



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

TRABAJO FIN DE GRADO

**FAMILIA Y TRABAJO SOCIAL EN LA
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN
ADOLESCENTES Y JÓVENES**

AUTORA: MARÍA DE LARA GARCÍA

DIRECTORA: ROSALÍA MOTA LÓPEZ

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

CURSO 2021/2022

UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS

Madrid, 29 de abril de 2022

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	5
2.1. OBJETIVOS.....	5
2.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
3. METODOLOGÍA	7
4. LA ADOLESCENCIA Y PRIMERA JUVENTUD COMO TRANSICIÓN VITAL	7
5. SALUD MENTAL DURANTE LA ADOLESCENCIA Y PRIMERA JUVENTUD	10
5.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES	10
5.2. EL ESTADO DE LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES.....	13
5.3. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL	15
6. EL SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES	18
6.1. INTRODUCCIÓN	18
6.2. DEFINICIONES CONCEPTUALES	19
6.3. LA PREVALENCIA DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	21
6.4. FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO	22
7. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	25
7.1. LA FAMILIA COMO PRINCIPAL NÚCLEO DE APOYO.....	25
7.2. DINÁMICAS FAMILIARES	26
8. MARCO PROGRAMÁTICO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.	28
8.1. INTRODUCCIÓN	28
8.2. ESTRATEGIAS INTERNACIONALES	29
8.3. ESTRATEGIAS NACIONALES.....	30
8.4. ESTRATEGIAS AUTONÓMICAS.....	34
9. EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN CONTRA EL SUICIDIO	37
9.1. PRINCIPIOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS DEL TRABAJO SOCIAL	37
9.2. CONTEXTOS ORGANIZATIVOS EN LOS QUE SE DESARROLLA LA INTERVENCIÓN.....	38
9.3. LA INTERVENCIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES.....	39
10. CONCLUSIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el suicidio es una realidad social alarmante, debido a su alta prevalencia y al aumento de ésta en los últimos años, y al drama personal, familiar y social que representa. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021a)¹ identifica que el suicidio es una prioridad para la salud pública, siendo uno de los problemas más graves de salud (OMS, 2021b). Cada año cerca de 703.000 personas cometen suicidio (OMS, 2021a), y muchas más intentan quitársela. Los Estados Miembros de la OMS se han comprometido, en el marco del Plan de Acción de Salud Mental de la OMS 2013-2020, a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir la tasa de suicidio en un tercio para 2030 (OMS, 2021b).

En España el suicidio es la primera causa externa de mortalidad, muy por encima de los accidentes de tráfico, y se han registrado 3.941 suicidios consumados en 2020 (Confederación Salud Mental España, 2021)². El número de fallecimientos por suicidio en España creció un 7,35% en 2020 respecto al año anterior (Confederación Salud Mental España, 2021)³. Los adolescentes y jóvenes han sido la población en la que más se han incrementado el suicidio, según datos de la OMS, siendo la segunda causa principal de muerte entre los 15 y los 20 años (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018, p. 48).

El foco en este trabajo va a estar centrado en la población entre 15 y 24 años con riesgo de conducta suicida dentro del territorio español. Es importante abordar el fenómeno del suicidio en los adolescentes y jóvenes en la sociedad actual, cada vez más compleja. Las etapas de la adolescencia y primera juventud son especialmente vulnerables, al estar caracterizadas por gran cantidad de cambios antes de transitar a la adultez. Los jóvenes pueden experimentarlos de tal forma que les produzcan ansiedad y depresión, y puedan culminar en una tentativa de suicidio. Esta realidad se da en más jóvenes de los que nos imaginamos, y hay que estar atentos en esta etapa tan importante, especialmente las familias.

¹ Organización Mundial de la Salud (2021a). *Suicidio. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Fecha de consulta: 25/04/22.

² Confederación Salud Mental España (2021). *Las muertes por suicidio crecen un 3,7% en España según las últimas cifras del INE* (Comunicado de prensa). <https://consaludmental.org/sala-prensa/muertes-suicidio-crecen-espana-ine/>. Fecha de consulta: 25/04/22.

³ Datos extraídos del enlace referenciado en la nota a pie anterior.

Por ello, la intención de este trabajo es enfatizar el papel de la familia en el cuidado de adolescentes y primeros jóvenes para detectar precozmente y prevenir la conducta suicida. La familia es normalmente el núcleo más cercano, y puede convertirse en un factor determinante para el desarrollo personal del joven. Las interacciones, relaciones, y dinámicas familiares constituyen el medio ambiente en el que los adolescentes y jóvenes transitan por esta etapa vital, siendo muy importantes para su bienestar. Así, la familia puede convertirse en un factor de protección o en un factor de riesgo. Es quien primero puede detectar las señales de alerta de que el joven se encuentra en una situación potencial de riesgo suicida. Por su parte, los trabajadores sociales constituyen un recurso profesional muy valioso para realizar la valoración de las condiciones de riesgo, otorgar la dimensión social a la intervención, coordinar al equipo multidisciplinar, y acompañar a las familias cuando se enfrentan a estas circunstancias.

2. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos

Objetivo general:

Identificar la prevalencia y el perfil de las situaciones de riesgo de conducta suicida entre los adolescentes y jóvenes, describiendo el papel de la familia en su detección precoz y prevención, así como el desempeño del trabajo social en este ámbito.

Objetivos específicos:

- Aclarar conceptualmente términos como suicidio, tentativa de suicidio, conducta suicida, o ideación suicida.
- Describir la extensión y el perfil de los adolescentes y jóvenes en riesgo de conducta suicida.
- Explorar aquellas situaciones que conlleven riesgo de suicidio por parte de los jóvenes y adolescentes.
- Indagar en los aspectos familiares que pueden ayudar a la detección precoz, el cuidado, el acompañamiento y el apoyo familiar hacia el joven o adolescente con conducta suicida.

- Identificar los recursos de ámbito social, sociosanitario y educativo de prevención, detección y atención temprana al adolescente y joven con conductas suicidas, e intervención con las familias.
- Describir los objetivos y funciones profesionales de los/as trabajadores sociales en la prevención, detección e intervención con estos adolescentes y jóvenes y sus familias.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuántos adolescentes y jóvenes tienen riesgos de conducta suicida?, ¿cuántos se suicidan, cuántos lo intentan?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida de los jóvenes y adolescentes?
- ¿Por qué los jóvenes y adolescentes tienen más riesgo de tener una conducta suicida?
- ¿Cuáles son las señales de alerta del suicidio en este tipo de población ante la tentativa del suicidio?
- ¿Por qué es tan importante el papel de la familia en los jóvenes y adolescentes?
- ¿Cuál es el papel de la familia en la prevención del suicidio?
- ¿Qué principios y acciones se contemplan en las estrategias de prevención e intervención contra el suicidio en estas etapas de la vida?
- ¿Con qué recursos disponibles de atención al suicidio cuentan los adolescentes y jóvenes y sus familias?
- ¿Cómo puede intervenir el trabajador social con la persona que corre el riesgo y con sus familiares?

3. METODOLOGÍA

En el presente trabajo de fin de grado la metodología que principalmente he llevado a cabo ha sido de naturaleza documental. Se han buscado, seleccionado, consultado y resumido bibliografía y documentación ya publicada en el área de estudio. En segundo lugar, se han consultado y utilizado fuentes estadísticas secundarias, para proporcionar datos numéricos sobre las condiciones de salud mental de los adolescentes y jóvenes, y la prevalencia de conductas suicidas entre ellos. También se han revisado textos programáticos sobre la prevención e intervención en suicidio.

La búsqueda, consulta y revisión bibliográfica se realizó desde el mes de septiembre de 2021 hasta el mes de abril de 2022. Se procedió a leer los diferentes materiales que se seleccionaron de acuerdo con un índice temático previamente establecido, que sirvió para ir clasificando los argumentos y evidencias que proporcionaban estas fuentes. La consulta y síntesis de la documentación bibliográfica también ha servido para perfilar de forma definitiva los grandes núcleos temáticos del trabajo. La documentación revisada ha sido extraída de diferentes fuentes. Se han utilizado Google Scholar, PubMed, Elsevier, las bases bibliográficas especializadas de publicaciones periódicas del catálogo online de la Biblioteca de la Universidad de Comillas (principalmente Dialnet y EBSCO), así como el catálogo propio de la Universidad. También se ha utilizado información documental de los sitios web de la Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Estadística, Confederación Salud Mental de España, Instituto de la Juventud, y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, entre las más importantes.

4. LA ADOLESCENCIA Y PRIMERA JUVENTUD COMO TRANSICIÓN VITAL

La forma de enfrentarse al mundo de un adolescente y/o joven se encuentra en pleno cambio. En la actualidad los adolescentes y jóvenes se encuentran ante un futuro incierto y deben hacer con las herramientas necesarias para hacer frente a las incertidumbres que se les planteen en el camino (Artegui, 2017).

La adolescencia es un momento de crecimiento físico, cognitivo y emocional sin precedentes, que implica experimentar cambios corporales, cambios en los pensamientos y cambios en los sentimientos muy significativos (OMS, 2021b). Los

adolescentes necesitan adquirir autonomía, definir su identidad propia y sus convicciones, comenzar a perfilar su proyecto de vida, y encontrar su lugar en la sociedad y en su entorno familiar. Los sentimientos de estrés, miedo, incertidumbre, confusión, y la presión para tener éxito y ser aceptado por los pares, influyen en las capacidades de un adolescente para resolver problemas y tomar decisiones (Silva, 2007).

Por su parte, la primera juventud sería una categoría que coincide con la etapa de después de la pubertad de la adolescencia, ligada a procesos de más participación en las distintas esferas de la vida, exploración de la identidad y a la toma de responsabilidad (Sepúlveda, 2013). Además, constituye la fase de la vida en la que las personas comienzan a decidir y perfilar sus proyectos formativos, laborales y afectivos. Junto con las características propias de cada una de estas etapas vitales, para algunos adolescentes y jóvenes se les añaden otros cambios y transiciones extraordinarias o no normativas, como la separación de los padres, cambios de amistades, dificultades en las materias de la escuela o de la universidad, cambio de colegio o de barrio, y más acontecimientos biográficos que pueden volverse angustiosos para esas edades (Martínez y Brañas, 2014).

En este sentido, se podría hablar de la adolescencia y la primera juventud como etapas del ciclo vital de una persona que suponen el tránsito hacia la vida adulta y constituyen unos de los períodos más importantes de la persona. Cronológicamente la adolescencia puede enmarcarse desde la pubertad o adolescencia temprana (entre 10 y 13 años), hasta el período central de la adolescencia (14-16 años), y la adolescencia tardía (entre 17 y 21 años)⁴. Por su parte, se considera que la juventud se extiende entre los 15 y 24 años⁵ aunque, dada la prolongación de esta etapa de la vida como consecuencia de la ampliación de los años de formación y el retraso en la emancipación del hogar familiar, en este trabajo se propone utilizar esos umbrales cronológicos como límites de la etapa de primera juventud.

Las transiciones vitales están relacionadas con el cambio, con la inestabilidad y la ruptura o alteración de una situación personal previa, y puede desembocar en una

⁴ Fondo para la Infancia de Naciones Unidas (2020). *¿Qué es la adolescencia?* <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>. Fecha de consulta: 22/04/2022.

⁵ Naciones Unidas (s. f.). Juventud. Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano. <https://www.un.org/es/global-issues/youth>. Fecha de consulta: 22/04/2022.

adaptación a la nueva situación exitosa o fallida. Una definición de transición vital que propone Pérez (2013, p.24, citado en López et ál; 2019): “Una transición es un período de cambio significativo entre dos etapas de estabilidad que exige un importante esfuerzo de adaptación, provocado por la ocurrencia o no ocurrencia de algún evento o por la acumulación o persistencia de conflictos e insatisfacción, fácilmente observable externamente o no, que afecta a cualquier área de la vida de una persona, que es experimentado de manera idiosincrásica y peculiar por la persona y cuyo desenlace, positivo –mayor madurez, autoconocimiento, satisfacción personal– o negativo –depresión, conductas autodestructivas–, es desconocido a priori”. Las transiciones influyen en nosotros, son cambios que implican la construcción y reconstrucción de nuestra identidad, y suponen nuevas tomas de decisiones ante los cambios ante la vida. Nadie es igual después de un gran cambio vital. (Pérez, 2013).

Es decir, las transiciones vitales son un periodo de cambios significativos entre dos etapas de estabilidad de la vida de la persona. Este cambio exige un gran esfuerzo de adaptación de la persona. Saraví (2009) señala que los riesgos a los que las personas se enfrentan a lo largo de su vida son más importantes y determinantes a largo plazo si se dan en un período de transición (Rausky, 2014).

La adolescencia y primera juventud son transiciones vitales que implican nuevas formas de autoconcepción, de sentirse y vivirse, es decir, nuevas identidades, nuevas formas de construirla y nuevas prioridades en las formas de ser. También lleva a nuevas actividades y experiencias vitales, y a una nueva regulación de las relaciones entre los iguales y con los adultos (Funes, 2009). Hablar de transiciones conlleva a hablar de un recorrido, de secuencias madurativas, evolutivas y de cambios. Por lo tanto, la adolescencia y la primera juventud suponen un tiempo de suponen un tiempo de incertidumbres y reorientaciones, dónde estas personas, necesitan sentirse queridos, apoyados y seguros. Necesitan establecer vínculos de afecto. La transición positiva en los adolescentes y jóvenes se produce en la medida que en sus vidas se van produciendo una serie encadenada de sucesos positivos que permiten gestionar el presente y pensar el futuro (Funes, 2009).

