

# Programa para la salud del paciente adolescente en riesgo suicida

**Autor:** Monedero Gutiérrez, Andrés (Graduado en Enfermería, Profesional de enfermería, C.S Santa Isabel C/ Isabel la Católica s/n, 28911 Leganés, Madrid).

**Público:** Enfermería. **Materia:** Educación para la salud - Enfermería Comunitaria. **Idioma:** Español.

**Título:** Programa para la salud del paciente adolescente en riesgo suicida.

## Resumen

El suicidio es aquel acto complejo, multifactorial y trascendente por el que un ser humano decide acabar con su propia vida de forma libre y consciente. El número de muertes cuya principal causa es el suicidio cada vez más frecuente en la sociedad española. El paciente adolescente con depresión, por las características de su enfermedad o patología, presenta un elevado riesgo de conducta suicida. Los profesionales de Enfermería deben de tomar conciencia del problema de Salud Pública y realizar estrategias preventivas con el fin de reducir la cantidad de actos suicidas.

**Palabras clave:** Suicidio, paciente adolescente, profesionales de Enfermería, programa de salud.

**Title:** Program for the health of adolescent patients at risk of suicide.

## Abstract

Suicide is that complex, multifactorial and transcendent act whereby a human decides to end his/her own life freely and consciously. The number of deaths whose main cause is suicide is increasingly more frequent in Spanish society. The teenager patient with depression, because of the characteristics of his/her disease or pathology, presents a high risk of suicidal behaviour. The professional nurses must be aware of this Public Health problem, and should develop preventive strategies aiming to reduce the amount of suicidal acts.

**Keywords:** Suicide, teenager patient, professional nursery, family, prevention, health program, Public Health.

Recibido 2017-03-11; Aceptado 2017-03-17; Publicado 2017-04-25; Código PD: 082039

## 1. INTRODUCCIÓN.

El suicidio, principal protagonista de este trabajo de fin de grado, es una de las causas de defunción más prevalente a nivel mundial. En el año 1997 la máxima institución de referencia de sanidad: Organización Mundial de la Salud (World Health Organization) analizaba la situación y vaticinaba que la problemática del suicidio ascendería a la décima posición de causa de fallecimiento en el año 2020<sup>1</sup>.

En la actualidad, el suicidio es un problema real de apariencia tangible. Las cifras que ciernen sobre el suicidio hace de éste un aspecto relevante que fragiliza y recae en la esfera social. El suicidio, por tanto, supone un grave problema troncal de Salud Pública<sup>2</sup>. Un problema gestado en sociedad debe ser analizado y tratado con herramientas suficientes para su disminución y su prevención ulterior. Varias estrategias han sido adoptadas para lograr la prevención suicida por organismos internacionales de forma rotundamente fallida. A pesar de las medidas adoptadas en cuestión de prevención se ha cumplido el postulado emitido por la OMS en 1997 en el que anunciaba apropiada y certeramente que el suicidio mantendría una tendencia ascendente.

La tendencia actual que presenta el suicidio hace necesario una estrategia certera y eficaz a nivel mundial en cuestión de prevención primaria. Una de las ideas que será transversal a lo largo del trabajo será la innegable prevención del problema planteado. Para alcanzar el objetivo primordial será necesario descubrir el suicidio en su esencia analizando su raíz y génesis y, posteriormente, desenmascarando aquellos mitos o posibles falsas creencias que hacen de él un problema considerado como tabú. En España, es un problema real que supone la segunda causa de muerte de la población comprendida entre 15 y 24 años tras los fallecimientos producidos por los accidentes de tráfico<sup>3</sup>.

El suicidio plantea un serio e inquietante problema social que afecta tanto a sociedades de países desarrollados como no desarrollados pasando por aquellos países que se encuentran aún en vías de desarrollo<sup>4</sup>.

Los postulados anteriores fuerzan la necesidad de creación de una estrategia de prevención que atienda las necesidades reales de la población cubriendo los niveles primarios de prevención.

En el año 1969, la Organización Mundial de la Salud hace pública la realización de la primera definición de suicidio. Por tanto, hace presente el suicidio y le otorga la relevancia e importancia de un problema que se encuentra presente en todas las sociedades mundiales.

La OMS en la primera definición publicada en relación al concepto, mantenido como vector conductor del trabajo, de suicidio lo define como *“todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado, de intención letal y de conocimiento verdadero móvil”*<sup>33</sup>.

El suicidio no presenta un contexto estático. La dinamización de los diversos factores relacionados con el suicidio es lo genera un proceso caracterizado por su elevada complejidad. Los principales y no únicos factores que mantienen relación con el suicidio son: sexo, edad, genética, ambiente, país, estrato social, nivel económico, situación personal, situación personal (soltero, en relación, casado o viudo), enfermedad psiquiátrica, abuso de sustancias...<sup>6</sup>

La interrelación de diversos factores de riesgo en un contexto determinado que se pueden dar en un ser humano concreto hace del suicidio un proceso multicausal. Las posibles múltiples causas y la asociación entre ellas crean un contexto extremadamente complejo. El adjetivo imperante de complejidad se transmite, a su vez, al área sanitaria en la que los diferentes profesionales de la salud tratan encarecidamente de actuar con el fin de ayudar al ser humano y proteger la Vida.

El abordaje del suicidio debe realizarse mediante un equipo multidisciplinar. No es válida la actuación de un sector en concreto para conseguir el fin planteado. Es necesaria la cohesión de un equipo profesional para actuar en todos los niveles de salud y lograr éxito tanto profesional como humano.

La finalidad de este trabajo se centra en la necesidad de la actuación sanitaria a través de un programa de educación para la salud con el fin de garantizar la prevención primaria del paciente suicida. El programa de educación para la salud, para lograr el objetivo establecido, involucrará directamente a la familia del paciente con el fin de capacitarla para detectar situaciones de riesgo en las que corra o pueda correr peligro la vida del paciente. En caso en el que la familia valore que el paciente necesita ayuda, se remitirá al centro de referencia.

El concepto imperante a lo largo del trabajo en relación a la problemática suicida se centra en la certeza personal de que el problema en un gran número de casos es prevenible. La capacidad que engloba el proceso de frenado y que evita la pérdida de una vida humana es un suceso esperanzador y capaz de aportar luz a la Vida.

El proyecto de educación para la salud presenta el mantenimiento de un objetivo único representado por el concepto de prevención. La base del proyecto, por tanto, se centra en la operativización de un conjunto de métodos con el fin de lograr el objetivo establecido.

El principal resultado esperado es la disminución del número de fallecimientos con causa suicida. Los profesionales de Enfermería tendrán una herramienta eficiente, útil, factible y capaz de aplicar en las situaciones que valoren como necesarias.

---

<sup>33</sup>Mansilla F. Suicidio y Prevención. InterSalud ISBN 978-84-614-3172-4. Primera edición: noviembre 2010. [Consultado el día 21 de febrero de 2016]

Disponible en:

[http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo\\_doc12101.pdf](http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf)

## 2. MARCO TEÓRICO.

### 2.1. Definición.

El concepto de suicidio es etéreo. Es necesaria su acotación mediante un conjunto de palabras para lograr una definición precisa y que cobre un sentido nítido. Suicidio es un concepto que se puede, y debe, definir desde varias disciplinas de diversa índole. Cada una de las definiciones existentes contribuye a la formación de una definición común vista desde varias miras. La totalidad de definiciones aporta una mirada completa.

La palabra suicidio procede del latín “*suicidium*” que, a su vez, está formada por dos vocablos latinos: “*Sui*” que significa “a sí, de sí” y “*Cidium*” que significa “acto de matar”. La definición etimológica, por tanto, correspondería al acto de auto-producirse la muerte<sup>7</sup>.

La Real Academia de la Lengua española (RAE) realiza una definición técnico-lingüística en la que engloba el concepto de suicidio como “*quitarse voluntariamente la vida*”<sup>34</sup>. La RAE recoge mediante su definición establecida el carácter de voluntariedad en el acto suicida. Voluntad entendida como facultad propia, única y definitoria del ser humano basada en la libre capacidad de elección. En último término, la libertad es la raíz última del ser humano por la que decide, o no, quitarse la vida.

La institución de máxima autoridad en cuestión de Salud: Organización Mundial de la Salud aporta una visión científico-sanitaria del suicidio. La Organización Mundial de la Salud definió por primera vez el concepto de acto suicida en 1969 como “*todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento verdadero móvil*”<sup>1</sup>. La definición aportada por la OMS mantiene relación con la voluntad y subyacente libertad del acto. No obstante, la OMS realiza una aportación que logra ampliar el horizonte y enmarca o acota más el concepto. Actualmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) mantiene una definición similar a la proporcionada a finales de los años 60 por la OMS definiéndolo como “*un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y siendo considerado el resultado como instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social*”<sup>9</sup>. La CIE-10 mantiene el deber universal de clasificar causas de muerte según el modo o suceso de acción de forma taxonómica, refleja la necesidad de que el acto cumpla las siguientes condiciones:

- El acto suicida implica que sea un acto deliberado libremente por un ser humano.
- Objetivo de fin letal que es conocido por la persona
- Deseo último de cambio utilizando la muerte como herramienta para concluir la propia vida<sup>3</sup>.

---

<sup>34</sup>Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. [Consultado el día 17 de enero de 2016]

Disponible en:

<http://dle.rae.es/?id=YfmGwPw>

<sup>1</sup> Guibert W. Epidemiología de la conducta suicida. Revista cubana Medicina General Integral [revista en Internet]. 18(2): 139-142. 2002 abr. [Consultado el día 19 de febrero de 2016]

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200007&lng=es)

<sup>9</sup>Piedrahita L, Mayerling P, Maritza A. Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 17, Nº 2, julio-diciembre 2012, págs. 136 -148. [Consultado el día 20 de enero de 2016]

Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a10.pdf>

La clasificación taxonómica establecida por el CIE-10 engloba tanto las muertes producidas por actos suicidas como aquellas de lesiones autoinflingidas<sup>10</sup>.

La OMS proporciona un concepto de suicidio impregnado en la ciencia empírica. Sin embargo, el suicidio no solo es un problema exclusivamente científico que se cierne en torno a la Salud del ser humano. El suicidio tiene génesis antropológica del hombre, por lo que, otras disciplinas no sanitarias centran su ideología y pensamiento en él. La definición antropológica más certera la encontramos en el conocido sociólogo francés de mediados del S. XIX Émile Durkheim.

Éste autor francés defiende el concepto de suicidio como “*todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma a sabiendas de que iba a producir ese resultado*”<sup>11</sup> aportando una definición antropológica fundamental de suicidio. La idea imperante de Durkheim en su definición destaca la defensa del problema como hecho social y no individual. Por lo tanto, el suicidio tendría origen en la relación social natural del ser humano con el resto de seres y no fruto de un acto individual.

## 2.2. Diferenciación de terminología.

Ante un problema individual con gran repercusión social de debe realizar una clara diferenciación en relación a la terminología asociada. El objetivo a conseguir es la utilización de los conceptos de forma adecuada al contexto y situación en el que se encuentre. Es esencial atribuir aquel concepto que defina la situación de forma certera. Para ello se diferenciará entre:

- **Conducta suicida:** conjunto de acciones cuyo objetivo establecido y prioritario es la producción consciente e intencional de la propia muerte. Éste tipo de conductas abarca un proceso de duración variable que se origina en la ideación suicida, en la que el ser humano tiene presente la idea contemplada de suicidio, hasta la finalización del proceso mediante el suicidio consumado.
- **Riesgo de suicidio:** posibilidad de que un conjunto de acciones realizadas por un ser humano de forma consciente atiente contra su propia vida<sup>12</sup>.
- **Suicidio consumado:** acción por la cual el ser humano logra con éxito el objetivo de quitarse la vida de forma consciente.
- **Intento suicida:** acto por el cual el ser humano realiza consciente e intencionalmente la acción suicida con intención de finalizar la propia vida, pero, por un cómputo de factores, no llega a consumarse<sup>13</sup>.
- **Parasuicidio:** la OMS lo define como “*acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará autodaño, o ingiere una sustancia superior a las dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte*”<sup>14</sup>. Otros autores como Gutiérrez añaden al concepto de parasuicidio el matiz de exteriorización de sentimientos internos tanto de forma verbal, expresando el deseo de morir, como no verbal con la presencia de ideas suicidas. La relación establecida entre el individuo y el entorno establece alta probabilidad de que, en último término, éste se quite la vida. Sin embargo, el acto generalmente no acaba con la vida humana<sup>15-17</sup>.

---

<sup>14</sup>Alcántar M, Villatoro J, Gutiérrez M, Amador N. Una mirada a la problemática suicida en adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. [Consultado el día 22 de enero de 2016]

Disponible en:  
[http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/Articulos%20Jorge/2007/Una%20mirada%20a%20la%20problematica%20suicida%20en%20adolescentes.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/Articulos%20Jorge/2007/Una%20mirada%20a%20la%20problematica%20suicida%20en%20adolescentes.pdf)

## **2.3. Fases del suicidio.**

El suicidio se encuentra precedido por un conjunto de elementos que conforman el proceso suicida. No es un acto de inmediatez. Necesita tiempo de ideación, gestación y, finalmente, actuación. Este proceso mantiene interrelación con numerosos factores y el tiempo de duración del mismo depende de cada ser humano y de las circunstancias del mismo. Las fases que conforman el proceso suicida son:

### **2.3.1. Primera etapa. Ideación suicida.**

Génesis del proceso que implica el suicidio. En esta fase, el ser humano interactúa con él mismo de manera introspectiva y, por diversas circunstancias, aparece la idea de acabar con su propia vida. Aparece un pensamiento tangible que se anteriormente era inexistente. Un proceso progresivo que parte de la nada y se conduce hasta la idea conceptual de finalizar la propia vida.

### **2.3.2. Segunda etapa. Fase de ambivalencia.**

Fase intermedia en el proceso suicida. La idea existente, conceptual y persistente abandona la cubierta de idea y evoluciona a el planteamiento racional de posibilidad de acción como punto y final a los conflictos existentes. Es también un proceso progresivo en el que el principal factor que interviene en relación a la durabilidad es la personalidad propia e individual del ser humano. Ser único, individual y concreto.

### **2.3.3. Tercera etapa. Intento suicida.**

Fase pseudoapocalíptica que cierra el proceso suicida. La posibilidad de acabar con la propia vida se transforma en acción. El ser humano actúa contra su propio ser para autoproducirse la muerte. La utilización de diversos métodos o herramientas son el medio para lograr su fin. El suicidio puede ser consumado y que implique la finalización de la existencia del ser o que se limite al intento y que la vida del individuo continúe<sup>18-19</sup>.

Tras la lectura de varios artículos y el énfasis dado en la definición de la terminología relacionada con el suicidio he podido encontrar diferencias significativas en la definición dada de intento suicida. En el artículo "Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital General de Lima, 1995-2004"<sup>13</sup>, se define intento suicida proceso con el fin de búsqueda de la propia muerte pero que no llega a finalizar. El matiz aportado por la definición hace hincapié en el resultado negativo del proceso suicida que no concluye con la vida humana. El artículo "Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento"<sup>19</sup> engloba el concepto como daño con diverso grado de intención de autoproducirse lesiones o incluso la muerte.

