

# **UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

Facultad de Comercio, Turismo y Ciencias Sociales Jovellanos

## **TRABAJO FIN DE GRADO GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

**EDUCACIÓN EMOCIONAL COMO MEDIDA PREVENTIVA  
ANTE EL SUICIDIO. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN  
FRENTE AL BULLYING DESDE EL TRABAJO SOCIAL  
EN CENTROS EDUCATIVOS DEL PRINCIPADO DE  
ASTURIAS.**

**AUTOR: Yazmin Lorena Tejerina Chica**

## **RESUMEN**

Este trabajo se centra en el tópico del suicidio, más concretamente en la influencia que la educación emocional tiene de forma positiva sobre él como factor protector que contribuye a la moderación de la ideación suicida y su posible abordaje desde los centros escolares por profesionales de trabajo social. El objetivo de este trabajo es hacer una propuesta de intervención preventiva desde una perspectiva que tenga en cuenta a este colectivo profesional en el ámbito educativo. Para ello, se inicia con una revisión bibliográfica que permite hacer una contextualización del fenómeno, desde teorías tanto sociológicas como psicológicas, aludiendo a la ideación suicida como uno de los momentos previos al suicidio consumado. Se explican algunos factores de riesgo a nivel personal, familiar y social, y se mencionan factores de protección, entre los cuales cobra especial relevancia la educación emocional, debido al objetivo planteado. A continuación, se describe el estado de la cuestión a nivel epidemiológico en el ámbito europeo, nacional y del Principado de Asturias. Por último, se justifica la importancia y necesidad de contar con trabajadores sociales en los centros educativos, se hace una propuesta de intervención preventiva desde la perspectiva del trabajo social y se presentan las conclusiones del trabajo.

**Palabras clave:** suicidio, ideación suicida, educación emocional, adolescencia.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN .....	5
2.	METODOLOGÍA .....	8
3.	ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	9
3.1	FACTORES DE RIESGO A NIVEL PERSONAL .....	12
3.1.1	Problemas de salud mental .....	12
3.1.2	Consumo nocivo de sustancias .....	13
3.2	FACTORES DE RIESGO A NIVEL FAMILIAR Y SOCIAL.....	14
3.2.1	Falta de cohesión familiar/ social.....	14
3.2.2	Exposición a violencia intrafamiliar .....	14
3.2.3	Acoso escolar (bullying) .....	15
3.3	FACTORES DE PROTECCIÓN.....	17
3.3.1	Educación emocional como factor de protección .....	19
4.	EPIDEMIOLOGÍA DEL FENÓMENO .....	24
4.1	SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL EUROPEO.....	26
4.2	SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ESPAÑA .....	28
4.3	SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ASTURIAS .....	30
4.3.1	Suicidio joven y adolescente en Asturias.....	31
5.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	33
5.1	IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.....	33
5.2	IDONEIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DE LA VIOLENCIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO .....	36
5.3	CARACTERÍSTICAS Y ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	37
6.	CONCLUSIONES .....	42
7.	BIBLIOGRAFÍA .....	45
7.2	FUENTES ELECTRÓNICAS.....	49

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<b>Gráfico 4. 1.</b> Eurostat: Muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes a nivel europeo en año 2016.....	27
<b>Gráfico 4. 2.</b> INE: Evolución de las tasas de suicidio en España 1990-2018. ....	28
<b>Gráfico 4. 3.</b> Elaboración propia en base a datos del INE: Tasas de suicidios por cada 100.000 habitantes en las diferentes Comunidades Autónomas de España en el año 2018.....	29
<b>Gráfico 4. 4.</b> Elaboración propia en base a datos del INE: Evolución de las tasas de suicidio en España en grupo etario > 15 a 29 años (1990-2018) .....	29
<b>Gráfico 4. 5.</b> Elaboración propia en base a datos del INE: Tasas de suicidios joven y adolescente por cada 100.000 habitantes en las diferentes Comunidades Autónomas de España en el año 2018.....	31
<b>Gráfico 4. 6.</b> Elaboración propia en base a datos del INE: Evolución de tasas de suicidios en Asturias en grupo etario >15 a 29 años entre 1996 y 2018. ....	32

## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida. A nivel mundial se estima que se dan cerca de un millón de casos anualmente, siendo una de las principales causas de muerte no natural (OMS, 2019). El suicidio es considerado un problema de salud pública grave a nivel mundial, que supone un impacto de desgaste emocional y psicológico en la familia y personas cercanas a quien se quita la vida. También implica costes económicos ligados principalmente a los servicios sanitarios y sociales relacionados con la pérdida que, para la comunidad, país o sociedad, supone la muerte de personas que ya no pueden aportar ni contribuir socialmente, o que han quedado impedidas (Morandé, 2018; OMS, 2019).

La literatura sobre la cuestión refleja que se trata de un fenómeno prevenible, en el que influyen aspectos sociales y personales, y cuya prevención debe ser abordada desde diferentes ámbitos (sanitario, educativo, familiar, social, etc.) ya que constituye una problemática multifactorial y multicausal (Mosquera, 2016; Castellvi-Obvios y Piqueras, 2018; Sarasola et al. 2019). Es necesario prestar atención a los factores de riesgo y señales de alarma para poder intervenir e implementar medidas de protección, trabajar por la sensibilización y la ruptura del tabú y el estigma respecto al suicidio, desarrollar programas de intervención temprana y tener en cuenta factores psicosociales individuales (Eguiluz, 1995; Pérez, 1999; Mosquera, 2016; Castellvi-Obvios y Piqueras, 2018; Cefai et al., 2018; Observatorio de la Juventud, 2018).

Por ello, en 2002 se hace un llamamiento a la visibilización de la realidad del suicidio como forma de prevenirlo por medio del “Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGAP” (OMS, 2008), que expone la urgencia de articular medidas de prevención y tratamiento. A partir del año 2003 y en colaboración también con la OMS, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, promueve medidas de sensibilización respecto a esta cuestión, por ejemplo, celebrando el Día Mundial para la Prevención del Suicidio cada 10 de septiembre. Por otro lado, en mayo de 2013 se adopta el primer plan de acción en torno a salud mental en el marco de la OMS, en el que se incluyen como objetivos la prevención del suicidio y la reducción de las tasas del mismo en los diferentes países. Un año después, se publica el primer informe acerca de la prevención del suicidio (OMS, 2014), en el que se trata de concienciar sobre la necesidad de la creación de programas a nivel mundial para su prevención.

En Europa se crean diferentes programas de prevención de la conducta suicida de carácter divulgativo, preventivo, experimental y descriptivo, entre los que podemos encontrar: European Alliance Against Depression (EAAD, 2004); OSPI-Europe (octubre 2008 - marzo 2013); Saving and Empowering Young Lives in Europe (enero 2009-diciembre 2011), entre otros. En el caso concreto de España, contamos con la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME), que recoge todos los programas anteriores en su base de datos, la Confederación Salud Mental España y diferentes programas y proyectos a nivel autonómico y de carácter local.

Dentro de esta problemática general, el TFG se centra en el suicido adolescente, al tratarse de un grupo etario más vulnerable debido a la falta de recursos psicológicos que, por cuestiones de desarrollo madurativo, pueden dificultar una correcta gestión emocional y conductual frente a situaciones traumáticas (Navarro, 2017). Es especialmente importante disponer de medidas preventivas en esta materia en los centros educativos, ya que son espacios en los que los menores interactúan de forma constante y desde los que se puede trabajar sobre factores de protección frente a la ideación suicida en una etapa crucial del desarrollo de los menores.

La ideación suicida es uno de los momentos previos al suicidio consumado, seguida por el intento de suicidio, por lo que su prevención y detección es fundamental para evitar el agravamiento del problema y un desenlace fatal. En el caso de población adolescente, estos pensamientos pueden derivar de una serie de situaciones concretas que, junto con la falta de habilidades de afrontamiento de problemas y regulación emocional, suponen las principales causas de suicidio. Entre ellas encontramos situaciones que suponen factores de riesgo como: problemas de salud mental, consumo nocivo de sustancias, falta de cohesión sociofamiliar, violencia intrafamiliar y *bullying* (Caicedo, 2005; Oteo 2009; Mosquera, 2016; Fonseca et al. 2018).

El desarrollo de competencias emocionales es uno de los factores de protección reconocidos frente al suicidio y aquel en el que este trabajo va a centrar su interés. Dicho desarrollo se produce por medio de la educación emocional, que puede trabajarse desde diversos ámbitos y que se centra en aspectos relacionados con la

interpretación, regulación y exteriorización adecuada de las emociones, a través de conductas de afrontamiento proporcionadas y no disruptivas (Bisquerra, 2014). De hecho, varios estudios de investigación concluyen que una capacidad emocional desarrollada contribuye a la disminución de la ideación suicida (Extremera y Fernández, 2003; Suárez, 2012; Mamani et al. 2018).

Si se hace un análisis general de las tasas de suicidio en diferentes países en la UE, se muestra que aquellos que otorgan importancia a la salud mental y han implementado programas educativos de educación emocional desde la etapa educativa primaria, como Turquía, Hungría o Malta, cuentan con tasas de suicidio muy inferiores a las de otros países que, por el contrario, estigmatizan la salud mental y no articulan programas educativos a nivel emocional (Mirabella et al., 2010; Ornaghi, 2015; Barta, 2017; Cefai et al. 2018; Visión Educativa 2023, 2019). En el caso de España, se inicia un interés por la educación emocional aproximadamente en los 2000, y en 2006 se introducen asignaturas que incluyen componentes de este tipo en los programas académicos para la etapa de Educación Primaria por medio de la Ley Orgánica 2/2006 de Educación.

No obstante, pese a que España presenta tasas de suicidio inferiores a muchos otros países europeos, el panorama a nivel nacional también cuenta con variaciones importantes dentro del mismo. El Principado de Asturias es la Comunidad Autónoma española que mostraba la tasa de suicidio más alta en 2018 (último año en que se dispone de datos), encabezando la lista con 13,4 suicidios por cada 100.000 habitantes (ver gráfico 4.2), frente a una tasa media nacional de 7,5 (INE, 2018). Dada la importancia del problema en la Comunidad Autónoma, el Gobierno del Principado dispone desde 2018 de un Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio, desarrollado por el Servicio de Salud del Principado de Asturias (2018) que complementa a la Ley General de Educación (Real Decreto 1513/2006).

Este TFG parte de la hipótesis de que existe una relación entre un correcto desarrollo de las capacidades de regulación emocional por medio de la educación emocional y una disminución de la ideación suicida en adolescentes. De ahí que su objetivo sea presentar una propuesta de intervención desde el ámbito educativo que trabaje la educación emocional desde la perspectiva del trabajo social.

Para alcanzar este objetivo, el trabajo se estructura de la siguiente forma. En primer lugar, se presenta la metodología utilizada y el estado de la cuestión, en el que se describe el tópic del suicidio y la ideación suicida, y la relación existente entre este fenómeno y las condiciones sociales y psicosociales que influyen en el mismo. Se hace referencia a los principales factores de riesgo presentes en la adolescencia, así como algunos factores de protección, entre los que se encuentra la educación emocional, sobre la cual el trabajo centra su interés. A continuación, se describe la situación epidemiológica a nivel europeo, nacional y regional en el ámbito del Principado de Asturias. Finalmente, teniendo en cuenta la relación entre la educación emocional y la disminución de la presencia de ideación suicida en adolescentes, y el respaldo legislativo que habilita a los trabajadores sociales a intervenir con menores desde el ámbito educativo, se hace una propuesta de intervención preventiva en centros escolares desde la perspectiva del trabajo social, y se presentan las conclusiones.

## 2. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo, en primer lugar, una **revisión bibliográfica** que nos ayuda a conocer el estado de la cuestión sobre el suicidio y los diferentes componentes que acompañan la construcción del fenómeno, como los momentos previos al acto consumado, los factores de riesgo y de protección, etc. También se revisa la literatura que ha estudiado y analizado la influencia de la educación emocional sobre la incidencia e intensidad en la que se presenta la ideación suicida. Por otro lado, para describir la situación a nivel epidemiológico, se utilizan datos secundarios procedentes de la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat, 2016) y el Instituto Nacional de Estadística (2018). Se cuenta además con la aportación legislativa en materia de educación, servicios sociales y de protección del menor, que justifica la necesidad de trabajar la educación emocional en el ámbito y la importancia de contar con la figura del trabajador social en el mismo. En último lugar, se han realizado dos entrevistas abiertas con sendos profesionales del campo de la intervención social con menores, pertenecientes a la Fundación por la Acción Social Mar de Niebla de Gijón. Sus respuestas se han tenido en cuenta para el diseño de una propuesta preventiva de intervención selectiva desde los centros educativos.



### 3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

El tópico general en el que se enmarca el estudio es el de la ideación suicida en jóvenes adolescentes. El fenómeno social del suicidio ha sido ampliamente investigado desde antiguo, y cuenta con aportaciones clásicas como la de **Freud (1917)**, quien propone un estudio desde una perspectiva psicoanalítica, o la de **Durkheim (1897)** con la introducción del concepto de sociedades suicidógenas y suicidio anómico, y que plantea una definición más aproximada del concepto. El sociólogo francés es uno de los que más ha ayudado a su sistematización y al desarrollo de un método propio en base a estadísticas para poder comprender y explicar el comportamiento social de las personas (Díaz, 2008). La contribución de Durkheim es considerada la primera que consiguió confirmar mediante la evidencia empírica un fenómeno muy discutido en su época como el suicidio. Su teoría sobre la integración social, aún vigente en la actualidad, revestía una gran complejidad, e inició una nueva forma de investigar en un campo en el que, hasta entonces, no existían más que especulaciones filosóficas sobre el asunto (Corbetta, 2010).

