FORMACIÓN PARA DOCENTES EN PREVENCIÓN DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat

Trabajo de Final de Grado

Curso académico 2022-2023

Autora: Núria Codina Garcia

Tutora:Cecilia Brando Garrido

Sant Cugat del Vallès, Mayo 2023

INFERMERIA

escoles universitàries
gimbernat
ADSCRITA A LA UAB

ESCOLES UNIVERSITÀRIES GIMBERNAT

GRAU D´INFERMERIA

PRESENTACIÓ TREBALL FINAL DE GRAU

Nom i Cognoms autora: NURIA CODINA GARCÍA

Títol treball: **FORMACIÓN PARA DOCENTES EN PREVENCIÓN DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR**

Nom i cognoms tutora: CECILIA BRANDO GARRIDO

Autoritzo a que aquest sigui presentat el proper mes de : MAIG 2023

(signatura)



Sant Cugat del Vallès, Maig 2023

Índice

Abstract **3**
Introducción **4**
Justificación **7**
Marco teórico **10**
Marco conceptual 10
Epidemiología del suicidio adolescente en España **12**
Factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes **14**
Factores de protección respecto a conducta suicida en adolescentes **18**
Mitos y realidades del suicidio adolescente 20
Métodos de suicidio en adolescentes 23
Instrumentos de evaluación de riesgo suicida en adolescentes 26
Enfermera escolar como estrategia de prevención 33
Formación existente para docentes en prevención de riesgo suicida adolescente ... 35
Objetivos **39**
Material y métodos **40**
Resultados **45**
Limitaciones del estudio **46**
Aplicabilidad para la práctica y líneas futuras de investigación **47**
Conclusiones **48**
Agradecimientos **49**
Bibliografía **50**
Anexos **63**

Abstract

Introducción:

El suicidio en población adolescente es un problema de Salud Pública con graves consecuencias a nivel social, tratándose de una de las principales causas de muerte en jóvenes. Se trata de un problema resultante de múltiples factores de riesgo, por lo que su prevención precoz es imprescindible en todos los ámbitos del adolescente, entre ellos el escolar.

Objetivo:

Formar a profesionales docentes, para prevenir y detectar la conducta suicida en adolescentes en edad escolar, a través de la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida en adolescentes, la determinación de los instrumentos de evaluación de riesgo suicida en adolescentes y la identificación de las intervenciones existentes, así como la formación disponible para docentes.

Metodología:

Diseño cuantitativo experimental, cuya variable dependiente sería el riesgo suicida en adolescentes en edad escolar, siendo la independiente el acceso del profesorado a formación especializada en riesgo suicida.

Resultados:

Se obtiene una muestra aproximada de 90 docentes de dos institutos, en uno de los cuales se aplica la formación generada a partir de este trabajo de final de grado. Anterior y posteriormente a la formación, se aplicará una escala de riesgo suicida a los adolescentes. Como resultado esperado, se obtendrá una reducción de los intentos de suicidio en el área donde se aplica la intervención.

Conclusiones:

La formación en prevención del riesgo suicida en la adolescencia para docentes influye positivamente en el riesgo suicida de los adolescentes.

Palabras clave: adolescence, suicide attempts, institute, teacher

Introducción

El primer paso importante es definir la adolescencia para entender los cambios que se desarrollan en ella. Según la OMS, la adolescencia es la fase de la vida que se desarrolla desde la niñez hasta la edad adulta, es decir, de 10 a 19 años (1). La adolescencia se entiende como la fase intermedia entre la niñez y la adultez del ser humano, y coordina elementos de crecimiento puramente biológico con una transición a nivel de rol social (2).

Durante esta etapa del crecimiento, el adolescente debe desarrollar diversos aspectos psicosociales; se adquiere cierta independencia familiar, se inicia el tomar conciencia de la propia imagen y la aceptación del cuerpo ; cobran importancia las relaciones de carácter amistoso, así como pueden iniciarse las relaciones sexoafectivas, y se inicia un desarrollo de la propia identidad (3). Es por ello por lo que la adolescencia puede suponer una etapa problemática y de riesgo complejo a nivel psicosocial.

Cabe añadir que los derechos del adolescente se encuentran enmarcados dentro de la Convención de los Derechos del Niño, donde se hace hincapié en la obligación por parte de los estados de proporcionar las herramientas necesarias para un correcto desarrollo del niño y el adolescente en todas sus facetas; en el artículo 24 se hace énfasis en el derecho del niño a recibir los cuidados necesarios para disfrutar de salud, tanto a nivel de cuidados preventivos como de servicios médicos y de rehabilitación cuando sean necesarios. Por tanto, se entiende que es obligación de nuestro Estado, ya que es firmante, tomar las medidas necesarias orientadas a la protección y correcto desarrollo de los adolescentes (4).

Respecto al suicidio, según la Organización Mundial de la Salud se define como “acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo con distintos países.” La OMS también afirma que los adolescentes poseen especial vulnerabilidad, debido a encontrarse en esta etapa del desarrollo (5).

En los últimos años han sucedido cambios en los entornos en los que maduran los adolescentes, el mundo social y en el que crecen es urbanizado, móvil y conectado globalmente. Las redes sociales mantienen el mundo hiperconectado, lo cual promueve que los adolescentes se comuniquen y establezcan lazos sociales y familiares distintos.

La influencia de la sociabilización entre adolescentes ha crecido exponencialmente debido a la conectividad y la amplificación que suponen las redes sociales, las cuales pueden suponer tanto un impacto positivo como negativo en la salud mental de los adolescentes, según el tipo de experiencias a las que se vean expuestos (6)(7).

La salud en la adolescencia es resultado de estas interacciones y los cambios tanto sociales como a nivel biológico que acompañan a la pubertad en sí misma, conformado por determinantes sociales, factores de riesgo y de protección, los cuales condicionarán la salud futura del individuo, así como el soporte familiar y comunitario (8)(9).

Así pues, factores como el género, etnia, trastornos mentales previos, creencias religiosas… aumentan notablemente la vulnerabilidad de los adolescentes a manifestar ideación suicida e incluso llegar a mostrar la conducta suicida propiamente. Igualmente, factores de carácter social, como la exposición a comportamiento suicida, acontecimientos vitales estresantes o el bajo rendimiento escolar pueden también incrementar la vulnerabilidad de los adolescentes (10).

En los últimos años, ante el escenario de una pandemia por COVID-19 con los confinamientos pertinentes, la salud mental de los adolescentes se ha visto afectada. El cierre de las escuelas e institutos, la limitación de actividades físicas, el distanciamiento social, el aislamiento, así como el resto de las restricciones implementadas durante la pandemia por COVID-19 supusieron un impacto claro en su salud mental (11). Por esta razón, es importante formar a los profesionales más cercanos a los adolescentes en prevención de riesgo suicida, con el objetivo de realizar un abordaje correcto de los adolescentes en riesgo.

En vista del escenario actual respecto al suicidio adolescente y la importancia del buen manejo de la salud mental de éstos para evitar el desarrollo de patologías que conduzcan a la conducta suicida, se considera de vital importancia la implicación de las figuras de referencia del adolescente, principalmente la escuela, la familia y el entorno sanitario de referencia.

La implicación de la figura de la enfermera de atención primaria es especialmente importante en la detección temprana del riesgo de suicidio, tanto a nivel de desarrollo de protocolos de evaluación, desarrollo de estrategias de prevención y, en definitiva, proporcionar a los jóvenes y familias afectadas el seguimiento y apoyo necesarios (12).

Dentro del diseño de las estrategias de prevención, es especialmente importante formar respecto al riesgo suicida a profesionales de la docencia, es por ello que el objetivo principal a desarrollar de este trabajo será el desarrollo de una formación especializada en la prevención de riesgo suicida para profesionales docentes y de atención primaria, y se plantearan metodológicamente a partir de la elección de una escala de riesgo suicida aplicable a adolescentes, esperando conseguir como resultado la mayor capacitación del profesional docente y de atención primaria hacia la detección del mencionado riesgo suicida.

Justificación

Hoy en día el suicidio en nuestra sociedad es un problema de Salud Pública con graves consecuencias a nivel social. Se trata de una de las principales causas de muerte en jóvenes, y deja cicatrices muy profundas en familiares y supervivientes; la pandemia de COVID-19 no ha hecho más que acrecentar un problema ya disparado a nivel social como es el de problemas de Salud Mental en jóvenes que pueden acabar en suicido.

El suicidio es un acto en el que inciden muchísimos factores sociales, culturales, económicos… que espero poder sintetizar en este trabajo para entender en mayor profundidad el suicidio como una desadaptación extrema al medio en el que el adolescente se desarrolla.
Así pues, considero que el trabajo a realizar a nivel de nuestra sociedad es proteger e incidir en estos factores predisponentes que son mejorables a nivel puramente social, desde las administraciones hasta las familias pasando por todos los recursos que existen a efecto de realizar un cambio.

Cuando hablamos de motivaciones para realizar este trabajo, la principal de todas las razones que tengo para querer hacerlo es que he visto, aunque no vivido, el impacto que el suicidio adolescente provoca en todo el entorno de la persona fallecida.
La culpabilidad, el trauma, las preguntas que quedarán sin respuesta… personalmente me parece una experiencia durísima. Tengo la esperanza de tener la posibilidad de poner mi grano de arena para reducir este problema y su alcance social a través de este trabajo de final de grado.

Es por este contexto, que considero especialmente importante formar en riesgo suicida al personal docente, ya que son los profesionales más cercanos en el día a día del adolescente escolarizado. Profesionales, familiares, asociaciones y supervivientes llevan muchos años exigiendo recursos, inversión, estrategias transversales que impliquen todos los aspectos implicados en la vida de las personas para una detección a tiempo del riesgo de suicidio y una gestión

adecuada de la Salud Mental de la población, especialmente en jóvenes por la vulnerabilidad que supone la adolescencia.
En definitiva, es un problema de Salud Pública transversal que exige soluciones igualmente transversales de cara a generar un cambio en la salud de nuestros adolescentes.

Cada suicidio causa un impacto serio en un grupo de personas, que forman parte del círculo social del fallecido. Personas que lidiaran con la tristeza, la culpa, la rabia y el sentimiento de impotencia que deja el preguntarse si había alguna pista, si pudieron haber hecho algo de forma diferente… Junto con el estigma y el tabú que supone que, hasta hace relativamente poco, no se hablara de ello abiertamente ni se destinara recursos para mejorar estas perspectivas.

Es preciso, ante la situación, fomentar un cambio cultural respecto a la percepción que se tiene de la conducta suicida. Lejos de censurar el concepto, no hablar de ello en los medios y fomentar el tabú, deberíamos mejorar la formación de los profesionales que están en contacto con jóvenes, para ser capaces de efectuar una detección más temprana de los casos de riesgo y, al mismo tiempo, eliminar los tabúes que envuelven el suicidio y que provoca que no se hable de ello.

Es por esta razón que considero importante fomentar un cambio respecto a la manera de enfocar la prevención del suicidio en adolescentes en edad escolar para poner mi aportación, y evitar el sufrimiento del entorno juntamente con las secuelas correspondientes.

Sin embargo, si no le damos visibilidad, si no exponemos este problema con las dimensiones reales que tiene, es muy difícil conseguir abordarlo desde las instituciones con garantías. No obstante, se debería exponer el impacto del suicidio en adolescentes desde la información, rechazando la cierta morbosidad en la que se puede llegar a caer en los medios de comunicación.

La profesión enfermera puede y debe ser también un agente de cambio desde el punto de vista social. Afrontar un problema transversal como éste a través de la formación y recursos para los profesionales más cercanos a los adolescentes demuestra, una vez más, que las enfermeras tenemos la capacidad de generar grandes cambios sociales a través del desarrollo de nuestras funciones.

Marco teórico

Marco conceptual

Según definición de la OMS, la adolescencia es la fase de la vida que se desarrolla desde la niñez hasta la edad adulta, es decir, de 10 a 19 años. Durante esta etapa de crecimiento, el adolescente establece sus pautas de comportamiento, que pueden proteger tanto su salud como la de otras personas con las que se relacionen, o poner en riesgo su bienestar a nivel actual o futuro (1). De esta manera, entendemos la adolescencia como la fase intermedia entre la niñez y la adultez del ser humano, donde se coordinan elementos de crecimiento puramente biológico con una transición a nivel de rol social (2).

