

En conclusión, lo que el adolescente y el terapeuta persiguen es descubrir juntos que «la vida es una posibilidad real, en el encuentro con el otro, la muerte se va al fondo, quedando para el

²¹ Cf. Fco. J. Díaz Calderón, op. cit., 99-107. También en Ministerio de Sanidad, op. cit. 112-120.

adolescente como una posibilidad más y no como una figura tormentosa que obstaculiza la capacidad para disfrutar de la vida»²².

b) Familiares y allegados

Es evidente que, en el ámbito de las relaciones más cercanas al adolescente, debemos nombrar en primer lugar a la familia²³, cuyo papel es fundamental porque es donde se establece un mayor nivel de contacto durante los estadios de ideación y de tentativa. Es en casa desde donde se pueden advertir aquellas factores de identificación o señales de alerta para detectar posibles síntomas depresivos (con deseos de muerte, amenazas o planes suicidas), cambios repentinos de conducta y de hábitos, regalos de cosas valiosas para él, abuso de sustancias, conductas temeraria, etc. Dentro del apoyo familiar, el de los padres del adolescente es el más valioso. Ellos han de escucharle y comprender su situación, tomando en serio cualquier comunicación, dejarle hablar y desahogarse. Tiene que sentirse valorado, querido, alentado, mostrándole empatía, interés y preocupación por su situación, para combatir la desesperanza, potenciar su autoestima y quitarle la sensación de ser una carga para los demás.

Dentro este proceso de diálogo, es pertinente abordar directamente con el chicho o la chica el tema del suicidio, sin expresar alarma, manteniendo en todo momento la calma, sin juzgarle, atendiendo a sentimientos, ideas, planes, métodos, a su lenguaje verbal y no verbal. Nunca se debe reprochar, ni moralizar con sermones, consejos o frases hechas; tampoco banalizar o despreciar, ni reaccionar de forma exagerada y con nerviosismo, ni mucho menos gritar, reprochar o abroncar. El adolescente ha de sentirse acompañado, por eso tampoco hay que hacerle ver que el tema se llevará en secreto y que no se hará nada especial respecto a su situación.

Por otro lado, los padres han de mantener el contacto, cuidarle y acompañarle en todos los momentos que puedan, evitando el aislamiento, y, si la situación es grave, impidiendo el acceso espacios de riesgo o a métodos con los que podría provocarse autolesiones e incluso la autolisis. Al mismo tiempo, en función de su recuperación han de darle confianza para desenvolverse por sí mismo, asignándole pequeñas tareas y recordándole responsabilidades. A veces, es bueno buscar a un familiar o adulto cercano como acompañante emocional que colabore en este acompañamiento cuya autoridad o confianza con el adolescente haga que se convierta en un aliado efectivo. También

²² Fco. J. Díaz Calderón, op. cit. 105. En esa misma página habla y del terapeuta como «artista cocreador» y de esta perspectiva estética de la psicoterapia en pp. 103-107.

²³ Cf. M. Mamanjón, “Prevención e intervención en la conducta suicida en la infancia y la adolescencia”, en A. Anseán, *Suicidios*, 533-534. También Ángela B. Martínez, “Prevención e intervención en familiares y allegados”, en A. Anseán (dir.), *Suicidios*, 763-771; Francisco Villar Cabeza, *Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia* (Barcelona: Herder, 2022), 165-186 y Fco. J. Díaz Calderón, *Última llamada en la frontera*, 26.

es necesario el contacto e intercambio de información con los centros educativos para un mejor manejo de la situación.

Por supuesto, la familias deben pedir ayuda, superando así la vergüenza y los prejuicios en torno al suicidio, que lleva a veces a la autogestión del problema. Por eso, es necesario que reciban información sobre el comportamiento suicida, sobre cómo identificar tanto los factores de riesgo y los de identificación como los factores de prevención. En situaciones más claras de riesgo, la familia debe ser asesorada y guiada por los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos, etc.) para saber cómo actuar y sobre cuál debe ser su rol para acompañar en la recuperación. En este sentido, F. J. Díaz Calderón propone una serie de habilidades en las que los padres pueden formarse para prevenir el comportamiento suicida en sus hijos. Suponen un conjunto de actitudes que buscan potenciar el bienestar y la mejora de la calidad de vida de los hijos²⁴:

1) Proximidad, física y afectiva, para que el hijo o la hija sienta su presencia y apoyo, mediante la mirada, el contacto físico, la escucha, los mensajes de reconocimiento, etc. Y ello, a pesar de que noten el distanciamiento propio de los adolescentes respecto a los padres, por lo que deben aprovechar las posibles oportunidades que en lo cotidiano se presentan para la receptividad a esa necesidad de afecto que esconden.

2) Respeto y Confianza. El respeto, sobre todo al proceso de independencia del adolescente respecto a los padres, y la confianza proporcional a la capacidad de asumir sus responsabilidades. De esa manera, podrá desarrollar su intimidad y madurar su autonomía a la hora de pensar y tomar decisiones por sí mismo, sin dejar de acompañarle en todo ese proceso.

3) Fraternidad o sentido de pertenencia al entorno familiar, que requiere de la lealtad y apoyo necesario para afrontar las dificultades, en unas relaciones afectivas recíprocas, que hagan sentir al adolescente que en su familia encuentra los aliados necesarios.

4) Inclusión y confirmación. La presencia, valoración y complicidad de los padres va a hacer posible que el hijo se sienta capaz de abrirse a unas relaciones interpersonales significativas, a valorar también a los otros y a ser receptivos a toda muestra de afecto.

5) Cariño. Una relación basada en la expresión de sentimientos de amor establece unos vínculos sólidos que le ofrecen seguridad a la hora de afrontar conflictos y certeza en medio de las situaciones de incertidumbre para poder superar cualquier problema.

²⁴ Cf. Fco. J. Díaz Calderón, *Última llamada en la frontera*, 23-25.

6) Comprensión. Los padres deben esforzarse en comprender las experiencias que viven sus hijos en lo cotidiano, desarrollando la empatía necesaria con ellos. Han de crear en casa un entorno de aceptación, validación y apoyo que favorezca la intimidad para poder comunicarse, escuchar y orientar a sus hijos de manera que sean receptivos a sus mensajes.

A parte de la familia, es importante también tener en cuenta al grupo de amigos y a los compañeros del chico o de la chica en riesgo²⁵. Es clave que tengamos en cuenta la relación con sus iguales como algo decisivo en el desarrollo de la identidad del adolescente y el lugar donde se plantean los retos más importantes para él en esta etapa de su vida. Allí se verifica su mayor o menor habilidad o a la hora de vivir su deseo de independencia y su capacidad de autonomía, especialmente a través de los vínculos afectivos, como la amistad y los primeros enamoramientos. Por eso, cualquier tipo de intervención ha de tener como horizonte la potenciación de tiempos y espacios en que se favorezca la creación de grupos de amistad en que el adolescente se socialice, se integre y participe.

Unido a ello, los adultos, en especial los padres, han de evitar tanto los juicios negativos hacia determinados amigos de su hijo o hija como la idealización excesiva de la amistad, de manera que pueda asumir con sano realismo las decepciones que pueda sufrir en ese entorno. Es ahí donde el adolescente debe ir aprendiendo a desenvolverse y eligiendo sus vínculos de más confianza, contando con el acompañamiento, la orientación y ayuda puntual que necesiten desde casa.

Tengamos en cuenta además que sus iguales pueden ser también unos buenos aliados en situaciones de riesgo suicida y pueden ser proactivos a la hora de aconsejar al amigo o a la amiga buscar ayuda profesional e incluso acompañarlo cuando se atreve a dar el paso. A veces, incluso deberán ponerlo en conocimiento de su padres y/o de otros adultos de confianza, cuando el malestar que sufre tiene su foco más intenso en casa. Y, ante todo, acompañarlo siempre que puedan, para evitar el aislamiento y posibles tentativas. De ahí que la sensibilización a los adolescentes sobre el tema del suicidio sea muy importante.

No debemos olvidarnos del acompañamiento en el duelo a familiares y allegados en caso de suicidio consumado²⁶. Hay que tener en cuenta que está envuelto aspectos como la culpa, la difícil aceptación del hecho y en situaciones de estrés postraumático que hacen que sea un duelo complicado. En este proceso se ha de transmitir a la persona su derecho al duelo, confrontar la culpabilización con la realidad de los hechos, ayudarle a pedirse perdón y perdonar, compartir con ella el llanto y los

²⁵ Cf. Miguel Mamanjón, op. cit., 534. También Fco. Villar, *Morir antes del suicidio*, 187-202.

²⁶ Cf. Antonia Jiménez González, Montserrat Montés Germán y Javier Jiménez Pietropaolo, "Postvención en supervivientes al suicidio", En A. Anseán, *Suicidios*, 909-950.

silencios, mantener el contacto físico (mediante los abrazos, por ejemplo) y apoyarla en el difícil retorno a las tareas cotidianas.

El tratamiento psicológico y de salud, en general, debe ayudar a superar las imágenes intrusivas de recuerdo del acto suicida o la idealización del fallecido, a comprender sus sentimientos, muchos de ellos irracionales e involuntarios (como el alivio al perder alguien cuyo acompañamiento ha hecho sufrir mucho), a alcanzar un equilibrio emocional (entre sentimientos positivos y negativos), a afrontar el miedo a que a conducta suicida se repita y al control de otras reacciones propias del estrés postraumático.

Es muy importante el seguimiento de los adultos, pero lo es todavía más el de los menores, para los que el impacto es más desconcertante, si cabe. En concreto, en adolescentes, la muerte de alguien cercano por suicidio puede tener en ellos una reacción de aparente calma e incluso indiferencia de la que conviene sospechar porque esconde emociones y pensamientos negativos que hay que ayudarle a manifestar para sanarlos. En eso tiene mucho que ver el entorno familiar, en donde se debe crear un ambiente adecuado para la comunicación. En definitiva, la persona en duelo ha de lograr darse permiso para recuperar emociones, motivaciones y recomenzar su vida.

c) Los medios de comunicación social

Ya hemos hablado de la enorme influencia de los medios de comunicación (televisión, internet, redes sociales, etc.) en la vida de los adolescentes. De ahí la necesidad de dar una respuesta eficaz en ese ámbito a la hora de trabajar en la labor de prevención del comportamiento suicida, tal y como la OMS ha propuesto²⁷. De manera sucinta desarrollaremos las acciones concretas que deben acometerse desde ellos para un tratamiento adecuado del tema que nos ocupa. Prácticamente todas están reflejadas en los códigos deontológicos de los medios de comunicación, pero las administraciones públicas, en sus diferentes niveles, han de insistir en su puesta en práctica²⁸. A pesar de ello, hay que tener en cuenta el papel educador de los medios en una sociedad que necesita procesar la información de una manera racional e integradora.

Ante todo, se constata el riesgo de un aumento de las tasas de suicidio en adolescentes cuando no es tratado correctamente por los medios de comunicación²⁹. Esto se produce cuando una noticia o

²⁷ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, *Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación* (OMS: 2017).

²⁸ Cf. Ángeles Durán, Francisco Fernández-Beltrán, “Responsabilidad de los medios en la prevención del suicidio. Tratamiento informativo en los medios españoles”, en *El profesional de la información*, v. 29, nº 2, 2020, 7-9.

²⁹ Sobre el tratamiento del suicidio por los medios, ver Ministerio de Sanidad, *Guía de práctica clínica*, 160-166. M. Mamanjón, “Prevención e intervención en la conducta suicida en adolescentes”, en A. Anseán, *Suicidios*, 536-538. También en Fundación española para la prevención del suicidio, *Breve de recomendaciones de información sobre suicidio para medios de comunicación*.

información sobre el suicidio se trasmite de forma simplista en cuanto a las motivaciones de la persona que ha realizado la autolisis, achacándola de forma sesgada a un solo factor desencadenante específico. O también cuando se comunica de forma sensacionalista, detallando los métodos empleados por la víctima, dedicándole titulares o portadas, usando imágenes del lugar del hecho e incidiendo en las reacciones de dolor de sus familiares y allegados.

Junto a esta espectacularización de este tipo de hechos, también se debe evitar la idealización de quien se ha suicidado o, por el contrario, banalizar su actuación. Nunca se debe caer en el alarmismo en el tratamiento del hecho del suicidio, empleando de forma descontextualizada expresiones como “epidemia”, “lacra” o “crecimiento imparable”. Ni tampoco introducir el tema en cuestiones de opinión que susciten su intromisión en el debate político e ideológico.

Por el contrario, se aconseja que sea tratado en forma de reportaje, más que como suceso puntual impactante, para dar a conocer la complejidad del problema, a través de personas especializadas, y desde una perspectiva positiva, con testimonios de personas que lo hayan superado. También debe ser tratado con la delicadeza de todo problema de salud, con información de recursos de ayuda a los que poder acudir y con la esperanza de que es prevenible.

Otra acción que deben emprender los medios, para superar esta visión sesgada de este problema, es difundir de forma crítica los mitos y prejuicios sobre el suicidio, planteando las alternativas que desde la evidencia científica se proponen para superar los estereotipos, acabar con la discriminación que generan y para sensibilizar al conjunto de la sociedad en el esfuerzo que se ha de hacer para su prevención.

También es positivo que, de acuerdo las autoridades sanitarias y otras organizaciones especializadas, se divulguen los diferentes factores de riesgo, de protección y de identificación, los grupos de riesgo, medidas sencillas para actuar en casos concretos. Por último, se han de adoptar y aplicar las medidas legislativas establecidas para el control, bloqueo y denuncia de publicaciones que inciten al suicidio o lo expongan de manera inadecuada, al mismo tiempo que faciliten a los padres la supervisión del acceso de sus hijos a internet³⁰.

³⁰ Cf. M. Mamanjón, op. cit. 534-535. Una exposición detallada de acciones concretas de los medios para la prevención del suicidio en Sergio Andrés, *Prevención del suicidio*, 17-77.

2. La escuela como espacio de prevención

La escuela es un ámbito esencial y preferente para el trabajo de prevención, detección e intervención de la conducta suicida. Esencial porque en ella se desarrolla buena parte de la vida cotidiana de los adolescentes y en ella se establecen una serie de relaciones e interacciones entre iguales y con los adultos, que hace posible la observación directa para conocer, actuar y acompañar aquellas situaciones de riesgo que pueden presentarse. Preferente porque los centros educativos son una plataforma de la ya dispone la sociedad para concretar sobre el terreno una serie de protocolos de actuación efectivos de prevención universal, selectiva e indicada en coordinación con procesos de intervención primaria, secundaria y terciaria. Y, también, porque muchas de las situaciones de riesgo pueden tener su inicio o, de hecho, concurren en el entorno escolar.

Por ello, en el siguiente apartado vamos a ver, en primer lugar, qué retos se le presentan a la escuela en torno al hecho del suicidio, tanto en cuanto a su incidencia en un sector vulnerable de la sociedad como es el de los adolescentes, como en cuanto a cuál puede ser la manera de dar continuidad en su ámbito específico a las propuestas que desde la sociedad se están ofreciendo de cara a su prevención. Y, en segundo lugar, recogeremos de forma sintética las líneas de acción que se están desarrollando desde la Comunidad de Madrid, que presentaremos a modo de ejemplo de abordaje del problema del suicidio en adolescentes, especialmente aquellas que pretenden implementarse en el contexto escolar, así como una valoración de esas medidas.

2.1. La escuela dentro de una sociedad que previene

La escuela recibe una primera interpelación a tenor de los datos sobre el suicidio en adolescentes. Si aplicáramos los porcentajes de prevalencia de conductas de riesgo suicida en el entorno escolar en relación a una clase 25 alumnos y alumnas los resultados que obtendríamos son llamativos: 2 o 3 tendrían algún tipo de ideación, 1 plantearía su planificación, 1 se autolesionaría y 1 realizaría alguna tentativa, es decir, habría 5 casos de adolescentes escolarizados afectados por un comportamiento suicida, un 20% en cada clase³¹.

Aunque estos porcentajes pueden ser mayores. La OMS llega a hablar de un 50% de adolescentes escolarizados en estudios secundarios con pensamientos suicidas, según los informes que maneja. En ellos se detecta que los datos no incluyen muchos fallecimientos atribuidos a otras causas de los que existe la sospecha de haber tenido una intencionalidad autolítica. Pero, además, se percibe una

³¹ Cf. F. Villar, *Morir antes del suicidio*, 131 y 232, donde el autor hace este cálculo en base a los estudios científicos, pero lo corrobora además con un reciente estudio de la Universidad de Barcelona en estudiantes de Secundaria.

diferencia entre lo que los adolescentes consideran intento de suicidio frente a la definición, más restrictiva, que manejan los profesionales de salud mental de cara a su detección, y que solo la mitad de quienes lo hacen solicitan asistencia médica, lo cual lleva a la OMS a poner sobre la mesa la necesidad de que los alumnos dialoguen de este problema con los adultos³².

Pero las reacciones del profesorado ante este hecho ineludible van desde la sorpresa, despreocupación o miedo a lo que supone reconocerlo (del tipo “esto en mi clase no pasa”, “qué tiempos estamos viviendo” o “hay que ver cómo están los jóvenes hoy en día”) al silencio y ocultación. Esto último puede deberse a varias razones: el temor al contagio de conductas, a la falta de información que provoca desconcierto o al propio silencio de las familiar por temor al estigma, que les lleva a salvar la vida del hijo o la hija al mismo tiempo que salvan su reputación. De ahí que no llegue a saberse en los centros qué está ocurriendo de verdad tras la ausencia de sus hijos en algunos días de clase (la justifican con eufemismos como “se encontraba mal”, “le dolía la barriga” o “le han hecho unas pruebas”)³³.

Lo primero que debemos concluir entonces es que toda la comunidad educativa debe conocer la magnitud de esta realidad para reflexionar sobre ella, sensibilizarse sobre sus implicaciones y afrontarla con determinación. Máxime cuando ya hemos reconocido cómo los institutos y colegios son espacios supervisados por adultos en los que nuestros menores pasan mucha parte de su tiempo tanto en contextos formales como de tiempo libre, de ahí que haya que valorarlos como «uno de los mejores escenarios para el trabajo de los factores protectores en relación con la conducta suicida del menor»³⁴.

Desde este escenario se puede desarrollar con alumnos y profesores un trabajo de psicoeducación, de adquisición de habilidades relacionales y resolución de problemas interpersonales, de detección precoz y actuación rápida y de formación de profesores y alumnos cuidadores y mediadores. Nos situaríamos aquí en los niveles de prevención universal y selectiva³⁵.

Pero, dando un paso más en este sentido, es muy importante no ver la adolescencia simplemente como una edad problemática que genera inquietud en los adultos, tanto desde el ámbito educativo

³² Cf. Organización Mundial de la Salud, *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional* (OMS: Ginebra, 2001), 1-2.

³³ Cf. Id. 130-131. Ver este tipo de dificultades también en José Antonio Luengo Latorre, “Claves para la prevención del suicidio en los centros educativos”, *Blog de Psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, <https://www.copmadrid.org/wp/claves-para-la-prevencion-del-suicidio-en-los-centros-educativos/> (última revisión 27/05/2022).

