



COLECCIÓN CONOCIMIENTO CONTEMPORÁNEO

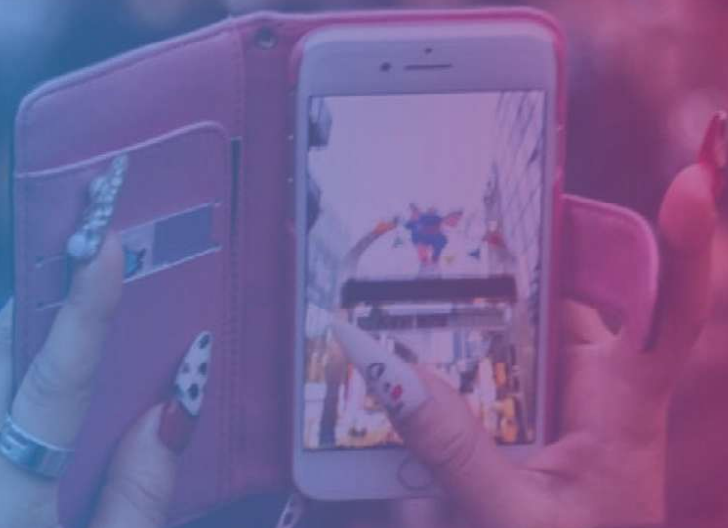
Las fronteras del conocimiento: perspectivas y aplicaciones en la era digital

Coords.

Manuel Bermúdez Vázquez

Alfonso Chaves-Montero

Julio Otero Santamaría



Dykinson, S.L.

LAS FRONTERAS DEL CONOCIMIENTO:
PERSPECTIVAS Y APLICACIONES EN LA ERA DIGITAL



COLECCIÓN CONOCIMIENTO CONTEMPORÁNEO

LAS FRONTERAS DEL CONOCIMIENTO:
PERSPECTIVAS Y APLICACIONES
EN LA ERA DIGITAL

Coords.

MANUEL BERMÚDEZ VÁZQUEZ
ALFONSO CHAVES-MONTERO
JULIO OTERO SANTAMARÍA

Dykinson, S.L.

2024



Esta obra se distribuye bajo licencia
Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0)

La Editorial Dykinson autoriza a incluir esta obra en repositorios institucionales de acceso abierto para facilitar su difusión. Al tratarse de una obra colectiva, cada autor únicamente podrá incluir el o los capítulos de su autoría.

LAS FRONTERAS DEL CONOCIMIENTO: PERSPECTIVAS Y APLICACIONES EN LA ERA DIGITAL

Diseño de cubierta y maquetación: Francisco Anaya Benítez
© de los textos: los autores
© de la presente edición: Dykinson S.L.
Madrid - 2024

N.º 184 de la colección Conocimiento Contemporáneo
1ª edición, 2024

ISBN: 978-84-1170-934-7

NOTA EDITORIAL: Los puntos de vista, opiniones y contenidos expresados en esta obra son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores. Dichas posturas y contenidos no reflejan necesariamente los puntos de vista de Dykinson S.L, ni de los editores o coordinadores de la obra. Los autores asumen la responsabilidad total y absoluta de garantizar que todo el contenido que aportan a la obra es original, no ha sido plagiado y no infringe los derechos de autor de terceros. Es responsabilidad de los autores obtener los permisos adecuados para incluir material previamente publicado en otro lugar. Dykinson S.L no asume ninguna responsabilidad por posibles infracciones a los derechos de autor, actos de plagio u otras formas de responsabilidad relacionadas con los contenidos de la obra. En caso de disputas legales que surjan debido a dichas infracciones, los autores serán los únicos responsables.

INDICE

PRÓLOGO	13
MANUEL BERMÚDEZ VÁZQUEZ	
INTRODUCCIÓN	15
JULIO OTERO	
CAPÍTULO 1. DESAFÍO TECNOLÓGICO E INTERGENERACIONAL EN CONTEXTOS MIGRATORIOS	19
RENZO ISMAEL JERI LEVANO	
MÓNICA ORTIZ COBO	
CAPÍTULO 2. TRANSNACIONALISMO POLÍTICO EN CONTEXTOS MIGRATORIOS: DIGITALIZACIÓN DEL COLECTIVO PERUANO	44
MÓNICA ORTIZ COBO	
RENZO ISMAEL JERI LEVANO	
CAPÍTULO 3. ANDALUZAS PROTESTONAS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES ANDALUZAS EN LA PARTICIPACIÓN NO CONVENCIONAL	64
DANIEL MARÍN-GUTIÉRREZ	
CAPÍTULO 4. SOCIOLOGÍA Y PSICOPATÍA: LOS IMAGINARIOS SOCIALES DE LA DESVIACIÓN SOCIAL.....	83
JUAN JOSÉ LABORA GONZÁLEZ	
JENNIFER GÓMEZ ZSÁKOVÁ	
ENRIQUE FERNÁNDEZ-VILAS	
CAPÍTULO 5. DESAFÍOS FILOSÓFICOS DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EDUCACIÓN: UNA APROXIMACIÓN.....	105
JOSÉ CARLOS RUIZ SÁNCHEZ	
CAPITULO 6. SOCIOLOGIA CRIMINAL, ESTIGMA SOCIAL Y PSICOPATÍA: EL CASO JARABO.....	120
JUAN JOSÉ LABORA GONZÁLEZ	
JENNIFER GÓMEZ ZSÁKOVÁ	
ENRIQUE FERNÁNDEZ-VILAS	
CAPÍTULO 7. APROXIMACIÓN CRÍTICA A LAS DIMENSIONES ECONÓMICO-POLÍTICA, SOCIAL Y ANTROPOLÓGICA DEL MODELO NEOLIBERAL.....	135
LAURA MARÍA MARRERO BASSI	