Mediante una concreta revisión bibliográfica y su análisis paulatino se hace aún más destacable la importancia de dar la definición perfecta y no aproximada ante uno u otro concepto. El artículo "Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital General de Lima, 1995-2004"<sup>13</sup> expresa directamente el desenlace en el que no se acaba con la Vida. Sin embargo, un intento de suicidio puede tener dos posibles finales: el logro o no de quitarse la vida consciente e intencionalmente. El intento de suicidio, por tanto, no implica que el acto sea o no consumado.

## **2.4. Etiología del suicidio.**

No es única y exclusiva la causa que origina que un ser humano se suicide. Se puede afirmar que las causas que originan el acto suicida son diversas. Por lo tanto, se hace presente la idea de proceso-suceso multifactorial en el que existen diversos factores que influyen sobre el origen del mismo. Las posibles causas del suicidio se estudian desde áreas de conocimiento tales como la antropología, filosofía, sociología o medicina. Perspectivas complementarias que mantienen una relación cohesiva y que su finalidad se cierne en generar una visión completa, angular y holística de la problemática existente. Es un problema multidisciplinar.

Se ha establecido un conjunto de modelos teóricos que hacen hincapié en la etiología del suicidio. Maris, Berman y Silverman<sup>20</sup> clasifican el origen en los siguientes marcos teóricos:

#### 2.4.1. Etiología genética.

El principio establecido en la etiología genética se centra en la presencia de genes que hagan más propenso al ser humano al suicidio. La tendencia hacia la conducta suicida se encuentra en el cromosoma 2 según las recientes investigaciones realizadas por Willour<sup>21</sup>.

La información genética se transmite de progenitores a su descendencia y, por tanto, el origen de la problemática del suicidio también. Mediante la realización de diversos estudios se ha demostrado que los seres humanos que presentan antecedentes familiares relacionados con el suicidio tienen más riesgo de presentarlo. La genética condiciona el futuro del ser humano. Sin embargo, es necesario un desencadenante ya que, de forma única, la genética, no predispone al suicidio.

#### 2.4.2. Etiología biológica.

El principio de la causa biológica se centra en la interrelación del organismo con moléculas bioquímicas. En éste postulado se pone de manifiesto la importancia principal del sistema serotoninérgico como base neurobiológica fundamental que mantiene relación con el suicidio. Los datos obtenidos en diversos estudios realizados en seres humanos vivos concluyen en los seres con niveles disminuidos de metabolitos serotoninérgicos (ácido 5-hidroxiindol-acético) en líquido cefalorraquídeo presentan más intentos suicidas independientemente del posible diagnóstico psiquiátrico<sup>22</sup>.

La idea que se genera de esta teoría es que el suicidio, definido como acto consciente en el que interviene férreamente la voluntad, queda relegado a un conjunto reduccionista de reacciones bioquímicas que ocurren en el ser humano. La libertad, por tanto, no existe ya que el hombre se centra en una banal y simple relación de moléculas orgánicas.

#### 2.4.3. Etiología psicológica.

La causa originaria del suicidio nace en la mente del ser humano. Su capacidad de pensar y razonar daría paso a una personalidad concreta. La experiencia que es vivida por cada ser moldea su esfera psicológica. Según Sidley<sup>5</sup>, los trastornos de carácter psicológicos que sea asocian principalmente a la conducta suicida son:

- El fracaso en la resolución de problemas interpersonales.
- Desesperanza.
- Irregularización emocional.

Éste tipo de trastornos psicológicos conducirían al sufrimiento. Una posible salida al dolor sería la encontrada en el suicidio. El sufrimiento, por tanto, genera un conjunto de circunstancias que tienden a declinar en la opción del suicidio.

Otros rasgos psicológicos, no menos importantes, que han sido estudiados por su interrelación con el suicidio son tales como el aislamiento social, una autoestima disminuida o la persistencia de un sentimiento de abandono y desesperanza.

El principal referente psicológico de la escuela del psicoanálisis, Freud, define en *"Duelo y Melancolía"* suicidio como la mezcla implosiva de hostilidad y agresión no exteriorizada. El ser humano presentaría un cúmulo de agresividad y hostilidad que haría incompatible la supervivencia del hombre con la esperanza de vida. Se produce un duelo interno entre un conjunto de factores que aparecen, sin explicación teórica de su posible causa, y confrontan un duelo entre hostilidad y Vida. Éstos factores producen la erosión del individuo hasta llegar a su propio final mediante la libre decisión del ocaso de la propia vida.

#### 2.4.4. Etiología social.

La causa determinante del suicidio se encuentra en la sociedad. Así lo plantea la etiología social del suicidio en la que se entiende el suicidio como problemática social y no individual debido a la sociabilidad del hombre. *"El hombre es un animal social"* recalca Spinoza<sup>23</sup>. El motivo que propicia la inadaptación del hombre en la sociedad es su propia adaptación

---

<sup>23</sup>Martínez M. Dimensiones Básicas de un Desarrollo Humano Integral. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 8, Nº.23, 2009, Págs. 119-138. [Consultado el día 25 de febrero de 2016]

Disponible en:

social. La causa, por tanto, depende de la interrelación del ser con otros seres. El máximo representante de la teoría social del suicidio es el sociólogo de origen francés Durkheim que concluye rotundamente en el origen social del suicidio.

Tras el estudio de una muestra social se establece una serie de factores de riesgo, con denominador común social, que incrementan el riesgo suicida:

- Acto más frecuente en hombres de raza blanca que en mujeres de cualquier estrato de edad.
- Acto que a mayor edad supone un aumento de suicidio.
- Acto que se presenta con menor frecuencia en poblaciones católicas.
- Acto con mayor tendencia en solteros, divorciados o viudos<sup>5</sup>.

## 2.5. Contexto histórico.

El suicidio no es un suceso exclusivo y extraordinario de la Edad Contemporánea. La sociedad de hoy, a través del complejo tecnológico existente, es capaz de esclarecer los motivos por los que una persona fallece. Incluso, retratarlo paralelo a la realidad de forma exacta. Sin embargo, el suicidio es un problema ligado a la historia del Hombre y a su vida en sociedad.

El hombre es ser social por naturaleza. Durkheim reafirma la sociabilidad del hombre: *“no tan solo ese ser social no viene dado del todo en la constitución primitiva del hombre, si no que ha sido resultado de un desarrollo espontáneo”*<sup>24</sup>. El suicidio se gesta mediante la proliferación del “germen social”. Entiende el suicidio como un problema social o comunitario causado por “anomía social” y no como un suceso aislado e individual. Por anomía social entendemos, desde este punto de vista, aquel estado social de quien se encuentra a la deriva, sin referencias y rodeado de un contexto característico de la revolución. En este tipo de circunstancias, el sujeto pierde la propia identidad según Durkheim<sup>25</sup>.

Como he mencionado anteriormente, el suicidio acompaña al hombre desde que el hombre es hombre. Hay datos de tiempo antes de Cristo de personajes históricos que han recurrido a este método como forma de poner punto y final a su vida.

En el Libro sagrado cristiano, la Biblia, hace referencia implícita al suicidio tanto en el Nuevo como en el Antiguo Testamento. El primer suicidio consumado que aparece en la Biblia es el de Abimelec. Después de él, otros como Sansón o Saúl también se quitan a sí mismos la vida según las Sagradas Escrituras. Los historiadores de la época, de los que el judeo-romano Flavio Josefo es uno de los más representativos a nuestros efectos, recogían las noticias relevantes que les llegaban y las plasmaban en papel. Se puede observar tanto la existencia como la importancia del suicidio tiempo atrás<sup>26-27</sup>. La historia nos proporciona ejemplos de relevantes personajes de carácter histórico que autodestruyeron su existencia de forma consciente y libre. Cleopatra recurrió al suicidio por tres aspectos fundamentales en su vida: amor, dignidad y honor. En tiempo de Cleopatra el suicidio era considerado acción noble cual fuere el motivo que lo propiciara. En último término, su acción es propia de un ser humano que mantiene actitud heroica<sup>26-28</sup>. La consideración de acto heroico cambia durante la Edad Media. La filosofía imperante cristiana, fundamentalmente agustiniana y luego tomista, condena el suicidio sentenciándolo como acto ilícito según San Agustín. La ejemplificación del suicidio como acto de traición tanto individual como social se relacionaba con la historia de Judas Tadeo<sup>29</sup>. La cosmovisión presentada por dicho concepto continuó su particular metamorfosis.

En el Renacimiento, el suicidio es concebido de nuevo, en la medida en que en parte los valores clásicos reaparecen frente a los cristianos, como acto honorable cuando se antepone la muerte al deshonor y su ulterior pérdida de dignidad. La época ilustrada y su mentalidad propia entienden en muchos casos el suicidio como acto lícito ya que consideran la decisión como personal: un ejercicio de la libertad individual absoluta que no requiere explicación moral. Sin embargo,

---

<http://www.scielo.cl/pdf/polis/v8n23/art06.pdf>

<sup>24</sup>Durkheim É. Educación y sociología. Ediciones Península ISBN: 9788478844142. Pág. 61. [Consultado el día 26 de febrero de 2016]

Disponible en:

[http://static0.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/28/27793\\_Educacion%20y%20sociologia.pdf](http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/28/27793_Educacion%20y%20sociologia.pdf)

muchos intelectuales destacados de la época no expresaban la aceptación del mismo. Tiempo después, la época postilustrada más conocida como Romanticismo, entiende y utiliza el suicidio como alternativa al dolor, ligándose o no al liberalismo<sup>30</sup>.

Otro de los ejemplos históricos que cabe destacar es el de Hitler, protagonista indiscutible de la hecatombe mundial durante el S.XX, que también recurre al suicidio. El caso de Cleopatra y Hitler presenta grandes similitudes. Ambos personajes históricos recurren al suicidio para evitar la humillación y conservar el honor que férreamente defendían.

Tras la revisión de diferentes pruebas documentales, como la Biblia, se puede confirmar la presencia del suicidio en la sociedad desde hace miles de años: se daba tanto en tiempo de Jesucristo como a día de hoy. Difiere, en sí, la forma de ejecución o los factores que generen la decisión de acabar con la propia vida. Sin embargo, el hecho es idéntico.

El hombre convive en sociedad con otros hombres. En este encuentro, se produce una comunión. Esa sociedad concreta se encuentra enmarcada y guiada por la historia que su tierra y sus gentes han precedido, cultura propia, idioma o varios en común, religión o una educación entre otros que se reflejan como distintivo ante otras sociedades. Como consecuencia, cada sociedad presenta una visión del cosmos desigual a otra. El enfoque en la mirada es diferente y, por tanto, la posible interpretación del mundo también. No hay una única e indiscutible interpretación posible. Subyace entonces una desigual interpretación de los conceptos presentes en base a el marco social.

El matiz que presenta el concepto de suicidio, tal y como se hace mención, también es entendido de manera diferente según el contexto sociocultural posible a lo largo de la historia. En la Antigüedad Clásica griega ya se encuentran narraciones que discurren sobre el suicidio. Platón hace alusión a la autodestrucción de su propio maestro Sócrates y define su tragedia como método en el que uno es congruente con su propio ser en plena totalidad. Sin embargo, nuestra repulsa por la práctica suicida y así hace constar en "Las Leyes". La acción otorgada de coherente con uno mismo de Platón, en relación al suicidio, es refutada por Aristóteles que lo considera propio de un ente espiritual débil. Séneca, filósofo cordobés exponente y representativo de la Edad Antigua, considera que es uno de los posibles caminos que conducen a la libertad del ser humano<sup>31</sup>.

El debate más apasionado, fructífero y contrario sobre el concepto de suicidio es el dado entre la filosofía medieval cristiana representada por San Agustín y Santo Tomás de Aquino y su posterior contrario ilustrado representado por David Hume.

El cristianismo, cuyo máximo representante filosófico se encuentra encarnado y fundamentado en Santo Tomás de Aquino muestra la acción suicida como delito moral contra uno mismo, la sociedad y, en último término, contra Dios. El Hombre nace con un deber consigo, con el resto de hombres y con Dios. Si nacer es un Don de Dios, la muerte también debe ser única y exclusiva de Él. La teoría se fundamenta en la calificación última de acto moralmente prohibido alegando la condición de ser creado, considerada propia del ser humano, y el deber que recae en la figura del Creador como propietario legítimo de la Vida. Además, Tomás de Aquino paraleliza el suicidio como atentado contra la naturaleza y llega a afirmar que este acto supone la erosión de la propia caridad que todo ser humano se debe a sí mismo. La muerte presenta especial importancia por su característica trascendental. El cristianismo entiende la muerte como punto de inflexión metafísico entre la vida terrenal y la salvación eterna. Por el contrario, la principal contraargumentación que muestra pleno rechazo a la explicación cristiana relacionada con la vida es propiedad de David Hume.

La idea que Hume pretende transmitir tiene como base la absoluta libertad del Hombre. "¿Se debe prolongar una existencia miserable solo porque el público podría recibir una minúscula ventaja?"<sup>32</sup> pregunta Hume eximiendo al Hombre del propio deber consigo mismo. En la esfera social plantea la pérdida del conocido como "Contrato social": las obligaciones propias generan derechos y, el suicidio, es uno de ellos según Hume. En conclusión, el contrato social pierde vigencia tanto en cuanto uno de los miembros de la sociedad renuncia a ser partícipe de él.

---

<sup>32</sup>Cohen D. «El suicidio ¿condena o defensa?, los argumentos filosóficos en torno de la muerte voluntaria», Ágora: Papeles de Filosofía, ISSN 0211-6642, Vol. 19, N. 2 (2000), 107-126. [Consultado el día 3 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://hdl.handle.net/10347/1164>



La mayor confrontación entre ambas visiones del mundo se realiza en la trascendencia resaltada por el cristianismo. Hume afirma que la propia aniquilación del hombre no supone traición ni contra él, la sociedad o Dios si no simple transformación de los elementos naturales existentes. El suceso suicida mantiene en equilibrio una energía que se mantiene constante<sup>32-34</sup>.

En 1942 se realiza una de las publicaciones filosóficas más actualizadas y destacables sobre el suicidio a mano de Albert Camus bajo el nombre de “El mito de Sísifo”<sup>35</sup>. En su relato, caracterizado por la “filosofía del absurdo”, discute dos aspectos fundamentales: el valor de la vida con el consiguiente sobre esfuerzo implicado para el hombre y el suicidio. Sísifo es tiene conciencia plena en su castigo divino y, en último término, plenitud en la carencia de sentido que presenta su vida terrenal. El Hombre y el absurdo son dos sucesos inevitables que son dados simultáneamente. Camus plantea la necesidad de inaceptación del absurdo y desprende el deber del ser humano para confrontarlo mediante la rebeldía personal.

Como conclusión actual de la historia occidental es observable la pérdida del horizonte trascendental del Hombre representado por “El mito de Sísifo” de Albert Camus y la ganancia de valor de la libertad individual entendida dentro de una cosmovisión immanente.

## 2.6. Factores de riesgo.

El suicidio, por característica definitoria, es un proceso multifactorial<sup>2</sup>. Existen, por tanto, factores que posibilitan de forma notable el acto y que, en última instancia, hacen más probable que el ser humano se decante y precipite en un proceso suicida. Mediante el estudio del entorno suicida se puede llegar a concluir cuales son los factores condicionantes que pueden llegar a desencadenar el proceso. Según Blumenthal<sup>36</sup>, existen 5 grupos que engloban los factores de riesgo implicado en el suicidio.