Para Durkheim, el suicidio se define como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado [...], siendo la tentativa este mismo acto, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte” (Durkheim, 2008, pg.5). Lo estudia y describe desde una perspectiva sociológica, llevándonos a la construcción del término “sociedades suicidógenas”. Este concepto surge en base a estudios comparativos en torno al suicidio en distintas sociedades y países europeos que Durkheim realiza a lo largo del siglo XIX, llegando a la conclusión de que hay sociedades con más tendencia al suicidio que otras, en función de las características y condiciones concretas de la misma. A partir de estos estudios, clasifica los suicidios en tres categorías diferentes:

- **Suicidio egoísta:** acontece a raíz de un sentimiento de alienación del individuo respecto de su medio social, debido a la falta de integración en el mismo a causa de la inexistencia de vínculos sociales sólidos, de desarraigo y de la tensión generada en la persona al no cumplir con lo que la sociedad espera de ella.

- **Suicidio altruista:** ocurre con mayor frecuencia en sociedades estructuradas de forma muy rígida, en las que la importancia de “yo” se encuentra por debajo de los códigos morales, de deberes y de honor de la sociedad en su conjunto. En estos casos el suicidio se comete por vergüenza al no cumplir con los estándares exigidos o al romper los códigos que rigen la sociedad.
- **Suicidio anómico:** la base del desarrollo de este concepto nace a partir del de anomía que, como estado social, supone una falta de dirección que afecta al individuo en una sociedad cambiante en la que, mientras los valores tradicionales se comienzan a deslegitimar, otros nuevos van apareciendo, pero sin una fuerza suficiente como para estructurar de nuevo la sociedad. Esta situación de desequilibrio provoca desconcierto e inseguridad en el individuo, pudiendo provocar su alienación o pérdida de identidad, haciendo que éste busque su camino de forma totalmente individual sin contar con el apoyo de una estructura firme que le guíe. El suicidio anómico responde a este tipo de situaciones, en las que individuos o grupos tendentes a la desesperación no cuentan con esta estructura firme, por lo que terminan por quitarse la vida debido a una falta de integración.

Durkheim enfatiza la importancia de analizar este fenómeno como un hecho social y, por tanto, desde un abordaje sociológico y no desde un punto de vista de acontecimientos y motivaciones individuales. No obstante, estudios posteriores han demostrado que el componente psicológico también desempeña un papel relevante. Ya en la infancia pueden producirse acontecimientos en la vida de los niños que suponen un impacto psicológico negativo que se puede manifestar a través de trastornos de conducta que suponen un factor de riesgo frente a la aparición de la conducta suicida. Ésta es descrita como un proceso por medio del cual una persona busca acabar con su vida, por lo que antes de llegar al acto del suicidio consumado, se manifiestan otros momentos como la ideación suicida o el intento previo, en los que es posible intervenir. En consecuencia, se debe considerar también la importancia de intervenciones tempranas a nivel psicológico, para trabajar el autocontrol emocional en aquellos niños y adolescentes que no han podido desarrollar esa capacidad (Pérez, 1999; Sánchez et al., 2015; Mamani et al., 2018).

El concepto de ideación suicida ha sido definido por **Eguiluz (1995)** como ciertos pensamientos intrusivos y repetitivos relacionados con la muerte auto infligida, que incluyen las condiciones, formas y circunstancias en las que la persona se propone morir. Se considera ésta como momento preventivo clave frente al suicidio consumado. Algunos de los factores a nivel psicosocial relacionados con la aparición de la ideación suicida tienen que ver con la baja autoestima, la depresión, el sentimiento de soledad, problemas sociofamiliares, pérdidas emocionales, afectivas, o abusos.

También **Pérez (1999)** conceptualiza la ideación suicida como un fenómeno en el que la preocupación autodestructiva, la planeación letal y el deseo de muerte se manifiestan en diferentes grados, que pueden derivar en amenazas, gestos o intentos suicidas. Para poder intervenir frente a casos de riesgo, considera necesario conocer los factores precipitantes, y determina que éstos son generacionales y de género. En el caso de la población adolescente, identifica como factores de riesgo circunstancias de desequilibrio o inestabilidad en el ámbito familiar, escolar y social, es decir, elementos de integración social a los que aludía la teoría de Durkheim, por lo que es necesario potenciar factores de protección para abordar la situación y prevenir el agravamiento del problema.

Por otro lado, **Fonseca et al. (2018)**, consideran la intervención preventiva y la promoción de la salud mental como medidas clave para la reducción de las tasas de prevalencia de suicidio y los costes derivados de él. Además, indican la existencia de una laguna de conocimiento en relación a la situación de la salud mental y del bienestar emocional de los adolescentes, concretamente de aquellos que presentan ideación suicida o cuentan con intentos de suicidio previos. Manifiestan la relación existente entre las conductas suicidas y problemas a nivel de salud mental entre la población adolescente, añadiendo a los factores de riesgo presentados por Eguiluz (1995) y Pérez (1999), las experiencias psicóticas atenuadas y las consecuencias en la salud mental derivadas del consumo y abuso de sustancias. Por medio de un estudio llevado a cabo por la Universidad de la Rioja, utilizando la Escala Paykel de Ideación Suicida, que permite valorar pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio, estos autores encuentran una prevalencia de la ideación suicida en adolescentes en España del 7,5%, y del 3% en casos de intento previo de suicidio.

Por tanto, como se ha venido indicando, el suicidio es un fenómeno multicausal en el que influyen numerosas variables que condicionan la intensidad del riesgo y la posibilidad de que llegue a consumarse. En el caso de población adolescente, influyen factores de riesgo concretos a nivel personal, familiar y social. Los autores consultados coinciden al presentar factores de riesgo relacionados con la salud mental del adolescente, que puede derivar en el consumo nocivo de sustancias y viceversa; la existencia de antecedentes familiares de suicidio; una falta de cohesión familiar y/o social que puede provocar situaciones de alienación social, generando otras de riesgo como la exposición de la persona a situaciones de violencia intrafamiliar y acoso escolar (Eguiluz, 1995; Pérez, 1999; Caicedo, 2005; Durkheim, 2008; Oteo, 2009; Mosquera, 2016; Navarro, 2017; Fonseca et al. 2018).

### **3.1 FACTORES DE RIESGO A NIVEL PERSONAL**

#### **3.1.1 Problemas de salud mental**

La presencia de trastornos mentales o problemas psicológicos influyen de forma importante en la esfera personal del adolescente. En ella se tienen en cuenta aspectos como la rigidez cognitiva, mecanismos de defensa desadaptativos, falta de competencias de resolución de conflictos y de habilidades sociales, etc. Se incluyen también otros relacionados con la depresión, que en adolescentes suele estar ligada a problemas emocionales como la ansiedad, el trastorno bipolar o de personalidad. Estos problemas emocionales mal gestionados, pueden llevar al inicio del consumo de alcohol y otras drogas, lo que supone un problema ya que puede agravar la situación mental del adolescente, a la vez que alimenta otro de los factores de riesgo que lo predisponen a presentar conductas suicidas (Romero, 2012; Fonseca et al. 2018).

Según la última Encuesta Nacional de Salud de España (2017), realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, una de cada diez personas a partir de quince años afirmó sufrir algún tipo de diagnóstico de salud mental. Los diagnósticos depresivos y de ansiedad cuentan con una prevalencia del 6,7%. En el caso de población adolescente, estos porcentajes se sitúan en 1,2% para depresión y en 2% para ansiedad. Otros trastornos de tipo conductual muestran una prevalencia del 1,8% en este colectivo. Además, los resultados de la encuesta dejan ver que el 11,9% de la población comprendida entre 10 y 14 años, y el 12,6% de entre 15 y 24 años,

se encuentra en riesgo de sufrir una mala salud mental. Por tanto, es importante tener en cuenta la necesidad de intervenir de forma precoz para minimizar, en la medida de lo posible, factores que puedan contribuir a la aparición de trastornos de este tipo.

### 3.1.2 Consumo nocivo de sustancias

La etapa adolescente se caracteriza por ser un periodo crítico de cambios físicos, psicológicos y emocionales, en la que es importante establecer vínculos de apego y pertenencia al margen de la familia. Debido a ello, adquiere gran relevancia la integración social, se busca en el reconocimiento en otros ámbitos, entre los que destaca el grupo de iguales y la influencia que éste ejerce sobre el adolescente. El inicio en el consumo de drogas puede verse condicionado por la presión del mismo, de modo que es más probable que un adolescente inicie dicho consumo si ya está presente en los hábitos de sus compañeros (Oteo, 2009).

La prevalencia de consumo de drogas de forma habitual en población adolescente en los últimos años muestra que la droga más consumida es el alcohol, seguida del tabaco y del cannabis. La edad media de inicio en el consumo de éstas ronda entre los 14 y 15 años, al igual que en otras sustancias como los hipnosedantes (14,3 años), la cocaína y alucinógenos (15,2 años) (ESTUDES, 2018).

Se ha demostrado que un consumo abusivo de **alcohol**, sobre todo cuando éste se inicia en la etapa adolescente, aumenta el riesgo de padecer trastornos psicológicos, así como físicos y alteraciones de comportamiento en un futuro, que pueden situar a la persona en lo que Durkheim denomina una situación de anomia social, derivando en comportamiento antisociales y autodestructivos. Además, en este momento el cerebro continúa en desarrollo, por lo que las grandes ingestas interfieren afectando la capacidad de aprendizaje, de relación interpersonal y de rendimiento escolar. Por otro lado, el consumo de **cannabis** también puede influir en la aparición de trastornos mentales graves como psicosis o esquizofrenia en aquellas personas con una predisposición previa. En el caso de la **cocaína**, es la segunda droga ilegal más consumida por adolescentes, aunque de forma esporádica y con intención recreativa. También puede tener impactos a nivel psicológico, desencadenando descontrol emocional, episodios de ansiedad y paranoia (Oteo, 2009).

Se aprecia una interrelación entre la existencia de problemas de salud mental y el consumo de sustancias nocivas y viceversa, de manera que resulta especialmente importante atender a ambos factores durante el periodo adolescente, ya que cualquiera de ellos puede desencadenar y/o agudizar el riesgo que supone el otro frente al suicidio.

## **3.2 FACTORES DE RIESGO A NIVEL FAMILIAR Y SOCIAL**

### **3.2.1 Falta de cohesión familiar/ social**

Un factor de riesgo que influye en la conducta suicida guarda relación con el grado de cohesión familiar y social del que goce o no la persona, es decir, con el nivel de integración y la calidad de los vínculos a los que se refiere la teoría de Durkheim. Durante la infancia y la adolescencia tienen importancia las características de la estructura familiar y el grado de integración que el menor es capaz o no de alcanzar en otros ámbitos fuera del familiar. En el primer caso, se tiene en cuenta la calidad de las relaciones entre quienes forman y conviven en familia, el grado de apoyo que recibe el menor, así como los estilos de crianza, el nivel de confianza y la calidad de la comunicación. En el segundo caso, es importante el contexto escolar y el grupo de pares (Álvarez, 2012; OMS, 2014; Mosquera, 2016; Paz et al., 2018).

Cuando por alguna razón personal o estereotipada, las relaciones son conflictivas en estos ámbitos, y el adolescente se ve rechazado o no reconocido por parte de su familia o grupo, puede aparecer un sentimiento de alienación respecto de su medio social debido a la falta de integración percibida. La falta de vínculos sociales sólidos, el sentimiento de desarraigo y la tensión generada en la persona al no cumplir con lo que se espera de ella, puede conducir al adolescente a lo que Durkheim categorizaría como suicidio egoísta.

### **3.2.2 Exposición a violencia intrafamiliar**

La violencia dentro del ámbito familiar (VIF) es un fenómeno social que ha sido legitimado por décadas y al que no se le ha brindado la importancia que merece. De acuerdo con Caicedo (2005), esto se debe en parte a que el ámbito de lo familiar ha sido reconocido por pertenecer a lo que es íntimo y privado, siendo ahí donde los comportamientos violentos se han legitimado como herramientas útiles para educar, mantener el control

y solucionar conflictos. La VIF ha sido funcional en la familia en tanto refuerza los roles de poder y las relaciones jerárquicas y de fuerza que se dan dentro de ella, además de servir como un “proceso educativo” para los menores. En este sentido, una mirada crítica a la familia supone admitir que, en ella, además de encontrar elementos de gran importancia para los individuos como lo son el amor, la solidaridad y el afecto, también encarna dinámicas de poder, de oposición y de competencia que pueden llegar a convertirse en violencia.

La VIF se entiende como un abuso que ejercen unos miembros de la familia sobre otros y que puede ser físico, sexual o psicológico y que causa daños y sufrimiento en quien la padece, comprendiendo castigos, insultos, golpes, e inclusive puede terminar en la muerte de alguno de los miembros. Lo anterior, no es entonces un fenómeno que sea ajeno a alguno de los integrantes de la familia, pues afecta a todos y a todas en un grado ya sea más alto o bajo según sea la situación (Caicedo, 2005). Distintos estudios comparativos y de prevalencia reportan correlaciones importantes entre la ideación suicida y contextos familiares conflictivos, en los que los adolescentes muestran en mayor medida problemas de autoestima, depresión, estrés, ansiedad, conductas antisociales, comportamientos de riesgo, etc. que lo predisponen a la aparición de ideas suicidas (Lai y Shek, 2009; Van y Wild, 2008; Pérez et. al, 2010; Sánchez et. al, 2015).

