

UNIVERSIDAD DE BURGOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN



GRADO EN PEDAGOGÍA
TRABAJO FIN DE GRADO

**“TALLERES DE SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN
DE LA CONDUCTA SUICIDA PARA LA MEJORA DEL
BIENESTAR BIO-PSICO-SOCIAL DEL ALUMNADO
DE EDUCACIÓN SECUNDARIA”**

CURSO 2021-2022

Alumna: Sofía Gómez Santa Olalla

1.RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

RESUMEN:

El suicidio es un problema de salud pública internacional que requiere la articulación de cordones preventivos primarios, e interventores secundarios y terciarios, con previa cobertura de campañas de sensibilización que traten la “salud mental” para erradicar los estigmas y tabús ligados a los trastornos y a la asistencia profesional. Así pues, el trabajo se erige sobre el marco de la sensibilización y la prevención, a través de una serie de talleres inspirados en la “*Guía de Prevención de la Conducta Suicida*” del Ayuntamiento de Burgos, para trasladar a contextos educativos reales toda la teoría existente y colaborar en el ejercicio de promoción de la salud, en consecución de mejorar el bienestar del alumnado de segundo de la ESO.

Palabras clave: *Sensibilización, prevención, salud mental, suicidio, orientación.*

ABSTRACT:

Suicide is an international public health problem that requires the articulation of primary preventive cordons, and secondary and tertiary intervenors, with prior coverage of awareness campaigns dealing with "mental health" to eradicate the stigmas and taboos linked to disorders and professional assistance. Thus, the work is based on the framework of awareness and prevention, through a series of workshops inspired by the Burgos City Council's "Suicidal Behavior Prevention Guide", to transfer all the theory to real educational contexts. and collaborate in the exercise of health promotion, in order to improve the well-being of students in the second year of ESO

Key words: *Awareness, prevention, mental health, suicide, orientation.*

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	2
2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
3.1. Historia	6
3.2. Terminología suicida	8
3.3. Epidemiología.....	8
3.4. Epidemiología en adolescentes	10
3.5. Clasificación de las conductas suicidas.....	11
3.6. La estigmatización del suicidio y los medios de comunicación	12
3.7. Factores de riesgo	14
3.8. Factores de riesgo de orden neurobiológico.....	15
3.9. Factores de protección.....	16
3.10. Estrategias de prevención	16
3.11. Campañas de Prevención del suicidio	17
4. DISEÑO METODOLÓGICO	19
5. DESARROLLO DEL PROYECTO	21
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
7. CONCLUSIONES	27
8. BIBLIOGRAFÍA	30
9. ANEXOS.....	37

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los datos hablan por sí solos y el silencio sigue siendo ensordecedor. La presencia en medios de comunicación es todavía tenue, al igual que lo es en conversaciones, o en el debate público. El suicidio existe y ha existido siempre, pero el gradiente de casos es cada vez mayor, cuyo debut se encontraba hasta hace nada atrapado en una regla inversamente proporcional, por la que, a mayor número de casos, mayor era la opacidad informativa, y, por ende, la obstrucción de la disposición de recursos, coordinación de equipos y atención a las personas afectadas.

El por qué se ha mantenido y se sigue manteniendo esta mudez tiene un origen multifactorial. A nivel individual, la vergüenza, la culpa, el miedo a menudo se adueñan de la persona en un voto de silencio que se agrava, de forma colectiva, al estigmatizar el trastorno en sí, distanciando gravemente el problema de la solución.

La política pública se enraíza en los antiguos dichos “Ojo que no ve, corazón que no siente”, “Lo que no se nombra, no existe”. Pero dónde está el alumbrante y por qué apunta el foco hacia otro lado. Que motivos argumentan dar la espalda a este problema de salud pública. ¿No existen fondos para invertir en prevención o no interesa gastarlos? ¿Qué estigmas se vierten hoy en día sobre la salud mental y el suicidio? ¿Siguen siendo la locura una forma de etiquetar el trastorno mental? ¿Qué estudios demuestran y avalan el supuesto “Efecto llamada”? ¿Cómo ha podido influenciar la Iglesia en la demonización del suicidio como pecado? ¿Puede el conservadurismo político perpetuar esta concepción y hasta qué punto puede suponer un obstáculo en la consecución de medidas atajantes?

Si bien la salud es el resultado del bienestar físico, mental y social, un trastorno de ansiedad debería ser atendido por la sanidad pública como si de una fractura de hueso se tratase. Sin embargo, el precio para poder ser atendido por trastorno mental supone estar al borde del colapso para acceder a un profesional en la seguridad social, o, realizar en su caso, un desembolso entre 40 y 100 euros por una sesión de 90 minutos, en la consulta privada.

La pandemia y el confinamiento han supuesto un punto de inflexión en la vida de muchas personas, agravada por la histeria y el miedo continuos que han caracterizado estos dos últimos años. A esto se le suman las buenas nuevas, como la guerra entre Rusia y Ucrania, el

encarecimiento de los productos y la inflación que han acompañado y seguido la desescalada de la pandemia, manteniendo a flote el constante estado de preocupación y alerta hacia las continuas amenazas que acechan, aumentando la vulnerabilidad poblacional frente al riesgo de sufrir malestar mental, el cual puede transmutar en trastorno, ya sea temporal o crónico.

Las redes a menudo muestran una imagen engañosa, utópica y difuminada, que poco o nada tiene que ver con la realidad. Si bien, todas las personas tienen móvil, la mayoría de ellas redes. Aquellas que más perjudicadas han podido resultar de la pandemia, por muy complicada que haya sido su situación, el mundo ha seguido girando, y el móvil no ha dejado de acompañarlas. Por mucha sensibilización y advertencia que se haga sobre el peligro de los filtros y el sesgo de la información que se comparte públicamente, el bombardeo de esa dictadura de la felicidad y vida Disney, no hace más que acrecentar las comparativas, la presión, el sentimiento de fracaso, la infelicidad y la soledad en una sociedad hiperconectada que por supuesto, puede suponer un factor para perderse por los angostos laberintos de la mente.

Por tanto, el problema base al que se enfrenta la sociedad actual es un aumento exponencial de casos, cada vez desde edades más tempranas, a los que es necesario poner solución, poniendo por bandera el dicho de “A grandes problemas, grandes soluciones”, si lo que se pretende es construir una sociedad sólida, resistente, flexible, solidaria y sorora, cuyos ciudadanos gocen de salud en el sentido más amplio de la palabra, teniendo en consideración las tres facetas que abarca ésta, trabajando en una irremediable intervención, pero sobre todo en una prevención de calidad que otorgue herramientas y estrategias a las personas para entender sus procesos, sus emociones, hacer frente a los problemas de la vida, y a los continuos embistes y lecciones que trae consigo, legitimando el malestar, y facilitando y naturalizando pedir ayuda en caso necesario, pero no desde los últimos eslabones de la escalera de la salud mental, sino desde los primeros, actuando desde la raíz y no desde las hojas.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El suicidio tiene tantos años como la propia humanidad, pero la opinión pública que el hombre ha proporcionado al mismo acto ha fluctuado considerablemente a lo largo de la historia. Así pues, entre la diversidad de contextos históricos, lugares, pensamientos, y gentes, encontramos una cita de Shakespeare en Hamlet que habla sobre la inevitabilidad de morir en “la flor del pecado”, es decir, de forma súbita e indolora, sin haber tenido la oportunidad de exculpar los pecados en un diálogo interno con Dios y a través del castigo, propio de la Edad Media, para hallar la redención y conseguir la entrada en el reino de los cielos. Lo que pone de manifiesto las distintas concepciones que se tenían sobre la transición hacia la inexistencia en las distintas épocas y momentos históricos (Roca, 2007).

3.1. Historia de la fenomenología suicida.

Según la religión, la filosofía, la cultura, la política y, por encima de todo, las ideas relacionadas con la muerte, la privación de la vida y el más allá, el suicidio, como factor universal ha sido visto a través de diferentes prismáticos y calificado con numerosas connotaciones (Pérez et al, 2002). Así pues, en la Antigua Grecia, el suicidio era frecuente entre los filósofos (recordemos a Anaxágoras y Sócrates). En China, se interpretó como un acto elogiado cuando tras la quema de los libros sagrados escritos por Confucio, los filósofos seguidores de su doctrina se suicidaron en masa. Los celtas, endiosaban a los que morían de forma voluntaria, en Japón, los antiguos samuráis, practicaban el Harakiri para expiar una falta al código de honor (El País, 2006); el Islamismo lo demonizaba siguiendo los preceptos de Mahoma; a finales de la Edad Media, el suicidio estaba penado en varios países europeos con la propia muerte en caso de no llegar a consumarla; durante el Renacimiento, resurge la concepción de muerte voluntaria con Voltaire y Rousseau encabezando estos ideales; en India, los sabios se suicidaban para encontrar el ansiado Nirvana; en España, de los siglos XVIII al XIX, se condenaba el suicidio por atentar contra la voluntad de Dios; La Iglesia Católica, al entender el suicidio como crimen, negaba el entierro en Campo Santo, llegando a practicar exhumaciones. La intransigencia de la Iglesia se intensificó con San Agustín al declarar que toda forma de suicidio era contraria a la Ley Natural y, por lo tanto, debía ser calificado como homicidio. En el Concilio de Arles, se llegó a asumir que el suicidio era resultado de la posesión del Demonio. Por otro lado, Nietzsche y Schopenhauer, manifestaron su aprecio al suicidio como parte intrínseca de la libertad del hombre (Cano, 2017).

Pérez (2002), señala la Francia del siglo XVII, como lugar en el que se denota a los suicidas como personas irresponsables, despojados de facultades mentales propias, con el añadido de atributos patológicos, en pos de locura.

Con el Romanticismo, el suicidio se torna pastoso y provoca desde la literatura, con las presuntuosas muertes de los protagonistas, una oleada de suicidios generalizada. Lo que hoy se denomina “Efecto Llamada”, o, narrativamente hablando, “Efecto Werther”, cuyo origen se sitúa en la novela “Las Penas del Pobre Werther” de Goethe, en la que el protagonista muere debido a un amor no correspondido, adquiriendo el suicidio un halo de exaltación y romanticismo exagerado, siguiendo el canon de Romeo y Julieta, de la Celestina, de Otelo, o la pieza musical “Triste Domingo”, etc. (Pérez et al, 2002).

Con la llegada de las Ciencias Sociales, Rodríguez Juan (1997), nos señala el cambio paradigmático que se produce durante la instauración del Capitalismo y la Sociedad Industrial en la relatividad del concepto “suicida”, transformándose de una muerte romantizada, a formar un problema más en el bulto de las disyuntivas sociales de la época junto con otras, como las enfermedades y la pobreza.

En la Edad Moderna, aparecen dos ramas de la investigación acerca del propio fenómeno: la psicología, cuyo mayor representante fue el psicoanalista Freud, con la teoría de la autodestrucción intrínseca del hombre y su expresión a través del suicidio; y la sociológica de Durkheim, que dispara contra las corrientes morales y sociales tendenciosas de la sociedad en interacción con el individuo, como virus de la pandemia suicida (Freud, 1996; Carbonell y González, 1997; Durkheim, 1989).

El catolicismo por su parte siguió calificando el acto de inmoral, incluso admitiendo la parcial responsabilidad del sujeto sobre sí mismo, mermada por la enajenación de la enfermedad mental, en negación del Dios absoluto, como único responsable de la existencia (Vélez, 2003).

Hoy, desde un prisma sociosanitario, “el suicidio es considerado uno de los principales problemas de salud pública internacional”, (Ayuso et al, 2012), convirtiéndose en la segunda causa de muerte no natural en personas entre 15 y 29 años. El suicidio se ha comprendido desde

occidente como el agravio y atentado contra la propia vida de forma voluntaria, contemplando desde la aparición de pensamientos suicidas, hasta el acometimiento del acto en sí (OMS, 2021).

3.2. Terminología suicida

El vocablo “*suicidio*” tiene su origen en la conjunción de las raíces latinas “sui” y “caedere”, cuya significación literal es “matarse a sí mismo”. Como neologismo, su aparición en el lenguaje oral es de reciente incorporación, y su significado, engloba numerosas acepciones comportamentales y detalles distintivos sobre la violencia del acto a la hora de acometer el suicidio. (Pelicier, 1985).

En nuestro país, su aparición data en el año 1772, en una obra ensayística donde se crítica a Voltaire. Se introdujo años más tarde, en 1817, en el Diccionario de la RAE (Martí, 1982).

La UNESCO, en su Diccionario de las Ciencias Sociales, lo describe como el “acto de quitarse la vida voluntariamente” (Giner, 1987).

La Real Academia Española de la Lengua (RAE), dice del suicidio que consiste en la “acción o conducta que perjudica o puede perjudicar gravemente a quien la realiza” (RAE, 1992).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2009), realiza la siguiente definición: “Un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”

La clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-10-ES, s.f.), en su décima edición, lo define 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”.

3.3. Epidemiología

En España, según los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el 2019, año previo a la pandemia, se produjeron un total de 3.671 suicidios consumados. En Castilla y León, 218 y en Burgos 33, aunque existen grandes discrepancias con casos que no han sido

registrados por médicos forenses, siendo mucho mayor la estadística real (INE, 2019). Según la OMS (2005), el suicidio es la decimotercera causa principal de muerte a nivel mundial y presenta una tasa mundial de mortalidad anual de 145 por 100.000 habitantes, lo que supone un suicidio cada 45 segundos, sin contar las tentativas no exitosas, realizándose una media de 10 a 20 intentos con idea de muerte (Campos, 2009).

La contabilidad del suicidio lleva realizándose desde 2006 en España, de manera anual, registrando no sólo los suicidios consumados, sino también las tentativas. Desde el 2007, se emplean los estándares internacionales, de manera que se extrae la información, en palabras de Cano (2017), del boletín de defunción judicial que se utiliza para la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, lo que significa que, ante casos de muertes ambivalentes y sospechosas, la ley marca la necesidad de una autopsia medicolegal.

La información sobre el suicidio es, según la OMS (s.f.) escasa en todo el globo. Tan solo 80 de los Estados Miembros, presentan datos verídicos y fiables para determinar el cómputo global de las tasas reales. Este problema se caracteriza por ser un problema estigmatizado, condenado en muchos países, siendo incluso ilegal en alguno de ellos. La prevención, debe promover la investigación de tales focos, para explorar desde la raíz la infección, y al entenderla, articular los mecanismos necesarios para combatirla. A tal fin, deberían registrarse civilmente todos y cada uno de los casos, consumados o no, en los hospitales, así como llevar a cabo investigaciones nacionales que recojan información de los intentos realizados por los individuos para actuar individualmente sobre la persona en cuestión, priorizándola y advirtiéndole de su vulnerabilidad y la necesidad de tener un seguimiento continuo.

Merece especial atención señalar que el 20% de las personas que lo intentan por primera vez, lo vuelven a intentar a lo largo del año que le sigue. De este 20%, un 10 consigue consumar el acto, lo que aporta una idea sobre la punta de iceberg que representan los intentos autolíticos (Saiz et al., 2012), y todo el estigma asociado y motivado por el desconocimiento, el tabú y la frustración de una sociedad incapaz de ofrecer a las personas motivos de esperanza para seguir viviendo (Guevara, 2004).

3.4. Epidemiología en adolescentes

Lo que interesa en este punto, es incidir e investigar la aparición reciente de esta casuística entre jóvenes de 15 a 25, en varios países europeos como Portugal, Irlanda, Reino Unido, España, Grecia y Nueva Zelanda (Burns et al, 2008), en oposición con el siglo pasado y los registros efectuados. Saber cómo se relaciona con la “multidimensionalidad biológica, psicológica y sociocultural del propio fenómeno” (Guevara, 2004). En población infantil, los estudios señalan una presencia de ideación suicida muy baja, que asciende a lo largo de la adolescencia temprana y tiene su pico entre los 12 y 17 años (Perry et al., 2016).

Así pues, las conductas suicidas y autolíticas, tanto en la preadolescencia como en la adolescencia, suponen un inquietante problema, con efectos devastadores en los supervivientes, a nivel emocional, así como en costes económicos y sociales, en términos políticos, económicos, educativos, sanitarios (Pérez et al, 2002).

De los estudios llevados a cabo en materia, destacan las entrevistas realizadas a adolescentes que practicaron intentos autolíticos y de suicidio. Señalaban que su principal motivación para acometer tales actos había sido escapar de situaciones de las que se habían sentido incapaces de afrontar o superar, poner fin a los bucles mentales de pensamiento y emociones generadas, como rechazo, dolor o pérdida, enfado, vergüenza o culpa. También, muchos de ellos, señalaban sentirse una carga para los demás, no queridos, o incluso maltratados (Arias, 2009).

Desde la medicina familiar, se ha comprobado que la mitad de los jóvenes por debajo de los veinticinco años, contactan con un médico de atención primaria, en los meses anteriores a su muerte, por lo que la detección debe ser precoz y la valoración del riesgo acertada, como método para paliar los efectos colaterales que trae consigo.