- Factores biológicos.
- Antecedentes familiares.
- Trastornos psiquiátricos.
- Trastornos de personalidad.
- Factores psicosociales, ambientales y enfermedades médicas.

### 2.6.1. Factores biológicos.

Los factores de riesgo biológicos interrelacionados con el suicidio son múltiples. Existen varios condicionantes de origen biológico que sesgan el proceso suicida. Los principales factores de riesgo biológicos son:

- Presencia en el segundo cromosoma de información genética predisponente al suicidio según los diversos estudios realizados por Willour<sup>21</sup>.
- Falta de metabolito serotoninérgico, molécula de ácido-5-hidroxiindol-acético, en líquido cefalorraquídeo<sup>22</sup>. Éste neurotransmisor se relaciona directamente con el equilibrio del estado anímico.
- La edad condiciona la libre decisión de autodestrucción de la propia vida. A partir de los 12 años de edad, el suicidio incrementa su incidencia con la edad. Sin embargo, el número de fallecimientos en edades tempranas o tardías es aproximado en ambos sexos<sup>37</sup>.
- El sexo del ser humano que ejecuta la acción mantiene influye directamente en la decisión suicida. Los hombres presentan más riesgo de suicidio que las mujeres. La relación de suicidio entre hombres y mujeres a nivel mundial es de 2/1, es decir, dos muertes por suicidio en varones por cada fallecimiento de una hembra<sup>38</sup>.
- Seres humanos pertenecientes a la raza blanca son más propensa al suicidio que los pertenecientes a la raza negra.
- Un menor nivel académico calificado de bajo (secundaria o inferior) aumenta el riesgo de suicidio.
- Un ser humano soltero tiene más riesgo de suicidio que otra que se encuentre casada<sup>39</sup>.

### 2.6.2 Antecedentes familiares.

Ante el nacimiento de un nuevo ser humano, se constituye e integra una nueva vida en el seno familiar que actúa como primera sociedad para el nuevo ser. Desde el nacimiento, se produce una constante comunicación entre los miembros de la sociedad primigenia. La familia desempeña, para bien o mal, una función esencial, primordial y condicionante en cada ser humano. La relación familiar y lo que el concepto implica (amor, protección, seguridad, afecto...), puede tener dos vertientes: el establecimiento de lazos fuertes o su propia destrucción. En el caso de que la relación familiar sea tanto tóxica como autodestructiva, se puede establecer la afirmación de que la familia actúa como factor de riesgo.

Son favorecedores de la conducta suicida situaciones que impliquen<sup>40</sup>:

- Desestructuración familiar
- Falta de comunicación entre los miembros.
- Agresiones psicológicas.
- Agresiones físicas.
- Abandono emocional o físico o ambos por uno o ambos progenitores.
- Persistente sentimiento de rechazo.
- Roles familiares sin definir.
- Incapacidad para la resolución de problemas.
- Desesperanza y pesimismo.

A destacar se encuentra la etapa en la que el aprendizaje se realiza por imitación de los propios referentes identificados generalmente en la familia. Cuando padres, hermanos o abuelos realizan conductas suicidas se presenta el riesgo de fijación de dicha conducta por imitación propia de referentes<sup>41</sup>. Además, según el artículo "*Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río*", los adolescentes que presentan antecedentes familiares relacionados con el suicidio tienen nueve veces más riesgo de realizar una conducta suicida que el que no tiene la circunstancia de familiares suicidados<sup>42</sup>.

### 2.6.3. Trastornos psiquiátricos

La presencia de enfermedad psiquiátrica condiciona y actúa como factor de riesgo en el paciente, es decir, predispone e incentiva la aparición de la conducta suicida. En el cómputo total de anomalías psiquiátricas que cobran importancia relevante en relación al suicidio cabe destacar<sup>43</sup>:

#### 2.6.3.1. Depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud<sup>44</sup>, la depresión se "*caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración*"<sup>44</sup>.

La OMS lo cataloga como enfermedad mental frecuente. Los datos epidemiológicos sustentan el adjetivo de frecuente ya que afecta a 350 millones de personas a nivel mundial según datos oficiales de octubre de 2015. En pacientes con depresión, se presentan alarmantes tasas de suicidio 44 veces superiores en comparación con pacientes en condiciones normales. En comparación a el resto de pacientes con problemas psiquiátricos, el paciente con depresión tiene 8 veces más riesgo de llevar a cabo una conducta suicida. El papel y la influencia de la depresión, por tanto, es crucial en todas las

---

<sup>44</sup> Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Depresión. [Consultado el día 11 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://www.who.int/topics/depression/es/>

etapas del proceso suicida, aunque donde más destaca su importancia es en la tentativa del mismo ya que se hace más prominente y afecta a poblaciones adolescentes<sup>37</sup>.

Se realiza una clasificación de depresión leve, moderada o grave en función del número y profundidad de síntomas presentados. En pacientes con depresión leve, se produce el mantenimiento de las actividades propias de la vida diaria con la presencia de determinadas dificultades para llevarlas cabo. Sin embargo, no se produce la supresión de dichas actividades. En contraposición, se encuentra el caso de paciente con depresión grave en el que el paciente o presenta considerables limitaciones o es incapaz de mantener sus actividades propias<sup>45</sup>.

Hay evidencia científica de la interrelación entre la conducta suicida y depresión. Según Berman y Jobes<sup>46</sup>, la génesis está producida por un conjunto de emociones y sentimientos de desesperanza y por un déficit o falta de estrategias cognitivas. Los cimientos emocionales, como unidad relevante en procesos depresivos, están rotundamente dañados. Además, se produce una falta de fe o confianza tanto en uno mismo, en los demás como en el entorno circundante.

Existen varias teorías que explican la implicación de la depresión en la conducta suicida<sup>46</sup>.

- Teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Ally: presenta como epicentro la propia desesperanza del ser humano basado en la vulnerabilidad. En este tipo de casos, la propia desesperanza, actúa como filtro que interfiere a la hora de interactuar con el entorno produciéndose una distorsión tanto a corto como a largo plazo. La vulnerabilidad cognitiva está formada por tres de lo que sus autores denominan como "*patrones inferenciales desadaptativos*". En primer lugar, existe una propensión a realizar un juicio de valor a partir de hechos o proposiciones de factores estables entendidos como posibilidad de continuar en el espacio y tiempo y factores globales entendido como posibilidad de afectación múltiple causen sucesos negativos en el momento actual. En segundo lugar, tendencia propiciada de concatenar que sucesos negativos originados o propios del momento presente producirán sucesos negativos futuros. En tercer lugar, tendencia automática de relacionar los sucesos negativos con características personales dejando un cruel trasfondo de culpa<sup>47</sup>.
- La teoría de Beck: presenta como epicentro la propia cognición humana basándose en lo que él mismo denomina triada cognitiva entendida como perspectiva negativa del propio ser, del mundo y de su futuro. Los patrones cognitivos negativos producen emociones dañinas y, en último término, perjudiciales tanto física, psíquica o emocionalmente. Beck propone como objetivo la intervención y modificación de los generadores de productos (ideas, pensamientos...) malignos<sup>48</sup>.

Complementariamente existe una explicación bio-química que sustenta el origen endógeno depresivo y sus posibles consecuencias, entre las que destaca, el suicidio. En pacientes con depresión endógena se ha observado alteración de diversos neurotransmisores entre los que destaca la serotonina, dopamina y noradrenalina y su pronunciada disminución<sup>49</sup>.

Además, un consumo de alcohol prolongado provoca severa disminución serotoninérgica lo que implica un aumento de la agresividad e impulsividad.

### 2.6.3.2 Alcoholismo.

Según la Organización Mundial de la salud<sup>50</sup>, el alcohol produce el inicio de alrededor de 200 patologías en las que, entre ellas, se encuentra el suicidio. Existen varias teorías psicosociales que intentan aportar luz a la unión establecida entre el alcohol y el suicidio y su presupuesta relación por causalidad.

Hufford, describe que para que se dé la conducta suicida relacionada con el consumo de alcohol hay dos posibles vías: distal y proximal. La vía proximal contiene una serie de acciones (por ejemplo: intoxicación alcohólica aguda) a corto plazo en la que el ser humano autoproduce su propia autodestrucción. La vía distal estima los efectos producidos por sustancias alcohólicas a largo plazo. Ésta, implica el acúmulo de sucesos proximales en los que se crean conductas y dependencias propias del paciente alcohólico.

Conner, afirma que los pacientes sumidos en el alcohol presentan habitual y notoriamente rasgos impulsivos y/o agresivos. El tipo enmarcado de comportamiento presentado implica una mayor dificultad para mantener y/o generar relaciones interpersonales. En estas situaciones, la emoción presentada más frecuentemente es la desesperanza. La autopercepción individual y social percibida torna el sentido de vida del ser humano y aumentan la posibilidad de que acabe cometiendo un acto suicida.

En la actualidad, la teoría establecida implica un híbrido de las dos anteriores. La diferencia existente con las anteriores se encuentra en la incorporación de tres variables: soporte social, problemas relacionados y producidos por el alcohol y depresión.

Además de los modelos psicosociales anteriormente mencionados, hay que tener presente la existencia de una fundamentada perspectiva bio-química establecida entre el alcohol y el suicidio. El alcohol es una sustancia liposoluble capaz de impregnar y atravesar las membranas celulares y, por tanto, capaz de producir alteración del sistema nervioso en sus diferentes áreas funcionales:

- *Sistema límbico*: sistema responsable de la regulación de emociones y memoria. La alteración de este sistema con sustancias alcohólicas produce, a su vez, alteraciones de sus principales actividades. Los productos finales alterados son tales como la ira, agresividad, aislamiento o pérdida de memoria entre otros.
- *Córtex cerebral*: producto del propio desarrollo intelectual humano en la que ésta región cerebral nos proporciona conciencia tanto de uno mismo como del entorno que nos rodea. La alteración del córtex cerebral por el alcohol produce una severa distorsión en la cognición humana.
- *Eje hipotálamo-hipofisario-adrenal*: la función H-H-A trata de mantener un constante equilibrio hormonal del cuerpo humano siendo alterada su compleja función por sustancias alcohólicas.
- *Cerebelo*: masa cerebral cuya función está basada en la coordinación de actividades no voluntarias. La alteración cerebelosa produce una disminución relevante de reflejos, equilibrio y, a su vez, un aumento de la disregularización emocional entendida como respuesta de carácter emocional que no es previsible y se encuentra fuera de posibles rangos de respuesta emocional.

La alteración de las diferentes áreas nerviosas crea caminos que pueden llegar a actuar como factor de riesgo suicida. Cabe destacar, que el alcohol produce entre sus múltiples causas, inestabilidad emocional (enfermedades emocionales: depresión generada de forma conductual), y puede llegar a generar una conducta suicida<sup>51</sup>.

Tal es la interrelación entre depresión y alcoholismo que más del 90% de las muertes suicidas padecían este tipo de problema psiquiátrico<sup>43</sup>.

#### 2.6.4. Trastornos de personalidad.

La Organización Mundial de la Salud expone la definición de trastorno de personalidad como “*desviación extrema o significativa de la forma mediante la cual el individuo medio de una cultura percibe, piensa, siente y se relaciona con los demás*”<sup>52</sup>.

Los trastornos de personalidad mantienen un patrón que es constante y característico: **la inadaptabilidad**. Esta característica definitoria conduce a la producción de limitaciones inespecíficas de la vida diaria. Los pacientes con trastornos de la personalidad presentan, en relación a su inadaptabilidad, costoso aprendizaje ante las dificultades que se presentan en el día a día.

La inadaptabilidad, en último término, genera sensación subjetiva de malestar e insatisfacción en el paciente. Bernardo y Roca, clasifican cuatro áreas que diferencian y hacen propio al paciente con trastornos de personalidad: autopercepción y percepción del medio, alteración afectuosa, tendencia al aislamiento disminuyendo la esfera interpersonal y menor control de impulsos.

---

<sup>52</sup>Cabrera C. El paciente con trastornos de la personalidad. Comunicación Médico – Paciente en Psiquiatría. MSD – El Médico, noviembre de 2007, Págs. 48-51. [Consultado el día 14 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://2011.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/3.pdf>

Un trastorno de la personalidad no es sinónimo de enfermedad mental. Hay diferencias entre ambos conceptos. Millon, y Everly establecieron la diferenciación mediante la enunciación de cuatro postulados<sup>53</sup>:

- Los trastornos de la personalidad son procesos con tendencia a la estabilidad.
- Las características observables de los pacientes con trastorno de la personalidad son enmarcadas de forma global en la persona y no corresponden a signos ni síntomas de la persona.
- Presentan comportamientos en armonía a su propio ego y son consecuentes a su propia autoimagen, es decir, egosintónicos.
- No son comportamientos modificables.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, más conocido como DSM-IV<sup>54</sup>, realiza una clasificación taxonómica y jerarquizada de los trastornos mentales.

Esta herramienta permite un diagnóstico eficaz y rápido del paciente con trastorno mental. La clasificación encontrada en el DSM-IV describe diez trastornos de personalidad aglomerados en tres grupos: Sujetos raros y excéntricos, inmaduros y temerosos. El trastorno de personalidad que está directamente implicado con el suicidio y la autoagresión es el trastorno límite. Éste tipo de trastorno, grosso modo se caracteriza por perfeccionismo, rigidez, indecisión, excesiva dedicación al trabajo e pseudoincapacidad cuando intenta expresar emociones o sentimientos. En relación a la esfera emocional, este tipo de pacientes son muy inestables<sup>54</sup>.

### 2.6.5. Factores psicosociales, ambientales y enfermedades médicas.

Este apartado constituye un área en el que se encuentran diversos factores que se relacionan con el suicidio. Interaccionan factores entre sí como:

- Ambiente de consumación de la acción suicida: el ambiente en la mayoría de los casos se establece en el propio hogar siendo éste el lugar más utilizado para consumir la acción.
- Forma utilizada para finalizar el proceso suicida: en la mayoría de los casos se utilizaron sustancias que provocaron la intoxicación del paciente hasta alcanzar la muerte. Tras la intoxicación como método utilizado por excelencia, le sigue la flebotomía. El sexo de la persona también es concluyente en la forma utilizada para la propia autodestrucción: las mujeres utilizan métodos menos agresivos mientras que los hombres son partidarios de metodologías más cruentas como la asfixia.
- Aspectos socioeconómicos: la persona suicida se encuentra generalmente soltera, desempleada o estudiando. Estas circunstancias son de especial relevancia más aún a día de hoy. La variable económica y su influencia en la problemática suicida han cobrado mayor importancia desde comienzo de la crisis económica mundial en 2008. El proceso exponencial de suicidio ha aumentado ya que las dificultades económicas son consideradas eventos desencadenantes del proceso suicida<sup>55</sup>.
- Enfermedades médicas: posibles enfermedades que pueden generar un inicio en la conducta suicida tales como el duelo reciente, SIDA, cáncer o esclerosis múltiple. Procesos patológicos complejos y multifactoriales que pueden establecer conexión con el proceso suicida.