CAPÍTULO 8. ENTRE EL PANÓPTICO Y LA DISTOPÍA: IMAGINARIOS SOCIALES Y SOCIOLOGÍA DEL RIESGO EN LA FICCIÓN	155
JUAN JOSÉ LABORA GONZÁLEZ	
LAURA ESTÉVEZ SEIJO	
ENRIQUE FERNÁNDEZ-VILAS	
CAPÍTULO 9. LOS RETOS DE LA COGOBERNACIÓN ENTRE MOVIMIENTOS POPULARES E INSTITUCIONES PÚBLICAS.....	173
UNAI VÁZQUEZ PUENTE	
LUIS MIGUEL UHARTE POZAS	
CAPÍTULO 10. EL ESTADO MODERNO Y LA DIALÉCTICA DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD. ENTRE NORMAS Y PRÁCTICAS SOCIALES.....	190
SERGIO LEMUS ALCÁNTARA	
CAPÍTULO 11. NEGOCIANDO EL PROPIO VALOR: CAPITAL ESTÉTICO Y CULTURAL EN EL SECTOR DEL OCIO NOCTURNO.....	214
DIANA GARCÍA CATENA	
CAPÍTULO 12. DE ABAJO A ARRIBA. EL ESPACIO DEL CONOCIMIENTO LOCAL EN LA GOBERNANZA DE LOS INCENDIOS FORESTALES.....	233
ELVIRA SANTIAGO-GÓMEZ	
CARMEN RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ	
CAPÍTULO 13. IA Y CULTURA DEL RIESGO DIGITAL: VIGILANCIA PREVENTIVA VS. AUTONOMÍA INDIVIDUAL.....	250
M ^a TERESA GARCÍA-BERRIO HERNÁNDEZ	
CAPÍTULO 14. EXPLORANDO CASOS ARTÍSTICOS Y LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS SOBRE EL SENTIDO DE LA VISTA EN LA EDAD MODERNA.....	264
MARÍA GONZÁLEZ-SÁNCHEZ	
CAPÍTULO 15. RESEARCH ON THE SEMIOLOGY IN THE FOUR- SEASON ISRAELI SERIES “FAUDA”.....	289
SAID RIAD MASRI	
MANUEL BERMÚDEZ VÁZQUEZ	
CAPÍTULO 16. LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO BIOGRÁFICO PARA ANALIZAR LA EFICACIA DE LAS RENTAS MÍNIMAS DE INSERCIÓN.....	312
FRANCISCO ESTEPA MAESTRE	
JOSÉ DAVID GUTIÉRREZ SÁNCHEZ	
CAPÍTULO 17. INTERVENCIÓN SOCIAL SOSTENIBLE: EL TRABAJO SOCIAL VERDE COMO RESPUESTA A LOS NUEVOS RETOS SOCIALES.....	328
JOSÉ DAVID GUTIÉRREZ SÁNCHEZ	
FRANCISCO ESTEPA MAESTRE	

CAPÍTULO 18. DE LA PATOLOGÍA A LA INCLUSIÓN: EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS CONCEPTUALES DE DISCAPACIDAD	342
MARTA MEDINA NÚÑEZ	
CAPÍTULO 19. INTERVENCIÓN SOLIDARIA DE ESTUDIANTES DE POSGRADO EN ZONAS AFECTADAS POR EVENTOS NATURALES MEDIANTE EL DISEÑO DE VIVIENDAS SOSTENIBLES	359
JOSÉ LUIS CABALLERO MONTES	
RAFAEL ALAVÉZ RAMÍREZ	
MARGARITA RASILLA CANO	
CAPÍTULO 20. RELEVANCIA SOCIOEPIDEMIOLÓGICA Y SANITARIA DEL SUICIDIO. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES. LA EDUCACIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	382
EMILIO RUBÉN PEGO PÉREZ	
LOURDES BERMELLO LÓPEZ	
ISIDORO RODRÍGUEZ PÉREZ	
CAPÍTULO 21. EL ROL DEL DEPORTE COMO HERRAMIENTA EN LA MEJORA DE LA CONCENTRACIÓN	405
MARÍA MERINO FERNÁNDEZ	
ALEJO GARCÍA-NAVEIRA	
CAPÍTULO 22. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA LA GESTIÓN DE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO	421
ALEJANDRA PONCE BATISTA	
MARÍA MONTSERRAT BATISTA GUERRA	
MARÍA DEL MAR BATISTA GUERRA	
CAPÍTULO 23. EL CLIENTE-CONSUMIDOR Y LA TRANSFORMACIÓN ORGANIZACIONAL EN COMERCIOS DE DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS AGROPECUARIOS LEGALMENTE CONSTITUIDOS TRAS LA CRISIS SANITARIA POR EL VIRUS DEL COVID-19 EN SANTANDER DE QUILICHAO, NORTE DEL CAUCA COLOMBIA	438
MARÍA DE LOS ÁNGELES CALVO ECHEVERRI	
MARTA GISELA DURÁN GAMBA	
CAPÍTULO 24. "EL IMPACTO DEL RECHAZO INFANTIL EN EL AISLAMIENTO EMOCIONAL EN LA VIDA ADULTA" -EL CASO LUIS-	454
EDUARDO DE LA FUENTE ROCHA	
CAPÍTULO 25. EL SMART WORKING Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS EN LAS ORGANIZACIONES EN UNA NUEVA NORMALIDAD: UN ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO	464
MARTA GISELA DURÁN GAMBA	
MARIA DE LOS ÁNGELES CALVO ECHEVERRI	

