

LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: HORA DE ACTUAR¹

Eduardo Fonseca-Pedrero
Alicia Pérez de Albéniz
Adriana Díez-Gómez
Andrea Gutiérrez García
Universidad de La Rioja

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha aumentado el interés por el estudio de la salud mental y el bienestar emocional en la infancia y la adolescencia, si bien los esfuerzos destinados a este fin son aún insuficientes. Es evidente que muchos aspectos quedan por abordar y resolver. Por ejemplo, se destinan escasos recursos (p. ej., formativos, sanitarios, educativos, económicos) a todos los asuntos relacionados con la salud mental. En muchos círculos de nuestra sociedad es aún un tema tabú, asociado a estigma y rodeado de mitos y falsas creencias. La escasa información, formación, sensibilización y concienciación de la sociedad en general, así como de los diferentes sectores (educativo, social, sanitario, etc.), es más bien la regla y no la excepción (Fonseca-Pedrero y Díez-Gómez, 2018). La salud mental y, concretamente el suicidio, sigue siendo, dado los medios destinados a este fin, la gran olvidada de nuestra sociedad. No se debe perder de vista que no hay salud, sin salud mental (Fonseca-Pedrero, 2017).

1. Conferencia impartida en el XI Encuentro Estatal de Orientación Educativa 'Orientación en el desarrollo y bienestar personal', Logroño, noviembre 2020. Organizado por Asociación de Profesores de Orientación Educativa de La Rioja (APOLAR) y la Universidad de La Rioja.

La ausencia de recursos a múltiples niveles supone una verdadera incongruencia a tenor de los datos que se manejan, del impacto que generan los problemas psicológicos en la vida de las personas y las familias o de las etapas del desarrollo donde comienzan a fraguarse: la infancia y la adolescencia. Desde hace tiempo se sabe que los problemas psicológicos se encuentran entre las primeras causas de discapacidad asociada y carga de enfermedad a nivel mundial entre las personas jóvenes (Gore et al., 2011; Walker et al., 2015; Whiteford et al., 2015). El suicidio constituye un problema de salud pública ya que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), este supone la segunda causa de muerte entre la población de 15 a 29 años. Además, las dificultades en el ajuste emocional y/o comportamental se suelen iniciar en aproximadamente un 50% de los casos antes de los 15 años y en un 75% antes de los 25 años (Fusar-Poli, 2019). Las consecuencias asociadas a los problemas en el ajuste psicológico tienen repercusiones en otras esferas de la vida de los y las jóvenes (personal, familiar, escolar, social, económico, etc.). Concretamente, en el ámbito escolar estas problemáticas pueden tener un efecto negativo a corto, medio y largo plazo; por mencionar algunos, en el rendimiento académico, en la personalidad (autoconcepto y autoestima), en la formación de la identidad y en los procesos de aprendizaje. Además, la niñez y la adolescencia son «ventanas» o periodos del desarrollo ontogenético sensibles, en los que se tienen que implementar actuaciones tanto de promoción de la salud y el bienestar emocional como de prevención (universal, selectiva o indicada) (Arango et al., 2018).

Huelga decir que ante este panorama es necesario actuar, claro está, basándose en las evidencias empíricas disponibles. También sobra decir que los centros educativos son el contexto por excelencia para realizar este tipo de actuaciones, por ser el entorno natural donde pasan la mayor parte del tiempo los y las jóvenes, y por su obligatoriedad (hasta los 16 años). Los centros educativos tienen un papel relevante en la promoción del bienestar y la prevención de posibles problemas psicológicos. En este sentido, valorando la importancia de los entornos naturales para la prevención e intervención de la salud en la infancia y adolescencia, los centros educativos, según la OMS, se han transformado en uno de los contextos más importantes para la promoción de la salud y de las intervenciones preventivas en niños, niñas y jóvenes. En particular, la investigación ha destacado la importancia de la prevención del suicidio juvenil en el contexto educativo, así como la trascendencia de llevar a cabo intervenciones basadas en las mejores prácticas educativas disponibles (Fonseca-Pedrero et al., 2019).