En el artículo "*Factores de riesgo suicida en adultos*"<sup>36</sup> se describen cinco factores: biológicos, trastornos psiquiátricos, antecedentes personales, trastornos de personalidad y factores psicosociales y enfermedades médicas mientras que en el artículo "*Conducta suicida en la localidad de Kennedy: análisis y estrategias de prevención desde el modelo de sobreposición de Blumenthal*"<sup>55</sup> se observa una peculiar distinción en una de las agrupaciones en la que a los factores psicosociales se añade factores ambientales y no enfermedades médicas como hacía el artículo anterior. Por este motivo, la clasificación que he establecido aún una combinación de ambos.

### 2.7. Realidad irreal: mitos asociados al suicidio.

El suicidio es un concepto socialmente rehuido. El cariz que socialmente implica es desagradable y aterrador. Ante esta percepción otorgada del suicidio se ha recurrido a tratarlo como tema tabú creyendo así que tras su ocultación se

resolvería la problemática. Sin embargo, los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud y el CIE-10 claman urgente luz sobre él.

La única forma de afrontar una situación de esta envergadura es conocerla, analizarla de forma exhaustiva y tratarla de frente. El velo de miedo debe desaparecer. El suicidio implica un grave problema de Salud pública y tanto a nivel social como individual, es necesario una respuesta acorde a las necesidades de salud de la población a la que afecta que, en último término, está formada por seres humanos.

El concepto de suicidio merece plena desnudez y una profunda renovación del mismo. Para llevar a cabo el objetivo planteado, es necesario romper lazos con la mitología que lo acompaña basado en simples creencias y no en certezas. A continuación, se presentan las creencias más comunes sobre el suicidio<sup>56-57</sup>:

Idea errónea: El ser humano que quiere concluir su vida no lo expresa.

- Realidad: Las personas que, por múltiples y complejos factores, deciden acabar con su vida hacen explícita una agonía vital. La creencia errónea establecida invita a mantener pleno silencio evitando así pronunciar sus ideas suicidas. Los datos estadísticos refuerzan la argumentación contraria ya que nueve de cada diez personas realizaron manifiesto de sus intenciones o propósitos.

Idea errónea: El ser humano que expresa su deseo de morir lo realiza con intención exclusiva de amenaza.

- Realidad: Las personas que deciden comenzar su autodestrucción emite llamadas de socorro a gritos que son tergiversada y erróneamente consideradas de llanos chantajes no otorgando la importancia que verdaderamente presenta. Las amenazas suicidas son signos de alerta en los que se puede intermediar de forma prevenible.

Idea errónea: El ser humano que acaba con su vida debe padecer, como condicionante y premisa, un trastorno mental.

- Realidad: Está comprobado que los enfermos mentales realizan este tipo de acto con mayor frecuencia que el resto de población. No obstante, no es único de pacientes mentales. El común denominador del paciente suicida está protagonizado por agonía, hastío y dolor. Estas características pueden ser identificables en ambos grupos.

Idea errónea: El ser humano que se suicida es porque ha heredado genéticamente el establecimiento de una conducta suicida.

- Realidad: La persona en su genética puede tener una predisposición tal y como analizada Willour. Sin embargo, por definición, el suicidio es un problema multifactorial y es necesaria la conjugación de varios factores para su detonación. El suicidio no depende única y exclusivamente de la herencia recibida de ambos progenitores.

Idea errónea: Hablar socialmente del suicidio incita y pone en riesgo a población considerada como débil ya que invita a cometer tal acto.

- Realidad: Tras diversos estudios realizados se ha demostrado que hablar y normalizar el suicidio y el dolor consecuente reduce el riesgo de realizarlo. Además, invita a un cambio de miras y a una reflexión personal sobre la finalidad autodestructiva del mismo.

Idea errónea: El ser humano con conducta suicida anhela profundamente su propio fin.

- Realidad: La persona que se plantea el suicidio como opción real se encuentra en una situación ambivalente en la que desea la muerte si no se producen cambios vitales y continúa con su particular agonía y sufrimiento. Sin embargo, quizá, puedan producirse pequeños cambios positivos que retornen a la persona a un nuevo estado de esperanza.

Idea errónea: Los seres humanos que deciden acabar con su vida se encuentran en grupos poblacionales propios de la vejez.

- Realidad: Tal y como hemos estudiado, se observan suicidios en todas las etapas del ser humano, desde la adolescencia pasando por la madurez hasta la vejez. No obstante, los ancianos realizan un número menor de intentos autolíticos, aunque con métodos de destrucción más eficaces.

Idea errónea: Los seres humanos que se suicidan son valientes y/o cobardes.

- Realidad: Las personas que deciden suicidarse presentan como mínimo común denominador el dolor y no adjetivos de cobardía o valentía.

## 2.8. Deshumanización integral.

La profesión enfermera debe servicio a la sociedad y, en último término, al ser humano. Servicio entendido como entrega en la que se mantienen dos objetivos constantes: cuidado y protección. El concepto de cuidado prima, identifica y es propio de Enfermería actuando como sello distintivo ante otras posibles profesiones. El cuidado mantiene un objetivo ulterior de protección de la persona en su totalidad, es decir, protección en todas las dimensiones existentes y principios éticos considerados de vitales tales como la dignidad o la humildad.

Se establece relación enfermera-paciente a través de una implacable herramienta: la mirada. La mirada completa capaz de observar lo que a simple vista no puede ser visto. El halo que va más allá de la simplicidad y mundanidad de las cosas aparentes. En definitiva, el cribado que nos iguala a todos bajo la única condición de humanidad. El establecimiento de esta relación resulta absolutamente imprescindible en un mundo en ruinas de valores fundamentalmente humanos, para que así, permanezca la esencia que le es propia.

La etapa contemporánea, a día de hoy, destaca por su exponencial avance tanto tecnológico como científico. La tecnología avanza a pasos desorbitados y se torna cada vez más compleja pero precisa. La finalidad establecida se centra en la ayuda, facilidad o comodidad de la persona en la medida que realiza cierta disposición. El marco científico explora nuevos territorios y parece que a todo mantiene una certera respuesta. La creación de híbrido de progreso y ciencia se pone en manos de profesionales dedicados al cuidado. Sin embargo, el reflejo de la realidad no cumple la premisa idílica y que debería observarse en la realidad ya que destaca el cuidado descuidado.

Enfermería, como papel crucial en relación a la Salud presenta un notorio avance científico tecnológico que media y facilita cobertura de necesidades de pacientes. Sin embargo, este supuesto avance tiene un lastre resumido en una simple idea: deshumanización. Por múltiples circunstancias, es frecuente actitudes enfermeras basadas en la operativización de rutinas de comodidad o métodos destinados exclusivamente a la técnica concreta y automatizada.

Existe visible confrontación entre tecnología y humanidad aparentemente opuestos. Herramientas destinadas a la mejora de las condiciones humanas desembocan en un ancla que no permite avanzar en la esfera de cuidados. No solo no permite avanzar, si no que borra la huella escrita e incluso promueve un desgastado reduccionismo a una esfera única y exclusivamente orgánica descuidando e infravalorando las dimensiones del hombre<sup>58-60</sup>.

Incurriendo a una perspectiva personal, veo necesario una mirada al pasado para vislumbrar valores imprescindibles tales como la humanidad, dignidad o respeto. La técnica no define a la profesión enfermera mientras que el cuidado sí. Por este motivo, Enfermería debe conservar su bastión centrado en los cuidados humanos y acompañarlo proactivamente de tecnologías que produzcan un verdadero beneficio sobre los pacientes.

## 2.9. Etapa psicológica adolescente en el Hombre.

La adolescencia es un periodo vital Humano comprendido entre la pubertad y el inicio de la edad adulta. Esta etapa fundamental y crucial del ser humano no solo implica un visible cambio físico sino un notorio cambio el desarrollo psíquico de la persona. La adolescencia implica fundamentalmente metamorfosis de la psique humana por lo que responde a un proceso humano y no a un simple suceso o hecho. La adolescencia condiciona la proyección del futuro del adolescente<sup>61</sup>.

Diferentes autores han descrito los profundos cambios que implica la metamorfosis adolescente. Freud, Bowlby, Erikson, Piaget o Dolto son autores destacables por su aportación desde diferentes perspectivas de carácter psicológico evolutivo en la etapa adolescente<sup>62</sup>.

### 2.9.1. Desarrollo psicosexual adolescente según Freud.

Freud, destacable representante del psicoanálisis, expone una perspectiva psicosexual del adolescente en relación al apetito sexual más conocido como libido. En la etapa adolescente se produce la maduración de los órganos sexuales y concluye el desarrollo sexual del ser humano. Según Freud, es una etapa vital caracterizada por su fuerte rebelión frente a la autoridad en la que destacan cambios físicos consecuentes a cambios hormonales.

### 2.9.2. Desarrollo psicosexual adolescente según Bowlby.

Bowlby presenta su propia visión del desarrollo adolescente de acuerdo al estilo de apego que presentan los adolescentes. Según Bowlby, el ser humano durante la adolescencia se caracteriza por ser un ser seguro, evasivo y ansioso.

- **Seguro:** En esta etapa vital, la capacidad de adaptación es exponencial. El objetivo de la adaptación es lograr integración e identificación en un grupo con la finalidad de encontrar y definir su propia personalidad e identidad.
- **Evasivo:** El adolescente se caracteriza por su baja autoestima. Esta circunstancia particular hace más propensa la realización de conductas de riesgo. En este tipo de conductas, se puede encontrar la conducta suicida producida por un conflicto interno o por circunstancias exógenas como pueden ser la desestructuración familiar o el acoso escolar.
- **Ansioso:** El desarrollo neurológico permite que presenten un propio concepto de sí mismos. Sin embargo, el autoconcepto no siempre responde a la realidad. La distorsión de lo real puede conducir a conductas de riesgo tales como el alcoholismo o la drogadicción que concatenan directamente con la conducta suicida.

### 2.9.3. Desarrollo psicosocial adolescente según Erikson.

Según Erikson, la etapa adolescente está manifestada por un continuo conflicto del ser humano con el medio que lo rodea. El adolescente se embarca en la búsqueda de la propia identidad con el fin de lograr la diferenciación sobre el resto.

Erikson expone el peligro de confusión del rol. La inmersión de su propia esencia implica la mimetización con el resto para lograr conseguir la adaptabilidad. Este proceso de evolución implica riesgos tales como crisis de valores, ideológicos, religiosos o morales que pueden llegar a gestar problemas psicopatológicos como diversas adicciones o el asentamiento de ideologías extremas. El método efectivo, según este autor, consistiría en la permisibilidad de la experimentación adolescente satisfaciendo su natural curiosidad mediante una guía de reglas y diálogo.

### 2.9.4. Desarrollo intelectual-cognitivo adolescente según Piaget.

Piaget sistematiza una serie de cambios cognitivos que se dan en el inicio de la edad adolescente. El proceso de maduración y adquisición de los mismos no es estático.

La teoría de Piaget mantiene como epicentro el desarrollo cognitivo experimentado en la adolescencia implicando su máxima transformación. El intelecto cambiante del adolescente se diferencia mediante la adquisición de pensamiento hipotético-deductivo, pensamiento abstracto, capacidad de reflexión y debate entre otros.

### 2.9.5. Desarrollo psicosocial adolescente según Dolto.

Dolto paraleliza la adolescencia con un segundo nacimiento. En la búsqueda de la propia identidad como ser se produce una separación entre él y el núcleo familiar. La ruptura interpersonal supone sentimiento de desprotección e inseguridad. Mientras se produce una separación con la familia se produce una unión de grupo basada en modas, criterios intrínsecos o propia moral.

La aportación más interesante de Dolto al desarrollo psicológico adolescente es la consideración de la adolescencia como experiencia filosófica en la que el propio ser pasea obligatoriamente por su propia conciencia.

### 2.10. Código deontológico de enfermería.

La profesión enfermera se encuentra autorregulada por un contexto ético-normativo conocido como Código deontológico. Este marco, regula las actividades de la propia profesión y es exclusivo de la misma. La protección y defensa ulterior de la Vida, son objetivos generales y característicos de la dedicación enfermera. A través de los siguientes artículos se refuerza la protección a ultranza de la Vida del ser humano que realiza la profesión de enfermería<sup>63</sup>.

Capítulo II: La enfermería y el ser humano, deberes de las enfermeras/os.



- Artículo 4: Todos los seres humanos de la faz de la tierra son sujetos merecedores de igualdad en dignidad y propietarios de libertad. La profesión enfermera está obligada a un trato igualitario basado en el respeto sin distinción alguna.
- Artículo 5: Los profesionales de enfermería deben proteger la totalidad del paciente. En el caso del paciente suicida, es imprescindible su cuidado integral para lograr el fin establecido: la conservación de su propia vida en condiciones dignas.
- Artículo 13: La competencia enfermera incluye la capacidad de discernir si el paciente se encuentra preparado o no para recibir información de su propio estado de salud. En la situación en la que el paciente no lo esté, el profesional de enfermería debe dirigirse a sus familiares. Ante una problemática de tal envergadura como la suicida, es necesario tanto la dosificación de información como la implicación directa y activa de la familia.

#### Capítulo III: Derechos de los enfermos de los profesionales de Enfermería.

- Artículo 14: El derecho a la Vida de todo ser humano y a la conservación y protección de su persona y de su propia salud. En circunstancias circundantes de suicidio, Enfermería debe de proteger la Vida del paciente.
- Artículo 16: La profesión enfermera mantendrá presente que la vida es un derecho fundamental propio del ser humano y, por tanto, deberá evitar acciones que destruyan su propia dignidad.
- Artículo 19: Los profesionales de Enfermería mantendrán en secreto datos o informaciones relativas al paciente. En este caso, el paciente suicida tiene la oportunidad de confiar en el silencio, ayuda, cuidados o protección del personal de enfermería.

#### Capítulo X: Normas comunes en el ejercicio de la profesión.

- Artículo 52: El conjunto de competencias enfermeras serán únicamente realizadas desde el respeto a la dignidad y singularidad de cada ser humano cubriendo así las necesidades a través de los cuidados enfermeros.
- Artículo 53: Se encuentra intrínseco como responsabilidad enfermera la protección de los Derechos Humanos. La raíz diferencial de la labor enfermera radica en su humanismo. La defensa del mismo, hacen posible a concepción de la verdadera profesión enfermera.
- Artículo 36: Los pacientes recibirán los frutos producidos por la colaboración de Enfermería con otros miembros pertenecientes al equipo multidisciplinar. Enfermería realiza una labor de trabajo en equipo y cohesión absolutamente necesarias ante diversas problemáticas como la mencionada.

### 2.11. Legislación y jurisprudencia.

En los códigos legislativos españoles anteriores a 1850, se condenaba el préstamo de armas con las que, la persona suicida, ejecutara su existencia. El grueso legislativo caía, como condena, en el agente que proporcionara ayuda para cometer el acto suicida. Los códigos penales posteriores mostraron una disminución de la condena catalogándola de “complicidad de homicidio”. El cambio en la legislación de la época se debe a un cambio de la propia sociedad y en la que ésta concibe cuestiones fundamentales como la vida, la muerte o la capacidad absoluta del hombre para ejercer su plena libertad.