Los profesionales del campo de la psiquiatría y la psicología insisten en la necesidad de políticas públicas que provean a la población de los recursos necesarios para una correcta detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos que pudiese haber, así como de protocolos de intervención y políticas a largo plazo para dar continuidad a los pacientes con alteraciones de cualquier tipo. Por y para ello, resulta indispensable y urgente poner luz sobre las cifras del suicidio y los factores que potencian el riesgo, para realizar una aproximación a la realidad de las personas, y así organizar en base a estos conocimientos la correcta estructuración sanitaria

y preventiva (Ayala, et al, 2005; Legido, 2012; Redmore et al, 2016; McKinnon et al, 2016, Perry et al, 2016).

Frente a la negatividad de los datos recogidos, aún queda esperanza. Está demostrado que la prevención de la conducta suicida funciona. Pero para realizar una prevención consecuente y efectiva, es indispensable la previa investigación sobre cuáles son los principales factores de riesgo, y cuáles son los factores de protección, para desarrollar estrategias de calidad que reduzcan cuantitativamente estos comportamientos (OMS, 2014).

Desde la OMS, se estudian a nivel global, los indicadores normativizados que se pueden relacionar con la cultura y las interacciones sociales para explorar más de cerca, la ideación y los comportamientos de las personas con propensión suicida, analizando los factores de riesgo como el sexo, la edad, la raza, orientación sexual, etc.... y otros más variables como el acceso a medios, trastornos mentales, enfermedades médicas, aislamiento social, estado civil, situación laboral, ansiedad, desesperanza, insatisfacción vital. A nivel europeo, se han llevado a la práctica iniciativas como la Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention (Comisión of the European Communities), en Australia estudios sobre la sanidad electrónica como método preventivo basándose en las nuevas tecnologías y el uso competencial que aleja a los jóvenes de pedir ayuda de manera tradicional. En España, se elaboró desde el 2009 al 2013, la Estrategia de Salud Mental, para prevenir el suicidio y evaluar formas para reducir las cifras en grupos vulnerables y con potencial riesgo (Perry et al, 2016).

3.5. Clasificación de las conductas suicidas

La clasificación de las conductas suicidas ha sido controvertida en los últimos años. Así, la bibliografía que se encuentra de años anteriores es diversa en cuanto a nomenclaturas se refiere, pero no dista tanto de las descripciones generales que se hace de cada una. Para ejemplificar lo siguiente, encontramos que, en 1875, Jousset y Moreu de Tours clasificaron el suicidio en maniático, melancólico, obsesivo e impulsivo o automático. En 1989, Durkheim, se basa en el anterior autor para describir el suicidio desquitando la locura asociada al mismo, y realiza una clasificación atendiendo la amplitud de las variables de “edad, sexo, situación familiar, creencias religiosas, guerras, etc....” y concluye con la siguiente categorización (Sarró y De la Cruz, 1991; Gracia, 1994: Suicidio egoísta, altruista, anómico, y fatalista. Duché (1964), habla del “suicidio como huida, suicidio como búsqueda de ayuda, como llamada de atención, y en

sentido estricto de búsqueda de muerte”. Gould (1998), describe también el “suicidio para encontrar a un ser querido, muerte como evitación del abandono y el rechazo, conducta suicida para atraer el amor, la atención o castigar al otro, suicidio como redención de los pecados, y auto asesinato, la rabia hacia el otro es tan fuerte que se vuelve contra sí mismo; suicidio por desintegración de la personalidad, y en último lugar, como grito de ayuda. Resulta interesante la clasificación que realiza Rojas en 1984, por ser más exhaustiva y amplia (Cano, 2017):

1. Según la etiología: psicótico, neurótico, social, psicodiplástico, filosófico
2. Según la forma/ dinámica: Formal (impulsivo, fóbico-obsesivo, reflexivo, histriónico).
Según la técnica (Suave, brutal, intermedia, insólito, enmascarado, social)
3. Según la intencionalidad: Con intención de morir, como huida de una situación insostenible, conductas de riesgo, con intencionalidad ordálica, veleidad suicida, chantaje suicida, por revancha, por balance existencial.
4. Según la relación de integridad en la sociedad: Egoísta, altruista, anémico
5. Según los resultados: Consumado, frustrado, intento de suicidio, suicidio aparente, equivalencia suicida, suicidio moral.
6. Según el curso evolutivo: Suicidio único, recurrente.
7. Según la gravedad: Moral, muy grave, grave, leve
8. Según el número de personas que participan en el acto: Individual, doble, ampliado, colectivo.
9. Según la conciencia del acto: Psicopatología de la conciencia; Consciente, en curso de un embotamiento de la conciencia.
10. Según la actitud del sujeto ante su vida: Activo, pasivo

3.6. La estigmatización del suicidio y los medios de comunicación

La estigmatización en torno al trastorno mental y suicidio disuade a muchas personas de pedir la ayuda que necesitan cuando tienen ideas relacionadas con su propia muerte, desquitándolas de la atención urgente que precisan. La prevención de éste ha cometido numerosos errores en cuanto a la falta de sensibilización de este problema de salud pública, convirtiéndose en un tema tabú, persistente en un gran número de sociedades, impidiendo su tratamiento y contención. Pocos son los países que han incorporado la prevención entre las prioridades de sus políticas y tan sólo 38 han notificado que cuentan con una estrategia de prevención concreta (OMS, 2021).

La muerte que más provocación genera es la del suicida, de carácter a menudo incomprensible, que atenta contra la propia naturaleza y existencia. Los medios de comunicación a menudo han cometido el error de perpetuar el estigma haciendo uso de la morbosidad y del detalle ante el relato de noticias sensacionalistas para vender más periódicos. El especial interés del público, puede trasmutar en morbosidad, lo que requiere una revisión de la ética informativa del responsable de comunicación, dado que cuando se sucede un acto como este, se abre una causa judicial, siendo, por ende, materia de investigación y publicación mediática. Sin embargo, ante una noticia así, debe prevalecer siempre la responsabilidad para con la familia, los cuales deben tener “derecho a la intimidad de su pena y la honra del difunto” (Urzúa, 2003).

En términos mediáticos, las razones que encontramos ante la forma de actuación tradicional de silenciar el suicidio tienen su base en el intento de, no de obstruir la información, sino de tratar y prevenir el efecto multiplicador de casos. La ejecución de este silencio como estrategia, avalada por los expertos, se sostenía sobre el efecto llamada, también conocido como mimesis, o “Efecto Werther” extraído de la novela de Goethe. No obstante, este modus operandi, ha cambiado recientemente, y los expertos en materia de psicología y psiquiatría urgen a los medios la correcta difusión de este problema social de gran dimensión, con el objetivo de frenarlo. De esta manera, se han organizado asociaciones como el “Teléfono de la Esperanza”, la “Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del suicidio” o la “Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental”, “Fundación ANAR”, cuyas voces se aúnan para pedir visibilidad, y reclaman la necesidad colaborativa de los medios para romper el estigma y contribuir a su prevención. Los pilares de la consiguiente argumentación y articulación de tales recursos se ejemplifican con los progresos en otros casos como el de la violencia machista, o bien las campañas de seguridad vial y la reducción drástica de accidentes en carretera. En el caso del suicidio, lo han bautizado con el nombre de “Efecto Papageno”, aludiendo al cambio de opinión en última instancia, inspirado en la Flauta Mágica de Mozart (Durán y Fernández, 2020).

Basándose en los últimos estudios del efecto “Papageno”, los expertos señalan la necesidad de informar, estableciendo los límites, para el tratamiento positivo de la información. Así se ha podido articular desde la Asociación de Periodistas de las Islas Baleares la formación de un grupo multidisciplinar compuesto por psicólogos, psiquiatras y periodistas, a través de una

iniciativa en el Colegio Oficial de Psicología de Baleares, cuyo fin ha sido la obtención de un código ético compuesto por 25 normas básicas de estilo consensuadas para incluir en el Código Deontológico de la Federación de Asociaciones de Periodistas en España, el cual no hacía referencia alguna a la sensibilidad necesaria para referenciar el suicidio (Durán & Fernández, 2019).

Según Durán y Fernández (2020), el enfoque global de esta problemática ha sido esporádico y superficial. El Código Ético señala la importancia de dedicar más reportajes, entrevistas y documentales al problema del suicidio que traten el tema en profundidad, en vez que quedarse en la noticia de un minuto o en la cara de periódico.

Entre otros muchos fallos que señala la Comisión encontramos la individualidad del problema, el cual deriva en una pérdida de la visión global que afecta a la sociedad en conjunto.

En cuanto a las alternativas y la ayuda profesional, señalan, que los teléfonos existentes no conceden la ayuda necesaria, por lo que el Gobierno, debería crear espacios públicos dedicados exclusivamente a esto, dado que los teléfonos a menudo largos y muy difíciles de memorizar, atienden quejas de usuarios, o esperas demasiado largas, pese a ofrecer un servicio 24 horas.

3.7. Factores de riesgo

Según los últimos informes de la OMS, las causas que lo preceden por lo general se asocian sobre todo a los trastornos mentales, como la depresión o al consumo de alcohol. Si bien es cierto que entre un 90% de los suicidios o intentos de este pueden relacionarse con la depresión, también existen otros detonantes, como los problemas cotidianos o las tensiones de la vida (finanzas, enfermedades crónicas o rupturas relacionales dolorosas), que pueden formar parte de la base de esta problemática. Entre los factores de riesgo asociados, se incluyen también aquellos contextos en los que la presencia de violencia, conflictos, aislamiento, o catástrofes caracterizan el día a día de ciertas personas. Tampoco se salvan los grupos vulnerables como el colectivo LGTBI, los refugiados, migrantes, pueblos indígenas, y reclusos, de ser más propensos a sufrir crisis que desembocan en trastornos mentales.

Otros factores como los abusos y los malos tratos durante la infancia (Early-life adversity, 2012), las negligencias de los padres o tutores como el error cometido a la hora de atender las

necesidades básicas del niño a nivel físico, médico, emocional y educativo, así como el tipo de ambiente y apego, se relacionan de manera estrecha con el suicidio en años posteriores.

En el terreno socioeconómico, se vinculan factores de riesgo a eventos como las guerras, los desastres naturales, la discriminación, aislamiento, crisis económicas, vinculados a los jóvenes (OMS, 2018).

Legido (2012), Pérez (2009), realizan una revisión resumida de los factores de riesgo, dividiéndolos en factores individuales, familiares y contextuales, y precipitantes entre los que destacan los eventos vitales estresantes como pérdidas personales, financieras, problemas legales, acontecimientos negativos, fácil acceso a armas de fuego, medicamentos, tóxicos, y el acoso por parte de sus iguales, ya sea de forma física o por medio de las redes sociales.

En relación con lo anterior, el adolescente que es acosado por parte de los compañeros, a menudo se refugia en internet para escapar de su realidad, pudiendo no hallar la esperanza, sino todo lo contrario, formas de acrecentar su pesimismo con foros, comunidades, chats, y páginas pro-suicidas. Según un estudio realizado entre el 2000 y 2013, por Montgomery, vincularon una correlación positiva entre los foros de internet y el aumento del riesgo entre los adolescentes, con exposición a imágenes violentas e información sobre métodos suicidas, basadas en el anonimato, por lo que es difícil aplacarlas, que ofrecen un extenso decálogo de motivaciones, medios eficaces o ayuda asistencial no profesional (López, 2020).

3.8. Factores de riesgo de orden neurobiológico.

En un intento por comprender el suicidio, primero hay que comprender que no existe un único motivo que lo propulsa y lo inculca, sino que su origen tiene carácter multifactorial. Ante esto, es importante resaltar y añadir que, dada la variabilidad y los posibles focos causantes de tal afección, cualquier persona puede ser víctima de sufrir trastornos como la ansiedad, la depresión o cualquier otro tipo de alteración del estado mental (Aldavero, 2019). Entre las causas multifactoriales neurobiológicas podemos encontrar factores genéticos, la historia familiar y la predisposición, baja segregación de ciertos neurotransmisores como la serotonina, el glutamato, GABA, las hormonas como sistemas de respuesta ante el estrés, estados inflamatorios del cerebro, el colesterol correlacionado con el cortisol, disfunción en los sistemas

de limpieza, supervivencia celular, y generación de mielina en las neuronas de la glía (Mann, J. 2013; Aldavero, 2019; Howren et al, 2009)

3.9. Factores de protección

Según Cano (2017), los factores de protección están determinados por los factores personales de los que cada uno disponga, como la resolución de conflictos, la asertividad, la confianza y autoestima, así como las relaciones interpersonales. Los factores sociales o medioambientales, donde podemos encontrar el apoyo familiar y social, la integración en la sociedad, la espiritualidad o las prácticas religiosas.

Las doctoras Pineda y Aliño (1999), expertas en la materia hacen una definición más concreta en torno a los factores de protección de los adolescentes, señalando los siguientes:

- La familia y las relaciones internas.
- Las políticas sociales de atención a la niñez y adolescencia
- Acciones determinadas que permitan la salud integral, el desarrollo y el bienestar.
- Autocuidado de la salud reproductiva en ambos sexos.
- Igualdad de oportunidades para el correcto desarrollo en salud, educación y tiempo libre
- Autoestima y pertenencia
- Oportunidad de desarrollar modelos de vida congruentes con los valores personales.
- “Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés conociendo la capacidad de recuperación, ante condiciones aversas que poseen los niños y adolescentes”

3.10. Estrategias de prevención

El suicidio, como bien se ha mencionado antes, atañe repercusiones emocionales, económicas y sociales considerables. Por ende, establecer medidas y estrategias que eviten los inicios de conductas suicidas, puede ser crucial. La Unión Europea ha participado en campañas como “Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention”, y en España existe la “Estrategia de Salud Mental” con el objetivo de disminuir las cifras de muerte en los grupos más vulnerables (Aldavero, 2019).

Los planes de prevención deben ser adoptados por la sociedad, las comunidades y las personas a nivel individual. Entre las medidas expuestas por la OMS (s.f.), la prevención debe realizarse a través de la restricción al acceso de los medios de suicidio, especialmente los plaguicidas, armas de fuego y medicamentos; transmitir información responsable por parte de los medios de comunicación que dé visibilidad y sensibilice al público; la introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol; la identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental, y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastornos emocionales, capacitación de personal sanitario en la evaluación y gestión de conductas suicidas; seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse, así como la prestación de apoyo comunitario, y por último, destinar más recursos a la investigación para poder comprender el problema y desarrollar nuevas estrategias más efectivas (OMS, 2021).

3.11. Campañas de Prevención del suicidio

El estigma y el tabú que han parasitado el suicidio durante tantos años, han supuesto una carrera de obstáculos en materia de prevención. La FSME, la Fundación Salud Mental España, incluye en su página web la totalidad de programas que existen sobre prevención de conductas suicidas en España como en nuestro país. Aquellos que se consideran más relevantes son “Eurogenas” y “Supreme”, cuyos objetivos son la prevención de los pensamientos y las conductas suicidas haciendo sensibilización para romper con el estigma de los trastornos mentales.

El problema de España es la falta de estrategia a nivel estatal, pues existen planes autonómicos independientes como los de “Galicia, Murcia, Castilla La Mancha, l’Eixample de Barcelona y la Comunidad Valenciana”. Todos, concuerdan en la necesidad de promoción a través de campañas de concienciación social dado que se ha comprobado el cambio social y mental que provoca en los individuos frente al estigma. En cuanto a las acciones publicitarias, hallamos en la Comunidad de Madrid el “*Plan de Salud Mental*” (2010-2014, 2018-2020); en Comunidad Valenciana encontramos el “*Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida*” (2016-2020). Las Administraciones Públicas de las dos Comunidades han complementado las campañas con estrategias y programas, aunque su abordaje es diferente. Por otro lado, destaca sobre todo la Comunidad Valenciana en planes estratégicos de prevención, situando la comunicación como piedra angular, a la que han dedicado un trabajo real con la creación de spots televisivos y una página web.

A nivel europeo, podemos destacar las campañas de Austria, Escocia, UK, Rumanía, Singapur, Corea del Sur y Australia. En cifras, los países previamente mencionados sobresalen por sus elevadas ratios de suicidio, con un 9 en territorios de Europa, y entre un 15 y un 20 en Asia.

Aquellas que mejor han podido funcionar se construyen sobre la tríada formada por la elaboración de guías informativas preventivas y de diagnóstico de conductas suicidas dirigidas a diferentes colectivos, campañas publicitarias, y la eliminación del sensacionalismo en los casos consumados por los medios de comunicación (Fanjul et al, 2020).

4. DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología empleada en la consecución del programa dirigido a jóvenes para prevenir la conducta suicida tiene como base la “*Guía de Prevención de la Conducta Suicida*”. Un cuadernillo emitido y publicado en 2022 por el Ayuntamiento de Burgos, repartido entre los colegios, para informar y sensibilizar de la inmensidad de esta problemática a todas las personas pertenecientes al ámbito educativo, como a los interesados.

La guía fue respaldada posteriormente, por el Centro de Formación del Profesorado e Innovación Educativa de Burgos (CFIE), a través de la realización de un seminario de dos sesiones, entre marzo y abril del 2022, en donde tomaron la palabra Enfermeras de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría y URTA del HUBU, una jurista, consultora y mentora especializada en alta sensibilidad, psicología positiva aplicada y coaching de fortalezas y profesionales expertos en la materia.