Este breve capítulo trata de dar respuesta a tres barreras que encontramos en el campo de la conducta suicida adolescente. Obviamente no son las únicas. La primera se refiere a una falta de formación en conducta suicida por parte de los diferentes profesionales y agentes que desempeñan su labor en contextos educativos. La segunda alude a la necesidad de disponer de herramientas para la evaluación de la conducta suicida infanto-juvenil, que hayan sido desarrolladas y

validadas para su uso en el contexto español. Y la tercera apunta a la necesidad de desarrollar e implementar programas de prevención de conducta suicida para adolescentes en contextos educativos. Estas actuaciones y otras no abordadas aquí, en esencia, permiten tomar decisiones informadas de cara a la gestión de recursos personales, familiares, educativos y socio-sanitarios.

Para responder a estas tres limitaciones, el hilo argumental del presente capítulo es el siguiente. Primero, se realiza una delimitación conceptual al tópico objeto de estudio. Segundo, se aborda la evaluación de la conducta suicida. Tercero, se mencionan brevemente cuestiones referidas a las intervenciones psicológicas en contextos educativos, focalizando el discurso en la prevención. Se cierra el capítulo con un apartado de recapitulación. Para una mirada en mayor profundidad de las cuestiones planteadas se remite al lector a excelentes trabajos previos (Anseán, 2014; Fonseca-Pedrero et al., 2019; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica –GPC– de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020; O'Connor y Pirkis, 2016; Pérez de Álbeniz et al., 2020).

CONDUCTA SUICIDA: DELIMITACIÓN, PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA

La conducta suicida, entendida como el daño provocado a uno/a mismo/a con la intención de morir, es un concepto complejo y heterogéneo. De hecho, el término suicidio o conducta suicida, con mucha frecuencia, ha sido definido de manera imprecisa e inconsistente, lo que ha dificultado su investigación y entendimiento. La conducta suicida tiene múltiples caras, es poliédrica, y no se circunscribe únicamente al suicidio consumado. Cuando se habla de conducta suicida hacemos alusión a diferentes expresiones que van desde la ideación suicida (entendida como las ideas y/o pensamientos de muerte), pasando por la comunicación suicida (formulación tanto verbal como no verbal) y las amenazas hasta llegar al propio acto suicida (el propio suicidio, el intento suicida, el intento abortado por otros y las autolesiones (véase Figura 1). En función de la expresión dentro de este *continuum*, el nivel de riesgo de suicidio consumado para una persona concreta será, teóricamente, mayor o menor.

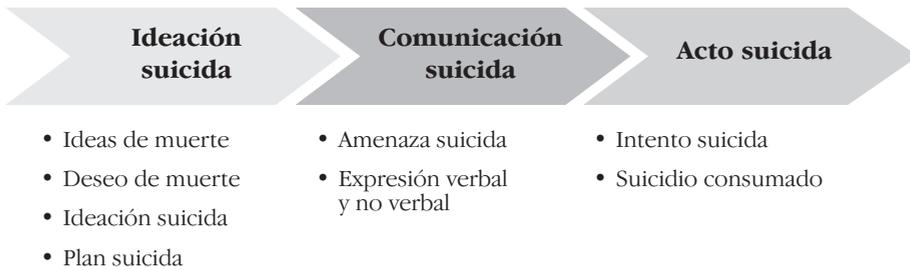


Figura 1. Expresiones de la conducta suicida según su naturaleza.

La delimitación, etiología, evaluación, tratamiento y prevención de la conducta suicida es una difícil empresa que no tiene una fácil solución (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; O'Connor y Pirkis, 2016; Turecki et al., 2019). En el siglo XXI muchas cuestiones continúan todavía sin respuesta. Los modelos teóricos actuales consideran que las causas del suicidio se pueden encontrar en la compleja interacción dinámica que se establece entre factores biológicos, psicológicos y sociales (medioambientales y socioculturales) (Anseán, 2014; O'Connor et al., 2011) que son experimentados por una persona determinada, en función de una biografía y circunstancias concretas (García-Haro et al., 2018; Pérez-Álvarez, 2018). Desde un punto de vista psicológico, lo que caracteriza al suicidio es el dolor o el sufrimiento vital que afecta a la persona como un todo y que puede conducir a que se plantee el acabar con su vida. En esencia, la conducta suicida está multideterminada, esto es, causada por múltiples factores, por lo que la heterogeneidad en su explicación es más bien la regla y no la excepción. No obstante, los mecanismos causales por los que una persona, en este caso una persona joven, realiza una tentativa suicida o acaba en suicidio consumado son, por el momento, escasamente comprendidos (Cha et al., 2018). Por ello, tal vez, más que buscar causas el profesional tiene que comprender las razones.