CAPÍTULO 26. UNA BUENA CALIDAD DEL SUEÑO: LA NEUROMODULACIÓN NO INVASIVA COMO ALIADA	485
NAYARA VEGA DELGADO	
RAQUEL IRINA MEDINA RAMÍREZ	
IRENE GARCÍA RODRÍGUEZ	
ANDREA MARÍA HERNÁNDEZ PÉREZ	
CAPÍTULO 27. PACIENTES CON VÉRTIGO Y MAREO, EFECTOS DE LA FISIOTERAPIA VESTIBULAR.....	503
CARLA RIVERO RODRÍGUEZ	
ANDREA MARÍA HERNÁNDEZ PÉREZ	
MARTÍN EDUARDO VÍLCHEZ BARRERA	
IRENE GARCÍA RODRÍGUEZ	
CAPÍTULO 28. ANÁLISIS DE LA ANSIEDAD A PARTIR DEL SEXO EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN MÉXICO.....	523
MARÍA DEL PILAR ROQUE HERNÁNDEZ	
GUSTAVO IVÁN CAMPOS TAPIA	
EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ	
CAPÍTULO 29. PERSPECTIVAS EMERGENTES EN NEUROPSICOLOGÍA GERIÁTRICA: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES PARA UN ENVEJECIMIENTO CEREBRAL SALUDABLE	546
MARÍA ANTONIA PARRA RIZO	
CAPÍTULO 30. LA IMPORTANCIA DE LAS EMOCIONES EN LA TOMA DE DECISIONES VENTAJOSAS	564
LORENA ORTEGA PEÑAFIEL	
CAPÍTULO 31. PROYECTO DETALLADO DE INVESTIGACIÓN: INTERVENCIÓN PROACTIVA PARA EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	584
FABIOLA SÁNCHEZ AGUILERA	
PABLO PAREJA RÍOS	
CAPÍTULO 32. PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS EN LA EVALUACIÓN DEL OPTIMISMO EN EL DEPORTE.....	599
ROBERTO RUIZ BARQUÍN	
FRANCISCO JAVIER BATISTA ESPINOSA	
JOAQUÍN ÁLVAREZ FERNÁNDEZ	
CAPÍTULO 33. REVISIÓN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DE OPTIMISMO EN ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE.....	615
FRANCISCO JAVIER BATISTA ESPINOSA	
ROBERTO RUIZ BARQUÍN	
JOAQUÍN ÁLVAREZ FERNÁNDEZ	

CAPÍTULO 34. BLACK BOX ALGORITHMS BLACK BOX PSYCHES: CHALLENGING ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND SOCIAL VALUES FROM A PSYCHOLOGICAL POINT OF VIEW	633
CARLA MURTEIRA	
CAPÍTULO 35. WOLFGANG AMADEUS MOZART (1756-1791): UN RETRATO PSICOLÓGICO	651
CARMEN CAPDEPÓN PÉREZ PAULINO CAPDEPÓN VERDÚ	
CAPÍTULO 36. OPTIMISMO DEPORTIVO Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES DEPORTIVAS	672
JOAQUÍN ÁLVAREZ FERNÁNDEZ FRANCISCO JAVIER BATISTA ESPINOSA ROBERTO RUÍZ BARQUÍN	
CAPÍTULO 37. MIEDOS ESCOLARES Y CONFLICTOS EN EDUCACIÓN INFANTIL: UN ANÁLISIS POR GÉNERO Y EDAD.....	687
VANESA SAINZ LÓPEZ SOFÍA ÁLVAREZ BRUNETE	
CAPÍTULO 38. EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LA SALUD POSTPANDEMIA EN COLOMBIA: ESCALA GOLDBERG	702
IRÍAN CECILIA PÉREZ HERNÁNDEZ MARIANA FLORES-GARCÍA	
CAPÍTULO 39. IDENTIDAD Y NACIONALISMO ANTI-MUSULMÁN EN LA IDEOLOGÍA Y DISCURSO DE VOX. ESTUDIO DE CASO CON LA TEORÍA DE LA IDENTIDAD SOCIAL.....	728
ISAAC LAVI MÁRQUEZ JESÚS GARCÍA GARCÍA	
CAPÍTULO 40. INFLUENCIA DE LOS PROCESOS DE PERCEPCIÓN SOCIAL SOBRE LA MOTIVACIÓN DE LOS USUARIOS DE CENTROS FITNESS BOUTIQUE.....	742
M. ROCÍO BOHÓRQUEZ GÓMEZ-MILLÁN CRISTINA DE FRANCISCO PALACIOS M. CLAUDIA SCURTU TURA	
CAPÍTULO 41. GRATITUDE'S IMPACT ON LIFE SATISFACTION: INSIGHTS FROM ANDALUSIAN ADULT POPULATION	760
MARIA CLAUDIA SCURTU-TURA DE FRANCISCO CRISTINAYO HACE TIEMPO BOHORQUEZ MARIA ROCIO	
CAPÍTULO 42. LA ADICCIÓN A LA PORNOGRAFÍA EN LA ERA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL	777
RICARDO IVÁN UICAB QUEJ CARLOS DAVID CARRILLO TRUJILLO REBELÍN ECHEVERRÍA ECHEVERRÍA	