El adolescente se encuentra en un momento de búsqueda de identidad y de adaptación a lo que será su identidad adulta, lo cual definirá el resto de su desarrollo. En esta evolución tanto física como mental, el adolescente pasa por una serie de cambios que alteran su equilibrio emocional y que provocan tomas de decisiones ya independientes de las de sus progenitores. A nivel de desarrollo cognitivo y emocional, surgen valores e inquietudes nuevos, ideales y responsabilidades que van forjándose según su desarrollo y su capacidad de decisión. Así pues, el adolescente se encuentra en una etapa de cambio y maduración, y es por ello que es especialmente vulnerable (13).

Respecto al suicidio, se define como "*conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y creencia, de que con el método elegido es posible alcanzar dicha meta*" (14).
Así pues, lo imprescindible de la definición de suicidio es la intención por parte de la persona de provocarse la muerte a sí misma, es decir, el elemento de intencionalidad y de voluntariedad, presentes también en la definición de Durkheim del suicidio: "*se llama suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima que sabía que iba a producir ese resultado*" (15).

Encontramos, entonces, una decisión-acción-resultado a través del cual la persona tiene una intención clara de terminar con su vida. Sin embargo, debemos visualizar la conducta suicida como una realidad formada por diversos componentes: la ideación, el gesto, la planificación, la tentativa y finalmente el suicidio consumado. La acción se sucede a través de estos componentes sin ser lineal, sino que es un proceso de avances y retrocesos continuos (16).

Así pues, el acto de suicidio va precedido de tanto de la ideación suicida como del intento en sí, siendo la ideación suicida las cogniciones que abarcan desde pensamientos fugaces sobre no querer vivir, pasando por fantasías autodestructivas e incluso llegando a planificación explícita y meditada del suicidio (17).

Epidemiología del suicidio adolescente en España

A nivel mundial, en 2019 el suicidio fue la cuarta causa de muerte en gente joven entre los 15 y los 29 años, después de accidentes de coche, tuberculosis y violencia interpersonal. Si separamos por sexos, en mujeres es la tercera causa de muerte, mientras que en hombres sigue siendo la cuarta causa en este grupo de edad. Contrariamente a lo que sucede en el caso de personas adultas, podemos observar que las cifras de suicidios en jóvenes se mantienen relativamente similar en ambos géneros. A nivel global, la mayoría de las muertes por suicidio se dieron en países de ingresos bajos (77%) donde vive la mayor parte de la población mundial. La mayoría de los adolescentes que murieron por suicidio, el 88%, provenían de estos países, donde viven casi el 90% de los adolescentes del mundo (18).

El manifiesto de intenciones suicidas entre los grupos de población jóvenes aumenta según se acercan a la adolescencia. El porcentaje de niños y niñas entre 4 y 8 años con intenciones suicidas es de un 2%, número que se triplica en la adolescencia, llegando a un 6% en el grupo de 13 y 16 años (19).

Respecto a cifras del 2021 en España, desgraciadamente se registró un número histórico de suicidios en menores de 15 años, ya que nunca se habían superado las 14 defunciones registradas, y en 2021 hubo 22 muertes por suicidio en menores de 15 años. Respecto a chicos menores de 15 años, se duplicaron cifras respecto a 2020, cuando hubo 7 casos de suicidio registrados, frente a los 14 registrados en 2021. En lo referente a chicas menores de 15 años, se han registrado por primera vez 8 defunciones por suicidio. En lo referente a jóvenes de entre 15 y 29 años, hubo un total de 316 casos de suicidio, 237 de los cuales, en hombres, y 79 en mujeres; entre este colectivo de jóvenes, el suicidio es la principal causa absoluta de muerte en España frente a las 299 muertes causadas por accidentes de tráfico o 295 debidas a tumores (20).

Respecto a la situación mundial durante los últimos años, se considera relevante mencionar que el confinamiento provocado por la COVD-19 ha provocado un

declive claro en la salud mental de grupos ya de por sí vulnerables, como es el caso de los adolescentes. El confinamiento puso de relieve grupos vulnerables, como aquellos con problemas de salud mental ya anteriores; la exposición en exceso a los medios de comunicación o la pérdida de la rutina establecida se convirtieron en factores de riesgo respecto a la salud mental de los jóvenes (21).

Factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes

Cuando hablamos de factores de riesgo en adolescentes, lo primero que debe tenerse en cuenta es que generalmente la conducta suicida es multifactorial (22); así pues, existen multitud de factores que deben tenerse en cuenta al valorar el riesgo de conducta suicida en adolescentes.

El primer factor para tener en cuenta en cuanto a factores de riesgo es, sin ninguna duda, los trastornos psiquiátricos previos. En un estudio realizado en EE. UU, se encontró que la probabilidad de intentos de suicidio aumentaba casi un 250% con cada trastorno psiquiátrico adicional; el trastorno más relacionado con intentos de suicidio según este estudio en concreto fue la depresión, presente en casi el 90% de los casos de intentos de suicidio (23).

Así mismo, también se encuentra cierta comorbilidad con el trastorno de ansiedad, aunque existe cierta dificultad en probar esa relación entre la ansiedad y el riesgo suicida en adolescentes como factor causal, sí que está claro que la ansiedad es un marcador de riesgo para conductas relacionadas con el suicidio (24) .

Otro factor a tener en cuenta en cuanto al riesgo de conducta suicida es, sin ninguna duda, el consumo de drogas y alcohol (25).
Excluyendo el tabaco, el alcohol y las sustancias a base de cannabinoides son las drogas más consumidas. Por parte de ambas, ha sido demostrada una correlación entre su consumo y mayor riesgo de conducta suicida en adolescentes, e incluso con mayor letalidad en el intento suicida; en este terreno, los patrones temporales de abuso pueden aparecer mucho antes de la aparición de la conducta suicida, y pueden encontrarse distintos patrones de abuso (26).

También cabe mencionar como otro factor a tener en cuenta respecto al riesgo suicida, sin ninguna duda, los intentos de suicidio previos como factor de riesgo, tanto a nivel de la repetición de la tentativa como a nivel de los métodos utilizados, menor o mayor letalidad (27).

Uno de los espacios más importantes de crecimiento del adolescente, es, sin duda, la escolarización. Es por ello que este aspeco también tiene un lugar en la problemática del suicidio adolescente, de hecho, existe bibliografía que vincula las dificultades escolares, como el fracaso académico, con un mayor riesgo de trastornos mentales, abuso de sustancias y suicidio (28).

Respecto al ámbito escolar, otro aspecto a tener en cuenta es el bullying. Existe sobrada bibliografía que demuestra la relación entre el bullying, autolesiones e incluso comportamientos suicidas, tanto a nivel de víctimas como de agresores en relación con adolescentes no expuestos (29), (30).

En cuanto a este problema, una vertiente a tener en cuenta, dada la relación actual de los adolescentes con las redes sociales, es el cyberbullying. Las víctimas de cyberbullying tienen un mayor riesgo de presentar tanto conductas autolesivas como conducta suicida; paralelamente, también los agresores padecen un mayor riesgo de conducta suicida en comparación con personas que no están involucradas (31).

Respecto a los antecedentes familiares de conducta suicida como factor de riesgo, existe bibliografía que demuestra que existe un factor importante a nivel genético, asociando ciertos genes a mayor probabilidad de trastornos a nivel de salud mental e incluso comportamiento suicida (32).

Otro aspecto que sin duda debe desarrollarse en este marco, es la situación de los adolescentes LGTBIQ+. En un estudio nacional en Inglaterra que desarrolló los determinantes de las tendencias suicidas y las autolesiones en jóvenes LGTBIQ+, se determinó que aquellos afectados por homofobia, bifobia o transfobia, junto con la angustia por ocultar su identidad y el hecho de sentirse excluido o incapaz de hablar sobre ello, tenían mayores probabilidades de

realizar conductas suicidas. Además, aquellos que se identificaron como personas transgénero tenían casi el doble de probabilidades de sufrir autolesiones y 1.5 probabilidades de planear o intentar realizar conductas suicidas que el resto de participantes del estudio (33).

Tal como se describía en la introducción, el proceso de madurez del adolescente es producto de las interacciones sociales que este genera con su entorno; es por ello, que sin duda ciertos aspectos de las relaciones familiares pueden considerarse un factor de peso respecto al riesgo de conducta suicida en adolescentes. Acontecimientos vitales estresantes, relaciones disfuncionales con familiares, estrés o sentimiento de soledad son aspectos a tener en cuenta en cuanto a formar parte de factores de riesgo (34).

Así pues, el entorno familiar hostil, las relaciones disfuncionales entre distintos miembros de la familia o la percepción por parte del adolescente de falta de apoyo familiar, pueden ser un factor a tener en cuenta respecto al comportamiento suicida en adolescentes (35)(36). Podemos afirmar, en definitiva, que los jóvenes con bajos niveles de apoyo familiar presentan un mayor riesgo de ideación suicida. Concretamente, el apoyo paterno percibido parece ser un marcador de riesgo de suicidio (37).

También son un riesgo a tener en cuenta los duelos por suicidio; los adolescentes que experimentan una muerte por suicidio en sus allegados caen más fácilmente en consumo de drogas o alcohol, conductas violentas e ideación o conductas suicidas (38).

Otro aspecto que es importante destacar respecto a los adolescentes, son las condiciones socioeconómicas del país donde residen. Tanto la conducta suicida y los intentos de suicidio como la ideación son un importante problema a nivel de salud pública en países de bajo nivel de ingresos, como pueden ser África o el Pacífico Occidental (39).

Es evidente que los adolescentes en países desfavorecidos son vulnerables a circunstancias predisponentes a comprometer su salud física y mental, y se desarrollan sin ver satisfechas sus necesidades básicas. También se observa que las diferencias culturales o las dificultades adaptativas en jóvenes migrantes, conduciendo a valores diferentes y a actitudes incluso racistas de la sociedad que los acoge, puede llevar a buscar medidas desesperadas en niños y adolescentes que tienen dificultades (40).

Factores de protección respecto a conducta suicida en adolescentes

De la misma manera que existen los factores de riesgo anteriormente desarrollados, existen también factores que se consideran protectores de la conducta suicida en adolescentes.
Matel-Anderson et al enuncia como factores protectores de conductas suicidas el hecho de establecer conexiones de carácter afectivo con otras personas, la confianza/fe, la capacidad de expresar sentimientos o pensamientos estresantes y el tener planes de futuro, según la perspectiva de enfermeras en instituciones psiquiátricas (41).

Sin embargo, en otra bibliografía consultada se observan otros potenciales factores protectores más concretos; algunos de los factores de riesgo mencionados anteriormente se convierten en factores protectores si se desarrollan de manera que beneficien al adolescente en lugar de ser un factor de estrés. Es un ejemplo claro de esta premisa el rendimiento escolar. La bibliografía consultada indica que el trabajo duro y los logros, es decir, el éxito escolar, es un factor protector del mismo modo que el bajo rendimiento escolar puede relacionarse con el riesgo suicida (42).

Así pues, a nivel escolar, la satisfacción de las necesidades psicológicas del adolescente (es decir, autonomía, sentirse competente, y relación con otros) es vital como factor protector de cara al bienestar del adolescente (43).

Concretamente, una alta satisfacción con la vida propia puede considerarse un factor protector juntamente con una autoestima adecuada, ya que el sentirse reafirmado sobre la valía propia y la aceptación del entorno puede ayudar a los adolescentes a ver sus problemas como temporales o solucionables. Así mismo, el apoyo familiar y el vínculo también pueden considerarse factores protectores, debido quizás a que los adolescentes que perciben mayor soporte parental o familiar se sentirán más conectados a su unidad familiar (44).

Así pues, puede considerarse que los mayores factores protectores en cuanto al desarrollan de ideación y conducta suicida son la satisfacción de las necesidades básicas del adolescente a nivel psicológico, tanto a nivel familiar como escolar.

Mitos y realidades del suicidio adolescente

En lo referente a la realidad de la conducta suicida, especialmente en adolescentes, existen ideas irracionales y profundamente equivocadas sobre el suicidio. Son concepciones erróneas que es necesario eliminar del argumentario a nivel social, para poder proporcionar respecto a este problema de salud pública las herramientas necesarias para su prevención. Acorde con Castellvi-Obiols et al (45), las ideas principales a trabajar son las siguientes:

I. "Una vez que una persona ha tenido una tentativa de suicido siempre será un suicida".

Tal como se ha observado anteriormente, tanto la ideación como la conducta suicida no parten de una única causa, sino que derivan de situaciones de carácter multifactorial, es una situación compleja y, como tal, no debe reducirse a un estigma (9).