La adolescencia y primera juventud son períodos claves para el desarrollo de buenos hábitos sociales y emocionales, importantes para el bienestar físico y mental. Entre los más importantes se pueden citar la adopción de buenos hábitos de sueño saludables, la

realización de ejercicio físico semanalmente, establecer buenas relaciones interpersonales, aprender a gestionar las emociones y aprender a resolver problemas o situaciones difíciles (Garcés y Castro, 2016). Es crucial contar con la protección de la familia y de un entorno favorable. En la transición a la vida adulta la necesidad de desarrollar y mantener buenas relaciones familiares se vuelve muy importante (OMS, 2021b).

La familia es la principal forma de organización de los seres humanos. Considerando la familia como constructo social, es una de las más significativas acciones desarrolladas por el ser humano para expresar libremente su yo interior, sus emociones y sentimientos, sus valores y creencias, en un entorno íntimo y cercano. La vida saludable en familia promueve el bienestar de los adolescentes y jóvenes, influyendo en su crecimiento personal y de su madurez (Rodríguez et ál; 2018).

La adolescencia y primera juventud por lo general es una fase difícil para toda la familia. Supone para ella una gran desestabilización y, por tanto, va a necesitar de cambios en la rutina familiar (Silva, 2007). También supone pasar de una unidad de atención y de más cuidado a una plataforma de preparación para la responsabilidad y los compromisos de la vida adulta. Es el núcleo principal en el que los jóvenes y adolescentes deben encontrar el apoyo, la protección y el cariño necesario (Rodríguez, 2017).

5. SALUD MENTAL DURANTE LA ADOLESCENCIA Y PRIMERA JUVENTUD

5.1. Definiciones conceptuales

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud de las personas, en que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, de origen individual, familiar y social (Organización Mundial de la Salud, 2018). Es prioritaria para nuestro bienestar, en todos sus planos – físico, emocional, o social-, ya que no hay salud sin salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como “... un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 2000, p.1).

La relevancia de la salud mental para el bienestar de las personas se ha puesto más de manifiesto después de que la experiencia reciente de confinamiento y de adopción de

medidas de protección contra la Covid-19, haya afectado de forma negativa a aspectos esenciales de las dinámicas personales y sociales (OMS, 2018). La promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades (OMS, 2018).

Para la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es un “estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar de manera productiva y puede hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001, p.1). Es fundamental para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, expresar sentimientos e interactuar con los demás y disfrutar de la vida. Tener una buena salud mental es tener un estado de satisfacción personal con uno mismo y con los demás, mantener relaciones sociales positivas y satisfactorias, pero también dormir bien, hacer ejercicio y tener una buena alimentación ayudan.

Es importante recalcar que la salud mental no se basa en estar siempre feliz. Es sano estar preocupado cuando se viven situaciones difíciles. Pero empieza a no ser sano cuando interfiere en nuestra vida o nos impide alcanzar nuestras metas, provocándonos malestar (Morales et ál., 2019). Por lo tanto, la salud mental incluye siempre al bienestar emocional en su propia definición. La salud mental está relacionada con la capacidad para enfrentarse y superar las adversidades del día a día sin perder el equilibrio emocional. Está relacionada así con el bienestar emocional (UNICEF, 2020).

El bienestar emocional tiene que ver con el manejo de las emociones, tanto positivas como negativas. La capacidad de regular las emociones es importante para afrontar las situaciones estresantes del día, por lo que la ausencia de esta capacidad aumenta la probabilidad de que los adolescentes y jóvenes sufran depresión, ansiedad y problemas de conducta (Morales, 2017). Se pueden definir las emociones como estados afectivos de más o menos intensidad, que implica una respuesta fisiológica, una experiencia subjetiva y una respuesta de comportamiento. Todas ellas expresan la forma en que nos sentimos. Por ejemplo, si digo que “me siento bien”, experimento paz y bienestar o, por el contrario, si manifiesto que “me siento solo”, experimento soledad (Rojas, 2018).

Las reacciones emocionales pueden alterar algunas funciones vitales y a veces pueden aparecer síntomas relacionados con el malestar emocional. Las personas sentimos a veces nerviosismo, preocupación, desánimo o algunas dificultades para poder realizar las actividades cotidianas con la motivación, la energía y la concentración habituales. Normalmente es un estado pasajero que no requiere tratamiento médico (Rojas, 2018). Sin embargo, se habla de problemas o malestar emocionales cuando la ansiedad y las emociones negativas son muy intensas o duran demasiado tiempo, y pueden afectar de manera importante a nuestras condiciones de salud, así como a nuestra conducta y a nuestra capacidad de adaptarnos al medio (Cano – Vindel y Moriana, 2018).

Disponer de buenas condiciones de salud mental no sólo está influido por las características individuales, sino también por las circunstancias en las que la persona se encuentra y las de su entorno. Es decir, las circunstancias sociales y la estructura social del contexto son determinantes de la salud mental (Casañas y Lalucat, 2018). La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos o enfermedades mentales. La salud mental es algo que hay que cuidar, ya que es imprescindible para estar sano y, permite ser consciente de las capacidades individuales (OMS, 2018).

El concepto de trastorno mental se refiere al conjunto de trastornos o alteraciones de las emociones, el pensamiento o la conducta, que requieren establecer un diagnóstico clínico (OMS, 2019). Los trastornos o enfermedades mentales son una amplia gama de condiciones de salud mental que afectan de forma temporal y sustancialmente a la capacidad de las personas en el afrontamiento de las presiones del día a día. La depresión y la ansiedad constituyen los trastornos de salud mental más comunes en adolescentes (OMS, 2021b).

Se puede definir la ansiedad como una sensación de nerviosismo, preocupación o malestar que forma parte de la experiencia humana, siendo una respuesta normal a una amenaza o una situación de estrés psicológico. La ansiedad está relacionada con la sensación de miedo y cumple una función importante de la supervivencia. Sin embargo, la ansiedad se convierte en un trastorno cuando ocurre en momentos inapropiados, si aparece con frecuencia o si es de tal intensidad que llega a interferir en las actividades del día a día de la persona. Los que padecen ansiedad presentan muchas veces síntomas físicos, como dificultad para respirar, mareos, sudoración y taquicardia (Barnhill, 2020). Rojas (2014, p. 29) define la ansiedad como “una

emoción negativa que se vive como amenaza, como anticipación cargada de malos presagios de tonos difusos, desdibujados, poco claros”.

La depresión, por su parte, es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Se caracteriza por la disminución del estado de ánimo, tristeza, pérdida de interés y de disfrute, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración (OMS, 2019).

5.2. El estado de la salud mental de los adolescentes y jóvenes.

La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento son enfermedades que también afectan a los adolescentes y jóvenes. Según los datos de la Encuesta Europea de Salud para el año 2020, último disponible, entre los 15 y los 24 años un 1,51% de adolescentes y jóvenes refieren depresión como enfermedad crónica padecida en los últimos doce meses (para la población en general este porcentaje es del 5,70%), y un 3,08% dicen haber padecido ansiedad crónica (6,40 para el conjunto) ⁶. Atendiendo a datos de la misma Encuesta, pero aplicándose un cuestionario de valoración de sintomatología depresiva en vez de considerar enfermedad autodeclarada, un 7,44% de la población entre 15 y 24 años tiene sintomatología depresiva (8,46% para el conjunto de la población), siendo sus manifestaciones leves para la mayoría de ellos (5,25%) ⁷.

Además de perjudicar a su salud y bienestar, no ocuparse de los trastornos de salud mental de los adolescentes y jóvenes tiene consecuencias que se trasladan a las edades adultas e impiden sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro (OMS, 2021). Los jóvenes son las personas que más se han visto afectados negativamente respecto a los cambios en su capacidad para tomar decisiones y resolver problemas durante el confinamiento por la pandemia (Balluerka et ál; 2020, p.104). Esto puede afectar el rumbo que la mayoría de los jóvenes dará a su proyecto de vida, ya que es en torno a los 18 años cuando algunos jóvenes tienen que tomar decisiones importantes (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2021).

⁶ Instituto Nacional de Estadística (2020). *Encuesta Europea de Salud 2020, Estado de Salud: Cifras Relativas, Enfermedades crónicas*. [Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. \(ine.es\)](#). Fecha de consulta: 2/03/2022.

⁷ Instituto Nacional de Estadística (2020). *Encuesta Europea de Salud 2020, Estado de Salud: Cifras Relativas, Salud Mental*. [Severidad de la sintomatología depresiva según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. \(ine.es\)](#). Fecha de consulta: 2/03/2022.

Además, la pandemia de la Covid-19 ha servido para mostrar la punta del iceberg de la salud mental de adolescentes y jóvenes, pero este iceberg según diferentes agencias internacionales no ha venido recibiendo suficiente atención por parte de la sociedad y de los gobiernos. Por todo ello, Naciones Unidas exige una inversión urgente en las redes de salud mental y apoyo psicosocial de niños, adolescentes y jóvenes en todos los ámbitos, no sólo en el de la salud, sino también en el educativo y en la protección familiar y programas de crianza (UNICEF, 2020). Es necesario que los gobiernos y la ciudadanía erradiquen el silencio sobre la salud mental, eliminen los estigmas y tabúes, promuevan la comprensión y se tomen en serio las vivencias de los niños, adolescentes y jóvenes (UNICEF, 2021).

La pandemia del coronavirus ha tenido graves consecuencias sobre la salud mental de las personas, especialmente de las personas más vulnerables, y entre ellas sobre los adolescentes y los jóvenes: “La salud mental de la población española cae en picado durante la pandemia y debajo no hay red” (Confederación Salud Mental España, 2021)⁸.

Según datos de la Confederación de la Salud Mental de España, apoyando la campaña “Salud mental y Covid-19. Un año de pandemia”, entre la población de 18 y 34 años 1 de cada 2 personas ha manifestado tener síntomas relacionados con angustia, ansiedad y estrés (Confederación Salud Mental España, 2021). Es este grupo de edad el que más ha frecuentado los servicios de salud mental, ha tenido más ataques de ansiedad, más síntomas de tristeza y la que más ha modificado su vida habitual ante la situación de la pandemia (Confederación Salud Mental España, 2021).

El aislamiento ha sido uno de los factores que más ha influido sobre el estado emocional de los adolescentes y jóvenes, siendo 4 de cada 10 los que muestran riesgos para su salud mental por el confinamiento (Confederación Salud Mental España, 2021). Los datos proporcionados por este mismo organismo recogen que los jóvenes manifiestan un malestar psicosocial que no alcanza el nivel de trastorno, pero que

⁸ Confederación Salud Mental España (2021). *La salud mental de la población española cae en picado durante la pandemia y debajo no hay red* (Comunicado de prensa). <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-menta-poblacion-espanola-cae-en-picado-pandemia/#:~:text=social%20y%20econ%C3%B3mica,-.Nel%20Gonz%C3%A1lez%20Zapico%2C%20presidente%20de%20la%20Confederaci%C3%B3n%20SALUD%20MENTAL%20ESPA%C3%91A,no%20hay%20red%E2%80%9D%2C%20sentencia> . Fecha de consulta: 1/02/2022. Los datos proporcionados en este apartado de la Confederación de Salud Mental en España proceden de esta referencia.

afecta e interfiere en su vida, su salud y sus perspectivas de futuro. Durante la pandemia, este grupo ya de por sí vulnerable de los adolescentes y la primera juventud por la propia naturaleza de la etapa vital que atraviesan, se ha visto muy afectado en cuanto al aumento de las preocupaciones por el futuro, su familia y sus conexiones sociales (Pérez, 2020).

En una investigación llevada a cabo por Gallup tras el confinamiento, un 19% de los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de 21 países declararon que durante los primeros meses del 2021 se sintieron deprimidos y con pocas ganas de realizar alguna actividad a menudo (UNICEF. 2021, p. 20). Recogiendo datos de este estudio, un porcentaje algo menor de jóvenes españoles se sintieron así (11,5 %), pero casi 7 de cada 10 (68,2%) declaran que “a veces” se sienten deprimidos y con poco interés de hacer cosas (UNICEF, 2021, P.20). Por su parte, 6 de cada 10 se sienten preocupados o nerviosos “a menudo” (58,3%), y el 36,1% “a veces” (Psiquiatría general, 2021)⁹.

5.3. Principales factores de riesgo para la salud mental

La salud mental no es algo que se tenga o no se tenga de forma absoluta. La clave será darnos cuenta de si lo que nos pasa, sea o no un síntoma de un problema de salud mental, interfiere en nuestra vida, no nos deja avanzar o alcanzar nuestras metas o nos provoca malestar y sufrimiento (Morales et ál; 2019). No suele haber una sola causa para que aparezca un problema de salud mental. Por lo general, debe darse una combinación de diversos factores, ya sean individuales, grupales y/o sociales (Cazzaniga & Suso, 2015).

Son muchos los factores determinantes que influyen en nuestra salud mental, desde aspectos positivos (práctica del deporte), hasta aspectos negativos (consumo de alcohol). Tener problemas de salud mental no tiene nada que ver con la debilidad de carácter. Esteban et ál. (2012) han señalado que factores genéticos, biológicos, la edad, el género, o las experiencias personales, familiares, sociales y económicas, como la pobreza y la exclusión social, la situación de empleo, las enfermedades físicas graves,

⁹ Psiquiatría general (2021). *Casi 6 de cada 10 jóvenes españoles se sienten preocupados o nerviosos a menudo, según un informe de UNICEF.* (Comunicado de prensa). <https://psiquiatria.com/article.php?ar=psiquiatria-general&wurl=casi-6-de-cada-10-jovenes-espanoles-se-sienten-preocupados-o-nerviosos-a-menudo-segun-un-informe-de-unicef>. Fecha de consulta: 1/02/2022.

un proceso migratorio o ser víctima de conflictos y desastres, inciden en la salud mental de las personas.