CAPÍTULO 43. HABILIDADES SOCIALES Y CREATIVIDAD: UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA MÚSICA	794
ANTONIA DE LA TORRE RÍSQUEZ MARÍA TERESA MARTÍN CALÉ	
CAPÍTULO 44. AGOTAMIENTO EMOCIONAL Y MOTIVACIÓN INTRÍNSECA: EL PAPEL MODERADOR DEL COMPROMISO AFECTIVO	818
CARLOS SANTIAGO-TORNER ELISENDA TARRATS-PONS JOSÉ-ANTONIO CORRAL-MARFIL	
CAPÍTULO 45. ECONOMÍA AZUL Y CAMBIO CLIMÁTICO, UNA PERSPECTIVA DESDE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ESPECIALIZADOS EN ESPAÑA. EL CASO DE EL ÁGORA.....	839
DANIEL RODRIGO-CANO ALEX FERNÁNDEZ MUERZA	
CAPÍTULO 46. EN BUSCA DE LA SOSTENIBILIDAD: UN NUEVO PARADIGMA METODOLÓGICO PARA PEDALEAR CON BICICLETAS COMPARTIDAS.....	860
ISRAEL VILLARRASA-SAPIÑA SERGIO MONTALT-GARCÍA GONZALO MONFORT-TORRES	
CAPÍTULO 47. LA HUELLA DE CARBONO DE UN EVENTO DE PEQUEÑA ESCALA: EL CASO DEL TORNEO INTERNACIONAL “CIUTAT DE VALENCIA 2023”	879
CRISTIAN GREGORI FAUS PABLO JIMÉNEZ JIMÉNEZ MARÍA HUERTAS GONZÁLEZ SERRANO ERIC NAVARRO ANDRÉS	
CAPÍTULO 48. EL FUTURO DESARROLLO DE LA EÓLICA MARINA EN ESPAÑA: EVIDENCIAS ECONÓMICAS PRELIMINARES Y CONTROVERSIAS SOBRE LOS IMPACTOS ENERGÉTICOS Y MEDIOAMBIENTALES	895
ROSA MARIA REGUEIRO FERREIRA PABLO ALONSO FERNÁNDEZ IRIA MARIA NANDE FERNÁNDEZ	
CAPÍTULO 49. DESMATERIALIZACIÓN EN REINO UNIDO: UN ANÁLISIS A TRAVÉS DE DOS ENFOQUES DE LA CONTABILIDAD DE FLUJOS MATERIALES	920
PABLO ALONSO FERNÁNDEZ ROSA MARÍA REGUEIRO FERREIRA JUAN JOSÉ VERDES GÓMEZ	

CAPÍTULO 50. EL EFECTO INVERNADERO EN EL ECOSISTEMA MARINO. UN ESTUDIO SOBRE INDIVIDUOS DE LA ESPECIE <i>ARTEMIA FRANCISCANA</i>	938
VANESSA ARANDA QUIRÓS	
CAPÍTULO 51. LA TRANSICIÓN VERDE EN LAS CUENTAS PUBLICAS. ¿CAMBIO DE PARADIGMA O MODA PASAJERA?.....	955
JUAN JOSÉ VERDES GÓMEZ	
ROSA MARÍA REGUEIRO FERREIRA	
PABLO ALONSO FERNÁNDEZ	
CAPÍTULO 52. ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DEL TURISMO DURANTE EL RÉGIMEN FRANQUISTA E INICIO DE LA TRANSICIÓN A TRAVÉS DE LA IMAGEN Y EL RELATO HISTÓRICO-SIMBÓLICO DEL NO-DO.....	974
ANTONIA PÉREZ-GARCÍA	
ANGEL RODRÍGUEZ PALLAS	
CAPÍTULO 53. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CICLOTURISMO COMPETITIVO EN LA MONTAÑA: LA MTB GUZMÁN EL BUENO X DE CÓRDOBA (ESPAÑA).....	999
JOSÉ E. RAMOS-RUIZ	
LAURA GUZMÁN-DORADO	
J. CARLOS CASAS-MONTILLA	
LAURA ORTEGA-PÉREZ	
CAPÍTULO 54. CARRERAS POPULARES SINGULARES: NOCHE, ROCK Y DEPORTE EN CÓRDOBA (ESPAÑA).....	1019
JOSÉ E. RAMOS-RUIZ	
J. CARLOS CASAS-MONTILLA	
LAURA ORTEGA-PÉREZ	
LAURA GUZMÁN-DORADO	
CAPÍTULO 55. CARRERAS POPULARES EN COMUNIDADES RURALES, ALGO MÁS QUE DEPORTE: UNA MIRADA DESDE DENTRO A TRAVÉS DE LA XVIII LEGUA DE FERNÁN NÚÑEZ, CÓRDOBA (ESPAÑA).....	1037
JOSÉ E. RAMOS-RUIZ	
LAURA ORTEGA-PÉREZ	
LAURA GUZMÁN-DORADO	
J. CARLOS CASAS-MONTILLA	
CAPÍTULO 56. TEXT STRUCTURE, LANGUAGE AND PROJECTED IMAGE ON THE TRAVEL GUIDES OF THE ENGLISH WAY	1055
ANA MONTOYA REYES	
ÁNGEL RODRÍGUEZ PALLAS	