II. "Hablar sobre suicidio es una mala idea ya que puede desencadenar más suicidios".

Esta afirmación es falsa a medias. Cuando se trata el suicidio en los medios, solo el 4,5 % de los contenidos está relacionado con la prevención de estas conductas, frente al 95,5 % que constituyen factores de riesgo. Es decir, este tema se aborda como una noticia de actualidad, sin tener en cuenta el aspecto divulgativo con contenidos referidos a líneas de ayudas, recursos disponibles, aspectos psicológicos y explicación de conductas de riesgo (46).

De aquí entendemos que, si bien el sensacionalismo y la escabrosidad de ciertos medios son perjudiciales, tratar la información desde un punto de vista divulgativo en los medios sí puede resultar positivo, sobre todo a nivel público desde un punto de vista divulgativo, de cara a la visibilización.

III. “Solo las personas con trastornos mentales manifiestan conductas suicidas o todas las personas que se suicidan están deprimidas”

Tal como se ha explorado anteriormente respecto a los factores de riesgo suicida, aunque los trastornos mentales son un factor de riesgo para tener en cuenta en cuanto al riesgo de ideación y conducta suicida, bajo ningún concepto podemos afirmar que el suicidio es propio exclusivamente de personas con trastornos psiquiátricos.

IV. “La persona que se suicida quiere morir o está determinada a morir.”

Según Castillo-Ledo et al (47), no podemos considerar la conducta suicida del adolescente como un acto sencillamente hacia el objetivo de morir. Afirma que el intento suicida pertenece a un debate interno entre el deseo de dejar de padecer cierto sufrimiento y el de vivir.

V. “La gente que habla sobre suicidio no quiere decir que quiera hacerlo o, dicho de otro modo, quien amenaza con suicidarse nunca se suicida.”

Tal como se expresa en el libro “Morir antes del suicidio” de Villar-Cabeza: “sólo corre un menor riesgo de suicidio quien, habiendo comunicado sus intenciones de quitarse la vida, recibe la ayuda que pide. Si no la recibe, queda expuesto a un riesgo mayor que quien no ha manifestado sus intenciones suicidas.”(48).

Otras ideas relacionadas con las anteriores que es importante erradicar para superar a nivel social las barreras y obstáculos que existen con el objetivo de poder afrontar este problema, según Ansean (49), existe la errónea creencia de que existen muy pocas personas que se suicidan, por lo puede ser considerado un problema de menor alcance a nivel de Salud Pública.

Esta afirmación se desmiente sencillamente con la primera parte del marco teórico de este Trabajo de final de grado, la estadísticas y epidemiología mencionadas anteriormente no hablan en absoluto de un problema minoritario o de alcance menor.

Éste mismo autor también menciona que puede darse también la visión del suicidio como algo inevitable. Esta es una afirmación completamente errónea, ya que, según UNICEF, se considera que el 100% de los suicidios son evitables (50).

Métodos de suicidio en adolescentes

Respecto a los métodos de suicidio utilizados por los adolescentes, existe bibliografía que demuestra diferencias significativas en el método utilizado según edad, género o procedencia del adolescente en cuestión. El método de suicidio más frecuente a nivel global, para ambos géneros, es el ahorcamiento, seguido en el caso del género femenino por el envenenamiento por pesticidas y en el caso del género masculino por suicidio con armas de fuego. Así pues, éstos métodos son los más prevalentes a nivel mundial (51).

A pesar de algunas diferencias observadas en estudios según ambos géneros, la mayoría de los países de Europa del Este, así como los países de la Commonwealth y algunos países sudamericanos, forman parte de un grupo de países entre los que predomina el ahorcamiento; sin embargo, los pesticidas fueron el método predominante en América Central, algunos países sudamericanos, y en Sri Lanka y Fiji, particularmente entre mujeres jóvenes en comparación con los hombres. No obstante, cabe destacar en este ámbito que es probable que el uso de este método se subestime, ya que en países de ingresos bajos se presenta una elevada intoxicación por plaguicidas y pesticidas.

Paralelamente, existe un grupo de países y territorios que tienen un rango más diverso de métodos de suicidio. Por ejemplo, en algunos países se ha detectado en hombres el suicidio por armas de fuego como el segundo más predominante, seguido por el uso de pesticidas; Israel y USA son los países con la mayor prevalencia de suicidios por armas de fuego en hombres jóvenes.

En otro grupo de países, también respecto a hombres, un método predominante en este grupo, juntamente con el ahorcamiento, es saltar desde un sitio elevado, o saltar frente a un objeto en movimiento. Este grupo incluye el sur y centro de Europa, y algunos países asiáticos.

De manera similar al caso de los hombres, existe un grupo de países donde las mujeres tuvieron también el ahorcamiento como el método más prevalente, aunque existí una prevalencia similar de envenenamiento por pesticidas, drogas y saltar desde un sitio elevado. Este grupo de países incluye la mayoría de Europa Central, pero también países de América Central, así como algunos países suramericanos y asiáticos. Además, también respecto a las mujeres,

existe un pequeño grupo de países (entre los que se encuentran Corea del Sur, España e Italia) que tienen por método predominante el saltar desde un sitio elevado. También cabe destacar que es complicado realizar una evaluación de métodos de suicidio a nivel mundial, ya que existen países que no subministran datos a la OMS; además, existen suicidios adolescentes valorados como accidentales en algunos países (52).

.

Es importante tratar el tema del acceso a armas de fuego de manera particular, puesto que es un terreno donde la prevención del suicidio entraña especial importancia, dada la libertad de acceso actual la restricción a la compra de armas es especialmente urgente. Los resultados de diversos estudios en EEUU sugieren la necesidad de ampliar las iniciativas de prevención del suicidio especialmente en esos países, especialmente entre adolescentes en entornos desfavorecidos (53).

Otra variable para tener en cuenta es la importancia de la edad del primer intento de suicidio, así como la importancia de recibir tratamiento después de un primer intento para diferenciar los intentos múltiples versus los adolescentes que realizan un único intento. Aunque el método y la letalidad de este primer intento se asocian a nivel de intencionalidad, estas características pueden no marcar tanto como otras características del primer intento en cuestión. Así mismo, se destaca la importancia de la detección temprana, la psicoeducación y la vinculación con los servicios de Salud Mental (54).

Respecto a las diferencias entre intentos de suicidio entre adolescentes y adultos, los adolescentes presentan más antecedentes de intentos de suicidio que los adultos. Así mismo, usaron más métodos no letales, como el envenenamiento con medicamentos de venta sin receta, y tenían una razón de probabilidad 5 veces mayor en los intentos de suicidio con analgésicos. La intención de intento de suicidio en adolescentes es, comparativamente, menos grave y letal en comparación con los adultos (55).

Así pues, los intentos de suicidio entre adolescentes muestran diferencias respecto a los intentos realizados por personas adultas, tanto en método, motivación e incluso intención. Si consideramos las características del intento suicida en la adolescencia, es necesario entender las circunstancias de los adolescentes que llevan a cabo estos intentos y desarrollar los programas e intervenciones necesarias para prevenir las situaciones entre estos grupos.

Instrumentos de evaluación de riesgo suicida en adolescentes

Una evaluación psicológica respecto al riesgo de conducta suicida del adolescente es muy importante a la hora de tomar decisiones. Sin una evaluación realizada de manera correcta, no se podrá tener una imagen adecuada del riesgo suicida del adolescente en cuestión ni de las intervenciones a realizar para mejorar la situación en todos los ámbitos posibles.

Por tanto, una evaluación adecuada con los instrumentos correctos es imprescindible para dar atención de calidad a las personas afectadas y sus familias. La evaluación en sí misma, intenta identificar y detectar el riesgo suicida con el objetivo de desarrollar medidas e intervenciones eficientes si es requerido. Cabe decir que, aunque encontramos muchos recursos validados en la evaluación del riesgo suicida en adultos, en adolescentes la disponibilidad de estos recursos es menor. Es por esta razón, que no sólo se requiere una adecuada formación del personal en cuestión, sino que también se necesitan instrumentos con propiedades adecuadas, adaptados y generados según estándares internacionales y validados para la población en cuestión y su contexto (56).

Existen diversos instrumentos respecto a la evaluación de riesgo suicida en adolescentes; en primer lugar, se quiere destacar la Escala Paykel por su sencillez. Esta escala consta de un total de cinco ítems mediante un sistema de respuesta sí/no, que se puntúan como un 0/1 respectivamente, indicando mayor puntuación mayor gravedad, con el marco temporal referente al último año en cuestión (57).
Además, esta escala se encuentra ya validada en adolescentes españoles, habiendo sido utilizada en diversos estudios sobre el suicidio en adolescentes residentes en España; como ejemplo se cita el estudio llevado a cabo por Fonseca-Pedrero et al (58).

Otra escala a considerar dado su validación en adolescentes españoles es la escala SENTIA tanto en su versión original como en su versión breve (59),(60). En lo referente a la escala SENTIA, se trata de un cuestionario de evaluación de riesgo de conducta suicida de respuestas dicotómicas sí/no. Consta de 16 ítems que evalúan cada uno un factor general de conducta suicida, así como tres factores específicos (acto/planificación suicida, comunicación e ideación/desesperanza). Por lo que respecta a la SENTIA-breve, se desarrolló a partir de la versión anterior, y consta de 5 ítems, y ambas versiones han sido ya validadas en diversos estudios con adolescentes españoles. Tanto la Escala Paykel como la escala SENTIA son herramientas de evaluación muy sencillas y breves de realizar para el adolescente, y permiten evaluar el riesgo de conducta suicida de manera contrastada en la adolescencia. Ambas escalas tienen la capacidad ser utilizadas como cribado para tomar decisiones respecto a intervenciones educativas, psicológicas o incluso de detección precoz (61).

El Suicide Behaviors Questionnaire-Revised [SBQ-R], ya utilizado en diversos estudios de habla hispana, es una escala basada en 4 ítems, autoaplicada y diseñada para identificar el comportamiento suicida en adolescentes y adultos jóvenes. La escala tiene un rango de puntuación de 3 a 18, donde mayor puntuación indica mayor riesgo de conducta suicida. En puntuación superior a 7 en población adolescente general, se considera un alto riesgo de conducta suicida (62).

Respecto a los Inventarios de depresión de Beck, no están concebidos para medir el riesgo suicida en sí mismo, aunque dada la asociación entre la depresión y el riesgo suicida en adolescentes anteriormente mencionada se considera oportuno incluirla.

Se trata de una escala de 21 ítems, los cuales están compuestos por distintas afirmaciones sobre un mismo síntoma; se ordenan de mayor a menor gravedad, y la persona evaluada debe escoger qué afirmación describe mejor su situación. Se encuentran distintas versiones disponibles, en concreto, el BDI-II es la versión más recomendable debido a que evalúa todos los síntomas de la distimia y del trastorno depresivo mayor presentes en el DSM-IV (63)(64).

Sin embargo, según el estudio realizado por Laura Mosquera (65), en lo relativo a escalas relativas al riesgo suicida en adolescente existen más cuestionarios utilizados e investigados, aunque en menor frecuencia, pueden ser Inventario de Riesgo suicida para Adolescentes, Escala de Acontecimientos Vitales de St. Paul Ramsey o Escala de Evaluación del Suicidio. Con el objetivo de recoger las principales escalas de evaluación del riesgo suicida, se ha elaborado una tabla con sus características, presente en el Anexo 2.

Intervenciones existentes para la prevención del suicidio adolescente en centros educativos y Atención Primaria

En el campo referente a las intervenciones para la prevención del suicidio, se puede encontrar un gran número de intervenciones en entornos muy diferentes entre sí, y muy complejos. Sin embargo, se requiere un enfoque sistemático que comprenda y aborde la calidad de la atención, y así asegurar el paso entre las intervenciones teóricas y su puesta en práctica (66).

La prevención se puede realizar desde la comunidad, los centros educativos, los centros sanitarios, etc. En términos generales, y sabiendo que las estrategias de intervención son heterogéneas, diferentes formas de prevención han demostrado su eficacia y utilidad. Por ejemplo, se ha demostrado que la formación de personal de Atención Primaria, especialmente fuera de la atención de Salud Mental, como pueden ser internistas u obstetras, puede ser un enfoque sólido de cara a la prevención del suicidio (67).

Así mismo, se plantean estrategias de gestión de casos, seguimiento intensivo, cuidados post-hospitalarios, contacto telefónico, educación del cuidador principal, seguimiento intensivo post-conducta suicida, restricción de los medios utilizados previamente para conductas suicidas y psicoterapia (68).