³⁴ Id., 132. Sobre la necesidad de la implicación de los centros educativos ver F. Villar, id. 132-133 y también José Antonio Luengo Latorre, *El acoso escolar y la convivencia en los centros educativos. Guía para el profesorado y las familias* (Madrid: Consejo Escolar de la Comunidad de Madrid, 2019), 284-287.

³⁵ Francisco Bustamante y Ramón Florenzano, “Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura”, en *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51 (2), 2013, 128.

como familiar, a la hora de desarrollar con ellos procesos de formación en valores y actitudes positivas para la vida. Ni tampoco incidir con ellos en el aula o en actividades complementarias y extraescolares en la concienciación y aprendizaje de conductas preventivas sobre temas problemáticos que afectan especialmente a los menores de estas edades (acoso escolar, ciberacoso, violencia, adicciones, anorexia, suicidio, etc.).

Sin obviar las dificultades de esta tarea de acompañamiento y los riesgos que concurren en esta etapa de la vida, cualquier tarea de prevención se ha de realizar desde una valoración positiva de aquella, a partir de las oportunidades, fortalezas y aptitudes que ofrece en orden a una adecuada madurez personal: asertividad, comunicación desde la escucha activa, empatía, autocontrol, inteligencia emocional y espiritual, trabajo en equipo, integración, solidaridad, etc. Al mismo tiempo se ha de promocionar en la escuela todo lo relacionado con la salud mental y el bienestar emocional desde una mirada positiva, en un nivel de prevención e intervención primaria, mediante la sensibilización y la concienciación, aprovechando las guías, protocolos y modelos de intervención que desde distintos ámbitos profesionales de la salud se están ofreciendo a la sociedad ³⁶.

Otras dos fuertes interpelaciones de la sociedad al mundo educativo acerca de su responsabilidad en la prevención del suicidio de adolescentes están relacionadas con los factores de riesgo que se producen en su entorno, detectados por los estudios científicos sobre la cuestión: el fracaso escolar y el acoso entre iguales, dos hechos que, a su vez, concurren en situaciones de depresión y de desesperanza.

Respecto al primero, hay que decir que todavía se prioriza en la enseñanza el aprendizaje de contenidos por delante de su misión propiamente educativa. Los centros de primaria y, sobre todo, de secundaria siguen una dinámica de trabajo basada en el desarrollo de las diferentes programaciones curriculares para cumplir unos objetivos mínimos en las respectivas asignaturas mediante la evaluación permanente del alumnado. Por ello, los profesores deben centrarse desde el primer día de clase en la explicación de un temario, distribuido a lo largo de todo el curso, y que debe ser asimilado por las chicas y chicos de cada grupo a través de apuntes, ejercicios, trabajos, exposiciones, pero, sobre todo, de exámenes en los que demuestren que han memorizado unos contenidos de forma adecuada³⁷.

En este sentido, educar, consiste, a día de hoy, en la enseñanza de unos contenidos teóricos, cuyo aprendizaje depende del trabajo individual de estudio (el trabajo grupal es un complemento del

³⁶ Cf. Eduardo Fonseca-Pedredo y Adriana Díez Gómez de Casal, “Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos”, en *Revista de estudios de juventud*, nº 120, junio 2018, 43-44. También en J. A. Luengo, *El acoso escolar y la convivencia en los centros educativos*, 285.

³⁷ Cf. J. A. Luengo, “Claves para la prevención del suicidio en los centros educativos”.

mismo), medido a través del logro de una nota media numérica. Esta tiene que alcanzar un nivel mínimo, pero debe aspirar a que sea lo más elevada posible. Por ello, los adolescentes tienen la sensación de sentirse continuamente puestos a prueba, valorados en función del éxito o fracaso en los resultados académicos y comparados unos con otros en relación a unos criterios generalistas.

Esto lo viven como una sobre exigencia que les produce estrés, y en muchas ocasiones, ansiedad, una presión que les viene tanto de profesores y de padres como de la sociedad, en general, a la que se suponen que deben llegar bien preparados. Su mayor preocupación ha de ser la de aprobar y esto se consigue a base de dedicarle tiempo al estudio, no solo en las horas de clase sino en también en casa, por lo que su vida se ha de centrar ineludiblemente en ello durante el año en curso, renunciando a otras experiencias enriquecedoras³⁸.

Este hecho demuestra que todavía no se ha logrado implementar una educación formal que, sin dejar de promover el esfuerzo y el estudio memorístico, sea capaz de integrar otras dimensiones decisivas para la maduración de niños, adolescentes y jóvenes. Por ello, no se debería oponer el sentido de responsabilidad del adolescente en lo académico con un tiempo libre dedicado a las relaciones entre iguales, con acceso a espacios y momentos, tanto dentro como fuera de los centros, para expresar emociones y comunicar vivencias y donde se realicen experiencias de voluntariado. Además, se ha de tener en cuenta el momento concreto que vive el adolescente, como todos, puede tener sus altibajos, sus preocupaciones por problemas afectivos o familiares, y sus opiniones a la hora de decidir cómo gestionar su tiempo. No siempre se baja el rendimiento por negligencia o distracción, de ahí que forzarle a estudiar excesivamente no sea el primer momento de una comunicación adecuada con él; habría que escucharle, aceptar y valorar positivamente sus opciones³⁹.

Por otra parte, se ha de implementar de una forma efectiva la llamada *diversidad educativa*, para que cada alumno pueda desarrollar su propio proceso educativo y sea acompañado en función de sus capacidades. Para ello se ha de invertir en los recursos necesarios para garantizar la pluralidad de itinerarios académicos y una orientación educativa personalizada. Esto no implica necesariamente una relativización de la cultura del esfuerzo porque la repetición de curso, por ejemplo, no se vería desde aquí como un castigo al adolescente sino como una medida más de refuerzo y de adaptación a su ritmo de aprendizaje, beneficiosa para él.

El éxito académico se mediría además no solo por los buenos resultados, sino por haber integrado en ellos el valor educativo de los fracasos⁴⁰. Muchos profesores son sensibles a esta dificultad, pero

³⁸ Cf. F. Villar, op. cit., 217-228, donde expone dos casos de adolescentes que intentaron suicidarse, superados por el estrés académico y las presiones de su entorno.

³⁹ Cf. Id., 229-232.

⁴⁰ Ibid.

las exigencias académicas, las disposiciones administrativas y la presión de las familias se imponen al no plantearse suficientes alternativas que hagan posible una educación suficientemente diversificada y una conciencia social que la apoye.

Con respecto al acoso escolar, entendido como toda forma de violencia entre iguales que surge en el ámbito educativo, hay que decir que es un fenómeno prevalente en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), y que va en correlación con otras formas de violencia que se producen entre adolescentes que se producen fuera de la escuela, que además han crecido en España en los últimos años⁴¹.

Atención especial merecen, en este sentido, la influencia de las redes sociales en esta cuestión. Por su influencia en el comportamiento suicida, no se debe minimizar el problema, al contrario, es imprescindible la detección y la intervención inmediata desde la escuela, la formación del profesorado y la coordinación tanto con las familias como con los centros de salud, para que los chicos y chicas se vean acompañados y apoyados, de manera que se rompa su posible aislamiento y vean capaces encontrar salida a su situación.

De ahí la necesidad de que los centros educativos, desde la jefatura de estudios, orientadores, tutores y profesores conozcan y pongan en práctica protocolos de actuación establecidos, con intervenciones individuales y en el aula, tratando actitudes y valores referidos más arriba, a parte del respeto a las diferencias, la tolerancia, la resolución pacífica de conflictos y la compasión frente a los prejuicios y estereotipos sociales, mediante actividades específicas sobre esta problemática. Todo ello, desde el sentido positivo del que hemos hablado antes, esta vez referido también a las relaciones interpersonales, que no deben tratarse tanto como algo problemático, sino como algo constitutivo del ser humano, para abordar desde ahí las dificultades que pueden presentarse por la misma convivencia en la escuela o por influencia del entorno social y cultural.

En conclusión, podemos decir con José Antonio Luengo que,

«los centros educativos, hoy, son entornos demasiado susceptibles y permeables a un flujo de influencias en la vida de nuestros niños y adolescentes (muchas de ellas notoriamente nocivas), que no derivan de la relación ordinaria entre personas (de diferente edad y entre pares) y del aprendizaje que lleva miles de años operando como herramienta esencial en la configuración de modos y maneras de interpretar la vida, de responder a sus demandas, y de actuar en ella, de modo proactivo»⁴².

⁴¹ Cf. M. Mamanjón, “Prevención e intervención en la conducta suicida en la infancia y la adolescencia”, en *Suicidios*, 538-541. Sobre la problemática y el trabajo de prevención del acoso escolar en centros ver también en J. A. Luengo, *El acoso escolar y la convivencia en los centros educativos*, 10-44.

⁴² J. A. Luengo, id. 284

2.2. El papel de la escuela en la prevención del comportamiento suicida

Todo centro educativo debe integrar tanto la optimización del rendimiento académico, la adquisición de una serie de valores humanos y sociales y la mejora del bienestar y la calidad de vida de sus alumnos. Esta tarea se ha de realizar tanto en el contexto general de cada colegio e instituto como en cada aula, a través de profesores y alumnos. La escuela se erige entonces en un espacio comunitario interdisciplinar, que se ha de guiar por una serie de líneas de acción⁴³.

Las primeras tienen que ver con las políticas educativas y la programación de cada centro, en concreto: tener el apoyo institucional y la información acerca de la evidencia científica; contar con la implicación de toda la comunidad educativa e integrar un protocolo de actuación, seguimiento y evaluación en el plan de convivencia; desarrollar actuaciones genéricas de educación para la salud y el bienestar; coordinarse, asesorarse e intercambiar información con los profesionales de la salud, especialmente los del entorno local y sectorial; programar sesiones de trabajo sobre prevención del suicidio con alumnado, padres y, sobre todo, con el profesorado, diseñados por profesionales; incorporar estas intervenciones en el plan de acción tutorial del departamento de orientación.

Otras líneas de acción se refieren a la dotación de recursos materiales y humanos. Por un lado, la figura del *psicólogo escolar*, presente ya en muchos centros, que puede ayudar a realizar intervenciones concretas, dentro del nivel de prevención indicada, ofrecer una orientación educativa permanente, para el diseño de planes de actuación, formación y orientación para los profesores. Cuando estos adquieren una serie de habilidades para intervenir en casos de comportamiento suicida y cuentan con apoyo repercute directamente en la mejora de su tarea y, por ende, en los niveles de satisfacción de su profesión. El psicólogo escolar puede guiar también la preparación del alumnado.

Por otra parte, se ha de contar con material concreto (guías, protocolos de actuación, recursos pedagógicos, etc.) sobre salud mental, factores de riesgo, protección y de identificación y cribado de conductas suicidas y de otros problemas de salud mental. También con lugares y momentos para desarrollar actividades específicas e incluso un módulo específico dentro del edificio del centro desde donde poder intervenir en casos concretos, hacer un supervisor las actuaciones y realizar las mediaciones necesarias en casos de reincorporación al grupo-clase tras alguna tentativa suicida.

Desde él se podría, además, trabajar con las familias afectadas y establecer la coordinación con los centros de referencia de salud, en general (médicos y enfermeras de atención primaria), de salud

⁴³ J. A. Luengo, "Claves para la prevención del suicidio en centros educativos" y también en F. Villar, op. cit. 134-138, donde se recogen experiencias, por un lado, de la Comunidad de Madrid y La Rioja, y de Cataluña, por otro.

mental (psiquiatra, psicoterapeuta), en orden a una prevención e intervención secundaria y terciaria, servicios de urgencia, trabajadores sociales.

Aterrizando aún más, se han estudiado programas de actuación concreta en diferentes países que han demostrado resultados positivos en cuanto a la prevención del comportamiento suicida, consiguiendo reducir la incidencia de ideación y tentativa en alumnos adolescentes⁴⁴. Dichos programas se han basado en varios aspectos que ya hemos referido: primero, la psicoeducación como parte de la programación educativa de los centros, para concienciar a los adolescentes de la necesidad de pedir ayuda en casos de posible suicidio o depresión y desarrollar habilidades sociales.

Segundo, la formación de cuidadores o mediadores (*gatekeepers*) entre profesores, otros profesionales del centro y alumnos que reciben una capacitación para ofrecer su apoyo a chicos o chicas en riesgo. Y, tercero, la implementación de programas de detección y atención temprana en los centros mediante recursos de cribado sobre trastornos mentales y comportamiento suicida.

Se ha demostrado la eficacia de estos planes de acción, sobre todo, gracias a la implicación de profesores y del personal no docente, entrenados a tal fin, pero, sobre todo, aún han tenido un mayor éxito que conseguían capacitar a determinados alumnos e implicarlos en la prevención del suicidio, lo cual demuestra que la colaboración entre iguales, de joven a joven, es fundamental para alcanzar esa deseada meta y que es necesario «dotar a los alumnos con mejores recursos de afrontamiento»⁴⁵. Estos planes permiten además realizar de forma completa el proceso de prevención según sus diferentes niveles contextuales (universal, selectiva e indicada).

También integran el trabajo individualizado con el trabajo colaborativo en equipo, tanto entre iguales como intergeneracional, el puesto en marcha en momentos en el aula con los de tiempo libre, y el realizado *ad intra*, mediante la implicación de todo el centro, como la coordinación *ad extra* (familias, instituciones educativas, servicios sociales y servicio de salud). Un ejemplo de ello es el *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE), que incorporó experiencias realizadas en España, basado en la formación de profesores y otros trabajadores del centro, selección de profesores para el acompañamiento individualizado y el entrenamiento de alumnos que liderasen las intervenciones concretas con compañeros en riesgo de suicidio.

Una última consideración acerca de los colegios e institutos como centros de prevención es la necesidad de una prolongación de este trabajo de liderazgo con los adolescentes más allá de las instituciones educativas y con referentes sociales más amplios que la mera intervención desde el

⁴⁴Cf. F. Bustamante y R. Florenzano, “Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares”, 128-131; y F. Villar, op. cit, 132-133.

⁴⁵ Id., 133.

ámbito de la salud. No se puede tratar a los chicos y chicas en riesgo solo como *pacientes*, en función de su vulnerabilidad, sino como protagonistas activos de su vida, con sus capacidades y potencialidades, entre las que cuentan con el valor de la cooperación de unos con otros.

Por ello, es importante el contacto y promoción de grupos o asociaciones juveniles (deportivas, de tiempo libre, de solidaridad, religiosas, etc.) donde los adolescentes puedan sentirse integrados, partícipes y útiles, se acompañen unos otros, se esfuercen por el cambio social y se vinculen comunitariamente con su entorno cercano⁴⁶.

2.3. Un ejemplo prevención del suicidio en la escuela en la Comunidad de Madrid

La comunidad de Madrid, sensible ante este fenómeno, ha planteado una serie de líneas de para la prevención del suicidio dentro de su *Plan estratégico de salud mental (2018-2020)*⁴⁷. A ello está dedicada la línea estratégica 5, donde se reconoce la necesidad de abordar el problema de una manera sistémica y transversal mediante el uso de herramientas específicas de información, concienciación y capacitación, no sólo desde el ámbito de la salud, sino desde diferentes sectores, de manera que toda la comunidad trabaje en red para desarrollar la tarea preventiva.

Para ello, se ha de formar tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, entre los que se encuentran los profesores, en estrategias de detección, intervención, y en recursos, con especial atención a los grupos vulnerables de la población, entre los que se encuentran los menores⁴⁸. Con ese fin, se ha publicado la *Guía de recursos de atención a la salud mental y adicciones*⁴⁹.

En el ámbito educativo, se publicó en 2016 la *Guía para la prevención de la conducta suicida. Dirigida a docentes*⁵⁰, que ofrece un material muy valioso para el profesorado en el que, tras aportar unos datos básicos sobre la dimensión de este problema, se presentan los principales mitos acerca del suicidio frente a lo que dice la evidencia científica, informa acerca de los factores de riesgo, los

⁴⁶ Cf. Id., 138.

⁴⁷ Cf. Comunidad de Madrid, *Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid. 2018-2020* (Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud: Madrid, 2018), https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/12_junio_plan_de_salud_mental_2018-2020.pdf, última revisión 30/05/2022.

⁴⁸ Cf. Id., 163-173.

⁴⁹ Comunidad de Madrid, *Guía de recursos de atención a la salud mental y adicciones* (Oficina de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, fecha de actualización: septiembre de 2021), https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/guia_recursos_saludmental_sept-2021.pdf, última revisión 30/05/2022.

⁵⁰ Comunidad de Madrid, *¡No estás solo! Enséñales a vivir. Guía para la prevención de la conducta suicida. Dirigida a docentes* (Consejería de Educación y Juventud, Servicios de Salud, Biblioteca Virtual y Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio: Madrid, 2016), <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017853.pdf>, última revisión 30/05/2022.

factores de protección y las señales de alerta y, posteriormente, ofrece un conjunto de estrategias actuación tanto en las que están implicados profesores y personal no docente, familias y alumnos y para deferentes contextos (ideación, tentativa e incluso suicidio consumado, tanto si se produce fuera como dentro del mismo centro).

Sobre la base de dichas estrategias en 2020, se ha publicado el documento *Amenazas de comportamiento suicida del alumnado y autolesiones. Propuesta para la elaboración de planes de intervención, protección y acompañamiento del alumnado en situaciones de riesgo en centros educativos*⁵¹, en el que se han propuesto una serie de medidas concretas para de abordaje en el contexto de cada centro educativo bajo el título de *Protocolo de seguridad antisuicidio*⁵². Ahí se desarrollan los puntos necesarios para que el colegio o instituto elabore su propio plan de actuación de cara a prevenir, detectar e intervenir ante el hecho del comportamiento suicida, que presentamos a continuación.

- 1) Crear un equipo de planificación y seguimiento, compuesto por el director, jefe de estudios, orientador y tutor del aula con el alumno en riesgo. Este ha de elaborar un plan de intervención y seguridad para ese caso concreto que recoja la información pertinente sobre el chico o la chica (antecedentes, factores de riesgo y protección, situación familiar, informes de salud, etc.), unos objetivos específicos, la temporalización de las actuaciones, un registro de observaciones, decisiones e intervenciones (a modo de cronograma), las medidas de acompañamiento y cuidado del alumno (dentro y fuera del aula) y un modelo de revisión de las mismas.
- 2) Observar y atender al alumno de manera diaria en las espacios físicos del centro, a través de las personas adultas que sean asignadas para ello, de manera que se esté pendiente de la evolución de su conducta. Es importante tener disponibles algunos números de emergencias o ayuda y la limitación del acceso a posibles medios autolesivos (objetos, fármacos, pisos elevados, etc.).
- 3) Realizar un acompañamiento permanente del alumno o alumna. En primer lugar, por parte del tutor, para el que se propone utilizar un diario de seguimiento del comportamiento del adolescente (conductas, relaciones sociales, situaciones que indiquen conflictividad o aislamiento, rendimiento académico, etc.). Para ello debe contar con la colaboración del departamento de orientación y del resto del profesorado del alumno. También se contempla el acompañamiento de otro u otros

⁵¹José Antonio Luengo Latorre, *Amenazas de comportamiento suicida del alumnado y autolesiones. Propuesta para la elaboración de planes de intervención, protección y acompañamiento del alumnado en situaciones de riesgo en centros educativos*, Consejería de Educación y Juventud de la Comunidad de Madrid; Madrid: 2020), <http://www.cop.es/uploads/PDF/AMENAZAS-COMPORTAMIENTO-SUICIDAS-ALUMNADO.pdf> , última revisión 30/05/2022.