### 3.2.3 Acoso escolar (bullying)

El anglicismo **bullying** se utiliza para hacer referencia al acoso exclusivamente en el ámbito escolar. Diferentes autores coinciden en que este término describe un fenómeno con amplio recorrido sociohistórico, que tiene lugar entre población infantil y adolescente. Expone a la víctima a una situación de intimidación en forma de maltrato intencionado que se produce de manera reiterada y prolongada en el tiempo, y que aprovecha los momentos de ausencia de personas adultas. Además, está demostrada la relación entre sufrir acoso escolar y un aumento en la ideación suicida en los adolescentes, apareciendo incluso el término de “bully-cidio” para referirse al suicidio cometido tras un período prolongado de acoso (Aguilar, 2018, pg.15). Esto hace necesario conocer el fenómeno, las fuentes de inicio y las formas en las que se presenta para diseñar estrategias de intervención preventivas (Avilés, 2006; Cerezo, 2009; Mayol y González 2011; Aguilar, 2018).

En las situaciones de *bullying*, están necesariamente presentes tres **agentes**: el adolescente que es víctima de intimidación, la persona o personas agresoras y, en tercer lugar, aquellos que son observadores de los acontecimientos, considerándolos sujetos pasivos, pero también afectados por el fenómeno (Avilés, 2006).

Las **conductas de maltrato** se traducen en agresiones que pueden ser **verbales** por medio de amenaza, humillación, chantaje, o **físicas** con agresión directa (pegar, empujar, abuso sexual) o indirecta (exclusión social, ataques a sus pertenencias, calumnias y afectación a sus relaciones sociales). Éstas pueden surgir de un rechazo debido a estereotipos relacionados con la raza o pertenencia étnica, inclinaciones religiosas, discapacidad, identidad de género u orientación sexual. Es importante tener en cuenta que nos encontramos en un momento histórico de constantes cambios y de reconfiguración de las normas sociales establecidas como válidas, donde están presentes y cobrando cada día más fuerza las luchas de los movimientos antirracistas, feministas, de colectivos LGTBI, etc. y, por tanto, del reconocimiento de los derechos humanos y fundamentales que los amparan.

Estas agresiones provocan la afectación de la integridad física y psíquica del adolescente victimizado, que no cuenta con una estructura social sólida que le permita salir adelante, y se agudiza en función de la constancia e intensidad en la que las sufre, pudiendo llegar a provocar situaciones de desequilibrio que terminan por conducirlo a la categoría de suicidio que Durkheim define como anómico. Estas conductas pueden ser muy sutiles y fácilmente reforzables debido, principalmente, a las dificultades que tiene su detección por parte de los adultos, y dinámicas en un contexto de constantes cambios, donde aparecen nuevas formas de acoso como el **ciberbullying** (Valadez et al. 2011; Varela et al. 2018).

Con el avance tecnológico aparecen nuevos riesgos derivados de su mal uso. La violencia entre iguales ya no ocurre solamente en los centros educativos, sino que se ha trasladado a las redes sociales (RRSS), potenciando el número de víctimas, la intensidad de la violencia y el impacto que produce. Éste se define como el “uso de medios telemáticos para ejercer acoso psicológico, y que incluye difundir imágenes o datos que perjudican o avergüenzan a la víctima; dejar comentarios ofensivos en



foros; circular rumores y difamar; enviar mensajes amenazantes; usurpar la identidad; crear perfiles falsos e invadir la intimidad” (Gómez, 2018, pg. 60).

Se ha demostrado que los adolescentes que sufren *bullying* en sus diferentes modalidades y, concretamente los que son víctimas de *ciberbullying*, cuentan con una mayor predisposición a presentar ideación y conductas suicidas. Debido a ello, es necesario trabajar de manera interdisciplinar sobre medidas de prevención, educando en el correcto uso de los medios tecnológicos y potenciando las capacidades de control emocional, así como de detección y atención de casos (Gómez, 2018; Varela et al. 2018). Respecto a las posibles **fuentes de inicio** de acoso escolar, se tiene en cuenta la influencia de la violencia en la etapa adolescente, que puede aflorar a raíz de problemas de control emocional y falta de autorregulación.

Como se ha ido exponiendo, la ideación y la conducta suicida depende de diversos factores que influyen en distintos ámbitos de la vida del adolescente. Una vez identificados los principales factores de riesgo para este colectivo, es necesario conocer los **factores de protección** con el fin de prevenir futuros casos y disminuir las tasas de prevalencia de ideación suicida y suicidio consumado.

### 3.3 FACTORES DE PROTECCIÓN

La OMS (2014) recoge una serie de intervenciones preventivas que pueden servir como factores de protección frente a conductas suicidas. Estas intervenciones pueden ser de tipo universal, selectivo, o indicado, variando en función de si los factores de riesgo que se desea abordar son a nivel social o individual. No obstante, al existir variables de ambas naturalezas, se reconoce la importancia de llevar a cabo las intervenciones de una forma integral desde los diferentes ámbitos de forma complementaria.

Entre los factores de protección ligados más fuertemente a la estructura social y que tienen un enfoque de **intervención universal** se plantean: el desarrollo de políticas de atención a la salud mental y enfocadas en la reducción del consumo nocivo de alcohol, como programas de concienciación acerca de la salud mental, de los trastornos derivados del consumo de sustancias y del suicidio. También incluye la importancia de dar facilidades de acceso a la atención sanitaria, la restricción del

acceso a los medios que pueden emplearse para el suicidio, y el fomento de una notificación responsable en los medios de difusión. Por otro lado, desde una perspectiva de **intervención selectiva** que abarca tanto el ámbito social como el personal, más concretamente centrada en comunidades y problemas relacionales, se plantean intervenciones dirigidas a grupos vulnerables, capacitación de guardianes y habilitación de líneas de ayuda telefónica. Por último, los factores de protección que se proponen para **intervenciones indicadas**, donde las variables personales cobran mayor peso, se hace referencia al seguimiento y apoyo comunitario a la persona, la evaluación y manejo de comportamientos suicidas, de trastornos mentales, o derivados del consumo de sustancias.

Por su parte, **Fonseca y Díez (2018)** revela como factores de protección las habilidades de resolución de conflictos, y considera la importancia de las estrategias de afrontamiento positivas, las actitudes y valores positivos hacia la vida, así como el *locus* de control interno y las relaciones cercanas y satisfactorias con la familia y con el grupo de iguales o en la escuela. **Mosquera (2016)**, también recoge en su listado de factores protectores todos los referidos anteriormente, y añade la necesidad de contar con apoyo familiar y recursos en el ámbito social, comunitario, sanitario y educativo, y desarrollar un correcto autocontrol emocional.

**En el ámbito jurídico, en España** se hace referencia a la educación emocional en la legislación educativa por primera vez en la **Ley Orgánica 2/2006 de Educación**, cuando se establecen una serie de competencias básicas en las que se incluyen objetivos a nivel de educación emocional, en primaria y secundaria, y se introducen asignaturas que incluyen componentes de este tipo en los programas académicos desde la etapa de Educación Primaria. En primer lugar, se menciona la **acción tutorial continuada** como una manera de fomentar, entre otras cosas, el desarrollo emocional del alumno y las habilidades sociales. Otra de las competencias básicas que señala es “**aprender a aprender**”, que propone entre sus objetivos la adquisición de conciencia propia sobre las capacidades emocionales, físicas e intelectuales, así como motivación y confianza en uno mismo. También considera la importancia de la **autonomía e iniciativa personal**, que incluye aspectos relacionados con el autoconocimiento, la autoestima, el control emocional, la asunción de riesgos, el afrontamiento de problemas, etc. El desarrollo de todas estas competencias se

plantea de forma transversal en el itinerario escolar, por medio de distintas asignaturas como “Ciencias Sociales, Valores Sociales y Cívicos o Educación para la Ciudadanía y los DDHH”, entre otras. En el caso del **Principado de Asturias**, la actuación frente a dicha necesidad se tradujo también en el desarrollo del **Real Decreto 1513/2006**.

Se evidencia, por tanto, la existencia de numerosos factores de protección frente a conductas suicidas. No obstante, debido a la dimensión limitada de un trabajo de estas características, se va a centrar el interés de este TFG en la importancia de la educación emocional como factor de protección que debe ser trabajado desde edades tempranas, como medida de prevención frente al suicidio en la adolescencia, que supone un momento considerado crítico a nivel físico y emocional.

### **3.3.1 Educación emocional como factor de protección**

El autocontrol emocional que menciona Mosquera (2016), se puede conseguir por medio de la **educación emocional**. Ésta se entiende como un proceso educativo cuya finalidad se centra en la búsqueda del bienestar por medio del desarrollo de competencias emocionales, entre las que se incluyen la conciencia y la regulación emocional. Estas competencias emocionales constituyen un conjunto de conocimientos, habilidades, valores, actitudes y aptitudes necesarias para interpretar, regular y exteriorizar de forma adecuada los fenómenos emocionales. Permiten dar respuestas adecuadas a ciertas necesidades sociales que, por el momento, no se trabajan lo suficiente desde el ámbito educativo. Entre dichas necesidades, se incluye la presencia de algunas como la ansiedad, el estrés, la depresión, el consumo de drogas, las conductas violentas, el suicidio, etc. Todas ellas responden de forma consecuente a lo que Bisquerra (2011, pg.12) denomina “analfabetismo emocional”.

Para que una persona desarrolle sólidas capacidades de respuesta emocional, se necesita de una intervención y aprendizaje continuado. Las emociones nos acompañan durante todo el ciclo vital, por lo que lo ideal es que la intervención educativa en este ámbito se inicie en edades tempranas y se mantenga posteriormente. Debería estar presente en los currículums escolares ordinarios desde su inicio, además de en otros ámbitos en los que la persona tiene interacción social, como los espacios

sociocomunitarios o la familia. (Bisquerra, 2011). Extremera (2003) recoge los elementos que según Mayer y Salovey (1997) se integran en las competencias emocionales, que forman parte de la educación emocional y que se enmarcan en cuatro **componentes que intervienen en una adecuada respuesta**: percepción emocional, asimilación emocional, comprensión emocional y consiguiente regulación.

Debido a que las emociones cumplen una **función adaptativa**, la expresión de las negativas resulta más sencilla que las positivas, ya que las primeras aparecen solas como mecanismo de defensa para la supervivencia desde el nacimiento. Es necesario aprender a regular las emociones negativas y controlar sus expresiones, para no caer en situaciones de riesgo o que puedan provocar grave afectación a la persona en cuestión y a su entorno más próximo. Por otro lado, la expresión de las respuestas emocionales positivas requiere de un aprendizaje social, que fomente su búsqueda y construcción, de modo que contribuyan a mejorar las relaciones interpersonales y sociales (Bisquerra, 2011).

Resulta especialmente importante el **rol del adulto** (familiar, educador) en el proceso de aprendizaje emocional que vive el niño, pues va a suponer una figura de referencia y reguladora de emociones. La intervención temprana es fundamental, ya que el niño se encuentra en un momento clave de aprendizaje, por lo que las posibilidades de su efectividad son mayores. Es importante que, desde pequeños, el adulto enseñe al niño la posibilidad de comprender y regular sus emociones, aunque debe seguir fomentando dichas capacidades durante la adolescencia, sobre todo si no ha habido un trabajo previo en la infancia. Para ello se identifican algunos **aspectos a tener en cuenta** por parte del adulto a la hora de relacionarse con el niño o adolescente (López Cassá, 2011, 72):

- “Permitir que se expresen, sin prohibiciones, las emociones que sientan.
- No eliminar las emociones negativas; hay que vivir las emociones positivas como las negativas para un buen aprendizaje emocional. Sentir miedo, angustia, culpa o vergüenza es tan natural como sentir alegría, felicidad, amor o cariño.
- Hablar de las emociones con total naturalidad, sin dramatizaciones [...]. Ello ayuda a sentir más próximos a los demás y a conocernos más como personas.
- Reconocer sus emociones para facilitar que ellos reconozcan las emociones de los demás, además de las propias. El respetar las emociones y los sentimientos de los

demás y las de uno mismo es imprescindible para nuestras relaciones interpersonales y la autoestima.

- Favorecer la expresión emocional de forma verbal y conductual.
- Dejar que los niños se familiaricen con estrategias que fomenten el bienestar (cantar, bailar, dialogar, reír, etc.).
- Permitir que el niño se equivoque y aprenda a ser más autónomo emocionalmente.
- Ayudarle a comprender que la emoción no debe derivarse necesariamente en un determinado comportamiento, sino que las emociones se pueden regular. Por ejemplo, de la ira no debe derivarse violencia.”

Concretamente en la adolescencia, las emociones se perciben y viven de una forma más intensa. Aspectos relacionados con la integración y la creciente exigencia escolar, los cambios físicos y emocionales propios de la pubertad, así como cuestiones de naturaleza sexual (atracción, identidad, orientación) y la posible impulsividad violenta propia de la edad, pueden situar al adolescente en situaciones conflictivas en el ámbito escolar y familiar. Cuando la persona no cuenta con las herramientas emocionales necesarias para afrontar situaciones de crisis en esta etapa, puede buscar el bienestar por la vía equivocada. Es en este momento donde pueden aparecer las **conductas de riesgo**, el consumo de drogas, la violencia, el vandalismo, problemas de salud mental, etc. Además, de forma general, las personas adultas del entorno familiar y educativo suelen mantener relaciones de poder y control con los adolescentes, fomentando las emociones negativas al centrarse únicamente en educar y poner límites, y dejando de lado la construcción de emociones positivas. Por tanto, se aprecia un sesgo emocional también en la educación que los adultos dan a los adolescentes, y que también debería ser trabajado (Bisquerra, 2011).