Se considera especialmente importante para la prevención del suicidio la disponibilidad de tratamientos farmacológicos y psicológicos para la depresión, así como incrementar la investigación sobre la educación del cuidador principal y educación al personal sanitario, así como en la detección del suicidio en atención primaria y en educación pública general (69).

Como ejemplo de modelo para la prevención del suicidio en la práctica clínica cotidiana, podemos encontrar el modelo AIM-SP, una estrategia de suicidio cero consistente en evaluar, intervenir y monitorear. “Evaluar”, se refiere al uso de herramientas de detección sistemáticos y evaluación del riesgo de comportamiento; “Intervenir”, se refiere a realizar intervenciones breves y específicas a nivel psicosocial para el suicidio, y “Monitorear”, se refiere a

proporcionar estrategias de control continuado y mayor contacto durante las etapas de mayor riesgo. De esta manera, el modelo AIM-SP proporciona pautas para la capacitación a nivel de prevención del riesgo suicida, que son aplicables a muchas áreas de trato al paciente; sin embargo, no constan métodos de evaluación del modelo (70).

Otro tipo de intervenciones a destacar en cuanto a su eficacia, son las basadas en el entrenamiento y capacitación de “gatekeepers” o guardianes. Este tipo de entrenamiento o capacitación forma a grupos de personas específicos para identificar individuos que se encuentran en riesgo de conducta suicida, para después derivar estos individuos con el objetivo de que reciban el tratamiento adecuado. De esta manera, los “gatekeepers” o guardianes, son personas que están habitualmente en contacto con personas que pueden sufrir este problema, y, formados adecuadamente, pueden reconocer los factores de riesgo suicida. Las intervenciones en base a “gatekeepers”, han probado ser prometedoras como parte de estrategias para combatir el suicidio. Se ha demostrado que mejoran las habilidades, actitudes y conocimientos de las personas entrenadas, y por ello se considera una estrategia prometedora para combatir el suicidio en el entorno escolar utilizando en este caso como indicadores principales el aumento de conocimientos del gatekeeper, así como su efecto en la tasa de ideación o conductas suicidas después de haber implementado el programa (71).

Respecto a intervenciones más específicas, tal como hemos visto anteriormente, intervenciones como la restricción de acceso a los métodos utilizados para comportamientos suicidas (como tener la medicación bajo llave, por ejemplo), programas de concienciación en la escuela e incluso intervenciones realizadas en ámbitos clínicos y comunitarios son estrategias probadas por la evidencia en prevención de riesgo suicida (72).

A nivel específicamente del estado español, los planes estratégicos de prevención del suicidio en España son relativamente similares en todas las provincias. Sin embargo, puede visualizarse que gran parte de las intervenciones se centran en los profesionales sanitarios, concretamente en el ámbito de la salud mental, y en poblaciones diana o vulnerables. Así mismo, también existen otro tipo de medidas enfocadas en áreas específicas como sensibilización en

escuelas o la formación de agentes sociales en proyectos “gatekeepers”. Se observa concretamente que los objetivos por parte de la mayoría de comunidades van hacia la detección precoz de la población diana y el registro de cifras de incidencia y prevalencia a la baja a nivel estadístico (73).

A nivel escolar, la mayor parte de los programas de prevención de suicidio intentan influir en los factores de riesgo que pueden provocar el comportamiento suicida. Por ello, el principal resultado de estos estudios en sí mismo es la modificación de estos factores, con el objetivo de disminuir la conducta suicida de manera secundaria, lo cual es lo más importante. Como ejemplo de programa educativo de éxito, se cita el programa SEYLE (74). Se detalla a continuación ampliamente por considerarlo tanto un éxito tanto a nivel de participación como de intervención, como un indicativo claro de la dirección a seguir a nivel escolar en cuanto a la prevención del riesgo suicida.

El proyecto SEYLE es un proyecto llevado a cabo por doce países europeos, entre los cuales España a través de la Universidad de Oviedo, para reducir el comportamiento suicida entre adolescentes a través de la psicoeducación a nivel escolar dirigida a alumnos, educadores y familiares. La intervención se realizó en cuatro fases, siendo la primera una evaluación basal de 11.000 adolescentes de 15-17 años mediante la utilización de diversas escalas de evaluación, entre ellas, la BDI y la Escala Paykel de Suicidio. En la segunda fase del proyecto se realizó un programa QPR al personal del colegio y a los progenitores, seguido de una intervención de promoción de salud a nivel general; en el caso del grupo de control no hubo intervención. En la tercera fase del proyecto se realizó una evaluación seguida de un tratamiento por parte de servicios de salud a los adolescentes considerados en mayor riesgo, y en la cuarta fase se realizó un seguimiento tanto a seis como a doce meses (75),(76)**.**

Respecto a su evaluación, el programa SEYLE se compararon sus tres intervenciones (entrenamiento a gatekeepers, psicoeducación y screening) con sus respectivos grupos control, destacando que el programa de psicoeducación tuvo una alta participación y compromiso por parte de los estudiantes, y disminuyó el número de intentos de conducta suicida a los 3 y 12 meses respecto al grupo control, teniendo resultados similares las otras dos intervenciones del

programa (74).

Concretamente, se considera importante señalar en el ámbito escolar la importancia de la capacitación a nivel del profesorado, principalmente por su capacidad de influencia en los alumnos, al mismo tiempo, para ponerse en contacto con la familia ante la detección de problemas.

En un estudio realizado en España sobre el conocimiento de profesores sobre sobre el suicidio, se encontró que los participantes tenían una capacidad moderadamente baja para identificar los mitos sobre el suicidio; los participantes se percibían como pobremente informados al respecto (77). De aquí se extrae el éxito de programas como el SEYLE mencionado anteriormente, ya que combinan la formación al círculo del adolescente con otras intervenciones que llevan a una elevada participación.

A nivel de atención sanitaria, cabe destacar un programa llevado a cabo en Cataluña llamado Codi Risc Suicidi (CRS). El CRS comprende un conjunto protocolizado de actuaciones, tanto preventivas como asistenciales, dirigidas a personas que en el momento de contactar y/o acudir al sistema sanitario público presenten un riesgo de suicidio que pueda llegar a comprometer, ya sea a corto o largo plazo, su integridad física o poner en riesgo su calidad de vida. Este programa se lleva a cabo tanto a nivel de salud mental de adultos como en infantojuvenil, y se considera de especial importancia ya que promueve un seguimiento longitudinal por parte del personal sanitario hacia estos casos considerados de riesgo (78). Respecto a la evaluación de este programa a nivel catalán, se entiende que se lleva a cabo mediante indicadores epidemiológicos, aunque no se especifica.

Por último, se considera especialmente importante en este ámbito el recalcar que es muy importante evaluar las estrategias implementadas. El éxito de los procesos puede medirse en términos de resultados clave como aceptabilidad, adecuación, costes, viabilidad, sostenibilidad… en resumen, es importante respecto a este ámbito identificar, investigar y abordar brechas entre la evidencia y la práctica, para generar evidencia sobre si las estrategias funcionan (66).

Enfermera escolar como estrategia de prevención

En primer lugar, se considera importante analizar la situación actual de la enfermera escolar en España. El rol de la enfermera escolar española es aislado e irregular debido a la inexistencia de una normativa estandarizada. Sin embargo, la enfermera escolar es un agente muy necesario tanto a nivel de Educación para la Salud como a nivel de detección precoz de problemas de salud no solo del alumnado, sino de toda la comunidad educativa, en colaboración con otros profesionales pertenecientes al ámbito escolar (79).

De hecho, en EE.UU la figura de la enfermera escolar es imprescindible, ya sea a nivel de seguimiento y prevención de brotes en enfermedades crónicas, Educación Para la Salud, screenings… y valorada con resultados muy positivos (80).

Según la revisión realizada por Pestaner et al, los roles de la enfermera escolar respecto a la prevención de la conducta suicida van desde la prevención a nivel de salud pública hasta la coordinación de equipos, estando su eficacia más que probada. Para organizar los distintos roles de la enfermera escolar, se separarán en cinco marcos: salud pública, coordinación de cuidados, mejora de calidad, liderazgo y normativa de práctica.

En el marco de la salud pública, se observa una identificación temprana y mayor referencia, así como menor tasa de suicidio, una disminución de los factores de riesgo de suicidio; aumento de los factores protectores, e incluso un mayor número de estudiantes que reciben servicios acordes a sus necesidades.

Respecto a la coordinación de cuidados, existe una mayor consciencia de los estudiantes respecto al tratamiento, así como de sus necesidades psicosociales, con una perspectiva y un enfoque multidisciplinar y mayor toma de decisiones de padres y estudiantes.

En lo referente a la mejora de calidad, las enfermeras escolares participan en la detección del riesgo suicida a través de la selección de la herramienta adecuada para su detección, así como de la evaluación de la capacitación del personal y un uso informado del protocolo.

Respecto al liderazgo, las enfermeras abogan por el desarrollo e implementación de programas dentro del ámbito escolar especialmente basados en el programa gatekeeper, comentado anteriormente en cuanto a intervenciones existentes dentro de los programas de prevención de la conducta suicida.
En lo referente a la normativa de práctica, las enfermeras escolares desarrollan mayor competencia y conocimientos percibidos en el personal para reconocer y derivar jóvenes en riesgo (81).

A nivel más concreto, podemos destacar ciertos roles de la enfermera escolar, como su importancia de cara a la prevención y actuación contra la violencia en las escuelas, tanto a nivel de bullying como otros episodios de intimidación o violencias de cualquier tipo, como a nivel de detección de posibles situaciones de riesgo. De hecho, la enfermera escolar se encuentra en una posición favorable para abordar los efectos de violencia en el ámbito escolar ya que puede gozar de una posición de confianza de cara al adolescente (82).

Respecto a la relación entre la enfermería y la actividad en centros educativos, es importante destacar el programa Salut i Escola de la Generalitat de Catalunya. El programa Salut i Escola se lleva a cabo por parte de las enfermeras de Atención Primaria responsables de la zona de cada centro, y se estructura en diversos temas: salud mental, salud afectiva y sexual, consumo de drogas legales e ilegales y trastornos de conducta alimentaria. Este programa se coordina entre los profesionales docentes correspondientes en consonancia con los profesionales del Equipo de Atención Primaria al que el centro pertenece, y se evalúa según diversos indicadores epidemiológicos establecidos con anterioridad (83).

Formación existente para docentes en prevención de riesgo suicida adolescente

En lo que refiere a la prevención de suicidio en adolescentes a nivel escolar, el personal docente es consciente del papel tan importante que desempeña en la vida de los jóvenes como figura de influencia, y considera que la prevención del suicidio es muy importante y forma parte de sus tareas como docente. Un estudio realizado por Walsh et al, refuerza la importancia de dar capacitación a los docentes para que reconozcan los factores de riesgo del suicidio y deriven al joven a recursos de apoyo; al recibir formación, el personal la encontró relevante, y aumentó su conocimiento y la confianza respecto a su propia competencia en este ámbito. Es por ello, que conviene superar las barreras que puedan sucederse para programar cursos y llegar a más personal escolar (84).

Respecto a la formación para en España, cabe destacar que la inmensa mayoría de Comunidades Autónomas disponen de sus propias Guías respecto a la prevención en entorno escolar dirigidas a docentes. Aquí se cita, como ejemplo claro de sencillez e interactividad, la Guía realizada por la Junta de Extremadura respecto a la prevención del riesgo suicida en entorno escolar, dirigida específicamente a docentes (85). Otras comunidades han optado por manuales clásicos, mediante una guía informativa, como es el caso de la Comunitat Valenciana (86), la Comunidad de Madrid (87) o Aragón (88) .

A nivel de cursos en el ámbito privado, podemos encontrar desde formación de posgrado y másters dirigidos a profesorado, o incluso sin especificar profesión (89) hasta cursos en el ámbito privado, dirigidos a personal docente, desde más generales a más específicos en cuanto a conducta suicida adolescente (90)(91). Así mismo, también existen cursos específicamente orientados hacia personal docente (92), siendo la inmensa mayoría de la formación on-line.

A nivel de oferta pública de formación, se destaca la oferta de la Comunitat Valenciana, a través del Plan de Formación del Profesorado. Se dispone de varios cursos de estrategias para la prevención, detección de conductas y

estrategias sobre la prevención del riesgo suicida específicamente en el ámbito educativo (93).