⁵² Cf. Ib., 15-29.

profesores con los que el chico o la chica tengan más confianza, pueda comunicarse y le dé seguridad en momentos, recomendable para espacios y momentos fuera del aula.

En este mismo sentido, se propone que el propio adolescente elija a otro u otros compañero que, de forma voluntaria, con la autorización de los padres de estos y el asesoramiento del departamento de orientación, puedan realizar esta tarea de acompañamiento, apoyo y respaldo afectivo-emocional mediante en un contexto de relaciones interpersonales confiables.

4) Elaborar un plan de trabajo específico con el alumno, en el que se definan los objetivos y actuaciones concretas que tanto el orientador como el tutor desarrollen para su mejora en autoestima, autoconcepto, autoeficacia en la gestión de las emociones ante distintas situaciones y habilidades sociales.

5) Realizar un seguimiento con la familia, para compartir información sobre el alumno, hacer un mejor seguimiento de sus situación y valorar su evolución, a través de reuniones periódicas.

6) Coordinar la planificación y las acciones a realizar con los servicios externos especializados de salud mental y servicios sociales, de manera que se cuente con su asesoramiento, orientación y se realice una información recíproca tanto por parte del centro como del profesional, lo que beneficiará a un mejor seguimiento y abordaje de la situación desde diferentes perspectivas.

7) Desarrollar actividades de sensibilización en el centro. Por un lado, se sugiere la posibilidad de que los profesionales de salud mental de la zona o de otras entidades autorizadas desarrollen alguna actividad formativa con el profesorado del centro para el cuidado de este o de otros casos que puedan surgir. Por otro, en el caso de que en un grupo-aula se haya producido alguna situación grave (como la comunicación de una ideación o una tentativa suicida de un compañero) y esta haya sido conocida por todos), se ofrecen unas pautas a seguir por el tutor abordarlo con su grupo, siempre en el momento más adecuado, según las características del hecho y sus circunstancias.

Entre ellas nos encontramos el no silenciar el suceso y hablar sobre lo ocurrido (con el consentimiento del alumno afectado y de sus padres); hacerlo con respeto, sin dar lugar a juicios de valor y comentarios descontextualizados; tratar el tema del comportamiento suicida; invitar a los alumnos a crear redes de apoyo afectivo, mentalizándoles de que pueden salvar vidas, y a sensibilizar al resto de grupos para no estigmatizar al compañero afectado y para tratarlo con normalidad.

Y, por último, el plan debe servir de esquema y referencia para el de trabajo de sensibilización y de formación del profesorado y de los alumnos, a través del plan de acción tutorial, para que el centro pueda abordar cada situación concreta y pueda desarrollar una adecuada prevención el suicidio.

Después de todo lo que hemos visto, ¿qué valoración podemos hacer de todas estas medidas de afrontamiento planteadas por la Comunidad de Madrid? En primer lugar, creemos muy positivo que exista, no sólo la preocupación e interés por todo lo relacionado con la salud mental y, por ende, del grave fenómeno del suicidio, sino el esfuerzo progresivo para que dichas esas medidas se implementen a través de planes concretos de prevención e intervención, tanto en el ámbito de la Salud como en el de la Educación.

Centrándonos en el primero, la misma Comunidad de Madrid reconoce la insuficiencia de los servicios de salud mental, en especial para la atención a los menores, en los que la ratio de profesionales en función de la población se encuentra lejos de lo deseable. Concretamente habla de 1 psiquiatra infantil por cada 20.000 menores de 18 años, de 1 psicólogo infantil por cada 25.000 menores y 1 trabajador social por cada 75.000 habitantes⁵³. Ello lo achaca al aumento de la población y de la demanda, que cada vez tiene una problemática más compleja, lo cual provoca el incremento de las demoras hospitalarias. Para ello propone el aumento de dotación de recursos humanos, en concreto, entre 2018 y 2020, preveía la contratación de 41 psiquiatras, 55 psicólogos y 18 trabajadores sociales⁵⁴, lo cual resulta del todo insuficiente.

Por otra parte, sugiere que ha de desarrollarse un modelo de intervención orientado a la detección temprana de necesidades y al tratamiento intensivo de los trastornos mentales, para reducir la incidencia y la cronicidad, lo cual implica necesariamente trabajar la prevención y la promoción de conductas saludables. Por ello, hemos de concluir que la salud mental debe ser dotada de muchos más recursos humanos y económicos para que en un futuro se lleven a cabo con eficacia nuevos planes de actuación.

En cuanto al trabajo de prevención del suicidio en los centros escolares, hay que reconocer el esfuerzo que la Comunidad de Madrid está realizando a través de la publicación de guías, el desarrollo de cursos para el profesorado sobre el tema, la propuesta de protocolos de abordaje y el trabajo de los departamentos de orientación de los centros.

Pero nos encontramos con algunas dificultades para su aplicación, que el mismo José Antonio Luengo Latorre ha destacado⁵⁵, y con las que estamos de acuerdo: la inercia de los propios centros, ajena a las dimensiones de este problema; la dinámica educativa orientada a los resultados académicos, que impide la dedicación de los profesionales docentes y no docentes a otras

⁵³ Cf. *Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid. 2018-2020*, 72.

⁵⁴ Cf. *Memoria del Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid. 2018-2020*, Servicio madrileño de Salud, 2018, 15-16, https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/rrhh/rrhh-actas_de_la_mesa_sectorial-2018-10-22-punto_3_salud_mental.pdf, última revisión el 30/05/2022.

⁵⁵ J. A. Luengo Latorre, "Claves para la prevención del suicidio en los centros educativos".

dimensiones fundamentales para la educación; la poca formación del profesorado sobre prevención en temas de salud mental y, en concreto, del suicidio; la incipiente inversión en recursos para dotar a los centros de profesionales de la salud, de medios materiales y organizativos para el profesorado, especialmente de cara a la acción tutorial; y la deficiente coordinación entre las administraciones educativas y sanitarias.

En definitiva, este capítulo nos ha permitido por un lado evidenciar la necesidad de un cambio de modelo social, que potencie los espacios de convivencia, de diálogo y de integración, que desarrolle las medidas oportunas de cuidado de los grupos más vulnerables, entre los que se encuentran los niños, adolescentes y jóvenes, y que implemente de forma consecuente los recursos imprescindibles de prevención de las situaciones de mayor riesgo, como es el hecho del suicidio, de manera global y multisectorial. Para ello debe utilizar los servicios de salud, sobre todo, públicos, pero también privados, y coordinarse con las diferentes entidades de la sociedad civil en la búsqueda de soluciones efectivas para evitar esta lacra social.

Pero cuenta con un recurso inmejorable para el afrontamiento del suicidio en adolescentes como es el sistema educativo y, en concreto, los propios centros, que ofrecen un entorno vital muy apropiado para el desarrollo de multitud de actuaciones que favorezcan, no solo la superación de situaciones de riesgo suicida, sino el crecimiento integral de alumnos y alumnas para la formación de ciudadanos participativos y comprometidos en el vida social, desde la interiorización de unos valores éticos básicos. Aunque para ello, como hemos visto, se ha de revisar el modelo educativo para que sea concorde una sociedad más humana y humanizadora.

Para ello, y siguiendo a J. A. Luengo, podemos afirmar, a modo de conclusión, que:

«es necesario reaccionar y revisar profundamente la realidad. Los datos y las evidencias son contumaces (...) Los sistemas educativos y sanitarios especializados de salud mental infanto-juvenil, sin dejar de prestar atención, por supuesto, a objetivos nucleares de su razón de ser, han de permitir la **adecuada respuesta a necesidades emergentes que afectan e imantan de manera profunda con la salud pública**»⁵⁶.

⁵⁶ J. A. Luengo, id., las palabras en negrita son del autor.

III. BIOÉTICA Y SUICIDIO DE ADOLESCENTES

Siguiendo la definición de Diego Gracia, la bioética, como «ética de la vida (...), propia de la sociedad humana en estos albores del siglo XXI»¹, debe interesarse por el hecho del suicidio actual, que afecta directamente al elemento más primigenio de toda consideración moral: la propia vida de cada ser humano, en su presente y de cara a su realización futura. Una realización que busca desarrollarse desde el bien y para la felicidad, pero que se ve truncada de manera radical. Cuando hablamos, además, del suicidio en edades tan tempranas como la adolescencia, tal y como hemos estudiado en los dos primeros capítulos, ese interés debe ser, si cabe, una preocupación mayor.

En este sentido, la bioética nos ofrece una perspectiva adecuada para encontrar en la misma realidad que abordamos una serie de principios y valores morales, que podremos aplicar convenientemente para encontrar soluciones plausibles que ayuden a la sociedad a superar este problema tan doloroso y que afecta a tantas personas y a tantas familias. Por ello, queremos centrar nuestra reflexión en el hecho mismo del suicidio en cuanto problema moral, definirlo bien y así poder ofrecer un respuesta ética proporcional a su magnitud. Lo haremos tanto desde el punto de vista histórico como desde el análisis del conflicto de valores subyacente a este fenómeno de nuestra sociedad actual, que suscita una serie de interrogantes a los que se debe tratar de dar una respuesta bien fundamentada para poder resolverlo.

Para ello, optamos por realizar dicha respuesta a partir de la perspectiva de una ética de los valores morales, que es necesario poner en juego de manera armónica y jerarquizada para dar prioridad a la vida frente a una visión neoliberal de la autonomía, que llega a enfrentar al ser humano consigo mismo y con su dignidad en el acto suicida. Lo haremos a partir de la consideración del ser humano como ser vulnerable, cuya dignidad reclama la necesidad de su cuidado y protección a partir de un sentido relacional de la autonomía. Todo ello se sustenta en el valor de la justicia, que debe hacer posible la realización de dichos valores éticos en la vida social a través de la reivindicación de recursos eficaces para la prevención del suicidio, especialmente, de los menores, pero, de una manera especial a través de su educación moral.

¹ Diego Gracia, *Bioética Mínima* (Madrid: Triacastela, 2019), 12.

1. Consideraciones éticas acerca del suicidio

El suicidio ha sido un tema controvertido desde la antigüedad, demonizado por unos y ensalzado por otros, hasta el punto de que, por el radicalismo al que han llegado ambas posturas, no se ha tratado de abordar con la necesaria serenidad hasta la época contemporánea. El mismo hecho en sí mismo es tan peculiar que no parece no admitir caminos intermedios, o se decide por la vida o por la muerte. De ahí que, en un primer momento, se plantee como un dilema desde el punto de vista moral. Pero, visto con más detenimiento, lo que se descubre es que dicha toma de decisiones tiene muchos matices, debido a la convergencia de una serie de ideas y circunstancias que pueden influir en la elección de una opción u otra. Sobre todo, en aquellos que piensan en quitarse la vida que, en el fondo, no quieren morir, sino otra manera de vivir, más acorde con sus deseos de felicidad. O quieren que su muerte sea digna de la vida que han llevado hasta ahora y por eso reivindican su libertad de decidirlo.

Por eso, no se trata tampoco de elegir por la vida sin más, de una manera pasiva y resignada, sino por una vida como posibilidad de una existencia compatible con los parámetros indicados en el significado de ese adjetivo que le acompaña en referencia a nuestra especie: humana. Un término que habla de biografía, de proyecto de realización, de cumplimiento de expectativas, de cierta comodidad, de momentos compartidos, de amar y ser amado. Pero lo humano es también incertidumbre, limitación, fragilidad, dolor y muerte, lo cual provoca de nuevo serios interrogantes acerca del sentido de nuestro vivir y nuestro morir.

Esta complejidad del suicidio en cuanto problema moral es lo que vamos a tratar describir. Lo haremos tanto desde una mirada histórica, a través de los principales planteamientos filosóficos y religiosos que se han vertido en nuestra cultura contemporánea acerca del tema, como desde la descripción del estado del debate ético en la actualidad. Ambas perspectivas ponen sobre el tablero el conflicto entre dos valores: la vida y la libertad del ser humano, reclamando ambos para sí el verdadero sentido de su dignidad.

1.1. Breves apuntes históricos sobre ética y suicidio

En la filosofía clásica ya se establecieron las bases de la consideración ética acerca del suicidio, tanto contraria favorable como al mismo². Dentro de la primera postura nos encontramos con que, en la Grecia antigua, desde los pitagóricos, pasando por Sócrates, Platón y Aristóteles, el suicidio se considera un acto de debilidad y cobardía, perpetrado por alguien que no quiere afrontar las pruebas

² Cf. José-Román Flecha, *Bioética. La fuente de la vida* (Salamanca: Sígueme, 2016), 299-302.

de la vida, incluido el afrontamiento de la propia muerte como parte de la existencia humana. Además, va contra la voluntad divina, única autoridad que debe decidir tanto sobre el hecho de vivir como el de morir. En Roma, Cicerón se sumará más tarde a esta postura.

Aristóteles añade, a estos argumentos, un tercero, y es que el comportamiento autolítico es contrario a la vida de la comunidad a la que uno pertenece y a la que debe contribuir con una vida honesta y con su esfuerzo a que progrese³. Un cuarto argumento lo encontramos en los neoplatónicos a partir de su planteamiento filosófico de la existencia humana, entendida como camino de perfección progresiva del alma hasta alcanzar la eternidad mediante la superación de las pasiones. Esto les lleva a afirmar que el comportamiento suicida trunca la posibilidad de realización de este proyecto vital, que además es un deber para el ser humano.

Por el contrario, desde el pensamiento estoico, representado en este caso por Séneca, se vio el suicidio como expresión de fortaleza y de absoluta libertad, sobre todo, en circunstancias de deterioro físico o mental. De ahí que afirme que una vida larga no tiene por qué ser mejor si es a costa de prolongar una situación penosa que conlleve una muerte agónica. El suicidio es visto entonces como un acto virtuoso que, realizado con una lúcida serenidad, culmina una trayectoria personal de sencillez, equilibrio y autocontrol. Los epicúreos también apuestan por que el ser humano se provoque a sí mismo la muerte cuando una vida agradable y placentera se vea superada por la limitación y el sufrimiento.

Con la llegada del cristianismo y, más en concreto, en la Edad Media, se pondrán las bases de lo que será la postura de la moral clásica, contraria al suicidio. Esta viene de Agustín de Hipona, es sistematizada por Tomás de Aquino, recogida por la Escuela de Salamanca, con Tomás de Vitoria y Juan de Lugo, para finalmente ser difundida por Alfonso María de Ligorio⁴. En ella se trata de hacer una síntesis entre la tradición bíblica, siguiendo el precepto de *no matarás*, y la filosofía clásica, sobre todo, aristotélica, que ya hemos referido, a partir de la consideración del valor supremo de la vida humana. Según esto, un individuo no puede actuar contra su propia vida, primero, por ser contrario a la caridad, por la que debe cuidarse a sí mismo; segundo, por que ofendería a la justicia, ya que cada persona es un bien para la sociedad a la que pertenece; y, tercero, por usurpar el derecho de Dios de disponer de la propia existencia, como único dueño de la misma.

Esta firme defensa de la vida humana ha incurrido, sin embargo, en una cierta ambigüedad al admitirse luego determinadas excepciones, sobre todo, bajo los principios de autoridad (secular o

³ Cf. Álvaro Franco Zuluaga, "Ética y conductas suicidas", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 30, nº 4, 2001, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502001000400005, última revisión 11/06/2022.

⁴ Cf. Marciano Vidal, *Ética fundamental de la vida humana* (Madrid: Fundación Santa María, 1984), 20-22. También en Eduardo López Azpitarte, *Ética y vida. Desafíos actuales* (Madrid: San Pablo, 1990), 11-14 y 207-209.

divina) o el del doble efecto, que han rebajado mucho su fuerza persuasiva. Es el caso, por ejemplo, de san Agustín, al admitir el suicidio indirecto de mujeres cristianas ante el riesgo de ser mancilladas con motivo de una persecución, como último gesto de obediencia a Dios; o el de San Alfonso, que ve plausible que la autoridad pública permita a un malhechor quitarse la vida antes de ser ejecutado⁵. Por otra parte, la ilicitud moral de la autolisis tuvo consecuencias legales, tanto en el ámbito civil como en el eclesiástico, que penalizaban al suicida, tras un intento fallido o consumado (como la confiscación de bienes o la prohibición de realizar su funeral) pero cuyas onerosas consecuencias sufrían, sobre todo, los familiares⁶.

Con la llegada de la Época Moderna, vemos que estas dos posturas se mantienen, esta vez, sobre el trasfondo del avance de las ciencias naturales, de la primera globalización económica, con la expansión de los imperios coloniales, y el desarrollo del pensamiento humanista. Así, nos encontramos con Tomás Moro, partidario del suicidio como vía de liberación que una persona tiene ante una situación de sufrimiento insoportable y como una dignificación en medio de su penosa situación, sobre el trasfondo del ideal de una sociedad sin dolor⁷.

Posteriormente, David Hume, iniciador del pensamiento utilitarista, lo argumentará a partir del valor de la responsabilidad con respecto a la comunidad⁸: es el deber de una persona, en el uso de su plena libertad, ante unas condiciones de vida precarias (por edad, enfermedad o fracaso vital) y buscando el interés de la sociedad, quitarse la vida para no ser una carga para esta. Este gesto de renuncia al bien de la vida, merecerá además el reconocimiento de todos. Esta visión sacrificial de la autolisis tendrá su desarrollo pleno en la cultura romántica, representada en este caso por Hegel, que, en su exaltación de la voluntad humana plenamente libre, la considera el acto supremo de su autoafirmación. Lo cual nos permite enlazar con los inicios de una filosofía del suicidio, propiamente dicha, que ya tratamos en el segundo capítulo de este trabajo.

Entre los pensadores ilustrados, en cambio, nos encontramos con la postura contraria, opuesta al suicidio, como en el caso de Voltaire o Diderot, esta vez relacionándolo con la demencia y la debilidad de carácter. Aquí se refleja el inicio del desarrollo de las ciencias de la salud, por un lado, que cuajará, en los estudios psicológicos y psiquiátricos de trastornos mentales asociados a la autolisis, y de las ciencias sociales, por otro, que entenderá este fenómeno como consecuencia de las dificultades de

⁵ Cf. M. Vidal, op. cit., 23 y J.-R. Flecha, op. cit. 302.