Una **falta de capacidades de regulación emocional** en la adolescencia puede derivar, como se ha indicado anteriormente, en conductas de riesgo. En los apartados 3.1 y 3.2 se mencionan diversos factores de riesgo a nivel personal, familiar y social, que se ha demostrado que predisponen a los adolescentes a presentar ideación y conductas suicidas. Por tanto, el abordaje preventivo frente al suicidio adolescente debe pasar por **intervenciones tempranas** que fomenten el desarrollo de capacidades emocionales por medio de la educación emocional. En relación a las conductas de riesgo mencionadas, hay que tener en cuenta la manifestación

emocional de la que derivan. En este caso, la ira y la tristeza son **emociones básicas** que, mal reguladas, pueden llevar al uso de la violencia, consumos y trastornos emocionales que desencadenen problemas de salud mental.

Para Filella y Oriol (2011), la **ira** supone una respuesta que aflora ante situaciones en las que la persona se siente coaccionada o controlada de forma excesiva, cuando se producen malos tratos, abusos verbales o físicos, ante situaciones que se consideran injustas, o cuando ocurre algo negativo inesperado. Esta emoción tiene un carácter adaptativo que activa mecanismos de autodefensa que, si no se regulan de un modo adecuado, puede provocar comportamientos agresivos y violentos. Dentro del conjunto de sentimientos que conforman la emoción de la ira, se encuentran, por ejemplo: la rabia, enfado, odio, envidia, celos, indignación, entre otros. Es necesario fomentar **estrategias de regulación de la ira** para responder de forma asertiva y así evitar conductas de riesgo derivadas de ella. Entre estas estrategias se tienen en cuenta: el distanciamiento temporal de la fuente generadora de ira; aceptación de parte de la responsabilidad en el conflicto; mostrar una actitud positiva; trabajar por una reestructuración cognitiva; fomentar habilidades de resolución de conflictos; etc.

En el caso de la **tristeza**, Cabero (2011) establece su origen en la pérdida de algo o alguien con quien la persona ha establecido un vínculo afectivo de apego. Al perderse dicho vínculo, surge la tristeza como respuesta emocional. En los casos en los que la pérdida es muy significativa y rompe con la continuidad de la vida de la persona, la respuesta emocional se torna más intensa, iniciando el proceso de **duelo**. Este proceso cuenta con varias fases: primero aparece la conmoción, a la que le sigue la rabia y agresividad y, en tercer lugar, la desesperanza, momento en el cual la tristeza aparece con fuerte intensidad, llegando a causar sentimientos de vacío, desesperanza, soledad.... La última fase es la de reorganización, cuando la persona poco a poco comienza a retornar a sus actividades habituales.

Los adultos que se encuentren en interacción con el niño o adolescente deben brindar **acompañamiento a lo largo de todo el proceso de duelo**, permitiendo legitimar las emociones y ayudando a comprenderlas y expresarlas de forma adecuada. Es especialmente importante atender la tercera fase (desesperanza), ya que, si no se regula la tristeza de un modo adecuado, se corre el riesgo de caer en depresión y

fomentar la aparición de éste y otros problemas de salud mental que pueden predisponer a la persona a presentar conductas suicidas. Por tanto, es necesario trabajar sobre el desarrollo de habilidades emocionales por medio de la educación emocional, que permitan a los niños y adolescentes disponer de mecanismos de afrontamiento de emociones negativas que puedan hacerles vulnerables frente a factores de riesgo relacionados, entre otras cosas, con la ideación suicida y el suicidio.

Diferentes investigaciones han estudiado la importancia del **desarrollo de competencias emocionales a la hora de afrontar situaciones de crisis**, como factor protector frente a conductas disruptivas. Con relación al suicidio, este tipo de conductas pueden aparecer primero como ideación suicida (Extremera y Fernández, 2003; Chan y Nock, 2009; Suárez, 2012). La literatura existente sobre la **regulación emocional** que se consigue por medio de la educación emocional se centra en su influencia de forma positiva, favoreciendo el bienestar psicológico, o de forma negativa, aumentando el riesgo de conductas de respuesta agresiva (Bisquerra, 2014; Estévez, 2017). Prueba de ello son los resultados obtenidos por Mamani et al. (2018) que, por medio de un análisis de los resultados en relación con la ideación suicida, en un mismo grupo de personas estudiado antes y después de una intervención de desarrollo de inteligencia emocional, concluyen que **las personas con mayor ideación suicida presentan una inteligencia emocional afectada**, y que, tras trabajar las dimensiones afectadas dentro de dicha inteligencia emocional, la prevalencia de la ideación suicida disminuye.

De igual forma, **Suárez (2012)** recoge diferentes estudios de investigación que han llegado a la conclusión de que una inteligencia emocional desarrollada contribuye al desarrollo de mecanismos de afrontamiento que sirven de moderadores de la ideación suicida. En el caso de los adolescentes, la capacidad de regulación emocional y su relación con la presencia o no de conductas violentas, de forma autolesiva o hacia terceros, se ha confirmado por medio de estudios (**Bohnert et al., 2003, Mavroveli et al., 2007**) que indican que aquellos adolescentes con un puntaje más alto en conductas violentas presentan déficits en algunas de las habilidades emocionales consideradas por Maylor y Salovey (1997). Debido a ello, se considera necesario fomentar la puesta en marcha de intervenciones y acciones enfocadas en el desarrollo de competencias emocionales desde edades tempranas y desde el

ámbito educativo, lo que podría reducir el riesgo de que se produzcan situaciones de violencia en el ámbito escolar, que se traduciría en un descenso de los casos de *bullying* y, por ende, del factor riesgo que éste resulta frente al suicidio adolescente.

Antes de presentar una propuesta de intervención desde el trabajo social, conviene concretar la magnitud y afectación del fenómeno por áreas geográficas. La OMS (2014) describe la incidencia a nivel global, aporta cifras en relación a cada país y recoge información sobre algunas de las características descriptivas que pueden influir en mayores tasas en determinados países. Por otro lado, la base de datos de la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat, 2016) y del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018), facilitan los registros de suicidio de los países de la UE y de las diferentes Comunidades Autónomas de España. Con ello, podemos hacer una radiografía del fenómeno partiendo de la globalidad, hasta el plano regional asturiano.

#### 4. EPIDEMIOLOGÍA DEL FENÓMENO

Según la OMS (2012, pg. 75), el suicidio se define como el “acto deliberado de quitarse la vida” y establece que cerca de un millón de personas recurren a ello anualmente a nivel mundial, siendo la segunda causa de muerte entre población comprendida entre 15 y 29 años. El suicidio presenta una mayor incidencia en hombres que en mujeres de manera general, siendo tres veces mayor en los primeros. Más allá de la correlación entre **integración social** y suicidio (Durkheim, 2008, pg. 214) también se ha establecido habitualmente una vinculación entre las diferencias en los **medios elegidos**, ya que los hombres recurren a métodos que resultan más efectivos debido a su letalidad, mientras que las mujeres recurren más a la intoxicación medicamentosa voluntaria, haciendo que sea posible intervenir antes del resultado final y, por tanto, haciendo constar cifras inferiores (INE, 2018).

De igual forma, se han buscado explicaciones en el **desarrollo económico** de las naciones.

La mortalidad por suicidio se concentra en el 75% de los casos en países de ingresos medianos y bajos. El Banco Mundial (2019), establece una clasificación para 2020 en la que se agrupan los países en cuatro categorías de ingreso: alto, mediano alto, mediano bajo y bajo. Los países que forman parte del grupo de



menores ingresos se ubican de forma generalizada en el continente africano, por lo que los casos de suicidio serían mayores en estos países. No obstante, los países ubicados en el centro y este asiático se incluyen en el grupo de ingresos medios altos, y muestran unas tasas de mortalidad por suicidio de entre 22 y 30 por cada 100.000 habitantes (OMS, 2016). Esto supone tasas bastante altas en relación a las presentadas por los países incluidos en el grupo de ingresos altos, ubicados en Europa y Norteamérica de forma general, con tasas alrededor de 15 por cada 100.000 habitantes. En el ámbito de la UE, aun encontrándose los países en la categoría de ingresos altos, se producen variaciones considerables en las tasas de suicidio en unos respecto a otros. En el caso de Latinoamérica, las tasas de suicidio que registra la OMS son inferiores a las europeas, aunque está en una categoría de ingresos inferior.

Por tanto, resulta difícil establecer causalidad solamente teniendo en cuenta el grupo de ingresos al que pertenecen los países y las tasas de suicidio presentadas, por lo que debemos buscar explicaciones adicionales en las diferentes características sociales.

Un factor influyente a tener en cuenta es la **existencia o no de programas de educación emocional** en sus sistemas educativos, ya que este TFG se centra en ella como medida de prevención frente a la ideación suicida. Además, la literatura sobre el suicidio lo considera un fenómeno prevenible en el que se puede intervenir desde diversos ámbitos, incluido el educativo (Mosquera, 2016; Castellvi-Obvios y Piqueras, 2018; Sarasola et al., 2019). Por tanto, desde los centros educativos se puede trabajar para detectar factores de riesgo y fomentar factores de protección por medio de programas de educación emocional. La educación emocional es una medida de prevención primaria que estimula la inteligencia emocional, capacitando a las personas para desarrollar mecanismos de afrontamiento, prevenir pensamientos autodestructivos y comportamientos inapropiados (Bisquerra, 2014).

## 4.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL EUROPEO

Centrándonos en los casos a nivel europeo, a nivel general, la **tasa de mortalidad por suicidio en el conjunto de la Unión Europea en 2016 (UE-27, últimos datos disponibles)** ascendía al 10,33 por cada 100.000 habitantes.

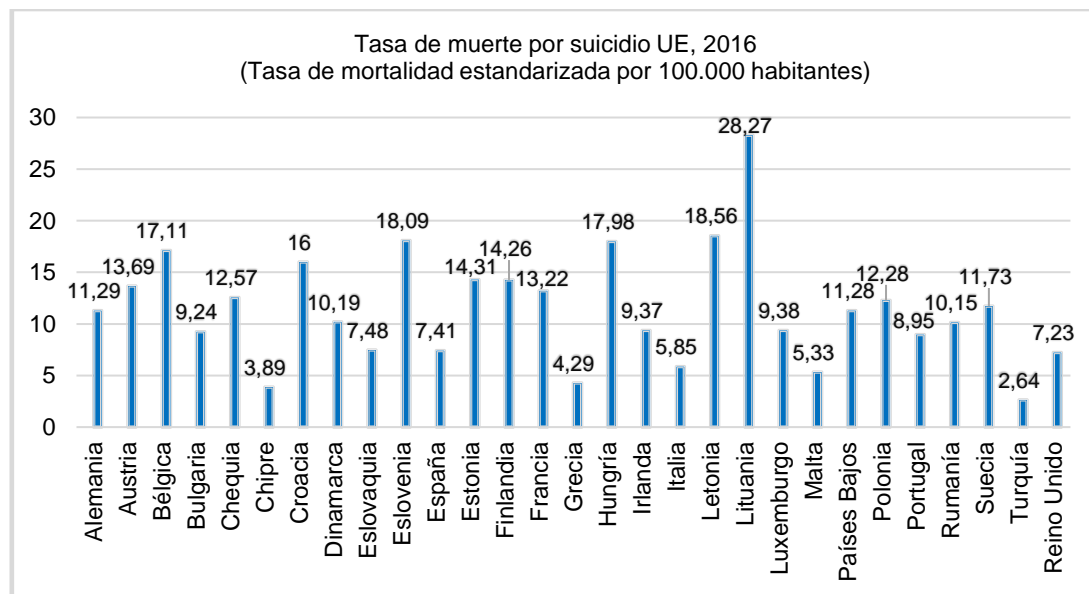
La literatura sobre la cuestión (Barro, 2010; González, 2016; Barta, 2017; Cefai et al. 2018; Visión Educativa 2023, 2019) refleja que los países con tasas más altas apenas cuentan con intervención preventiva y la salud mental y emocional está gravemente estigmatizada, mientras que los países con una menor tasa de suicidios han desarrollado programas de prevención desde el ámbito educativo, contando alguno de ellos con un largo recorrido. Este hecho muestra que existe correlación entre la implementación de este tipo de programas y la disminución de las tasas de suicidio.

Concretamente en **Lituania y Letonia** existe un marcado estigma asociado a la salud mental, la depresión se considera sinónimo de indolencia y se ha inculcado que las personas han de lidiar con sus emociones y sentimientos individualmente, por lo que no se da especial importancia a los programas de educación emocional (Barro, 2010; Barta, 2017). En el caso de **Eslovenia**, aunque se han empezado a desarrollar acciones preventivas frente al suicidio, conscientes de que viven una grave problemática y del alto puesto que ocupan a nivel europeo, no se han encontrado referencias relacionadas con educación emocional en su legislación educativa.