Las tasas de prevalencia de la conducta suicida tanto a nivel internacional como nacional son elevadas. Por ejemplo, en el año 2018, de acuerdo con las cifras disponibles en la página web del Instituto Nacional de Estadística, un total de 3.539 personas fallecieron en España por suicidio. Dichos resultados epidemiológicos son especialmente preocupantes en el sector de personas adolescentes. A este respecto, un meta-análisis llevado a cabo por Lim et al. (2019) en el que se incluyeron 686.672 niños/as y adolescentes reveló que, durante los últimos 12 meses, un 4,5% había intentado quitarse la vida, un 7,5% tenía un plan para suicidarse y un 14,2% había tenido ideación suicida. En España, la prevalencia vital de ideación suicida en población adolescente se encuentra en torno al 30%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio es aproximadamente del 4% (Fonseca-Pedrero et al., 2017; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020). En la

Figura 2 se presentan tasas de prevalencia de estudios previos realizados por nuestro grupo de investigación utilizando la Escala Paykel (Paykel et al., 1974) en muestras representativas de adolescentes de la población general.

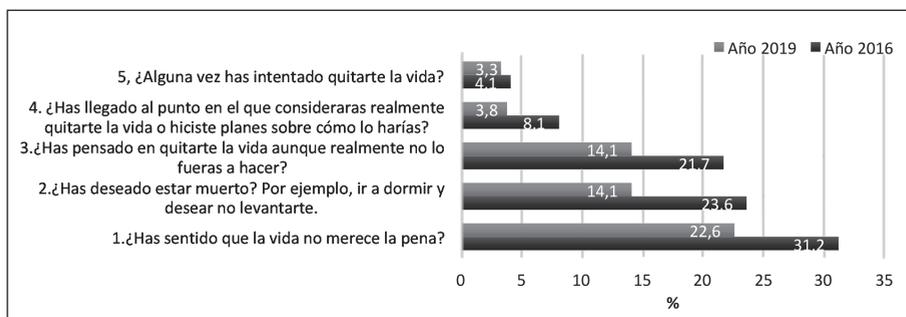


Figura 2. Prevalencia de la conducta suicida en adolescentes.

En general, estos hallazgos ponen de manifiesto las consecuencias negativas asociadas al suicidio juvenil, no solo por la pérdida directa de vidas, sino también por los devastadores efectos personales, familiares, educativos, sanitarios y socioeconómicos que se producen en la sociedad presente y futura. No se debe perder de vista que las personas jóvenes son uno de los capitales más valiosos que atesora la sociedad por lo que se hace necesario actuar y tomar medidas para frenar, paliar o aminorar este problema silenciado. Se pueden realizar diferentes estrategias para la prevención de la conducta suicida (O'Connor y Pirkis, 2016). De hecho, las medidas de prevención en el campo del suicidio han mostrado su eficacia, esto es, el suicidio es prevenible (Fonseca-Pedrero et al., 2019; LaFromboise y Hussain, 2015; Zalsman et al., 2016). Una de las formas de prevención es la detección e identificación precoz de un posible caso de riesgo suicida (p. ej., entre aquellas/os que presentan una clara planificación suicida o han realizado tentativas de suicidio previas). Otra de las formas de prevención es la implementación de programas de intervención psicológica en adolescentes dentro de los mismos centros escolares. Se comentan a continuación de forma sucinta estas dos líneas de actuación.

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN CONTEXTOS EDUCATIVOS

En la literatura previa existe una amplia gama de instrumentos de medida que permiten la evaluación de la conducta suicida (Batterham et al., 2015; Runeson et al., 2017). Algunas de las herramientas más utilizadas son la *Columbia Suicide*

Severity Rating Scale (C-SSRS) (Posner et al., 2011), la Escala Paykel de Suicidio (PSS) (Paykel et al., 1974) o Escala de Conducta Suicida en Adolescentes (SENTIA) (versión extendida y breve) (Díez-Gómez et al., 2020).

La Escala Columbia (Posner et al., 2011) es una entrevista que permite explorar la posibilidad de que alguien se encuentre en riesgo para la conducta suicida y realizar una evaluación inicial de la gravedad. La C-SSRS mide cuatro constructos: gravedad de la ideación, intensidad de la ideación, conducta suicida y letalidad de la conducta suicida. Existe una versión española disponible *online*² que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, así como su utilidad en nuestro contexto (Al-Halabí et al., 2016).