⁶ Cf. Arnaldo Pangrazzi, Voz: "Suicidio", en José Carlos Bermejo y Francisco Álvarez (dir.), *Diccionarios San Pablo: Pastoral de la Salud y Bioética* (Madrid: San Pablo, 2009), 1718.

⁷ Cf. Julia Picazo Zappino, *El suicidio actual* (Madrid: EOS, 2017), 26-34.

⁸ Cf. A. Franco, "Ética y conductas suicidas".

integración, promoción y educación en valores de las sociedades avanzadas⁹. Ejemplo de ello son los estudios de E. Durkheim, que ya vimos en el primer capítulo.

Pero el más claro representante moderno de la postura contraria al suicidio es Immanuel Kant, cuyo planteamiento moral se centra en la bondad de los actos en sí mismos, que lleva a la persona a asumir su deber para consigo mismo, como ser autónomo, y para con la sociedad, en virtud de la justicia¹⁰. Ello se condensa en el imperativo categórico, que lleva a no mirar la intención ni el interés personal y a no utilizar a la persona como medio sino como fin en sí mismo. Atentar contra sí misma será entonces un acto egoísta e irracional, contrario al deber moral y a la dignidad humana, porque la persona se utiliza a sí misma, aunque busque desesperadamente aliviar su sufrimiento, y que repercute negativamente en la vida social.

Para finalizar este apartado, haremos una breve mención a la postura respecto al suicidio de las religiones históricas más influyentes en la cultura actual¹¹, para complementar lo que hemos expuesto acerca de la cultura occidental, de influencia cristiana. Para el judaísmo es un acto inmoral, impropio de un hijo de Dios, de quien el creyente se sabe dueño, y prohibido expresamente por la *Torah* y el *Talmud*, sólo admisible en casos excepcionales: el riesgo insalvable de ser obligado a cometer actos idólatras, incestuosos u homicidas. En el islam, es contrario a la voluntad de *Alá* y también está prohibido expresamente en la *Corán*. La existencia tiene un orden, querido por Dios, a quien pertenece la vida y la muerte, y que debe ser mantenido. Sólo él puede decidir cuándo y cómo es lícito morir, y no el ser humano. Ante las pruebas de la vida, el creyente dispone de unos recursos apropiados para afrontarlas: la paciencia y la conformidad con lo que ya está dispuesto por Dios.

En las culturas del extremo oriente nos encontramos con el hinduismo, que desarrolla el valor de la responsabilidad a través de la ley del *karma*. La persona debe entrar en un proceso de purificación a través de sus acciones para liberarse del ciclo de la reencarnación y alcanzar la perfección en la unión con el Absoluto (o *Brahma*). El suicidio es un acto negativo que obstaculiza este proceso y que, por tanto, debe ser evitado. Finalmente, esta misma idea la encontramos en el budismo, desde su propia perspectiva. Considera la muerte el problema fundamental de la existencia humana pero no su solución. En la primera de sus *Nobles Verdades*, Buda exalta el valor sagrado de la vida, que nunca debe ser eliminada, ni la propia ni la de los otros seres vivos. Para superar el dolor se ha de superar el deseo egoísta, a través de la meditación, y no se admiten atajos, como es el caso del suicidio.

⁹ Cf. J.-R. Flecha, *Bioética*, 301.

¹⁰ Cf. A. Franco, op. cit.

¹¹ Cf. Arnaldo Pangrazzi, Voz: "Suicidio", 1712-1713.

1.2. Valores en conflicto: el problema ético de fondo

Este sencillo repaso que hemos hecho a la tradición filosófica y cultural en torno a nuestro tema, si bien nos aclara las posturas contrapuestas acerca del mismo y nos ayuda a situarnos en el debate de fondo que se plantea a su alrededor, deja tras de sí un cierto poso de insatisfacción. Primero, porque ninguna llega a convencernos del todo, sobre todo, a la hora de justificar una apuesta por una cultura preventiva acerca del suicidio, negando su supuesto valor éticamente aceptable con una mayor claridad y contundencia.

Atendiendo, en este sentido, a las razones en contra, ni la sacralización de la vida sin más, ni la responsabilidad de cara a mí mismo o a mis obligaciones sociales, como mero administrador de un don recibido, ni el deber por el deber son argumentos suficientes para imponerse a mi libertad personal, sobre todo, si esa vida y el contexto en el que esta se desarrolla no me aportan unas condiciones adecuadas a mi dignidad y la esperanza de que estas puedan mejorar, si no del todo, sí de una forma suficiente, al menos. Como afirma Marciano Vidal, la moral tradicional cae en un formalismo en su rechazo del suicidio porque denota una deficiencia argumentativa al fundamentarse «en una “petición de principio” (se da ya por supuesto lo que se intenta probar) o en argumentos que pueden ser interpretados para justificar la opinión contraria»¹².

Sí nos convence más la idea de la vida como proceso continuo de neoplatónicos y budistas, también presente en una visión más actualizada del cristianismo, que está llamada a perfeccionarse progresivamente, pero volveríamos al mismo problema anterior: ¿qué ocurre cuando ese proyecto vital se trunca o no encuentra caminos de realización? ¿O cuando la persona no encuentra en su entorno social las referencias y los apoyos necesarios para salir adelante? Este interrogante ya está reclamando la necesidad de poner en juego una serie de valores humanos y éticos asumidos personalmente y que, al mismo tiempo, estén presentes en la vida social, para garantizar la posibilidad de una existencia personal entendida como proyecto individual que, a su vez, esté enraizado en un proyecto social compartido.

Si nos centramos en las razones a favor, pueden parecernos convincentes y hasta plausibles, vistas en un primer momento. ¿Para qué sufrir y hacer sufrir a los demás cuando el dolor o el deterioro personal son tan grandes? ¿No serás mejor aliviar esta pena con un acto de gran generosidad, tal como es presentado el suicidio? ¿Y no es más propio del ser humano, libre y racional, elegir cómo y cuándo quiere que sea su propia muerte, ya que no hemos podido hacerlo con nuestro nacimiento? ¿Para qué

¹² M. Vidal, *Ética fundamental de la vida humana*, 34. Puede verse toda su crítica a la moral tradicional católica sobre la defensa de la vida en op. cit., 29-36. También en E. López Azpitarte, *Ética y vida*, 14-15.

esperar a que la propia vida, con la enfermedad, la desgracia o la vejez, me quite el bien máspreciado o por qué acogerme a lo que el destino o Dios decidan por mí?

Estas cuestiones nos ayudan a comprender la seriedad del problema, pero muestran, a mi juicio, una doble falacia: por un lado, sitúa al sujeto individual que está pasando por un momento de sufrimiento fuera de su contexto personal y biográfico, encerrado en esa etapa vital tan difícil, que no tiene por qué ser definitiva y que podría ser aceptada desde una comprensión de la vida más amplia que la del mero bienestar individual; y, por otro, descontextualiza a la persona de su entorno cercano y social, en el que se han de situar sus decisiones personales y donde tienen un impacto que, en el caso del suicidio, es enorme.

Tampoco consigue, con el tiempo, el pretendido alivio de la familia ni de las personas cercanas a quien lo realiza, ni deja satisfecha a la sociedad, sino que más bien, tras un evento autolítico, con el tiempo sale a la superficie un poso de decepción y fracaso en todos, al no haber encontrado o puesto los medios adecuados para evitarlo. Por ello, hemos de tener siempre en cuenta, en este sentido, que «los suicidas, en su “no quiero vivir”, expresan un “no quiero vivir así”, es decir, si persisten la condiciones adversas reales (o no tanto) que se perciben y no pueden cambiar por sí solos». ¹³ Lo cual nos hace sospechar de que toda decisión vital siempre está condicionada y nunca es una opción totalmente libre, mucho más en un contexto de sufrimiento y desesperanza.

Un segundo motivo de insatisfacción es que parece que no se establecen puentes suficientes entre ambas posturas éticas, de manera que se permita un diálogo entre ellas. Más bien se alejan cada vez más, provocando la sensación de tener que resolver un dilema entre vida y muerte de forma drástica y justificando una opción u otra en razón de unos principios, valores y creencias que se usan como argumento para decisiones ya tomadas de antemano y acríticamente. Por ende, esto contribuye a aumentar la confusión social en torno a la cuestión del suicidio.

¿Qué es más digno de la persona, quitarse la vida ante una posible degradación personal o afrontar cada momento de la vida de manera voluntarista? ¿El suicidio es propio de personas egoístas, débiles, dementes o depravadas o de aquellos cuya superioridad moral les lleva a expresar su rebeldía ante un mundo decadente y una vida sin sentido, libres de toda atadura? ¿Es más responsable desaparecer para no ser una carga o aceptar las limitaciones y la parte de sufrimiento que la vida trae a cada uno, en mayor o menor medida? Y, en razón del tema que nos ocupa, ¿admitir la opción del suicidio en un contexto de libertad individual es coherente con el esfuerzo de prevención del mismo,

¹³ Susana Escames Bermúdez, “Consideraciones sobre bioética y conductas suicidas”, en AA. VV, *Temas de Bioética* (Colegio Médico del Uruguay: 2021), 131, https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2021/04/Temas-de-Bioetica_w.pdf , última revisión el 03/07/2022.

como en el caso de los adolescentes? ¿La sociedad debe aceptarlo en unos casos y prevenirlo en otros? ¿Dónde estaría la frontera de lo permisible y lo reprobable?

En todo problema moral late un conflicto entre valores que se consideran esenciales y que, dependiendo de la perspectiva que se asuma, así se ha de escoger entre uno y otro. Como ya hemos afirmado, esto nos conduce a un debate de carácter dilemático. En este caso, tal y como hemos ido descubriendo, se plantea un debate entre la vida como valor y la autonomía de la persona¹⁴, que por las dimensiones que ha alcanzado el comportamiento suicida es necesario resolver. Primero, porque, además de ser un problema de salud, es un drama que afecta a la vida personal, entendida como biografía y proyecto, es decir, a la construcción de la identidad individual en orden a un sentido de la existencia.

De aquí se deriva una segunda cuestión acerca de cómo debe entenderse la dignidad de la persona, sobre todo, en las circunstancias de especial vulnerabilidad que viven los adolescentes, en general. Tanto quienes son favorables al suicidio como expresión de autodeterminación personal como quienes lo rechazan, apelan a la cuestión de la dignidad del individuo, a su conciencia libre y, aún tiempo, responsable. ¿Qué es entonces lo más digno? ¿Por qué admitir el suicidio de un joven de veinte o veinticinco años y no hacerlo con uno de quince o dieciséis, si prolongar su vida supone un sufrimiento inasumible? O, por el contrario, ¿dónde está el límite del dolor soportable que corresponde a la dignidad de una persona? ¿Debe garantizarse el cuidado de todo aquel que padece una situación de debilidad y limitación progresivas o esto supone un coste excesivo e innecesario, en todos los sentidos?

Por eso, en tercer lugar, el suicidio se nos presenta como un problema social, porque todos los bienes anteriores, como son la vida, la autonomía, la dignidad y la atención a la vulnerabilidad se viven de una forma u otra, en un contexto cultural concreto, se erigen en instancia crítica de las contradicciones que padece el mundo actual y, al mismo tiempo, reclaman un nuevo modelo de sociedad en el que puedan desarrollarse de forma armónica. Hacerlo posible es, por tanto, una responsabilidad de todos, cada uno desde el ámbito en que desarrolla su vida personal y profesional.

De ahí que, para que nuestra sociedad provea a sus ciudadanos de entornos preventivos del suicidio, especialmente para sus miembros más jóvenes, deban exigirse la adopción de las medidas oportunas y la dotación de recursos imprescindibles para alcanzar este fin. Esto supone un deber de justicia y una exigencia de la equidad para garantizar el bienestar, la calidad de vida y la supervivencia

¹⁴ Cf. A. Franco, “Ética y conductas suicidas” y también, S. Escames, op. cit., 132-135.

de todos, y, en este caso, la posibilidad de que el suicidio no se vislumbre en el horizonte vital de ninguna persona. Es lo que trataremos de resolver en el siguiente apartado.

2. Una bioética de los valores morales como respuesta al problema del suicidio

Llegados a este momento del debate moral en torno al suicidio vemos necesario dar el siguiente paso, que no es otro que el de dar una respuesta razonable a los interrogantes que nos han planteado los diferentes puntos de vista acerca del tema. En ellos se nos muestran diferentes modos de comprender al ser humano, las motivaciones que le hacen continuar o no viviendo y aquello que más le conviene para realizarse como persona. Dicho de otra forma, cada postura reivindica una serie de valores éticos que considera fundamentales, estableciendo entre ellos un orden de prioridad de acuerdo a sus preferencias. Pero, en razón del tema que nos ocupa, no todas las opciones nos parecen igualmente válidas. De ahí que sea necesario asumir desde la Bioética la perspectiva de los valores morales para abordar la cuestión del suicidio y tratar de rebajar el elevado nivel de incertidumbre en que nos deja el conflicto planteado.

Por eso, creemos que es el momento oportuno de entrar en dicho debate y proponer la solución que nos parece más prudente, en el sentido de que salvaguarda todos los valores en conflicto y los pone en el lugar que les corresponde. Para ello debemos justificar las razones por las que es mejor no quitarse la vida y optar por ella. Que siempre será un bien mayor para la persona que tiene pensamientos suicidas acogerse a otra perspectiva diferente que le ofrezca una mejor comprensión de su realidad, de forma que se le abra por delante un abanico de posibilidades de recuperación. Y que autodestruirse no es una manifestación de su libertad sino la anulación de su posible crecimiento.

De cara a esta tarea, no solo debemos definir los valores éticos y establecer una jerarquía entre ellos para fundamentar nuestra decisión, sino también ofrecer una manera de comprender al ser humano y el modelo de sociedad que corresponde a su dignidad, en la que no cabe el suicidio como solución a sus problemas. Todo ello nos llevará a retomar el esfuerzo la perspectiva preventiva y educativa, como mejor manera de superar esta lacra social, a través de la inversión en recursos para abordar el problema y de la formación ética de niños y adolescentes, de manera que puedan asumir estos valores para la realización de un proyecto de vida, que será personal y, al mismo tiempo, compartido con otros.

2.1. El valor inalienable de la vida humana

Cuando hablamos aquí de vida nos estamos refiriendo a la condición humana individual, que une en sí mismo el hecho biológico con el personal y biográfico¹⁵. Dicho de otra forma, a la vida vivida por un sujeto humano desde su realidad corporal, como un conjunto dinámico y unitario de variadas dimensiones, que se proyecta hacia el futuro para alcanzar su propia realización. Es una identidad abierta que se despliega en un proceso continuo de reconocimiento de sí misma, de apropiación de su realidad única y de desarrollo de sus capacidades, especialmente de su inteligencia y de su afectividad, para lograr ser ella misma, y cada vez más plenamente, a través de sus realizaciones concretas.

Lo propio del ser humano es precisamente esa integración del *zoe* y del *bios*, es decir, de la *vida* y del *vivir*, etimológicamente hablando, del elemento biológico involucrado en una subjetividad personal¹⁶. La *vida biológica*, o *zoe*, en este caso, la dimensión corporal, como *continuum* que experimenta diferentes fases de desarrollo, mantiene en la existencia a la persona, le da equilibrio y fortaleza y le plantea unas exigencias de autocontrol y cuidado. También la sitúa en un espacio y tiempo concretos, le confiere identidad individual, la pone en contacto con el mundo de la vida a través de la sensibilidad y la vincula a un contexto relacional.

Pero la *zoe* es incorporada a la *vida vivida*, o *bios*, por una persona que piensa, siente y, sobre todo, actúa en el presente, desde su subjetividad, en orden a unas metas que se propone alcanzar en el futuro para mejorar su situación actual. Esta autoposición de su identidad se desarrolla en un tiempo determinado, mediante la valoración de las opciones que se le presentan, la toma de aquellas decisiones que estima más oportunas y la aceptación de las consecuencias de las mismas. La vida humana se entiende entonces como *proyecto*, en una existencia personal libre, sensible e inteligente que debe establecer una serie de preferencias entre los bienes que desea alcanzar y los males que debe evitar para alcanzar la felicidad. Adquiere, en consecuencia, una dimensión práctica que, en su aspecto valorativo, llamamos moralidad¹⁷.

Esto nos lleva a dos primeras conclusiones: en primer lugar, que la vida es un bien *pre-moral*¹⁸, es decir, un hecho evidente, que nos viene dado, con una consistencia real en sí misma, autónoma, y, en consecuencia, su valor no depende de ningún otro, es intrínseco a ella. De ahí que se considere

¹⁵ Seguimos aquí la explicación del valor de la vida, en clave zubiriana, de Rafael Amo Usanos, “El valor de la vida en una sociedad envejecida”, en Rafael Amo Usanos (ed.), *Bioética para una sociedad envejecida. Dilemas éticos de la medicina actual* (Madrid: Universidad de Comillas, 2022), 94-100.

¹⁶ Cf. R. Amo, op. cit., 63-64 y también Rafael Amo Usanos, *Vida y ética* (Madrid: Síntesis, 2017), 45-46 en que se hace esta definición etimológica de la palabra vida en su doble raíz griega. Diego Gracia también describe al ser humano desde este aspecto biológico y biográfico en *Bioética mínima* (Madrid: Triacastela, 2019), 158-160.

¹⁷ Cf. D. Gracia, id., 31-32.

¹⁸ Cf. M. Vidal, *Ética fundamental de la vida humana*, 38-42, en que desarrolla la distinción entre *valor pre-moral* y *valor ético* de la vida.

como algo bueno de forma intuitiva, sin necesidad de justificarlo mediante razonamiento alguno ni de acudir a otros bienes para afirmar su carácter estimativo. Al contrario, sobre ella nacen y se asientan los demás valores, por lo que se constituye en valor fundamental, que necesariamente debe estar siempre presente en el proceso de realización de la persona. Por eso, la vida nunca deja de ser valiosa y, debe ser constantemente protegida y cuidada de forma prioritaria.

En segundo lugar, es un *valor ético*, que forma parte del bagaje moral de un persona que libremente elige su camino de realización. El paso de lo premoral a lo ético se produce cuando la persona lo reconoce de forma respetuosa, tanto en sí misma como en otras. Pero, es en este momento cuando, ante determinadas circunstancias, puede entrar en conflicto con otros valores que aquella considera también fundamentales. Para resolverlo, se ha de establecer un proceso de discernimiento en el que, de manera razonable, se establezca una jerarquía entre dichos valores y se elija aquel que se considere prioritario. Esta opción es la que orientará la acción de la persona afectada por tal conflicto, que asumirá esos valores como deberes o normas de conducta.