Tras la asistencia a las jornadas, se sucedió un caso de suicidio relativamente cercano a mi entorno, lo que propugnó el creciente interés por la temática y el acercamiento a las causas para procurar una correcta prevención que sirvieran de verdad para aumentar el bienestar bio-psico social de los adolescentes, extrapolarlo todo lo descrito en el cuadernillo del apartado de “Desarrollo” a situaciones reales.

La creación de los talleres está fundamentada en artículos de revista, noticias, publicaciones, y la necesidad imperante de desagraviar el estigma a través de la sensibilización. Así pues, algunas de las fuentes de inspiración se encontraron en: Dialnet, Scopus, El País, El Mundo, XL Semanal, revista “Pronto” y la extracción de frases de redes sociales o libros de autoayuda.

Para la elaboración del discurso, sobre todo para la parte de “Hábitos de Vida Saludables”, la información fue extraída de material audiovisual encontrado en “YouTube”, con la visualización de varios canales y vídeos al respecto.

Algunos de los videos de los que se ha extraído información son:

- **Marian Rojas:**
 - “*Reiniciar el cerebro para afrontar el futuro*”

- *“Cómo superar tus miedos y fortalecer tu mente”*.
- **Aprendemos Juntos- BBVA:**
 - Carlos Casabona: *“Cómo enseñar a tus hijos a comer sano”*.
 - Julio Basulto: *“Comer de todo no es bueno para la salud”*
 - Silvia Barrera: *“Educación en la era del sexting y el ciberbullying”*
 - Silvia Congost: *“¿Qué significa tener una buena autoestima?”*
 - David del Rosario: *“Neurociencia aplicada al día a día”*.
 - Nathareth Castellanos *“Conoce tu cuerpo, conoce tu cerebro”*.
 - Jana Fernández: *“El sueño en la sociedad de las prisas”*.
 - Tomás Navarro: *“Tres fortalezas para tu salud emocional”*
 - Juan Fernández: *“La importancia de la investigación en la escuela”*
 - Ramón Bayés: *“Mi largo viaje por la vida”*
 - Pablo d’Ors: *“El ejercicio lento de lo cotidiano”*
 -
- **Lucy Serrano:** *“Consejos para resolver problemas”*.
- **TEDx Talks:** *“El cerebro de los adolescentes y ¿Por qué actúan así?”*
- **The Wild Project:** *“Hablemos sobre el suicidio. El gran tabú de la sociedad”*.

De los vídeos mencionados, he podido extraer grandes frases, o resumir información detallada que los ponentes dan, para adecuar el discurso a los adolescentes hacia los que me he dirigido.

5. DESARROLLO DEL PROYECTO

Desde un plano teórico, la bibliografía que podemos encontrar sobre el suicidio, el incremento de las tasas de muerte en la población infanto-juvenil, la casuística, o los factores de riesgo y protección son amplios y vastos. La “*Guía de Prevención de la Conducta Suicida*” publicada por el Ayuntamiento de Burgos, recoge de una manera escueta, la información relacionada con las tres formas de prevención, enfocándose en informar a los profesionales del campo educativo para que sean capaces de realizar una detección precoz, así como una prevención primaria, secundaria y en casos irremediables, terciaria.

El problema surge cuando la información se enclaustra en las páginas de un libro, y la puesta en marcha se disuelve en la inexistencia. Del marco teórico, se deduce la urgente necesidad de unas metodologías de trabajo efectivas que sean aplicables en los centros de estudio, capaces de promover las actuaciones preventivas, cuando el riesgo es mínimo, en vez de las interventoras, cuando el riesgo ya adquiere cierto grado de alarma y tono de preocupación.

El programa, constituye un puente entre las letras impresas y su llegada a oídos del alumnado, salvando la brecha existente que se produce a menudo entre la extensa e infinita información disponible en la web, y el porcentaje aplicable de la misma. Así pues, el diseño de este programa-charla es el resultado orquestado de una sensibilización real experimental llevada a cabo durante tres semanas en las aulas de un colegio concertado de la ciudad de Burgos y la revisión de la misma, plasmada en una programación didáctica detallada, en la cual, se mantienen y potencian los puntos fuertes detectados a través de la propia autoevaluación, la retroalimentación con los profesores y tutores que estuvieron presentes, y la evaluación final de las jornadas por parte de los alumnos, corrigiendo aquellos puntos que no funcionaron o podrían haber funcionado mejor, siendo este el fruto de un trabajo colaborativo y recíproco.

Como toda metodología o asignatura, el programa merece un nombre, así como el “Método Montessori”, la “Pedagogía Waldorf”, o la materia “Conocimiento del Medio”, por lo que en este caso, se bautiza al programa con el nombre compuesto de “*Programa para el Desarrollo Personal Integral*”, del cuál se extraen las siglas “PDPI”, cuya misión es facilitar estratégicamente la memorización del nombre, equiparándolo con asignaturas como M.A.E (la antigua alternativa a religión); F.A.G (Fundamentos de Administración y Gestión) de la

LOMCE, con el propósito de ser primeramente, un programa subcontratado por la Junta de Castilla y León, que se aplique durante las horas de tutoría en los primeros cursos de la ESO, después por las Juntas de las diferentes Comunidades Autónomas, y a futuros, un comienzo para elaborar de manera extensa los contenidos y ser propuesta para formar parte del Decreto por el que se rige el Currículum Escolar, sin competir con otras asignaturas que bien podrían confundirse con ésta como son “filosofía, ética o educación en valores”, pues ambas serían complementarias, para fomentar el desarrollo integral de los jóvenes en el marco societario.

Durante la realización de las charlas, se pudo observar que, para que la aceptación por parte de los destinatarios fuera positiva y favorable, a ojos del alumnado, el programa no puede reconocerse como una “charla” más, pues a menudo, las horas de tutoría se “rellenan” de tiempo libre, y la preocupación de los adolescentes reside en recuperarlo cuanto antes. La privación de su tiempo libre en intercambios no negociables por tediosas charlas aumenta exponencialmente el rechazo por parte de algunos alumnos, así como la desidia y el interés general de la clase hacia la temática. Por lo que, es importante una denominación que aluda una parte práctica o se intuya el dinamismo de la ponencia para incrementar la expectación y las ganas. Con la palabra “Taller”, o en su caso, “workshop” como etiqueta, es posible que la ingesta y digestión de las jornadas sea más asumible y produzca un cambio considerable en la receptividad del público objetivo, así como en la actitud y disposición que tengan ante el mismo. La marca por la que el programa debe distinguirse es por ser dinámico, no evaluable, y 100% asistencial, en cuanto a criterios de evaluación se refiere. Por otro lado, debe suponer un lugar seguro, donde los alumnos se sientan libres para opinar, hablar, expresarse, y de donde obtengan herramientas de autorregulación de los pensamientos, las emociones, la resolución de conflictos con el otro, o con los otros, en consecución de una autoestima reforzada que les permita transitar tanto los momentos dulces de la vida, como los amargos.

En primera instancia, los talleres comenzaron diagnosticando la autoestima de los alumnos de primero y segundo de la ESO, para lo cual, se empleó la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). En segundo lugar, se procedió a sensibilizar sobre el suicidio y los trastornos mentales y en tercer y último lugar por hablar sobre los hábitos de vida saludables, por lo que las tres primeras sesiones se desarrollaron de forma magistral con tono distendido y participativo a través de talleres que informaran sobre conceptos básicos como la salud, la salud mental, el

trastorno, los mitos asociados, etc.... apoyado todo ello, sobre un soporte visual (Power Point), para hacer más atractivo el tema con imágenes cuidadas y llamativas.

En un cómputo global, la duración de la intervención en ambos cursos duró un total de tres horas, incluyendo el pretest de Rosenberg, y el post test de evaluación.

La introducción en la materia se realizó de forma algo “abrupta”, dado que se abordó un tema tan delicado como es el suicidio desde la primera sesión. El abordaje planeado consiguió captar la atención de los usuarios, mostrándoles la punta del iceberg, y consiguió hacerles entender que el trabajo real se encontraba en la prevención, la cual se desarrollaría en las siguientes sesiones vestida de hábitos de vida saludables y dinámicas de grupo.

En una supuesta continuación o extensión del temario, de cara a unas jornadas más prolongadas, también se trabajarían temas como la psicología de las cogniciones, estrategias para combatir el estrés, entender las emociones, la importancia de hablar y escuchar, aprender a decir que no, la toma de decisiones, relativizar los problemas, técnicas de concentración para mejorar en el estudio, el humor y el lenguaje, y el control y manejo de las redes. También se enmarca en este primer eslabón naturalizar acudir al psicólogo cuando una situación nos sobrepasa, rompiendo entre todos el tabú y el estigma que atañen a la salud mental, sin caer en el autodiagnóstico y la psicología como panacea.

La esencia de los talleres es de tipología preventiva, dado que acudir a un psicólogo es privativo para muchas personas y no se lo pueden permitir, y la seguridad social, por muy buena que sea, no tiene ni los medios, ni la disposición, ni los recursos para atender las cifras de personas que requieren este tipo de asistencia. Por tanto, para disminuir las filas, o prevenir que sigan creciendo, la inversión se fija en la vacuna, más que en el medicamento, previniendo y dotando espacios para hablar y compartir visiones, opiniones, casos, anécdotas, etc y hablar de hábitos de vida y el por qué de todos ellos.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La realización de las jornadas tuvo como base un pretest y post test anónimo para diagnosticar y evaluar la autoestima del alumnado, así como la acogida del taller y la opinión de los sujetos sobre su realización.

La Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), consta de dos apartados, una evaluación cuantitativa y una evaluación cualitativa. En el primero, los resultados pueden converger en una escala de 10 a 40 puntos. La media de los resultados de los 60 sujetos que la realizaron se situó entre los 26 y 29 puntos, lo que equivale a una autoestima media, sin problemas de autoestima graves, pero conveniente de mejorar. Entre los 30 y 40 puntos, encontramos al 20% de los sujetos, y con menos de 25 debutó un 10% de la clase, siendo dos de ellos especialmente llamativos, con una puntuación de 16, muy por debajo de la media.

En la segunda parte del test, la cualitativa, se preguntaba por aquellas cosas que más les gustaban de sí mismos, los puntos fuertes, los puntos débiles, lo que creen que los demás valoran más de ellos, y lo que menos. Las respuestas tuvieron un perfil muy similar en ambos grupos, tanto en primero, como en segundo de la ESO, aunque se podía apreciar una ligera diferencia en la madurez de las respuestas realizadas por los de segundo.

Mayoritariamente los chicos destacaron sus habilidades en deportes y en los estudios. Las chicas, destacaron su capacidad para hacer amigos y ser empáticas. En cuanto a lo que menos les gustaba sobre ellos mismos, entre las chicas hubo varias referencias a su cuerpo, y los chicos, a la forma de enfrentarse a los problemas. En el apartado de qué es lo que más valoraban de los demás, ambos sexos y grupos mostraron su preferencia por la sinceridad y el apoyo de los compañeros, y lo que más les molestaba, justo lo contrario, la mentira y que hablen mal de ellos a sus espaldas.

En el caso de las dos personas que obtuvieron una autoestima de 16 puntos en la primera parte, las respuestas de la segunda corroboraban las puntuaciones obtenidas, siendo éstas especialmente llamativas. Las respuestas de ambos se pueden observar en el Anexo II de este documento.

En la evaluación final (Anexo IV), el índice de interés manifestado por la temática, de las 60 personas que lo concluyeron, fue de un 80% positivo. El otro 20% aseguró que este tipo de charlas no eran necesarias para su edad si no había problemas, o que eran muy jóvenes para escuchar hablar de ello.

Cabe destacar que las respuestas de primero de la ESO, en este caso, fueron mucho más extensas que las de segundo, siendo las del último grupo escuetas y tajantes, mayoritariamente con contestaciones de “sí” o “no”, lo que revelaba escasa información. Aquí hay que señalar que el recreo iba inmediatamente después y se estaba jugando el torneo del 3*3 en honor a las fiestas del instituto, por lo que su principal interés estribaba en otro campo, lejos de la salud mental.

Muy reseñable la contestación de las dos primeras preguntas, correspondientes a si habían oído hablar de la salud mental y si conocían a alguna persona que hubiera tenido ansiedad o depresión, siendo la respuesta, en un 90% de los casos afirmativa, lo que destapa la cruda realidad de la pirámide de casos que existen.

En cuanto a su opinión sobre si la prevención primaria y la sensibilización podían prevenir casos futuros, la respuesta general fue muy positiva, demostrando que la intervención les había servido para aprender a detectar casos en sí mismos como en los otros, y evitar los trastornos mentales en el futuro. También para dar nombre a ciertas enfermedades y comprender mejor lo que suponen cada una de ellas.

Por último, en la octava pregunta, se les invitaba a señalar tres factores que fueran importantes para ellos, siendo los más señalados el apoyo familiar, el apoyo social y sentirse escuchados.

El balance de los resultados entre el pretest y el post test, quedó satisfecho viendo la positividad de las respuestas y cómo les había podido influir para adquirir al menos un 20% de la información dada e implementarla en su día a día. Sin embargo, de la auto valoración, así como en la retroalimentación del profesorado presente, como la supervisión del tutor, se extrajeron las siguientes conclusiones:

- Hubiera sido interesante realizarlo también con Bachillerato, dado que es un periodo caracterizado por las decisiones, por la inversión de horas dedicadas al estudio, por

descuidar algunos hábitos en favor de obtener buenas calificaciones, por la autoexigencia, la exigencia de la familia y la sociedad, y por la completa incertidumbre que suponen los cambios.

- Hubiera sido preferible, ir más despacio en la sensibilización y haber ampliado el tiempo para la prevención y los hábitos saludables, con una hora más del programa, incorporando incluso alguna actividad práctica, visualización de video, o dinámica de grupo.
- El anonimato de las respuestas impidió intervenir con las personas que habían debutado con autoestima baja en la Escala de Rosenberg.
- Lo ideal sería poder incorporar un trimestre entero de jornadas para trabajar los factores de protección en cuanto a habilidades personales se refiere, casi como una asignatura de psicología práctica, en donde se pudiera hablar de los errores cognitivos, de la asertividad y los modelos para practicarlos, de las redes y las adicciones, de las emociones y su importancia, de métodos de estudio, organización y gestión del tiempo, la toma de decisiones, trabajar la autoestima, etc., con ejercicios prácticos como el role-playing, debates, trabajo colaborativo y cooperativo, para aprender a hablar, a expresarnos, a comunicar nuestras intenciones, a negociar con la familia, a pedir, a aceptar el no como respuesta, a escuchar, a estudiar sin distracciones, a optimizar el tiempo, a comprender ciertas situaciones y reveses de la vida, etc.

7. CONCLUSIONES

La etiología multifactorial del trastorno mental dificulta enormemente la intervención con usuarios que presentan determinada sintomatología. La causalidad del aumento de pacientes con afecciones mentales y del suicidio como debut, resulta curiosa cuanto menos si se piensa desde la superficialidad de la lógica, presuponiéndose disyuntiva a los tiempos de corren.

Tanto la calidad de vida a nivel global, como las facilidades de las que disponemos en sentido amplio (la mejora en salud y avances médicos, la oferta educativa y la personalización de esta, las tecnologías, el ocio, el divertimento, el transporte, la comunicación, etc....) dificultan el entendimiento de por qué son cada vez más las personas con ansiedad y depresión (entre otras), conduciendo a la pregunta de si son estas condiciones las que provocan la multiplicidad de casos, o si antes, el desconocimiento y el estigma procuraban un silencio abrumador y su aparente inexistencia.

A mi juicio, tras largas divagaciones en alto, y conversaciones discursivas informales, está clara la necesidad de volver a lo lento, a lo imprescindible. Claudicar del uso masivo de redes y tecnologías, y volcarnos en el tú a tú, en el presente. De realizar lo prioritario, en lugar de intentar llegar a todo, dando vacaciones al látigo de la comparación, de la culpa, del miedo y sobre todo del fracaso. La vida hoy está ligada al imperativo del mar infinito de posibilidades que a priori supone plausible el hito del libre albedrío; pero que, en la práctica, supone el tormento de la conciencia del individuo con el yugo de la indecisión por tomar el camino más adecuado, sin dar cabida al error como posible aprendizaje.

Inmersos en la inmediatez, nos volvemos adictos a la velocidad, a la multitarea, al más es mejor, y poco es nada, a la respuesta rápida, la moda rápida, la comida rápida, el trayecto rápido, las citas rápidas, sin valorar si quiera el impacto económico, laboral, medioambiental y humanitario que tiene cada una de esas elecciones. Creo en la importancia de dar cabida y espacio al aburrimiento como germen de la creatividad. Creo en la necesidad de aprender a salir del bullicio y escuchar y disfrutar del silencio, del estar solos y con nosotros mismos para llegar a conocernos. Es tal la cantidad de ruido, de palabras, de canciones, podcast, conversaciones sobre planes, grupos de whats app, notificaciones, obligaciones, tareas... que alcanzar momentos contemplativos resulta una tarea casi imposible de ejecutar. Lo mismo sucede con

la paciencia, al uso de la siembra. Para recoger frutos hay que labrar la tierra, sembrar, regar y esperar. Pero estamos tan adueñados por la costumbre de lo sencillo, (bajar al supermercado de la esquina y comernos un bollo envasado) que se nos ha olvidado la calidad y satisfacción de aquello, cuyo fruto requiere tiempo, esfuerzo y dedicación. Y es ese concepto, “tiempo”, el que se ha desvirtuado en pos de una aceleración constante que genera ciudadanos corto placistas, adictos a la recompensa inmediata, incapaces de valorar una buena novela, una película de tres horas, una canción sin auto tune, un tomate de huerta, un cocido de verdad, un abrazo prolongado, permanecer en una galería de arte, o meditar.