Puede definirse factor de riesgo como la característica o condición de una persona que se sabe que va unida a una mayor probabilidad de daño (Herrera, 1999). La adolescencia y la primera juventud se caracterizan por ser un período sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social, así como en las dinámicas familiares del ámbito en el que éste o ésta convive. Estas situaciones de cambio hacen que sea muy importante identificar los factores de riesgo en adolescentes y jóvenes (Herrera, 1999). Numerosos estudios han afirmado la relación entre los factores vinculados con estrés, apoyo social y las formas de afrontamiento con la salud mental (Páez et ál; 1993). Cuantos más sean los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes y los jóvenes, mayores serán los efectos que puedan tener para su salud mental.

Según diferentes aportaciones de diversos estudios se puede hacer la siguiente clasificación de los factores de riesgo más determinantes en la salud mental durante la adolescencia y la primera juventud (González y Rego, 2006; y Páez et ál; 1993):

5.3.1. Factores genéticos y biológicos

Existen personas que son más propensas a presentar momentos de desánimo y a deprimirse debido a factores bioquímicos o genéticos. También, haber padecido previamente enfermedades mentales, así como trastorno bipolar, depresiones recurrentes o estados de ansiedad generalizados. Y, es probable que aquellos adolescentes y jóvenes que provienen de familias cuyos padres o hermanos han padecido depresión, tengan el estado anímico más frágil y sensible a acontecimientos del entorno (Rojas, 2018).

5.3.2. Factores personales e individuales

Hay rasgos de la personalidad que hacen que una persona sea más vulnerable a tener dificultades de salud mental. La dificultad de gestionar las propias emociones, la baja autoestima, y un escaso equilibrio interior, pueden alterar el bienestar (Rojas, 2018).

La autoestima es la consideración que uno tiene de sí mismo. La influencia de la autoestima, entendida como la consideración que uno tiene de sí mismo, en el bienestar personal es altísima. Ya que supone aceptarse a uno mismo con sus potencialidades y

limitaciones. Tener una buena autoestima nos evita de muchas frustraciones, comparaciones con otras personas, inseguridades e incluso de pensamientos negativos (Morales et ál; 2019). El conocerse, el aceptarse y el quererse es bueno para una buena salud mental (Rojas, 2018).

5.3.3. Factores familiares

Un clima familiar negativo, caracterizado por la falta de cariño y afecto, comunicación disfuncional, insatisfacción de necesidades, la presencia de sentimientos de malestar y emociones negativas reprimidas, afectan al bienestar y a la salud mental de los miembros de la familia (Clavijo, 2002). El tipo de relación familiar ya sea conflictiva o armoniosa, influye de forma positiva o negativa en los estados emocionales de las personas. Piqueras (2009) señala que el malestar emocional generado por los conflictos familiares es uno de los principales estados de tristeza y depresión en jóvenes y adolescentes. Altas exigencias de los padres respecto al rendimiento académico o el comportamiento pueden también impactar sobre su salud mental (OMS, 2021b).

La exposición a sucesos o acontecimientos vitales inesperados en el ámbito familiar como rupturas, pérdidas de algún ser querido, enfermedades graves en el entorno familiar o situaciones económicas vulnerables, provocan cambios y reajustes en la vida de los adolescentes y jóvenes, conllevando un aumento de las alteraciones emocionales. Por lo que dichas situaciones familiares pueden repercutir negativamente a la salud mental (Ferreira et ál; 2012).

5.3.4. Factores sociales

Entre los factores sociales que pueden afectar a la salud mental de los adolescentes y jóvenes está la presión social de sus compañeros o amigos ante la que pueden modificar sus comportamientos buscando aceptación, o el rechazo de su grupo de iguales. El acoso o el bullying entre iguales también constituye un riesgo muy importante (OMS, 2021b).

El consumo de sustancias, así como de drogas y alcohol, perjudica también seriamente su salud mental. Su consumo altera gravemente la percepción de estímulos y sensaciones, así como el estado anímico y la interpretación de la realidad (Rojas, 2018). El consumo de alcohol es mayor entre las personas más jóvenes y va disminuyendo según aumenta la edad, y además suele ser “social”, produciéndose en

compañía de amigos. El porcentaje de consumidores de alcohol más alto se encuentra en el grupo de 15 a 24 años (12, 3%), no encontrándose apenas diferencias entre hombres y mujeres (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021a, p.88). Según el Plan Nacional de Drogas, 4.878 de casos admitidos fueron sometidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en el grupo de edad de 15-19 años, y 4.193 en el grupo de edad de 20-24 años (Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, 2021b, p.188).

A su vez, un hecho que no debemos de olvidar es la repercusión que ha tenido la pandemia del COVID-19 en la salud mental. Durante el confinamiento, los factores de riesgo se han disparado. Los problemas de salud física, el aislamiento, la falta de contacto social y los cambios de hábitos, entre otros, han pasado factura a la salud mental (Confederación Salud Mental España, 2021).

Es importante contar con un entorno favorable y de protección en la familia, en el entorno social y la comunidad en general. Protegerlos de la adversidad, promover en ellos el aprendizaje emocional y el bienestar psicológico, son fundamentales para su salud y bienestar durante esos años y en la edad adulta (OMS, 2021b).

6. EL SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES

6.1. Introducción

El asunto del suicidio es verdaderamente preocupante. En los últimos años, la conciencia sobre el impacto de la conducta suicida en nuestra sociedad ha ido en aumento. Ya desde los orígenes de las disciplinas científicas preocupadas por las conductas humanas y sociales, ocupó una parte importante de sus reflexiones, como el caso de la teoría del suicidio de Durkeim (Palacio, 2010).

El suicidio no es un tema que sólo afecta al individuo que se suicida, sino que cada suicidio es una tragedia que afecta inmensamente y de forma negativa a la familia y a los de alrededor. Constituye un drama humano y social para los familiares y amigos. Por lo que no es un asunto individual, y como sociedad y como personas que formamos parte de ella, deberíamos sentirnos llamados e interpelados para poder prevenir esta tragedia.

¿Qué está pasando y qué ha sucedido en nuestra sociedad para que, en la edad más vital de la existencia, tantos adolescentes y jóvenes no quieran seguir en la aventura

de la vida?, ¿por qué acaban considerándolo la única alternativa?, ¿qué conduce a un joven a querer quitarse la vida?, ¿cuáles son las principales causas y motivos que dan lugar a los suicidios juveniles?

6.2. Definiciones conceptuales

En 1986 la Organización Mundial de la Salud definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 43). Por lo tanto, el suicidio es un acto destructivo autoinfligido con la intención explícita o deducida de morir (Bridge et ál; 2006).

La conducta suicida es un fenómeno complejo, multidimensional y multicausal, que debe separarse del acto de suicidio, y que incluye la ideación, la planificación suicida y el intento de suicidio (Navío y Pérez, 2020, p.101). Cada persona requiere su propia evaluación, tratamiento y prevención, con un enfoque holístico, centrado en la persona y en su contexto, como la familia, y que incluya aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Fonseca – Pedrero y Pérez, 2020).

La ideación suicida es la forma más común de conducta suicida. Se podría decir que la ideación suicida es la consideración o el deseo de acabar con la propia vida. Es decir, es cualquier pensamiento de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio (Bryan y Rudd, 2006). La frecuencia, la intensidad y la duración de los pensamientos sobre ideas suicidas se consideran importantes para determinar la gravedad de la ideación (Goldsmith et ál; 2002).

La ideación suicida suele abarcar desde la ideación relativamente pasiva, por ejemplo, querer estar muerto sin ningún plan o intención, hasta la ideación activa, por ejemplo, querer matarse o pensar en un método específico sobre cómo hacerlo, lo que conduce a la planificación activa del suicidio (Cha et.ál., 2018). La ideación suicida activa, es una ideación muy específica, ya que implica haber hecho un plan o tener la intención, por tanto, se asocia con un riesgo mucho mayor de intento de suicidio (Turecki y Brent, 2016).

Las comunicaciones suicidas pueden definirse como expresiones directas o indirectas de la ideación suicida o de la intención de dañarse o matarse, verbal o no verbal. Las

amenazas suicidas son un caso especial de comunicaciones suicidas, utilizadas como una forma de pedir ayuda urgente a otras personas (Goldsmith et ál; 2002). Por lo que la amenaza de suicidio es cualquier acción interpersonal, verbal o no verbal, y que no llega a ser un acto directamente autolesivo, que una persona razonable interpretaría como una comunicación (Bryan y Rudd, 2006).

El intento de suicidio (también llamado como “tentativa de suicidio” o “para suicidio”), es un acto destructivo no mortal, autoinfligido, con intención explícita o inferida de morir (Goldsmith et ál; 2002). También se podría definir como, una acción que pretende acabar deliberadamente con la propia vida. El intento de suicidio se caracteriza por una mayor lesión de daños físicos en la propia persona en comparación con las conductas autolíticas, ya que estas últimas no pretenden ser un intento de suicidio (Turecki y Brent, 2016). Estas conductas son un comportamiento autoinfligido o autoagresivo, sin la intención de morir. El comportamiento se produce por otras razones, como aliviar la angustia (a veces referido como “automutilación”, por ejemplo, cortes superficiales o arañazos, golpear o quemar) o como una forma de pedir ayuda a otros. (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018).

A menudo, el intento de suicidio entre los adolescentes y jóvenes se produce en el contexto de un plan, aunque una minoría de adolescentes (20 – 40%) intenta suicidarse sin tener un plan previo (Cha et ál., 2018). La impulsividad como rasgo de personalidad, facilita la transición de la idea suicida al intento suicida (Gvion et ál; 2015). De hecho, es un indicador más significativo de intento de suicidio que la presencia de un plan específico de suicidio.

Una parte de los jóvenes que intentan suicidarse comentan que su motivo principal no es morir, sino salir de una situación insoportable e intolerable, y expresar hostilidad, y ellos mismos reconocen que la posibilidad de su comportamiento podría haber provocado la muerte (Tureck y Brent, 2016). Una acción que tiene como resultado una lesión no mortal y, en la que hay pruebas de que la lesión fue autoinfligida y de que la persona que llevó a cabo la acción tenía intención de morirse, se le denomina intento de suicidio con lesiones (Bryan y Rudd, 2006).

La prevención del suicidio se ha de establecer en todo el proceso y en la progresión ocurrida desde incluso antes de la ideación suicida. En pocas ocasiones se produce un

intento de suicidio de forma directa sin pasar por una serie de fases. Por lo general, el suicidio consumado se genera de forma progresiva (Navío y Pérez, 2020, p.72).

6.3. La prevalencia del suicidio en la adolescencia y juventud

Según el informe del Observatorio del Suicidio en España, en base a los datos de las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte publicados por el Instituto Nacional de Estadística, en 2020 han fallecido por suicidio 3.941 personas en España, casi una media de 11 personas al día; un 74% de ellas hombres y un 26% mujeres (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2021, p1). En la actualidad, el suicidio es la principal causa de muerte no natural en España, siendo 2,7 veces más que las muertes provocadas por accidentes de tráfico, y 13,6 veces más que los homicidios (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2021). Hasta la publicación de este informe, 2020 ha sido el año con más suicidios registrados en la historia de España (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2021). En términos comparativos con el contexto europeo, y considerando los últimos datos disponibles de 2016, en España se produjeron 7,5 muertes por suicidio para cada 10.000 habitantes, en comparación con las 10,8 en el total de la UE-27¹⁰.

Entre los jóvenes de 15 a 24 años, el suicidio también se ha convertido en la principal causa de muerte no natural. Según las Estadísticas de Defunción del Instituto Nacional de Estadística, y tomando como referencia el año 2020 (últimos datos disponibles), el 32,17% de los jóvenes que fallecen de muerte no natural lo son por “suicidio o lesiones autoinfligidas”, el mayor porcentaje teniendo en cuenta las diferentes causas externas de mortalidad, seguido del 31,30% que fallece por accidentes de tráfico¹¹. La tasa de suicidio para los jóvenes de 15 a 19 años es de 1,98 suicidios por cada 100.000 habitantes y de 4,21 en el caso del grupo de 20 a 24 años.

Existe un diferencial por género en la prevalencia del suicidio, siendo los adolescentes y jóvenes varones los más afectados. Ellos representan las tres cuartas partes de las personas que se suicidan (75,68%), mientras que la proporción de mujeres es más

¹⁰ Eurostat (2020). *Archivo Estadísticas sobre Causas de Muerte*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/es&oldid=505766#:~:text=Por%20t%C3%A9rmino%20medio%2C%20en%202016,por%20cada%20100%20000%20habitantes. Fecha de consulta: 2/3/2022.

¹¹ Instituto Nacional de Estadística (2020). *Estadística de defunciones según causa de la muerte, Resultados detallados, Causa Básica de Defunción, Resultados Nacionales*. [Defunciones por causas \(lista reducida\), sexo y edad. \(ine.es\)](#). Fecha de consulta: 2/03/2022.

reducida (32,14%). La tasa de suicidio entre los hombres de 15 a 19 años es de 2,47 por cada 100.000 habitantes, ascendiendo al 6,65 entre los 20 y 24 años. Por su parte, las tasas para las mujeres en estos grupos de edad se sitúan respectivamente en 1,45 y en 1,64 ¹².