Formación existente para profesionales de la salud en prevención de riesgo suicida adolescente

La formación de profesionales de la salud en tratamiento y prevención de conducta e ideación suicida en adolescentes es de vital importancia fuera del ámbito de Salud Mental, especialmente a nivel de Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias, donde el profesional estará más en contacto con pacientes diversos. Estos servicios constituyen la puerta de entrada al Sistema Sanitario, y, por ello, es importante reconocer y actuar ante la detección de riesgo de conducta suicida.

A nivel de guías de prevención, de manera similar a lo comentado anteriormente en cuanto a los docentes, existen diversas guías de práctica clínica respecto a prevención y tratamiento de la conducta suicida en uso en el Sistema Nacional de Salud. De hecho, la citada guía menciona la necesidad de formar al personal tanto sanitario como no sanitario que pueda estar en contacto con personas en riesgo de suicidio con el objetivo de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades necesarias al respecto (94).

Sin embargo, encontramos que las mayores propuestas de formación y aglutinamiento de información se encuentran en páginas de organizaciones sin ánimo de lucro, como el programa Prevensuic, antes mencionado, de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, basado en la concienciación a través de la divulgación y la formación sobre la realidad del suicidio en España. Entre sus recursos pueden encontrarse cursos sobre prevención del suicidio para sanitarios y no sanitarios, recursos para detección y prevención e incluso una aplicación al respecto (95).

Así pues, la formación respecto a este problema de Salud Pública esté relegada al interés personal y profesional de cada profesional en particular, y sujeta a iniciativas a nivel local o privado.

Respecto a la percepción de los profesionales españoles de Atención Primaria sobre la formación recibida respecto a este tema, en 2020 se realizó un estudio en España con enfermeras con actividad laboral en Atención Primaria. El 99’08% de las personas encuestadas afirmó que no recibía la formación necesaria para el abordaje del suicidio en niños y adolescentes. Respecto a las causas que se manifiestan, se focalizó en el desconocimiento, lo que indica una falta de formación clara (96).

Objetivos

Objetivo general:

Formar a profesionales docentes para prevenir y detectar la conducta suicida en adolescentes en edad escolar.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida en adolescentes.
- Determinar los instrumentos de evaluación de riesgo suicida en adolescentes.
- Identificar las intervenciones existentes respecto a la prevención del suicidio adolescente en centros educativos y Atención Primaria, así como la formación existente para docentes.

Material y métodos

Metodología de búsqueda:

Previamente a la realización de la búsqueda bibliográfica realizada para dotar de contenido al marco teórico de este trabajo de final de Grado, se estableció una pregunta de búsqueda principal: "¿Puede la formación de profesionales docentes prevenir el riesgo suicida en adolescentes? ".

Posteriormente, se establecieron criterios para limitar la búsqueda y que los artículos seleccionados como referencias no se alejaran del objetivo general y de las preguntas de búsqueda establecidas en el Anexo 1. Se incluyeron en la búsqueda artículos sobre la prevención primaria del suicidio en adolescentes, así como artículos sobre métodos de suicidio, epidemiología, factores de protección y de riesgo, mitos y realidades del suicidio adolescente, así como instrumentos de evaluación e intervenciones y formación existente.
Por otro lado, se excluyeron artículos sobre cualquiera de los temas ya mencionados que trataran exclusivamente del suicidio en caso de adultos.
La búsqueda bibliográfica realizada se llevó a cabo de noviembre de 2022 a febrero de 2023, mayoritariamente en las bases de datos Pubmed, CINAHL y Scielo.
El operador booleano más utilizado en todas las búsquedas fue el AND (y), para obtener artículos que incluyeran todos los términos de la búsqueda. Por otra parte, se utilizó OR (o) en las bases de datos PubMed y CINALH para obtener resultados de términos sinónimos. Por último, no se utilizó NOT (no) en ninguna base de datos. Además, se emplearon los siguientes entroncamientos: se utilizó (*) en las bases de datos PubMed y CINALH. Estos entroncamientos se aplicaron para obtener, a partir de la raíz de una palabra, diferentes palabras derivadas de ésta.

Los resultados se ajustaron aún más incluyendo en las búsquedas límites o filtros establecidos en las bases de datos. En el caso de esta revisión bibliográfica, se decidió utilizar límites como un recurso para acotar los resultados obtenidos. Los límites de búsqueda que se establecieron fueron: 5 años de antigüedad en la

mayoría de las bases de datos, artículos por idioma (inglés, castellano, catalán), artículos específicamente de humanos (PubMed), y, por último, en la base de datos CINALH se utilizó el límite de exclusión de todos aquellos documentos indexados a PubMed/MEDLINE.

Metodología del estudio:

Respecto al estudio a realizar, se trata de un estudio cuantitativo experimental, la variable dependiente del cual sería el riesgo suicida en adolescentes en edad escolar, siendo la independiente el acceso del profesorado a formación especializada en riesgo suicida.

En lo referente a la muestra del estudio, consistiría en el profesorado integrante de dos institutos, concretamente el instituto Bernat Metge y el instituto Infanta Isabel de Aragón, los dos pertenecientes al mismo distrito con el objetivo de limitar las diferencias socioeconómicas existentes entre ambos e igualar así el tipo de muestra. Ambos centros disponen de dos líneas por curso, siendo aproximadamente 25 alumnos por curso de media por lo que obtendremos un tamaño muestral de unos 40-50 profesores por centro, número variable sujeto a cambios de plantilla. Así pues, el tamaño de la muestra serían los profesores pertenecientes a las dos líneas de ESO de todos los departamentos correspondientes, es decir, una estimación de 45 profesores por cada uno de los dos institutos, siendo entre 90-95 el total de la muestra entre ambos.
En uno de los institutos, se subministraría al profesorado la guía correspondiente a la actuación en prevención de suicidio en centros educativos perteneciente a Cataluña (97) y en el otro se impartiría la formación desarrollada para este estudio, presente en el Anexo 4 de este Trabajo de Final de Grado.

Respecto a la escala utilizada para evaluar el riesgo suicida en adolescentes, como evaluación de los resultados del proyecto, se utilizará la escala SENTIA-BREVE, que consta de 5 ítems, y está validada en diversos estudios con adolescentes españoles. La herramienta de evaluación debe ser muy sencilla y breve de realizar para el adolescente, y permitir evaluar el riesgo de conducta suicida de manera contrastada en la adolescencia. Ésta escala tiene la

capacidad de poder ser utilizada como cribado para tomar decisiones respecto a intervenciones educativas, psicológicas o incluso de detección precoz (61), realizándose antes y después de la aplicación de la formación a los docentes. La evaluación del riesgo suicida en los alumnos de los centros se llevaría a cabo antes de proceder con la formación a los docentes, y repitiéndose sucesivamente durante cuatro años a partir de entonces, adaptándolo al curso escolar.

A nivel legal, se haría llegar a los responsables o tutores de los adolescentes participantes en el cuestionario un consentimiento informado, presente en el Anexo 3. Del mismo modo, se hará llegar toda la información respecto al estudio a la Dirección y el Comité de Ética de ambos centros educativos para su aprobación y puesta en marcha, previa aprobación del Departament d'Ensenyament a través del portal de Govern Obert y de la delegación correspondiente.

Respecto a la evaluación de la satisfacción del profesorado con su participación en la formación, se ha habilitado un cuestionario on-line mediante la plataforma "Google Forms" que permite su envío a todos los participantes a través de una plataforma de correo electrónico, incluso tratándose de mails corporativos. De este modo, mediante una encuesta rápida y participativa, se reevaluará y adaptarán los contenidos a las valoraciones del propio profesorado participante.

Respecto a la estructura del estudio, se llevaría a cabo durante un término de 21 meses con aplicaciones sucesivas a lo largo de los años, repitiéndose cada dos años, siendo entonces realizado dos veces a lo largo de los cuatro años de ESO de los alumnos. En este caso, se contabiliza que la primera aplicación de la escala SENTIA-breve a los alumnos se realizará sobre el 4-5 mes del estudio, utilizándose los meses anteriores para burocracia, consentimientos informados, búsqueda de información y redacción. La segunda aplicación se realizará sobre los meses 13-14, posteriormente a la aplicación de las tutorías resultantes de la formación al profesorado y de ésta misma. La tercera aplicación se realizará ya en los meses 20 y 21, de manera previa al análisis de los datos, así como la redacción y difusión de estos.

Actividad	Tiempo (en meses)	Período de estudio																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Búsqueda de información, redacción de la formación y preparación previa																						
Preparación de burocracia y permisos necesarios, contacto con los centros																						
Reclutamiento de participantes y firma de consentimientos informados de profesores y alumnos																						
Primera aplicación de escala SENTIA-Breve a los alumnos y procesamiento de datos																						
Llevada a cabo de la formación a profesorado, preparación de las tutorías, y formulario de satisfacción																						
Segunda aplicación de escala SENTIA-Breve a los alumnos y																						

procesamiento de datos																				
Tercera aplicación de escala SENTIA-Breve a los alumnos y procesamiento de datos																				
Análisis de datos																				
Difusión de los resultados y conclusiones																				

Resultados

Los resultados esperados, en consonancia con la información contrastada, la bibliografía consultada y la formación llevada a cabo en los centros docentes, demostraran que, después de la aplicación de una formación especializada a los docentes de un centro educativo sobre prevención de conducta suicida, el número de tentativas de suicidio llevadas a cabo por los adolescentes del centro en cuestión disminuye en los años siguientes.

Los resultados en cuestión serán evaluables mediante las cifras epidemiológicas de tentativas de suicidio perpetuadas por los alumnos de los centros en los cuales se ha realizado la intervención en los años siguientes; así pues, el hecho de que lo las hubiera en los años siguientes a la intervención podría entenderse como un éxito en cuanto a la prevención, independientemente de los suicidios perpetuados por adolescentes en los años previos a la intervención.

Respecto a la evaluación de la satisfacción del profesorado participante en el estudio, los resultados del cuestionario enviado permitirían reevaluar y revisar la formación cuantas veces fueran necesarias, permitiendo su desarrollo y evolución a través de la participación del mismo profesorado participante en el estudio.

Limitaciones del estudio

Respecto a las limitaciones detectadas referente a este estudio, en primer lugar, debe considerarse los aspectos relativos a las autorizaciones; debido al trabajo con menores de edad, las autorizaciones deben ser proporcionadas a los adolescentes participantes, para que las hagan llegar a sus tutores legales y estos proporcionen su autorización.

Por tanto, cabe esperar que haya un porcentaje de adolescentes de cada uno de los centros cuyos tutores legales declinen participar en este estudio, lo cual nos llevaría a otra de las limitaciones de este estudio: la pérdida de muestra. La pérdida de muestra de este estudio puede sucederse por abandono del mismo centro, por cambios en el profesorado participante, o por cese de interés de los mismos alumnos en participar.

Del mismo modo, los centros escolares suelen ser relativamente reticentes a participar en estudios científicos, debido principalmente a la complejidad ética de trabajar con menores de edad en los centros educativos, así como las dificultades de conseguir que éstos se involucren en responder a los cuestionarios adecuadamente.

Así pues, también puede haber problemas respecto a la participación de los docentes en el estudio, debido principalmente a cambios de plaza en centros educativos, nuevas incorporaciones que no deseen participar o eventos similares.

Aplicabilidad para la práctica y líneas futuras de investigación

En lo referente a la aplicabilidad para la práctica de este estudio, debe considerarse la escasez de resultados de estudios que analicen intervenciones de prevención del suicidio a nivel escolar. Es por ello por lo que se considera necesario la realización de más estudios empíricos con resultados evaluables que determinen a largo plazo la eficacia de distintos tipos de intervenciones en la población adolescente, así como diversos programas o planes de prevención del suicidio específicos.

Así mismo, se considera que este estudio puede abrir la puerta a más intervenciones realizadas en el contexto de intervenir sobre la situación de adolescentes en situación de riesgo desde los centros educativos a través de sistemas de detección temprana de conflictos, problemas de salud mental u otros factores de riesgo que puedan llevar a la conducta suicida.

Respecto a las líneas futuras de investigación, se espera que sea posible ampliar el estudio en diversas direcciones en un futuro. Podría considerarse ampliar el estudio a más institutos de Barcelona, o incluir también centros de Atención Primaria, así como implementarlo también en más ciudades españolas.

Conclusiones

El suicidio en población adolescente es un problema multifactorial, en el que la profesión enfermera puede y debe tener un papel destacado a nivel preventivo, tanto a nivel de prevención primaria como en posterior seguimiento e intervenciones en población en riesgo.