Por el contrario, **Turquía** sí reconoce la importancia del componente emocional y lo introduce en el desarrollo de su Ley Nacional de Educación Básica. Las escuelas se piensan a partir de “Talleres de Diseño-Habilidad”, cuyo objetivo es apoyar las necesidades intelectuales, físicas y emocionales de los menores (Visión Educativa 2023, 2019). En el caso de **Chipre**, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte implementa un Servicio de Psicología Educativa, enfocado a intervenir ante las necesidades de los alumnos que presentan dificultades de aprendizaje, de comportamiento o de tipo emocional. Además, a partir del año 2008, la Ley de Funcionamiento de Escuelas Públicas de Educación Primaria, reconoce la importancia de trabajar aspectos emocionales de forma transversal en el programa educativo tanto en el ámbito público como privado.

Por último, el sistema educativo **maltés** pone en marcha el programa “Nurture Classes” y el Programa Personal, Social y Profesional (PSCD), entre otros. Éstos se centran en promover un desarrollo emocional, social y cognitivo adecuado, el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, de habilidades en la toma de decisiones, competencias de autoconocimiento, comportamiento responsable, presión entre el grupo de iguales, resolución de conflictos, etc. (González, 2016; Cefai et al. 2018).

Los datos de Eurostat respaldan lo que nos dice la teoría sobre la relación entre educación emocional, prevención y tasas de suicidio. En el gráfico 4.1. vemos que los países que no cuentan con programas de educación emocional en sus sistemas educativos muestran las **tasas más altas**. Éstas se registraban en países como Lituania, con 28,27, seguido por Letonia y Eslovenia, con cifras del 18,56 y 18,09, respectivamente. Por otro lado, países que sí cuentan con ellos como Turquía, Chipre y Malta, presentaban las tasas más bajas de la UE, con 2,64, 3,89, y 5,33 respectivamente.



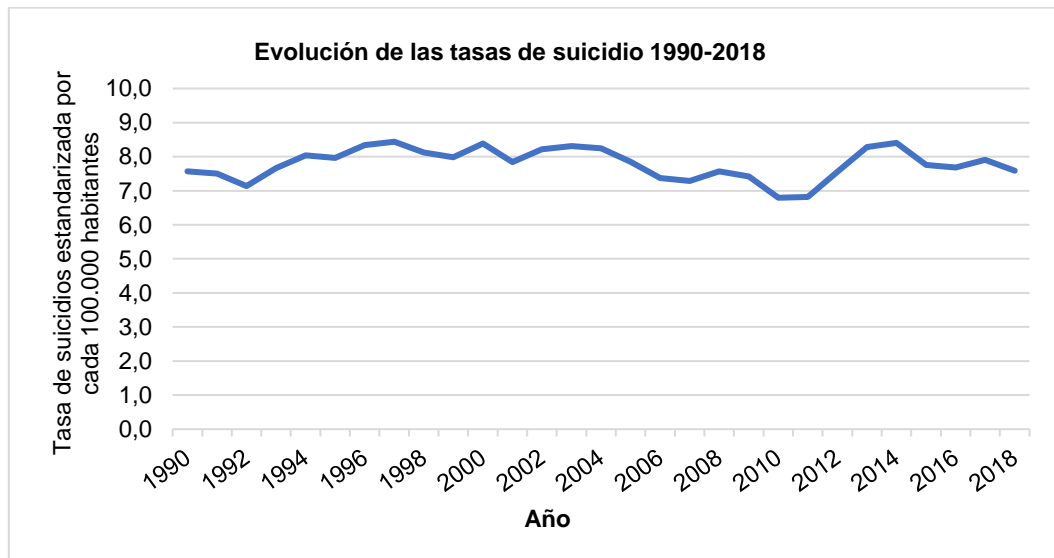
**Gráfico 4. 1.** Eurostat: Muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes a nivel europeo en año 2016

Dentro de este marco europeo, España se sitúa en el puesto número 22 en lo que respecta a las tasas de muerte por suicidio en 2016, con una tasa de 7,41 muertes por esta causa por cada 100.000 habitantes. Esto coloca a nuestro país en una posición favorable con respecto a muchos otros países del mismo entorno. Sin embargo, unas

cifras tan bajas no evitan que siga siendo necesario desarrollar programas de intervención preventiva.

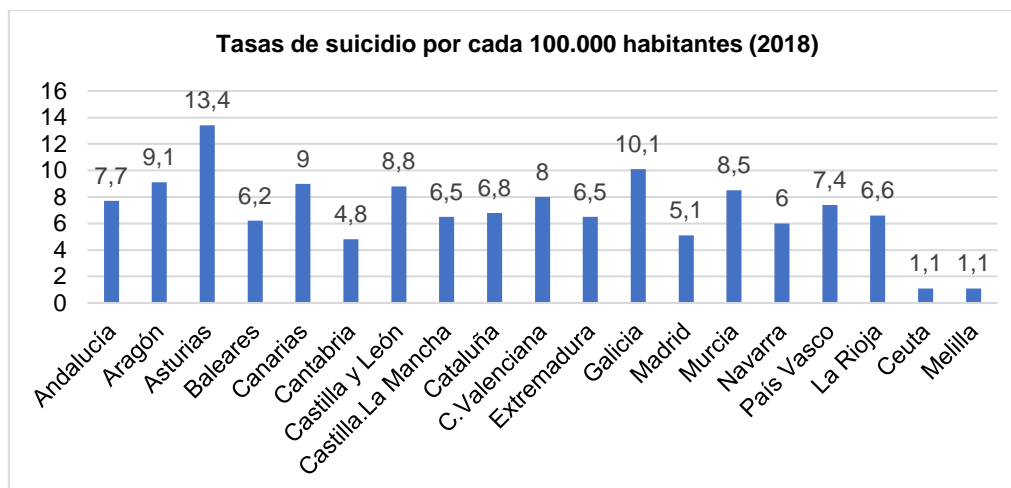
## 4.2 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ESPAÑA

Pese a que las cifras de suicidio en España se encuentran muy por debajo de las de otros países de la UE, es importante considerar el fenómeno como un problema de salud pública en el que interfieren multitud de factores. La tasa de suicidios estandarizada por cada 100.000 habitantes en España presenta cierta estabilidad, con cifras que oscilan entre 7,6 y 8,4 en los últimos treinta años (gráfico 4.2).



**Gráfico 4. 2.** INE: Evolución de las tasas de suicidio en España 1990-2018.

Por otro lado, al observar las tasas de suicidio de cada Comunidad o Ciudad Autónoma en relación a su población en el año 2018 (gráfico 4.3), sí se aprecian variaciones considerables en función del territorio. Las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla cuentan con las tasas más bajas, con 1,1, seguidas por las CCAA de Cantabria, con una de 4,8, Madrid y Navarra, con tasas de 5,1 y 6 respectivamente. En contraposición, las CCAA con mayor incidencia de suicidios son Asturias, Galicia y Aragón, con tasas de 13,4, 10,1 y 9,1 respectivamente.



**Gráfico 4. 3.** Elaboración propia en base a datos del INE: Tasas de suicidios por cada 100.000 habitantes en las diferentes Comunidades Autónomas de España en el año 2018

Más concretamente en relación con la población joven y adolescente en España, se aprecia una fuerte tendencia descendente en los últimos treinta años (gráfico 4.4), presentándose la tasa más alta en 1996, con 1,6 suicidios por cada 100.000 habitantes, y la más baja en 2010 y 2011 (0,5). La tasa de variación obtenida entre 1990 y 2018 se sitúa en un -57%, lo que indica una reducción de más de la mitad, siendo mucho más evidente el decrecimiento a partir del año 2004. Además, cabe mencionar que a partir de los años 2000 comienzan a tomarse medidas de prevención, lo que parece guardar correlación con el descenso de las tasas de suicidio, más allá del contexto económico.



**Gráfico 4. 4.** Elaboración propia en base a datos del INE: Evolución de las tasas de suicidio en España en grupo etario > 15 a 29 años (1990-2018)

Debido a la limitada extensión de un trabajo de este tipo, se va a centrar en el caso asturiano, que presenta una epidemiología paradójica. Por un lado, la situación más desfavorable a nivel nacional con la tasa de suicidios más alta a nivel general, pero, por otro, muy baja en el caso de la población adolescente.

### **4.3 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ASTURIAS**

Según los últimos datos facilitados por el INE, en 2018 se produjeron 3.539 casos de suicidio en España, de los cuales 138 tuvieron lugar en Asturias, suponiendo el 3,9% de los casos totales. Asturias presenta una tasa de suicidio de 13,4, lo que implica una muerte prácticamente cada 3 días, situándose en cabeza de las Comunidades Autónomas con mayor tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes (ver gráfico 4.3).

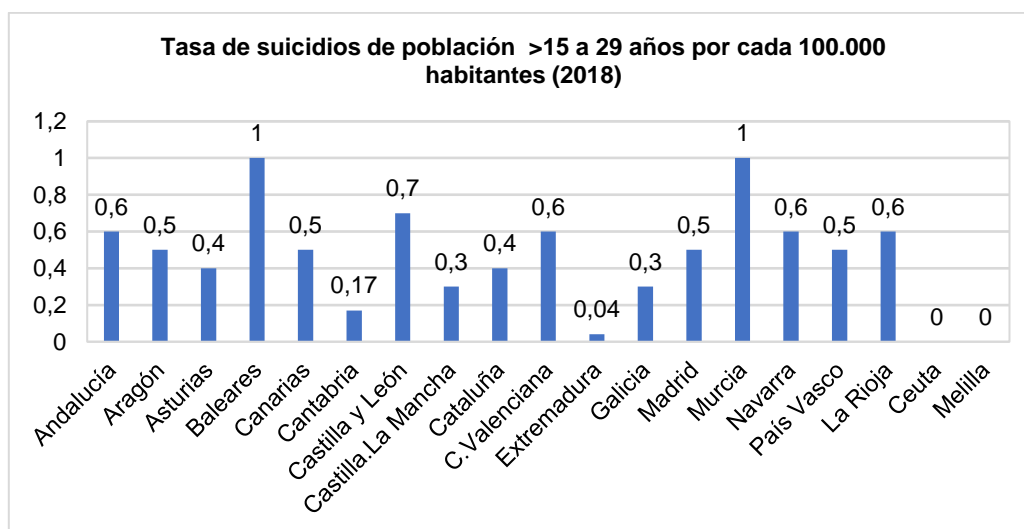
De los casos de suicidio registrados en el Principado en 2018, 97 de ellos son hombres y 41 mujeres, y el rango de edad más afectado para los primeros es de los 80 a 84 años. Las motivaciones más frecuentes en estas edades se relacionan con la soledad, la depresión, el aislamiento, con la aparición de diagnósticos clínicos complicados y la falta de medidas preventivas enfocadas al adulto mayor (Sánchez, 2013). En el caso de las mujeres, el rango de edad más afectado comprende de los 45 a los 49 años, pudiendo ser las motivaciones principales los factores vitales estresantes relacionados con conflictos familiares y de pareja, falta de apoyo social, consecuencias directas de la crisis y aumento de diagnósticos de salud mental en los últimos años (Isazelaia, 2017).

También se encuentran variaciones en el número de casos de suicidio en función de la zona de la región. Asturias presenta, según el Gobierno del Principado, una distribución de la población muy desigual, de modo que el área central formada por los tres municipios con mayor número de habitantes, cuya superficie supone el 4% del territorio total, concentra cerca del 55% de la población de la provincia (IDEPA, 2020). Debido a ello, las cifras más altas de suicidio se muestran también en la zona central, coincidiendo con los grandes núcleos de población, y disminuyen en las alas.

Por otro lado, a pesar de que Asturias ostenta la tasa más alta de suicidios del país, se ofrece un dato positivo en relación a las tasas de suicidio de población joven y adolescente, ya que presentan las más bajas de entre todas las CCAA del país. No obstante, el hecho de que la prevalencia de suicidio en población joven y adolescente en Asturias sea menor, no implica restar atención al problema.

### 4.3.1 Suicidio joven y adolescente en Asturias

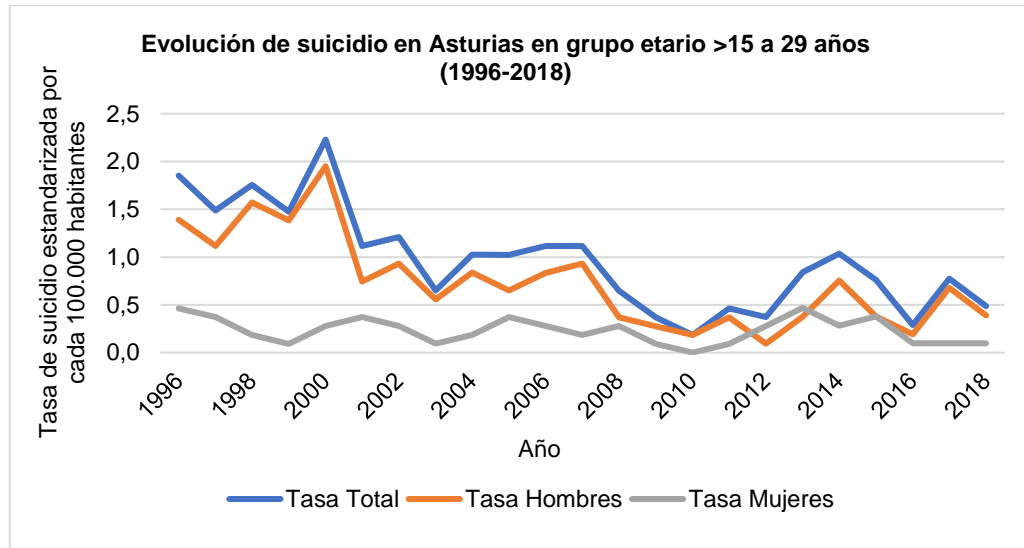
Si nos centramos en los casos de suicidio joven y adolescente, hay que considerar que se trata de un grupo etario eminentemente vulnerable debido, entre otras cuestiones, a la falta de recursos psicológicos que pueden dificultar una correcta gestión emocional y conductual frente a situaciones traumáticas (Navarro, 2017).