El año 1928 supone un punto de inflexión ante la despenalización anterior sobre materia suicida. A principios de S.XX, se penaliza tanto la inducción al suicidio como la ausencia de auxilio. Esta modificación del Código Penal español supone una firma apuesta por el deber de solidaridad que debe impregnar el ser humano<sup>64</sup>.

En tiempo presente, la propia ejecución consciente y libre del acto suicida no se encuentra penada en todo el territorio español, es decir, la autodeterminación de la persona suicida no está ni implícita ni castigada en el Código Penal. Sin embargo, la inducción al suicidio de otros seres humanos o la implicación en el suicidio de terceros si se encuentran castigados por dicho marco legislativo haciéndose reflejo de leyes semejantes anteriores. A día de hoy, el Código penal en cuestión de suicidio se encuentra regulado por tres artículos aprobados en la Ley Orgánica 10/1995 del mes de noviembre<sup>65</sup>.

- Artículo 143.1 del Código Penal: la ley castigará la inducción al suicidio de otro ser humano con una pena de prisión comprendida entre cuatro a ocho años.
- Artículo 143.2 del Código Penal: la ley castigará la cooperación de un ser humano con acciones relacionadas con el suicidio de una persona con una pena comprendida entre tres y cinco años de prisión.
- Artículo 143.4 del Código Penal: en este apartado del Código Penal se hace mención a la posible cooperación activa para producir la muerte de un tercero. La ley contempla una pena inferior en uno o dos grados la mencionada en el número 2.

## 2.12. Justificación.

El comienzo de la justificación, propiamente dicha, radica en cada vida humana considerada como punto de partida imprescindible. Esta génesis es propiedad imprescindible y necesaria para poder plantearse cualquier cuestión sea de la índole que fuere: de la cuestión más banal a la más trascendental.

Los seres humanos diferimos unos de otros y, por consiguiente, nuestras propios anhelos y preocupaciones también son dispares. Sin embargo, la raíz de la construcción presenta un mismo punto donde se inician todos los demás y, del cual, se ramifican el resto de cuestiones: la Vida.

La vida humana se centra en cuestiones más relevantes que la alimentación, reproducción o simple relación y esto nos proporciona un peculiar distintivo con el resto de formas de vida. El proceso de vivir completa y propiamente humano no está fundamentado exclusivamente en acciones primarias como vivir o respirar.

El ser humano es complejo. La capacidad de pensar, razonar y elaborar juicios le permite discernir y acercarse a la Verdad. Tanto en cuando el ser humano experimenta en su totalidad el paso de experiencias o emociones se va realizando. Las experiencias y/o emociones son intrínsecas al Hombre y desde el cariz que tengan cambian la historia de cada ser humano. La premisa a cumplir es la necesidad, tarde o temprano, de realizarse de forma introspectiva la pregunta fundamental: ¿Qué sentido tiene la Vida?

La pregunta fundamental puede originarse por reflexión personal o por imposición de encrucijadas propias del destino. Es primario conocer las instancias del sentido de la Vida: si la vida tiene sentido o no y cual es en caso de que tenga son los pilares fundamentales. Como premisa el punto de que dicha pregunta se recrea por cada uno de los seres humanos que convivimos en la faz de la tierra.

Las emociones condicionan la libertad del ser humano y, por tanto, también su sentido. La emoción raíz encontrada en la persona suicida es la desesperanza acompañada de dolor, hastío y agonía vital. Estas circunstancias y condicionantes negativos, influyen a la hora de responder la pregunta fundamental. La respuesta será negativa y la alternativa al dolor, se encuentra rápidamente en la huida hacia delante o suicidio. Antagónico es el sentimiento de esperanza que guarda al Hombre y lo protege.

Los seres humanos en la edad adolescente, se encuentran en un punto de inflexión vital. Los adolescentes quiebran lazos familiares y se apoyan en grupo de forma unánime. Los miedos, circunstancias o experiencias que presenta las digiere no eficazmente y hace que la respuesta al propio sentido de vivir se decline, ocasionalmente, por su propia negación.

Ante la situación planteada y partiendo de la creencia de que la problemática suicida es un acto prevenible, se realiza la reconstrucción de lazos de apoyo para actuar de salvavidas en caso de que fuera necesario. El temor, miedo, soledad o la desesperanza se pueden esfumar con mayor facilidad si se fomenta la construcción de relaciones de confianza con allegados. En otros casos, es necesario instruir a la familia para que sea capaz de detectar situaciones de riesgo e identificando estos factores se logra la protección del paciente. La problemática suicida no afecta exclusivamente a una persona concreta. Los vínculos del mismo sufren y de ahí nace la necesidad de auxilio del principal papel sostenedor; la familia.

### 3. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD.

#### 3.1. Análisis de la situación.

El suicidio es un acto causado por múltiples factores, realizado desde la plena conciencia humana y que supone un acto de dimensión trascendente en el Hombre. La importancia del mismo radica en el aumento exponencial del número de seres humanos que deciden que esta es la opción con la que concluir su existencia terrenal.

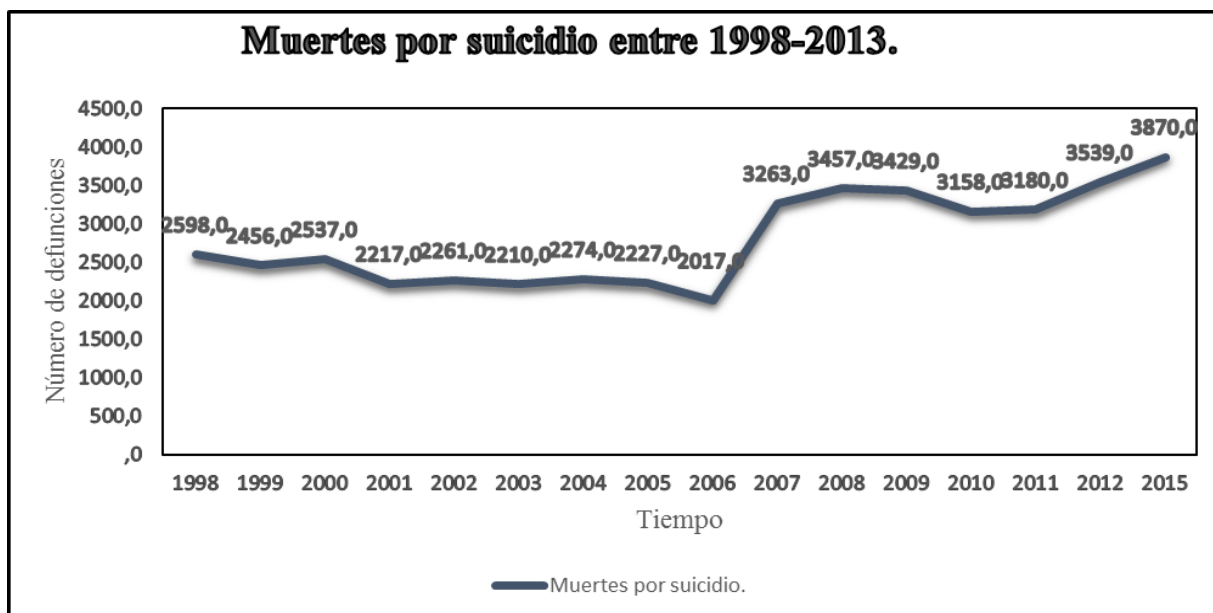
El Instituto Nacional de Estadística (INE) española comenzó a recoger datos relacionados tanto de actos suicidas como de tentativas del mismo tras la aprobación de la Real Orden en septiembre de 1906. El objetivo de estudio, por tanto, era la agrupación de documentación de sucesos suicidas y de las posibles circunstancias circundantes que mantuvieran relación.

La recolección de información relacionada con el suicidio ha cumplido la Real Orden durante 100 años. Sin embargo, en 2007 se adoptó la medida universal de suprimir los boletines publicados que mantengan relación alguna con el suicidio y, por consiguiente, las defunciones relacionadas con el mismo se deben ser incluidas en el boletín de defunción judicial<sup>66</sup>.

El boletín oficial de defunción aporta información para la estadística según la causa que produzca la muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido de forma universal obligatoriedad de uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades, a día de hoy CIE-10 en la que, de forma taxonómica, se clasifican las causas de muerte.

La información proporcionada por la CIE-10 permite conocer el tipo de población de una determinada área geográfica, los factores de riesgo modificables y no modificables o las enfermedades que se producen con mayor incidencia. Los datos proporcionados aportan luz a la hora de cumplir lo establecido en la Carta de Otawa de 1986<sup>67</sup>: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En relación al tema planteado, la CIE-10 clasifica los datos relativos al suicidio sumando lesiones autoprovocadas<sup>68</sup>.

Los datos recogidos por los organismos de la CIE-10 permiten un análisis exhaustivo de la situación del suicidio en la sociedad española. Para ello, se realizará un análisis de la historia reciente del suicidio en España seleccionando un periodo de 15 años. Los últimos datos aportados por el INE, a día de hoy, relacionados con el suicidio son los correspondientes al año 2013, por lo que, el estudio comprenderá desde 1998 a 2013<sup>68</sup>.

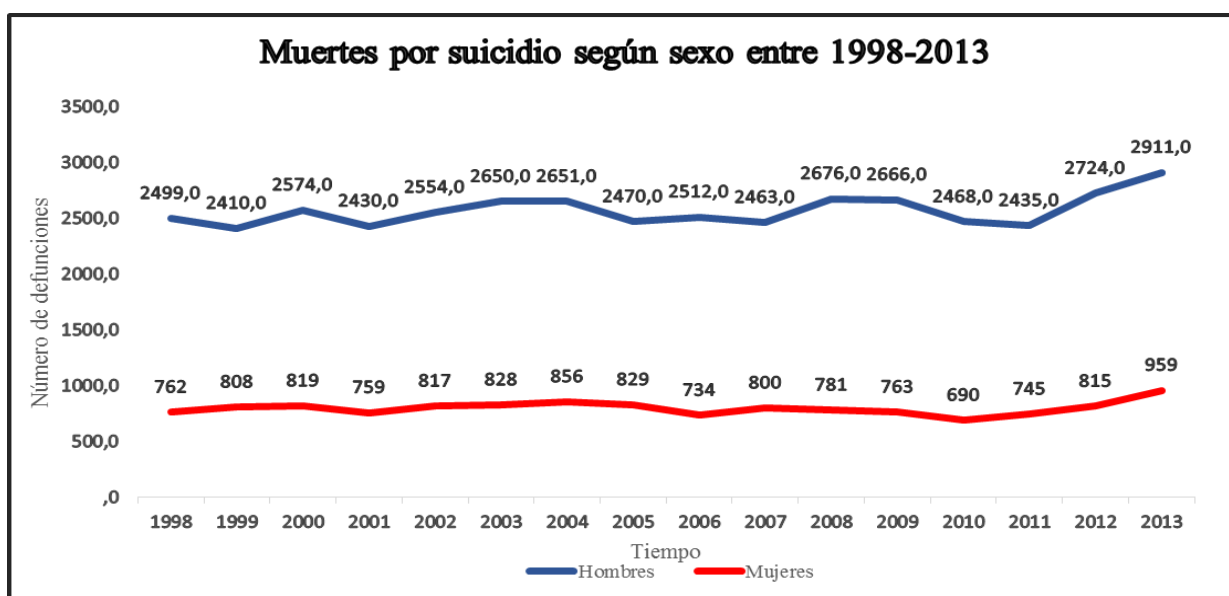


El gráfico “muertes por suicidio entre 1998-2013” permite valoración y análisis segmentario.

- En el periodo comprendido 1998 – 2000 fallecieron de media 2.350 personas se quitaron la vida.

- En el periodo comprendido entre 2001 – 2006 fallecieron de media 2.201 personas pudiéndose observar una disminución de la media en del periodo anterior. En este periodo se observa que el número de suicidios e intentos autolíticos entre 2001 y 2006 mantiene una tendencia constante.
- En el periodo comprendido entre 2007 – 2013 fallecieron de media 3.414 personas. En el gráfico es notable un punto de inflexión en el número de fallecidos de forma alarmante. El número de fallecidos en este periodo de tiempo es de aproximadamente 1.000 personas más que en periodos anteriores. La tendencia del número de suicidios e intentos autolíticos es ascendente.

Los datos proporcionados por el INE clasifican el suicidio e intentos autolíticos en función del sexo que lo realiza. Por lo que, de forma subyacente, también permite el análisis en función del sexo<sup>69</sup>.



El número tanto de hombres como de mujeres, manteniendo su independencia de variable dependiente, se mantiene relativamente constante a lo largo de los 15 años de estudio. Sin embargo, es notable, observable y clara la diferencia entre hombres y mujeres. Se encuentran diferencias significativas entre el número de defunciones suicidas en función del sexo Según los datos aportados por el INE, se puede concluir que las muertes por suicidio predominan de forma notoria y preocupante en el sexo masculino.

### 3.2. Población diana.

Sobre el epicentro del propio desarrollo de las sesiones de educación para la salud, la población diana propuesta son aquellos familiares directos de adolescentes comprendidos entre los 16 y 19 años de edad escolarizados en institutos de carácter público de la Comunidad de Madrid con depresión activa. La captación de la población diana se realizará mediante poster y trípticos sincronizados en centros de salud de las áreas pertenecientes a la ciudad de Madrid. <sup>Anexol-II</sup> Es preciso como necesario el hincapié en el pleno conocimiento de sus comportamientos y actitudes para ser capaz de detectar y evaluar, por parte de su familia, situaciones que presenten riesgo de suicidio.

#### 3.2.1. Criterios de inclusión.

Familiares directos con uno o más hijos en etapa adolescente tardía, comprendida entre 16 y 19 años de edad, que se encuentren escolarizados en institutos públicos de la Comunidad de Madrid con depresión actual.

### 3.2.2. Criterios de exclusión.

Todos aquellos familiares que no cumplan las características requeridas, es decir, aquellos que se encuentren en márgenes de edad comprendidos entre los 0 y 15 años de edad y entre los 20 y hasta el final de la vida, escolarizados en instituciones concertadas o privadas, residentes localizados fuera de la Comunidad de Madrid y adolescentes en edad tardía sin depresión.

### 3.3. Objetivos

El proyecto de educación para la salud se basará en un conjunto de objetivos, tanto generales como específicos, que actuarán como diana a lo largo de las diferentes sesiones.

#### 3.3.1. Objetivo principal.

“El personal de Enfermería impartirá un conjunto de sesiones con las que pretenderá concienciar, informar y capacitar a los familiares de adolescentes entre 16 y 19 años que se relacionen con la depresión sobre los signos de alarma identificables y propios con la conducta suicida para conseguir dotarles de conocimientos y herramientas necesarias que les permitan identificar conductas que presenten riesgo de suicidio. El objetivo general, por tanto, se sustenta en la prevención.”