La evidencia científica, tal como se expone en el marco teórico, nos muestra ciertos factores de riesgo de la población adolescente a tener en cuenta, tanto a nivel social como la relación con la familia y el entorno, como la salud mental del adolescente, el país al que pertenece o sus condiciones socioeconómicas, entre otras. Así mismo, la evidencia nos muestra también ciertos factores de protección, la mayoría de los cuales discurren a través del apoyo al adolescente y su círculo, por lo que se pone en relevancia la importancia del círculo social y del apoyo que recibe la población adolescente a nivel de prevención del riesgo suicida.

Cabe destacar también la importancia de la evaluación psicológica respecto al riesgo de conducta suicida, así como la importancia de realizarla con escalas validadas, para poder detectar el posible riesgo existente y actuar en consecuencia identificando y aplicando alguna de las intervenciones y programas existentes actualmente a nivel de prevención del suicidio tanto en centros educativos como en Atención Primaria, identificadas en este trabajo de final de grado.

Este trabajo de final de grado, en definitiva, pone en evidencia la importancia de la formación del docente en prevención de riesgo suicida de calidad y accesible como herramienta para prevenir el riesgo suicida en adolescentes, y plantea unos contenidos formativos al respecto que se adaptan a las necesidades del profesorado en la materia.

Agradecimientos

A mis padres, gracias por absolutamente todo. Gracias por darme siempre un hogar al que volver.

A Xavi, gracias por creer en mí incondicionalmente incluso cuando yo he sido incapaz de hacerlo. Sin ti esto nunca habría sido posible.

A mis compañeras en este viaje, os vais a comer el mundo y me siento orgullosa de haberos tenido a mi lado estos cuatro años. Y (cómo no) a Marina, gracias por ser la mejor compañera de aventuras que la vida podría haberme puesto al lado, llamarte amiga es un privilegio.

Al profesorado de la EUG que nos ha acompañado estos cuatro años, gracias por vuestro apoyo siempre; lo que lleguemos a ser como enfermeras será siempre gracias a vosotras. Especialmente a mi tutora, Cecilia, por echarme siempre una mano cuando no he sabido por dónde tirar, por la motivación y por ponérmelo siempre lo más fácil posible.

A todas las personas (¡mis referentes!) que, a lo largo de este camino, me habéis dado las herramientas para crecer, para descubrirme a mí misma, y me habéis hecho enamorarme de esta profesión que cada día me asombra un poco más.

A todos vosotros, ¡gracias por esta aventura!

Bibliografía

1. Salud del adolescente [Internet]. [cited 2022 Nov 12]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
2. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Heal [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 Nov 12];2(3):223–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30169257/
3. Hidalgo-Vicario MI, González-Fierro MJC. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. An Pediatría Contin [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2022 Nov 28];12(1):42–6. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-sociales-S1696281814701672
4. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. [cited 2022 Nov 24]; Available from: www.unicef.es
5. Ravalli MJ, Calisti NL, Román V, Abud C, Zingman F, De-Textos R, et al. UNICEF. COMUNICACIÓN, INFANCIA Y ADOLESCENCIA. GUÍA PARA PERIODISTAS: SUICIDIO. [cited 2022 Nov 16]; Available from: www.unicef.org.ar
6. Nesi J. The Impact of Social Media on Youth Mental Health. N C Med J [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 Nov 28];81(2):116–21. Available from: https://www.ncmedicaljournal.com/content/81/2/116
7. O'reilly M, Dogra N, Hughes J, Reilly P, George R, Whiteman N. Potential of social media in promoting mental health in adolescents. Health Promot Int. 2019 Oct 1;34(5):981–91.
8. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezeh AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. Lancet (London, England) [Internet]. 2012 [cited 2022 Nov 12];379(9826):1630–40. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22538178/
9. Cañón-Buitrago SC, Carmona-Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 28];20(80):387–97. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-

76322018000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Vargas H, Saavedra EJ. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes . Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2012 [cited 2022 Nov 28];75(1):19–28. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036937004
11. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Rahim KA, Das JK, Salam RA, et al. Mental health of children and adolescents amidst covid-19 and past pandemics: A rapid systematic review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Nov 28];18(7):3432. Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3432/htm
12. Sisler SM, Schapiro NA, Nakaishi M, Steinbuchel P. Suicide assessment and treatment in pediatric primary care settings. J Child Adolesc Psychiatr Nurs [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Nov 28];33(4):187–200. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcap.12282
13. Martín-del-Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes. Rev Médica del Hosp Gen México. 2013;16(4):200–9.
14. Tomas-Baader M, Edmundo-Urra P, Millán A, Yáñez M. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. Rev Médica Clínica Las Condes. 2011 May 1;22(3):303–9.
15. Neira H. Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. Cinta de moebio [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Jan 29];62(62):140–54. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2018000200140&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
16. García-Haro J, García-Pascual H, González MG, Barrio-Martínez S. ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales Rocío GARCÍA-PASCUAL. 2019;37(2):91–100.
17. Vianchá-Pinzón M, Bahamón-Muñetón M, Alarcón-Alarcón L. Psychosocial variables associated to the suicidal intent, suicidal ideation and suicide in young people. Tesis Psicol. 2013;8(1):112–23.
18. (WHO) WHO. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. Geneva; 2021.
19. Aumaitre A, Costas E, Sánchez M, Taberner P, Vall J, Galván Edita Ó. Crecer saludable (mente) -Save the Children. 2021 Dec.
20. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Observatorio del

Suicidio en España 2021. Avance 19-12-2022 [Internet]. [cited 2023 Jan 2]. Available from: https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/

21. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 16];1:1. Available from: /pmc/articles/PMC8371430/
22. Riverón-Cruzata LJ, González-Borrero ME, Borrero-Celles O, Fonseca-Rondón M, Espinosa-Vázquez I del C. Factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas | Riverón Cruzata | 16 de abril. Rev 16 Abril [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 16];55(202). Available from: https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/426
23. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, et al. Psychiatric Diagnoses as Contemporaneous Risk Factors for Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults: Developmental Changes. J Consult Clin Psychol [Internet]. 2009 Apr [cited 2023 Jan 16];77(2):281. Available from: /pmc/articles/PMC2819300/
24. Orri M, Scardera S, Perret LC, Bolanis D, Temcheff C, Séguin JR, et al. Mental health problems and risk of suicidal ideation and attempts in adolescents. Pediatrics [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2023 Jan 16];146(1). Available from: /pediatrics/article/146/1/e20193823/37056/Mental-Health-Problems-and-Risk-of-Suicidal
25. Hernández-Bello L, Hueso-Montoro C, Luis Gómez-Urquiza J, Cogollo-Milanés Z. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática . Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 Sep 10 [cited 2023 Jan 16];94. Available from: www.mscbs.es/resp
26. Shlosberg D, Zalsman G, Shoval G. Emerging issues in the relationship between adolescent substance use and suicidal behavior. Isr J Psychiatry Relat Sci [Internet]. 2014 Aug 11 [cited 2023 Jan 17];51(4):262–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25841222/
27. Jamison EC, Bol KA. Previous Suicide Attempt and Its Association With Method Used in a Suicide Death. Am J Prev Med [Internet]. 2016 Nov [cited 2023 Jan 16];51(53):226–-233. Available from:

http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.07.023

28. Ligier F, Giguère CE, Notredame CE, Lesage A, Renaud J, Séguin M. Are school difficulties an early sign for mental disorder diagnosis and suicide prevention? A comparative study of individuals who died by suicide and control group. Child Adolesc Psychiatry Ment Health [Internet]. 2020 Jan 14 [cited 2023 Jan 16];14(1):1. Available from: /pmc/articles/PMC6958641/
29. Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, Depression, and Suicidality in Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2007 Jan 1 [cited 2023 Jan 16];46(1):40–9. Available from: http://www.jaacap.org/article/S0890856709619560/fulltext
30. Hertz MF, Donato I, Wright J. Bullying and suicide: A public health approach. J Adolesc Heal [Internet]. 2013 Jul 1 [cited 2023 Jan 16];53(1 SUPPL):S1–3. Available from: http://www.jahonline.org/article/S1054139X1300270X/fulltext
31. John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, et al. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. J Med Internet Res [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2023 Jan 16];20(4). Available from: /pmc/articles/PMC5934539/
32. Docherty AR, Shabalin AA, DiBlasi E, Monson E, Mullins N, Adkins DE, et al. Genome-Wide Association Study of Suicide Death and Polygenic Prediction of Clinical Antecedents. Am J Psychiatry [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Jan 16];177(10):917–27. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32998551/
33. McDermott E, Hughes E, Rawlings V. The social determinants of lesbian, gay, bisexual and transgender youth suicidality in England: a mixed methods study. J Public Health (Bangkok) [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Jan 17];40(3):e244–51. Available from: https://academic.oup.com/jpubhealth/article/40/3/e244/4555272
34. Quiceno JM, Vinaccia S. Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. Ter psicológica [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 17];31(2):263–71. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Mathew A, Saradamma R, Krishnapillai V, Muthubeevi SB. Exploring the

Family factors associated with Suicide Attempts amongAdolescents and Young Adults: A Qualitative Study. Indian J Psychol Med [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2023 Jan 16];43(2):113. Available from: /pmc/articles/PMC8313455/

36. Lin FG, Lin JD, Hsieh YH, Chang CY. Quarrelsome family environment as an enhanced factor on child suicidal ideation. Res Dev Disabil. 2014;35(12):3245–53.
37. Macalli M, Tournier M, Galéra C, Montagni I, Soumare A, Côté SM, et al. Perceived parental support in childhood and adolescence and suicidal ideation in young adults: a cross-sectional analysis of the i-Share study. BMC Psychiatry [Internet]. 2018 Nov 27 [cited 2023 Jan 16];18(1). Available from: /pmc/articles/PMC6260717/
38. Benítez-Perez LE. Características resilientes y maladaptativas en el proceso de duelo por suicidio en las familias [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 16]. Available from: https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/120/89
39. Uddin R, Burton NW, Maple M, Khan SR, Khan A. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. Lancet Child Adolesc Heal. 2019 Apr 1;3(4):223–33.
40. Özlü-Erkilic Z, Diehm R, Wenzel T, Bingöl Çağlayan RH, Güneş H, Üneri ÖŞ, et al. Transcultural differences in suicide attempts among children and adolescents with and without migration background, a multicentre study: in Vienna, Berlin, Istanbul. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2023 Jan 17];31(11):1671–83. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01805-7
41. Matel-Anderson DM, Bekhet AK. Resilience in Adolescents Who Survived a Suicide Attempt from the Perspective of Registered Nurses in Inpatient Psychiatric Facilities. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2023 Jan 16];37(11):839–46. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27351243/
42. Mirkovic B, Cohen D, Garny de la Rivière S, Pellerin H, Guilé JM, Consoli A, et al. Repeating a suicide attempt during adolescence: risk and protective factors 12 months after hospitalization. Eur Child Adolesc

Psychiatry [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2023 Jan 16];29(12):1729–40. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-020-01491-x

43. Tian L, Chen H, Huebner ES. The Longitudinal Relationships Between Basic Psychological Needs Satisfaction at School and School-Related Subjective Well-Being in Adolescents. Soc Indic Res [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2023 Jan 16];119(1):353–72. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-013-0495-4
44. Brausch AM, Decker KM. Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal ideation in adolescents. J Abnorm Child Psychol [Internet]. 2014 [cited 2023 Jan 16];42(5):779–89. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24254374/
45. Castellví-Obiols P, Piqueras-Rodríguez JA. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. Rev Estud Juv [Internet]. 2018 Sep [cited 2023 Jan 16];121:45–59. Available from: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
46. Camacho-Markina I, Santos-Diez MT. El reflejo de las recomendaciones de la OMS para la prevención del suicidio en la prensa española. Estud sobre el Mensaje Periodístico [Internet]. 2020 May 13 [cited 2023 Jan 16];26(3):903–13. Available from: https://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/65239
47. Ledo IC, González HIL, Barroso AAR. Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. Norte salud Ment. 2013;11(46):13–9.
48. Villar-Cabeza F. Morir antes del suicidio: prevención en la adolescencia. Herder Editorial, editor. Barcelona; 2021. 255 p.
49. Anseán-Ramos A. Suicidios : manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2nd ed. Fundación Salud Mental España, editor. Madrid; 2014.
50. Agustina-Sulleiro MV, Nowotny A, Gosiker M, González JE. ABORDAJE INTEGRAL DEL SUICIDIO EN LAS ADOLESCENCIAS [Internet]. 1a

edición. UNICEF, Ministerio de Salud Argentino SA de P, editor. Buenos Aires; 2021 [cited 2023 Jan 16]. Available from: www.argentina.gob.ar/salud

51. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. WHO, Geneva.
52. Kõlves K, de Leo D. Suicide methods in children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2023 Feb 14];26(2):155–64. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-016-0865-y
53. Joseph VA, Martínez-Alés G, Olfson M, Shaman J, Gould MS, Keyes KM. Temporal Trends in Suicide Methods Among Adolescents in the US. JAMA Netw Open [Internet]. 2022 Oct 3 [cited 2023 Mar 12];5(10):e2236049–e2236049. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2797204
54. Defayette AB, Adams LM, Whitmyre ED, Williams CA, Esposito-Smythers C. Characteristics of a First Suicide Attempt that Distinguish Between Adolescents Who Make Single Versus Multiple Attempts. Arch Suicide Res [Internet]. 2020 Jul 2 [cited 2023 Mar 12];24(3):327. Available from: /pmc/articles/PMC6982559/
55. Lee J, Bang YS, Min S, Ahn JS, Kim H, Cha YS, et al. Characteristics of adolescents who visit the emergency department following suicide attempts: Comparison study between adolescents and adults. BMC Psychiatry [Internet]. 2019 Jul 26 [cited 2023 Mar 12];19(1):1–9. Available from: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2213-5
56. Hernández A, Ponsoda V, Muñiz J, Prieto G, Elosua P. REVISIÓN DEL MODELO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LOS TESTS UTILIZADOS EN ESPAÑA. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 16];37(3):192–7. Available from: https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2775.pdf
57. Fonseca-Pedrero E, Pérez de Albéniz A, Fonseca-Pedrero E, Pérez de Albéniz A. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de Suicidio. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2020 May 1 [cited 2022 Oct 25];41(2):106–15. Available from:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232020000200106&lng=es&nrm=iso&tlng=es

58. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García Mª. Á, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. Rev Psiquiatr y Salud Ment - J Psychiatry Ment Heal [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Nov 3];11(2):76–85. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-ideacion-suicida-una-muestra-representativa-S1888989117300988
59. Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E. Sentia: An adolescent suicidal behavior assessment scale. Psicothema. 2020;32(3):382–9.
60. Sebastián-Enesco C, Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Fonseca-Pedrero E. Suicidal behavior assessment in adolescents: Validation of the SENTIA-Brief scale. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 16];49(1). Available from: https://www.researchgate.net/publication/349040133
61. Fonseca Pedrero E, Pérez-Albéniz A, Al-Halabí S. Conducta suicida en adolescentes a revisión: creando esperanza a través de la acción . Papeles del Psicólogo [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 16];43(3):173–84. Available from: https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3000
62. Gómez-Romero MJ, Tomás-Sábado J, Montes-Hidalgo J, Brando-Garrido C, Limonero JT. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised. Spanish form. Death Stud [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 17];45(8):623–9. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2019.1671544
63. Sanz J. 50 AÑOS DE LOS INVENTARIOS DE DEPRESIÓN DE BECK: CONSEJOS PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL BDI-II EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 17];34(3):161–8. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828443001
64. Sanz J, Luis A, Carmelo P, Resumen V. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general . Clínica y Salud. 2003;14(3):249–80.
65. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Rev

Psicol Clínica con Niños y Adolesc [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 17];3(1):9–18. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152548001

66. Reifels L, Krishnamoorthy S, Kõlves K, Francis J. Implementation Science in Suicide Prevention. Crisis [Internet]. 2022 Jan 12 [cited 2023 Jan 17];43(1):1–7. Available from: https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000846
67. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidenced-Based Strategies: A Systematic Review. Am J Psychiatry [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 Jan 17];178(7):611. Available from: /pmc/articles/PMC9092896/
68. Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts B V. Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2023 Jan 17];210(6):396–402. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/strategies-to-prevent-death-by-suicide-metaanalysis-of-randomised-controlled-trials/53B7A0881245EA12DC47B256D02CC8BB
69. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet Psychiatry [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2023 Jan 17];3(7):646–59. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27289303/
70. Brodsky BS, Spruch-Feiner A, Stanley B. The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. Front Psychiatry. 2018 Feb 23;9:33.
71. Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. Can J Psychiatry. 2009;54(4):260–8.
72. Wasserman D. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford: Oxford University Press, editor. 2021. 827 p.
73. Sufrate-Sorzano T, Jiménez-Ramón E, Garrote-Cámara ME, Gea-Caballero V, Durante A, Júarez-Vela R, et al. Health Plans for Suicide Prevention in Spain: A Descriptive Analysis of the Published Documents. Nurs Reports [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Jan 17];12(1):77. Available

from: /pmc/articles/PMC8884007/

74. Francisco B V., Ramón FU. Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 17];51(2):126–36. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

75. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. Lancet [Internet]. 2015 Apr 18 [cited 2023 Jan 17];385(9977):1536–44. Available from: http://www.thelancet.com/article/S0140673614612137/fulltext

76. SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) - Prevención del suicidio. [Internet]. [cited 2023 Jan 17]. Available from: https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/seyle/

77. de Oliveira JM, Calderón PV, Caballero PB. “I Wish I Could Have Helped Him in Some Way or Put the Family on Notice”: an Exploration of Teachers’ Perceived Strengths and Deficits in Overall Knowledge of Suicide. https://doi.org/101080/1532502420201772449 [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 17];26(3):260–74. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15325024.2020.1772449

78. Servei Català de la Salut. CatSalut. Instrucció 10/2015 Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS) [Internet]. 2015 [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

79. Martínez-Santos AE, Tizón-Bouza E, Fernández-Morante C, Casal-Otero L, Cebreiro B. La Enfermería escolar: contenidos y percepciones sobre su pertinencia en las escuelas inclusivas. Enfermería Glob [Internet]. 2019 Sep 18 [cited 2023 Jan 17];18(4):291–323. Available from: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/344611

80. Best NC, Oppewal S, Travers D. Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. SAGE journals

[Internet]. 2017 Dec 5 [cited 2023 Jan 17];34(1):14–27. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1059840517745359

81. Pestaner MC, Tyndall DE, Powell SB. The Role of the School Nurse in Suicide Interventions: An Integrative Review. J Sch Nurs [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2023 Jan 17];37(1):41–50. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1059840519889679
82. King KK. Violence in the School Setting: A School Nurse Perspective. Online J Issues Nurs. 2014 Jan 31;19(1):4.
83. Programa salut i escola: guia d'implantació. Scientia [Internet]. 2008 [cited 2023 Jan 30]; Available from: http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1191
84. Walsh E, Hooven C, Kronick B. School-Wide Staff and Faculty Training in Suicide Risk Awareness: Successes and Challenges. J Child Adolesc Psychiatr Nurs [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2023 Jan 17];26(1):53–61. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcap.12011
85. Junta de Extremadura. Guía de prevención en intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo.
86. Sotoca R, Carbonell-Marqués Á, Font A, Oltra A, Fradés B, Benimeli E, et al. Prevención del suicidio: Guía informativa para el ámbito escolar. Generalitat Valenciana. 2018. p. 41.
87. Jiménez Pietropaolo J. Guía para la prevención de la conducta suicida-Comundidad de Madrid. 2016.
88. Gobierno de Aragón, Colegio Profesional de Psicología de Aragón, Asociación Aragonesa Pro Salud Mental y de la Estrategia de prevención del suicidio en Aragon, Departamento de Sanidad. Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo [Internet]. Gobierno de Aragón, editor. Efémera Estudio ; 2021 [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://educa.aragon.es/documents/20126/1903385/Guía+Prevención+Suicidio+FINAL+web.pdf/e47b2d60-4079-404f-0976-e10b2790b58a?t=1632811010706
89. Suicidología SE de. Máster en Prevención del Suicidio-Universidad Pablo de Olavide.
90. Curso de Experto en Prevención e Intervención en Suicidio - ISEP

[Internet]. [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://www.isep.es/curso/curso-de-experto-en-prevencion-e-intervencion-en-suicidio/

91. Curso: Sensibilización, prevención e intervención en ideación y tentativa suicida en adolescentes Universidad Politécnica de Cartagena [Internet]. [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://www.upct.es/cursos/curso.php?sistema=EFP&cod_curso=4722&curso_acad=2022/23&convocatoria=A&turno=U&i=1
92. Generalitat Valenciana, Serproap, Servei Valencià d'Ocupació i Formació. Prevención de la Conducta Suicida en Entornos Educativos| Serproap [Internet]. [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://serproap.formacionparaeltrabajo.es/prev-suicidio-educacion
93. Plan formativo para la prevención del suicidio – CEFIRE Inclusiva [Internet]. [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://portal.edu.gva.es/cefireinclusiva/es/plan-formativo-para-la-prevencion-del-suicidio/
94. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida . Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02 [Internet]. [cited 2023 Jan 30]. Available from: https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia-t2010-02GPC-conducta-suicidaR.pdf
95. Prevensuic - Hablar es prevenir [Internet]. [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://www.prevensuic.org/
96. González-López C, Montes-Cano I, Escudero-Barrera M, Díaz-Pérez I. Percepción de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria sobre su formación para el abordaje del suicidio de niños y adolescentes en España. Rev Iberoam Enfermería Comunitaria. 2020;12(2):11–7.
97. Generalitat de Catalunya. Departament d'Educació. Guia per a l'abordatge de la conducta suïcida i de les autolesions no suïcides en el centre educatiu. Available from: https://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/pacte-nacional-salut-mental/2022-Guia-Abordatge-Conducta-Suicida-

Autolesions-Suicides-Centres.pdf

98. Dueñas-Rada JM. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL. Universitat Rovira i Virgili; 2017.

99. García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, Lopez-Castroman J, Sáiz PA, García-Portilla MP, et al. Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. Rev Psiquiatr y Salud Ment - J Psychiatry Ment Heal [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2023 Jan 31];5(1):24–36. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-protocolo-breve-evaluacion-del-suicidio-S1888989111001479

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda:

BUSCADOR	Pubmed, Cinahl
PREGUNTA	**¿Puede la formación de profesionales prevenir el riesgo suicida en adolescentes?**
PALABRAS CLAVE	Suicide , adolescence, primary prevention
ECUACIÓN	("Adolescent"[Mesh]) AND ("Suicide"[Mesh]) AND ("Primary Prevention"[Mesh]) AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR ("School Teachers"[Mesh]))
RESULTADOS	Pubmed: 3 Cinahl: 27
FILTROS	5 años, Idioma inglés, (Cinahl: texto completo disponible)

BUSCADOR	Pubmed, Scielo, Cinahl
PREGUNTA	**¿Cuáles son los factores de protección para la conducta suïcida en adolescentes?**
PALABRAS CLAVE	Suicide risk, adolescence, Protective factors
ECUACIÓN	(("Protective Factors"[Mesh]) AND ("Suicide/epidemiology"[Mesh] OR "Suicide/etiology"[Mesh] OR "Suicide/psychology"[Mesh])) AND "Adolescent"[Mesh]

RESULTADOS	Pubmed: 26 Scielo: 4 Cinahl: 27
FILTROS	5 años, Idioma inglés, (Cinahl: texto completo disponible)

BUSCADOR	Pubmed, Scielo, Cinahl
PREGUNTA	**¿Cuáles son los factores de riesgo para la conducta suicida en adolescentes?**
PALABRAS CLAVE	Suicide, adolescence, risk factors
ECUACIÓN	Suicide risk (and) Adolescence (and) risk factors
RESULTADOS	Scielo: 24 Pubmed: 201 Cinahl: 89
FILTROS	5 años, Free full text, Idioma inglés

BUSCADOR	Pubmed, Cinahl
PREGUNTA	**Qué instrumentos de evaluación riesgo suicida en adolescentes existen?**
PALABRAS CLAVE	Suicide risk, adolescence , (tools or instruments or scales)
ECUACIÓN	(("Adolescent Behavior"[Mesh]) AND "Suicide"[Mesh]) AND "Psychiatric Status Rating Scales"[Mesh]
RESULTADOS	Pubmed: 8 Cinahl: 58

FILTROS	5 años, free full text

Anexo 2: Tabla de instrumentos de evaluación de riesgo suicida en adolescentes

	Autor	Ítems	Aplicación	Validación
Cuestionario de Riesgo suicida (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ)	Horowitz, Wang, Koocher y Burr	14 tipo Likert de 7 puntos Versión breve: 4 ítems	Heteroaplicada, para detectar riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes por personal no especializado.	Validada su versión en habla hispana.
Escala Paykel	Paykel et al.	5 ítems	Autoaplicada, como instrumento de evaluación o como herramienta de cribado de conducta suicida en diferentes entornos de evaluación sanitario o no sanitario.	Validada en su versión en español.
Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ)	Horowitz et al.	4 ítems	Heteroaplicada, Detectar riesgo suicida en niños y toma de decisiones de personal no especializado.	Validada en su versión en español (98)
Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)	Beck	21 ítems Versión breve: 13 ítems	Evaluar sintomatología depresiva Autoaplicada	Validado en habla hispana .
Escala de desesperanza	Beck, Weissman	20 ítems de verdadero o falso	Evaluar grado de desesperanza Indicador indirecto de intentos de suicidio. Autoaplicada	Validado en habla hispana.

de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)	y Lester			
Escala de Intencionalidad Suicida (Suicidal Intent Scale, SIS)	Beck, Weissman y Lester	15 ítems	Evaluar intencionalidad suicida Heteroaplicada	Validada en su versión en español.
Escala para la Ideación Suicida (SSI)	Beck, Kovacs y Weissman	19 ítems	Evaluar variables cognitivas en relación con el riesgo suïcida. Entrevista semi-estructurada	Utilizada en diversos estudios de habla hispana (99).
SENTIA		16 ítems Versión breve: 5 ítems	Autoaplicada. Puede utilizarse como instrumento de evaluación o para cribaje, tanto en ámbito sanitario como no sanitario.	Validada en su versión en español.
Suicide Behaviors Questionnaire-Revised [SBQ-R]		4 ítems	Autoaplicada. Permite identificar el comportamiento suicida en adolescentes y adultos jóvenes	Validada su versión en habla hispana.