La escala Paykel (Paykel et al., 1974) es un autoinforme diseñado para la evaluación de la conducta suicida. Consta de un total de cinco ítems con un sistema de respuesta dicotómico sí/no (puntuaciones 1 y 0, respectivamente). Concretamente, valora pensamientos de muerte (ítems 1 y 2), ideación suicida (ítems 3 y 4) e intentos de suicidio (ítem 5). Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 5. El marco temporal al que se refieren las preguntas es el último año. Una mayor puntuación se refiere, a nivel teórico, a mayor gravedad. La PSS aunque fue desarrollada inicialmente para su uso en población adulta, ha sido utilizada en personas adolescentes españolas y ha mostrado una adecuada calidad psicométrica (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020).

La escala SENTIA permite la evaluación comprensiva de las diferentes expresiones de la conducta suicida en adolescentes (Díez-Gómez et al., 2020). Es un autoinforme conformado por 16 ítems, en formato de respuesta dicotómico sí/no, que ha sido construido y validado específicamente para adolescentes españolas/es. Las puntuaciones de SENTIA se agrupan en una puntuación total y en tres factores específicos de conducta suicida (Acto/planificación suicida, Comunicación e Ideación/desesperanza). Las puntuaciones de SENTIA mostraron adecuados niveles de fiabilidad y se asociaron positivamente con ideación suicida, síntomas de depresión, problemas emocionales y comportamentales y experiencias psicóticas atenuadas. Nuestro grupo de investigación ha desarrollado también una versión breve de SENTIA (Díez-Gómez et al., 2021) (véase Tabla 1). La idea es tener a disposición un instrumento breve que sirva de cribado rápido en contextos educativos, sociales y/o sanitarios. Los resultados indican que las puntuaciones de SENTIA-Breve: a) presentan una fiabilidad alta ($\omega = 0,97$), b) encajan mejor en un modelo esencialmente unidimensional; y c) se asocian positivamente con otras medidas de ideación suicida, síntomas de depresión, problemas de salud mental y experiencias cuasi-psicóticas. En general, los resultados sugieren que SENTIA (versiones de 16 y 5 ítems) parece ser un instrumento de medida

2. <https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS-SinceLastVisit-US-Spanish-5.1-2.pdf>

sencillo y con adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de la conducta suicida en personas jóvenes españolas. Además, la escala SENTIA se puede utilizar como una herramienta de cribado, tanto en entornos clínicos como educativos, para detectar a personas de riesgo suicida de cara a prevenir este problema y sus negativas consecuencias. Asimismo, como herramienta de cribado, puede ayudar a analizar, evaluar, comprender e intervenir en un problema socio-sanitario de primer orden como es el suicidio en población infanto-juvenil.

Aunque aquí simplemente se han comentado tres instrumentos de medida, el lector no tiene que olvidar que debe realizarse siempre una adecuada evaluación que incluya las características psicológicas y contextuales de la persona, los factores de riesgo y de protección y posibles variables desencadenantes, entre otros aspectos. La estimación del riesgo suicida deberá hacerse mediante el juicio clínico de un profesional de la psicología entrenado y capacitado para tal menester.

Tabla 1. Escala SENTIA-Breve de conducta suicida en adolescentes (Díez-Gómez et al., 2021).

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, responde de forma sincera atendiendo a tu forma de pensar y sentir en los últimos 6 meses. Muchas gracias por tu colaboración.		
1. ¿Has deseado estar muerto?	Sí	No
2. ¿Has tenido ideas de quitarte la vida?	Sí	No
3. ¿Has planificado quitarte la vida?	Sí	No
4. ¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?	Sí	No
5. ¿Has intentado quitarte la vida?	Sí	No

Nota. Interpretación puntuación total: suma de los ítems con respuesta afirmativa (Sí=1; No=0). Una mayor puntuación indica mayor gravedad o mayor riesgo de suicidio. Acto/Planificación: ítems 5 y 3. Comunicación: ítem 4. Ideación: ítems 1 y 2.