La vida adquiere aquí un carácter instrumental, al ponerse al servicio de la persona y su proyecto. Por eso, aunque se considere muy importante, no tiene un valor absoluto. No obstante, la vida debe jugar un papel relevante en este proceso deliberativo en el que la persona busca la mejor manera de actuar. Por ser un valor fundamental e imprescindible para el concurso de los demás valores, debe situarse en un lugar preferente en su jerarquización y estar presente junto a ellos siempre que la persona busque una respuesta moral coherente, razonable y adecuada ante los problemas que afectan a la realización de su proyecto existencial, de su plenitud humana, en definitiva. Así lo expresa Marciano Vidal:

«El vivir que es merecedor de preferencia axiológica es el que se extiende desde la subsistencia fáctica hasta la plena “calidad de vida humana”. De ahí que el valor ético de la vida haya de ser entendido y formulado en clave de “humanización”. La exigencia de “humanizar” al máximo el vivir es el núcleo del “ethos” de la vida»¹⁹.

Por lo tanto, en esta consideración preferencial de la vida se juega la realización de la persona desde su condición humana, en orden a desarrollar su ser más auténtico, para que ella misma se reconozca en su verdad más profunda. Este proceso humanizador, no solo se recorre de manera individual, sino que nos recuerda que el ser humano es relacional, interdependiente, y busca hacerlo posible a partir del acompañamiento mutuo, la reciprocidad y la participación conjunta en la toma de decisiones. Su existencia tiene una dimensión social.

¹⁹ M. Vidal, op. cit., 40.

En buena lógica, hemos de concluir entonces que el valor de la vida ha de tener la primacía en todo discernimiento que derive en un juicio ético bien ponderado, porque desde él se mide la mayor o menor conveniencia de las opciones que la realidad nos pone delante y el valor justo de cada uno de los bienes fundamentales que queremos alcanzar en cada circunstancia concreta. Lo cual nos lleva a una consecuencia: que la defensa de otros valores, como por ejemplo la dignidad o la libertad, «no justifica de ningún modo que la vida pierda su carácter de valor fundamental en ningún momento»²⁰.

Por eso, no sería deseable decidir por la vida sin tenerla en cuenta como prioridad en el proceso de dicha decisión y si en la acción derivada de la misma se viese dañada gravemente o incluso eliminada; ello iría contra la misma esencia del ser humano e imposibilitaría que los demás valores se pudiesen realizar. En este sentido, es un valor *inalienable e inviolable*. Dicho de otra forma, siguiendo el uso etimológico del término vida: si dañamos o eliminamos la *zoe*, la *bios* no será justamente viable o posible, por lo que surge un deber de tomarla en consideración siempre y de la mejor forma posible. Por lo tanto, de la vida como valor moral inalienable deducimos que, unido a su carácter positivo, como bien en sí mismo que merece ser protegido, es un deber ineludible tener en cuenta las consecuencias de las acciones en que se ve siempre afectada.

Si ponemos en relación todo lo que venimos afirmando con el problema del suicidio en adolescentes, podemos esgrimir dos argumentos que reafirman la primacía de la vida sobre la posibilidad de quitársela²¹. En primer lugar, es preferible la autorrealización personal a su destrucción. En efecto, en una etapa en que la vida se abre al adolescente como una oportunidad de humanizarse cada vez más plenamente, el suicidio trunca su posible evolución y desarrollo. Por ello, es necesario fortalecer en la persona su carácter resiliente, para aceptar la frustración y, desde ella, reencontrar nuevas oportunidades de rehacer su proyecto vital.

En segundo lugar, existen acciones revocables, en las que se puede reconocer una equivocación o error, asumir sus consecuencias y tratar de mejorar la situación, e irrevocables, es decir, sin posibilidad de rectificación ni recuperación. Este es el caso del suicidio, cuyas consecuencias son irreparables. Ya dijimos, al hablar del duelo difícil que sufren los allegados a una persona que se ha quitado la vida, que este resulta aún más doloroso cuando aquella reconoce que se ha equivocado, antes de morir. El momento de sufrimiento y desesperanza en que se encontraba no le dejaba ver otras

²⁰ R. Amo, “El valor de la vida en una sociedad envejecida”, 98. La primacía de la vida en la jerarquía de valores y su carácter fundamental y su fuerza normativa también es afirmado por M. Vidal en *Ética fundamental de la vida humana*, 41-42.

²¹ Seguimos aquí el razonamiento contrario al suicidio de Eduardo López Azpitarte en *Ética y Vida* (Madrid: San Pablo, 1990), 205-206.

soluciones posibles y, en este tipo de casos, se demuestra que entre ellas nunca está ni podrá estar el suicidio.

La atención a adolescentes y jóvenes en riesgo de comportamiento autolítico, implica la recomposición de la persona teniendo como fortaleza el valor de la vida. De ahí que se aconseje tratar directamente sobre el tema con el chico o la chica, puesto que, al confrontarlo con sus propias ideas, planes y conductas autodestructivas se le está ayudando a reflexionar críticamente sobre una posible decisión que, en el fondo, no es una solución coherente en relación a sus problemas y a ver otras posibilidades reales que tiene a su alcance.

El valor de la vida nos sugiere además que la prevención del suicidio consiste solo en tratar de encontrar alternativas para vivir desde un tratamiento de las situaciones problemáticas y las posibles maneras de superarlo. En los centros educativos y en campañas públicas dirigidas a los adolescentes y jóvenes, se tratan temas centrados en el acoso escolar o en las redes, en los abusos a menores, en la violencia de género y los malos tratos a menores, en la discriminación y la exclusión social, en las drogodependencias y otras adicciones, en los peligros de las redes sociales, en la prevención de accidentes de tráfico y seguridad vial, etc.

Siempre se parte de hechos lamentablemente negativos pueden afectarles y en la búsqueda de soluciones. Pero escasean las actividades en los centros o barrios y una mayor difusión de propuestas públicas que fomenten la valoración y el disfrute de una vida única e irrepetible (la propia y la de los otros), la convivencia saludable con los iguales, con adultos y mayores, la potenciación y habilitación de espacios y momentos de escucha e intercambio de ideas, la ayuda y la colaboración mutuas (más allá de las campañas de emergencia social para responder a situaciones puntuales para ayudar a personas desconocidas) y el contacto con el entorno natural.

2.2. La dignidad de la persona

El hecho de la autolisis como fenómeno prevalente nos recuerda también que la vida reclama una serie de valores para su cuidado y protección. No se puede defender la vida humana a toda costa, sin que esta sea respetada, mantenida y potenciada en todas sus dimensiones, de acuerdo a unos condiciones mínimas indispensables para ello. Este razonamiento nos lleva a la consideración ética de la dignidad de la persona humana, desde la que se debe comprender aquello que denominamos calidad de vida. Entendemos por dignidad la cualidad del ser humano por la que se le reconoce un valor absoluto e intrínseco y por la que merece un respeto infinito. En consecuencia, como afirmaría Kant, toda persona, en razón de su racionalidad y su autonomía, debe ser tratada como un fin y no

como un medio, tiene un valor inconmensurable y no un precio, por lo que no es intercambiable por nada ni por nadie.

Así lo expresa él mismo:

«El hombre no es una cosa; no es, pues, algo que pueda usarse como simple medio; debe ser considerado en todas las acciones como un fin en sí [...] pues todos los seres racionales están sujetos a la ley de que cada uno de ellos debe tratarse a sí mismo y tratar a los demás, nunca como un simple medio, sino siempre, al mismo tiempo, como un fin en su mismo»²².

La dignidad como un valor propiamente humano, tiene un doble significado²³. En primer lugar, en su sentido etimológico, debe entenderse como cualidad de lo superlativo. Esto implica que se caracterice el término poniéndolo en relación con el ser más singular de todos, que es el humano. En él se expresa el valor de la excelencia como algo peculiar y específico, que le viene de dos características: su elevación en grado sumo sobre la materia y sobre la especie, por la singularidad de nuestra biografía particular; y su interioridad, que le permite tener autoconciencia del yo. La interioridad alude a una dimensión psicológica, expresada en el ámbito de la intimidad; y a una dimensión ontológica, como conciencia de sí mismo en su ser más profundo y trascendente.

En segundo lugar, referimos el término dignidad al ser humano en razón del carácter performativo del lenguaje, es decir, como valor pedagógico y transformador de la realidad. Al aplicarlo a cada persona provocamos que esta sea tratada de forma especial y peculiar. De ahí que se reconozca en el ser humano individual su carácter autónomo, es decir, la capacidad libre de crear sus propias normas, en definitiva, su dimensión ética, por la que se hace acreedor y generador de respeto, como sujeto de derechos y deberes. Por todo ello, afirmamos de cada persona su dignidad *inherente*, porque nunca se verá afectada por ningún acontecimiento o acto negativo que le pueda afectar, ni siquiera protagonizado por sí mismo, ni bajo circunstancia alguna. Y, como valor fundamental, desde ella siempre podrá rehacer su vida y acogerse a las posibilidades que esta le ofrece para hacerlo.

En consecuencia, la dignidad es la cualidad que corresponde al ser humano, en cuanto tal, en la integridad de todas sus dimensiones (racional, emocional y corporal), y a cada ser humano, en cuanto que pertenece a una misma especie. Tiene, por tanto, este doble sentido unitario. Su reconocimiento

²² Immanuel Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, (Madrid: Espasa Calpe, 1996, 3ª edición), 85.

²³ Cf. Rafael Amo Usanos, “La persona, ser valioso”, en José Manuel Aparicio Malo (coord.), *Apuntes de la asignatura “Cristianismo y ética social”* (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2021), 100-101. También seguimos las reflexiones de María Luisa Marín Castán, “La dignidad humana, los derechos humanos y los derechos constitucionales” en *Revista de Bioética y Derecho*, nº 9, enero 2007, 1-3, <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/7833>, última revisión el 23/06/2022 y de Ángela Aparisi Miralles, “El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global”, en *Cuadernos de Bioética* XXIV, 2013/2ª, 205-210 y 215-218, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87528682006>, última revisión el 03/07/2022.

no es atribuible de manera arbitraria sólo a determinadas personas, ni está sólo en función de su mayor o menor conciencia y capacidad racional, sino que incluye también su corporeidad. Y en ella radica la igualdad entre los seres humanos y se justifican tanto sus derechos como la obligación de ser defendidos. Por ello, tiene también una dimensión social, como desarrollo de los deberes de respeto hacia sí mismo y hacia los demás y del cuidado mutuo.

Desde esta perspectiva se superarían dos tipos de planteamientos reduccionistas de la dignidad²⁴: en primer lugar, el de aquellas teorías de carácter mecanicista o biologicista que distingue los conceptos de vida humana y persona, llegando a afirmar que hay personas en vidas no humanas, como ciertos animales, a los que se les reconoce dignidad; o vidas humanas a las que no sería atribuible una condición personal, por lo que carecerían de aquella, por ejemplo, en el caso de bebés o de pacientes de enfermedades en que no se tiene ni conciencia ni capacidad de razonar²⁵. Todo ello se justifica desde la identificación del valor de la dignidad con la autonomía, afirmando que solo son dignas de considerarse personas aquellas que tienen autoconciencia de sí mismos y voluntad libre, o por su capacidad racional o por su sensibilidad para reaccionar al sufrimiento.

En segundo lugar, aquel planteamiento que afirma el valor del ser humano en razón de su utilidad para la sociedad. Suele relacionarse con el concepto de calidad de vida, de manera que determinados individuos son considerados como una carga o estorbo, o bien para sí mismos o bien para la comunidad, sobre todo, debido a su situación de dependencia o sufrimiento. En ambos casos la dignidad es algo que, o no se ha adquirido todavía, en un ser humano cuyas capacidades no se han desarrollado del todo o puede desaparecer en aquel momento en que se deterioran y pierden. Como es lógico, todo ello tiene mucho que ver con el fenómeno del suicidio y la ambigüedad que existe en nuestra cultura entre la necesidad de su prevención, para unos casos, y su tolerancia, para otros.

Precisamente, una de las razones que esgrimen aquellas personas que intentan quitarse la vida es que son un estorbo, reconociendo la inutilidad de su existencia y evitando así el sufrimiento de quienes están a su lado. Este tipo de pensamientos suelen estar relacionados con el estado de desesperanza en el que se encuentran y la pérdida de la autoeficacia que les impide gestionarla positivamente. Pero, un argumento aún más radical para llegar a esta conclusión errónea es el haber asumido, por sí mismas o inducidas directa o indirectamente por otros, aquella mentalidad que considera que uno puede perder su dignidad en algún momento. Lo cual produce en ellas un

²⁴ Cf. A. Miralles, op. cit., 210-215, en que se hace una crítica tanto a dos conceptos reduccionistas de la dignidad: el que la autora denomina *dualista o personista* y el *utilitarista*.

²⁵ Cf. R. Amo, *Vida y Ética*, 272-273.

sentimiento de irrelevancia absoluta que les conduce a forjarse una personalidad suicida y les capacita para quitarse la vida, precisamente bajo la idea de que así recuperarán la dignidad perdida.

En el caso de los adolescentes, esto suele ir asociado con la construcción de su identidad personal en ciernes, cuyos cimientos presentan grandes debilidades y se tambalean, debido a un trastorno depresivo no resuelto, conflictos familiares, acontecimientos estresantes, fracasos en relaciones afectivas o en los resultados académicos y otros factores de riesgo que cierran en el presente el paso a sus deseos futuros. Es en este momento cuando debe establecerse un acompañamiento coordinado de la persona afectada, en el que estén implicados aquellos familiares y allegados que formen parte de su entorno cercano y los profesionales de atención socio-sanitaria.

El objetivo fundamental es hacerle ver que es alguien importante, que siempre habrá alguien a su lado para apoyarle y que es merecedor de la atención que se le muestra y del afecto que recibe. Es necesario también aliviarle de la culpabilidad por sucesos del pasado, sobre todo, tras alguna tentativa, proponerle alternativas concretas de salida de su situación a través de pequeños propósitos y ofrecerle los apoyos para que vaya adquiriendo estrategias de autogestión de sus propios problemas. Lo que parece un fracaso se ha de ver como una oportunidad de reconstruirse como persona y volver a encontrar un significado a su propia existencia.

Por otra parte, tal y como referimos al hablar de los aspectos culturales que fomentan el suicidio, en la que se identifica dignidad con capacidad de autonomía de la persona, dificulta la valoración de la propia vida fuera de los momentos en que esta se manifiesta en la plenitud de sus facultades físicas, psicológicas e intelectuales, de cara a la experimentación de los límites de la propia libertad. Esta visión perfeccionista de la existencia personal, provoca una escasa tolerancia al sufrimiento, la precaria aceptación de los propios límites en función de las propias capacidades y de las frustraciones que se presentan en cada etapa de nuestra biografía personal.

En este sentido también se invoca la idea del bienestar individual, que incluye la adquisición de una serie de bienes de consumo que se vinculan a la confección de esta identidad perfecta para hacer a la persona diferente a los demás, acentuado supuestos rasgos distintivos y originales. Pero el resultado es bien diferente, ya que la sociedad posmoderna tiende a igualar y uniformar a los individuos. En el contexto de los adolescentes, la ansiedad producida por el deseo de vivir esta falsa idea de plenitud y la frustración de no poder satisfacerlo plenamente, por lo que su autoestima se ve muy deteriorada, hasta el punto de no sentirse dignos de sí mismos. Es en este momento en el que hay que reivindicar la estrecha vinculación entre el valor de la vida humana, la dignidad de la persona y el hecho de su vulnerabilidad.

En efecto, es necesario transmitir y ayudar a interiorizar en niños, adolescentes y jóvenes la idea de que el ser humano tiene en la debilidad que le constituye no un impedimento sino un motivo para el reconocimiento de sí mismo, de sus virtudes y potencialidades, y el fundamento real de la construcción de su personalidad, una vez que se va tanteando y aceptando el alcance de las propias limitaciones. Y, no solo eso, sino que es en aquellos momentos en que la persona se encuentra más vulnerable cuando se desvela con más claridad la verdad de la propia existencia, su justo valor y la dignidad de su ser persona, libre y al mismo tiempo dependiente de los otros²⁶. Es precisamente este valor de la autonomía relacional lo que vamos a tratar en el siguiente punto.

2.3. La autonomía relacional y vulnerabilidad

La autonomía es un concepto fundamental del pensamiento moderno que hace referencia a la capacidad de las personas de pensar por sí mismas, elegir libremente sus propias normas y actuar en consecuencia, sin dejarse coaccionar por imposiciones externas. Es decir, significa autogobierno y autodeterminación. Por eso, está relacionada con la racionalidad del individuo, que le permite valorar críticamente la realidad en la que está implicado, discernir sus propias preferencias y establecer un orden de prioridad o jerarquía entre ellas. Implica también la independencia de la persona respecto a las circunstancias ambientales e incluso de los propios prejuicios para tomar sus propias decisiones²⁷. En definitiva, la autonomía se identifica con el valor de la libertad y, tal y como Kant afirmara, manifiesta la dignidad del ser humano.

Esta mentalidad nació en un contexto de emancipación respecto al autoritarismo del Antiguo Régimen y supuso la exaltación del sujeto individual, que reivindica sus derechos frente a toda intromisión en la vida privada y la búsqueda de la felicidad de acuerdo a los propios intereses. Por ello, junto a la racionalidad, el pensamiento liberal relaciona la autonomía con la posibilidad de alcanzar un nivel adecuado de placer. En el trasfondo de todo esto, se sitúa una antropología reduccionista, basada en una visión del ser humano completamente desvinculado e independiente, sin más responsabilidad que la del cuidado de sí mismo. Además, plantea un ideal de racionalidad que

²⁶ Cf. R. Amo, “El valor de la vida en una sociedad envejecida”, 98.

²⁷ Cf. Lourdes Gordillo Álvarez-Valdés, “¿La autonomía, fundamento de la dignidad humana?”, en *Cuadernos de Bioética*, Vol. XIX, nº 66, 2008/2ª, 240-244, <http://aebioetica.org/cuadernos-de-bioetica/archivo-on-line/2008/n-66-mayo-agosto.html>, última revisión 26/06/2022; también Silvina Álvarez, “La autonomía personal y la autonomía relacional”, en *Análisis Filosófico*, Vol. XXXV, nº 1, mayo 2015, 16-20, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=340042261002>, última revisión 26/06/2022.

supone un nivel de consciencia, de madurez intelectual, de salud óptima y de absoluta independencia de cualquier referencia externa que no se corresponde con la realidad del ser humano²⁸.

También late aquí una visión dualista del hombre, originada con la filosofía cartesiana, que distingue entre *res extensa* y *res cogitans*, entre el mundo material-biológico y la racionalidad pensante²⁹. Lo que define al ser humano es su subjetividad, entendida autoconciencia racional, radicada en el cerebro, dejando en un segundo plano la materialidad de su vida biológica, su corporalidad. Por lo tanto, su autonomía nace del yo individual, reflexivo y ensimismado, frente a la sensibilidad y la relacionalidad que se establece desde su cuerpo, que tiene un mero valor de propiedad y utilidad. En consecuencia, su dignidad y libertad está definida por el desarrollo de sus capacidades psicológicas e intelectuales, desde las que elige según sus intereses. Esto no significa que se descuide el cuerpo. Pero sólo habría que atenderlo en la medida en que requiere de unos cuidados mínimos para su sostenimiento, como mero soporte de nuestra vida racional, para evitar el dolor que nos pueda hacer sufrir y fomentar las experiencias placenteras.