#### 3.3.2. Objetivos específicos.

1. “Dotar de conocimientos a los familiares directos de personas en adolescencia tardía para que integren la realidad del suicidio y la afectación en la edad mencionada.”
2. “Analizar las causas y desencadenantes que conducen a un adolescente de entre 16 y 19 años a llevar a cabo la conducta suicida.”
3. “Identificar conductas de riesgo que se identifiquen con una aproximación al suicidio.”
4. “Fortalecer un espíritu tranquilo y sereno capaz de actuar ante situaciones de riesgo.”
5. “Informar a la familia sobre dónde acudir ante situaciones identificables de riesgo.”
6. “Proporcionar herramientas de regulación emocional tanto a la familia como al adolescente.”
7. “Dotar de herramientas para la afianzación de emociones y sentimientos en el adolescente.”
8. “Fortalecer un nexo familiar fuerte.”
9. “Proporcionar sentimiento de seguridad y confianza en el adolescente.”

### 3.4. Programación de las sesiones.

#### **PRIMERA SESIÓN:**

#### **“Réquiem sobre Finis Terrae”**

En la primera sesión, se dispondrá a realizar una explicación teórica certera y aclaratoria sobre el suicidio en general y la conducta suicida adolescente en edades tardías de forma. En ésta aportación teórica se tratarán aspectos fundamentales como las principales causas que producen depresión en adolescentes, las características definitorias de la propia enfermedad en este tipo de pacientes, la interrelación entre la depresión y el suicidio y sus posibles consecuencias, mostrando aportación empírica de datos que reflejan que ésta es una realidad existente.

**SEGUNDA SESIÓN:**

**“Navegar en tu propia bahía del silencio”**

En la segunda sesión, se informará exhaustivamente sobre las características propias del “yo adolescente” en cualquiera de sus dimensiones. Se expondrá a los familiares diferentes estrategias que existen para favorecer la comunicación con el adolescente, destacando la inversión del tiempo, regulación emocional, establecimiento de reglas y valores morales y el refuerzo de las conductas constructivas.

**TERCERA SESIÓN:**

**“Ni una sola vez me dije no”**

En la tercera sesión se fortalecerá la relevancia del papel del familiar-cuidador en la conducta suicida de un adolescente con depresión actual o previa. Se incluirá el estudio de las principales conductas de riesgo identificadas en este tipo de pacientes haciéndose especial hincapié en los signos de alarma primarios.

**CUARTA SESIÓN:**

**“Esperanza debida”**

En la cuarta sesión, se destinará al empoderamiento de la familia con la finalidad de aportar tanto herramientas como recursos efectivos y satisfactorios para la resolución de conductas de riesgo visibles mediante la interpretación de los signos de alarma.

**QUINTA SESIÓN:**

**“No es imposible pintar otra realidad. Puedes contar conmigo”**

En la quinta y última de las sesiones se explicará la importancia de discernir entre los problemas que son solucionables y los que no, incluyendo el conocimiento en relación a los diversos tipos de organismos públicos protocolares que pueden proporcionar ayuda en caso preciso.

**3.5. Desarrollo metodológico.**

**PRIMERA SESIÓN: “RÉQUIEM SOBRE FINIS TERRAE”**

Como ha sido mencionado con anterioridad, durante la primera sesión se explicará en profundidad las características definitorias de la depresión tanto a nivel general como particularizando en el adolescente, en que consiste su debut como patología mental, la relación constante y científicamente demostrada con la conducta suicida y la realidad tangible del suicidio en las edades mencionadas rompiendo posibles mitos asociados y manteniendo la mirada en un problema innegable mediante la plena conciencia de realidad.

Los familiares de los pacientes serán los principales protagonistas de las sesiones. Por este motivo, se les entregará un breve cuestionario que deberán completar al finalizar ésta primera sesión para constatar el afianzamiento de los conocimientos básicos tratados y adquiridos.

- **Objetivos específicos:**

“Proporcionar un conocimiento científico-patológico sobre los desencadenantes de la depresión, el conjunto de signos y síntomas asociados a dicha enfermedad mental del estado anímico, el posible proceso de metamorfosis de la depresión, y su relación mantenida con el suicidio.”

- **Objetivos educativos:**

1. “Expresar, mediante la realización de una lluvia de ideas en común, el conocimiento del que parten los familiares sobre la depresión y el suicidio.”

Los cimientos de la primera sesión se construirán con la aportación de ideas previas, acertadas o erróneas, por parte de cada uno de los familiares sobre la depresión y el suicidio en adolescentes en una mesa redonda. Conocer las ideas preestablecidas presentes en el grupo consciente e inconscientemente facilita tanto la propia cohesión grupal como el enfoque de la directriz teórica.

2. “Adquisición de conocimiento científico sobre la depresión y la relación existente con la conducta suicida.”

La exposición y explicación del grueso teórico se realizará con una herramienta audiovisual dinámica y didáctica: Power Point. Mediante esta técnica expositiva, los familiares de los adolescentes conocerán rigurosamente la depresión, sus signos y síntomas y sus uniones con la conducta suicida. Se adjuntará en papel artículos científicos de lectura comprensible para solidificar la explicación aportada.

1. “Afianzamiento intelectual y personal de las principales ideas de la sesión teórica.”

El último segmento de la sesión se centrará en la realización de una evaluación <sup>ANEXO III</sup> con el fin de comprobar que los conocimientos primarios acerca de la depresión y del suicidio en adolescentes han sido digeridos y asimilados por los familiares.

- **Desarrollo de la sesión.**

1. La primera de las sesiones tendrá comienzo con la presentación del profesional de Enfermería encargado de llevar a cabo la misma. A continuación, los familiares procederán a su presentación. La presentación permite la visualización de aquellos elementos comunes, en este caso, un hijo en adolescencia tardía que presenta o haya presentado procesos depresivos lográndose de este modo la sensación de pertenencia a un grupo (15 minutos).
2. Se realizará una breve explicación, a modo de guía, de los contenidos a tratar en las diferentes sesiones haciendo hincapié en los principales objetivos a destacar de forma transversal durante las diferentes sesiones (5 minutos).
3. Tras la presentación global de las diferentes sesiones, se realizará un coloquio en el que los familiares expondrán subjetivamente su conocimiento sobre la depresión y la conducta suicida (5 minutos).
4. Una vez finalizada la lluvia de ideas, se explicará mediante la exposición de Power Point un conocimiento científico y riguroso en relación a la depresión y el suicidio con el fin de aclarar o matizar posibles conceptos (20 minutos).
5. Después de la visualización de la presentación teórica se buscará el feedback con los familiares con el fin último de aclarar y facilitar el aprendizaje de los conocimientos teóricos más relevantes (10 minutos).
6. Para concluir la sesión, se ofrecerá voluntariamente un cuestionario post-evaluación para comprobar la eficacia de la sesión, cumplimiento de sus principales objetivos preestablecidos y un breve comentario personal sobre sus expectativas establecidas (5 minutos).

Objetivos educativos	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos	Evaluación
<b><i>“Expresión, sin condicionante, de ideas preconcebidas sobre la depresión y el suicidio”</i></b>	Exposición oral de preconceptos sobre la depresión y la conducta suicida	Coloquio Técnicas de investigación en el aula	Individual (I)	5´	Pizarra Tiza	Participación de los propios familiares
<b><i>“Adquisición del conocimiento científico adecuado”</i></b>	Principales conceptos relacionados con la depresión, la conducta suicida y su interrelación	Técnica expositiva Power Point	Grupo grande (GG)	20´	Power Point	Evaluación realizada por docente profesional de Enfermería

<b><i>“Interpretación individual del material teórico explicado a lo largo de la sesión”</i></b>	Exposición escrita de los postconceptos sobre la depresión y el suicidio	Técnica de análisis	Individual (I)	5´	Hoja de preguntas teóricas	Cuestionario o test postevaluación
--	--	---------------------	----------------	----	----------------------------	------------------------------------

### **“SEGUNDA SESIÓN: NAVEGAR EN TU PROPIA BAHÍA DEL SILENCIO”**

Como he mencionado anteriormente, durante el transcurso de la segunda sesión los familiares conocerán las propiedades holísticas del “yo adolescente” con la finalidad mantenida de obtener un conocimiento preciso de las características fundamentales que presentan los adolescentes en este tipo de situaciones.

Tras el análisis integral del adolescente, se dispondrá de herramientas que favorezcan la comunicación familiar destacando la regulación emocional, inversión del tiempo familiar y la técnica de solución de problemas.

- **Objetivos específicos:**

“Proporcionar conocimiento científico de los patrones adolescentes tanto en situaciones de normalidad como en riesgo de conducta suicida.”

- **Objetivos educativos:**

1. “Adquisición de conocimiento empírico de los patrones de comportamiento adolescente en situaciones normales y alteradas”

El conocimiento de los patrones de comportamiento normales permite la identificación de signos de alarma por parte de los familiares. Se empodera a la familia con herramientas para discernir, en caso de que fuera posible, sobre la tipificación de la conducta adolescente.

2. “Expresión subjetiva sobre las mejores técnicas comunicativas según su propio criterio”
3. “Dar a conocer estrategias de comunicación que favorezcan la cohesión familiar”

En una edad y situación crítica, es imprescindible tratar de evitar la desunión entre el adolescente y su familia. Con el fin de mantener los lazos familiares, se dispondrá a la familia sobre diferentes herramientas que fortalezcan dicha unión. El pilar de un sustento familiar sólido se centra en el continuo trabajo de las relaciones familiares obteniéndose así una relación fructífera y de mutua confianza.

- **Desarrollo de la sesión.**

1. La génesis de la segunda sesión tendrá lugar con la explicación de los temas importantes que serán abordados durante la misma. Al final de la aclaración estructural de la sesión, se hará entrega de los cuestionarios post-evaluación de la sesión anterior invitando a su reflexión en común (10 minutos).
2. Después, se pedirá la participación a los familiares para realizar una lluvia de ideas sobre los comportamientos adolescentes clasificándolos en normales o patológicos. El familiar debe argumentar razonadamente porque dicho comportamiento es o no patológico (10 minutos).
3. Mediante una clase expositiva con Power Point se mostrarán, argumentadamente, cuales son y cuales no aquellos comportamientos considerados como patológicos dentro de la conducta adolescente (15 minutos).
4. A continuación, tendrá lugar un breve discurso oral por parte del profesional de Enfermería sobre la importancia de una relación familiar fuerte (5 minutos).
5. Se realizará una lluvia de ideas motivando a los familiares a expresar las técnicas que consideren capaz de ayudarlos en situaciones de búsqueda de fortalecimiento comunicativo familiar (5 minutos).
6. Una vez concluida la parte teórica, se explicarán diferentes técnicas que mejoren la cohesión familiar a través de herramientas que favorezcan la comunicación. Las principales herramientas que serán mostradas, inculcadas y practicadas están centradas en la regulación emocional con ejercicios de mindfulness o en la gestión eficaz del tiempo para invertir en la relación cuidador-adolescente (30 minutos).



7. Al finalizar la sesión, se proporcionará información sobre dónde pueden obtener más información sobre las principales herramientas comunicativas en el caso de que decidan continuar trabajándolas (5 minutos).

Objetivos educativos	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos	Evaluación
<b><i>“Adquisición de conocimiento holístico para discernir tipos de conductas”</i></b>	Rasgos propios de las diferentes esferas de un adolescente en situación de normalidad y patología	Técnica expositiva Power Point	Grupo Grande (GG)	15´	Power Point	Evaluación del docente: profesional de Enfermería
<b><i>“Expresión subjetiva de las herramientas comunicativas más eficaces”</i></b>	Conceptos previos sobre las técnicas	Coloquio Técnicas de análisis	Individual (I)	5´	Pizarra Tiza	Participación activa de los familiares.
<b><i>“Dar a conocer estrategias comunicativas que favorezcan la relación familiar”</i></b>	Conocimiento de las diferentes técnicas que mejoran la comunicación: mindfulness, gestión eficaz del tiempo y técnicas de solución de problemas	Técnica expositiva Técnica de desarrollo de habilidades	Grupo Grande (GG)	30´	Pizarra Tiza Texto guiado de mindfulness Esterillas	Evaluación realizada por docente profesional de Enfermería

### **“TERCERA SESIÓN: NI UNA SOLA VEZ ME DIJE NO”**

Tal y como he mencionado, la tercera sesión será desglosada en dos partes diferenciadas. La primera consiste en la concienciación propia del familiar-cuidador sobre la importancia de su propio autocuidado destacando así el rol establecido. La segunda presentará como epicentro el conocimiento de las principales conductas de riesgo elegidas por adolescentes con depresión actual o anterior en riesgo de conducta suicida.

- **Objetivos específicos:**

1. “Analizar el autoconcepto de los familiares-cuidadores”
2. “Autonomía para identificar signos de alarma propios de conductas de riesgo evitando así que desencadenen en procesos suicidas”

- **Objetivos educativos:**

1. “Capacidad de introspección para poder conocer su estado psicológico- emocional”

El rol en el que se encuentran demanda, de forma más exigente, el desarrollo de una conducta introspectiva eficiente con la que puedan identificar como se encuentran en cualquier momento.

2. “Reforzar la importancia perteneciente al rol del cuidador”

Este objetivo educativo se interrelaciona íntimamente con el anterior. El cuidador debe ser capaz de automotivarse y reafirmarse en el conocimiento de su propio papel evitando desgastes emocionales que repercutan vorazmente en él.

3. “Desarrollo de la competencia relacionada con la identificación de signos de alarma”.

La proporción de herramientas, con el fin de favorecer el logro de competencia en la identificación de problemas, dota al familiar-cuidador de conocimientos que permiten racionalizar una situación determinada identificando posibles comportamientos indicativos de riesgo.

- **Desarrollo de la sesión.**

1. Al comienzo de la sesión, se hará un breve esquema con la temática a tratar durante la duración de la misma (5 minutos).
2. La sesión comenzará con un coloquio en el que, de forma oral, se pondrá de manifiesto la opinión que los propios familiares tienen sobre sí mismos. En caso de que algún compañero manifieste distorsión de la realidad sobre la autopercepción de otro compañero, se procederá a realizar un debate moderado por el profesional de Enfermería (30 minutos).
3. Tras el coloquio, se procederá a enumerar aquellas propiedades diferenciales que hacen especial al cuidador respecto al resto de personas otorgando la importancia merecida (5 minutos).
4. A continuación, se realizará una clase expositiva en la que se plantearán diferentes situaciones reales presentando situaciones de riesgo para el adolescente. Los familiares deben poder identificar el factor desencadenante de la situación establecida (20 minutos).
5. Al finalizar la sesión, el profesional de Enfermería realizará una técnica de relajación guiada para proporcionar sensación de tranquilidad, confort y bienestar a los familiares (15 minutos).

Objetivos educativos	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos	Evaluación
<b><i>“Capacidad de introspección”</i></b>	Exposición individual de aquellas características que observan como propias de su rol	Técnicas de investigación en el aula	Grupo Grande (GG)	30’	Pizarra Tiza	Evaluación del docente: profesional de Enfermería
<b><i>“Reforzar el propio rol”</i></b>	Afianzar rasgos característicos positivos del rol	Coloquio Técnicas de investigación en el aula	Grupo Grande (GG)	5’	Pizarra Tiza	Evaluación del docente: profesional de Enfermería
<b><i>“Desarrollar competencia identificativa de situaciones que impliquen conducta de riesgo”</i></b>	Exposición de casos reales en los que se debe identificar el desencadenante y enmarcar la situación de riesgo	Exposición de casos reales Técnica de análisis	Individual (I)	20’	Texto de casos reales Hoja	Evaluación realizada por docente profesional de Enfermería y participación de los asistentes

**“CUARTA SESIÓN: ESPERANZA DEBIDA”**

Como menciono anteriormente, durante esta sesión se buscará la perfección de la competencia personal relacionada con la resolución de problemas. Hasta el comienzo de esta sesión, se han ido trabajando aspectos que se ven reflejados directamente en la cuarta sesión.