INTERVENCIÓN EN EL CONTEXTO EDUCATIVO: EL PAPEL DE LA PREVENCIÓN

Existen muchas formas de intervenir en el campo de la conducta suicida (medios de comunicación, limitación del acceso a las armas, educación, formación, intervención psicológica, etc.) (p. ej., Fernández-Artamendi et al., 2019; Fonseca-Pedrero et al., 2019; LaFromboise y Hussain, 2015; Zalsman et al., 2016). Aquí nos vamos a focalizar en aspectos preventivos y de intervención referidos al campo educativo; no

obstante, no queremos dejar de mencionar algunas líneas de acción específicas para la prevención de la conducta suicida, a saber (véase Grupo de Trabajo de Revisión de la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020):

- Desarrollar programas preventivos en poblaciones de riesgo.
- Formar a los profesionales en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores.
- Educar a la población general y medios de comunicación.
- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo de suicidio.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con conducta suicida.
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto a los profesionales (educativos, sanitarios, etc.) como en la población general.
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.
- Diseñar y poner en marcha programas de prevención del suicidio basados en la potenciación de factores protectores y factores asociados a la resiliencia.

Todas y cada una de estas líneas de actuación se pueden aplicar fácilmente al campo educativo. Conviene recordar que los centros educativos son el contexto idóneo para detectar precozmente e intervenir de manera temprana en las diferentes expresiones de la conducta suicida, puesto que, después del ámbito familiar, es el lugar donde más se interactúa con las y los menores, generando experiencias significativas que les ayudan a construir su identidad, establecer relaciones interpersonales y desarrollar competencias socioemocionales como el autocontrol y la asertividad. Asimismo, si se decide aplicar un programa de prevención de la conducta suicida en un centro escolar, no se debería perder de vista algunas cuestiones esenciales:

- Formar a toda la comunidad educativa dentro del modelo *whole approach*.
- Capacitar al personal del centro y estudiantado en situaciones de riesgo suicida.
- Disponer de líneas de apoyo accesibles ante posibles emergencias.
- Permitir canales de expresión (abierta, sincera, etc.) entre los miembros de la comunidad educativa.
- Crear y supervisar redes de apoyo entre pares.
- Implementar actuaciones basadas en la evidencia científica.
- Implementar programas de intervención (prevención) empíricamente apoyados.

A nivel internacional existen diferentes programas para la intervención de la conducta suicida en contextos educativos (Fonseca-Pedrero et al., 2019). Básicamente se pueden clasificar en cinco tipos: 1) Concienciación y educación a través del currículo; 2) Entrenamiento en liderazgo de pares; 3) Entrenamiento del personal del centro educativo; 4) Cribado del alumnado de “riesgo”; y 5) Entrenamiento en competencias (básicamente socio-emocionales). No obstante, hasta el momento no deja de ser curioso que existan pocos estudios, por no decir casi ninguno, que implementen programas para la prevención del suicidio en contextos educativos españoles. Por ello, nuestro grupo de investigación ha desarrollado recientemente el programa *PositivaMente*. Esta intervención pretende trabajar en las aulas la promoción de la salud mental y con ello, la prevención de la conducta suicida. Este programa nace de la integración de los puntos más fuertes de los cinco tipos de programas anteriormente nombrados. Los distintos bloques de *PositivaMente* incluyen aquellos componentes que la literatura previa ha mostrado como más relevantes: concienciación, factores de riesgo y protección, manejo del estrés y crisis, y pensamiento y emoción (Fonseca-Pedrero et al., 2019). Para testar su eficacia se utilizó un diseño cuasi-experimental con evaluación pre y post tratamiento con grupo control y experimental. Los resultados del estudio piloto ($n=386$ participantes; $M=14,3$ años; 52,1% mujeres) indicaron la no existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los participantes del grupo experimental y grupo de comparación, entre el pretest y el posttest en la reducción de la conducta suicida. Tampoco se encontraron diferencias entre los grupos tras la intervención en problemas emocionales, problemas conductuales, síntomas de depresión, inteligencia emocional, autoestima y bienestar emocional. Las valoraciones de la participación del estudiantado en el programa fueron muy positivas. Aunque estos hallazgos son preliminares, apuntan hacia la necesidad de continuar con el estudio de seguimiento a 6 y 12 meses, realizar un análisis más específico de aquellas/os participantes que presentaban riesgo de conducta suicida, comprobar el efecto de posibles variables mediadoras o moderadoras en los resultados encontrados e implementar el programa en muestras representativas de la población.