Sigo considerando la educación como proyecto de ingeniería social, pero desde su primer boceto hasta el de ahora, el juego que ha seguido es el del “teléfono escacharrado”. Las asignaturas no valoran el aprendizaje total del individuo, y el modelo de fábrica de la revolución industrial sigue aún hoy vigente. Prima más la productividad y el rédito, y no nos damos cuenta de que productividad y persona van de la mano. Desde los antiguos griegos hasta ahora, el modelo de fábrica es el supremacista. Los padres, influidos por la sociedad y la competencia, desdeñan al que saca un seis y premian al del diez. Quizá sea hora de volver al auténtico espíritu educativo, a cultivar la curiosidad, el aprendizaje de larga estancia, la crítica, el pensamiento, cuidando el hacer y el saber hacer desde la motivación intrínseca más que desde la recompensa extrínseca.

Si bien es cierto que trabajar aspectos biopsicosociales no está a la orden del día, quizá sea el momento de introducir en consonancia con una revolución filantrópica educativa algo por el estilo dentro de las aulas. Las jornadas propuestas de este trabajo son una milésima parte de lo que la educación emocional, personal y social puede englobar y hacer por el individuo o, mejor dicho, las personas, pero al menos, puede ser un comienzo.

Lo que no podemos permitir como sociedad, es que el ritmo frenético y desbordante sobreviva gracias al café y los tranquilizantes: que le quitemos horas al sueño, que juguemos con los niños a la par que atendemos mensajes de whats app y correos, que la comida se prepare en un minuto en el microondas, que practicar deporte suponga un sobreesfuerzo por tratar de hacer el tetris en la planificación semanal, que descansar desencadene un torrente de culpa, que las tareas escolares ocupen tardes enteras o que pasemos más tiempo desentrañando las redes sociales en vez que leer un buen libro en compañía del “yo”.

No podemos continuar así, y desde ya es necesario tomar parte y acción para prevenir el alud de casos ya existentes o nuevos que se nos vienen encima, atendiendo las necesidades de la población, informando, sensibilizando, naturalizando poder no estar bien en ciertos momentos de la vida, y educando, que es de lo que se trata, en mejorar como personas de manera individual y colectiva, aprendiendo a cuidarnos a nosotros mismos y después al resto.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alimentación sana*. (2020, 29 abril). OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Aracena, M. U. (2003). Suicidio, intimidad e información. *Dialnet*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=963404>
- Arias M. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN*. 2008; 13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm [consulta: 23/04/214].
- Ayala G, Marti JB, Rodes F. Incidencia del suicidio consumado en el partido judicial de San Vicente del Raspeig (Alicante). *Cuadernos de Medicina Forense*. 2005; 11 (40):119-129.
- Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2012; 5(1):8-23.
- Burns A, Godall E, Moore T. A study of suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the year period spanning 2000-2005. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2008; 15 (3): 148–157.
- Campos R. Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses. Costa Rica: *CENDEISS*; 2009
- Cano Bravo, F. (2017). El suicidio en menores de 26 años en la provincia de Sevilla. *Universidad Pablo de Olavide. Sevilla*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=181134>
- Carbonell E. Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar. *Gazeta de Antropología*. 2007; 23 (1): 1-16.
- Casero, H. (2021, 14 diciembre). La muerte de Verónica Forqué pone el foco en el suicidio, el gran tabú de la salud mental en España. *El periódico*.
<https://www.elperiodico.com/es/entre-todos/20211214/muerte-veronica-forque-tabu-salud-mental-12983476>
- Comer de todo no es bueno para la salud*. Julio Basulto, dietista-nutricionista. (2019, 10 junio). [Vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=LSVCFKWxvcA&t=1369s>
- Commission of the European Communities. The state of the Mental Health in the

- Europe. European Communities; 2004.
- ¿Cómo influye tu cuerpo en tus emociones? Nazareth Castellanos, neurocientífica. (2021, 25 octubre). [Vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=aUCK9QvbMec&t=75s>
- Domínguez, C. (2020, 30 julio). *Las 10 mejores cuentas de Instagram para comer sano*. www.elmueble.com. https://www.elmueble.com/bienestar/10-mejores-cuentas-instagram-para-comer-sano_44694
- Duche DJ. Las tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia. *Psychiatrie de l'enfant*.1964; 7:1-114.
- Durkheim E. *El Suicidio*, 3a ed. Edición española. Madrid: AKAL; 1989.
- Educación en la era del «sexting» y «ciberbullying»*. Silvia Barrera, experta en ciberseguridad. (2020, 16 noviembre). [Vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=Jjf7oUUDqNw&t=205s>
- Escudero, M. P. C. (2022a, abril 13). *Emociones y sentimientos ¿Cuál es la diferencia?* Psicólogos en Madrid. <https://www.manuelescudero.com/emociones-y-sentimientos-cual-es-la-diferencia/>
- Escudero, M. P. C. (2022b, abril 13). *Emociones y sentimientos ¿Cuál es la diferencia?* Psicólogos en Madrid. <https://www.manuelescudero.com/emociones-y-sentimientos-cual-es-la-diferencia/>
- España en cifras 2019*. (2019). INE.
https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2019/21/index.html
- Europa Press. (2022, 19 mayo). El padre de Kira, que se suicidó con 15 años, reúne firmas para pedir un protocolo nacional contra el bullying. *LaSexta*.
https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/padre-kira-que-suicidio-15-anos-reune-firmas-pedir-protocolo-nacional-bullying_2022051962866593657c6b00010073b7.html
- Fanjul-Peyró, C. (2020, 30 junio). *RUA: Campañas institucionales para la prevención del suicidio en España. Análisis del cambio estratégico en su comunicación social: caso Comunidad Valenciana*. RUA. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/107765>
- Freud S. *Obras completas*. 3a ed. Madrid: VVAA; 1996.
- Giner J, Leal, C. Conducta suicida. *Psiquiatria*. 1982: 1120-1130.

- Gobierno De España, M. S. (2022). *eCIE-Maps - CIE-10*. eCIEmaps.
https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/advanced_search/cie10_advanced_search.jsp?term=DZ915&table=D
- González Seijo J, Ramos Y. Aproximación teórica al fenómeno suicida. En: Bobes J, González J, Saiz P, eds. *Prevención de las conductas suicidas y para suicidas*. Barcelona: Masson; 1997: 5-12
- Gracia R. Las conductas suicidas y parasuicidas. En: Seva A, ed. *Psicología Medica*. Zaragoza: INO; 1994.
- Gould MS, King R, Greenwald S et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 915-923
- Heras, L. D. J. F. (1989, 1 enero). *La intervención o prevención secundaria del suicidio*. Salud Mental.
http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/378/378
- Herrera, B. P. (2020, 6 abril). *Primero el pensamiento y después la emoción*. La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/primero-el-pensamiento-y-despues-la-emocion/>
- Herrera-Gutiérrez, E. (2014, 7 marzo). Digitum: Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia: Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes*.
<https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/38287>
- Infante, A. (2022, 15 mayo). El suicidio, la amenaza silenciada desde hace demasiado que deja 228 muertes en Castilla y León. *El español*. https://www.elespanol.com/castilla-y-leon/sociedad/20220515/suicidio-amenaza-silenciada-demasiado-muertes-castilla-leon/671932856_0.html
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Consejería de Economía, Innovación y Ciencia. Junta de Andalucía.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), 2014.
- La neurociencia de la meditación*. Nazareth Castellanos, *neurocientífica*. (2022, 11 abril). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5xOGYn0KvnU>
- Legido T. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos [tesis doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, Facultad de Medicina; 2012.

- Linde, P. (2022, 9 mayo). España estrena un teléfono para prevenir el suicidio: el 024. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2022-05-09/espana-estrena-un-telefono-para-prevenir-el-suicidio-el-024.html>
- McKinnon B, Garipey G, Sentenaca M et al. Adolescent suicidal behaviours in 32 low and middle income countries. *Bull World Health Organ*. 2016; 94 (5): 340-350. Disponible en: doi: 10.2471/BLT.15.163295 [consulta: 24/09/2016].
- Madruga Acerete, D., & Pedrón Giner, C. (2014). *Alimentación del adolescente*.
- Marti G. El suicidio consumado en las Islas Baleares [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Medicina; 1982.
- Martínez, L. F. L. (2020). Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7553715>
- Martínez Martín, M. A., Ordóñez Cambolor, N., Alonso Alcalde, N., del Torno Ibeas, A., & García Gutiérrez, E. (2022). *Guía de Prevención de la Conducta Suicida*. Ayuntamiento de Burgos.
- «Nos encanta pensar la vida en lugar de vivirla». David del Rosario, investigador en neurociencia. (2022, 4 mayo). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Ku7zQZWqqDs&t=173s>
- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf> [consulta: 25/06/2013].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud; 2002. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf [consulta: 25/10/2015].
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf [consulta: 25/10/2015].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). List of countries by suicide rate. 2010. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate [consulta: 13/05/2014].
- Pelicier, Y. En torno a la historia del suicidio. *Psicopatología*. 1985; 5 (2): 85-99.

- Pérez-Barrero, S. A. (2013). La internet - Nuevas posibilidades, nuevos problemas y nuevos desafíos en la prevención del suicidio. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 69(1-4), 101-106. <https://doi.org/10.20453/rnp.v69i1-4.1606>
- Pérez S. El suicidio adolescente y juvenil en España. *Revista de Estudios de Juventud*. 2009; 84: 126-142.
- Perry Y, Werner-Seidler A, Calear A et al. Web-based and mobile suicide prevention interventions for young people: systematic review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016; 25 (2):73-79.
- Peyró, C. F. (2020). Campañas institucionales para la prevención del suicidio en España: Análisis del cambio estratégico en su comunicación social: caso Comunidad Valenciana. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7491328>
- Pineda Pérez, S., & Aliño Santiago, M. (1999). *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia. Capítulo I. El Concepto de adolescencia.: Vol. I. UNICEF*.
- Prieto, P. B. (2022, 30 mayo). *Los 24 tipos de sentimientos (y para qué sirven)*. Medico+. <https://medicoplus.com/psicologia/tipos-sentimientos>
- ¿Qué significa tener una buena autoestima? Silvia Congost, psicóloga. (2020, 25 noviembre). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=9QCobqzrTXk&t=186s>
- Real Academia Española. *Diccionario histórico de la lengua española*. Madrid: 1992.
- Redmore J, Kipping R, Trickey et al. Analysis of trends in adolescent suicides and accidental deaths in England and Wales, 1972-2011. *The British Journal of Psychiatry*. 2016; 209 (4): 327-333.
- Roca E. Problemas jurídicos actuales sobre la vida y la muerte. VI Congreso Iberoamericano de Academias de Derecho. Bogotá; 2007.
- Rodríguez JE. Introducción histórica. En: Ros Montalbán S, ed. *La Conducta Suicida*. Madrid: Libro del Año 1997; 19-27.
- Rojas E. *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona: Salvat; 1984.
- S. (2019, 9 enero). *Significado de Autoestima*. Significados. <https://www.significados.com/autoestima/>
- Saiz P, García-Portilla MP, Paredes B et al. Evaluación y manejo de la conducta suicida en el centro de salud. *Encuentros en Psiquiatría*. Madrid: Enfoque Editorial S.C.; 2012. Guevara V. Dinámica microsocia del suicidio en adolescentes: un estudio de redes sociales. *Crisis*. 2004; 25: 12-18.

- Sarro B, De la Cruz C. Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
- Social Media and Young Adults*. (2020, 30 mayo). Pew Research Center: Internet, Science & Tech. <https://www.pewresearch.org/internet/2010/02/03/social-media-and-young-adults/>
- SPC. (2022, 24 abril). Sanidad busca determinar los signos de alarma del suicidio. *Diario de Burgos*. <https://www.diariodeburgos.es/Noticia/Z5D915DAC-D546-0FCB-1FD24F01DF3D1165/202204/Sanidad-busca-determinar-los-signos-de-alarma-del-suicidio>
- Suicidio*. (2021, 17 junio). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Suicidio Infanto-Juvenil* (TFG). (2018). Academia Atu. https://www.academia.edu/45466671/TFG_SUICIDIO_INFANTO_JUVENIL_PDF
- Texto completo en la versión PDF*. (2019). Revista La razón histórica. <https://www.revistalarazonhistorica.com/42-8/>
- Trastorno de estrés postraumático*. (2021). TEPT | MedlinePlus en español. <https://medlineplus.gov/spanish/posttraumaticstressdisorder.html>
- Ubierna, G. G. (2022, 25 abril). Burgos crea un grupo de expertos ante las cifras de suicidio. *Diario de Burgos*. <https://www.diariodeburgos.es/Noticia/ZBE548442-F731-F345-8BEE03212B1EEC43/202204/Burgos-crea-un-grupo-de-expertos-ante-las-cifras-de-suicidio>
- UTILIZA EL PODER DE TU CEREBRO | Verás resultados INCREÍBLES | Marian Rojas Estapé*. (2022, 25 febrero). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=-c-sozyH4bI>
- V. Completa. Educar en la complejidad. Juan Fernández, profesor y biólogo*. (2022, 20 abril). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=8GccAiXo7rQ&t=183s>
- V. Completa. El ejercicio lento de lo cotidiano. Pablo d'Ors, escritor*. (2021, 21 junio). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=y8AawdSWnIY>
- V. Completa. Mi largo viaje por la vida. Ramón Bayés, psicólogo y escritor*. (2022, 25 mayo). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=vSrjyUELkKM>
- Vélez J. Bioéticas para el siglo XXI: 30 años de Bioética (1970-2000). Universidad de Deusto; 2003.

Vázquez Morejón, A. J., Jiménez García Bóvea, R., & Vázquez Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla.*, 22.
https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1

Versión Completa. La importancia de la nutrición en la educación, Javier Blumenfeld. (2018, 16 abril). [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=f_O44hJN2GQ

Versión Completa. Un método para aprender a descansar. Jana Fernández, especialista en sueño. (2022, 10 enero). [Vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=JsPJpNYsi-c&t=14s>

9. ANEXOS

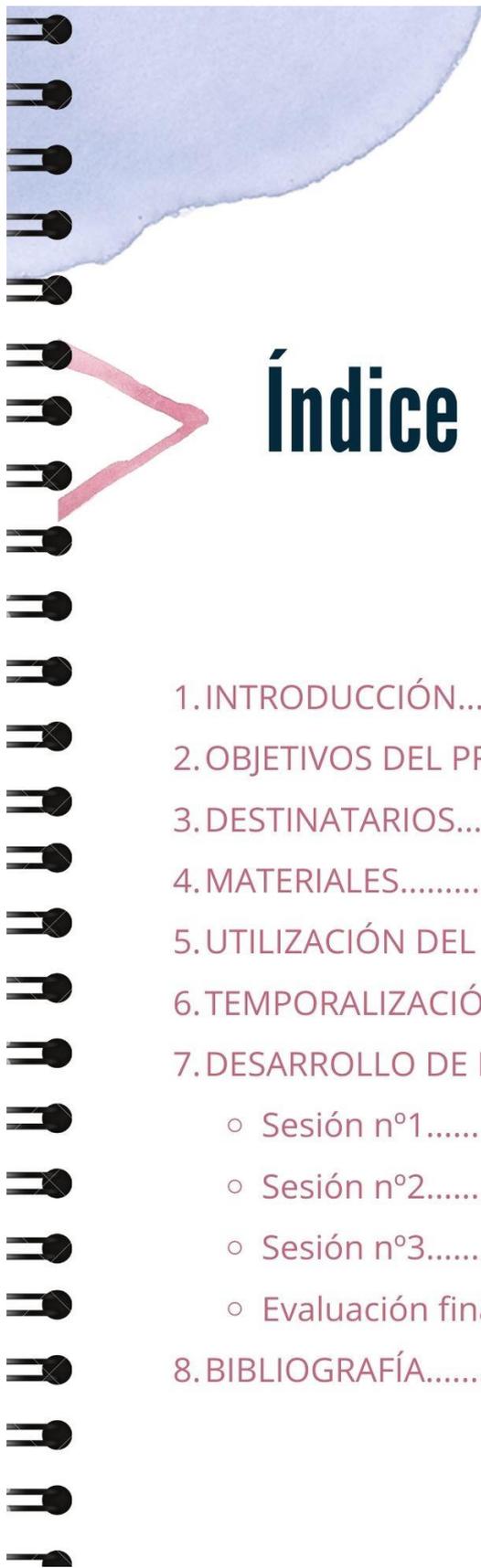
Anexo I. Programación didáctica de los talleres de Desarrollo Personal Integral. (véase siguiente página).