CAPÍTULO 57. THE IMPORTANCE OF <i>SOFT SKILLS</i> DEVELOPMENT IN THE TOURISM SECTOR'S EMPLOYEES	1086
ROSARIO ANDREU-GUERRERO	
LAURA RIENDA-GARCÍA	
LORENA RUIZ-FERNÁNDEZ	
CAPÍTULO 58. EL PERFIL DE LA DEMANDA TURÍSTICA QUE ACCEDERÍA AL DESTINO GALICIA: LAS POTENCIALIDADES PARA EL DESARROLLO REGIONAL.....	1109
JOSÉ ANTONIO DÍAZ FERNÁNDEZ	
CAPÍTULO 59. EL PATRIMONIO LITERARIO, UNA OPCIÓN MÁS PARA LA CIUDADANÍA Y EL TURISMO	1141
BLANCA ESCOBAR MENGUAL	
CAPÍTULO 60. EL POTENCIAL TURÍSTICO DEL PATRIMONIO CULTURAL INMATERIAL: LAS FIESTAS DE INTERÉS TURÍSTICO EN GALICIA.....	1158
CARLOS ALBERTO PATIÑO ROMARÍS	
CAPÍTULO 61. GASTRONOMÍA Y DESARROLLO TURÍSTICO TERRITORIAL EN EL LITORAL GALLEGO.....	1182
CARLOS ALBERTO PATIÑO ROMARÍS	
CAPÍTULO 62. EL PRODUCTO TURÍSTICO PESQUERO EN GALICIA: TENDENCIAS Y RETOS.....	1206
CARLOS ALBERTO PATIÑO ROMARÍS	
CAPÍTULO 63. LOS USOS LÚDICOS DEL AGUA EN AS RÍAS BAIXAS: PERSPECTIVAS RECREATIVAS PARA UN DESTINO TURÍSTICO	1228
PABLO POSADA ÁLVAREZ	
CAPÍTULO 64. CONSUMO CONSCIENTE HACIA LA MINIMIZACIÓN DE LOS IMPACTOS DEL TURISMO	1239
JAKSON RENNER RODRIGUES SOARES	
ÁNGEL RODRÍGUEZ PALLAS	
CAPÍTULO 65. HAPPINESS OF THE CUSTOMERS IN THE UAE.....	1254
ALI ABDULLA ALYAMMAHI	
MANUEL BERMÚDEZ VÁZQUEZ	

RELEVANCIA SOCIOEPIDEMIOLÓGICA Y SANITARIA DEL SUICIDIO. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES. LA EDUCACIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

EMILIO RUBÉN PEGO PÉREZ

Universidad de Santiago de Compostela

LOURDES BERMELLO LÓPEZ

Universidad de Santiago de Compostela

ISIDORO RODRÍGUEZ PÉREZ

Universidad de Santiago de Compostela

1. INTRODUCCIÓN

El término suicidio, se define etimológicamente como el acto del individuo encaminado a la autodestrucción intencional. Actualmente, el acto suicida es el responsable de casi un millón de muertes al año a nivel mundial, encontrándose entre las 3 primeras causas de muerte entre las personas de entre 15 y 44 años, y la segunda entre personas de 15 a 29 años, así como de casi un 50 % del total de muertes violentas. (De Bedout Hoyos, 2008; García Herrero, 2019; Legido Gil, 2012).

A nivel estatal, el suicidio constituyó en España en el año 2019 la primera causa de muerte violenta, con un total de 3.671 fallecimientos, y siendo tres veces superior a la cifra anual de muertes en accidentes de tráfico según el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF). Galicia fue este mismo año la cuarta comunidad autónoma en relación con el porcentaje de suicidios en España, abarcando un 6,9 % de estos. (Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, 2019).

El suicidio supone casi un millón de muertes al año en todo el mundo, lo que implica una tasa de mortalidad global anual estandarizada por edad de 11,4 por cada 100.000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0

entre mujeres) o una muerte diaria cada 40 segundos (World Health Organization, 2014).

Constituye la principal causa de muerte violenta (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002). En el año 2015 supuso el 1,4% de todas las muertes, situándose entre las 17 primeras causas de defunción más importantes en la población general (World Health Organization, 2016). En Europa, el suicidio en jóvenes ha ido aumentando entre los años 1980 y 2000, multiplicándose por cuatro su tasa (revisado en Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2012). Supone una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años (World Health Organization, 2012) y la segunda entre personas de 15 a 29 años (después de los accidentes de tráfico), donde el suicidio causa un 8,5% de las muertes (World Health Organization, 2016). Cada acto suicida afecta a otras 6 personas, al menos, del entorno y da lugar a más muertes en el mundo que por homicidios y guerras juntos (World Health Organization, 2012).

En la elección del método suicida intervienen varios factores, como la disponibilidad y accesibilidad de estos, su aceptación sociocultural, la imitación y la confianza en su capacidad letal (Milner, Witt, Maheen & LaMontagne, 2017). Los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más habituales empleados en el mundo. En los países de ingresos altos, el ahorcamiento es el método más utilizado y se emplea en un 50% de suicidios, y las armas de fuego son el segundo método más frecuente, usado en un 18% de suicidios (World Health Organization, 2014).