Los formatos de intervención no solo se refieren a programas de prevención implementados a nivel de aula sobre la población general, sino que se pueden realizar intervenciones específicas de corte psicológico sobre grupos de riesgo. De hecho, numerosos estudios han puesto de relieve el rol fundamental de las intervenciones psicológicas dirigidas específicamente para el abordaje de la conducta suicida en jóvenes y adultos (Fonseca-Pedrero, 2021). En la actualidad existen diferentes tipos de tratamientos psicológicos, con niveles de apoyo empírico dispares, para el abordaje de la conducta suicida, entre los que destaca la Terapia Cognitivo-Conductual. También se podrían considerar otro tipo de intervenciones breves, como el Plan de Seguridad de Stanley y Brown (véase Tabla 2) o el Contacto activo de apoyo y seguimiento. La implementación de intervenciones psicológicas sobre la base de evidencias empíricas permite la toma de decisiones informadas de cara a la prevención de este problema, así como una adecuada gestión de los recursos escolares, económicos y/o socio-sanitarios.

Tabla 2. Prevención del suicidio: plan de seguridad
(tomado de Pérez de Albéniz et al., 2020).

<p style="text-align: center;">PLAN DE SEGURIDAD</p> <p>Cuando complete este formulario, concéntrese en sus propias necesidades y lo que sería útil para usted en momentos de crisis. El profesional de la salud quizá revise esta información con usted para analizar ideas.</p> <p>Lo más importante para mí y por lo que vale la pena vivir es:</p> <p>Las señales de alarma</p> <p>Señales de que puede estar desarrollándose una crisis. ¿Cuáles son los pensamientos, sueños, deseos, etc., que me advierten de algún peligro?</p> <ul style="list-style-type: none">••• <p>Las estrategias internas para salir adelante</p> <p>¿Qué es lo que aleja los problemas de mi mente? ¿Técnicas de relajación, actividades físicas, pasatiempos, alguna otra cosa?</p> <ul style="list-style-type: none">••• <p>Personas y ambientes sociales que pueden servirme como distracción</p> <p>¿A quién puedo recurrir para distraerme? ¿A dónde puedo ir?</p> <p>Nombre: Teléfono: Ubicación:</p> <p>Nombre: Teléfono: Ubicación:</p> <p>Personas que me pueden ayudar</p> <p>¿A quién puedo llamar si necesito ayuda? ¿A amigos/as, a un/a familiar o a otra persona?</p> <p>Nombre: Ubicación:</p> <p>Nombre: Ubicación:</p> <p>Profesionales o recursos/servicios con los que me puedo comunicar durante una crisis</p> <p>¿A quién puedo llamar para pedir ayuda? ¿A mi médico, a algún/a profesional de la salud mental, a una línea telefónica de emergencia por suicidio?</p> <p>Nombre: Ubicación:</p> <p>Nombre: Ubicación:</p> <p>Servicios locales de urgencia: Teléfono: Dirección:</p> <p>Servicios locales de urgencia: Teléfono: Dirección:</p> <p>Cómo lograr que el entorno sea seguro</p> <p>¿Cómo puedo hacer mi entorno más seguro? Por ejemplo, ¿puedo retirar las armas de fuego, los medicamentos y otros artículos?</p> <ul style="list-style-type: none">•••

Nota. Tomado de De Stanley y Brown (2011), Suicidesafetyplan.com.

RECAPITULACIÓN

La conducta suicida es un problema de salud de primera magnitud, tanto por su prevalencia como por las consecuencias personales, familiares, educativas y socio-sanitarias que conlleva asociadas. Por ello, se hace necesario abordar este desafío educativo, social y sanitario emergente mediante investigación que se fundamente en la obtención de pruebas empíricas. Uno de los mejores contextos para responder a esta situación son los centros educativos. Una vez llegados a este punto, nos gustaría que a la persona que lea este documento le quedara claro que (<https://www.fsme.es/>):

- a) El suicidio se puede prevenir; hacen falta políticas y programas de prevención, eso sí, hay que hacerlos.
- b) Se debe incidir en grupos vulnerables como la población adolescente y las personas mayores.
- c) Hay que proporcionar pautas prácticas de actuación a educadores/as, familiares, cuidadores/as y profesionales sanitarios.
- d) Hay que difundir información veraz, científica, disminuyendo el oscurantismo y el estigma asociados históricamente al suicidio.
- e) Hablar sobre el suicidio como problema de salud pública ayuda a prevenirlo.