**Gráfico 4. 5.** Elaboración propia en base a datos del INE: Tasas de suicidios joven y adolescente por cada 100.000 habitantes en las diferentes Comunidades Autónomas de España en el año 2018.

La tasa de suicidio joven y adolescente se sitúa en 2018 en 0,4, siendo una de las más bajas de todo el territorio nacional, solo por encima de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, con una tasa 0 y de las Comunidades Autónomas de Extremadura con 0,04, Cantabria con 0,17, Galicia y Castilla la Mancha, ambas con 0,3 (gráfico 4.4). Las CCAA con tasas de suicidio joven y adolescente más altas corresponden a Murcia y Baleares, con una tasa de 1, seguidas por Andalucía, Comunidad Valenciana, Navarra y La Rioja, con tasas de 0,6 (gráfico 4.5).

Por otro lado, en el gráfico 4.6 se observa, en base a los datos disponibles ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (2018), cómo varían los casos de suicidio entre 1996 y 2018, de forma que se aprecian las tasas de suicidio joven y adolescente estandarizadas por cada 100.000 habitantes y si se trata de hombres o mujeres. Las cifras masculinas se encuentran siempre por encima de las femeninas, al igual que en las estadísticas a nivel nacional y europeo.



**Gráfico 4. 6.** Elaboración propia en base a datos del INE: Evolución de tasas de suicidios en Asturias en grupo etario >15 a 29 años entre 1996 y 2018.

De forma general, se ha dado un descenso considerable de las tasas de suicidio infantojuvenil desde el inicio de la serie hasta 2018. En el año 2000 se muestra la tasa de suicidio más alta de todo el periodo estudiado, con 2,23, a la que se le atribuyen 24 muertes (21 hombres y 3 mujeres). A partir de ahí, los datos totales muestran una brusca tendencia descendente hasta 2003, cuando vuelve a aumentar levemente y se estabiliza en torno a una tasa de 1,1 hasta 2006. Aunque desde entonces y hasta 2018, se presenta una gran variabilidad, la tasa de variación entre ambos años es negativa (-0,56), lo que indica que, de forma general, el fenómeno del suicidio en el caso de población joven y adolescente se ha reducido en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias en este periodo de tiempo.

Como se ha visto en las secciones anteriores, la literatura sobre la cuestión indica que el suicidio constituye un fenómeno multifactorial y multicausal que se puede prevenir y



para el que se puede y debe intervenir desde diferentes ámbitos como el sanitario, el educativo, el familiar, o el social (Mosquera, 2016; Castellvi-Obvios y Piqueras, 2018). Además, diversos estudios han analizado la influencia de la educación emocional como factor protector frente al suicidio, y han concluido que una inteligencia emocional desarrollada por medio de la educación emocional contribuye de forma positiva como moldeador de la ideación suicida.

No obstante, en el entorno educativo, existe una perspectiva que defiende que el papel del profesorado debe reducirse a la instrucción académica y que la educación en otros ámbitos personales del alumno debe realizarse en el hogar. Sin embargo, el centro educativo representa uno de los lugares en los que los adolescentes pasan la mayor parte del tiempo, junto con el hogar familiar, por lo que constituye un entorno fundamental en el desarrollo y socialización de los menores. Teniendo en cuenta esto, se comienza a trabajar en el desarrollo de competencias y habilidades a nivel personal y social en el alumnado, entre las que cobra especial importancia la educación emocional.

Por tanto, en base a la importancia de abordar este tipo de competencias en el alumnado, y contando con el reconocimiento y respaldo legislativo para ello, se hace a continuación una propuesta de intervención preventiva desde la perspectiva del trabajo social en el ámbito educativo, enfocada a trabajar la problemática del *bullying* como factor de riesgo frente al suicidio adolescente, por medio del desarrollo de competencias emocionales como factor de protección.

## **5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **5.1 IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**

Los procesos educativos tienen lugar en diferentes ámbitos, entre los que se encuentran principalmente el hogar y la escuela. Como se menciona en el apartado 3, algunos de los factores de riesgo que pueden predisponer a los adolescentes a conductas disruptivas son aquellos derivados de una falta de integración o malas relaciones en el hogar. Éstas pueden darse debido a roles estrictos de poder-sumisión dentro de la estructura familiar, la violencia intrafamiliar legitimada como algo íntimo y un medio

educativo, etc. lo que suponen estilos de crianza que limitan la expresión emocional y afectan al desarrollo psicológico de los niños. Estas cuestiones pueden derivar en problemas de salud mental en los niños y adolescentes, fomentar el inicio de consumo de sustancias en edades tempranas y generar problemas conductuales.

Además, en los últimos años, se han producido una serie de recortes presupuestarios en diferentes servicios públicos entre los que se han visto afectados profesionales del sistema educativo y de servicios sociales. Esto se traduce en una falta de recursos y de escasez de personal especializado para hacer frente a las necesidades educativas y sociales que tienen lugar o se detectan en el ámbito escolar. Entre ellas, se encuentra una insuficiente atención a colectivos minoritarios en riesgo, como los alumnos en situaciones de riesgo de exclusión o que enfrentan problemáticas de gravedad dentro y fuera del aula. En ocasiones, cuando esto ocurre, el centro educativo pasa a ser un elemento clave en la vida del adolescente, que actúa como compensador y equilibrante, por lo que es importante que el clima y las relaciones que se dan en él sean respetuosas y pacíficas para no potenciar un sentimiento de falta de integración en el menor, sino más bien facilitarle herramientas y estrategias de afrontamiento (Alemany, 2019).

Para promover este tipo de relaciones y competencias, así como un desempeño académico exitoso, el Sistema Educativo cuenta con Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP), conformados por profesionales de diferentes ámbitos y entre los que podría estar presente la figura del trabajador social. Sin embargo, la carga de trabajo a la que se enfrentan estos equipos desborda la capacidad de intervención real de los mismos, ya que abarcan un área territorial con varios centros educativos. De hecho, la Consejería de Educación y Cultura del Principado cuenta únicamente con 11 equipos de orientación para un total de 71 centros de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) (Educastur, 2020). Esto hace que, inevitablemente, sea inviable la realización de intervenciones directas y personalizadas con todos los alumnos que lo requieren.

Para poder intervenir de una forma eficaz, además, lo ideal sería introducir la figura del trabajador social en todos y cada uno de los centros educativos, ya que ésta resulta fundamental como apoyo para el centro en cuanto al abordaje de situaciones de vulnerabilidad entre los escolares, prevención, detección y seguimiento de situaciones

de riesgo de todos los alumnos. Ello se debe a que estos profesionales cuentan con una formación que les capacita para evaluar las situaciones de riesgo, hacer un diagnóstico de las mismas y diseñar estrategias de intervención individualizadas. Los profesionales que trabajan en el campo de la intervención social con menores así lo manifiestan, y coinciden con Alemany (2019) en que el trabajador social también puede y debe ofrecer su apoyo y orientación aportando la perspectiva social en los claustros de profesores y en las decisiones de la dirección.

Así, por ejemplo, desde la Fundación por la Acción Social Mar de Niebla, identifican la necesidad de un trabajador social en la escuela. Argumentan que el trabajo coordinado con otros profesionales tanto del centro educativo como de otras entidades y asociaciones del barrio puede mejorar el éxito académico de los alumnos, favorecer la disminución del fracaso escolar, además de incentivar la integración y la participación de alumnos y familias e intervenir en situaciones de conflicto entre iguales como el *bullying*. Otras de las principales funciones que los profesionales del trabajo social desempeñan en el ámbito educativo, consisten en prevenir conductas delictivas y hábitos de consumo de drogas, detectar e informar a los Servicios Sociales Municipales sobre situaciones de malos tratos o desprotección infantil en el entorno familiar, y facilitar al centro educativo información referente a situaciones sociofamiliares complejas de los alumnos, en caso de ser necesario (Castro y Pérez, 2017).

Por tanto, la figura del trabajo social cuenta con legitimidad en el ámbito educativo debido a las múltiples aportaciones y funciones que desempeña en el mismo. Además, el Consejo General de Trabajo Social, reconoce el trabajo activo de estos profesionales en la educación formal, informal y no formal, lo que incluye colegios, institutos y universidades, además de entidades del tercer sector de acción social (Castro y Pérez, 2017). En este caso, se plantea una propuesta de intervención preventiva desde los centros de ESO (educación formal), centrada en el abordaje del *bullying* como uno de los factores de riesgo que pueden predisponer a los adolescentes a conductas suicidas, por medio de la educación emocional, vista como un factor de protección frente a ellas.

No obstante, aun contando con un fuerte respaldo sobre la importancia del trabajo social escolar, ¿cómo es posible legitimar la figura profesional del trabajador social para coordinar un programa preventivo de estas características? Para responder a esta

pregunta, se va a hacer referencia a las funciones previstas para este colectivo profesional y a su presencia en materia de protección al menor en la legislación existente.

## **5.2 IDONEIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DE LA VIOLENCIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO**

La **L.O 7/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Asturias**, establece en su artículo 10.1 la competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma en materia de “asistencia y bienestar social, incluida la política juvenil”, que necesariamente incluye la protección de menores y que puede entenderse como una medida de intervención universal. Para configurar de forma clara las competencias asumidas por la Comunidad Autónoma en relación a la mencionada asistencia y bienestar social, el Principado de Asturias aprueba la **Ley 5/1987**, que considera la infancia, la adolescencia y la juventud como un servicio social especializado. Los profesionales de trabajo social pueden llevar a cabo el ejercicio de nuestra profesión tanto en el sector público como en el privado. En el caso de trabajar en un centro educativo de Educación Secundaria, en donde se plantea esta propuesta de intervención, lo más seguro es que formen parte del personal que integra el sistema público de Servicios Sociales del Principado de Asturias.

Conforme a las competencias asumidas en protección del menor, la **Ley 1/1995**, regula las actuaciones que la Administración del Principado debe llevar a cabo en materia de protección de menores. Dicha protección, se define en el artículo 2 de la presente norma como “el conjunto de actuaciones integradas en el marco del sistema público de Servicios Sociales, que la Administración del Principado de Asturias, en su condición de entidad pública, realice con la finalidad de promover el desarrollo integral del menor, así como prevenir y remediar cuantas situaciones de indefensión detecte, atendiendo, en todo momento, al interés primordial del menor y procurando su integración familiar y social”.

Por último, cabe mencionar la reciente aprobación en el Congreso de los Diputados del **Anteproyecto de Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la violencia**, el 8 de junio de 2020, como medida de

intervención, en este caso, selectiva al centrarse exclusivamente en menores. Aunque es posible que sufra ciertas modificaciones a lo largo de su tramitación, es interesante destacar la importancia que adquieren los profesionales del Trabajo Social en el ámbito de protección de la violencia a menores de edad, dentro de los equipos de intervención de los servicios sociales. Además, el capítulo IV del anteproyecto recoge la necesidad de implementar protocolos de actuación frente a situaciones de violencia dentro del entorno escolar y la creación de la figura de coordinador/a de bienestar y protección, que deberá estar presente en todos los centros educativos en los que se imparta enseñanza a menores de edad, sea cual sea su titularidad.

El artículo 9 habilita a las Administraciones educativas de cada Comunidad Autónoma para regular los requisitos y funciones que ha de cumplir esta nueva figura estableciendo unas funciones mínimas. Éstas coinciden con las funciones básicas de los trabajadores sociales, recogidas en el Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social (2005): la prevención, detección e intervención en situaciones de riesgo, la función formativa y de docencia, la promoción e inserción social, la coordinación con otras instituciones y profesionales en el marco de las intervenciones, el fomento de la mediación como método alternativo de resolución de conflictos, la atención directa, la planificación, etc. Todas ellas aparecen en el anteproyecto, aunque con particularidades en su redacción derivadas de la intervención específica con menores.

Una vez presentada la importancia del trabajo social en el ámbito educativo, y comprobado que la legislación respalda y reconoce la necesidad de contar con trabajadores sociales en la intervención con menores, se van a describir las características de la propuesta de intervención y concretar las actividades que éste realizaría para llevarla a cabo.

### **5.3 CARACTERÍSTICAS Y ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

La propuesta de intervención parte de la idea de que el suicidio es un fenómeno prevenible en el que influyen numerosas variables. Por tanto, se trata de una de primer orden (preventiva) selectiva, que plantea actuaciones enfocadas a adolescentes, considerados como grupo vulnerable. Uno de los factores de riesgo que más afecta en

el caso de población adolescente, es el acoso escolar o *bullying*, mientras que una correcta educación emocional actúa como factor de protección. Además, el *bullying* representa básicamente un problema de emociones, en el que la persona agresora no es capaz de sentir empatía por el sufrimiento de los demás, o carece de habilidades de autorregulación de la ira. En el caso de las víctimas de *bullying*, las sitúa en condiciones de vulnerabilidad que pueden ocasionar la aparición de conductas suicidas en los casos más graves de falta de integración y de carencia de capacidades de afrontamiento emocional. Por tanto, el trabajo de las emociones resulta fundamental a la hora de trabajar la problemática de *bullying* y su vinculación con posibles conductas suicidas.