Bienestar bio-psico-social

Programa para el desarrollo personal integral

Talleres de sensibilización y prevención de la conducta suicida





Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	6
3. DESTINATARIOS.....	7
4. MATERIALES.....	8
5. UTILIZACIÓN DEL MANUAL.....	9
6. TEMPORALIZACIÓN.....	11
7. DESARROLLO DE LAS JORNADAS.....	12
○ Sesión nº1.....	12
○ Sesión nº2.....	22
○ Sesión nº3.....	27
○ Evaluación final.....	34
8. BIBLIOGRAFÍA.....	35





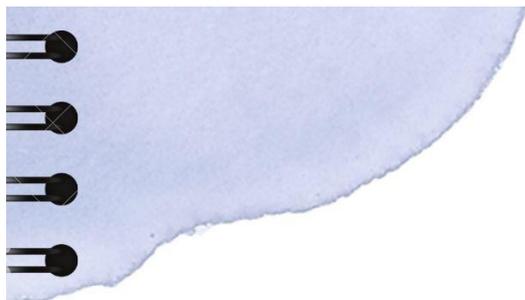
Introducción

La adolescencia, es un concepto relativamente nuevo acuñado en la segunda mitad del siglo XX asociado a cambios políticos, industriales, económicos, religiosos, culturales, educacionales y sociales. El término “adolescencia” auspiciaba ese limbo entre la niñez y la adultez marcada por cambios en la maduración sexual y su participación en la esfera social, económica y cultural (Pineda y Aliño, 1999).

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en el Cairo (1994), se considera “a los niños y adolescentes como un grupo particular en la sociedad, con derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental, educación y desarrollo, a ser atendidos y en el caso de los adolescentes a participar en la identificación y solución de sus problemas” (Pineda y Aliño, 1990).

La adolescencia trae por defecto connotaciones negativas, basadas en el conflicto y los cambios que auguran, obviando que supone un momento de renovación y cambios biológicos, sociales y psicológicos que, ciertamente, a menudo generan en ellos mismos y su entorno más inmediato contradicciones y crisis que traen consigo grandes arrojos en su camino hacia la independencia y autonomía.

Dentro de las fases de la adolescencia, encontramos la adolescencia temprana, seguida de la adolescencia tardía, la pubertad y la juventud. En la temprana se detona el crecimiento acelerado y el desarrollo somático con transformaciones puberales.



Aquí aparece la preocupación por los cambios físicos, la torpeza motora, la curiosidad sexual, y la búsqueda de autonomía, lo que caracteriza los continuos conflictos con la familia, el profesorado y adultos de su alrededor. Así pues, los vaivenes, como las alteraciones emocionales, son frecuentes (Pineda y Aliño, 1990). Es en esta fase donde nos detendremos para realizar la intervención.

Lo imprescindible de esta fase, es contribuir a alcanzar la salud integral del adolescente, por lo que es nuestro deber garantizar y cubrir sus necesidades de salud, crecimiento y bienestar, abarcando su condición biopsicosocial, de género, enmarcada en su propio período del ciclo vital y familiar por el que transita.

Pineda y Aliño (1990) comentaban: "Es imprescindible que las estrategias estén dirigidas a acciones de promoción de la salud, prevención y no solamente curativas y de rehabilitación, con participación multidisciplinaria en el nivel primario".

El riesgo que les acecha y sobre el cual se debe orientar la intervención, incluye elementos como la prevención de conductas de riesgo, evitación de la deserción escolar, accidentes, consumo de alcohol y drogas, educación, trabajo, empleo del tiempo libre, y bienestar social.

Los pilares sobre los que podemos contrarrestar los riesgos se denominan "factores de protección", entre ellos, están inmersos los factores personales (habilidades de comunicación, extroversión, receptividad, autoestima, actitudes y valores





positivos, sentirse querido, estilo de vida armónico), factores familiares (buena relación familiar, apoyo familiar), factores sociales (apoyo social de calidad, buenas relaciones con profesores, compañeros, personas relevantes de su entorno, confianza, sentirse escuchado, existencia de oportunidades, y estructuras escolares y laborales que despierten inquietudes y desarrollen habilidades que los jóvenes poseen), como argumentan Martínez, Ordóñez, Alonso, del Torno y García (2022).





Objetivos generales



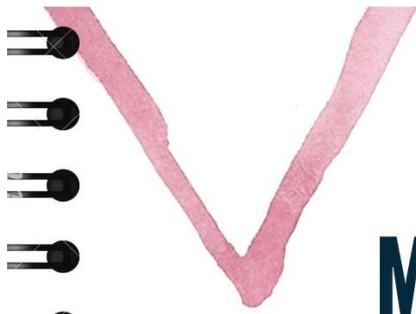
- **Visibilizar** el trastorno mental y el suicidio para crear ciudadanos jóvenes, críticos, informados, sensibles y sólidos, que **rompan con el estigma** ligado a los trastornos mentales desde el saber, el conocimiento y el lenguaje específico.
- **Eliminar los mitos y creencias** infundados sobre el suicidio y todos los bulos que enmascaran la auténtica realidad de la problemática.
- Otorgar a los adolescentes **herramientas de discriminación y detección temprana** del trastorno en uno mismo, o en los demás.
- Propulsar el **habla y la escucha** para romper con el silencio asociado al suicidio.
- Promover unos **hábitos de vida saludables**.
- **Ofrecer recursos educativos a las sedes responsables, para solventar desde la prevención el incremento de casos de suicidio.**

Destinatarios



- Los talleres están dirigidos a los estudiantes de **segundo de la ESO**, dada su adolescencia temprana y la madurez convergente perfecta para iniciarse en el desarrollo de la temática y sus posibles efectos preventivos. Convendría igualmente compartir la información de estas charlas con todos los miembros de la comunidad educativa, modificando según el nivel, el uso del lenguaje y los contenidos. Aunque las variaciones serían leves.
- La necesidad de acotar y concretar el **grupo etario** con segundo de la ESO, viene precedido por el desarrollo real de las jornadas y su posterior evaluación, siendo segundo mejor que primero, dado que los conocimientos que poseen son más amplios, mayor experiencia, grupos y conflictos entre iguales articulados, conflictos con los padres, con los profesores, y por ende, mayor **identificación con los contenidos del taller**.
- Si existen **varias líneas** por curso, es **aconsejable reunir** a todas, en la clase más grande o en el auditorio. En el caso de que haya alguna **persona con movilidad reducida** o **autismo**, avisar con antelación al estudiante y acomodar las reuniones en función de esa persona o personas.
- **Para realizar las evaluaciones iniciales y finales, es mejor que cada grupo lo complete en su propia clase antes de juntarse con el resto.** De esta manera se asegura la privacidad de las respuestas, evitando el fenómeno de "Chivo Expiatorio".





Materiales



Los **materiales** que se utilizarán para la puesta en marcha del taller están disponibles en todos los centros, por lo que no requiere de inversión. El único gasto es el de las fotocopias para que rellenen los cuestionarios iniciales y finales en función del número de participantes de la actividad.

- **Escala de Autoestima de Rosenberg, 1965.**
- **Escala de Evaluación Final**

Al margen, será necesario en equipo técnico básico compuesto por:

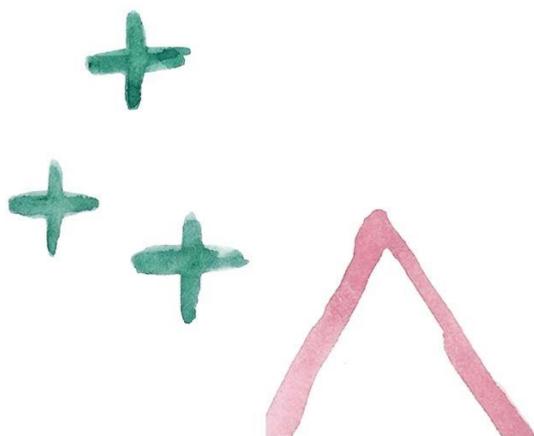
- **Presentación de Power Point de este manual**
- **Ordenador**
- **Proyector**





Utilización del programa

- Para la puesta en marcha del programa, se recomienda emplear tanto en la primera como en la segunda sesión, **diez minutos extra para la realización del pretest y post test**. Es muy necesario remarcar la importancia de realizarlos de manera **individual y personal**, sin compartir con otros la información. Debemos comprobar que la información que escriben es fiel a lo que piensan y no se sienten cohibidos o amenazados por algún compañero.
- Para la sensibilización, se sugiere la continua interacción con los alumnos, creando un **espacio seguro** al principio de la charla, en donde se exponga el compromiso de que todo lo que se hable en el aula, se queda en el aula. Remarcar que pueden **preguntar** lo que deseen **levantando la mano**, y que si después, necesitan consultar cualquier cosa, tienen a su disposición el **correo del ponente, el coordinador, y el servicio de orientación del centro**.





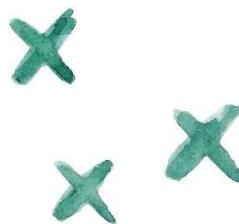
- Durante la presentación, se recomienda encarecidamente la **presencia de los tutores**, y que los mismos se aseguren del correcto dinamismo de la clase. Es importante que **den ejemplo** a los alumnos y en la medida de lo posible participen y muestren interés por lo expuesto.
- La **puntualidad** tanto para el comienzo como el final de las sesiones es importante, dado que un comienzo tardío puede suponer un retraso en la finalización de esta, lo que provoca alteración generalizada entre el alumnado y pérdida de la información final, sobre todo si el recreo está por medio.
- Por último, **no** es aconsejable la realización de dos **charlas seguidas**, ya sea de educación vial, de consumo de drogas, afectivo-sexual, junto con las del programa. Está comprobada la **fatiga mental** que les provoca alterar sobremanera las rutinas.
- El "*Desarrollo del Programa*", consiste en la guionización de las diapositivas que componen la presentación de las tres sesiones que se mostrarán en cuanto a sensibilización y prevención. Utiliza un lenguaje adaptado al usuario, así como expresiones coloquiales para enganchar al público y hacer la oratoria más entretenida. Por su puesto, el guión es orientativo y flexible, y su intención es que los docentes o responsables de los talleres se formen una idea general de lo que pueden decir con cada contenido, ajustándose a los 55 minutos que dura la sesión.





Temporalización

- La temporalización de la sensibilización tiene lugar a lo largo de **tres sesiones**, durante **semanas consecutivas**. Es muy importante que no se pierda la continuidad de las sesiones con festivos, huelgas o fiestas escolares. La información debe espaciarse de una semana a otra para favorecer la filtración mental de los contenidos con pequeños repasos de las sesiones anteriores, pero no debe pasar demasiado tiempo, dado que se pierde el hilo argumental y la consecución de los objetivos propuestos.
- **Se recomienda** comenzar con las sesiones durante el **primer trimestre del curso**, pasado un mes desde su comienzo, para que la frescura de los primeros meses mejore la disponibilidad del alumnado con las charlas, y suponga una prevención ante problemas futuros, asistiendo a las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad social, o personal, y mejoren sus hábitos de vida, su relación consigo mismos, con los demás, con las figuras de autoridad, el estudio, etc.





Desarrollo de las jornadas

SESIÓN 0

¡¡¡¡AUTORIZACIÓN!!!!

Previo inicio de las jornadas, los tutores deberán informar a los padres sobre la realización de los **Talleres PDPI** (*Programa de Desarrollo Personal Integral*) para que autoricen la asistencia de sus hijos a los tres seminarios, y den su consentimiento para que rellenen anónimamente la *Escala de Autoestima de Rosenberg*, con fines exclusivamente educativos y para la mejora educativa.

SESIÓN 1

Aplicación de la Escala de Autostima de Rosenberg (1965): se reparten las fotocopias (con ayuda de los alumnos) y se les conceden **10 minutos** para rellenarlo de manera personal e individual..

Es importante remarcar la necesidad de **silencio*** y coordinarse con los tutores para mantener ese estado hasta que terminen todos los alumnos de rellenarlo.

Nada más acabar, se presenta la segunda diapositiva del Power Point para que se **autocorrijan** la primera parte del test. Será necesario explicar los criterios de evaluación, y nos aseguraremos de que todos los alumnos han entendido las instrucciones.

Se recogen las hojas. .



SESIÓN 1

Aplicación de la *Escala de Autostima de Rosenberg (1965)*:

Edad: _____

Sexo: _____

Por favor, relaciona las siguientes frases con la respuesta que consideres más apropiada.

A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. En desacuerdo. D. Muy en desacuerdo

ÍTEMS	A	B	C	D
¹ Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
² Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
³ Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
⁴ Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
⁵ En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
⁶ Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
⁷ En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
⁸ Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
⁹ Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
¹⁰ A veces creo que no soy buena persona.				

Contesta a las siguientes cuestiones debajo del cuadro, numerando cada pregunta del uno al seis. Recuerda que las respuestas son anónimas.

Recuerda que las respuestas son anónimas.

RESPECTO A TI	1. ¿Qué es lo que más te gusta de ti? Enumera tres de tus "cualidades" / puntos fuertes y explica por qué las valoras.
	2. ¿Qué es lo que menos te gusta de ti? Enumera tres de tus "defectos" / debilidades y explica por qué te lo parecen.
LOS DEMÁS RESPECTO A TI	3. ¿Qué crees que los demás valoran más de ti? ¿Por qué?
	4. ¿Qué crees que los demás valoran menos de ti? ¿Por qué?
RESPECTO A LOS DEMÁS	5. ¿Qué es lo que tú valoras más en los demás? Por ejemplo, en tus amigos. ¿Por qué?
	6. ¿Qué es lo que más te molesta en los demás? Por ejemplo, en tus amigos. ¿Por qué?



Aplicación de la *Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)*:

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (1965)

AUTOEVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN

- De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.
- De los ítems del 6 al 10 se puntúan de 1 a 4.

- 1. De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- 2. De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- 3. Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Diapositiva nº2. *Autocorrección de la Escala de Autoestima de Rosenberg*

SESIÓN Nº 1

Tras la recogida de las respuestas **se lanzan** las siguientes **preguntas** con intención de **discutirlas*** entre todos los presentes y generar un pequeño **debate**** introductorio: *¿Qué es la autoestima? ¿Qué aspectos pueden afectar la autoestima? ¿Qué va antes el pensamiento o la emoción? ¿Es lo mismo emoción que sentimiento? ¿Qué emociones conocéis?*

Respuestas/explicación*:**

La **AUTOESTIMA**: el término se utiliza en el habla cotidiana para referirse, de un modo general, al valor que una persona se da a sí misma. Está relacionada con la autoimagen, que es el concepto que se tiene de uno propio, y con la autoaceptación, que se trata del reconocimiento propio de las cualidades y los defectos.

QUÉ AFECTA LA AUTOESTIMA: La forma en que una persona se valora está influenciada en muchas ocasiones por los agentes externos o el contexto en el que se encuentra el individuo, por ello puede cambiar a lo largo del tiempo.

En este sentido, la autoestima puede aumentar o disminuir a partir de situaciones emocionales, familiares, sociales o laborales, incluso, por nuestra autocrítica positiva o negativa.

LA AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA: Durante la adolescencia es habitual que los jóvenes presenten problemas de autoestima. Es un periodo de crecimiento y desarrollo personal en el que el grupo de iguales, la familia y los medios de comunicación ejercen una fuerte influencia en la valoración propia de cada individuo. No se trata únicamente del valor que se le da a la apariencia física, sino también a las propias capacidades y habilidades, como, por ejemplo, deportivas, intelectuales, sociales, entre otras (significados, s.f.).

PENSAMIENTO O EMOCION: Cuando recibimos cualquier información, la mente, en cuestión de segundos, hace una evaluación. Si esta es positiva, obtendremos una emoción positiva y si es negativa, recibiremos una emoción negativa, pero sin pensamiento es difícil que haya emoción. Por lo tanto, primero va el pensamiento y después la emoción. Lo cierto es que, aunque uno no se dé cuenta de que está pensando, esos pensamientos y evaluaciones se hacen inconscientemente. Por ello, la clave para tener controladas nuestras emociones está en hacer conscientes esas interpretaciones internas y trabajar en ellas cada vez que recibamos información (lamenteesmaravillosa, s.f.).