La implicación de todos y cada uno de los agentes de la sociedad es esencial. No podemos mirar hacia otro lado. Los centros educativos no pueden estar ajenos a esta realidad, tienen que asumir su papel prioritario en esta corresponsabilidad. La implicación de todos los agentes de la sociedad (estudiantado, familias, docentes, profesionales de la salud, asociaciones, gobiernos, prensa, etc.) es esencial. Es hora de actuar.

AGRADECIMIENTOS

Algunos de los datos aportados en el presente documento provienen de la investigación financiada por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), por el Instituto de Estudios Riojanos (IER), por las Ayudas Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica 2017 y cofinanciado con fondos FEDER en el PO FEDER de La Rioja 2014-2020 (SRS 6FRSABC026).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2016). Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9, 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.06.004>
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postventa de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Arango, C., Díaz-Caneja, C., McGorry, P., Rapoport, J., Sommer, I., Vorstman, J., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R. y Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*, 5(7), 591-604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., Fairweather-Schmidt, A. K. y Christensen, H. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27(2), 501-512. <https://doi.org/10.1037/pas0000053>
- Cha, C. B., Franz, P. J., Guzmán, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M. y 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>
- Díez-Gómez, A., Pérez de Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J. y Fonseca-Pedrero, E. (2020). SENTIA: an adolescent suicidal behavior assessment scale. *Psicothema*, 32(3), 382-389. <http://doi.org/10.7334/psicothema2020.27>
- Díez-Gómez, A., Enesco, C., Pérez de Albéniz, A. y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: Validación de la escala SENTIA-Breve. *Actas Españolas de Psiquiatría Psiquiatría*, 49(1), 24-34.
- Fernández-Artamendi, S., Al-Halabí, S., Burón, P., Rodríguez-Revuelta, J., Garrido, M., González-Blanco, L., García-Álvarez, L., García-Portilla, P., Sáiz, P. y Bobes, J. (2019). Prevention of recurrent suicidal behavior: Case management and psychoeducation. *Psicothema*, 31(2), 107-113. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.247>
- Fonseca-Pedrero, E. (2017). *Bienestar emocional en adolescentes riojanos*. Universidad de La Rioja.
- Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. y Díez, A. (2018). Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *INJUVE*, 120, 35-46.

- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez de Albéniz, A., Inchausti, F., Sebastian-Enesco, C. y Pérez, M. (2019). Prevención del suicidio en los centros educativos. En B. Lucas-Molina y M. Jiménez-Dasi (Eds.), *Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo* (pp. 157-184). Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorriá, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E. y Pérez de Albéniz, A. (2017). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Fonseca-Pedrero, E. y 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://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Fusar-Poli, P. (2019). Integrated mental health services for the developmental period (0 to 25 years): A critical review of the evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 355. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00355>
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio A contextual-phenomenological approach to suicide. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200003>
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S. M. y Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 18(377), 2093-2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)
- Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012. (2020). *Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS*. Ministerio de Sanidad.
- LaFromboise, T. D. y Hussain, S. (2015). School-based adolescent suicide prevention. En Kris Bosworth (Ed.), *Prevention science in school settings: Complex relationships and processes* (pp. 335-352). Springer.
- Lim, K., Wong, C., McIntyre, R., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B., Tan, W., Ho, C. y Ho, R. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- O'Connor, R. C., Platt, S. y Gordon, J. (2011). *International handbook of suicide prevention research, policy and practice*. Wiley Blackwell.

- O'Connor, R. y Pirkis, J. (2016). *The international handbook of suicide prevention (second edition)*. Wiley Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. OMS.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J. y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 124, 460-469.
- Pérez-Álvarez, M. (2018). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39, 161-173. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2875>
- Pérez de Albeniz, A., Díez-Gómez, A., Fonseca-Pedrero, E. y Lucas-Molina, B. (2020). *Prevención de la conducta suicida en el ámbito educativo*. COP: FOCAD.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S. y Mann, J. J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I. y Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *Plos One*, 12(7), 0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5, 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Walker, E. R., McGee, R. E. y Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V. y Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *Plos One*, 10(2), e011682. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U. y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)