- **Objetivos específicos:**

“Dotar de competencias eficaces al familiar-cuidador para la identificación real de situaciones de riesgo y el posible manejo de situaciones en las que puedan actuar independientemente”

- **Objetivos educativos:**

1. “Integración de competencias que, utilizadas de forma congruente, ayuden a gestionar situaciones límite”

La competencia principal es la comunicativa tal y como ha sido destacada en sesiones anteriores. Sin embargo, de forma transversal se han trabajado otro tipo de competencias que fortalecen a la persona aportando estrategias resolutivas tales como: análisis de problemas, automotivación, control emocional, compromiso, decisión o la tolerancia a situaciones estresantes entre otros.

2. “Integración de competencias que permitan identificar conductas de riesgo”

La gestación del conjunto de competencias trabajadas puede llegar a permitir la identificación de conductas de riesgo con la consecuente capacidad de resolución de problemas. Sin embargo, la prioridad es la identificación del inicio de la conducta de riesgo.

3. “Proporción de herramientas con las que obtengan sensación de bienestar”

La situación vivida por los cuidadores-familiares es complicada. La atmósfera que los rodea es gris. Por este motivo, y por la necesidad de autoprotección, es necesario proporcionar herramientas con las que logren sentir bienestar y tranquilidad con ellos mismos. No es posible entregarse a proporcionar cuidados sin antes cuidarse a uno mismo.

- **Desarrollo de la sesión:**

1. Al inicio de la cuarta sesión se expondrán de forma breve y concisa los temas a tratar durante la misma para favorecer la integración y el seguimiento a la sesión de los asistentes (5 minutos).
2. A continuación, el docente (profesional de Enfermería) realizará un feedback de forma oral e interactiva con los asistentes sobre las competencias trabajadas en las anteriores sesiones y que se integrarán conjuntamente en esta (10 minutos).
3. Después, se expondrán un conjunto de casos clínicos que deberán analizarse en profundidad, señalando el signo de alarma primario, aportando la solución al caso y explicando el porqué de la solución establecida (30 minutos).
4. Tras la exposición grupal de los casos clínicos, se procederá mediante debate a la búsqueda de consenso unánime sobre la mejor opción posible a tomar (15 minutos).
5. A continuación, existirá un espacio de resolución de dudas y aclaración de términos incomprensibles y difusos buscando el asentamiento de conceptos esenciales (10 minutos).
6. Posteriormente, se mostrará un video en el que se integran diferentes competencias para conseguir un objetivo establecido previamente (10 minutos).
7. Para finalizar una sesión hostil se realizarán ejercicios de risoterapia impartidos por el profesional de Enfermería. El beneficio de tales ejercicios proporcionará confianza, serenidad y favorecerá una actitud positiva ante los problemas (25 minutos).

Objetivos educativos	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos	Evaluación
<b><i>“Integración de competencias eficaces”</i></b>	Análisis de casos clínicos reales en los que exista riesgo de conducta suicida prevenible	Análisis y exposición de casos reales. Técnicas de desarrollo	Agrupación de dos personas (G2)	30´	Pizarra Tiza Hoja	Evaluación del docente: profesional de Enfermería y participación de los

		de habilidades				asistentes
<b>“Identificación de conductas de riesgo”</b>	Análisis primario manteniendo como prioritario la identificación de desencadenante de conductas de riesgo	Análisis y exposición de casos reales	Agrupación de dos personas (G2)	30´	Pizarra Tiza Hoja	Evaluación del docente: profesional de Enfermería y participación de los asistentes
<b>“Establecer armonía”</b>	Búsqueda de estado de aceptación, bienestar y confort óptimo	Técnicas de desarrollo de habilidades Risoterapia	Grupo Grande (GG)	25´	Sala amplia Esterillas	Participación de los asistentes

### **“QUINTA SESIÓN: NO ES IMPOSIBLE PINTAR OTRA REALIDAD. PUEDES CONTAR CONMIGO”**

La quinta y última de las sesiones del proyecto de educación para la salud se centrará en la utilización de las herramientas adquiridas a lo largo de las sesiones con el fin de valorar aquellas situaciones límites que podrán solucionar o aquellas en las cuales necesitarán ayuda de instrucciones sanitarias.

La valoración y posible resolución de problemas por parte de los familiares se realiza a través de las diferentes competencias mostradas que precisan trabajo continuado.

- **Objetivo específico:**

“Capacitación para valorar los propios casos reales”

- **Objetivos educativos:**

1. “Logro de serenidad ante situaciones que generen estrés de forma continuada”

La continua ejercitación de terapias de regulación emocional, como el mindfulness, proporciona la capacidad de mantener plena conciencia ante cualquier actividad o decisión que se presente para ejercer el rol tenazmente.

2. “Capacitación de valoración de diversas situaciones”

Las competencias adquiridas durante las diversas sesiones proporcionan confianza personal y capacitan la toma de decisiones.

3. “Proporcionar información de centros sanitarios que proporcionan ayuda”

En caso de que el cuidador principal no pueda gestionar la situación que esté viviendo, debe tener la confianza y certeza de no encontrarse solo. Los organismos sanitarios públicos presentan una red firme y funcionante que proporciona ayuda en casos necesarios. Además, cuenta con profesionales especializados.

- **Desarrollo de la sesión:**

1. La génesis de la última de las sesiones comenzará con una herramienta de protección al cuidador. Se realizará, mediante la guía del profesional de Enfermería, la técnica de regulación emocional “mindfulness” para instruir en una forma sencilla y eficaz de ser consciente del aquí y ahora (20 minutos).
2. Tras el ejercicio, se realizará un diálogo entre el docente y los asistentes en el que se comentará los aspectos a destacar del proyecto de educación para la salud. Se conocerán pues, debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades. El fin último es la mejora del mismo para lograr la perfección.

3. Se reitera la importancia de la utilización de competencias ya que permitirá toma de decisiones y proporcionará sentimiento de utilidad actuando exclusivamente en aquellos casos en los que exista sentimiento de plena seguridad (10 minutos).
4. El profesional de Enfermería expondrá su visión de la problemática planteada y manifestará la importancia de identificar signos de alarma para actuar preventivamente (15 minutos).
5. En última instancia, se proporcionará información de los diversos centros a los que pueden y deben acudir en caso de que precisaran ayuda externa haciendo hincapié en la muestra de valentía y no debilidad de dicha decisión (25 minutos).

Objetivos educativos	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos	Evaluación
<b>“Autocontrol de emociones”</b>	Técnica de regulación emocional mindfulness	Desarrollo de habilidades	Individual (I)	20´	Sala amplia Esterillas	Autoevaluación
<b>“Competencia en valoración”</b>	Conocimientos apropiados para la valoración de casos	Clase explicativa y desarrollo de habilidades	Grupo Grande (GG)	10´	Pizarra Tiza Hoja	Evaluación del docente: profesional de Enfermería y participación de los asistentes
<b>“Ayuda externa”</b>	Información para la búsqueda de ayuda necesaria en instituciones sanitarias	Clase explicativa	Grupo Grande (GG)	25´	Sala amplia Folletos	Participación de los asistentes

#### 4. CONCLUSIONES.

Con la realización de este trabajo, *“Educación para la salud en paciente adolescente con depresión en riesgo de conducta suicida”* se pretende poner en conocimiento la realidad del problema existente. La depresión es una patología que afecta cada vez más a los adolescentes por diversas causas tales como el acoso escolar o el afrontamiento ineficaz de situaciones específicas y está directamente vinculada con la conducta suicida.

A través de éste programa de salud y de los diversos objetivos propuestos e impregnados en este trabajo, se presente conseguir mediante la implicación familiar, la prevención de la conducta suicida en adolescentes. El punto de partida se encuentra en el matiz de prevención y para ello, se proporcionarán herramientas, competencias y estrategias a los familiares con el fin de que sean independientemente capaces de valorar situaciones en las que precisen ayuda. Mediante el empoderamiento de los familiares, se logrará la seguridad de los mismos y la capacitación de actuación en caso de que detecten posibles signos de alarma.

Se debe honestidad a la patología psiquiátrica eliminando el lastre de estigma que presenta con el fin de conseguir una normalización en dicha patología. El paciente psiquiátrico debe sentirse arropado y no desprotegido tanto a nivel social como institucional. Es ser humano y, por tanto, es necesario la implicación grupal para la protección de la vida.

Por último, cabe mencionar en relación a la problemática suicida, el papel imprescindible, fundamental y primordial de Enfermería, pudiendo destacar, su disciplina humana más allá de la mera técnica. El código deontológico, regulador propio de la profesión, hace unánime una idea en sus diversos artículos: la defensa de la Vida. El conjunto de profesionales de

Enfermería tiene el deber de la protección ulterior de la vida humana y, por tanto, la prevención de la conducta suicida es consecuente con el legado enfermero. La labor invisible inherente en dichos profesionales resalta la defensa de los derechos fundamentales del ser humano: dignidad, libertad o protección entre otros.

## 5. REFLEXIÓN ANTROPOLÓGICA.

La antropología por definición implica el estudio del ser humano desde las perspectivas fundamentales: biológica, social y humanística. Esta disciplina humana de pensamiento se divide en dos categorías<sup>70</sup>:

- Antropología de los seres humanos: trata de la evolución del ser humano desde la mirada biológica y la propia adaptación fisiológica al medio de las personas.
- Antropología social o cultural: trata de las diversas maneras en que las personas comulgan en sociedad.

Ésta última categoría es fundamental a la hora de abordar un tema de amplio calibre como es el suicidio. Suicidio entendido como problemática social y no individual. Durkheim, mediante la sociología, reafirmaba dicha premisa.

La Enfermería, debe ser entendida como híbrido de disciplina de estudio científico y humano. El cariz de humano convierte a la Enfermería en lo que actualmente representa. Se puede concluir, por tanto, en la indudable existencia de interrelación entre la profesión de los cuidados con la antropología ya que convergen ambas en un punto que es común a dichas disciplinas: el ser humano.

El ser humano se caracteriza por su conformación en la unión de “seres”<sup>70</sup>:

- Ser espiritual: Sección humana defendida por las principales religiones monoteístas. En la religión cristiana se encuentra suscrito en la Sagrada Escritura.
- Ser sustancial: Fundamentación teórica respaldada por Aristóteles, Boecio o Santo Tomás de Aquino, entre otros.
- Independiente de su ser: Según Mounier, la persona presenta un derecho de autonomía mediante el ejercicio de su libertad.
- Ser creador y con vocación: El ser humano es animal racional que presenta la imperiosa necesidad de realizar el proyecto propio de su ser. En la interminable búsqueda de uno mismo, el ser mantiene un constante diálogo con uno mismo, con los demás, con la realidad circundante y con Dios.

El hombre desde que es hombre tiene la necesidad inherente de proporcionar un sentido a su existencia. La misión del Hombre en el mundo debe ser encontrada. Si este suceso se trunca, se postulan otras alternativas al sentido de la propia vida. Una de ellas, es el sin sentido. Si nada tiene sentido, la vida tampoco lo tiene y, por tanto, yo como ser tampoco planteándose, como opción que apela al sin sentido, el suicidio.

El filósofo Albert Camus, discípulo del referente francés Sartre, argumenta la necesidad de considerar como único problema verdaderamente elemental, serio y trascendente el suicidio. La consideración de tal envergadura fundamenta, a su vez, el sentido propio de la filosofía.

El inicio que permite la germinación de la vida de cada ser humano es la certeza del sentido de la propia existencia a través de la misión de vida elegida. La protección extrínseca durante todas las fases vitales del ser humano se realiza a través de los propios cuidados de Enfermería siendo estos referentes en cualquier momento del Hombre.

ANEXOS

**Cuestionario Programa para la Prevención de la conducta suicida en adolescentes con depresión**

**Asistente**

**Fecha**

**1. Tras lo visto en la sesión ¿Qué entiende usted por depresión?  
¿Cómo se manifiesta en adolescentes?**

**2. Tras las herramientas educativas proporcionadas ¿Cómo  
considera ahora la situación del adolescente en tiempo y espacio  
presente?**

**3. ¿La primera sesión ha logrado plena satisfacción de sus  
expectativas?**

## Bibliografía

1. Guibert W. Epidemiología de la conducta suicida. Revista cubana Medina General Integral [revista en la Internet]. 18(2): 139-142. 2002 abr. [Consultado el día 19 de febrero de 2016]  
Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200007&lng=es).
2. Jiménez A, González-Forteza C. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Mediagraphic Artemisa en línea. Salud Mental, Vol. 26, Nº 6, diciembre 2003. [Consultado el día 19 de febrero de 2016]  
Disponible en:  
<http://www.mediagraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam036e.pdf>
3. Soler A, Gascón J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. Ars Medica. [Consultado el día 20 de febrero de 2016]  
Disponible en:  
<http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf>
4. Brooke E. El suicidio y los intentos de suicidio. Organización Mundial de la Salud Ginebra 1976 ISBN 92 4 330058 X. [Consultado el día 20 de febrero de 2016]  
Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO\\_PHP\\_58\\_%28part1%29\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO_PHP_58_%28part1%29_spa.pdf)
5. Mansilla F. Suicidio y Prevención. InterSalud ISBN 978-84-614-3172-4. Primera edición: noviembre 2010. [Consultado el día 21 de febrero de 2016]  
Disponible en:  
[http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo\\_doc12101.pdf](http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf)
6. Mejía M, Sanhuesa P, González J. Factores de riesgo y contexto del suicidio. Revista Memoriza.com 2011; 8: 15-25 ISSN 0718-7203. [Consultado el día 22 de febrero de 2016]  
Disponible en:  
[http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011\\_8\\_15-25.pdf](http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf)
7. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. [Consultado el día 17 de enero de 2016]  
Disponible en:  
<http://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>
8. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. [Consultado el día 17 de enero de 2016]  
Disponible en:  
<http://dle.rae.es/?id=YfmGwPw>
9. Piedrahita L, Mayerling P, Maritza A. Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 17, Nº 2, julio-diciembre 2012, págs. 136 -148. [Consultado el día 20 de enero de 2016]  
Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a10.pdf>
10. INE Base / Defunciones según la Cauda de Muerte. Instituto Nacional de Estadística. [Consultado el día 20 de enero de 2016]  
Disponible en:  
<http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947&L=0>
11. Romero A, Gonnet J. Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. Revista mexicana de sociología ISSN 0188-2503. Vol.75 Nº.4 México oct./dic. 2013. [Consultado el día 20 de enero de 2016]  
Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018825032013000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018825032013000400003&script=sci_arttext)
12. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. Revista



médica. Chile [Internet]. 2013 Oct; 141(10): 1275-1282. [Consultado el día 22 de enero de 2016]

Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013001000006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013001000006&script=sci_arttext)

**13.** Nizama M. Suicidio. Artículo de revisión. Revista Peruana de Epidemiología. RPE Online. Revista Peruana. Epidemiología, Vol.15, Nº2, agosto 2011. [Consultado el día 22 de enero de 2016]

Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798>

**14.** Alcántara M, Villatoro J, Gutiérrez M, Amador N. Una mirada a la problemática suicida en adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". [Consultado el día 22 de enero de 2016]

Disponible en:

[http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/Articulos%20Jorge/2007/Una%20mirada%20a%20la%20problematica%20suicida%20en%20adolescentes.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/Articulos%20Jorge/2007/Una%20mirada%20a%20la%20problematica%20suicida%20en%20adolescentes.pdf)

**15.** Paredes C, Orbegoso O, Rosales P. Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital General de Lima, 1995-2004. Revista Peruana medicina Exp. Salud Pública 23(4), 2006. [Consultado el día 10 de febrero de 2016]

Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a11v23n4.pdf>

**16.** Rodríguez F, González F, Marrero C, Darias C. Las personas con autolesiones. En: Rodríguez F, Vázquez JL, Desviat M, eds. Psiquiatría social y comunitaria I. Madrid: ICEPSS, 1997:719-40. [Consultado el día 22 de enero de 2016]

**17.** Gutiérrez-García A, Contreras M, Chantal R. El suicidio, conceptos actuales. Mediagraphic Artemisa. Salud Mental, Vol.29, Nº 5, septiembre – octubre 2006. [Consultado el día 22 de enero de 2016]

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf>

**18.** García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 27, Núm. 3 (2004). [Consultado el día 25 de enero de 2016]

Disponible en:

<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5559/4572>

**19.** Quintanar F. Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. Editorial Pax México ISBN: 968-860-809-2 Pág. 18. [Consultado el día 24 de febrero de 2016]

Disponible en:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yd5k-gOyKLiC&oi=fnd&pg=PR5&dq=intento+suicida+definicion&ots=Ql-JtLh3oC&sig=o0xY6AJllynM4nZcgeV401DAO-o#v=onepage&q=intento%20suicida%20definicion&f=false>

**20.** Dubugras S, Guevara B. Homicidio seguido de suicidio. Universitas Psychologica ISSN 1657-9267 Unni. Psychol. Vol.6 Nº.2 Bogotá May/Aug. 2007

Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672007000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672007000200003&script=sci_arttext)

**21.** Gutiérrez E, Lee J, Rivera R. Intencionalidad suicida en la pubertad y adolescencia. Universidad de San Carlos de Guatemala Centro Universitario de oriente médico y cirujano. Agosto 2014. [Consultado el día 23 de febrero de 2016]

Disponible en:

[http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS\\_INTENCIONALIDAD\\_SUICIDA.pdf](http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS_INTENCIONALIDAD_SUICIDA.pdf)

**22.** Gutiérrez-García A, Contreras M. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. Salud Mental [revista en la Internet]. 2008 ago.31(4):321-330. [Consultado el día 24 de febrero de 2016]

Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000400009&script=sci_arttext)

**23.** Martínez M. Dimensiones Básicas de un Desarrollo Humano Integral. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 8, Nº.23, 2009, Págs. 119-138. [Consultado el día 25 de febrero de 2016]

Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/polis/v8n23/art06.pdf>

**24.** Durkheim É. Educación y sociología. Ediciones Península ISBN: 9788478844142. Pág. 61. [Consultado el día 26 de febrero de 2016]

2016]

Disponible en:

[http://static0.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/28/27793\\_Educacion%20y%20sociologia.pdf](http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/28/27793_Educacion%20y%20sociologia.pdf)

**25.** Felipe A. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. Revista *Affectio Societatis* ISSN 0123-8844 Vol. 7, Nº. 12, junio de 2010, Págs. 5-6. [Consultado el día 27 de febrero de 2016]

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/6318/6520>

**26.** Valverde M. I, Picazo M. ¿La reina vencida?: Cleopatra y el poder en el arte y la literatura. En Congreso Internacional "Imagines", La Antigüedad en las Artes escénicas y visuales: International Conference "Imagines", The reception of Antiquity in performing and visual Arts: Universidad de La Rioja, Logroño 22-24 de octubre de 2007. Universidad de La Rioja, 2008. p. 515-528. Zaragoza

**27.** Pérez A. La conducta suicida en la Biblia. [Consultado el día 28 de febrero de 2016]

Disponible en:

[http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions\\_from\\_ELN\\_Members/la-conducta-suicida.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/la-conducta-suicida.pdf)

**28.** Blázquez C, Cruces S, Pérez A, Campos J, María Dolores, Nieto J. Materiales para escribir una historia cultural. El Forastero S. L. ISBN: 978-84-942791-0-2. Fecha: 2014-02-23. [Consultado el día 8 de marzo de 2016]

Disponible en:

<https://buleria.unileon.es/handle/10612/4176>

**29.** Martines F. La Muerte Viva. Muerte y Sociedad en Castilla durante la Baja Edad Media. ISBN: 84-87100-40-06. Toledo, 1996. [Consultado el día 9 de marzo de 2016]

Disponible en:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Yuse7Gj3lI4C&oi=fnd&pg=PA9&dq=edad+media+suicidio&ots=xxl-7tDQQB&sig=JpR5HffjG5xF1rCjI4JEHfrFt2k#v=onepage&q=edad%20media%20suicidio&f=false>

**30.** Cuevas F. Una revisión de las ideas en torno al suicidio en el tránsito de la Ilustración al Romanticismo. Cuadernos de Ilustración y Romanticismo. BIBLID: 1132-8304 (2006); nº 14; 11-41. Universidad de Cádiz. [Consultado el día 3 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://revistas.uca.es/index.php/cir/article/viewFile/17/17>

**31.** García E. El suicidio y sus implicaciones filosóficas. Las fronteras de lo humano. Pag.440 [Consultado el día 3 de marzo 2016]

Disponible en:

<http://148.206.53.84/tesiuami/DECAI2003/fronteras.pdf#page=19>

**32.** Cohen D. «El suicidio ¿condena o defensa?, los argumentos filosóficos en torno de la muerte voluntaria», *Ágora: Papeles de Filosofía*, ISSN 0211-6642, Vol. 19, N. 2 (2000), 107-126. [Consultado el día 3 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://hdl.handle.net/10347/1164>

**33.** Beltrán J. Terminología para la muerte y el suicidio. (Lucrecio, Séneca, San Agustín, Sidonio). Universidad de Valencia. Cuadernos de Filología Clásica. Estudios latinos. 4-1993. Editorial Complutense. Madrid. [Consultado el día 3 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://revistas.ucm.es/index.php/CFCL/article/viewFile/CFCL9393120027A/34845>

**34.** González-Valenzuela J. Filosofía del Suicidio. Suicidio. Vol.119, Nº. 9 (septiembre 1983). Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Autónoma de México. [Consultado el día 3 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1983%20v119%20n9%20%5B343-351%5D.pdf](http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1983%20v119%20n9%20%5B343-351%5D.pdf)

**35.** Camus A. El mito de Sísifo. Universidad Nacional de Colombia. Portal de Revistas UN. ISSN 2248-4337 Vol. 18, Nº 31 (1999). [Consultado el día 3 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://168.176.5.108/index.php/ceconomia/article/view/11407/21093>

**36.** Pérez S, Ros Guerra L, Pablos T, Calás R. Factores de riesgo suicida en adultos. Revista cubana Medicina General Integral

13(1): 7-11. 1997 Feb [Consultado el día 5 de marzo]

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000100002&lng=es).

**37.** Tuesca R, Navarro E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 17: 19-28, 2003 [Consultado el día 5 de marzo]

Disponible en:

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4165/2564>

**38.** García-Portilla González P, Saiz M, Bascarán P, Burón J. Suicidio y sexo. Aspectos socioculturales del suicidio: medidas preventivas y crisis económica. Encuentros en psiquiatría ISBN 978-84-15905-20-2 Págs. 31 y 32. [Consultado el día 5 de marzo]

Disponible en:

<http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Encuentros-en-psiquiatr%C3%ADa.-Aspectos-socioculturales-del-suicidio.-Medidas-preventivas-y-crisis-econ%C3%B3mica..pdf#page=31>

**39.** Guibert W, Del Cueto E. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Revista cubana Medicina General Integral 2003 Oct [Consultado el día 5 de marzo]

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es).

**40.** Guibert W, Torres N. Intento suicida y funcionamiento familiar. Revista cubana Medicina General Integral [revista en la Internet]. 2001 17(5): 452-460. [Consultado el día 10 de marzo]

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000500008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500008&lng=es).

**41.** Pérez S. El suicidio, comportamiento y prevención. Revista cubana Medicina General Integral [revista en la Internet]. 1999 Abr; 15(2): 196-217. [Consultado el 11 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000200013&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000200013&script=sci_arttext&tlng=pt)

**42.** Cruz E, Moreira I, Orraca O, Pérez N, Hernández P. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Revista Ciencias Médicas 2011 Dic; 15(4): 52-61. [Consultado el día 11 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942011000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400007&lng=es)

**43.** Pascual P, Villena A, Morena S, Térrez J, Lopez C. El paciente suicida. Guías Clínicas 200; 5(38) [Consultado el 11 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Guias\\_de\\_Practica\\_Clinica/FISTERRA/Suicida.pdf](http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Guias_de_Practica_Clinica/FISTERRA/Suicida.pdf)

**44.** Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Depresión. [Consultado el día 11 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://www.who.int/topics/depression/es/>

**45.** Organización Mundial de la Salud. La depresión. Nota descriptiva Nº 369. Octubre de 2015. [Consultado el día 11 de marzo de 2016].

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

**46.** Roselló J, Berrios M. Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Evento de Vida Estresantes y Autoestima en una muestra de Adolescentes Puertorriqueños. Revista Interamericana de psicología/IneramericanJournal of Psychology – 2004, Vo.38, Num 2pp. 295-302. [Consultado el día 12 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf>

**47.** Lyn A, Lauren A, Gerald M, Thomas J, Bonifacio S. Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol.2, Nº3, pp.211-222, 1997. [Consultado el 12 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3845/3700>

**48.** Ferro R. La depresión: algunas consideraciones críticas en su tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2001, Vol.27, Nº112. [Consultado el día 12 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/Ferro2001.pdf>

**49.** Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Medigraphic. Revista de la Facultad de Medicina*. Vol. 49, Nº2 marzo-abril 2006. [Consultado el día 13 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>

**50.** Organización Mundial de la Salud. Centro de presa. Alcohol. Nota descriptiva Nº 349. Enero de 2015. [Consultado el día 13 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

**51.** Soler C, López H, Gual A. Suicidio y alcohol. *Encuentros en psiquiatría. Aspectos socioculturales del suicidio: Medidas preventivas y crisis económica*. ISBN 978-84-15905-20-2 Págs. 41-55 [Consultado el día 13 de marzo]

Disponible en:

<http://adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Encuentros-en-psiquiatr%C3%ADa.-Aspectos-socioculturales-del-suicidio.-Medidas-preventivas-y-crisis-econ%C3%B3mica..pdf#page=41>

**52.** Cabrera C. El paciente con trastornos de la personalidad. *Comunicación Médico – Paciente en Psiquiatría*. MSD – El Médico, noviembre de 2007, Págs. 48-51. [Consultado el día 14 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://2011.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/3.pdf>

**53.** Echeburúa E, De Corral P. Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Análisis y Modificación de Conducta*, 1999, Vol.25, Nº102. [Consultado el día 14 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/3-avances.pdf>

**54.** Lopez-lbor J. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. ISBN 84-458-0297-6 [Consultado el día 14 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv\\_castellano-completo.pdf](http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv_castellano-completo.pdf)

**55.** Cardona P, Milena F. Conducta suicida en la localidad de Kennedy: análisis y estrategias de prevención desde el modelo de sobreposición de Blumenthal. *Cuaderno Hispanoamericano de Psicología*, Vol.10, Nº1, 23-38 julio 2009 [Consultado el día 14 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://200.31.75.112/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos\\_hispanoamericanos\\_psicologia/volumen10\\_numero1/articulo\\_2.pdf](http://200.31.75.112/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen10_numero1/articulo_2.pdf)

**56.** La conducta suicida. Información para pacientes, familiares y allegados. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida*. [Consultado el día 15 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_vol1\\_paciente.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_paciente.pdf)

**57.** Pérez S. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista colombiana psiquiatr.* 2005 Sep. 34(3): 386-394. [Consultado el 15 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

**58.** Cepeda J. Humanismo, salud y tecnologías de acercamiento. *Índex Enferm.* 23(4): 197-199. 2014. [Consultado el día 16 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000300001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000300001&script=sci_arttext)

**59.** Calero P. La Enfermería y la Humanización. *Index Enferm* 2004 Nov13(46): 69-70. [Consultado el día 16 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200015&lng=es)

**60.** Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *Enfermería en Costa Rica*. 2011, 32 (1). 37. [Consultado el día 17 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>

**61.** Carretero M. *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Capítulo 1. Teorías de la adolescencia. [Consultado el día 19 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFG/genetica/zalazar/Carretero%20-%20Adolescencia,%20madurez%20y%20senectud.pdf>

**62.** Piaget J. *Psicología evolutiva*. Editorial Paidós, 1986 Madrid. [Consultado el día 21 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://www.mundodescargas.com/apuntes-trabajos/psicologia\\_t/decargar\\_etapas-del-desarrollo-psiquico.pdf](http://www.mundodescargas.com/apuntes-trabajos/psicologia_t/decargar_etapas-del-desarrollo-psiquico.pdf)

**63.** Código Deontológico de la Enfermería española. Texto definitivo resultante de las Resoluciones 32/1989 y 2/1998. [Consultado el día 23 de marzo de 2016]

Disponible en:

[http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/codigo%20deontologico%20espa%C3%B1ol\\_codico%20etico.pdf](http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/codigo%20deontologico%20espa%C3%B1ol_codico%20etico.pdf)

**64.** Jimenez L. *Tratado de Derecho Penal tomo 7. Tercera edición* ISBN: 950-03-8785-9, [ Consultado el día 24 de marzo de 2016]

Disponible en:

<http://dspace.ucbscz.edu.bo/dspace/bitstream/123456789/2033/1/3243.pdf>

**65.** Código Penal. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre. Publicada en el Boletín Oficial del Estado núm. 281, de 24/11/1995. Entrada en vigor el 24/05/1996. Referencia BOE-A-1995-25444. [Consultado el día 23 de marzo de 2016]

Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

**66.** Instituto Nacional de Estadística. Gobierno de España. [Consultado el día 5 de enero de 2016]

Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft18%2Fp427&file=inebase&L=0>

**67.** Álvarez M. Promoción y prevención: pilares para la salud y la calidad de vida. *Correo Científico Médico* versión ISSN 1560-4381. CMM, Holguín, v.17, N.1 marzo 2013. Consultado el día 14 de enero de 2016.

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000100013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000100013&script=sci_arttext)

**68.** Instituto Nacional de Estadística. Gobierno de España. Consultado el día 12 de enero de 2016.

Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/&file=inebase>

**69.** Instituto Nacional de Estadística. Gobierno de España. Consultado el día 14 de enero de 2016.

Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>

**70.** De la Cruz Gelsomino P. Ser persona humana [Internet]. [Consulta el 24 de abril del 2014].

Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos98/ser-persona-humana/ser-persona-humana.shtml>