Para que una intervención que trabaja sobre las emociones sea eficaz, debe desarrollarse de forma continuada y constante, por lo que se plantea introducirla a lo largo de todo el periodo escolar de secundaria, adaptando las actividades en las aulas a cada ciclo escolar. También es necesario contar con la implicación de profesionales de diferentes ámbitos dentro y fuera del centro educativo, para ofrecer un abordaje más completo y eficaz de las situaciones de riesgo que puedan darse. El trabajador social puede coordinar este trabajo y servir de enlace con profesionales del ámbito de la intervención con menores fuera del instituto, en asociaciones juveniles del barrio, centros deportivos, etc. Además, de esta manera, se promueve una intervención que favorece de forma integral la construcción de valores y el desarrollo emocional de los adolescentes, formándolos como personas y preparándolos para el futuro desde distintos entornos.

Entre las funciones que el trabajador social tendrá como coordinador del programa de prevención en el centro escolar, se encuentran:

- **Formación al profesorado**

En este caso, el trabajador social desempeñaría una función formativa. Dado que el personal docente es el que pasa más tiempo con los alumnos dentro del centro educativo, es fundamental que disponga de herramientas y capacidades que le permitan detectar situaciones de riesgo entre sus alumnos. Es importante que el profesional conozca las principales fuentes de conflicto que se dan entre los adolescentes, las señales que pueden alertar de falta de integración o posible acoso en los espacios del centro, y saber ofrecer respuestas emocionalmente adecuadas en caso de tener que intervenir en uno.

Para ello, el trabajador social dispondría de un tiempo antes de poner en marcha el programa, en el que se impartiría una formación al profesorado, especialmente a quienes ejercen funciones de tutoría. Esta formación debería mantenerse continua a lo largo del periodo escolar por medio de sesiones teórico-prácticas semanales, que sirvan a los tutores para trabajar las emociones y la problemática del *bullying*.

- **Darse a conocer entre los alumnos como persona de referencia**

En el caso de adolescentes que están pasando por situaciones problemáticas dentro o fuera del centro educativo, y que carecen de habilidades de afrontamiento emocional, habilidades sociales para relacionarse o que no cuentan con un grupo de pares que sirva de estabilizador, pueden aparecer sentimientos de soledad, de rechazo, de aislamiento, automarginación, depresión, etc. Estas respuestas emocionales mal gestionadas, sumadas a la fuente que las provocan, puede poner a la persona en una situación de riesgo grave, ya que son factores que en la adolescencia pueden propiciar la aparición de ideas suicidas y conductas autolesivas.

Es importante entre los adolescentes contar con una figura de referencia a la que poder acudir en los momentos de desestabilidad emocional, de duda, o cuando simplemente necesiten ser escuchados. En ocasiones esta figura no la encuentran en el ámbito familiar, sino en el centro educativo, para lo que es necesario que dicha persona reúna ciertas características y habilidades tanto personales como profesionales que le permitan establecer una relación de confianza con los alumnos, ya que, de lo contrario, no acudirán a ella. En este sentido, no es suficiente que el trabajador social esté presente y dispuesto a representar esa figura, sino que tiene que darse a conocer entre los alumnos como alguien dispuesto a acompañarlos en su paso por la ESO. Para ello, puede realizar al inicio del curso, sesiones de sensibilización frente al *bullying* por medio de dinámicas que capten el interés del alumnado, cerrando las sesiones con información respecto a la función de acompañamiento que desempeña y las formas y medios de contactar si así quisieran.

- **Actividades de sensibilización de bullying y trabajo de emociones**

El trabajador social puede programar sesiones y actividades que trabajen la temática del *bullying* y su relación con las emociones dentro y fuera del aula. Existe mucho material audiovisual que puede utilizarse en las primeras sesiones de sensibilización, para presentar a los alumnos el problema, con el que seguramente alguno de ellos se va a sentir identificado, ya sea por su papel de víctima, de agresor o de observador. También se pueden utilizar dinámicas que sirvan para poner en situación a los adolescentes, y que les permitan adquirir habilidades emocionales de afrontamiento y de rechazo frente a situaciones de acoso. Por medio de estas sesiones, se capacita a los alumnos para detectar posibles casos de acoso dentro y fuera del centro. Se trata de reconfigurar la idea que existe sobre los “chivatos”, quienes denuncian este tipo de violencia, y se trabajan aspectos emocionales que pueden servir tanto a las personas agresoras para aprender a empatizar y autorregularse, como a las víctimas para atreverse a reaccionar y responder de una forma emocionalmente adecuada, evitando caer en episodios depresivos y comportamientos de riesgo.

Para ello, el trabajador social ha de trabajar dinámicas que aborden especialmente estos aspectos y que puedan facilitar los conocimientos necesarios, o acompañar las sesiones de sensibilización en el aula. Respecto a las dinámicas relacionadas con emociones, se tomaría como referencia la propuesta que hace Bisquerra (2011), que recoge y describe actividades para trabajar respuestas emocionales adecuadas frente a aspectos como el miedo, la ansiedad, el estrés, la ira, o la tristeza, así como dinámicas que promueven la búsqueda de la felicidad. Además, durante el desarrollo de las sesiones, los profesionales pueden identificar posibles casos de riesgo, que permitan al trabajador social iniciar un seguimiento de la situación de ese alumno de forma rápida, e intervenir de forma más directa si fuera necesario.

Por otro lado, para fomentar la participación y la implicación real del alumnado que no se limite al trabajo en las aulas, se pueden plantear actividades fuera de ellas y del horario de clases (recreos, tutorías, actividades extraescolares). La creación de grupos de teatro puede ser una buena forma de trabajar sobre las emociones y las diferentes situaciones o causas que pueden provocar *bullying* entre adolescentes, así como las formas de autorregular o corregir respuestas agresivas, y fomentar la mediación y alternativas de resolución de conflictos. De hecho, aparece como asignatura optativa en la ESO en diferentes institutos asturianos, por lo que el



profesorado encargado de dicha asignatura podría abordar la cuestión fácilmente. También se podría proponer un concurso de cortometraje, en el que, por medio del trabajo en equipo, los alumnos aborden la temática del *bullying* y emociones.

- **Coordinación con otros profesionales**

El trabajador social del centro educativo debe trabajar de forma conjunta con otros profesionales para garantizar que la intervención sea completa y eficaz. Dentro del propio centro, la coordinación ha de darse con la dirección, el profesor técnico de servicios a la comunidad, el profesorado, orientadores, psicólogos, pedagogos, etc. que puedan estar trabajando en el mismo, así como con las familias y la persona trabajadora social de servicios sociales municipales. Por otro lado, también es necesario mantener contacto con las asociaciones juveniles del barrio, centros deportivos donde la competitividad entre los adolescentes puede ser dura y, en general, con todas las entidades y asociaciones que trabajen con adolescencia en el entorno como sea posible.

- **Creación de perfil en RRSS**

Actualmente, la problemática del *bullying* se ha trasladado a las RRSS, lo que potencia el número de víctimas y su impacto. Esto ha creado la necesidad de desarrollar intervenciones que eduquen en el buen uso de las nuevas tecnologías, así como de supervisión de las mismas para detectar e intervenir en casos que pongan en riesgo a los menores. La violencia entre iguales por medio de las RRSS es uno de estos casos, en los que tanto familias como profesionales deben saber intervenir. Además, se ha demostrado que los adolescentes que son víctima de ciberacoso tienen una mayor predisposición a presentar conductas suicidas (Mayol y González, 2011; Varela et al. 2018).

Esta propuesta de intervención considera fundamental que los profesionales que trabajan con adolescentes cuenten con presencia en las RRSS para poder establecer una relación de cercanía y facilitar la comunicación con los menores, en caso de que ellos mismos lo requieran, siempre desde una perspectiva profesional. En este caso, el

trabajador social del centro busca ser una figura de referencia para ellos. Por tanto, teniendo en cuenta las problemáticas tan delicadas que trata de abordar esta propuesta (*bullying* y suicidio), es necesario que los adolescentes dispongan y sean conscientes de que puede acudir a dicha figura por medio de alguna de las RRSS, como Instagram, WhatsApp, o Facebook que el profesional habilite a tal efecto.

Esta disponibilidad e implicación del profesional adquiere gran relevancia en momentos de mayor riesgo, especialmente durante los fines de semana en los que, de otra forma, los adolescentes pueden no tener a quien acudir en caso de hundimiento emocional. No obstante, es necesario realizar un trabajo educativo previo sobre el buen uso de esta herramienta de ayuda, para que sólo sea utilizada en casos de real necesidad y no invadir innecesariamente el espacio personal y de descanso del profesional.

## 6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo, se ha visto cómo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) considera el suicidio como un problema de salud pública. También que antes del suicidio consumado, se presentan otros momentos como la ideación, en la que aparecen una serie de pensamientos intrusivos y repetitivos en los que se manifiestan preocupaciones autodestructivas y planeación letal que pueden conducir al intento suicida.

Entre los factores de riesgo que pueden predisponer a la persona a conductas de este tipo se encuentran los problemas de integración a los que alude la teoría de Durkheim, no obstante, influyen también variables a nivel personal. Por otro lado, se identifican factores de protección que pueden trabajarse desde la perspectiva de la intervención universal, selectiva o indicada, en función de si los factores de riesgo que pretende contrarrestar surgen de las características de la estructura social, o de variables personales. De entre estos factores de protección, la educación emocional aparece como elemento clave a trabajar desde el ámbito educativo como medida de prevención de conductas suicidas en población adolescente.

Además, se ha reconocido la relación entre un correcto desarrollo de las capacidades de regulación emocional por medio de la educación emocional, con una disminución de

la presencia de la ideación suicida en los adolescentes. Por otro lado, la educación emocional constituye también un factor protector frente a situaciones de *bullying* y sus consecuencias. Por tanto, se hace necesario diseñar e implementar intervenciones preventivas por medio de la educación emocional en los centros educativos, ya que constituyen espacios de socialización en los que los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo, y desde los cuales se puede y debe abordar posibles situaciones de riesgo.

Adicionalmente, se ha presentado la importancia de introducir el componente emocional en el ámbito escolar. Varios países de la Unión Europea han incluido en sus legislaciones programas de educación emocional desde la etapa educativa primaria, y se ha comprobado la relación entre la existencia de este tipo de programas en países y menores tasas de suicidio. Turquía, Chipre y Malta, que cuentan con este tipo de programas, presentaban en 2016 con tasas de suicidio muy inferiores a las de otros países en los cuales la salud mental se encuentra gravemente estigmatizada y no se articulan programas educativos a nivel emocional, como Lituania, Letonia o Eslovenia.

Dentro del ámbito nacional, se comprueba una cierta estabilidad en la evolución de las tasas de suicidio de la población en general en los últimos treinta años. No obstante, en cuanto a población joven y adolescente se refiere, la tendencia en el mismo periodo de tiempo muestra un marcado carácter descendente. Además, Asturias pasa de situarse en la posición más alta en el primer caso, a ocupar una de las más bajas en el segundo.

Debido a la singularidad del caso asturiano, y en base a la relación descrita entre la educación emocional y su influencia como factor de protección frente a conductas suicidas y *bullying*, se ha planteado una propuesta de intervención preventiva en los centros educativos asturianos, que aborde estos dos factores, desde la perspectiva del trabajo social. Dicha intervención se plantea como continuada y constante durante todo el periodo escolar del menor que, por medio de un trabajo coordinado entre profesionales de diferentes ámbitos de la intervención con menores, garantice una atención completa y eficaz. En relación a esta, se ha reconocido la importancia de la figura del trabajador social en el ámbito educativo como personal especializado en el abordaje de situaciones de necesidad educativas y sociales que pueden surgir o

detectarse en la escuela, y cómo encajan en los EOEP con los que cuenta la Consejería de Educación y Cultura del Principado de Asturias.

Por otro lado, en el recientemente aprobado Anteproyecto de Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la violencia, aparece la figura de coordinador/a de bienestar y protección en todos los centros educativos públicos y privados en los que se imparta enseñanza a menores de edad. Aunque las CCAA contarán con habilitación para regular sobre sus funciones, se establecen unas mínimas y principales para las que los trabajadores sociales están capacitados, ya que son las que se establecen para este colectivo profesional en El Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social, abriéndose una ventana de oportunidad para la profesión.

Por último, debido a la extensión de un trabajo de estas características, no se ha podido profundizar en cuanto a las causas estructurales que explican que el Principado de Asturias presente la mayor tasa de suicidio a nivel nacional para población en general, pero una de las más bajas en población joven y adolescente. Por otro lado, el trabajo presenta algunas debilidades como es la ausencia de un estudio a nivel micro en los centros educativos del Principado para conocer el estado de la cuestión respecto a la presencia de conductas e ideas suicidas en adolescentes. Esto era algo que estaba previsto en el diseño del TFG pero que la actual pandemia del COVID-19 ha obligado a posponer para otro momento debido a la imposibilidad de administrar los cuestionarios en los centros educativos. No obstante, el estudio podrá retomarse en futuras investigaciones, en el momento que sea posible.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, M. (2018): "Tipología de la conducta suicida". *Revista electrónica de Ciencias Criminológicas*, 3, 15.
- AVILÉS, J. (2006): *Bullying: el maltrato entre iguales: agresores, víctimas y testigos en la Escuela*. Salamanca: Amarú.
- BARTA, M. (2017): "Silence on the Endemic Suicides in Lithuania: Background, Causes, and Prospective Solutions". *Honors Theses and Capstone Projects*, 18, 1-29.
- BISQUERRA, R. (2011): *Educación Emocional. Propuestas para Educadores y Familias*". Bilbao: Desclée de Boruwer, S.A.
- BISQUERRA, R. (2014): "Situación emocional en España: aportaciones y niveles de análisis", en Orejudo S., Royo F., Soler L. y Aparicio L. (*Inteligencia Emocional y Bienestar. Reflexiones, experiencias, profesionales e investigaciones*). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- CABERO, M. (2011): "Tristeza", en Bisquerra, R. *Educación Emocional. Propuestas para educadores y familias*. Bilbao: Desclée de Boruwer S.A
- CASSÁ, E. (2011): "Bases didácticas de la Educación Emocional: un enfoque práctico", en Bisquerra, R. *Educación Emocional. Propuestas para educadores y familias*. Bilbao: Desclée de Boruwer S.A.
- CASTELLVI-OBVIOS P.; PIQUERAS J. (2018): "El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir". *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45-59.
- CASTRO, C y PÉREZ, J. (2017): "Trabajo Social en el entorno educativo español". *Revista Calletano-Manchega de Ciencias Sociales*, 22, 215-226.