Esta perspectiva antropológica deriva en una concepción ética de carácter hedonista y, en consecuencia, egoísta, que ha llegado hasta nuestros días bajo la propuesta de muchos planteamientos éticos neoliberales. Concretamente dicha mentalidad individualista fue el caldo de cultivo en el que se desarrolló inicialmente la bioética³⁰. Esto ha provocado que en determinados autores se sobrevalore la autonomía como principio fundamental para resolver los conflictos morales, ante los que se debe reclamar los derechos del individuo de manera abstracta, sin atender a las circunstancias de su entorno, por encima de otros valores en juego que puedan coartar su voluntad libre, al exigirle determinados deberes. Y, lo más grave aún, sin atender suficientemente a su historia particular, ni a su entorno de relaciones, ni a sus propios valores y creencias, suponiéndole una capacidad de decidir de la que no siempre dispone.

Es evidente que esta mentalidad liberal no tiene en cuenta que el ser humano, tanto desde sus orígenes como especie como en cada etapa de su existencia, es un ser dependiente y vulnerable, muy condicionado por el entorno, en muchas ocasiones hostil, al que tiene que adaptarse pero que también

²⁸ Cf. Janet Delgado Rodríguez, “Nuevas perspectivas bioéticas: autonomía relacional”, en *ENE. Revista de Enfermería*, vol. 6, nº 1, abril 2016, 36-37, <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/8>, última revisión 26/06/2022.

²⁹ Cf. Rafael Amo Usanos y Carlos Gómez-Vírseda, “COVID-19, el impulso definitivo para la autonomía relacional”, en Rafael Amo Usanos y Federico de Montalvo Jääskeläinen (ed.), *La humanidad puesta a prueba. Bioética y COVID-19* (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2020), 90. También Rafael Amo Usanos y Carlos Gómez-Vírseda, “Relational autonomy: lessons from COVID-19 and twentieth-century philosophy”, in *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21 june 2021, <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10035-2>, última revisión el 27/06/2022.

³⁰ Cf. J. J. Ferrer y J. C. Álvarez, *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea* (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2003), 65-75, en que se describe los orígenes de la bioética en un contexto de reivindicación de las libertades individuales y de la autonomía frente a los abusos en investigación biomédica. J. Delgado afirma también algo semejante, cf. ver cita anterior. También R. Amo y C. Gómez-Vírseda, “COVID-19, el impulso definitivo a la autonomía relacional”, 97.

necesita para su supervivencia, y radicalmente social. Es en un contexto de interdependencia y colaboración mutua desde donde construye su vida y donde aprende a tomar decisiones y a ejercer su libertad. Por lo tanto, una antropología más adecuada a la realidad del ser humano debe comprender su autonomía a partir de su vulnerabilidad porque, «como seres humanos, debemos llegar a ser autónomos, precisamente porque somos vulnerables y nuestro horizonte, nuestro objetivo es la búsqueda de esa autonomía»³¹. Aquí radica además el origen de nuestra moralidad³².

Esta condición antropológica frágil y finita, de la que participamos todos como seres humanos, tiene un componente social, ya que nos confronta con las condiciones externas para prevenimos de posibles daños y descubrir qué posibilidades tenemos para mejorar nuestra situación actual, conforme a nuestras preferencias. Por eso, la vida es algo que recibimos pero que está por hacerse, por construirse, y, esto no puede realizarse en solitario, sino manteniendo una serie de vínculos a través de nuestras relaciones interpersonales y con el entorno. Descubrimos la conciencia de nosotros mismos (el yo) a través de la conciencia del otro (el tú), al trascendernos a nosotros mismos, es decir, que el proceso de humanización es, al mismo tiempo un proceso de socialización. Y es en este contexto de donde surgen y donde deben resolverse los conflictos éticos que afectan a las personas, o por su especial situación de vulnerabilidad o por sufrir un daño por parte de otros³³.

A todo ello cabe añadir el valor de la corporalidad como una dimensión esencial que define al ser humano, integrada en su unidad personal junto con las demás dimensiones que lo caracterizan, que interacciona con ellas de una manera dinámica para el desarrollo de su biografía y que, por lo tanto, goza de la misma dignidad que se predica de todas en su conjunto. El cuerpo es, en consecuencia, un factor necesario para hacer posible la autonomía de la persona, ya que acompaña a la persona en su crecimiento y maduración constantes, permitiendo el desarrollo de su conciencia racional y moral y siendo su soporte necesario antes de su aparición e incluso después de su eventual pérdida. Y es precisamente, a través de él, donde se manifiesta de manera nítida la vulnerabilidad del ser humano, su interdependencia respecto a los otros y su dimensión relacional.

Esto nos lleva a concluir, en primer lugar, que la autonomía encuentra su justo valor en un contexto relacional, en la alteridad, donde aprendemos a adquirir nuestros propios criterios, conforme a unos conocimientos adquiridos a través de la experiencia, a tomar conciencia de nuestros límites y a autogestionarnos. Y, en segundo lugar, en ese proceso de aprendizaje en el que reconozco mi propia

³¹ J. Delgado, op. cit., 38. La autora llega a esta conclusión desde la filosofía de Paul Ricoeur, en que habla del ser humano que construye su autonomía desde su fragilidad.

³² Cf. Jorge José Ferrer y Juan Carlos Álvarez, op. cit., 36-38. También D. Gracia, *Bioética mínima*, 26-31.

³³ Cf. Id., 38-40. También S. Álvarez, op. cit., 21-24, L. Gordillo, op. cit., 250-252, R. Amo y C. Gómez-Vírseda, “COVID-19, el impulso definitivo para la autonomía relacional”, 97-102.

dignidad y la del otro, surgen también una serie de deberes no solo para conmigo mismo sino para con los demás y para con la comunidad a la que pertenezco. De aquí nace entonces una ética de la corresponsabilidad o responsabilidad compartida y la necesidad de desarrollar una educación en valores para que la persona asuma este compromiso a partir de la maduración de su autonomía relacional.

En definitiva, este proceso de verdadero empoderamiento permite que cada individuo sea protagonista de su vida y asuma su condición de ser humano libre capaz de tomar propias decisiones, a partir de su realidad concreta, y de participar responsablemente en la vida social. Por eso, tanto a la hora elegir por sí mismo, de acuerdo a sus valores y preferencias, como a la hora de comprometerse con los otros, las decisiones individuales siempre serán compartidas y viceversa, un proceso de toma de decisiones colectivas requerirá de la implicación de cada uno de los participantes³⁴. De ahí que la escucha, el diálogo, la empatía y la compasión sean valores que forman parte de esa necesaria acción educativa.

Cuando se reivindica el suicidio como expresión de la radical libertad y dignidad del ser humano se está presuponiendo, como es lógico, que dicho comportamiento implica la voluntariedad de la persona de quitarse la vida. De hecho, se defiende como opción suprema de la voluntad individual humana, de su deseo de ser él mismo a la hora de elegir el momento de la propia muerte, antes de que el deterioro físico o mental, la enfermedad o cualquier contratiempo la precipiten sin que uno mismo intervenga. Cuanto mayor sea la voluntariedad de un acto el compromiso ético de la persona será también mayor³⁵. Por eso se sacraliza el acto suicida como manifestación de moralidad superlativa, dotándolo de tintes de ejemplaridad, e incluso se llega a hablar de muerte digna y/o del derecho a morir con dignidad.

Pero, según hemos afirmado sobre la interdependencia y la relacionalidad como condición de posibilidad del desarrollo de la propia autonomía, aquí se incurre en una doble contradicción. La primera es que no se puede oponer la vida a la libertad, porque esta no puede madurar sin la otra. Y si aquella es eliminada, desaparece definitivamente la posibilidad del ser humano libre, al desvanecerse el contexto desde el que proyectar su futuro³⁶. Ni tampoco se realiza la autonomía actuando contra la dignidad de la persona, sacralizando un acto que destruye a la persona. Tal y como hemos mostrado, no se puede ser libre prescindiendo del cuerpo, aunque ello suponga la necesidad de aceptar su

³⁴ Cf. J. Delgado, o. cit., 40-41.

³⁵ Manel Bousoño García, Ángel García Prieto y M^a Teresa Basarán Fernández, “Prevención de las conductas suicidas: aspectos bioéticos y morales”, en *Cuadernos de Bioética*, vol. X, n^o 40, 1999/4^a, 646-648, <http://aebioetica.org/revistas/1999/4/40/644.pdf>, última revisión el 27/06/2022.

³⁶ Cf. E. López Azpitarte, *Ética y vida*, 206.

debilitamiento y atenderlo cuando padecemos dolor. Al contrario, se es más autónomo en la medida en que se trata de responder de forma efectiva a la vulnerabilidad, propia y de los otros, a partir de la corresponsabilidad y la toma de decisiones compartida en que la persona se encuentra acompañada y empoderada.

La segunda contradicción es la de justificar el suicidio en una inexistente voluntad absolutamente libre e incondicionada. Es verdad que, tal y como hemos estudiado, es necesaria una capacidad suicida a partir de una personalidad asumida que provoca la decisión y ejecución de dicho acto. Por lo tanto, es necesaria «la presencia de cierto grado de intención de acabar con la propia vida»³⁷. Pero dicho comportamiento está claramente influido por una serie de factores condicionantes, internos y externos a la persona, que provocan en ella un impulso y un movimiento autodestructivos, influyendo en la intencionalidad de quien lo realiza. Además, es una falacia teórica la separación de la intención y el acto moral en sí, como si la persona se desdoblase para tomar una decisión, que revela la contradicción interna del suicidio, en la que un sujeto realiza y padece la acción al mismo tiempo, se hace objeto de la misma. Este mito del trascenderse a sí mismo para alcanzar la plenitud de su ser libre lo han manifestado en algunos artistas, que han pintado en un cuadro su propio suicidio.

Todo ello pone en duda la justificación del suicidio como manifestación de la autonomía, más bien parece una mala gestión de la misma, a partir de la ausencia de un adecuado discernimiento y en el que se toma una opción equivocada³⁸. En palabras de Francisco Villar, el suicidio

«es un error, una decisión unilateral y no compartida con los que rodean a quien se quita la vida; una forma de cambiar un dolor transitorio y superable por una opción definitiva, que deja en su lugar un dolor infinitamente mayor, irreparable y casi insuperable».³⁹

Es más, para que una persona aspire a ser libre, es necesario educar y fortalecer su voluntad, tanto desde el control de los propios impulsos y la valoración crítica de su estilo de vida (de sus preferencias y de su conducta), como tomando distancia de las influencias del entorno, para saber tomar sus propias decisiones. Por eso, en una voluntad verdaderamente libre siempre se buscarán posibles alternativas, en un contexto relacional de toma de decisiones y conforme a su dignidad, para garantizar los deberes de cuidado, de alivio del sufrimiento y de protección de la propia vida, nunca para su daño y destrucción. Optamos aquí, en definitiva, por «el valor de una libertad que crece y madura con el tiempo frente a aquella que se apaga de inmediato y sin ningún horizonte»⁴⁰.

³⁷ Francisco Villar Cabeza, *Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia* (Barcelona: Herder, 2022), 233.

³⁸ Diego Gracia, en su crítica al criterio de intencionalidad, habla de fallo en el proceso de deliberación, relacionándolo con los problemas morales del final de la vida en *Bioética Mínima*, 149-153.

³⁹ F. Villar, op. cit., 234.

⁴⁰ E. López Azpitarte, op. cit. 206.

En el caso de los adolescentes, hemos de tener en cuenta que su capacidad de autonomía está en un momento iniciático dentro de su proceso de maduración y se mueven en un contexto vital de dependencia de los adultos, pero donde empiezan a reivindicar cierta independencia a la hora de tomar sus propias decisiones. Por eso viven deseos contradictorios, que se muestran en la necesidad de estar solos al mismo tiempo que reclaman afecto y atención, en el distanciamiento e incluso rebeldía respecto a los adultos y la búsqueda de su protección, entre la creación de un mundo propio y la necesidad del reconocimiento de los otros, especialmente de sus iguales. Por eso es una etapa especialmente propicia para formarles en el valor de una libertad vinculada, o en una interdependencia que hace posible la autogestión del propio proyecto de vida a través de la construcción de su identidad.

Pero, también por eso, es una etapa especialmente vulnerable, propicia a asumir un comportamiento suicida, tal y como hemos analizado previamente, si dichas necesidades de afecto no están cubiertas, o se les deja solos ante sus problemas, cuando las relaciones más cercanas son conflictivas y tóxicas y si sus vínculos se diluyen en relaciones poco estables. Este aislamiento progresivo hace perder al adolescente las referencias personales en las que encontrar los apoyos necesarios y anula su receptividad a los afectos, al sentirse culpable de la situación. Incluso llega a preferir la invisibilidad a sufrir el rechazo y el desprecio de los otros.

Si a esto le añadimos otros factores de riesgo, nos encontramos en una situación límite en la que el chico o la chica desarrollan un proceso suicida, como única salida posible de la misma. O dicho según el contexto de nuestra reflexión, no ha podido ser verdaderamente libre porque se ha anulado su capacidad para ejercer y madurar su autonomía en ciernes. De ahí que ante estas situaciones sea clave el acompañamiento y la atención constante del adolescente, de manera que vaya encontrando los referentes personales a los que vincularse para romper su soledad patológica. En ese contexto podrá establecerse un proceso de diálogo y confrontación con su realidad, para aceptar su pasado cambiar de perspectiva a la hora de interpretarla.

Ello le permitirá despejarse de la mirada distorsionada que no le ayudaba a descubrir señales esperanzadoras en esa misma situación y tener la lucidez necesaria para desenmascarar la lógica perversa que le provocaba esa intencionalidad suicida, para comprender la causa de las reacciones que le impulsaban a tener conductas autolesivas y a desarrollar estrategias para curar esa tendencia. De esta forma, recuperará la auténtica intencionalidad de una persona libre: apostar por vivir en plenitud.

Dicho acompañamiento se ha de realizar, especialmente desde la terapia psicológica, en colaboración con educadores, familiares y allegados, a través de la relación de ayuda. En ella aprende a gestionar el dolor y se le ayuda a empoderarse, en la medida en que va sabiéndose capaz de dominar

su impulsividad, se hace responsable de forma progresiva de su situación y es capaz de asumir unos compromisos, contrastados con el profesional, de cara a su mejora y normalización de su vida cotidiana. Finalmente, la aceptación de su vulnerabilidad le ayudará tanto a ser responsable de sí mismo como a ser responsable de los demás, y se verá capaz de poder cuidar de otras personas que estén pasando por situaciones parecidas.

2.4. La justicia que reclama la vulnerabilidad

La vida humana es esencialmente comunitaria y se construye sobre la base de las relaciones de reciprocidad. Ya hemos visto que, desde un punto de vista biológico, nuestra vulnerabilidad nos hace interdependientes y nos ha hecho desarrollar nuestro carácter social, ser corresponsables en nuestra adaptación al medio y en el cuidado de unos a otros, para evitar cualquier daño y garantizar la supervivencia de nuestra especie. Por eso, somos también seres morales, inclinados a hacer el bien y a rechazar el mal, y toda comunidad humana que se precie de serlo y que quiera asegurar su continuidad debe ser una comunidad moral. En efecto, para poder desarrollar nuestro proyecto de vida necesitamos de las contribuciones positivas que nos proporcionan los demás, como el afecto, el cuidado, la prevención frente a cualquier riesgo, la confianza y la intimidad⁴¹.

Pero los demás requieren también de nuestras aportaciones, fruto del sentido de la responsabilidad del que nace nuestro compromiso con los otros, de nuestra atención y cuidado. Y ello porque «la comunidad humana está inevitablemente constituida por seres vulnerables, que necesitan la protección y el calor de la comunidad moral para poder subsistir y florecer»⁴². Esto es algo evidente sobre el papel, pero cuando las sociedades crecen, no solo en el número de sus miembros, sino en la complejidad de sus relaciones y de sus diferentes niveles, no está tan claro que los deberes de cuidado y protección estén asegurados. Más bien resulta un problema del mundo contemporáneo y global la desatención a los ciudadanos más vulnerables, aunque la sensibilidad para su defensa y promoción sea una preocupación constante, de manera que muchas iniciativas logren paliar la situación.

Por este motivo, el concepto de vulnerabilidad, como expresión de la condición de fragilidad y susceptibilidad al daño del ser humano, ha pasado de tener un significado más amplio que el antropológico y se habla de poblaciones vulnerables, atendiendo a la situación de determinados grupos o sectores de la sociedad afectados especialmente por las desigualdades o por problemas ambientales (minorías étnicas, mujeres, infancia, población indígena, habitantes de suburbios, etc.).

⁴¹ Cf. J. J. Ferrer, J. C. Álvarez, *Para fundamentar la bioética*, 44-45.

⁴² J. J. Ferrer, J. C. Álvarez, op. cit., 44.

Incluso se usa en términos de protección de la naturaleza, cuando determinados ecosistemas, o el planeta mismo, se ven amenazados por el deterioro medioambiental. En este sentido se habla también de situaciones vulnerables o situaciones de vulnerabilidad⁴³.

En el contexto de la bioética, también ha habido una evolución de este término, pasando de usarse en el contexto de investigación biomédica y clínico, de cara a la protección del paciente frente a las actuaciones maleficientes de científicos y profesionales sanitarios y a reivindicar su autonomía, a adquirir un sentido más social, poniendo el foco de atención en la realidad de la injusticia social y la falta de respeto a los derechos humanos, concentrados en torno al valor de la dignidad⁴⁴. De ahí que haya sido reconocido como uno de los principios europeos de la Bioética (junto al de autonomía, integridad y dignidad) y desde él se ha desarrollado una ética de la solicitud o responsabilidad, de la compasión, de la protección y del cuidado, o, dicho de forma más apropiada, una ética que asuma esos valores, como parte de su estatuto epistemológico, y los promueva como deberes. No olvidemos, en este sentido, que la condición vulnerable del ser humano ha dado origen a la misma ética.

Pero una sociedad que detecta dichas situaciones de vulnerabilidad y que quiere desplegar una serie de deberes para resolverlas de forma adecuada, debe ser capaz de distribuir de manera equitativa aquellos bienes que considera fundamentales para el mantenimiento, cuidado y promoción de la vida de cada uno de sus miembros, poniendo especial atención en aquellos que sufren un mayor daño o se encuentran más desatendidos. En consecuencia, es necesario reclamar la participación de la justicia como principio activo de una sociedad que se reconoce, ante todo, desigual. En el ámbito de la bioética, se suele hacer un uso del término en el sentido de la justicia distributiva, en un contexto de escasez de recursos o de mal reparto de los mismos.

Por ello, podemos definirla, en sentido formal, como «la distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades o cargas de la sociedad»⁴⁵. Este concepto genérico, requiere de una mayor concreción, por la complejidad de las situaciones conflictivas de la propia sociedad y por la necesidad de dar contenido al sentido de la equidad. De ahí que, apelando a Aristóteles, se suele hablar del deber de la sociedad de tratar casos semejantes de la misma forma, distinto al trato desigual que requieren situaciones diferentes. Al mismo tiempo, se habla del deber de no hacer daño y de la prevención del mismo⁴⁶.