Los intentos de suicidio son entre 30 y 40 veces más frecuentes que el suicidio completo (Harris & Barraclough, 1997). Se produce un intento de suicidio cada 2 segundos, con 20.000.000 de intentos anuales (Brüderl et al., 2015). Se estima que aproximadamente un 3% de la población presentaría al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida por año (Nock et al., 2008). Constituye uno de los más fuertes predictores de suicidio completo (Harris & Barraclough, 1997; Nordström, Shalling y Ashberg, 1995; World Health Organization, 2014) y de nuevos intentos de suicidio (World Health Organization, 2014). Existe una elevada probabilidad de muerte por autoeliminación, que se incrementa

en 30-40 veces con respecto a la población general, en los que han realizado un intento suicida previo (Harris & Barraclough, 1997). Entre el 25 y el 40% de los suicidas han realizado intentos previos. La frecuencia y severidad de los intentos son factores que elevan el riesgo de consumación (Sáiz et al., 2016).

La presencia de ideación suicida es difícil de estimar. Aunque existen cuestionarios específicos para su valoración, se utilizan en pocas ocasiones. Los estudios varían en relación con el periodo de tiempo que se tiene en cuenta para la valoración de estas ideas. Además, no existe un consenso claro en cuanto a su definición; podrían incluir desde sentimientos de que la vida no merece la pena, hasta la presencia de un plan estructurado de muerte (Acosta Artiles, 2004). Constituye también un importante predictor de intentos suicidas y de suicidio consumado.

En Europa, el suicidio supone la décima causa de muerte, siendo los países de Europa oriental los que presentan mayores tasas (Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2012).

La razón hombre/mujer de las tasas de suicidio normalizadas según la edad es de 3,5:1 en países desarrollados, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre/mujer es mucho menor, 1,6:1 (World Health Organization, 2014). Dos excepciones serían India y China, donde no existen claras diferencias respecto al género (1,3:1 en India y 0,9:1 en China), debido posiblemente a la baja condición social y a otros factores asociados a las mujeres (Nock et al., 2008).

En el plano mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres (World Health Organization, 2014). Esta relación se incrementa con la edad, de manera que, a los 75 años, la tasa de suicidio consumado es 8-12 veces mayor en el hombre que en la mujer (Hoyert, Kochanek & Murphy, 1999).

Por tanto, el suicidio supone un grave problema de salud pública mundial (Blüml et al., 2013; Cassaretto & Martínez, 2012; Cox, Enns & Clara, 2004; Duberstein et al., 2000; Gonda et al., 2012; Hawton & Van Heeringer, 2009; Pompili et al., 2008; Sáiz & Bobes, 2014; Salmerón et al., 2013). Las repercusiones del suicidio en el entorno son muy

importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas en el plano emocional, social y económico (Beautrais et al., 2005; Duberstein et al., 2000; World Health Organization, 2012). Además, genera gastos sanitarios de miles de millones de dólares anuales, tanto en asistencia directa al suicida, como en la asistencia de secuelas de suicidios frustrados (World Health Organization, 2014). En Estados Unidos, los costes asociados al suicidio e intentos de suicidio se cifraron en más de 58,4 billones de dólares en el año 2013 entre gastos directos e indirectos (Exbrayat et al., 2017).

Existen ciertos factores de riesgo de suicidio, entre ellos encontramos situaciones sociales adversas, historia suicidabilidad familiar, historia maltrato físico o abuso sexual, factores genéticos, neurobiológicos, intentos suicidio previo o Psicopatología: trastornos afectivos, depresión, bipolaridad, trastornos de la personalidad (impulsividad), abuso sustancias, esquizofrenia, trastorno límite de personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo. Los factores precipitantes son eventos vitales estresantes, fácil acceso medios suicidas, acoso de iguales, manejo inapropiado medios comunicación/internet.

Por otra parte, existen factores protectores, en primer lugar, encontramos los factores personales como habilidad de resolución conflictos, confianza en uno mismo, habilidades sociales, flexibilidad cognitiva, estrategias afrontamiento adecuadas, hijos, modos de vida saludables. Finalmente, los factores protectores sociales son apoyo familiar/social, integración, creencias/valores positivos.

El suicidio, por tanto, no es un fenómeno aleatorio, sino prevenible, ya que se encuentra asociado a los factores de riesgo mencionados. El reto en cuanto a la prevención del suicidio consiste en reconocer qué personas son las más vulnerables y ante qué situaciones, para poder intervenir mediante la adopción de medidas y estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida.

La gran carencia en la actualidad es la escasez de programas preventivos en materia suicida. La Estrategia de Salud Mental del SNS, elaborada para el periodo 2009-2013 (Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011) contempló entre sus objetivos la prevención del

suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo. Sin embargo, no existe en nuestro país un plan estatal de prevención del suicidio. Sólo se han realizado iniciativas locales, que en muchas ocasiones se enmarcan en los planes europeos específicos y que se dirigen a poblaciones específicas durante periodos de tiempo limitados (Sáiz & Bobes, 2014). En relación con lo anterior, existe una proposición no de ley (aprobada por unanimidad en el Congreso de los Diputados en diciembre de 2012) en relación con la promoción de la Estrategia de Salud Mental de acciones para una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio. La Comisión de Sanidad instó al Congreso en marzo de 2014 a llevar a cabo estas acciones ya que determinó que, pasado más de un año, no se habían realizado (Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011).