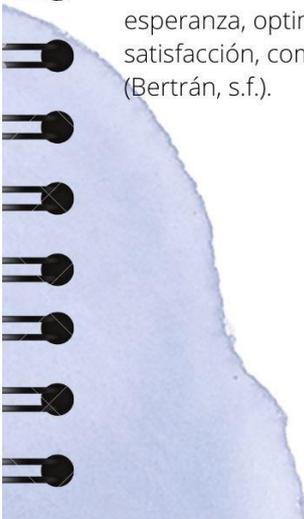
SESIÓN N° 1

EMOCION VS. SENTIMIENTO: Un **sentimiento** es la suma de **emoción + pensamiento**. Los **sentimientos** se deben a las evaluaciones, interpretaciones y atribuciones que hacemos de nuestros sucesos internos y externos. Según el biólogo Huberto Maturana, una **emoción** se transforma en **sentimiento** en la medida que uno toma consciencia de ella, por tanto, se da cuando etiquetamos una emoción de manera subconsciente y emitimos un juicio acerca de ella. Los sentimientos derivan del pensamiento y el pensamiento precede al sentimiento. Las **emociones** son temporales, nos preparan para la acción, es decir, funcionan como fuerzas motivadoras que nos prepara para luchar o quizás mejor huir. Su reacción física nos alerta de su presencia y para otras personas está claro cuáles son nuestras emociones a partir de nuestra conducta. Mientras, los **sentimientos** son la interpretación de las emociones, somos más conscientes de ellos, es decir, reflexionamos al percibir un sentimiento y tomamos decisiones al respecto. Los sentimientos son **duraderos** y pueden ser o no ser congruentes con la conducta, porque **podemos decidir sobre ellos** y ocultarlos de manera voluntaria (Escudero, 2019)

EMOCIONES BÁSICAS: Como en la película de "Inside Out"*, tenemos:

- El **enfado/ira:** Respuesta a una situación o hecho que no nos gusta o nos hiera.
- El **miedo:** Sensación desagradable que nos recorre todo el cuerpo y que es la respuesta ante un peligro.
- La **felicidad:** Cuando estamos gratificados con lo que tenemos y sabemos disfrutarlo. Un estado de bienestar emocional y sensación de satisfacción.
- El **amor:** Afecto que se siente por una persona, animal o cosa. Cuidado, atención y gusto que se pone al hacer una cosa.
- La **tristeza:** Sentimiento de melancolía que provoca falta de ánimo y alegría.

SENTIMIENTOS: Amor, tristeza, euforia, admiración, odio, envidia, celos, afecto, agrado, esperanza, optimismo, gratitud, enfado, indignación, impaciencia, venganza, satisfacción, compasión, alegría, culpa, resentimiento, rabia, preocupación, desesperación (Bertrán, s.f.).



Preguntar fomenta el pensamiento crítico y la participación activa de los alumnos.

SESIÓN Nº 1

Explicación de las diapositivas y los conceptos básicos.



¿Qué es la salud?*, según la **OMS**, es el estado de **bienestar**, no sólo a nivel **físico**, sino también a **nivel mental y social**. **No** la mera ausencia de enfermedad. La medicina de hoy, cada vez intenta procurar, preservar, potenciar y mejorar la salud en lugar de curar enfermedades.

¡¡¡Más vale prevenir que curar!!!

La **salud mental**, como uno de los componentes básicos de la salud en su conjunto, supone el bienestar general de la manera en que **piensas**, regulas tus **sentimientos** y te **comportas**. **Recordemos que el sentimiento tiene su origen en el pensamiento*, por tanto, el pensamiento y cómo lo utilizemos, puede posicionarse a favor o en contra nuestro. Cuando nacemos, la mente funciona como una grabadora y recopila todo lo que escuchamos: cómo nos han hablado, cómo se han hablado nuestros padres y madres, cómo ha sido el trato con los compañeros, profesores etc. Y todo eso condiciona la forma en la que pensamos y nos pensamos. Por tanto, pensar, es casi como elegir la ropa que nos ponemos día a día. Supone práctica aprender a elegir combinaciones de colores, texturas y formas, y lo mismo ocurre con el pensamiento. No hay que olvidar que somos nosotros quienes elegimos nuestros pensamientos, independientemente de lo que hayamos escuchado y percibido durante años. Es nuestra misión responsabilizarnos de nuestros pensamientos.



El pensamiento funciona como un trayecto en coche en el que somos nosotros los conductores. Tenemos que saber cómo funciona el coche y tener en cuenta las señales para no tener accidentes o perdernos por el camino.

En este ejemplo, el coche es la salud mental, y el conductor, nosotros, los responsables de guiar los pensamientos, atender a las señales corporales, y en caso de daños, ya sean leves o graves, aprender a repararlo nosotros mismos o acudir al taller.

SESIÓN Nº 1



EL TRASTORNO MENTAL

- Alteraciones que afectan a los procesos afectivos y cognitivos, al estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.
- Muchas personas sufren problemas de salud mental de tanto en tanto.
- En cambio, se convierte en enfermedad mental cuando los síntomas y signos permanecen, provocan estrés en el paciente e impiden funcionar de forma normal.

El **trastorno mental** es una **alteración** (entendiéndose como dificultad que imposibilita el día a día normal) que afecta a los **procesos afectivos y cognitivos**, el **estado de ánimo**, el **pensamiento** y el **comportamiento**. Estas alteraciones pueden ser **temporales, o crónicas**. Según su prolongación en el tiempo, se considera enfermedad.

-Antes de comenzar con los síntomas, me gustaría que alguien me hiciera una interpretación de la imagen de fondo de la diapositiva. (Dar la palabra seleccionando a algún alumno)*. (Antes de corroborar o refutar su opinión, continuamos con la explicación).

Qué síntomas podemos clasificar como trastorno mental... (leer diapositivas 6 y 7).

-La sintomatología que se describe, no significa de manera automática que se padezca un trastorno mental. El problema surge cuando se juntan varios y se prolongan en el tiempo, alterando la capacidad de cada uno para desenvolverse en el día a día con normalidad. El objetivo de esto es que identifiquéis y sepáis dar nombre a los trastornos en caso de padecerlos o verlos en alguna persona cercana (familia, compañero, amigo, etc.), y con ello, sepamos ayudarlo, bien sea escuchando, hablando o pidiendo ayuda profesional.

El **trastorno mental**,... ¡aquí entramos en harina! ¿Qué trastornos mentales conocéis, cómo se llaman?. Que levante la mano quien considere que padecer un trastorno mental es lo mismo que estar loco.

(Intro participativa para la diapositiva).
¿Y cómo definiríais vosotros a un loco?



Hay que entender, como bien decía el compañero (en función de lo que haya dicho el alumno)* que cada uno tiene un cableado, unas redes neuronales divergentes, una visión, un pasado, una educación y una memoria, que hace que la interpretación de un mismo hecho sea diferente para cada uno. **Nunca hay que juzgar*** un trastorno, porque seguramente no conozcas todo lo que puede haber detrás de cada persona. Así pues, en la imagen hay personas con el cerebro muy cuadrículado, más analítico, más artístico, con una historia particular.

SESIÓN Nº 1



Leer diapositiva 8. (Apelar a la conciencia desde la actualidad)

Con la guerra entre Rusia y Ucrania. ¿Cómo creéis que podrá estar la gente que ha dejado no sólo una vida atrás, sino a padres, amigos, hermanos, compañeros, que se están jugando la vida por luchar en una guerra que no les corresponde?

-Siendo este un caso extremo, vayamos a uno con el que nos podamos identificar más. Imagina que siempre estás preocupado por todo lo que pueda suceder, (emoción básica: miedo), llegando a obsesionarte por posibles y variados escenarios que no han pasado todavía, un examen suspenso, una bronca con tus padres, una discusión con un amigo, etc. Existe un neurotransmisor llamado "noradrenalina" producida por el sistema nervioso simpático (responsable de la lucha, la huida, el miedo y el sexo) que es segregada cuando aparecen situaciones de este tipo. Pero, ¿qué pasa cuando pienso en cosas que me provocan la misma reacción, sin tener ningún tipo de reacción? Pues, pasa que esas hormonas, sólo por el hecho de pensar desde el miedo, se segregan igual, pero no tienen una salida física y me intoxico, generando dolores de espalda, cervicales, voz, digestivos, agotamiento...lo que poco a poco degenera los tejidos y nos envejece prematuramente (Estapé, s.f.).

Antes mencionábamos los trastornos más comunes. Supongo que los habréis escuchado en las noticias, en casa, en la radio, en la tele, o conocéis a alguien que los sufre o ha sufrido. Los siguientes son tan solo algunos de los más frecuentes pero existen muchos más. Ahora veremos detenidamente los dos primeros, como los más extendidos y sus causas.

El origen de estas enfermedades, hay que señalar, es multifactorial, y pueden ser de orden biológico, pero también pueden estar provocados por hábitos de vida. Por ejemplo, los ataques de pánico, o trastorno de pánico, puede surgir bien a raíz de un problema de salud como el hipertiroidismo, o por abuso de alcohol, consumición elevada de nicotina,



demasiada cafeína, tomar determinados medicamentos, drogas como la marihuana o la cocaína, o vivir con altos niveles de estrés. Las personas que han vivido alguna vez uno, dicen sentir que se fueran a morir, como si de un infarto se tratase, con una sensación de miedo o terror, dificultad para respirar, sudoración, náuseas, etc.

SESIÓN Nº 1



-La **ansiedad**, se caracteriza por una de las emoción básicas. Sabéis cual es?, el miedo, de la que derivan otras más elaboradas como el temor o la inquietud. Puede ser una reacción normal al estrés, ante un examen, una presentación, una larga lista de tareas en poco tiempo, que, si se normaliza, puede llegar a entorpecer el día a día de los individuos. Se relaciona de manera directa con la anticipación, el estar constantemente con ojos en el futuro, viviendo en el <<y si..>> con temor a lo que

pueda pasar. Es la disgregación constante del ser entre su cuerpo en el momento presente y su mente en el momento futuro. La física cuántica habla de las dimensiones espacio temporales en el plano físico: anchura, altura, profundidad y la cuarta "el tiempo". Cuando la mente va más deprisa que la vida, se produce la ansiedad.

Antes hablábamos de los tipos de ansiedad y comentábamos los trastornos de pánico. A menudo, unos se relacionan con otros, y por ejemplo, de un ataque de pánico en la calle, puede surgir la "agorafobia", el miedo estar en lugares públicos, por si volviera a suceder. Las fobias, son temores fuertes e irracionales de algo que representa poco o ningún peligro real. ¡Fijaros cómo funciona la mente!, así pues, entre otras, encontramos la "acrofobia" miedo a las alturas, la "claustrofobia", a los espacios cerrados, "fobia social", miedo a las situaciones sociales cotidianas, etc, que se caracterizan por pánico, miedo, taquicardias, deseo de huir y temblores. Las causas que lo generan no se han descubierto, aunque sospechan que pueda tener un componente genético.



Se debe señalar que las emociones no son ni buenas ni malas, sino necesarias y neutras. Nos aportan información y nosotros somos los responsables de gestionar nuestra conducta y forma de actuar ante ellas. Pero para hacerlo, hay que reconocer la emoción, etiquetarla y ponerle nombre, identificar lo que detonó la emoción y soltarla para que no ocupe espacio, tomándola siempre como un aprendizaje.

SESIÓN N° 1



-El siguiente trastorno, del cuál seguro habéis oído hablar, se caracteriza por otra emoción básica, la **tristeza**. (Leer diapositiva nº12). La depresión puede tener muchos niveles, pero se caracteriza por la pérdida del sentido, la apatía, la desgana, pero no de manera momentánea porque se ha nublado el día, mis planes se han chafado, nadie quiere

hacer nada, he suspendido una asignatura, y tengo que estudiar, sino de manera prolongada en el tiempo. Cuando todo requiere un sobre esfuerzo, la iniciativa ha desaparecido, todo me molesta, necesito silencio, me sorprende la vitalidad de la gente y sus ganas de salir, hablar, esforzarse en hacer algo, etc. ¡Eso es la depresión!, y tiene tantas causas como personas hay en el mundo. Como decíamos, 264 millones de personas viven afectadas por este trastorno, del cual se puede salir, pero es necesario tomar acción antes de que sea tarde. Volviendo al ejemplo del coche: es como si fuéramos con una rueda pinchada haciendo kilómetros como si nada, y esa rueda, fuera desgastando otras partes del vehículo, hasta llegar a averiarse del todo.

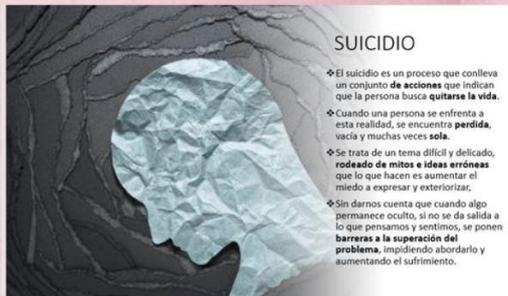
Uno de los problemas que más agrava los trastornos mentales, es la desinformación que gira en torno a ellos. Imaginaros que la palabra "gripe" no estuviera popularizada y que la gente con 38°C no supiera qué le pasa. No podrían aunar en una palabra todos los síntomas (fatiga, escalofríos, dolor, etc). Entonces, ¿Cómo podrían justificar una ausencia en la escuela, o ir al médico sin saber qué les ocurre?. Si la gente, no conoce la nomenclatura de las enfermedades y no conoce los síntomas, es muy complicado que ellos mismos se entiendan, y más que les entienda el resto, por lo que utilizan el silencio para aparentar normalidad y no sentirse débiles ni señalados, lo que agrava aún más la situación y el estigma. Por eso es tan importante sensibilizar y hablar sobre ello abiertamente. Para que la gente no se sienta diferente, o



rara, y sepan, que están amparados y que no son los únicos. Que no hace falta aparentar estar bien cuando uno está en el más profundo pozo, y que existe solución.

La depresión se supera, pero cuando el silencio impide la llegada de la ayuda, los síntomas empeoran, así el sentimiento de incomprensión, el aislamiento, la desorientación, la lejanía con el resto de personas, y entonces, es posible que la única alternativa que vean para zanjar esos sufrimientos sea con el suicidio.

SESIÓN N° 2



Leer diapositiva 14. Decíamos que una de las causas que llevan al suicidio, puede ser la depresión. Es cierto que la gran mayoría de personas que llegan al suicidio, tienen cierto grado de depresión, pero puede no ser la única causa. Los problemas del día a día, el estrés prolongado, rupturas dolorosas, asuntos económicos, factores genéticos, una enfermedad, pueden ser detonantes para tomar la decisión.

Lo que se muestra es tan solo la cúspide de la pirámide, o la punta del iceberg. Todo lo que hay debajo son problemas sin gestionar, malos hábitos de vida, de salud física, mental.

La educación siempre contempla el estudio de las matemáticas, la lengua, los idiomas, las ciencias... pero cuándo hablamos de sentimientos, de personas, de placeres, de gustos, de conflictos, de decisiones, de la comunicación, de los pensamientos, de motivaciones, de la alimentación, del sueño, del deporte, de las decisiones... ahí ya, la educación no entra. Tenemos que ser partícipes, vosotros como jóvenes y a posteriori como adultos en revertir estas cifras influenciando a lo que os rodean a través del conocimiento y de predicar con el ejemplo.

Para entender el suicidio, lo primero que tenemos que entender es el sufrimiento. La persona que toma la decisión atraviesa varias fases antes de hacerlo, y la intervención es clave en las primeras etapas. Las fases están representadas por: la ideación suicida, la contemplación activa del suicidio, la planificación, la preparación y por último, la ejecución del intento suicida.

Uno de los primeros signos de alarma en adolescentes, son los intentos autolíticos. Aquellos daños autoinfligidos a sí mismos por cortes, quemaduras, e incluso piercings y tatuajes. Puede ser una fase de la ideación suicida o un intento deliberado, pero desde luego no hay que pasar por alto una señal como esa, pues la persona está sufriendo y no sabe como aliviar su carga emocional más que infligiéndose dolor físico.

ENTENDIENDO EL SUICIDIO

- La conducta suicida incluye una amplia gama de pensamientos y actos en relación con la propia muerte.
- Dicha conducta abarca diferentes manifestaciones que oscilan desde las ideas de muerte e ideación suicida, hasta el suicidio consumado, pasando por la comunicación (avisos o amenazas), y el intento suicida.



La mitad de los trastornos mentales en la edad adulta comienzan antes de los 14 años, pero la mayoría no son ni detectados ni tratados. A menudo, los padres no comprenden ciertas situaciones de sus hijos, o ciertos comportamientos, los cuales asocian a la edad, sin darse cuenta de que tras esa fachada de enfado y rabia, existe mucho dolor. No entender vuestra salud mental tiene consecuencias que se extienden en el tiempo, perjudicando la salud física y mental de la persona. Es importante tratar estos temas de forma colectiva y educar.

SESIÓN Nº 2

ETAPAS

1. Ideación suicida pasiva
2. Contemplación activa
3. Planificación
4. Preparación
5. Ejecución del intento suicida
6. Suicidio consumado



Estas son las etapas que ya hemos mencionado antes. Igualmente, como crítica, la intervención como sociedad se hace siempre desde el último escalón, cuando está tan infundada la idea de muerte que es muy difícil quitársela a la persona. Por qué no lo hacemos desde el principio, cuidando a las personas, sensibilizando, quitando esa dictadura de felicidad aparente e inmediata que sale en

las redes y trabajamos con las personas desde el principio. Creer en el sistema, sabiendo que se puede mejorar es un comienzo.

Si estáis pasando por una etapa con estos síntomas, o bien, se lo detectas a alguien, ponte en contacto con un profesional, el profesor, el orientador, o con alguna organización que veremos más tarde, para que os indiquen cómo actuar, y qué se debe hacer. El silencio es el agua de ese iceberg que impide ver lo que hay debajo de esa fachada que la persona intenta sostener, cuando seguramente está sufriendo. Por otro lado, este tema es extremadamente serio, y cualquier broma o simulacro al respecto desvirtuaría el problema haciendo que todos los avances retrocedan. Es como la fábula del pastorcillo mentiroso, si mientes tú, a lo mejor al siguiente no le creen cuando de verdad la asistencia es urgente. Tus acciones tienen consecuencias, piensa bien lo que haces.