La evolución temporal de las muertes por suicidio pone de manifiesto la preocupante incidencia de esta realidad. En 2010, una década antes de los últimos datos disponibles, la proporción de fallecimientos por causas externas de mortalidad debidos a “suicidios o lesiones autoinfligidas” entre los jóvenes de 15 a 24 años era el 18,65%, siendo en ese año la principal causa de mortalidad no natural los accidentes de tráfico, casi la mitad de ellas (47,70%) ¹³. En la década de 2010 a 2020, las muertes por suicidio entre los adolescentes y jóvenes han crecido en 13,5 puntos porcentuales, igualando a los fallecimientos por accidentes de tráfico, tradicional primera causa de muerte no natural.

Además de la cuantificación de las muertes por suicidio, conviene considerar la incidencia de conductas de ideación suicida e intentos de suicidio. La ideación suicida puede afectar a lo largo de la vida a entre el 5% y el 10% de la población española, y es preocupante el aumento de los pensamientos suicidas en los jóvenes ¹⁴. De acuerdo con datos de la OMS; existirán aproximadamente 20 intentos por cada suicidio en un año ¹⁵. En datos absolutos, estas cifras representan que entre dos y cuatro millones de personas tienen ideas de suicidio, y se producen al año al menos 80.000 intentos de suicidio.

6.4. Factores de riesgo del suicidio

El suicidio no puede considerarse como una patología en sí misma. Es un problema de salud pública que no se puede atribuir a una sola causa concreta, sino que constituye un problema multifactorial, especialmente entre los adolescentes y jóvenes (Montero,

¹² Instituto Nacional de Estadística (2020). *Estadística de defunciones según causa de la muerte, Resultados detallados, Defunciones por suicidio, Resultados Nacionales*. [Tasas de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo. \(ine.es\)](#). Fecha de consulta: 2/03/2022.

¹³ Instituto Nacional de Estadística (2020). *Estadística de Defunciones según causa de la muerte, Principales Series desde 1980, Series nacionales, por comunidad autónoma y provincia de residencia, Resultados nacionales*. [Defunciones por causas \(lista reducida\) por sexo y grupos de edad\(7947\) \(ine.es\)](#). Fecha de consulta: 2/03/2022.

¹⁴ Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2021). *Observatorio del Suicidio en España. España Suicidios 2020* <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/#:~:text=As%C3%AD%2C%202020%20se%20convierte%20en,aumento%20del%2012%2C%25>). Fecha de consulta: 2/03/2022.

¹⁵ Datos extraídos del enlace referenciado en la nota a pie anterior.

2021), en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales, que llevan a una alteración psicopatológica y conductual (Navío y Pérez, 2020). Puede producirse por situaciones vitales constantes o circunstanciales (Confederación Salud Mental España, 2021).

Poder identificar la multiplicidad de factores que aumentan o reducen el nivel de riesgo del suicidio es clave, ya que guardan una estrecha relación con dicha conducta. Además, el nivel de riesgo aumenta proporcionalmente según el número de factores que se presenten (Sarasola et ál; 2016), y la mayoría de los factores de riesgo y protección del suicidio juegan un papel importante antes de los 25 años (Fusar-Poli, 2019).

Todas las investigaciones están de acuerdo que muchos factores de riesgo asociados al suicidio van más allá de los trastornos mentales (OMS, 2021). Aunque el suicidio no es en sí misma una enfermedad mental, ni tiene por qué ser la manifestación de ella o de otro tipo de enfermedades, los trastornos mentales son un factor importante asociado al suicidio (OMS, 2000). Los diferentes factores de riesgo señalados interaccionan a lo largo del desarrollo vital. Las causas de tipo biológico, sociofamiliar y psicológico tienen su propio peso, pero es cierto que ninguno de ellos es totalmente suficiente para explicar las conductas suicidas (Mingote et ál; 2004). También conviene considerar que, aunque existan varios factores que puedan influir al riesgo de consumir un suicidio, el hecho de que estén presentes no quiere decir que vaya a ocurrir (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018). Entre las circunstancias de riesgo señaladas están la pérdida de algún familiar cercano, el abuso de sustancias tóxicas, los antecedentes de suicidio familiar, o problemas en las relaciones familiares, aunque se desconoce la carga específica de cada uno de los factores por separado (Buendía et ál; 2004).

El desarrollo de conductas suicidas en los jóvenes implica una compleja interacción entre aspectos genéticos, sociales, familiares, rasgos de personalidad y la exposición a tensiones y problemas de salud mental (Beautrais, 2003). Los principales factores de riesgo del suicidio en los adolescentes y jóvenes podrían clasificarse en factores individuales; factores familiares; y factores contextuales y sociales (Sarasola et ál; 2016).

6.4.1. Factores individuales

Entre los aspectos individuales que más pueden influir en las conductas suicidas de los adolescentes y jóvenes están la presencia de trastornos mentales; los intentos previos de suicidio; factores psicológicos como la impulsividad, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, el perfeccionismo o la rigidez cognitiva); o finalmente, una enfermedad física o discapacidad (Sarasola et ál; 2016). El principal trastorno mental que aumenta el riesgo de suicidio es la depresión. En aproximadamente el 80% de las personas que presentan un cuadro de depresión mayor se detecta en algún momento la ideación suicida (Navío y Pérez, 2020, p.224) Entre el 14% y el 50% de estas personas realizan intentos de suicidio, que se vinculan con la desesperanza (Navío y Pérez, 2020, p.224).

Por otra parte, existen eventos o situaciones vitales que pueden provocar un estrés intenso y pueden precipitar un acto suicida (Cañón y Carmona, 2018). Por último, conviene considerar factores biológicos o genéticos, como, por ejemplo, las alteraciones en el metabolismo de la serotonina y la dopamina (Antón, 2018).

6.4.2. Factores familiares

Algunos de las circunstancias familiares de riesgo para la conducta suicida en la etapa adolescente y juvenil son la presencia de la conducta suicida en la historia familiar, altos conflictos en el entorno familiar, así como la presencia de hostilidad y agresión, la exposición de eventos vitales estresantes de origen familiar o la falta de comunicación a nivel familiar (Antón, 2018). En definitiva, una mala convivencia familiar, así como dinámicas de inestabilidad afectiva, incrementan el riesgo de suicidio en personas jóvenes (Medina y Hernández, 2004).

Las condiciones de adversidad dentro la familia, como el bajo nivel socioeconómico familiar, separación o divorcio parental, abandono de los cuidados físicos y afectivos a los hijos, maltrato físico y psicológico, y la exposición a abusos físicos o sexuales durante la infancia, se asocian a un incremento del comportamiento suicida (Clavijo, 2002).

6.4.3. Factores sociales y contextuales

El fenómeno de suicidio en adolescentes y jóvenes involucra también elementos de tipo social y contextual. El acoso o bullying por parte de iguales, el fácil acceso al consumo de alcohol o tóxicos, la exposición al suicidio de otras personas, la falta de

oportunidades, la falta de apoyo social, y el bajo rendimiento académico, entre otros, son factores que se asocian al riesgo del suicidio (Cañón y Carmona, 2018).

El tabú en torno al suicidio y las ideas y creencias erróneas acerca de sus causas y ocurrencia, promueven su estigmatización. El estigma acerca del suicidio está muy presente y es considerado como factor de riesgo, ya que dificulta que las personas busquen y pidan ayuda (Confederación Salud Mental España, 2015).

Es muy importante tener presente en la evaluación y prevención de las conductas suicidas, con qué factores protectores cuenta el adolescente y joven para constituirse en verdaderos amortiguadores de impacto de los factores de riesgo. Herramientas y competencias personales, como las habilidades para la resolución de conflictos y un desarrollo adecuado de la autoestima (Larrobla et ál; 2013), o saludables circunstancias familiares y contextuales que puedan reducir las posibilidades de desarrollar problemas de tipo emocional y conductual, son factores protectores. En conclusión, detectar la multiplicidad de factores de protección y riesgo a tiempo es imprescindible para tomar decisiones en cuanto al abordaje a seguir, con una orientación temprana y multiprofesional.

7. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

7.1. La familia como principal núcleo de apoyo

La familia es la principal forma de organización y de provisión de afecto y apoyo de los seres humanos en cada etapa de la vida (Fernández y Ponce, 2012). Es el núcleo principal en el que el joven o adolescente debe encontrar el apoyo, la protección y el cariño necesario. Los padres son una figura clave que debe establecer límites y comprender sus nuevas inquietudes (Martínez y Brañas, 2014). La relación con los padres es, por tanto, un factor de especial relevancia para el bienestar de adolescentes y jóvenes.

Todas las familias se desarrollan a lo largo de un ciclo vital, que implica pasar por diferentes momentos de la vida para todos sus miembros, y sobre los cuales comparten una historia común. Todas las familias pasan por etapas de transición. Sus miembros crecen y cambian, e incluso ocurren hechos que alteran y modifican la realidad familiar. Cuando las circunstancias de la familia cambian, ésta se enfrenta a un período de desorganización que implica cambios, riesgos y oportunidades para todos sus

miembros (Minuchin et ál; 2000). Sin embargo, a pesar de los cambios, y de las adaptaciones que estos requerirán, la familia permanece y persiste al constituir la mejor unidad humana para nuestras sociedades rápidamente cambiantes (Minuchin, 1995).

El hombre y la mujer necesitan sentirse queridos, apoyados, y seguros, es decir, necesitan establecer vínculos de afecto. Es una de las principales funciones que los padres deben satisfacer, ya que la afectividad es esencial para el ser humano, en todas las etapas de la vida. El sentirse queridos se convierte así en una necesidad primaria. Especialmente durante la adolescencia y juventud, la existencia de lazos afectivos fuertes en la familia, contruidos sobre buenos vínculos de apego con los progenitores, es crucial para el buen desarrollo y una buena estabilidad emocional (De León y Silió, 2010).

La familia cumple también un papel importante en la construcción del autoconcepto y de la autoestima de los adolescentes y jóvenes, y que se empieza desde pequeños con las interacciones, valoraciones y expectativas que los padres proyectan sobre los hijos (De León y Silió, 2010). En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad. Son factores muy importantes en este sentido la atención y la ayuda que reciben.

Las relaciones entre los hermanos y hermanas también son importantes en el desarrollo del adolescente. Normalmente, los hermanos proporcionan compañía y satisfacen entre ellos sus necesidades de contar con relaciones afectivas (Fernández y Ponce de León, 2012).

En definitiva, las posibilidades de los adolescentes dependen de la calidad de sus entornos, sus relaciones y experiencias.¹⁶. Y en ellos, el clima social familiar desempeña una función predilecta al ejercer influencias muy relevantes en la formación de la personalidad de los individuos (Cervantes y Hernández, 2008).

7.2. Dinámicas familiares

La dinámica familiar incluye las diferentes situaciones de carácter psicológico, biológico y social que están presentes en las relaciones entre los miembros que

¹⁶ UNICEF (s.f). *Desarrollo y participación de la adolescencia. Invertir en los adolescentes contribuye a crear economías sólidas, comunidades inclusivas y sociedades dinámicas.* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/es/desarrollo-y-participacion-de-la-adolescencia>. Fecha de consulta: 1/02/2022.

conforman la familia, posibilitándoles la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros (Agudelo, 2005). Las dinámicas familiares también pueden definirse como los encuentros entre las subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, que regulan la convivencia y que permiten que la vida familiar se desarrolle armónicamente (Hena, 2012).

La familia es el grupo social primario que satisface las necesidades biológicas de subsistencia, constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas interpersonales, facilita el desarrollo de la identidad tanto individual como familiar, y en el que los hijos adquieren e interiorizan normas, reglas y límites, mientras que a su vez asumen los roles sociales (Hena, 2012). En este sentido, la familia es la principal unidad sistémica de desarrollo de las personas, y sus dinámicas pueden ser funcionales o disfuncionales, generadoras de salud y de bienestar, o de malestar mental y emocional. Podríamos decir, que la familia es un núcleo básico para la prevención de la mala salud mental y del comportamiento suicida (Macías, 2020).

La salud y el bienestar mental y emocional de los adolescentes y jóvenes se ven influidas significativamente por la calidad del ambiente familiar donde se desarrollan. El estilo de crianza y la educación contribuyen a crear el clima emocional de la familia, reflejándose en el comportamiento que tienen los padres y los hijos (Clavijo, 2002).

La familia juega así un rol esencial en la disminución de las conductas de riesgo del adolescente o joven (Valenzuela et ál; 2013). La familia debe desempeñar un papel importante, no sólo apoyando al adolescente o joven, sino también detectando comportamientos o síntomas que pueden derivar o conducir a la sospecha de la ideación suicida (Navío y Pérez, 2020, p.63).

La ausencia de manifestaciones afectivas en el hogar y la comunicación escasa o inadecuada dentro de la familia, han sido señalados como los principales factores de riesgo para el intento suicida (Valdez, 2005). Los vínculos afectivos adecuados entre los padres e hijos, así como entre los hermanos, resultan ser un factor de protección de primer orden. Los trastornos mentales pueden estar relacionados con la deprivación afectiva, sobre todo en edades tempranas. Es crucial la implicación familiar durante los primeros años de vida la persona para favorecer la interacción afectiva y emocional (Clavijo, 2002). La relación familiar entre padres e hijos es una interacción que afecta a ambos y puede generar beneficios o daños para ambas partes (Valenzuela et ál;

2013). Otros factores importantes que intervienen en el desarrollo de una interacción familiar adecuada incluyen la presencia de los padres en los acontecimientos importantes de la vida de los hijos y la participación y cercanía en actividades compartidas (Rusu et ál; 2012).