Anexo 3: Consentimiento informado para alumnos

Yo,

_____

(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS y DNI), tutor legal de _____ (Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS del menor).

Declaro que:

• He leído la hoja de información que me han facilitado.

• He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.

• He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:

-Los objetivos del estudio y sus procedimientos.

-Los beneficios e inconvenientes del proceso.

-Que mi participación es voluntaria y altruista

- El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.

-Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.

-Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

SÍ NO

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha ……

Firma……..

Nombre investigador …….

Firma del investigador…..……

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,

……

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación

Anexo 4: Desarrollo de una formación para detectar riesgo suicida en adolescentes para profesionales de atención primaria y profesionales docentes

En base al objetivo general de este trabajo de final de grado, siendo éste formar a profesionales en contacto con los adolescentes para prevenir y detectar las conductas suicidas en adolescentes en edad escolar, el resultado de este estudio es una formación para profesionales tanto de atención primaria como profesionales docentes.

La formación estará estructurada para identificar los factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida en adolescentes, así como determinar los instrumentos de evaluación pertinentes respecto a la prevención del suicidio en adolescentes e identificar las intervenciones ya existentes en centros educativos y Atención Primaria.

Esta formación estará estructurada en 7 sesiones, llevada a cabo por una enfermera con experiencia en docencia. Los contenidos teóricos serán los siguientes:

En la primera sesión, se establecerán los conceptos básicos y las definiciones necesarias para establecer un marco teórico adecuado, con el objetivo de poder seguir desarrollando los conceptos a lo largo del resto de la formación. Se abordarán los conceptos de ideación suicida, conducta suicida, intento autolítico, así como el porqué de la vulnerabilidad del adolescente ante problemas de salud mental que acaben desembocando en ideación o incluso conducta suicida.

En la segunda sesión, se abordarán diversos mitos y realidades del suicidio adolescente, con el objetivo de romper tópicos establecidos y desterrar concepciones erróneas del argumentario del profesorado. Así pues, se abordará la certeza o falsedad de conceptos que se repiten popularmente como la relación de las tentativas de suicidio con la salud mental, si hablar del suicidio provoca

que se produzcan en mayor medida, o si la persona que realiza un intento suicida está determinada a morir.

En la tercera sesión se abordarán los factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes, abordando lo multifactorial de este problema de salud pública y examinando en profundidad los diversos aspectos referentes a la vida de los adolescentes que pueden influir en ello. Aspectos como la salud mental del adolescente, adicciones, intentos previos de conducta suicida, fracaso escolar, bullying y ciberbullying, antecedentes familiares o el entorno familiar hostil, son algunas de los factores de riesgo que analizar en lo referente a la prevención de la conducta suicida.

En la cuarta sesión se desarrollarán los factores de protección de conducta suicida en adolescentes, de la misma manera que en la anterior se explicaron los factores de riesgo. Es importante tener en cuenta de que algunos de los factores de riesgo mencionados anteriormente se convierten en factores protectores si se desarrollan de manera que beneficien al adolescente en lugar de ser un factor de estrés, por lo que se hará hincapié en cómo estos factores pueden ejercer influencia positiva o negativa en el adolescente según su situación. Así mismo, se abordarán también factores protectores en el ámbito social, y cómo una relación social con la familia y/o círculo cercano puede convertirse en un factor protector de la conducta suicida, y cómo afectará también un buen desarrollo de la autoestima y habilidades sociales del adolescente.

En la quinta sesión se abordará la importancia de una evaluación psicológica respecto al riesgo de conducta suicida, con el objetivo de tener una imagen adecuada del riesgo suicida de cada adolescente. De esta manera podremos abordar la situación si es necesario, así como ofrecer intervenciones basadas en las necesidades de cada adolescente en particular. Por tanto, una evaluación adecuada con los instrumentos correctos es imprescindible para dar atención de calidad a las personas afectadas y sus familias. Así mismo, se abordará también la necesidad de utilizar una escala breve, ya sea heteroaplicada o autoaplicada, con la validación necesaria.

En la sexta sesión, se detallarán las intervenciones existentes en prevención del suicidio adolescente. En este campo, se puede encontrar un gran número de intervenciones en entornos muy diferentes entre sí, y muy complejos. Sin embargo, se requiere un enfoque sistemático que comprenda y aborde la calidad de la atención. La prevención en sí misma se puede realizar desde la comunidad, los centros educativos, los centros sanitarios, etc. En términos generales, y sabiendo que las estrategias de intervención pueden ser muy diversas, se plantean estrategias de gestión de casos, seguimiento intensivo, cuidados post-hospitalarios, contacto telefónico, educación del cuidador principal, seguimiento intensivo post-conducta suicida, restricción de los medios utilizados previamente para conductas suicidas y psicoterapia o medicación, entre muchos otros, y subrayando especialmente la importancia de la detección temprana en espacios como los centros educativos.

Durante la séptima y última sesión se desarrollará, en consonancia con cada equipo de profesorado, un conjunto de tutorías que después podrán desarrollar con sus alumnos. Estas tutorías, que deben estar planteadas como un espacio seguro para la interacción entre el alumno y el profesorado, deben abordar la relación intrafamiliar, la comunicación entre el círculo cercano del alumno, el desarrollo de la autoestima, concienciación sobre la salud mental, así como el abordaje de las relaciones entre el alumnado del curso y posibles casos de bullying. Así mismo, se dedicará un espacio de la sesión a responder dudas, poner en común experiencias y situaciones respecto a la temática de la formación, así como plantear cierta orientación sobre el enfoque de la escala SENTIA –breve a los alumnos.

Anexo 5: Consentimiento informado profesorado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO:

Título del Proyecto:
Investigador Principal:

Yo,
_____
_____
(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:
• He leído la hoja de información que me han facilitado.
• He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
• He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
-Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
-Los beneficios e inconvenientes del proceso.
-Que mi participación es voluntaria y altruista
- El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
-Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
-Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO
SÍ NO
(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha ……

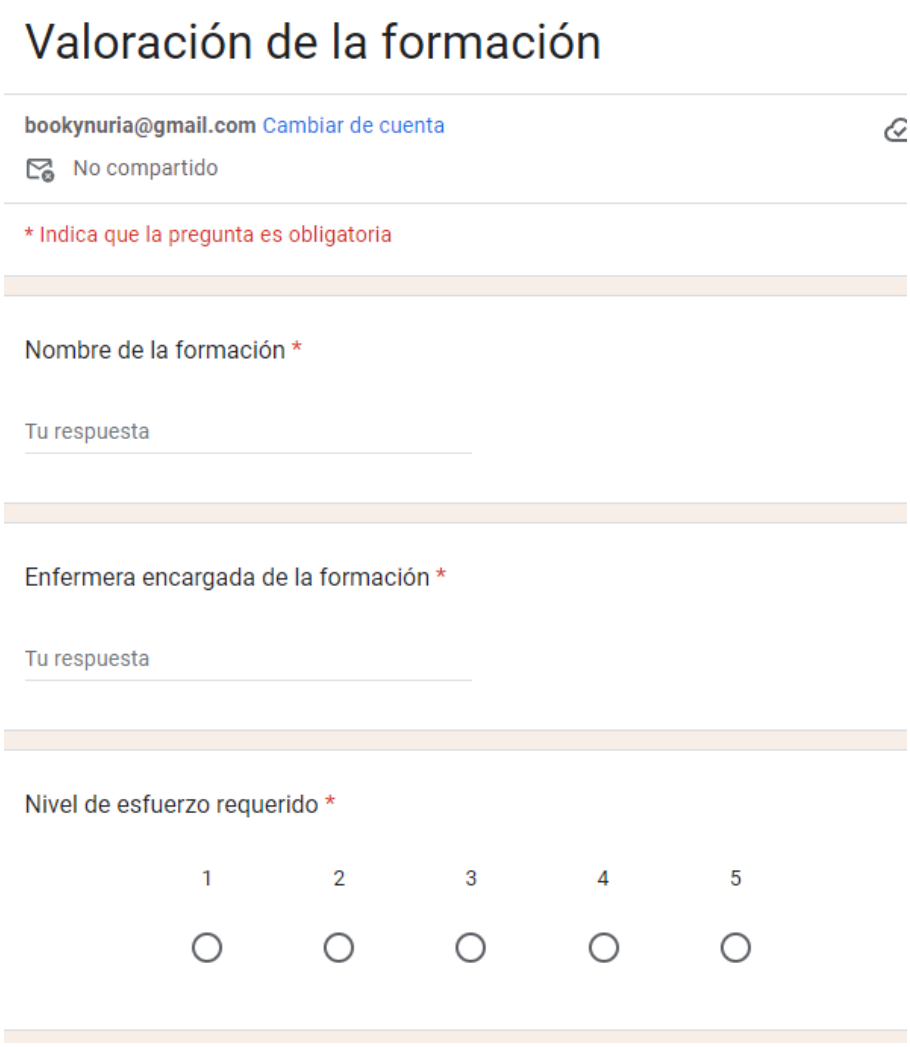
Firma……..

Nombre investigador …….
Firma del investigador…..……

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
Yo,
……
revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.
Firma y Fecha de la revocación

Anexo 6: Profesorado: formulario de satisfacción on-line mediante plataforma "Google Form"

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSevzqLapmuF2jdXmDp8xiahlbsnY0Bp7hOps-LfcHmNcIQinw/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0



Valoración de la formación

bookynuria@gmail.com Cambiar de cuenta

No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

Nombre de la formación *

Tu respuesta

Enfermera encargada de la formación *

Tu respuesta

Nivel de esfuerzo requerido *

1 2 3 4 5

Conocimientos adquiridos durante el curso

1	2	3	4	5
○	○	○	○	○

Habilidades y dedicación de la enfermera encargada de la formación

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La enfermera ha resultado una formadora eficaz	○	○	○	○	○
Las explicaciones eran claras y estaban bien estructuradas	○	○	○	○	○
Se estimuló el interés durante las sesiones	○	○	○	○	○
Se aprovechó bien el tiempo lectivo	○	○	○	○	○

Contenido del curso

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los objetivos de la formación estaban claros	○	○	○	○	○
El contenido de la formación estaba bien organizado y planificado	○	○	○	○	○
La carga de trabajo de la formación fue la adecuada	○	○	○	○	○
Los profesores consideraron el proyecto como útil para su desarrollo	○	○	○	○	○

¿Qué aspectos te resultaron más útiles?

Tu respuesta

¿Cómo mejorarías esta formación?

Tu respuesta

¿Por qué participaste en el estudio?

- ◯ Por requisito del equipo directivo
- ◯ Por interés en el contenido
- ◯ Por necesidad o por experiencias previas que lo han hecho necesario
- ◯ Otro: _____