2. OBJETIVOS

- Analizar la relevancia socioepidemiológica y sanitaria del suicidio
- Determinar los principales factores de riesgo y protectores
- Analizar la educación sanitaria como herramienta de prevención del suicidio.

3. METODOLOGÍA

Revisión de la literatura vigente en las principales bases de datos y motores de búsqueda (Medline, PsycINFO, EMBASE, Cinahl, Dialnet y scholar google).

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

Uno de los primeros pasos para la intervención sobre las conductas autolíticas es la determinación de los factores de riesgo asociados, pues la etiología es multifactorial e implica factores sociodemográficos,

biológicos, familiares, psicopatológicos y psicosociales. (García Herrero, 2019).

4.1.1. Factores de riesgo sociodemográficos

El género constituye uno de los factores influyentes en el riesgo de suicidio, siendo el número de tentativas autolíticas entre 3 y 4 veces mayor en mujeres, pero destacando los hombres en el número de suicidios consumados. En relación con el método utilizado, los hombres tienden al uso de técnicas más agresivas como el uso de armas de fuego, ahorcamiento o precipitación desde alturas, mientras que las mujeres optan más frecuentemente por consumo de tóxicos (sobredosis) o la ingesta de venenos. (García Herrero, 2019; Legido Gil, 2012).

En los países industrializados las tasas de suicidio se incrementan con la edad, sobre todo en mayores de 70 años, ya que los cuadros depresivos son también más frecuentes en este rango de edad que entre los más jóvenes. A pesar del aumento significativo en los últimos años del suicidio entre adolescentes y personas jóvenes, más del 70 % de las personas que se suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia aumenta en mayores de 70 si tenemos en cuenta la distribución de los rangos de edad por 100.000 habitantes. (García Herrero, 2019; Legido Gil, 2012; Pugliese, 2019).

Otros factores sociodemográficos de interés son el nivel socioeconómico y el estado civil de la persona. El riesgo de suicidio aumenta significativamente en personas desempleadas y en situación de pobreza, así como es más común en personas separadas/divorciadas, viudos/as y personas solteras que viven solas. (García Herrero, 2019; Legido Gil, 2012; Torales et al., 2020).

4.1.2. Factores de riesgo psicopatológicos

El tipo de trastorno mental supone uno de los principales factores de riesgo de suicidio, aumentando éste significativamente en las personas que padecen trastornos afectivos, abuso de sustancias, bipolaridad, esquizofrenia, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de la personalidad y trastornos de ansiedad. Dentro de estos, cabe destacar el riesgo

en pacientes con trastornos depresivos, siendo las características más determinantes para aumentar el riesgo de suicidio la superposición de una depresión mayor y distimia y la cronicidad del estado de ánimo, suponiendo precisamente estos síntomas, en numerosos casos, la transición de la ideación suicida a un intento autolítico. (Dueñas Rada, 2017; García Herrero, 2019; Legido Gil, 2012).

4.1.3. Factores de riesgo psicosociales

1. Frustración

La frustración es un estado emocional negativo dado por la no satisfacción de una meta. Del mismo modo, crea un estado de activación emocional a partir del cual se puede producir una serie de conductas disfuncionales, que pueden dar lugar a resignación y aumentar la impulsividad del individuo si no se fomenta una adecuada gestión emocional. (Carlos Colchado & Mallqui, 2022).

2. Ira y agresividad

Se define como agresividad cualquier comportamiento destinado a dañar para evitar ser perjudicado, se trata de una reacción ante una situación estresante o aversiva, una sensibilidad excesiva ante perturbaciones menores. Este rasgo en la personalidad de una persona (junto con un riesgo de suicidio elevado asociado a otros factores ya mencionados), implica una menor premeditación en intentos suicidas y en la elección del método. Son rasgos comúnmente presentes en pacientes con trastornos de conducta, trastornos de personalidad, abuso de sustancias y trastornos bipolares. (García Herrero, 2019; Legido Gil, 2012; Pugliese, 2019).

4.2. FACTORES PROTECTORES

Por un lado, existen factores protectores sociales, entre los que se encuentran el apoyo familiar y social, el nivel de integración y las creencias y valores positivos; por otro lado, los principales factores protectores a nivel personal incluyen la habilidad de resolución de conflictos, la inteligencia emocional, alta autoestima, confianza en uno mismo, el

hecho de ser madre/padre y los modos de vida saludables que promueven el bienestar físico y mental. (García Herrero, 2019).

4.2.1. Inteligencia emocional

La inteligencia emocional es la capacidad de la persona para identificar los diferentes estados emocionales (propios y ajenos), reflexionar acerca de ellos, comprenderlos y regularlos correctamente. Este concepto está directamente relacionado con el de gestión emocional, ya que una inteligencia emocional elevada, y una gestión efectiva de las emociones identificadas son la base para la elaboración de estrategias de adaptación dirigidas al afrontamiento de las demandas y presiones del ambiente. (Mamani et al., 2018; Suárez, 2010; Suarez, 2018).

La desregulación emocional influye tanto en el desarrollo de ideaciones suicidas como en las tentativas, ya que supone una dificultad excesiva para la gestión situaciones de inadaptación, conflictos personales, sentimientos de culpa, de fracaso, de frustración o de miedo, propiciando también una actitud impulsiva y aumentando la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas como recurso para suplir estas necesidades psicológicas. Una mayor inteligencia emocional implica consecuentemente un mayor bienestar psicológico, relaciones sociales mejor percibidas por la persona, mayor tolerancia al estrés o mejor expresión de las emociones del individuo, reduciendo de este modo las probabilidades pensamientos suicidas. (Bonet et al., 2020; Suárez, 2010).