⁴³ Cf. Lydia Feito Grande, “Vulnerabilidad”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 30, suplemento 3, 2007, 8-11.

⁴⁴ Cf. Id., 13-15.

⁴⁵ J. J. Ferrer, J. C. Álvarez, *Fundamentos de bioética*, 141

⁴⁶ Cf. Id., 141-142 y 480.

Pero, para que no se quede en una mera abstracción, caracterizada por una aparente neutralidad e imparcialidad, de manera que quede luego al arbitrio de los intereses de la autoridad o de las instituciones la decisión de cómo aplicar este principio, desde la tradición feminista, promotora de las éticas del cuidado, han exigido que la respuesta a la pregunta de qué es lo justo se tome en razón de cada situación concreta. La justicia sería entonces la respuesta a las necesidades de esta persona en estas circunstancias particulares en que está viviendo⁴⁷.

Esta definición estaría en consonancia con el sentido de justicia social desarrollado a través de los principios de la Doctrina Social de la Iglesia, sobre la base del reconocimiento de la dignidad de la persona humana. Y, en este contexto de vulnerabilidad en que estamos situados, destacamos los principios del bien común y de la solidaridad. El primero habla de las condiciones básicas que debe tener una sociedad para garantizar la realización de los fines de las asociaciones y de cada uno de sus ciudadanos que la forman. El segundo de la empatía y la compasión con la que una persona libremente decide atender a las necesidades de otra persona en particular o de un grupo de personas, comprometiéndose así en favor del bien común⁴⁸.

En definitiva, la justicia alude, desde esta perspectiva, a la exigencia de un contexto social en el que se garantice la continuidad de la vida, se respete el valor de la dignidad humana y sea posible la realización de la autonomía de cada persona en un contexto relacional, atendiendo a su vulnerabilidad. Y en el confluyen tanto los derechos como los deberes de cada uno de los ciudadanos que pertenecen a dicha sociedad, que deben comprometerse solidariamente en la consecución del bien común.

Respecto al tema que nos ocupa, ya hemos hecho referencia a la necesidad de la inversión en recursos tanto humanos como económicos para la atención a los problemas de salud mental y para el trabajo de prevención del comportamiento suicida en adolescentes. Es una exigencia reclamada de forma insistencia por los especialistas implicados en dichos problemas de relevante incidencia social y por las asociaciones que atienden a personas y familias afectadas por ellos. En el reciente informe publicado por la Fundación ANAR para la atención a la infancia y la adolescencia de 2021, se confirma el aumento de casos atendidos tanto de ideación y de autolesiones como de tentativas de suicidio, en los que se ha respondido a las peticiones de ayuda directamente con menores e indirectamente con algún familiar de los mismos⁴⁹.

⁴⁷ Cf. Id., 271.

⁴⁸ Cf. *Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia*, n° 164 (sobre el bien común) y n° 193 (sobre la solidaridad). https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_sp.html, última revisión, el 28/06/2022. Sobre la necesaria confluencia de justicia y solidaridad ver también L. Feito, op. cit. 17-19, donde sigue el planteamiento de Adela Cortina.

⁴⁹ Cf. Fundación ANAR, *Informe anual. Teléfono/chat ANAR 2021*, publicado el 17 de junio de 2022, <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/04/INFORME-TELEFONO-CHAT-ANAR-2021-VFINAL.pdf>, última

Dichas conductas se relacionan con el aumento de casos de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales, de baja autoestima, de conflictos intrafamiliares, de incremento de las adicciones, de uso inadecuado de las redes, relacionado con situaciones de acoso y violencia de género, etc. Y se sitúan en un contexto social enrarecido, donde los adolescentes pasan mucho tiempo solos, sin las referencias personales de su entorno cercano para ayudarles a afrontar sus problemas y ser escuchados y acompañados en la gestión de sus emociones.

Ello produce un incremento de los conflictos con los adultos, a la hora de comunicarse y aceptar sus normas. Y, al reducirse las horas de ocio y tiempo libre, sus vínculos son más débiles, especialmente con sus iguales, por lo que tienen menos estímulos positivos externos. A su vez, se ven indefensos ante las situaciones de violencia en la familia y de acoso escolar, que se prolongan en el tiempo y para los que no encuentran recursos a la hora de pedir ayuda. Muy vinculado ello está el uso de las nuevas tecnologías sin apenas control de los adultos, lo cual influye en su manera de reaccionar emocionalmente ante las dificultades.

En dicho informe también se detallan una serie de reivindicaciones para afrontar este problema, que, desde el presente trabajo, asumimos como verdaderos deberes de justicia: más recursos especializados, junto a un mayor número de profesionales contratados y formados para atender estas situaciones; la creación de la figura del psicólogo especialista en infancia y adolescencia; la reducción de listas de espera y una mayor frecuencia en las citas; la implicación de profesores y su formación en inteligencia emocional; la ayuda a las familias con menos recursos para que los menores puedan ser atendidos; la asistencia psicológica a los hijos de padres separados o en situaciones de maltrato, acoso, depresión, etc.; la implementación de medidas de bloqueo y la prohibición de contenidos inadecuados en internet y una mejor regulación del acceso de los menores a la red.

Pero, junto a estas medidas concretas y específicas para la prevención del suicidio infanto-juvenil, el valor de la justicia exige la puesta en práctica de un recurso educativo que siempre ha estado en la preocupación de todos pero que no se ha aplicado de forma eficaz. Nos estamos refiriendo a la formación de los menores en valores éticos, dentro del deber de garantizar su derecho a la educación, más allá de que pueda existir o no alguna asignatura específica sobre el tema⁵⁰. Es, a nuestro juicio, la mejor forma de proporcionarles las herramientas que necesitan para afrontar los

revisión el 28/06/2022; es de gran interés todo el informe, nos centramos aquí en sus conclusiones: 42-57. También insiste en la inversión en recursos la Fundación para la prevención del suicidio en España, en el *Observatorio del suicidio en España 2020*, <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>, última revisión el 28/06/2022.

⁵⁰ Cf. Adela Cortina, “Educar en valores éticos”, *El País*, 26 de julio de 2018, https://elpais.com/elpais/2018/07/23/opinion/1532365199_568677.html, última revisión el 28/06/2022. También José Antonio Marina, “Valores y virtudes”, publicado el 1 de abril de 2013, actualizado el 6 de septiembre de 2021, <https://www.joseantoniomarina.net/articulos-en-prensa/valores-y-virtudes/>, última revisión el 28/06/2022; y Víctor R. Huaquín Mora, “Ética y educación integral”, *Paideia*, vol. 19, 1998, 162-165.

problemas que les genera y plantea esta sociedad, en la que se encuentran en una situación de desamparo y les hace especialmente vulnerables. Dicha educación en valores, debe tener tres características fundamentales.

En primer lugar, ser transversal a todas las asignaturas, tanto desde las programaciones didácticas de cada una como en la programación general anual de todo centro educativo, incluido el plan de acción tutorial, de manera que cuente con la implicación de todos los profesionales del entorno educativo. En segundo lugar, debe plantearse en orden a una jerarquía de dichos valores, no como una amalgama de temas y actividades sin ningún tipo de fundamentación ética, teniendo siempre en cuenta la pluralidad social. Y, por último, debe orientarse hacia la formación en la corresponsabilidad, a partir de una clarificación tanto de los derechos como de los deberes que emanan de esos valores éticos, de manera que se eduque en el discernimiento moral y en la toma de decisiones compartida⁵¹. Estaríamos hablando entonces de una educación moral, con valores, en orden a la madurez del adolescente en todas sus dimensiones.

Junto a estas características, dicha formación ética debe orientarse hacia la adquisición de un estilo de vida definido por lo que viene denominándose como inteligencia emocional⁵². Para ello ha de tener como eje el desarrollo y cuidado de la interioridad, que incluya la adquisición de conocimientos mediante el ejercicio del silencio, la reflexión, la valoración del esfuerzo, la gestión de las propias emociones y de las habilidades sociales que favorezcan una buena comunicación de opiniones y sentimientos⁵³. En ello, tiene mucho que ver el desarrollo de capacidades para el diálogo, la empatía y la compasión, de cara al mantenimiento de unos vínculos basados en la confianza y la reciprocidad. Del mismo modo, se debe formar a la persona para la resiliencia, de manera que sepa aceptar y encauzar las situaciones de agobio, frustración y dolor, como parte inevitable de la vida⁵⁴.

En definitiva, debe ser una formación que reconozca los valores fundamentales de la vida y la dignidad de la persona, que eduque en la libertad y en la responsabilidad, que fomente la solidaridad con los más desprotegidos y que prepare a ciudadanos comprometidos personal y profesionalmente con el bien común. Una educación que transforme la sociedad desde la difusión de unos valores

⁵¹ Cf. Agustín Domingo Moratalla, “El menor en las políticas públicas”, en Javier de la Torre (ed.), *Adolescencia, Menor Maduro y Bioética* (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2011), 160-161, donde critica una educación a los adolescentes basada en los derechos sin responsabilidades y sin una jerarquización de los valores éticos.

⁵² Cf. José Antonio Marina, “Precisiones sobre la educación emocional”, *Revista interuniversitaria sobre formación del profesorado*, vol. 19, nº 3, diciembre 2005, 39-40, <https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927003.pdf>, última revisión el 28/06/2022. El autor defiende ahí la necesidad de unir una educación emocional con una educación ética sobre la base de la dignidad humana.

⁵³ Cf. Carmen Jalón Olivares, *Crear cultura de interioridad. En el aula, en la pastoral y en la vida diaria* (Madrid: Khaf, 2014), 23-35.

⁵⁴ Cf. Pedro Ortega Ruiz, “Ética y educación: una propuesta educativa”, *Revista virtual REPIDE*, año 7, vol. 8, agosto de 2018, 32-35, <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/539>, última revisión el 03/07/2022.

culturales comunes, pero con la solidez suficiente como para plantear una alternativa a la cultura del individualismo, el consumismo y el entretenimiento en que se diluyen las expectativas de futuro de tantos adolescentes. Y sobre los que cada persona pueda encontrar un significado para su vida y desarrollar su identidad personal desde lo más genuino de sí mismo. En suma, una educación moral y, al mismo tiempo y, por eso mismo, preventiva.

Concluimos este capítulo reconociendo la enorme complejidad del hecho del suicidio en cuanto problema moral y cómo está afectando a la conciencia de los adolescentes, que lo contemplan como una solución que tienen a su mano cuando pasan por un momento tan difícil que les desborda su capacidad de interpretarlo, de gestionarlo y de afrontarlo. Es un recurso o, mejor dicho, un mal recurso que está ahí, presente en una cultura que lo sigue rechazando y estigmatizando, pero que, al mismo tiempo, es aceptado y valorado como una vía plausible cuando parece que la vida no da para más.

Y hemos tratado de responder a esta ambigüedad poniendo cierto orden en el debate, a partir de una serie de bienes éticos fundamentales que se sustentan sobre el valor de la vida y que deben tener su reflejo en la sociedad a través del sentido de la justicia, para que se promueva convenientemente la dignidad del ser humano libre, a partir del reconocimiento de su vulnerabilidad. Nuestra finalidad ha sido ofrecer un soporte moral, desde la perspectiva de la bioética, sobre el que apoyar el esfuerzo de prevención del suicidio de niños, adolescentes y jóvenes, que desde tantos ámbitos se está tratando de conseguir. Una propuesta que ha tratado de ir a la raíz del problema, la situación cultural y social en que se mueven nuestros menores, que necesariamente debe experimentar una transformación profunda sobre la base de dichos valores. Hacia esa esperanza queremos y debemos ir dando los pasos necesarios.

CONCLUSIONES FINALES

El presente trabajo nos ha permitido descubrir la verdadera dimensión de este problema del suicidio y las graves consecuencias que tiene para nuestra sociedad. De su estudio hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1) Hemos constatado que este fenómeno no se refiere a una serie de actos individuales, puntuales y aislados, motivados por una sola causa; ni están provocados por una voluntad plenamente firme de querer morir, como algo preferible a vivir. Se refiere más bien a una serie de conductas que expresan una situación de malestar de la persona y cuyo nivel de intensidad puede evidenciar un menor o mayor grado de riesgo de consumir el acto autolítico. A esto lo hemos llamado, comportamiento suicida, en el que se incluye tanto la ideación y la tentativa, en asociación con las conductas autolesivas, como el suicidio consumado.

2) El suicidio, como problema contemporáneo que afecta de manera alarmante a los sectores más jóvenes de nuestro entorno, ha entrado en el siglo XXI sin que haya visos de una disminución significativa de su incidencia, según los datos recogidos en España por los diferentes estudios acerca del tema. En efecto, los índices de prevalencia del comportamiento suicida de los últimos veinte años muestran una pertinaz constancia e incluso han ido en aumento, especialmente en niños y jóvenes. Así lo demuestran los últimos informes publicados por algunas instituciones dedicadas a su prevención, en los que reconocen que, mientras los factores de riesgo continúen estando presentes, tendremos que convivir con este problema⁵⁵.

3) Es necesario trabajar eficazmente, desde diversos ámbitos de actuación y de manera multidisciplinar, en su prevención, poniendo especial empeño en el abordaje del suicidio en la población infanto-juvenil. Es lo que se espera de una sociedad democrática y avanzada como la nuestra, que aspira a mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos y que queda seriamente interpelada ante su incapacidad para garantizar un nivel aceptable de bienestar para muchos de sus ciudadanos. Frente a ello, la mejor forma de reaccionar sería la de implementar un plan estratégico de carácter estatal que desarrolle un conjunto de líneas de acción concretas para los diversos sectores de la sociedad implicados especialmente en la atención ciudadana.

Dicho plan debería incluir una serie de campañas de sensibilización y de formación sobre el tema del suicidio, que incidan especialmente en la problemática de los adolescentes y que impliquen a

⁵⁵ Cf. J. Picazo, *El suicidio actual*, 237-242. Véanse también los informes de ANAR y FSME en cit. 49.

profesionales de la salud y de servicios sociales, psicólogos, educadores, responsables de recursos humanos, periodistas, personal de los servicios de urgencias, agentes de seguridad, etc. En ellas se ha de concienciar acerca de la necesidad de superar los mitos acerca del suicidio. También se deberían dar a conocer los factores de riesgo y de protección y enseñar a advertir los factores precipitantes y las señales de alerta, de cara a su detección temprana.

4) En cada sector profesional se deberían elaborar una serie de protocolos específicos de actuación y/o ponerlos en práctica. En ellos se han de concretar las medidas de intervención necesarias en cada caso, en función de los niveles de riesgo suicida. Concretamente en el caso de los adolescentes, se desarrollarían bajo la clave del acompañamiento personal, contando con la implicación de familiares, amigos, compañeros de clase y otras personas de su entorno, coordinados por el psicoterapeuta. Este establecería con la persona afectada una relación de ayuda que le haga confrontarse con su situación de desesperanza, afrontar las causas de su sufrimiento y abrirse creativamente hacia nuevas posibilidades. Y propondría las pautas de tratamiento necesarias para su recuperación.

5) Es fundamental la intervención directa de la escuela para que se convierta en una institución preventiva. Los adolescentes pasan mucho tiempo en el instituto y muchas de las experiencias decisivas para ellos se viven o inician en este contexto; también aquellas que provocan situaciones de riesgo autolítico. A veces se encuentran solos ante sus problemas, debido a la compleja relación establecida con los adultos, especialmente con padres y profesores. Se debaten entre su ansia de autonomía y la necesidad de afecto, reconocimiento y no sienten la cercanía de nadie que les ayude eficazmente, por lo que llegan a ver el suicidio único recurso. A ello se une la influencia de las nuevas tecnologías, que pueden contribuir a acentuar su estilo de vida solitario, a fomentar situaciones de acoso e incitar a las autoagresiones.

Por eso, el entorno escolar debe reaccionar ante este fenómeno tan complejo y poner a disposición de sus alumnos toda su infraestructura y sus recursos en la puesta en marcha de planes de actuación para la prevención de conductas suicidas. Para ello tienen que contar con la implicación de todo el personal del centro (equipo directivo, departamento de orientación, tutores, profesores y resto del personal no docente) y de todo el alumnado, mediante la formación en estrategias de detección precoz, de intervención y acompañamiento de adolescentes en situación clara de riesgo. Existen protocolos y guías para institutos y profesores, pero es necesaria la voluntad política y profesional para invertir recursos materiales y humanos en su difusión y su implementación. Nos preguntamos las razones por las que no se está haciendo ya con la contundencia necesaria, ante la elevada incidencia de los casos.

6) La prevención del suicidio requiere de un cambio hacia un nuevo modelo social, tanto en el ámbito de los contextos más cercanos a los adolescentes como en el espacio cultural, en general. Es aquí donde la bioética ofrece un inmejorable servicio a la adquisición de una mayor conciencia social acerca del auténtico valor de la vida humana, desde el que encuentra su verdadera dimensión el respeto a la dignidad de cada persona. Es en el reconocimiento de su condición débil, vulnerable y finita donde puede encontrar la fortaleza para desplegar las potencialidades de su existencia autónoma e interdependiente, libre y corresponsable al mismo tiempo.

Desde esta perspectiva es posible desenmascarar la incoherencia de una cultura que quiere prevenir aquello que directa o indirectamente fomenta o, cuando menos, tolera⁵⁶. Todo el mundo tiene claro que cualquier suceso en torno al suicidio en el que esté implicado algún adolescente es un hecho horroroso y que se debe abordar el problema para encontrarle una solución. Pero, por otro lado, sigue manteniéndose en diferentes ámbitos de nuestra sociedad la posibilidad del suicidio como expresión de libertad y de dignidad de la persona frente a los procesos de deterioro, limitación y sufrimiento que la vida lleva consigo.

De forma más sutil, se habla de llevar las experiencias vitales al límite, a la plenitud emocional, al heroísmo incluso. Al mismo tiempo, se busca alcanzar las metas que garanticen el confort y la calidad de vida, creando necesidades nuevas en forma de productos de consumo y generando mucha ansiedad si no se consigue alcanzarlas. La experiencia de vivir con poco y aprender a desenvolverse con ciertas limitaciones ha pasado de ser un valor a un factor de desprestigio y de sensación de fracaso.

Estos mensajes son recibidos por los adolescentes a través de las redes sociales y otros medios de comunicación, en forma de personajes reales o ficticios que protagonizan determinadas series; a través de anuncios publicitarios, de amistades virtuales vinculadas a *chats* y de los llamados *influencers*. Incluso pueden ser incitados al suicidio o a imitar conductas de riesgo a través de estos medios. Todo ello acentúa su impulsividad y dificulta su capacidad de tolerancia a la frustración. El mundo “de fuera” les parece aburrido y sin consistencia.