AUTOLESIONES

- Daño físico autoinfligido, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración, o daño a la apariencia o función de alguna parte del cuerpo, aunque sin la intención aparente de matarse.
- Como forma de ayudar a soportar pensamientos y sentimientos difíciles o desesperados.



SESIÓN N° 2



Nunca se deben guardar secretos de muerte, por mucho que te supliquen que no se lo cuentes a nadie. Ponte en contacto con un profesional, con el orientador, con tus padres, o con alguien que pueda manejar la situación de la mejor manera. No con otro compañero de clase.



Las personas que desean morir son autoagresivas consigo mismas, no contra otros.

Generalmente, las personas que se suicidan admiten sus sentimientos si se les pregunta directamente. Además, muchas advierten claramente de su intención con palabras o gestos.



A menudo, las personas son ambivalentes con la idea de morir. Desean vivir si su vida cambia. Es un fallo pensar que pretenden llamar la atención, son personas tan desesperadas que la única alternativa que ven es la muerte.



SESIÓN N° 2



“Sólo pueden ayudar las personas especialistas. Si se acerca alguien sin la preparación suficiente, puede ser peor”

No todos tienen por qué tener depresión. Pero sí todos sufren.



“El suicidio no se puede prevenir”

No tiene absolutamente nada que ver con la cobardía o la valentía. La persona está en su apogeo de tristeza y lo que quiere es acabar con ella viendo como única alternativa la muerte.



Como ya hemos dicho, el silencio es lo primero que hay que romper. Las personas en cuanto se sienten libres de comunicar su malestar se sienten liberadas de una gran carga. Hablar puede ser el primer paso para disuadir a esa persona.



“Toda persona que se suicida está deprimida”

El suicidio sí se puede prevenir, al igual que los accidentes de tráfico y la violencia de género.



“El suicidio es una conducta de personas cobardes o valientes”

SESIÓN N° 2



En estas frases encontramos cómo acercarnos a alguien que sospechamos puede estar pasándolo mal, o incluso con ideas suicidas, y de qué manera se puede abordar el tema. Recordad que en caso afirmativo, nunca se puede ser cómplice de un secreto de muerte, y hay que ponerse inmediatamente en contacto con una persona que pueda manejar la situación.

Leer diapositiva. Añadir que se pegará en el corcho en papel para que lo tengan a mano, y que cualquier consulta, está el servicio de orientación del centro. Igualmente, que existen cuentas, como en instagram @psicohelp, o la app l'mhere. Y que puede ser para, bien uno mismo, un familiar, un compañero etc. Recordando siempre la gravedad de esta materia y las consecuencias que pueden tener sus actos.

PEDIR AYUDA, TANTO SI ES PARA UNO MISMO COMO SI ES PARA OTRA PERSONA

- Escribir o llamar al tutor personal, o la orientadora del colegio a través de una llamada o correo electrónico.
- Teléfono de la Esperanza: 947 10 71 09
- Contactar con la Asociación Pro Salud Mental o enviar un correo electrónico: 947 22 39 16 // asociacion@prosaludmental.com
- Fundación ANAR: 900 20 20 10
- Atención al suicidio: 024
- App "Psicohelp"
- App "l'mhere"



SESIÓN N° 3

PRACTICA EJERCICIO



Gracias al ejercicio a largo plazo, estás cambiando literalmente el cerebro. Al hacer ejercicio se estimula el nacimiento de nuevas células cerebrales en el hipocampo que funcionarán mejor que las que llevan en tu cerebro toda la vida. Son más excitables y tienen mayor predisposición a los estímulos. Sólo hay dos áreas donde pueden nacer células nuevas: el hipocampo y bulbo olfatorio. Haciendo ejercicio de manera regular mejora el funcionamiento de la memoria de manera instantánea. Se mejora la fortaleza, el tamaño, el número de sinapsis y la capacidad de memorizar del hipocampo, para que el envejecimiento tarde más en afectar al cerebro y comenzar a causar déficits en la memoria. Hay que recordar que existen más deportes que el fútbol y el baloncesto. Se puede encontrar en las programaciones de los centros deportivos o cívicos.

¿Cuál es vuestra canción favorita? ¿Qué canción teneis ahora en bucle? ¿Qué sentimientos os genera? Escuchar música es una de las cosas más placenteras que podemos realizar. Puede hacernos sentir emociones, revivir otras, soñar, pensar, hacer catarsis, crear, divertirnos, y conectar con los demás.

La música lenta ayuda a disminuir la respiración y el ritmo cardíaco, evitando la sensación de angustia. Escuchar música provoca una gran variedad de actividades y estímulos cerebrales que influyen directamente en aspectos importantes de la vida como el estado de ánimo, el control del estrés, la ansiedad o la fatiga. Cada vez, más hospitales incluyen la terapia musical tratamientos.

Está demostrado que escuchar música reduce la ansiedad, rebaja los niveles de cortisol (la hor-

El deporte tiene efectos inmediatos en el funcionamiento del cerebro y el estado de ánimo. Con el deporte, se estimulan neurotransmisores como la noradrenalina, la dopamina, la serotonina y las endorfinas. Mejora de la corteza prefrontal. La atención. Una sesión de 50 minutos de media intensidad mejorar la capacidad de atención. La transformación real puede mejorar la capacidad cardiorrespiratoria.

ESCUCHA MÚSICA



mona del estrés), contribuye a reducir el dolor, liberando endorfinas que actúan como analgésicos naturales. Ayuda en desórdenes neurológicos, la música es como un gimnasio para el cerebro, aumenta la comunicación neuronal, la elasticidad y la plasticidad del órgano. Además es motivo de unión entre iguales, entre generaciones, puede escucharse solo o acompañado, aprendes vocabulario, cultura, fortaleces la memoria, idiomas, etc.



SOMOS LO QUE COMEMOS

SESIÓN Nº 3

El cerebro es como un motor, y necesita gasolina para que funcione. La D de dieta que señalaba Jana Fernández en las 7Ds, hace referencia a la alimentación desde el punto de vista de la salud, no desde la estética.

Hablar y educar en alimentación debería ser una asignatura obligatoria. ¿Habéis escuchado alguna vez “Somos lo que comemos?”, pues bien, y qué comemos. La alimentación es importantísima para un crecimiento adecuado y para prevenir problemas de salud en épocas posteriores de la vida, (que ahora parece que eso queda lejos, pero cuando se está mal, uno siempre se lamenta de lo que pudo haber hecho y no hizo para prevenirlo).

Inmersos en la sociedad de las prisas y el querer llegar a todo, al igual que recortábamos en horas de sueño, o deporte, también se recorta en salud alimenticia. ¿Os habéis fijado en la cantidad de comida precocinada presente en los supermercados?, si no os habéis fijado, os invito a hacerlo, a observar. La industria alimentaria ha crecido exponencialmente y llenado los supermercados de productos ultra procesados que no solo son pobres a nivel nutricional, sino que su producción y envasado contaminan enormemente. Pensad en la cantidad de plástico que llevan las galletas que desayunáis. En la adolescencia, el rol que adquiere la alimentación toma especial relevancia dados los cambios madurativos, físicos y psicológicos que se producen, y, sin embargo, la única conquista que ha hecho la educación hasta ahora ha sido la pirámide alimenticia. No hace falta ser experto en el tema para saber lo que es bueno y lo que no. No lo que sabe bueno. Digo lo que es bueno. Al margen de la educación recibida, hay que comer con conciencia, aprender, informarse, ser crítico, poder hablar de ello, educar, ser ejemplo para los demás. Escuchar el cuerpo, cuándo pide comer, (no por ansiedad, no por gula), y cuando pide dejar de comer, o reposar. Parece obligatorio que tengamos que tener tres comidas copiosas al día, todos los días del año, y da igual el banquete de Navidad que te hayas pegado que la cena, aunque no haya hambre, se respeta igual, y no deja de ser un invento cultural, al igual que el calendario, los días de la semana, etc. Por eso digo, escuchad qué pide el cuerpo. Hay estudios que demuestran y avalan el ayuno intermitente, que consiste en dejar de comer conscientemente durante unas horas, para que se produzca la autofagia, un proceso por el que la célula al no tener que trabajar y digerir nuevas ingestas, se dedica a alimentarse de los resquicios de las comidas anteriores, limpiando de forma natural el organismo. Así pues, puedes implementar este proceso cenando pronto un sábado y almorzando directamente el domingo. Igualmente, si estáis interesados es recomendable consultar al médico de cabecera y leer mucho sobre el tema antes de practicarlo, para que no falte ningún aporte nutricional.

SESIÓN Nº 3



SOMOS LO QUE COMEMOS

Por otra parte, somos muy afortunados de vivir en España y poseer tal amplio surtido de productos de calidad. Me gustaría que por vuestra cuenta investigarais el concepto “soberanía alimentaria” y se lo comentéis a la profesora al día siguiente. Por otra parte, beber agua. Beber mucha agua, es lo típico, pero se nos olvida, nada de coca cola, nada de refrescos azucarados, o zumos envasados. En el día a día agua y nada más que agua. Somos un 70% agua. Después, reducir el azúcar, la nueva droga del siglo XXI. Todos los alimentos llevan unas cantidades elevadísimas de azúcar, así que en la medida que lo podáis controlar, empezad a reducir lo que os echáis en el yogur, en el cola cao, o en la tostada, así como toda la bollería. Cambiad el bollo por las frutas, las verduras y los frutos secos, que tienen glucosa natural y os va a dar más energía, durante más tiempo, y engorda lo mínimo.

En cuanto a las obsesiones por el peso... es normal que ahora, con la ley imperante de lo que se considera normativo que aparece en las redes, llegue el verano y queramos estar como la modelo que se mata a comer lechuga y pasarse el día en el gimnasio, o el instagramer con abdominales que conquista a las chicas. Reconsiderad por favor qué es un cuerpo normativo. ¿Venimos todos de fábrica, y estamos cortados por el mismo patrón o qué? ¿Es eso bonito? ¿Que todos los cuerpos sean iguales? Lo importante es la salud y aceptar y agradecer lo que tenemos sin obsesionarnos con gustar a los demás, con ser más alto, con tener más brazo, las piernas más delgadas, el vientre plano. Cada uno es de un padre y una madre y la supuesta normatividad es todo un engaño de la industria para que la gente desee lo que no tiene. No os dejéis manipular y contemplad vuestro cuerpo como el vehículo que os permite moveros, hacer cosas, saltar, correr, andar, bailar, jugar al fútbol, al vóleybol, estar sentado, de pie...y no tanto en la grasilla que podamos tener.

Así que buscad la estética, siempre desde la salud, “Men Sana, in Corpore Sano”. Si desde la cabeza podemos intuir lo que nos conviene y lo que no, detectar lo que se nos impone desde fuera para gustar y lo que no, siendo críticos con la información que nos llega y congruentes con lo que hacemos con ella, el cambio vendrá solo.

Os invito a que investiguéis por vuestra cuenta, en verano, en vacaciones, sobre alimentación buena y de calidad. En redes, Instagram, hay información valiosa como los contenidos de, @CarlosRios y @realfooder os enseñan a entender etiquetas, a consumir productos de calidad en el mundo del envasado, etc. Si en casa no se le dedica especial atención a la cocina, sugerid cocinar en familia, hay cuentas muy buenas de recetas fáciles y sencillas como @lasmariacocinillas, @foodtropia, @come.vive.viaja, @ayarofbreakfasts, @deliciouslyella. Y sino, siempre se puede pedir a las abuelas, y los abuelos, grandes maestros de la cocina que nos enseñen esos platos tan buenos y tradicionales.

SESIÓN Nº 3



Vamos a realizar un experimento. Os pido por favor, que cerréis los ojos, y me escuchéis. Si alguno no quiere participar está bien, pero que no moleste a los demás. Vamos a intentar concentrarnos en la respiración, en cómo entra y sale el aire de la nariz y cómo se inflan y desinflan los pulmones, a ver cuánto tiempo podeis mantener la atención exclusivamente en la respiración. (Dejar 5 minutos).

Vale, ¿Cuánto tiempo estimais que habeis estado concentrados en la respiración? (esperar comentarios y respuestas). ¿Y qué pasaba?. Este experimento fue realizado por la Universidad de Harvard, con condiciones muy controladas, en espacios que no tuvieran ruido, olores, etc. Pues bien, la media de lo que las personas aguantaron fue de 5 minutos. La meditación es el control voluntario de los pensamientos. Seguro que muchos, durante la práctica, os concentrabais en la respiración y de repente estabais pensando inconscientemente en lo que teneis que hacer, en una tarea pendiente, en un recuerdo, y enseguida, os dabais cuenta y volvais a la respiración. La meditación es ese entrenamiento de lucha entre el inconsciente y el consciente. Fijaros, el estrés muchas veces viene por no saber fijar la atención en las tareas. Hago una pero estoy pensando que quiero ir al futbol, en quien me gusta, en que tengo hambre, en que me apetece ver el siguiente capítulo de no sé qué serie. "La realidad es aquello a lo que yo preste atención". La meditación es un adiestramiento de la atención. El órgano responsable de darme cuenta de que me he perdido en mis pensamientos, el cual me vuelve a traer al presente consciente se llama "la corteza cingulada", y la "ínsula", que es la parte del cerebro más involucrada en la idea de quién soy yo. Cuando entrenamos la meditación, todo crece, la amígdala (organo responsable de las emociones más bajas), disminuye generando un aumento en el sentimiento del yo, con las emociones positivas, y una mayor capacidad para tomar consciencia de cada cosa que hago. Os invito a practicar durante esta semana a través de meditaciones guiadas que podeis encontrar en Spotify, o Youtube, para comprobar los efectos que la meditación puede tener sobre tu atención.

SESIÓN N° 3

DESCONECTA



haces del teléfono móvil, sino que lo haces por impulso para relajar la ansiedad que te produce una tarea o el aburrimiento que te genera. Tenemos que desconectar para volver a reconectar con nosotros mismos. No puede ser que practiquemos nuestras habilidades sociales, la comunicación, la escucha, la toma de decisiones, la resolución de conflictos a través de una pantalla. Las cosas reales suceden en el mundo real. Qué manía con estar cotilleando la vida de otro, y desaprovechando la nuestra. Suena muy radical pero es así, mientras el tiempo vuela, nosotros lo dedicamos a admirar la vida de otros y a lamentarnos de la nuestra. Porque además, la gente puede tener un día de mierda que no lo dice, sólo muestra su viaje a París, su romántico con el novio en un restaurante, el gol de su vida, las fiestas que se pega, los amigos que tiene, y hace que nos comparemos con algo que es ficticio. Hay que saber aparcarse el móvil, dejarlo de lado, controlar el tiempo de uso restringiendo la utilización del mismo, (se puede hacer a través de los ajustes), y estar en el momento presente y real. Atreveros a salir sin estar 24 horas del día conectado, id a la biblioteca sin el móvil, estudiad sin el móvil, sacad al perro sin el móvil. No seas víctimas de aquellos creativos de Silicon Valley que prohíben el móvil a sus hijos. Sed coherentes, abrid los ojos y fijaros. Las redes te hacen vulnerable frente a la soledad en mitad de tanta hiperconexión, una respuesta que tarda en llegar, un like que no se recibe. Es antinatural romper por ejemplo con una pareja y tenerla a un desliz de dedo para hablar con ella, y saber de ella, ver sus fotos. Es antinatural, para eso y para todo. Así que, cuidado con el uso que hacéis de las pantallas.

Por último y para terminar. El cyberbullying. Si el acoso ya es duro de por sí, que se rían de ti, que te insulten, que te peguen por ser de una u otra manera, o por nada en especial, sino porque algún gracioso necesita a otra persona para crecerse, sentirse guay y tener una diana contra la que lanzar un dardo, imaginad, que todo esto, se traslada a casa y se multiplica en los espacios debido a la hiperconectividad. No os imagináis el daño que pueden causar las palabras, o las bromas pesadas. Valiente no es la persona que hace gracia, valiente es la que sabe no ser cómplice de una situación injusta, aquel que sabe parar al agresor y denunciar un abuso. Así que cuidado con el uso que hacéis de las redes, porque el daño mental y emocional puede ser muy profundo para la persona que lo está viviendo.



Despedida

SESIÓN N° 3

Bueno chicos, hemos llegado al final de estas jornadas. ¡Espero que de la realización de se os haya quedado un mínimo de los talleres y podáis comprender qué es la salud mental, ponerle nombre, aceptarla, y combatirla desde YA con buenos hábitos que os ortalezcan por dentro y por fuera!. Recordad, "Men sana in corpore sano".

La situación es grave y tenemos que hacer entre todos lo máximo posible para erradicar estas cifras y que esto no siga así, empezando por cuidarnos a nosotros mismos y después a los demás.

Cuidaros a vosotros mismos para cuidar a los que más os quieren y queréis.

Ojalá pudiéramos ver más cosas, y trabajar de forma práctica muchos de los contenidos que hemos visto, y más, así como la asertividad (esa capacidad de comunicar de forma sincera los sentimientos, emociones, gustos), la toma de decisiones, la comunicación en el conflicto, las emociones, la procrastinación y optimización del tiempo, etc. Pero, aunque no se haya trabajado todo, espero que algo os llevéis.