- CEFAI, C.; ARLOVE, A.; DUCA, M.; GALEA, N.; MUSCAT, M.; CAVIONI, V. (2018): "RESCUE Surfing the Waves: una evaluación de un programa de resiliencia en los primeros años". *Cuidado Pastoral en Educación*, 36 (3), 189-204.
- CEREZO, F. (2015): "Bullying Homofóbico. El papel del profesorado". *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 417-42.
- CHAN, C y NOCK, M. (2009). "Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 422-430.
- CORBETTA, PIERGIORGIO (2010): *Metodologías y técnicas de investigación social*. Edición Revisada. Madrid: McGraw-Hill.
- DÍAZ, L. (2008): "El suicidio. Introducción y estudio previo", en Durkheim E. (6 ed.) *El Suicidio*. Madrid: Editorial Akal, S.A.
- Durkheim, E. (2008): *El Suicidio*. Madrid: Akal, S.A.
- EGUILUZ L. (1995): "Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. Memorias del XV Coloquio de Investigación", *Iztacala*, 121-130.
- ESTÉVEZ, E.; JIMÉNES, T. (2017): "Violencia en adolescentes y regulación emocional". *INAD*, 1, 97-104.
- EXTREMERA, N. y FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. (2003). "La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos desde sus efectos en el aula." *Revista de educación*, 332, 97-116.
- FILELLA, G y ORIEOL, X. (2011): "*Regulación de la ira para prevenir la violencia*", en Bisquerra, R. *Educación Emocional. Propuestas para educadores y familias*. Bilbao: Desclée de Boruwer S.A

FONSECA, E.; INCHAUSTI, F.; PÉREZ, L.; ARITIO, R.; ORTUÑO, J.; SÁNCHEZ, M.; LUCAS, B.; DOMÍNGUEZ, C.; FONCEA, D.; ESPINOSA, V.; GORRÍA, A.; URBIOLA, E.; FERNÁNDEZ, M.; MERINA, C.; GUTIÉRREZ, C.; AURES, M.; CAMPOS, M.; DOMÍNGUEZ, E.; PÉREZ, A. (2018): "Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85.

FONSECA, E. y Díez, A. (2018): "Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos". *Revista de Estudios de Juventud*, 120, 35-46.

GÓMEZ, T. (2018): "Bullying: acoso escolar en la niñez". *Revista Trabajo Social UNAM*, 11, 49, 66.

LAI, S. y SHEK, D. (2009): "Social Problem Solving, Family Functioning, and Suicidal Ideation Among Chinese Adolescents". *Adolescence* 44, 391-406.

Ley 1/1995, de 27 de enero, de protección del menor del Principado de Asturias. (B.O.E. n°. 32, de 9 de febrero).

Ley 5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales. (B.O.E. n°. 137, de 9 de junio).

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (B.O.E. n°. 106, de 4 de mayo).

MAMANI, O.; BROUSETT, M.; CCORI, D.; VILLASANTE, K. (2018): "La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida." *Duazary*, 15, 39 - 50.

MAYOL, C. y GONZÁLEZ, M. (2011): "Los adolescentes que sufren acoso escolar tienen más idas suicidas". *Evidencias en Pediatría* 7, 59.

Mirabella, F.; Del Re, D.; Palumbo, G.; Cascavilla, I.; Gigantesco, A. (2010): "Manual para promover la salud mental, el bienestar psicológico y la inteligencia emocional en las escuelas secundarias: evaluación de probabilidad y utilidad". *Revista Italiana de Psicopatología*, 16, 362-369.

- MOSQUERA, L. (2016): "Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica". *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3, 9-18.
- NAVARRO, N. (2017): "El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles". *Clínica y Salud*, 28, 25-31.
- ORNAGHI, V.; GRAZZANI, I., CHERUBIN, E., CONTE, E., PIRALLI, F. (2015): "Hablemos sobre emociones. El efecto del entrenamiento conversacional en la comprensión emocional y la orientación prosocial de los preescolares." *Desarrollo Social*, 24 (1), 166-183.
- OTEO, A (2009): "Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud". *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 155- 178.
- PAZ, I.; ANDREU, A. (2018): "Violencia y delincuencia juvenil. Algunas recomendaciones para su prevención". *Revista de Estudios de Juventud*, 120, 161-175.
- PÉREZ, B.; RIVERA, L.; ATIENZO, E.; DE CASTRO, F.; LEYVA, A.; CHÁVEZ, R. (2010): "Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana." *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.
- PÉREZ, S. (1999): "El suicidio, comportamiento y prevención". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 196-217.
- Real Decreto Legislativo 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación primaria (B.O.E. n°. 293, de 9 de diciembre).
- ROMERO, R. (2012): "La depresión y el suicidio en niños y adolescentes". *Revista Arquetipos*, 29, 14-16.
- SÁNCHEZ, E. (2013). "El suicidio en ancianos. Prevención e intervención psicológica". En V Jornada Mundial de la Prevención del Suicidio. Congreso llevado a cabo en Madrid, España.



- SÁNCHEZ, J.; VILLARREAL, M; MUSITO, G. (2015): "Ideación Suicida", en Musito, G et al., *Adolescencia y Familia. Nuevos retos en el siglo XXI*. México: Trillas.
- SARASOLA, J.; FERNÁNDEZ, A.; VÁZQUEZ, A. (2019): "Trabajo Social y Suicidio". *Revista Transformación*, 1, 9-18.
- SUÁREZ, Y. (2012): "La Inteligencia Emocional como Factor Protector ante el Suicidio en Adolescentes". *Revista de Psicología GEPU*, 3, 182-200.
- VALADEZ, I; AMEZCUA, R.; GONZÁLEZ, N.; MONTES, R; VARGAS, V. (2011): "Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados." *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9), 783 - 796.
- VAN, L. y WILD, L. (2008): "Family functioning and suicidal ideation/behaviour in adolescents: a pilot study". *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 20, 111-121.
- VARELA, G.; GALVEZ, A.; CALLEJAS, J.; MUSITU, G. (2018): "Ciberacoso, uso problemático de redes sociales virtuales e ideación suicida en adolescentes", en Fernández, S. (Ed): *La violencia en la realidad digital. Presencia y difusión en las redes sociales y dispositivos móviles*. Sevilla: Egregius.

## 7.2 FUENTES ELECTRÓNICAS

- ALEMANY, C. (2019): "Por qué necesitamos trabajadores/as sociales en la escuela". Disponible en <https://medium.com/@carmen.alemany/por-qu%C3%A9-necesitamos-trabajadores-as-sociales-en-la-escuela-2dc42e94f5cc> [Consultado el 15 de junio de 2020].
- Anteproyecto de Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la violencia. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/normativa/audiencia/docs/LO\\_proteccion\\_integral\\_violencia\\_menores.pdf](https://www.msbs.gob.es/normativa/audiencia/docs/LO_proteccion_integral_violencia_menores.pdf) [Consultado el 15 de junio de 2020].

Archivo Digital de Docencia e Investigación: “Conducta Suicida en Mujeres Adultas. Factores de Riesgo”. Disponible en [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22529/Isazelaia\\_Maitane\\_TFG\\_Conducta%20Suicida%20en%20Mujeres%20Adultas\\_Factores%20de%20Riesgo.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22529/Isazelaia_Maitane_TFG_Conducta%20Suicida%20en%20Mujeres%20Adultas_Factores%20de%20Riesgo.pdf?sequence=2&isAllowed=y) [Consultado el 31 de mayo de 2020].

BARRO, A. (2010): “Lituania está triste: ¿cómo se explican los suicidios?”. Disponible en <https://cafebabel.com/es/article/lituania-esta-triste-como-se-explican-los-suicidios-5ae005c6f723b35a145df807/> [Consultado el 20 de mayo de 2020].

Banco Mundial (2020): “Nueva clasificación de los países según el nivel de ingresos (2019-2020)”. Disponible en <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> [Consultado el 20 de mayo de 2020].

CAICEDO, C. (2005): “Lucha contra la violencia intrafamiliar: perspectivas desde la experiencia colombiana”. Asociación Mundial Escuela Instrumento de Paz 71-97. Disponible en: <http://www.cifedhop.org/Fr/Publications/Thematique/thematique13/Caicedo.pdf> [Consultado el 6 de junio de 2020].

Educastur (2020): “*Directorios: Consejería, Centros, Inspección, Directorio de centros.*” Disponible en: <https://www.educastur.es/directorio-de-centros> [Consultado el 15 de junio de 2020]

FSME (2020): “*European Alliance Against Depression (2004)*”. Disponible en <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/eaad/> [Consultado el 2 de marzo de 2020].

FSME (2020): “*OSPI-Europe (2008-2013)*”. Disponible en: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/ospi-europe/> [Consultado el 2 de marzo de 2020].

FSME (2020): “*Saving and Empowering Young Lives in Europe (2009-2011)*”: <https://ec.europa.eu/transparency/regexpert/index.cfm?do=groupDetail.groupDetailD&oc&id=17384&no=5> [Consultado del 2 de marzo de 2020].

IDEPA (2020): “*Demografía y Población*”. Disponible en: <https://www.idepa.es/conocimiento/asturias-en-cifras/demografia> [Consultado el 27 de mayo de 2020].

Instituto Nacional de Estadística (2018): “*Sociedad /Seguridad y justicia /Estadística de suicidio en España / Resultados*”. Disponible en [https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206](https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206) [Consultado el 2 de marzo de 2020].

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de Chipre (2020). “*Servicio de Psicología Educativa*”. Disponible en [http://www.moec.gov.cy/edu\\_psychology/en/index.html](http://www.moec.gov.cy/edu_psychology/en/index.html) [Consultado el 11 de mayo de 2020].

Ministerio de Educación de Turquía (1973): “Ley Nacional de Educación Básica 1739, de junio de 1973”: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.1739.pdf> [Consultado el 10 de mayo de 2020].

Ministerio de Educación de Turquía (2018): “*Visión Educativa 2023*”. Disponible en [http://2023vizyonu.meb.gov.tr/doc/2023\\_EGITIM\\_VIZYONU.pdf](http://2023vizyonu.meb.gov.tr/doc/2023_EGITIM_VIZYONU.pdf) [Consultado el 9 de mayo de 2020].

Ministerio de Educación y Empleo de Malta (2020). “Guía de educadores para pedagogía y evaluación. Personal, Social and Career Development (PSCD)”: [http://www.schoolslearningoutcomes.edu.mt/files/documents/04\\_PSCD.144501541877.pdf](http://www.schoolslearningoutcomes.edu.mt/files/documents/04_PSCD.144501541877.pdf) [Consultado el 13 de mayo de 2020].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017): “*Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*”. Disponible en

[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNacional2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNacional2017/SALUD_MENTAL.pdf) [Consultado el 17 de junio de 2020].

Morandé, Margarita en Alianza Chilena contra la Depresión (2018): “*El costo social del suicidio*”. Disponible en <http://www.achid.cl/noticias/fitness-blogger-says-weight-gain-led-to-happier-and-healthier-life/> [Consultado el 20 de mayo de 2020].

Observatorio Estatal de Drogas y Adicciones (2018): “*Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018.*” Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2018-19\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf) [Consultado el 5 de junio de 2020].

Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat, 2016): <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> [Consultado el 2 de marzo de 2020].

Organización Mundial de la Salud (2002): “*Informe mundial sobre la violencia y salud.*” Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/informeOMS.pdf> [Consultado el 2 de marzo de 2020].

Organización Mundial de la Salud (2008): “*Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGAP.*” [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/267.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf) [Consultado el 1 de junio de 2020].

Organización Mundial de la Salud (2014): “*Prevención del Suicidio: Un Imperativo Global.*” Disponible en [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1) [Consultado el 25 de mayo de 2020].

Organización Mundial de la Salud (2016): “*Base de datos de mortalidad.*” Disponible en <https://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/> [Consultado el 24 de mayo de 2020].

Organización Mundial de la Salud (2019): “*Salud Mental. Datos y cifras*”. Disponible en [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/) [Consultado el 2 de marzo de 2020].

Portal de Salud del Principado de Asturias (2007): “*Mortalidad en Asturias año 2017*”. Disponible en <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/registro-de-mortalidad-en-asturias> [Consultado el 1 de mayo de 2020].

Servicio de Salud del Principado de Asturias (2018): “*Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Gobierno del principado de Asturias. Consejería de Salud*”. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/225127/PROTOCOLO+SUICIDIO+def.pdf/48775c44-b688-961e-be16-f81511d4eba2>. [Consultado el 3 de marzo de 2020].