Por su parte, la comunicación familiar es una de las variables que con mayor frecuencia se relaciona con el equilibrio psicosocial de los miembros (Amorós et ál; 2014). A través de ella se establecen las interacciones entre los miembros que la componen, y pueden afrontarse en común las dificultades personales o sociales que, aunque experimentadas de forma individual, afectan a todos los miembros de la familia (Escartín, 1992). Es uno de los factores más importantes entre los que condicionan las relaciones familiares. Un buen nivel de comunicación hace que se creen unas relaciones basadas en el afecto, la confianza y la seguridad, propiciando el crecimiento individual y familiar, y con las que los miembros de la familia pueden apoyarse antes las dificultades que les puedan suceder.

La comunicación es además un vehículo que permite supervisar a los jóvenes y adolescentes en su proceso de desarrollo y educación. Es muy importante que los padres sigan manteniendo buenos niveles de comunicación con sus hijos, facilitando el encuentro personal y una adecuada tarea de supervisión educativa. La adolescencia y primera juventud es una etapa vital llena de cambios, en la que el acompañamiento y la comunicación con los padres es un recurso fundamental para poder enfrentarse a dichos cambios con autonomía y bienestar.

8. MARCO PROGRAMÁTICO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.

8.1. Introducción

La conducta suicida es considerada como uno de los problemas más importantes de salud pública en Europa y en todo el mundo (Ministerio de Sanidad, 2022). La invisibilización del suicidio debido al estigma, tabúes y la falta de información al respecto, conlleva un abordaje complicado desde el punto de vista de la gestión pública y de la implicación de los diferentes actores que componen la sociedad (Castillo et ál., 2022). Sin embargo, es fundamental el papel del estado de bienestar en la contención del suicidio como problema tanto social como sanitario (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018).

De hecho, la Organización Mundial de la Salud ha pedido en múltiples ocasiones a que los Estados en todos sus niveles administrativos, planteen y formulen estrategias públicas integrales tanto a nivel internacional, nacional y local ante el crecimiento mundial del suicidio con motivo de la pandemia del COVID-19 (Patton, 2022). Los gobiernos tienen un papel muy importante en el desarrollo y fortalecimiento de la prevención y la intervención contra el suicidio. Una vigilancia rigurosa permite la toma de decisiones informadas, el desarrollo de intervenciones y prácticas basadas en evidencia y la aplicación de políticas públicas en relación con este fenómeno del suicidio (Ministerio de Sanidad, 2022).

Las acciones para prevenir el suicidio no sólo deben provenir del sector sanitario, sino también de otros sectores simultáneamente (OMS, 2021a). La mayor parte de las estrategias para trabajar sobre el suicidio están incorporadas dentro de los planes de salud mental. Estas acciones son valiosas por cuanto la promoción de la salud mental es uno de los principales factores protectores del suicidio en los adolescentes y los jóvenes, más aún cuando como consecuencia de la pandemia sus condiciones de salud mental han empeorado.

También hay que considerar en este sentido que nadie está libre de padecer algún tipo de problema de salud mental o la de las personas cercanas a su entorno, y que cuando eso sucede “la desinformación y la falta de toma de conciencia sobre la salud mental conllevan a que la sociedad discrimine y rechace a las personas con problemas de salud mental” (Ministerio de Sanidad, 2022, p. 17). Pero simultáneamente, y como consecuencia de este abordaje, se puede afirmar que sigue existiendo una grave carencia en torno al tratamiento del suicidio (Navarro, 2020). Es necesario un acceso eficiente y de calidad a los servicios de salud mental, pero también un impulso a medidas y estrategias específicas de prevención del suicidio, que coordinen las intervenciones de todos los actores implicados (Patton, 2022).

8.2. Estrategias internacionales

La OMS apuesta por que los países tengan medidas e iniciativas en relación a la prevención del suicidio, y la forma idónea sería a través de una estrategia nacional integral dirigida por el gobierno, ya que ayudaría a que la prevención del suicidio se coloque en un lugar prioritario en las agendas políticas y que dispongan de los recursos

necesarios para implementar dicha prevención (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Solo 28 países tienen estrategias nacionales de prevención del suicidio¹⁷.

Desde 2003 se celebra en todo el mundo el 10 de septiembre de cada año el Día de la Prevención del Suicidio, organizado por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio y en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Este día tiene como objetivo general concienciar acerca de la prevención del suicidio en todo el mundo. En 2014 se publicó el primer informe mundial de la OMS, llamado *“Prevención del suicidio: un imperativo global”*, con la finalidad de aumentar la sensibilización respecto a la problemática del suicidio y otorgar la máxima prioridad a su prevención en los programas mundiales de salud pública, recomendando a los países a que elaboraran sus estrategias nacionales (OMS, 2021a).

A su vez, reducir la tasa de suicidios a nivel mundial en un tercio para 2030 es un indicador y una meta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas y en el Plan de Acción Integral sobre la salud mental 2013-2030 de la OMS. Concretamente, es uno de los indicadores de la meta 3.4 de los ODS, siendo uno de los propósitos promover la salud y el bienestar mental de la población. El 13º Programa General de Trabajo 2019-2023 de la OMS incluye el mismo indicador con una disminución del 15% para el 2023 (OPS, 2021).

Las principales intervenciones impulsadas por la OMS tienen que ver con la sensibilización y acompañamiento a los medios de comunicación para que den información sobre el suicidio de forma responsable; el desarrollo de intervenciones para la mejora de las aptitudes sociales y emocionales de los adolescentes; y finalmente la actuación temprana para detectar a tiempo a la persona con conducta suicidas, siendo necesarias la evaluación, la gestión y el seguimiento de la persona que está en riesgo (OPS, 2021).

8.3. Estrategias nacionales

España no cuenta con un programa nacional específico para el abordaje del suicidio y su prevención, aunque existen estrategias desarrolladas a nivel autonómico o local (Navarro, 2020). Se han ido impulsando diversas acciones de prevención del suicidio

¹⁷Fundación Dr. Antoni Esteve (s.f). *La OMS recomienda una estrategia de prevención del suicidio que España ni tiene ni se plantea lanzar*. Fundación Dr. Antoni Esteve <https://www.esteve.org/otras-sugerencias/materia-suicidios-2/>. Fecha de consulta: 22/04/2022.

dentro de las diferentes Estrategias de Salud Mental desarrolladas (Confederación Salud Mental España, 2020).

El Ministerio de Sanidad ha gestionado la elaboración y puesta en marcha de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 -2026¹⁸, incluyendo a las personas con problemas de salud mental, sus familiares y personas cercanas, los profesionales, a través de sus organizaciones, y los representantes de servicios sociales y sanitarios. El objetivo de esta Estrategia es “proporcionar una herramienta útil para mejorar la salud mental de la población, atender y acompañar de forma integral a las personas con problemas de salud mental desde una perspectiva exigente de derechos humanos, apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitario que favorezca la recuperación e inclusión social” (Ministerio de Sanidad, 2022, p.18).

La presente Estrategia de salud mental 2022-2026 recoge diez líneas estratégicas: (1) Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona, (2) Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental, (3) Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, (4) Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario, (5) Salud mental en la infancia y en la adolescencia, (6) Atención e intervención familiar, (7) Coordinación interinstitucional, intersectorial y dentro del sistema de salud mental, (8) Participación de la ciudadanía, (9) Formación de pregrado, especializada y continua y (10) Investigación, innovación y conocimiento (Salgado, 2022).

Es relevante que por primera vez se incluya entre las líneas estratégicas una línea específica dedicada a la prevención, la detección precoz y la atención a la conducta suicida (línea 3). La línea incluye los objetivos y acciones a llevar a cabo por las comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad, 2022).

El primer objetivo general de la línea estratégica 3 es detectar de forma precoz y prevenir las conductas suicidas. Plantea como objetivos específicos, por una parte, la sensibilización y la mejora de información a la población general, promovidas por

¹⁸ Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo de 2022-2026*. Ministerio de Sanidad. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategia-salud-mental-2022-2026/>. Fecha de consulta: 22/04/2022.

instituciones públicas, medios de comunicación y entidades sociales dedicadas a ello; y por otra, la detección precoz y prevenir el riesgo suicida (Ministerio de Sanidad, 2022, p. 80). Entre las acciones más importantes que se proponen con el fin de dar cumplimiento a estos objetivos, están (Ministerio de Sanidad, 2022, p.81):

- Mejorar el acceso a los servicios de salud mental y atención de las personas con riesgo a la conducta suicida.
- Mejorar la detección de las personas con riesgo a dicha conducta por parte de los profesionales en los servicios de salud (equipos de urgencias, atención primaria y salud mental), dotando a dichos profesionales de herramientas que posibiliten la identificación de posibles pensamientos de suicidio y la valoración de los factores de riesgo.
- Promover el registro y seguimiento clínico de los casos de tentativas de suicidio que contribuya a la mejora de su vigilancia, en relación con el código de riesgo de suicidio, e implantar dicho código en las historias clínicas teniendo en cuenta el respeto a la confidencialidad y a los derechos de la persona.
- Intervenir en colectivos vulnerables, y entre ellos y especialmente, con la población infanto-juvenil.

El segundo objetivo general de esta línea 3 es mejorar la atención a las personas con conductas suicidas. Entre sus objetivos específicos están: promover la elaboración de procesos asistenciales integrados de atención a las personas con riesgo suicida; apoyar e incitar formas de ayuda mutua entre supervivientes de tentativa de suicidio y personas con ideaciones suicidas; apoyar y estimular formas de ayuda mutua entre familiares que hayan vivido situaciones de duelo por suicidio; establecer asesoramiento y apoyo a los profesionales que han vivenciado un suicidio en su ámbito de trabajo; facilitar y promover el acceso directo para los adolescentes con problemas de salud mental que desarrollen programas específicos para aquellos que manifiesten ideación suicidas; y desarrollar una red de atención telefónica eficiente, coordinada e integrada para mejorar el abordaje a la persona con riesgo suicida (Ministerio de Sanidad, 2022, p. 81-82).

Algunas de las acciones más importantes para lograr los objetivos específicos son (Ministerio de Sanidad, 2022, p.82-83):

- Facilitar información que evite el estigma, los prejuicios y estereotipos de las conductas suicidas.
- Desarrollar líneas de trabajo para luchar por la prevención del suicidio entre el Ministerio de Sanidad y otras instituciones con el objeto de alcanzar una red de colaboración y que alcance este objetivo en múltiples ámbitos.
- Ofrecer a las familias información, recursos y herramientas que les permitan actuar en casa de un nuevo episodio, implantando protocolos de prevención en colegios, universidades, lugares de trabajo, centros sociosanitarios y residencias.
- Garantizar una continuidad de cuidados adecuada a las personas que han realizado una tentativa de suicidio. Se presta especial importancia a que el informe de alta del servicio de urgencias llegue al médico de atención primaria con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados necesarios, y en el Centro de Salud Mental.
- Atender de forma temprana a las personas cuidadoras, familiares y allegados de personas que han fallecido por suicidio, estableciendo una cita y evaluación inmediata en atención primaria y servicios de salud mental.
- Promover la formación y la capacitación a los profesionales de atención primaria, de medicina, enfermería y trabajo social para identificar los grupos de riesgo, y a su vez, en técnicas de entrevista para la detección y manejo del riesgo del suicidio.
- Fomentar la cooperación con otros sectores en el ámbito de la Agenda 2030 para lograr estos objetivos.

Por su relación con la prevención y la intervención ante el suicidio, se exponen a continuación brevemente las líneas estratégicas 5 “Salud mental en la infancia y en la adolescencia”, y 6 “Atención e intervención familiar”. La línea estratégica 5 está centrada en la salud mental en la infancia y en la adolescencia, haciendo hincapié en la atención de esta etapa por todos los agentes sociales. Las condiciones y experiencias vitales de los primeros años son muy importantes respecto al crecimiento y desarrollo biopsicosocial en las distintas áreas. Su enfoque se orienta a fortalecer los factores protectores de la salud mental, más allá de la identificación precoz de los factores de riesgo (Ministerio de Sanidad, 2022, p.92).

Por último, la línea estratégica 6 está enfocada en la atención e intervención familiar. Las actividades de intervención familiar contemplan a la familia y su entorno como elemento esencial en la recuperación psicosocial de la persona con problemas de salud mental. El sistema familiar es un entorno donde se protege o propicia la aparición de problemas de salud mental. Para cumplir con sus funciones protectoras las familias necesitan información, asesoramiento, cuidados y autocuidados en los temas relacionados con los problemas de salud mental, ya sean tratamientos, estrategias específicas de comunicación y afrontamiento, o recursos existentes (Ministerio de Sanidad, 2022, p.100).

8.4. Estrategias autonómicas

En España ocho comunidades autónomas cuentan con planes específicos de prevención del suicidio, independientes de las estrategias ligadas a la salud mental. Son: Aragón (2020), Galicia (2017), La Rioja (2018), País Vasco (2019), las Islas Baleares (2022), la Comunidad Valenciana (2017), Extremadura (2022) y Cataluña (2021) (Fernández y Fernández, 2022). Concretamente, por la amplitud de sus objetivos, áreas de actuación, recursos e iniciativas para la prevención del suicidio¹⁹, me detendré en la Estrategia de Prevención del Suicidio en País Vasco, y en el Programa de Prevención del Suicidio de Cataluña 2021-2025.