Además, la pluralidad de ideas, valores y creencias presentes en nuestra sociedad, siendo una riqueza sobre la que debemos apoyarnos para avanzar como sociedad, en muchos ocasiones generan contextos de desconcierto y malestar para la vida de las personas, especialmente de los más jóvenes. La dinámica individualista y competitiva, las situaciones de pobreza y precariedad social y el

⁵⁶ De ahí que algunos autores realicen una distinción, en nuestra opinión, artificial y confusa entre *suicidio*, como error prevenible, y *muerte voluntaria*, reservada para los casos de eutanasia y suicidio asistido, cf. F. Villar, *Morir antes del suicidio*, 233.

enrarecimiento de las relaciones sociales provocados por el estrés laboral, entre otros problemas, hacen que se favorezcan las soluciones rápidas y poco o nada reflexionadas, motivadas por la búsqueda del propio interés y la comodidad.

Al mismo tiempo, la carrera hacia este supuesto éxito vital ha privatizado y ocultado hechos tan naturales para la vida del ser humano como la enfermedad y la muerte, que solo en momentos excepcionales como la pandemia de COVID-19 que hemos vivido se han puesto de nuevo en el candelero público. Ello dificulta no solo la aceptación del dolor como parte de la vida y de la fragilidad de nuestra condición humana, sino también la comprensión de la misma. Este contexto cultural genera individuos y vínculos débiles, que fomentan la soledad, la falta de recursos personales para afrontar los contratiempos y la escasa tolerancia al sufrimiento.

Desde aquí, la muerte se vislumbra como algo etéreo, difuminado en el horizonte de los problemas del día a día, y que no se quiere afrontar por el supuesto miedo que genera confrontarse con ella. Por eso, ha perdido su fuerza interpeladora, como un problema existencial que plantea interrogantes radicales acerca del sentido de la vida, y ha pasado a percibirse como una solución a la que recurrir cuando los problemas nos desbordan. Esto favorece la capacidad para disponer del propio cuerpo, del que uno es poseedor, y libremente optar por desaparecer para evitar el deterioro, el sufrimiento y la frustración.

En definitiva, la persona inmersa en esta cultura se diluye en los intereses del individuo y se le da la espalda a todo lo que signifique debilidad, dolor y muerte, perdiendo así la capacidad de comprensión y aceptación del valor de la vida humana en toda su hondura. Toda esta mentalidad influye claramente en los adolescentes y en cómo viven sus expectativas de futuro. Por eso, es necesario dar una respuesta a esta mentalidad desde dentro de la propia cultura, tratando de establecer un orden de prioridad en los valores en juego y que entran en conflicto en determinadas situaciones.

7) Es imprescindible una educación moral de los adolescentes a través de una sólida formación en valores éticos que les ayude en su proceso de maduración. Esto pasa por ayudarles a superar los miedos e inseguridades propias de esta etapa de la vida y que les lleva a encerrarse en sí mismos, de manera que vayan adquiriendo progresivamente la fortaleza interior a partir de las propias convicciones y valores asumidos. Para ello, los procesos educativos deben ayudar a los chicos y chicas a saber tomar sus propias decisiones, a afrontar las dificultades con las que se encuentren y a valorar ellos mismos los riesgos y las consecuencias que esto conlleve. Y, no menos importante, es

vital que los adolescentes se formen en la empatía, la compasión y en el reconocimiento de los otros, en base a unos derechos y obligaciones⁵⁷.

Por eso, los centros educativos son un espacio fundamental para el acompañamiento en la maduración de los adolescentes y para la realización de su vida personal y social, como ciudadanos libres, corresponsables y solidarios. Para ello, deben encontrar entre el profesorado unos referentes personales de ejemplaridad y coherencia de vida, sobre la base de dichos valores éticos, que consideramos fundamentales, y que están presentes en la sociedad plural en la que vivimos.

Queda abierto el debate acerca de si, aun garantizando todas estas condiciones para el desarrollo pleno del propio proyecto de vida, en un contexto de reciprocidad, mediante la atención, el cuidado y acompañamiento mutuos ante las dificultades y en el sufrimiento, siga habiendo personas que, desde su conciencia libre, opten por acabar con su vida. Y si estas circunstancias deben regularse en determinados contextos para evitar situaciones aún más onerosas. Pero no es este el momento ni el espacio para hacerlo.

A ello debemos añadir el hecho de que el suicidio es un acto netamente individual, aunque puede ser incitado por otros o realizado en grupo, y que depende, en cierto modo, de la voluntariedad de la persona que se lo provoca, por lo que es muy difícil controlar todas las situaciones concretas en que se produce. Por ello, siempre se va a crear en torno a él una sensación constante de incertidumbre que hemos de asumir.

Aun así, terminamos nuestro trabajo con la misma convicción con la que lo iniciamos: que el suicidio es un problema que se puede y se debe prevenir, en concreto, en el ámbito de la adolescencia. Por encima de todo, nos queda la esperanza de que un día el suicidio no se contemple en el horizonte de nuestro futuro como humanidad porque ya habrá quedado atrás, como un aprendizaje de lo que no se debe hacer y como experiencia acumulada de sabiduría acerca de cómo saber vivir de manera auténtica y plena.

⁵⁷ Cf. M^a del Carmen Meneses Falcón, “Asumir riesgos para madurar en la adolescencia”, en Javier de la Torre (ed.), *Adolescencia, menor maduro y bioética* (Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2011), 58-60.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Silvina. “La autonomía personal y la autonomía relacional”. *Análisis Filosófico* XXXV, n° 1, mayo 2015, 13-26, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=340042261002>, última revisión 26/06/2022.
- Álvarez López, M^a Ángeles. “El estigma en los supervivientes y profesionales”. En *Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, dirigido por Andoni Anseán, 773-783. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014².
- Amo Usanos, Rafael. “El valor de la vida en una sociedad envejecida”. En *Bioética para una sociedad envejecida. Dilemas éticos de la medicina actual*, editado por Rafael Amo Usanos, 61-103. Madrid: Universidad de Comillas, 2022.
- “La persona, ser valioso”. En *Apuntes de la asignatura “Cristianismo y ética social”*, coordinado por José Manuel Aparicio Malo, 89-113. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2021, 100-101
- Amo Usanos, Rafael y Carlos Gómez-Vírseda. “COVID-19, el impulso definitivo para la autonomía relacional”. En *La humanidad puesta a prueba. Bioética y COVID-19*, editado por Rafael Amo Usanos y Federico de Montalvo Jääskeläinen, 89-104. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2020.
- “Relational autonomy: lessons from COVID-19 and twentieth-century philosophy”. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21 June 2021, <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10035-2>, última revisión el 27/06/2022.
- Anseán Ramos, Andoni. “Suicidios: las muertes invisibles. Propuesta para una estrategia de prevención del suicidio en el Sistema Nacional de Salud”. En *Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, dirigido por Andoni Anseán, 27-33. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014².
- Aparisi Miralles, Ángela. “El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global”. *Cuadernos de Bioética* XXIV, 2013/2^a, 201-221, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87528682006>, última revisión el 03/07/2022.
- Ayuso-Mateos, José L., Enrique Baca-García, Julio Bobes, José Giner, Lucas Giner, Víctor Pérez, Pilar A. Sáiz, Jerónimo Sáiz Ruiz y Grupo RECOMS. “Recomendaciones preventivas y manejo

del comportamiento suicida en España”, en *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 5, nº 1 (Barcelona, 2012), 8-23.

Bousoño García, Manel, Ángel García Prieto y M^a Teresa Basarán Fernández. “Prevención de las conductas suicidas: aspectos bioéticos y morales”, en *Cuadernos de Bioética* X, nº 40, 1999/4^a, 644-660, <http://aebioetica.org/revistas/1999/4/40/644.pdf>, última revisión el 27/06/2022.

Buendía, José, Antonio Riquelme y José Antonio Ruiz. *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia, 2004.

Bustamante, Francisco, y Ramón Florenzano. “Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura”. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 51, nº 2 (2013).

Castellvi-Obiols, Pere, y José A. Piqueras Rodríguez. “El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se debe y puede prevenir”. *Revista de Estudios de Juventud*, nº 121 (septiembre 2018).

Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia, https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_sp.html, última revisión, el 28/06/2022.

Comunidad de Madrid. *Guía de recursos de atención a la salud mental y adicciones*. Madrid: Oficina de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, fecha de actualización en septiembre de 2021, https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/guia_recursos_saludmental_sept-2021_.pdf, última revisión 30/05/2022.

— *¡No estás solo! Enséñales a vivir. Guía para la prevención de la conducta suicida. Dirigida a docentes*. Madrid: Consejería de Educación y Juventud, Servicios de Salud, Biblioteca Virtual y Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio, 2016, <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017853.pdf>, última revisión 30/05/2022.

— *Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid. 2018-2020*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud, 2018, https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/12_junio_plan_de_salud_mental_2018-2020.pdf, última revisión 30/05/2022.

Cortés Alfaro, Alba, Minervina Román Hernández, Ramón Suárez Medina y Rosa María Alonso Uría. “Conducta suicida, adolescencia y riesgo”. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, vol. 11, nº 2 (mayo-agosto 2021),

<http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/939/1165>, última revisión 29/04/2022..

Cortina, Adela. “Educar en valores éticos”, *El País*, 26 de julio de 2018, https://elpais.com/elpais/2018/07/23/opinion/1532365199_568677.html, última revisión el 28/06/2022.

Delgado Rodríguez, Janet. “Nuevas perspectivas bioéticas: autonomía relacional”. *ENE. Revista de Enfermería* 6, nº 1, abril 2016, 35-42, <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/8>, última revisión 26/06/2022.

Díaz Calderón, Francisco Javier. *Última llamada en la frontera. Prevención e la conducta suicida en adolescentes*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2021.

Díez-Gómez, Adriana, y Carla Sebastián Enesco, Alicia Pérez Albéniz y Eduardo Fonseca Pedrero. “Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: validación de la escala SENTIA-Breve”. *Actas Españolas de Psiquiatría* 49, nº 1 (2021).

Domingo Moratalla, Agustín. “El menor en las políticas públicas”. En *Adolescencia, menor maduro y bioética*, editado por Javier de la Torre, 143-162. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2011.

Durán, Ángeles, y Francisco Fernández-Beltrán. “Responsabilidad de los medios en la prevención del suicidio. Tratamiento informativo en los medios españoles”. *El profesional de la información* 29, nº 2 (2020), 1-14.

Escames Bermúdez, Susana. “Consideraciones sobre bioética y conductas suicidas”. AA. VV, *Temas de Bioética*. Colegio Médico del Uruguay, 2021, 126-143, https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2021/04/Temas-de-Bioetica_w.pdf, última revisión el 03/07/2022.

Feito Grande, Lydia. “Vulnerabilidad”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 30, suplemento 3, 2007, 7-22.

Ferrer, Jorge José y Juan Carlos Álvarez. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2003.

Ferrer, Marc, Benjamín Lara, Natalia Calvo, Oscar Andiñ, Violeta Pérez, Margarita Corominas, Mónica Sancosmed-Ron, Sebastián González-Peris, Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria y Josep A.

- Ramos-Quiroga. “Prevalencia a 3 años de las conductas autolesivas entre los motivos de consulta a urgencias en población infantojuvenil”. *Actas Españolas de Psiquiatría* 49, nº 1 (2021), 35-42.
- Flecha, José-Román. *Bioética. La fuente de la vida*. Salamanca: Sígueme, 2016.
- Fonseca-Pedredo, Eduardo, y Adriana Díez Gómez de Casal. “Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos”. *Revista de estudios de juventud*, nº 120 (junio 2018), 35-46.
- Fonseca Pedrero, Eduardo, y Alicia Pérez Albéniz. “Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio”. *Papeles del Psicólogo* 41, nº 2 (2020).
- Fundación ANAR. *Informe anual. Teléfono/chat ANAR 2021*, publicado el 17 de junio de 2022, <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/04/INFORME-TELEFONO-CHAT-ANAR-2021-VFINAL.pdf>
- García-Haro, Juan, Henar García-Pascual y Marta González González, “Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio”. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría* 38, nº 134 (2018), 381-400.
- Gordillo Álvarez-Valdés, Lourdes. “¿La autonomía, fundamento de la dignidad humana?”. *Cuadernos de Bioética* XIX, nº 66, 2008/2ª, 237-253, <http://aebioetica.org/cuadernos-de-bioetica/archivo-on-line/2008/n-66-mayo-agosto.html>, última revisión 26/06/2022.
- Gracia, Diego. *Bioética Mínima*. Madrid: Triacastela, 2019.
- Huaquín Mora, Víctor R. “Ética y educación integral”. *Paideia* 19, 1998, 159-167.
- INE, “Defunciones según causa de Muerte. Año 2020”. *Notas de prensa* (10 de noviembre de 2021).
- Iruela, Luis M. “Prologo”, en Julia Picazo Zappino. *El suicidio actual*. Madrid: EOS, 2017, 9-10.
- Jalón Olivares, Carmen. *Crear cultura de interioridad. En el aula, en la pastoral y en la vida diaria*. Madrid: Khaf, 2014.
- Jiménez González, Antonia, Montserrat Montés González y Javier Jiménez Pietropaolo. “Postvención en supervivientes de suicidio”. En *Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, dirigido por Andoni Anseán, 909-950. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014².
- Kant, Immanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa Calpe, 1996³.

- Kirchner, Teresa, Laia Ferrer, María Forns y Daniela Zanini. “Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento”. *Actas Españolas de Psiquiatría* 39, nº4 (2011), 30-39.
- López Azpitarte, Eduardo. *Ética y vida. Desafíos actuales*. Madrid: San Pablo, 1990.
- Luengo Latorre, José Antonio. *Amenazas de comportamiento suicida del alumnado y autolesiones. Propuesta para la elaboración de planes de intervención, protección y acompañamiento del alumnado en situaciones de riesgo en centros educativos*. Madrid: Consejería de Educación y Juventud de la Comunidad de Madrid, 2020, <http://www.cop.es/uploads/PDF/AMENAZAS-COMPORTAMIENTO-SUICIDAS-ALUMNADO.pdf> , última revisión 30/05/2022.
- “Claves para la prevención del suicidio en los centros educativos”. *Blog de Psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, <https://www.copmadrid.org/wp/claves-para-la-prevencion-del-suicidio-en-los-centros-educativos/>, última revisión 27/05/2022.
- *El acoso escolar y la convivencia en los centros educativos. Guía para el profesorado y las familias*. Madrid: Consejo Escolar de la Comunidad de Madrid, 2019.
- *Memoria del Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid. 2018-2020*. Madrid; Servicio madrileño de Salud, 2018, https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/rrhh/rrhh-actas_de_la_mesa_sectorial-2018-10-22-punto_3_salud_mental.pdf , última revisión el 30/05/2022.
- Macho, Thomas. *Arrebatat la vida. El suicidio en la Modernidad*. Barcelona: Herder, 2021.
- Mamajón Mateos, Miguel. “Prevención e intervención en la conducta suicida en la infancia y la adolescencia”. En *Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, dirigido por Andoni Anseán, 521-546. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014^{2a}.
- Marín Castán, María Luisa. “La dignidad humana, los derechos humanos y los derechos constitucionales”. *Revista de Bioética y Derecho* 9, enero 2007, 1-8, <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/7833>, última revisión el 23/06/2022.
- Marina, José Antonio. “Precisiones sobre la educación emocional”. *Revista interuniversitaria sobre formación del profesorado* 19, nº 3, diciembre 2005, 27-43, <https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927003.pdf>, última revisión el 28/06/2022.

- “Valores y virtudes”, publicado el 1 de abril de 2013, actualizado el 6 de septiembre de 2021, <https://www.joseantoniomarina.net/articulos-en-prensa/valores-y-virtudes/>, última revisión el 28/06/2022.
- Martínez González, Ángela Beatriz. “Prevención e intervención en la conducta suicida en familiares y allegados”. En *Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, dirigido por Andoni Anseán, 763-771. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014^{2ª}.
- Medina Zambrana, Sebastiana. “Entrevista clínica y diagnóstico de la conducta y riesgos suicidas”. En *Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, dirigido por Andoni Anseán, 219-231. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014^{2ª}.
- Meneses Falcón, M^a del Carmen. “Asumir riesgos para madurar en la adolescencia”. En *Adolescencia, menor maduro y bioética*, editado por Javier de la Torre, 39-62. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2011.
- Mesones Peral, Jesús E. “El suicidio a través de la historia y las culturas”. En *Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, dirigido por Andoni Anseán, 35-60. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014^{2ª}.
- “Suicidio e internet. El cibersuicidio”. En *Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, dirigido por Andoni Anseán, 813- 822. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014^{2ª}.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Edición revisada en 2020.
- Mosquera, Laura. “Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica”. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 3, nº 1 (enero de 2016).
- Pangrazzi, Arnaldo. Voz: “Suicidio”. En *Diccionarios San Pablo: Pastoral de la Salud y Bioética*, dirigido por José Carlos en Bermejo y Francisco Álvarez. Madrid: San Pablo, 2009.
- Pérez Barero, Sergio Andrés, Jesús Guerra Plaza y Mikel Haranburu Oiharbide, *Prevención del suicidio. Consideraciones para la sociedad y técnicas de emergencias*. Bilbao: Universidad del País Vasco, 2014.

- Pérez Jiménez, Juan Carlos. “Suicidio y medios de comunicación. Un desafío profesional que salva vidas”. En *Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, dirigido por Andoni Anseán, 785-812. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014².
- Picazo Zappino, Julia. *El suicidio actual*. Madrid: EOS, 2017.
- Observatorio del Suicidio en España. *Suicidios. España 2020. Avance 10/11/2021*. Fundación para la prevención del suicidio en España, <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>, última revisión 02/06/2022.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas, *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2014.
- *Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, actualización de 2017.
- Organización Mundial de la Salud. *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>, última revisión, el 23 de mayo de 2022.
- *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: World Health Organisation, 2021.
- *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. OMS: Ginebra, 2001.
- *Glosario sobre la promoción de la salud*. Ginebra: OMS, 1998.
- Ortega Ruiz, Pedro. “Ética y educación: una propuesta educativa”. *Revista virtual REPIDE* 7/8, de agosto de 2018, 30-45, <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/539>, última revisión el 03/07/2022.
- Rojo, Nieves. “Diferencias de género en la psicopatología de adolescentes”. *Revista de Estudios de Juventud*, nº 84:” La salud mental de las personas Jóvenes en España” (marzo 2009), 11-25.
- Tébar del Río, Ignacio. “Intervención del cuerpo de bomberos en crisis suicidas”. En *Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, dirigido por Andoni Anseán, 305-318. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2014².
- Urra, Javier. *La huella de la desesperanza. Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio*. Madrid: Ediciones Morata, 2019.
- Vidal, Marciano. *Ética fundamental de la vida humana*. Madrid: Fundación Santa María, 1984.

Villar Cabeza, Francisco. Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia. Barcelona: Herder, 2022.

Zuluaga, Álvaro. “Ética y conductas suicidas”. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 30, n° 4, 2001, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502001000400005, última revisión 11/06/2022.