Ahora, para cerrar definitivamente y concluir, vamos a gastar 10 minutos más en rellenar un cuestionario, al que por favor, espero contestéis con sinceridad para promover estas jornadas y mejorarlas en la medida de lo posible. Muchas gracias, y hasta pronto.

SESIÓN N° 3

EVALUACIÓN DE LAS JORNADAS "PDPI"

DATOS PERSONALES Edad:

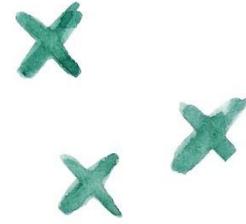
Curso:

SOBRE EL TEMA:

1. ¿Habías oído hablar de la salud mental? ¿Dónde?
2. ¿Conoces a alguna persona que haya padecido ansiedad o depresión? En caso afirmativo, ¿eran visibles los síntomas o pasaban desapercibidos?
3. ¿Alguna vez has contemplado conductas, o escuchado frases que con la información que tienes ahora, te pudieran parecer indicios de conductas autolesivas, o signos de depresión?
4. ¿Ahora mismo, si tuvieras que pedir ayuda, (ya sea por ti, u otro compañero), sabrías a quien dirigirte? (Nombra a quién se lo comunicarías)
5. ¿Crees que era necesario hacer una intervención así en el colegio? ¿Te parece importante visibilizar y sensibilizar sobre la salud mental?
-
-
6. ¿Crees que hablar de prevención primaria (informar sobre el trastorno mental y los hábitos de vida saludable) pueden ser herramientas útiles para evitar problemas futuros? ¿Te ha resultado interesante saber lo que aporta cada uno de esos hábitos?
7. ¿Consideras que unos hábitos saludables pueden aumentar el bienestar de una persona?
8. Escoge tres factores ajenos que te parezcan importantes y sean un apoyo en tu desarrollo y crecimiento personal:
 - a. Una buena relación familiar
 - b. Apoyo familiar
 - c. Apoyo social (amigos, conocidos, profesores)
 - d. Buena comunicación
 - e. Confianza
 - f. Sentirse escuchado
 - g. Existencia de oportunidades
 - h. Entorno calmado
 - i. Medios para informarse
9. Escribe dos o tres hábitos en los que te gustaría mejorar o bien incorporar a tu vida y cómo crees que te haría sentir si los pusieras en práctica.
10. Del 1 al 5, cómo consideras de difícil poner en práctica toda la teoría recibida.



Bibliografía



Alimentación sana. (2020, 29 abril). OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Comer de todo no es bueno para la salud. Julio Basulto, dietista-nutricionista. (2019, 10 junio). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=LSVCFKWxvcA&t=1369s>

Domínguez, C. (2020, 30 julio). Las 10 mejores cuentas de Instagram para comer sano. www.elmueble.com. https://www.elmueble.com/bienestar/10-mejores-cuentas-instagram-para-comer-sano_44694

Educación en la era del «sexting» y «ciberbullying». Silvia Barrera, experta en ciberseguridad. (2020, 16 noviembre). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Jjf7oUUDqNw&t=205s>

Escudero, M. P. C. (2022, 13 abril). Emociones y sentimientos ¿Cuál es la diferencia? Psicólogos en Madrid. <https://www.manuelescudero.com/emociones-y-sentimientos-cual-es-la-diferencia/>

Herrera, B. P. (2020, 6 abril). Primero el pensamiento y después la emoción. La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/primero-el-pensamiento-y-despues-la-emocion/>

La neurociencia de la meditación. Nazareth Castellanos, neurocientífica. (2022, 11 abril). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5xOGYn0KvnU>

«Nos encanta pensar la vida en lugar de vivirla». David del Rosario, investigador en neurociencia. (2022, 4 mayo). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Ku7zQZWqqDs&t=173s>

Pineda Pérez, S., & Aliño Santiago, M. (1999). Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia. Capítulo I. El Concepto de adolescencia.: Vol. I. UNICEF.

Prieto, P. B. (2022, 30 mayo). Los 24 tipos de sentimientos (y para qué sirven). Medico+. <https://medicoplus.com/psicologia/tipos-sentimientos>

¿Qué significa tener una buena autoestima? Silvia Congost, psicóloga. (2020, 25 noviembre). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=9QCobqzrTXk&t=186s>

Suicidio Infanto-Juvenil (TFG). (2018). Academia Atu. https://www.academia.edu/45466671/TFG_SUICIDIO_INFANTO_JUVENIL_PDF

Trastorno de estrés postraumático. (2021). TEPT | MedlinePlus en español. <https://medlineplus.gov/spanish/posttraumaticstressdisorder.html>

UTILIZA EL PODER DE TU CEREBRO | Verás resultados INCREÍBLES | Marian Rojas Estapé. (2022, 25 febrero). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=-c-sozyH4bl>

V. Completa. Educar en la complejidad. Juan Fernández, profesor y biólogo. (2022, 20 abril). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=8GccAiXo7rQ&t=183s>

V. Completa. El ejercicio lento de lo cotidiano. Pablo d'Ors, escritor. (2021, 21 junio). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=y8AawdSWnIY>

V. Completa. Mi largo viaje por la vida. Ramón Bayés, psicólogo y escritor. (2022, 25 mayo). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=vSrjyUeLkKM>

Versión Completa. Un método para aprender a descansar. Jana Fernández, especialista en sueño. (2022, 10 enero). [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=jsPjpNYsi-c&t=14s>

Versión Completa. La importancia de la nutrición en la educación, Javier Blumenfeld. (2018, 16 abril). [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=f_O44hJN2GQ

Anexo II. Respuestas de la "Evaluación Final"

EVALUACIÓN DE LAS JORNADAS "HABLEMOS DE SALUD"	
DATOS PERSONALES	Edad: 12 Curso: 1º ESO
SOBRE EL TEMA:	
1. ¿Habías oído hablar sobre la salud mental? ¿Dónde?	Si Por podcasts, redes sociales, televisión
2. ¿Conoces a alguna persona que haya padecido ansiedad o depresión?	Si, una amiga
3. ¿Alguna vez has contemplado conductas, o escuchado frases que con la información que tienes ahora, te pudieran parecer indicios de conductas autolesivas?	Si
4. ¿Ahora mismo, si tuvieras que pedir ayuda, (ya sea por ti u otro compañero), sabrías a quien dirigirte? ¿De qué forma lo harías?	A un adulto, intentándole hacer comprender sobre lo que esa persona está pasando
5. ¿Crees que era necesario hacer una intervención así en el colegio? Es decir, ¿te parece importante visibilizar y sensibilizar sobre la salud mental?	Si, ya que mucha gente está mal informada del tema
6. ¿Crees que la prevención primaria (informar sobre el trastorno mental y los hábitos de vida saludable) puede evitar problemas futuros?	Si, porque así somos capaces de saber lo que nos está pasando
7. ¿Consideras que unos hábitos saludables pueden aumentar el bienestar de una persona?	Si
8. Escoge tres factores ajenos que te parezcan importantes y sean un apoyo en tu desarrollo y crecimiento personal:	
a. Una buena relación familiar	f. Sentirse escuchado
b. Apoyo familiar	g. Existencia de oportunidades
c. Apoyo social (amigos, conocidos, profesores)	h. Entorno calmado
d. Buena comunicación	i. Medios para informarse
e. Confianza	j. Afecto, cariño, contacto.
9. Escribe dos o tres factores que te gustaría mejorar para sentirte mejor ya sea contigo mismo, en casa, en tus relaciones, o en los estudios.	Intentar no avergonzarme de mi mismo No autocompararme
10. Del 1 al 5, cómo consideras de difícil, poner en práctica toda la teoría recibida.	3

Imagen 4. Respuestas alumnos de 1º de la ESO.

EVALUACIÓN DE LAS JORNADAS "HABLEMOS DE SALUD"

DATOS PERSONALES Edad: 12 Curso: 1º ESO

SOBRE EL TEMA:

1. ¿Habías oído hablar sobre la salud mental? ¿Dónde?
Sí, en la radio a veces cuando sales psicólogos
2. ¿Conoces a alguna persona que haya padecido ansiedad o depresión?
Sí, creo, porque le gusta mucho llamar la atención y no se si es verdad
3. ¿Alguna vez has contemplado conductas, o escuchado frases que con la información que tienes ahora, te pudieran parecer indicios de conductas autolesivas?
Sí, en Solares, con el cole, la misma de antes
4. ¿Ahora mismo, si tuvieras que pedir ayuda, (ya sea por ti u otro compañero), sabrías a quien dirigirte? ¿De qué forma lo harías?
A los profesores, diciéndoles que no hagan que se sienta mal
5. ¿Crees que era necesario hacer una intervención así en el colegio? Es decir, ¿te parece importante visibilizar y sensibilizar sobre la salud mental?
Sí, porque así sabemos si alguien necesita ayuda
6. ¿Crees que la prevención primaria (informar sobre el trastorno mental y los hábitos de vida saludable) puede evitar problemas futuros?
Sí
7. ¿Consideras que unos hábitos saludables pueden aumentar el bienestar de una persona?
Sí, por ejemplo dormir bien, te quita el estrés
8. Escoge tres factores ajenos que te parezcan importantes y sean un apoyo en tu desarrollo y crecimiento personal:
 - a. Una buena relación familiar
 - b. Apoyo familiar
 - c. Apoyo social (amigos, conocidos, profesores)
 - d. Buena comunicación
 - e. Confianza
 - f. Sentirse escuchado
 - g. Existencia de oportunidades
 - h. Entorno calmado
 - i. Medios para informarse
 - j. Afecto, cariño, contacto.
9. Escribe dos o tres factores que te gustaría mejorar para sentirte mejor ya sea contigo mismo, en casa, en tus relaciones, o en los estudios.
No hacer caso a las notificaciones y ayudar más a la gente que
10. Del 1 al 5, cómo consideras de difícil, poner en práctica toda la teoría recibida.
2

Imagen 5. Respuestas alumnos de 1º de la ESO.

EVALUACIÓN DE LAS JORNADAS "HABLEMOS DE SALUD"

DATOS PERSONALES Edad: 12 Curso: 1º ESO

SOBRE EL TEMA:

1. ¿Habías oído hablar sobre la salud mental? ¿Dónde?
Sí
Por podcasts, redes sociales, televisión
2. ¿Conoces a alguna persona que haya padecido ansiedad o depresión?
Sí, una amiga
3. ¿Alguna vez has contemplado conductas, o escuchado frases que con la información que tienes ahora, te pudieran parecer indicios de conductas autolesivas?
Sí
4. ¿Ahora mismo, si tuvieras que pedir ayuda, (ya sea por ti u otro compañero), sabrías a quien dirigirte? ¿De qué forma lo harías?
A un adulto, intentándole hacer comprender sobre lo que esa persona está pasando
5. ¿Crees que era necesario hacer una intervención así en el colegio? Es decir, ¿te parece importante visibilizar y sensibilizar sobre la salud mental?
Sí, ya que mucha gente está mal informada del tema
6. ¿Crees que la prevención primaria (informar sobre el trastorno mental y los hábitos de vida saludable) puede evitar problemas futuros?
Sí, porque así somos capaces de saber lo que nos está pasando
7. ¿Consideras que unos hábitos saludables pueden aumentar el bienestar de una persona?
Sí
8. Escoge tres factores ajenos que te parezcan importantes y sean un apoyo en tu desarrollo y crecimiento personal:
 - a. Una buena relación familiar
 - b. Apoyo familiar
 - c. Apoyo social (amigos, conocidos, profesores)
 - d. Buena comunicación
 - e. Confianza
 - f. Sentirse escuchado
 - g. Existencia de oportunidades
 - h. Entorno calmado
 - i. Medios para informarse
 - j. Afecto, cariño, contacto.
9. Escribe dos o tres factores que te gustaría mejorar para sentirte mejor ya sea contigo mismo, en casa, en tus relaciones, o en los estudios.
Intentar no avergonzarme de mi mismo
No autocompararme
10. Del 1 al 5, cómo consideras de difícil, poner en práctica toda la teoría recibida.
3

Imagen 6. Respuestas alumnos de 1º de la ESO.

EVALUACIÓN DE LAS JORNADAS "HABLEMOS DE SALUD"

DATOS PERSONALES Edad: 13 Curso: 1 ESO

SOBRE EL TEMA:

1. ¿Habías oído hablar sobre la salud mental? ¿Dónde?
Sí, en la charla que nos han dado.
2. ¿Conoces a alguna persona que haya padecido ansiedad o depresión?
No, que yo sepa.
3. ¿Alguna vez has contemplado conductas, o escuchado frases que con la información que tienes ahora, te pudieran parecer indicios de conductas autolesivas?
4. ¿Ahora mismo, si tuvieras que pedir ayuda, (ya sea por ti u otro compañero), sabrías a quien dirigirte? ¿De qué forma lo harías?
Sí, a mi amiga, pues contándole que tengo un problema y así que me ayude a solucionarlo.
5. ¿Crees que era necesario hacer una intervención así en el colegio? Es decir, ¿te parece importante visibilizar y sensibilizar sobre la salud mental?
Sí, porque igual alguien está pasando por eso y necesita ayuda.
6. ¿Crees que la prevención primaria (informar sobre el trastorno mental y los hábitos de vida saludable) puede evitar problemas futuros?
Claro, porque igual tienes un problema y no lo sabes y la charla te puede ayudar a mejorar la conducta.
7. ¿Consideras que unos hábitos saludables pueden aumentar el bienestar de una persona?
Sí, porque si haces las cosas bien te sientes mejor contigo mismo.
8. Escoge tres factores ajenos que te parezcan importantes y sean un apoyo en tu desarrollo y crecimiento personal:
 - a. Una buena relación familiar
 - b. Apoyo familiar
 - c. Apoyo social (amigos, conocidos, profesores)
 - d. Buena comunicación
 - e. Confianza
 - f. Sentirse escuchado
 - g. Existencia de oportunidades
 - h. Entorno calmado
 - i. Medios para informarse
 - j. Afecto, cariño, contacto.
9. Escribe dos o tres factores que te gustaría mejorar para sentirte mejor ya sea contigo mismo, en casa, en tus relaciones, o en los estudios.
- Organizarme mejor y no estar tanto con el móvil xq se avienta
10. Del 1 al 5, cómo consideras de difícil, poner en práctica toda la teoría recibida.
- 3 (porque igual a una persona que este así le cuesta)

Imagen 7. Respuestas alumnos de 1º de la ESO.

Anexo IV. Últimas noticias relacionadas con el suicidio.

Fecha	Periódico	Titular
14/12/2021	El Periódico	<p>Problemática</p> <p>La muerte de Verónica Forqué pone el foco en el suicidio, el gran tabú de la salud mental en España</p> <p>El fallecimiento de la reconocida actriz ha abierto el debate sobre la salud mental en nuestro país y el problema silenciado del suicidio</p>
24/04/22	EL Diario de Burgos	<p>Sanidad busca determinar los signos de alarma del suicidio</p> <p>SFC - domingo, 24 de abril de 2022</p> <p>La Red Centinela trabaja en conocer a la población afectada para poder instaurar medidas preventivas de forma precoz después de costar la vida a 228 personas en 2020</p>
25/04/22	El Diario de Burgos	<p>SOCIEDAD</p> <p>Burgos crea un grupo de expertos ante las cifras de suicidio</p> <p>GADEA G. UBIERNA - lunes, 25 de abril de 2022</p> <p>Están estabilizadas entre 32 y 38 al año. En lo que va de 2022 han muerto 12 personas por esta causa, a la que la concejalía de Juventud ha dado prioridad con una campaña específica</p>
28/04/22	El País	<p>SALUD MENTAL ></p> <p>Las llamadas de ayuda por ideas e intentos de suicidio en menores se multiplican por 12 en los últimos 10 años</p> <p>La Fundación Anar, que gestiona un teléfono y un chat para niños y adolescentes, alerta de un incremento de problemas de salud mental, agravados a raíz de la pandemia</p>
15/05/22	El español	<p>SOCIEDAD</p> <p>El suicidio, la amenaza silenciada desde hace demasiado que deja 228 muertes en Castilla y León</p> <p>Los fallecidos en 2020 suponen diez más que el año anterior, mientras que el nuevo 024 será una buena medida preventiva en uno de los países europeos con menos acceso a la salud mental</p>
05/05/22	El País	<p>SUICIDIO ></p> <p>España estrena un teléfono para prevenir el suicidio: el 024</p> <p>El Ministerio de Sanidad pone en marcha este martes una atención especializada de 24 horas al día y 365 días al año bajo el lema 'Llama a la vida'</p>
19/05/22	La Sexta	<p>El padre de Kira, que se suicidó con 15 años, reúne firmas para pedir un protocolo nacional contra el bullying</p> <p>La familia de la pequeña, que se suicidó hace justo un año, pide que se garantice la activación urgente de atención psicológica ante sospechas claras de abuso y la intervención inmediata si se detecta riesgo de suicidio de la víctima.</p>

Tabla 1. Noticias sobre el suicidio