La Estrategia de Prevención del Suicidio en el País Vasco se presentó en junio de 2019 y cuenta con un plazo de cinco años para brindar respuesta a todas las medidas descritas. La estrategia sigue el modelo de salud pública y el enfoque recomendado por la OMS para la prevención del suicidio, dado que se inspira en la sensibilización, prevención, detección y atención precoz de la conducta suicida, y el trabajo conjunto de todos los actores implicados, gobiernos, familias, medios de comunicación y sociedad civil (OMS 2014; y Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud, 2019). La estrategia es liderada por Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), pero han colaborado el resto de los agentes que están relacionados directamente con el suicidio, como los departamentos autonómicos y locales de Educación, Servicios Sociales, Emergencias, asociaciones de familias afectadas y medios de comunicación.

¹⁹ Redacción Médica (2022). *Solo 8 comunidades autónomas tienen planes específicos contra el suicidio.* <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/solo-8-comunidades-autonomas-tienen-planes-especificos-contr-el-suicidio-5608>. Fecha de consulta: 25/04/2022.

La Estrategia tiene como principios inspiradores los siguientes (Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud, 2019, p. 46-47):

- La promoción de un entorno protector y seguro para la persona. La creación y el cuidado de un ambiente individual, social y cultural favorable a la prevención del suicidio es una base fundamental en el enfoque estratégico. Los objetivos son: promoción de valores culturales positivos y solidarios, la promoción de conductas saludables para la gestión de emociones en la educación para la salud, y la aplicación de la prevención del riesgo suicida en las políticas y normativas públicas.
- La formación de profesionales y de los agentes implicados, como orientación esencial para garantizar la adquisición de competencias para abordar de forma efectiva la conducta suicida. El objetivo es fortalecer las competencias de los equipos multidisciplinares que intervienen en la prevención, abordaje e intervención de la conducta suicida. La formación se basará en la evidencia científica y en las mejores prácticas disponibles.
- La puesta en marcha de protocolos y su desarrollo para ofrecer servicios a las personas en riesgo de suicidio, ya que son una herramienta que promueve la colaboración y la capacidad de responder entre los distintos agentes implicados.
- La atención integral, por cuanto es importante para la prevención de la conducta suicida y la atención a las personas afectadas y a sus familias, involucrar a todos los sectores y agentes implicados.

La Estrategia de Prevención del Suicidio en País Vasco se compone de 9 áreas de actuación, y cada una de ellas cuenta con varias medidas o acciones que engloban la prevención, abordaje e intervención de la conducta suicida con la actuación de distintos agentes implicados en ella. En total son 57 medidas, clasificada además por prioridad en su implementación. Las áreas de actuación que contempla son (Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud, 2019, p.48): (1) Coordinación y seguimiento de la Estrategia; (2) Vigilancia epidemiológica e investigación; (3) Información y concienciación; (4) Acceso a medios letales; (5) Emergencias y primera intervención; (6) Ámbito comunitario: educación, sistema de servicios sociales, ámbito laboral y ámbito familiar; (7) Ámbito

sanitario: ámbito sanitario general, atención primaria, salud mental, hospital general y farmacia comunitaria; (8) Postvención y; (9) Colectivos en situación de vulnerabilidad.

El Plan de Prevención del Suicidio de Cataluña 2021-2025²⁰, tiene como objetivo general reducir la prevalencia y el impacto de la conducta suicida a través de un sistema integral y eficiente de prevención, intervención y postintervención, teniendo en consideración la perspectiva de género, y priorizando aquellos grupos de mayor riesgo en sus acciones y planteamientos (Generalitat de Cataluña, 2021, p.23). Incide también en la reducción del estigma social asociado al suicidio mediante intervenciones comunitarias. Se propone como metas reducir la tasa de tentativas y muerte por suicidio en 2030 en más de un 15% de la población y en más de un 20% en los grupos prioritarios.

Las principales líneas de actuación son (Generalitat de Cataluña. 2021, p.25-26): (1) Prevención universal, selectiva, indicada y estructural del suicidio; (2) Detección, acceso, atención inmediata, tratamiento, recuperación y procesos de apoyo en casos de intentos suicidas; (3) Postintervención y apoyo a la familia y otros supervivientes; (4) Seguridad de los pacientes y prevención del suicidio; (5) Apoyo a la gestión de la información y del conocimiento de los datos; y, por último, (6) Gobernanza, desarrollo del plan y rendición de cuentas.

El Plan potencia la mejora de la calidad del Código Riesgo Suicidio (CRS) iniciativa pionera puesta en marcha en 2014 ²¹ Constituye un instrumento pionero y clave de actuaciones asistenciales y preventivas de la conducta suicida. Junto con ello, el Plan activa también el teléfono 061 Salud Responde, que será la vía para la atención telefónica de apoyo y conocimiento de personas con riesgo de suicidio, para re-evaluar el riesgo de suicidio y el estado de salud de la persona, y para dar una respuesta lo más personalizada posible y mejorar la accesibilidad al sistema sanitario²².

²⁰ Generalitat de Cataluña (2021). *Nuevo Plan de prevención del suicidio de Cataluña 2021-2025*. <https://web.gencat.cat/es/actualitat/detall/Nou-pla-prevencio-suicidis>. Fecha de consulta: 25/04/2022.

²¹ CODIRISC (s.f.). *¿Se puede prevenir la conducta suicida?* <https://www.codirisc.org/prevenir-el-suicidio>. Fecha de consulta: 25/04/2022

²² Cita extraída del enlace referenciado en la nota a pie anterior.

9. EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN CONTRA EL SUICIDIO

9.1. Principios éticos y deontológicos del Trabajo Social

La prevención de la conducta suicida constituye un reto fundamental para la promoción de la salud pública y el bienestar de las personas, y el trabajo social debe de visibilizarse más en este ámbito por su especial relevancia en esta tarea. El trabajo social es una profesión cualificada y preparada para hacer frente a este tipo de situaciones contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los individuos y de las familias implicadas (Consejo General del Trabajo Social, 2020). En la Declaración de Principios Éticos de Trabajo Social Global, la Federación Internacional de Trabajadores Sociales – IFSW, define el Trabajo Social como “el trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que facilita el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el empoderamiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto por la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Con el respaldo de las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y el conocimiento indígena, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para abordar los desafíos de la vida y mejorar el bienestar”²³.

Entre los principios generales del trabajo social, que motivan y justifican el desempeño profesional, está la responsabilidad de preservar la vida de las personas, respetando el valor y la vida inherente de la vida humana (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2014). Además de éste, orientan la tarea profesional los siguientes: no hacer daño; el respeto por la diversidad y la defensa de los derechos humanos y la justicia social; la promoción del derecho a la libre determinación; la promoción del derecho a la participación; el respeto a la confidencialidad y la privacidad; el tratar a las personas como personas completas; y la integridad profesional (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2014). Estos principios se recogen en el Código deontológico, orientando las funciones profesionales.

²³ Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014). *Definición Global de Trabajo Social* [Definición Global del Trabajo Social. International Federation of Social Workers](#). Fecha de consulta: 12/01/2022.

9.2. Contextos organizativos en los que se desarrolla la intervención

La intervención de los/as trabajadores/as sociales se realiza en diversos contextos organizativos, con praxis profesionales diferentes en las que se podrían denominar áreas profesionales (Ballesteros et ál., 2013; y Barranco, 2009). Todos ellos se encuentran en los campos del bienestar social, ya sea en organizaciones públicas o privadas (Díaz, 2003).

Los espacios profesionales del Trabajo Social son múltiples y se ubican en diferentes ámbitos. Los más importantes son: Servicios sociales en sentido estricto (básicos y especializados); Servicios educativos (enseñanza normalizada y especial); Servicios de salud y salud mental (atención primaria y atención especializada); Servicios relacionados con la administración de justicia (tribunales e instituciones penitenciarias); Sector laboral (empresas, sindicatos, mutuas y cooperativas); Sector de vivienda; Tercer Sector; Administración, gerencia y planificación de servicios de bienestar social; Ejercicio libre; y por último, docencia e investigación (Díaz, 2003).

No existen recursos específicos, ni en el ámbito social, ni sanitario, ni educativo, de prevención e intervención en situaciones de suicidio. No obstante, sí se pueden identificar diferentes contextos en los que el trabajo social interviene, y en los cuales puede intervenir para la detección y atención de conductas suicidas. Entre ellos se pueden enumerar los siguientes:

- En el ámbito social, en la atención primaria, los centros de servicios sociales pueden desempeñar una función de primera información, orientación, asesoramiento y valoración para las familias. Es la puerta de entrada para acceder al sistema público de Servicios Sociales²⁴.
- En el nivel especializado de servicios sociales, se encuentran los servicios sociales para la protección de la familia, la infancia y la juventud. Estos recursos existen en todas las comunidades autónomas, aunque reciben diferentes denominaciones, ya que el sistema de servicios sociales es competencia autonómica. En el caso de algunas comunidades autónomas y ayuntamientos existen los Centros de Apoyo a las Familias (CAF), como dispositivos interdisciplinares que ofrecen apoyo a las familias para afrontar

²⁴ Comunidad de Madrid (s.f). *Atención social primaria*. [Atención social primaria. Servicios e información de asuntos sociales | Comunidad de Madrid](#). Fecha de consulta: 20/04/2022.

las dificultades que surgen en la actuación de sus funciones parentales, prevención y atención en otros conflictos y crisis familiares²⁵. Y, el Servicio de Educación Social, siendo un servicio que ofrece apoyo a las familias e incluye actuaciones orientadas a mejorar la convivencia familiar²⁶. En cuanto a la protección específica de niños y adolescentes, los centros y equipos de trabajo de protección a la infancia y adolescencia detectan las situaciones de riesgo grave y presunto desamparo de menores, ofreciendo una atención interdisciplinar psicológica, social y educativa²⁷.

- En el ámbito sanitario, existe la atención primaria y urgencias en los centros de salud a partir de la atención primaria, las urgencias hospitalarias, y especialidades en salud mental. El trabajador social que integra un equipo de salud mental tiene la finalidad de posibilitar una aproximación global a la situación – problema del individuo (Garcés, 2010).
- En el ámbito educativo, dentro de los departamentos de orientación de los centros hay trabajadores sociales como profesores técnicos de servicios a la comunidad (PTSC). Dichos profesionales responden a las necesidades sociales del alumno. Se encargan de facilitar la información a las familias, coordinar y derivar a otros recursos o servicios de apoyo social para el alumno, y detectar conductas de riesgo o situaciones carenciales en que pueda estar sometido el alumno (Consejo General del Trabajo Social, 2011).

9.3. La intervención de los trabajadores sociales.

Nuestra profesión de Trabajo Social promueve el cambio y plantea buscar soluciones a los problemas en las relaciones humanas, lo que conlleva a que los profesionales de trabajo social intervengan en los desajustes de la persona en el que interactúan con el entorno social y familiar (García-Domingo y Sotomayor-Morales, 2017). Hay un triángulo cuyas aristas configuran el quehacer profesional de los trabajadores sociales,

²⁵ Ayuntamiento de Madrid (s.f.). *Centros de apoyo a las familias (CAF)*. [Centros de Apoyo a las Familias \(CAF\). Igualdad y diversidad | Ayuntamiento de Madrid](#). Fecha de consulta: 18/04/2022.

²⁶ Ayuntamiento de Madrid (s.f.). *Servicio de Educación Social*. [Servicio de Educación Social. Infancia y familia | Ayuntamiento de Madrid](#). Fecha de consulta: 18/04/2022.

²⁷ Ayuntamiento de Madrid (s.f.). *Centros de Atención a la Infancia (CAI)*. [Centros de Atención a la Infancia \(CAI\) - Ayuntamiento de Madrid](#). Fecha de consulta: 18/04/2022.

éstos son: la persona, su contexto más cercano y la sociedad en la que se desarrolla (García-Domingo y Sotomayor-Morales, 2017).

La intervención social puede entenderse según Hill (1980) como el “conjunto de principios de acción, organizadores de la práctica en relación a problemáticas específicas, y que permiten la inclusión en un todo, en una unidad, de aspectos teórico-metodológicos, funcionales y también filosóficos, de una forma determinada de práctica” (Bruno et ál; 2018). La intervención en Trabajo Social es entendida como la acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades (Barranco, 2004). Su objetivo es fomentar la autonomía y la integración relacionales de los individuos, familias, grupos y comunidades, acompañándolas para que las personas activen y adquieran competencias y herramientas que les permitan ser protagonistas de sus propias vidas superar dificultades presentes y futuras (García-Domingo y Sotomayor-Morales, 2017).

El Trabajo Social de casos o individual se centra en fomentar el bienestar para ayudar al individuo a afrontar con eficacia sus problemas de ajuste social. Richmond (1962, p. 67, citado en García-Fonseca et ál., 2015) definió el trabajo social de casos como “el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social”. El proceso de intervención en Trabajo Social con casos se basa en la relación interpersonal que se establece con el usuario. Cada caso social individual es único, exclusivo y dinámico (Fernández y Ponce, 2006).

El Trabajo Social familiar es fundamental en nuestra profesión. Es a partir del enfoque de Mary Richmond cuando se destaca la importancia de la familia en cualquier forma de actuación social (Escartín, 1992). En el quehacer del Trabajo Social se considera que la familia siempre ha sido objeto de análisis e intervención, constituyendo un punto de partida y de llegada para cualquier tipo de abordaje, orientando todas las acciones hacia el desarrollo de los recursos internos individuales y de la familia. Se enfatiza la fortaleza de la familia, detectando y fortaleciendo los aspectos positivos con el fin de promocionar el bienestar familiar y del usuario. Se analiza la problemática familiar y se brinda las herramientas necesarias para mejorarla o modificarla.

El objetivo de la intervención del trabajo social familiar es involucrar a las familias del usuario, brindando los apoyos que necesitan para hacer frente al problema y activando sus capacidades. Se busca una relación estrecha entre usuarios, familias y

profesionales (Guerrini, 2009). La necesidad de reforzar el vínculo familiar es importante como factor de protección, dado que es en su seno dónde los adolescentes y jóvenes se socializan y encuentran las bases afectivas y de apoyo necesarias para definir su identidad, forjar su autoestima, y mejorar sus herramientas de integración a la vida adulta, disminuyendo así las probabilidades de conducta suicida (Rocamora, 2013).

Es necesario incidir en el papel que tienen los profesionales de trabajo social en la intervención antes el suicidio. Una de las dimensiones que está al alcance de los trabajadores sociales es la función preventiva (Díaz, 2003). Los profesionales de trabajo social son los encargados de realizar la valoración del riesgo suicida, explorar los factores de riesgo, evaluar el entorno social del adolescente o joven, tanto familiar como social, detectar posibles situaciones de desarraigo o cambios vitales y analizar el impacto que está causando en la persona (Sarasola et ál; 2016). Incluso cuando se detecten problemas de salud mental, conviene considerar que al tratar el sufrimiento psíquico se deben tener en cuenta los factores sociales. Según cómo viva el sujeto lo externo, puede ser causa en muchas ocasiones del origen o la consecuencia de lo psíquico (Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Cataluña, 2009).

Los trabajadores sociales debemos estar atentos a los síntomas o indicadores de riesgo de la conducta suicida que pueden presentar los adolescentes y jóvenes. Los síntomas o indicadores pueden ser múltiples. Entre los más importantes pueden destacarse conductas no habituales o aislamiento de los demás, si verbaliza que los demás estarán mejor si él o si ella no existiera, si presenta muchos pensamientos negativos, o si muestra cambios de humor extremos²⁸. Después de ser capaz reconocer los síntomas o indicadores de conductas de riesgo se podrá comenzar con los procesos adecuados de atención (Acevedo, 2019).

La prevención del suicidio implica la intervención conjunta de diferentes profesionales psicosociales y sanitarios (trabajadores sociales, psicólogos, médicos, orientadores, etc.), y desde diferentes ámbitos, así como de la red familiar y amical del joven (Injuve, 2018). El Trabajo Social puede ser la figura profesional de referencia para movilizar esta red multiprofesional, y los apoyos primarios, situándose en el centro de la

²⁸ Comunidad de Madrid (s.f). *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>. Fecha de consulta: 25/04/22.

intervención profesional (Barranco, 2004). En este aspecto el Trabajo Social tiene un papel fundamental ya que es el perfil profesional que interacciona con el adolescente y joven en riesgo suicida y sus entornos, y principalmente la familia, y la intervención con el medio social es un factor de protección de primer orden en la prevención del suicidio.

La actuación del Trabajo Social en casos de jóvenes con ideas o tentativas suicidas tiene como objetivo intervenir y reintegrar los aspectos más positivos de la persona, llegando a conocer profundamente su situación psicosocial y ayudándole a desarrollar de mejor forma sus potencialidades y habilidades, tanto para ellos como para sus familiares (Sarasola et ál; 2019). La intervención del trabajador social supone acceder a los espacios microsociales donde los sujetos desempeñan su día a día, y sobre los cuales se interviene (Guerrini, 2009). La intervención profesional en estos casos es imprescindible durante todo el proceso de intervención para que la persona se sienta apoyada, ya que el trabajador social establece el rol mediador entre el individuo y los recursos existentes, utilizando la empatía y asertividad como herramientas profesionales fundamentales.

Después de un intento de suicidio la intervención debe mostrar apoyo al joven implicado y a su familia, no estigmatizándolo, para que puedan identificar y movilizar factores de protección (Rocamora, 2013). La familia es un apoyo fundamental, siendo los lazos afectivos que en ella se desarrollan una protección frente a sentimientos de desamparo, desprotección o rechazo (Aucapiña, 2017). También es muy relevante en este sentido que el trabajo social realizado implique a las personas cercanas del entorno del joven – amigos, pero también figuras adultas de referencia para él-, más aún si las dinámicas familiares son frágiles. Una vez que el suicidio se ha producido, se procederá a la intervención desde el trabajo social para afrontar el proceso de duelo por suicidio, acompañándolos en el proceso y en el sentimiento de culpa (Sarasola et ál; 2026).

10. CONCLUSIONES

El trabajo ha identificado la importancia que tienen las familias y el trabajo social en la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes. Son preocupantes las tasas de incremento del suicidio en los jóvenes entre 15 y 24 años, convirtiéndose en la principal causa de muerte no natural en España en este grupo de edad. En la década de

2010 a 2020, las muertes por suicidio entre los adolescentes y jóvenes han crecido 13,5 puntos porcentuales.

Los adolescentes y jóvenes se encuentran en una etapa de transición a la vida adulta, lo que conlleva nuevas adaptaciones ante un futuro que implica asumir mayores responsabilidades, y supone lidiar con situaciones de gran incertidumbre e inseguridad. Es por ello un grupo vulnerable que presenta más probabilidades de conductas de riesgo, para el cual resulta imprescindible el apoyo y la protección de la familia. El acompañamiento de los padres es un recurso fundamental para que durante la adolescencia y primera juventud las personas puedan enfrentarse a los riesgos y oportunidades de esta etapa vital de manera saludable, y puedan ir tomando decisiones que protejan su bienestar. La ausencia de vínculos afectivos en el núcleo familiar y la escasa comunicación dentro de la familia forman parte de los principales factores de riesgo del suicidio.

En este sentido, el trabajo expone que la familia juega un rol más que necesario en la prevención de las conductas suicidas. La necesidad de reforzar los vínculos en la familia es crucial como factor de protección para aumentar las posibilidades de integración del adolescente o del joven, y así disminuir las probabilidades de suicidio. Como puede deducirse, una mala convivencia familiar y unas dinámicas de inestabilidad afectivas, incrementan el riesgo de suicidio en personas jóvenes. En cambio, un clima familiar positivo ejerce una función de protección frente al suicidio y favorece el bienestar del adolescente o el joven.

La Organización Mundial de la Salud considera la prevención e intervención contra el suicidio como una prioridad de salud pública, especialmente en la juventud y la adolescencia. El suicidio no es solo un problema de salud, sino que es también un problema social. Por ello, se requiere de una intervención preventiva, temprana y desde un enfoque multidimensional, con actuaciones que incidan sobre la familia, la comunidad y los profesionales sociosanitarios.

Es importante incidir en la importancia de los trabajadores sociales en la prevención del suicidio, ya que son los encargados de realizar la valoración del riesgo suicida, explorar los factores de riesgo, evaluar el entorno social de procedencia de la persona, tanto familiar como social, detectando posibles situaciones de desarraigo, soledad o cambios vitales y analizar el impacto que ocasiona en dicha persona. El Trabajo Social

tiene un papel fundamental en la prevención, atención temprana e intervención con las conductas suicidas de los adolescentes y jóvenes, ya que es el perfil profesional que trabaja con ellos y sus entornos, principalmente la familia, pero también el de los vínculos amicales, y la intervención con el medio social es un factor protector muy relevante. La acogida, la escucha, la empatía, la no estigmatización, el acompañamiento, la movilización de dinámicas familiares positivas y de vínculos y de recursos de apoyo emocional y social en todos los espacios de interacción de los adolescentes y jóvenes, y el trabajo en duelo, son determinantes en la intervención.

Sin embargo, se debe seguir trabajando en el incremento de la visibilidad y la presencia profesional que deben tener los trabajadores sociales en la prevención e intervención del suicidio de los adolescentes y jóvenes, y también en el reconocimiento del trabajo que ya están realizando. Es necesario impulsar el desarrollo que de forma inicial se está dando de políticas, estrategias y servicios sociales específicos de prevención e intervención, que enmarquen y acojan el imprescindible y valioso desempeño profesional del trabajo social en este ámbito. Sociedad, familias, trabajadores sociales y otros perfiles profesionales sociosanitarios y socioeducativos, y los propios adolescentes y jóvenes están implicados en la prevención y protección frente al suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud. (2019). *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Agudelo, M. E. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias Monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1).
- Amorós, P; Fuentes, M; Mateos, A. & Pastor, C. (2014). *Aprender juntos, crecer en familia*. Obra Social “La Caixa”. CaixaProinfancia.
- Andrade Salazar, J.A. (2012). Aspectos Psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), pp. 688-721.

- Antón, J.M. (2018). Familia, suicidio y duelo. *Revista de Metalurgia*, 55, 47-61. https://www.researchgate.net/publication/327338565_Familia_suicidio_y_duelo
- Artegui, I. (2017). El impacto de la incertidumbre en la transición a la edad adulta: Posiciones biográficas y consecuencias sobre la vida. *Arbor*, 193(784), a379. <https://doi.org/10.3989/arbor.2017.784n2002>
- Aucapiña, T.C. (2017). *La ideación y/o intento de suicidio en los adolescentes según el modelo de intervención psicosocial: una aproximación desde el trabajo social* [Tesis Doctoral, Universidad de Cuenca].
- Ayuntamiento de Madrid (s.f). *Centros de atención a la Infancia (CAI)*. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Infancia-y-familia/Centros-de-Atencion-a-la-Infancia-CAI-/?vgnextfmt=default&vgnextoid=f788c76387d56610VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=2fbfb7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
- Ayuntamiento de Madrid (s.f.). *Centros de apoyo a las familias (CAF)*. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Infancia-y-familia/Centros-de-Apoyo-a-las-Familias-CAF-/?vgnextfmt=default&vgnextoid=6926df919b149410VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=2fbfb7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>.
- Ayuntamiento de Madrid (s.f). *Servicio de Educación Social*. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Infancia-y-familia/Servicio-de-Educacion-Social/?vgnextfmt=default&vgnextoid=4ea1844d25f45210VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=2fbfb7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A. & Saiz Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, 5(1), 8-23.
- Ballesteros, A; Viscarret, J.J & Úriz, M.J. (2013). Funciones profesionales de los trabajadores sociales en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26 (1), 127-138.

- Balluerka, N; Gómez, J; Hidalgo, M.D; Gorostina, A; Espada, J.P; Padilla, J.L & Santed, M.A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID_19 y el confinamiento*. Bilbao, Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- Barnhill, J.W. (2020). Introducción a los trastornos de ansiedad. *Manual MSD, versión para público general*. Manual MSD Versión para profesionales <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-ansiedad>.
- Barranco, C. (2004). La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 12, 79 -102.
- Beautrais, A.L. (2003). Life Course Factors Associated with Suicidal Behaviors in Young People. *American Behavioral Scientist*, 46(9): 1137-1156. <https://doi.org/10.1177/0002764202250657>
- Bridge, J.A; Goldstein, T.R. & Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 47, 372–94. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Bruno, F; Acevedo, J; Castro, L.K. & Garza, R.I. (2018). El construccionismo social, desde el trabajo social: “modelando la intervención social construccionista”. *Revista margen*, 91,1-15. [castro-91.pdf \(margen.org\)](#)
- Bryan, C. J. & Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 185-200. <https://doi.org/10.1002/jclp.20222>
- Buendía, J; Vidal, J.B. & Riquelme, A. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida*. EDITUM.
- Cano-Vindel, A. & Moriana, J.A. (2018). Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: un enfoque transdiagnóstico. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 133-149.
- Casañas, R. & Lalucat, L. (2018). Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la

alfabetización emocional de los adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, 121 (1), 117-132.

- Cañón Buitrago, S.C. & Carmona Parra, J.A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 20(80), 387-397. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014
- Castellvi-Obiols, P. & Piqueras, J. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45-59.
- Cazzaniga, J. & Suso, A. (2015). *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Confederación Salud Mental España.
- Cervantes, W. & Hernández, E. M. (2008). El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. *Duazary*, 5(2), 148-154.
- Clavijo, A. (2002). *Crisis, Familia y Psicoterapia*. Editorial Ciencias Médicas.
- CODIRISC (s.f.). *¿Se puede prevenir la conducta suicida?* Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas <https://www.codirisc.org/prevenir-el-suicidio>
- Comunidad de Madrid (s.f). *Atención social primaria*. [Atención social primaria. Servicios e información de asuntos sociales | Comunidad de Madrid](#).
- Comunidad de Madrid (s.f). *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida*. Salud Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>
- Confederación Salud Mental España (2021). *Las muertes por suicidio crecen un 3,7% en España según las últimas cifras del INE* (Comunicado de prensa). <https://consaludmental.org/sala-prensa/muertes-suicidio-crecen-espana-ine/>
- Confederación Salud Mental España (2021). *La salud mental de la población española cae en picado durante la pandemia y debajo no hay red* (Comunicado de prensa). <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-menta-poblacion-espanola-cae-en-picado-pandemia/#:~:text=social%20y%20econ%C3%B3mica,-Nel%20Gonz%C3%A1lez%20Zapico%2C%20presidente%20de%20la%20Conf>

[ederaci%C3%B3n%20SALUD%20MENTAL%20ESPA%C3%91A,no%20hay%20red%20sentencia.](#)

- Confederación Salud Mental España (2021). *Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia*. [Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf \(consaludmental.org\)](#)
- Consejo General del Trabajo Social. (2011). *El Trabajo Social en el Sistema Educativo*. Colegio Oficial de Trabajo Social.
- Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional. (2018). *Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo*. Xunta de Galicia.
- Cha, C.B., Franz, P.J., M. Guzmán, E., Glenn, C.R., Kleiman, E.M. & Nock, M.K. (2018), Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(4), 460-482. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- De León, B. & Silió, G. (2010). La familia, papel que desempeña en la educación de sus hijos/as y posibles consecuencias en la forma de interaccionar de los adolescentes con sus iguales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 327 – 333.
- Díaz Herráiz, E. (2003). Los ámbitos profesionales del Trabajo Social. En T. Fernández, C. Alemán (coords.). *Introducción al Trabajo Social* (pp. 515-554). Alianza.
- Escartín, M.J. (1992). El sistema familiar y el trabajo social. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 1, 55-75.
- Esteban, M.M; Puerto, M.L; Fernández, X; Jiménez, R; Gil, A. & Hernández, V. (2012). Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35 (2), 229-240. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200005>
- Evans, E; Hawton, K. & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical psychology review*, 24(8), 954-979. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>.

- Eurostat (2020). *Archivo Estadísticas sobre Causas de Muerte*. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/es&oldid=505766#:~:text=Por%20t%C3%A9rmino%20medio%2C%20en%202016,por%20cada%20100%20000%20habitantes.
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014). *Definición Global de Trabajo Social*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2018). *Declaración de principios éticos de trabajo social global*. <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>
- Fernández, T. & Ponce de León, L. (2011). El ciclo vital: Desde el nacimiento hasta la adolescencia. *En Trabajo Social con familias* (pp. 39-86). Madrid: Ediciones Académicas.
- Fernández, T. & Ponce de León, L. (2011). El ciclo vital: Desde la etapa adulta inicial hasta la muerte. *En Trabajo Social con Familias* (pp. 87-128). Ediciones Académicas.
- Ferreira, E; Granero, R; Noorian, Z; Romero, K. & Domènech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 123-136. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11209>
- Fonseca-Pedrero, E. & Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pii?pii=2928>
- Funes, J. (2009). Transiciones, itinerarios y procesos. *Educación Social: Revista de intervención socioeducativa* (42), 15 -27.
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2021). *Observatorio del Suicidio en España. España Suicidios 2020*. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>.

- Fundación Dr. Antoni Esteve (s.f). *La OMS recomienda una estrategia de prevención del suicidio que España ni tiene ni se plantea lanzar*. Fundación Dr. Antoni Esteve <https://www.esteve.org/otras-sugerencias/materia-suicidios-2/>
- Fusar-Poli, P. (2019). Integrated Mental Health Services for Developmental Period (0 to 25 Years): A critical Review of the Evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00355>
- Garcés, E.M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 33-352.
- Garcés, M. & Castro, M.M. (2016). Hábitos de vida saludable desde la adolescencia. *Revista de Estudios de Juventud* (112), 107-116. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5745655>
- García-Domingo, M. & Sotomayor-Morales, E. (2017). El rol del profesional del trabajo social en una coyuntura de crisis: oportunidades de la adaptación a un contexto cambiante. Trabajo Social Global. *Revista de Investigaciones en Intervención social*, 7(12), 47-68. <http://hdl.handle.net/10481/47010>.
- Generalitat de Catalunya (2021). *Nuevo Plan de prevención del suicidio de Catalunya 2021-2025*. Generalitat de Catalunya. <https://web.gencat.cat/es/actualitat/detall/Nou-pla-prevencio-suicidis>
- Gerrini, M.E. (2009). La intervención con familia desde el Trabajo Social. *Margen*, (56), 1-12.
- Girard, G. (2017). El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *Adolescere*, 5(2), 22-31. <https://www.adolescere.es/el-suicidio-en-la-adolescencia-y-en-la-juventud/>
- Goldsmith, S.K., Pellmar, T.C., Kleinman, A.M. & Bunney, W.E. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Institute of Medicine of the National Academies. <https://doi.org/10.17226/10398>
- González, V. (2006). Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias. *Acciones e investigaciones sociales*, núm. extra 1, p.451. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.20061%20Ext464

- González, B. & Rego, E. (2006). *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*. Instituto de la Juventud. <http://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/problemas-emergentes-en-la-salud-mental-de-la-juventud>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf](http://gpc.481.conducta-suicida.avaliat.resum.modif.2020.2.pdf) (guiasalud.es)
- Gvion, Y; Levi-Belz, Y; Hadlaczky, G. & Apter, A. (2015). On the role of impulsivity and decision-making in suicidal behavior. *World journal of psychiatry*, 5(3), 255-259. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i3.255>
- Henao, A.M.G. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35), 326-345.
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42. <http://ref.scielo.org/xvkfs7>
- Instituto Nacional de Estadística (2020). *Encuesta Europea de Salud 2020. Estado de salud: Cifras relativas Enfermedades crónicas: problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años*. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2019/p04/10/&file=02007.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2020). *Encuesta Europea de Salud 2020, Estado de Salud: Cifras Relativas Salud Mental*. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2019/p04/10/&file=13001.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2020). *Estadística de defunciones según causa de la muerte. Resultados detallados Año 2020: Causa Básica de Defunción, Resultados Nacionales: Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad*. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=49914&L=0>

- Instituto Nacional de Estadística (2020). *Estadística de defunciones según causa de la muerte. Resultados detallados Año 2020: Defunciones por suicidio, Resultados Nacionales: Tasas de suicidio por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo.* <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=49955&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2020). *Estadística de Defunciones según causa de la muerte, Principales Series desde 1980, Series nacionales, por comunidad autónoma y provincia de residencia, Resultados nacionales.* [Defunciones por causas \(lista reducida\) por sexo y grupos de edad\(7947\) \(ine.es\).](#)
- Larrobla, C; Canetti, A; Hein, P; Novoa G. & Durán, M. (2013). Prevención de la conducta suicida en adolescentes. *Guía para los sectores Educación y Salud. Colección Art. 2.*
- López, P; Lázaro, S; Navarro, L. & Mota, R. (2019). Las transiciones vitales: un marco conceptual para la innovación en la intervención, la formación y la investigación social. En E. Sobremonte y A. Rodríguez (Coord.). *El Trabajo Social en un mundo en transformación: ¿distintas realidades o nuevos relatos para la intervención?* (pp. 879-906). Tirant Lo Blanch, Tirant Humanidades.
- Macías, R. (2020). Prevención en salud mental, familia, escuela y sociedad. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 48(1), 28-37.
- Martínez, I. & Brañas, P. (2014). Padres y adolescentes: cómo mejorar su relación. *En Familia. Asociación Española de Pediatría.*
- Medina, M.L. & Hernández, J. (2004). Factores de riesgo de comportamientos suicidas: Factores personales y familiares. En J. Bobes García et ál; (Ed.), *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento.* (pp. 78-101). Ars Médica.
- Mingote, J.C; Jiménez, M.A; Osorio, R. & Palomo, T. (2004). *Suicidio: Asistencia clínica: Guía práctica de psiquiatría médica.* Ediciones Díaz de Santos.
- Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo de 2022-2026.* Ministerio de Sanidad. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategia-salud-mental-2022-2026/>

- Minuchin, P., Colapinto, J.; Minuchin, S. & Negrotto, A. (2000). *Pobreza, institución y familia*. Amorrortu.
- Minuchin, S. (1995). *Familias y Terapia Familiar*. Editorial Gedisa.
- Morales, J; Muñoz, S. & Pérez, S. (2019). *Abre tu mente en modo positivo. Promoción de salud mental en jóvenes: guía para docentes y familias*. Asociación Salud Mental de Molina y Comarca. <http://hdl.handle.net/11181/5955>.
- Morales, F.M. (2017.) Relaciones entre afrontamiento del estrés cotidiano, autoconcepto, habilidades sociales e inteligencia emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 10 (2), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2017.04.001>
- Montero Sanz, N. (2021). El impacto del COVID 19 en la salud mental de los jóvenes. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(9), 71.
- Naciones Unidas (s. f.). *Juventud. Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano*. United Nations. <https://www.un.org/es/global-issues/youth>
- Navarro Gómez, N. (2020). El abordaje del suicidio. Revisión de las estrategias autonómicas para su intervención. *Revista española de salud pública*, 94, 1-8. [RS94C_202005036es.pdf \(sanidad.gob.es\)](https://www.sanidad.gob.es/RS94C_202005036es.pdf)
- Navío, M. & Pérez, V. (coords) (2020). *Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. Wecare-u. Healthcare Communication Group.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021a). *Monografía Alcohol 2021: consumo y consecuencias*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [Monografía. Alcohol 2021: Consumo y consecuencias \(sanidad.gob.es\)](https://www.sanidad.gob.es/monografia-alcohol-2021-consumo-y-consecuencias)
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021b). *Estadísticas 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [INFORME 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España \(sanidad.gob.es\)](https://www.sanidad.gob.es/informe-2021-alcohol-tabaco-y-drogas-ilegales-en-espana)

- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas*. Fundacion Intrás.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42447/WHR_2001_spa.303?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Datos y cifras* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Trastornos mentales. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=En%20general%2C%20se%20caracterizan%20por,las%20relaciones%20con%20los%20dem%C3%A1s.>
- Organización Mundial de la Salud (2021a). *Suicidio. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud (2021b). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Vivir la Vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>
- Páez, D; Iraurgi, J; Valdosedá, M y Fernández, I. (1993). Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo. *Boletín de la Asociación Vasco-Navarra en Pediatría*, 27 (87): 34-48. <https://www2.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/PediatriaPaez1993.pdf>
- Palacio, A.F. (2010). La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durckheim a nuestros días. *Affectio Societatitis*, 7(12), 1-12.
- Patton, A.E.C., (2022). Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental en las Comunidades Autónomas. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* (28), 6-26.

- Psiquiatría general (2021). *Casi 6 de cada 10 jóvenes españoles se sienten preocupados o nerviosos a menudo, según un informe de UNICEF*. (Comunicado de prensa). <https://psiquiatria.com/article.php?ar=psiquiatria-general&wurl=casi-6-de-cada-10-jovenes-espanoles-se-sienten-preocupados-o-nerviosos-a-menudo-segun-un-informe-de-unicef>
- Pérez, A. (2013). *Aprender de los grandes cambios vitales*. Universitat de Valencia.
- Pérez, M.T. (2020). *Informe Juventud en España 2020*. Instituto de la juventud. http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/03/informe_juventud_espana_2020.pdf
- Piqueras, J.A; Ramos, V; Martínez, A.E. & Oblitas, L.E. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
- Rausky, M.E. (2014). ¿Jóvenes o adultos? Un estudio de las transiciones desde la niñez en sectores pobres urbanos. *Ultima década* 22 (41), 11-40.
- Redacción Médica (2022). *Solo 8 comunidades autónomas tienen planes específicos contra el suicidio*. (Comunicado de prensa). <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/solo-8-comunidades-autonomas-tienen-planes-especificos-contra-el-suicidio-5608>.
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.
- Rodríguez, H; Luján, I; Díaz, C.D; Rodríguez, J.C. & González, Y. (2018). Satisfacción familiar, comunicación e inteligencia emocional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 117 – 128. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349855553013>
- Rodríguez, I. (2017). El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios. *Pediatría Integral*, 11 (4): 261-269. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/el-adolescente-y-su-entorno-familia-amigos-escuela-y-medios/>

- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad: la obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones*. Espasa
- Rojas, M (2018). *Cómo hacer que te pasen cosas buenas*. Espasa.
- Rusu, I.; Cosman, D. & Nemes, B. (2012). Family-protective factor to prevent suicidal behavior in adolescents. *International Journal of Bioflux Society*, 4(3), 103-106.
- Salgado, A. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) Aproximación al documento y valoración crítica. *Revista clínica contemporánea*, 13(e7), 1-9. <https://doi.org/10.5093/cc2022a7>
- Sarasola, J.L; Mora, M.M. & Vallejo, A. (2016). Suicidio y Trabajo Social. *International Journal of Educational Research and innovation IJERI*, (6), 46-57.
- Sarasola, J.L; Sarasola, A. & Roiz, A. (2019). Trabajo social y suicidio. Transformación: *Revista de Trabajo Social de Sevilla*, (1), 9 -18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7762302>
- Sepúlveda, L. (2013). Juventud como transición: elementos conceptuales y perspectivas de investigación en el tiempo actual. *Última década*, 21(39), 11-39. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362013000200002>
- Silva, I. (2007). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Instituto de la Juventud.
- Torres, A. (2022). Los protocolos contra el suicidio entran en la escuela: “Algo les pasa, no es una llamada de atención”. *El País*, 19 de enero de 2022. <https://elpais.com/educacion/2022-01-19/los-protocolos-contra-el-suicidio-entran-en-la-escuela-los-padres-no-saben-lo-que-pasa-en-el-cuerpo-de-sus-hijos.html>
- Turecki, G; y Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387, 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2).
- UNICEF (2020). *¿Qué es la adolescencia?* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

- UNICEF España (2020). *Salud Mental e Infancia en el escenario de la COVID-19. Propuestas de Unicef España*. UNICEF España.
- UNICEF (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/lac/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021-en-mi-mente>
- UNICEF (s.f). *Desarrollo y participación de la adolescencia. Invertir en los adolescentes contribuye a crear economías sólidas, comunidades inclusivas y sociedades dinámicas*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/es/desarrollo-y-participacion-de-la-adolescencia>.
- Valadez-Figueroa, I; Quintanilla-Montolla, R. & González-Gallegos, N. (2005). Cartas al Editor: El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Salud Pública de México*, 47 (1), 1-2.
- Valenzuela, M.T; Ibarra, A.M; Zubarew, T. & Correa, M.L. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index de enfermería*, 22 (1-2), 50-54. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Mental Health and Substance Use*. World Health Organization.