Por otro lado, la impulsividad motora relacionada con una mala gestión de la frustración está relacionada con la tendencia a actuar según los estados emocionales transitorios. Por lo tanto, si nos centramos en enfoques cognitivos, esta gestión ineficaz de las emociones conlleva a que el individuo asocie el procesamiento de la información surgido ante una situación desfavorable, al resto de situaciones nuevas y estresantes. Esto provoca un sesgo en la percepción de la realidad y genera un malestar psicológico que puede llevar a la creación de un esquema disfuncional y facilitar que la persona visualice el suicidio como única salida viable. (Dueñas, 2017; Carlos Colchado, 2022).

4.2.2. Autoestima

El concepto de autoestima se define como la actitud valorativa que una persona tiene hacia sí misma, es decir, la valoración subjetiva de su autoconcepto, de sus propios pensamientos y de sus sentimientos. (Ramos Martín, 2012; Suárez, 2018).

La existencia de una asociación lineal entre armonía personal (equilibrio, bienestar, salud) y aprecio personal (autoestima), hace que éste último tenga especial impacto cuando hablamos de patologías psiquiátricas, ya que influye en el desarrollo global de la persona: relaciones sociales, salud física, éxito académico, estrategias de afrontamiento... Además, supone una herramienta imprescindible en la disminución del estigma interiorizado contribuyendo a un aumento de la calidad de vida de los pacientes, y sirviendo también como variable de valoración en los procesos de rehabilitación y ajuste social. (Arrieta et al., 2018; Bhattacharya et al., 2013; Ramos Martín, 2012; Suárez, 2018).

Una autoestima favorable, constituye un factor de protección ante la aparición de patologías mentales, a la vez que supone una mejoría de síntomas en aquellas personas ya diagnosticadas.

Esta mejoría se manifiesta con un aumento de sentimientos de confianza, optimismo, mayor capacidad de adaptación, sociabilidad, motivación, ajuste personal e incluso con una mayor probabilidad de éxito a la hora de obtener y mantener un empleo. Por otro lado, los pacientes con una baja autoestima tienden a las actitudes defensivas en sus relaciones sociales y al retraimiento social, por lo que experimentan también más sentimiento de soledad. Además, está relacionada también con sensación de mayores niveles de ansiedad, desorganización, problemas psicósomáticos y, en general, con un aumento de la sintomatología psiquiátrica. (Arrieta et al., 2018; Ramos Martín, 2012).

4.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Algunos de los cuestionarios más empleados para la evaluación de los factores de riesgo de suicidio se presentan a continuación:

4.3.1. Cuestionario de cambios de vida recientes

El Cuestionario de cambios de vida recientes (versión del año 1975) a utilizar, se trata de una escala de reajuste social que incluye 74 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés en la vida de una persona. En este caso se dividen los acontecimientos en 5 módulos: salud personal, trabajo, familia y hogar, actitud personal y social y situación financiera.

Cada uno de los acontecimientos valorados está asociado con un número de “*unidades de cambio vital*” (UCV), siendo el de menor valor la realización de un curso por correspondencia en el trabajo (18 UCV), y el de mayor valor la muerte de un hijo (123 UCV), pasando por la hospitalización tras una situación de enfermedad propia, jubilación, embarazo o la violación menor de una ley (entre otros). La persona debe rodear aquellos eventos ocurridos en su vida entre los últimos 6 o 12 meses, considerándose un mayor riesgo a medida que aumenta el Índice de Adaptación social, obtenido al sumar las puntuaciones de la totalidad de los UCV. (Universidad Complutense de Madrid, 2023)

4.3.2. Escala de impulsividad de Barrat-11

La Escala de Impulsividad de Barratt- 11 consta de 30 ítems que se agrupan en 3 subescalas: impulsividad cognitiva (8 ítems), referida a la incapacidad de mantener la atención y concentración; impulsividad motora (10 ítems), definida como actuación sin premeditación; y ausencia de planificación (12 ítems), relacionada con la falta de visión para el futuro. Cada ítem comprende 4 opciones de respuesta, tipo Likert, donde el puntaje 4 indica una mayor impulsividad (excepto en los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30, que tienen una puntuación inversa). La puntuación total se obtiene mediante la suma de las puntuaciones individuales. (Legido Gil., 2012).

4.3.3. International Personality Disorder Evaluation

El “*International Personality Disorder Evaluation*” se trata de un cuestionario autoadministrado que identifica aspectos y conductas en la evaluación de los trastornos de personalidad en personas adultas, mediante los

criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales como el DSM- IV y CIE-10. La escala consta de 77 ítems, estando cada uno de los trastornos valorados asociados a la respuesta de entre 7 y 9 de éstos. Para valorar el grado en que la persona encuestada cumple con los requisitos de padecimiento del trastorno, se suman las puntuaciones de los ítems con los que cumplen, y se divide este valor entre el número de ítems propuestos para dicha enfermedad. (Legido Gil, 2012).

4.3.4. Inventario de Depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck consta de 21 ítems, a través de los cuales valora a la persona desde una perspectiva global, evaluando los síntomas clínicos de la melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión: estado de ánimo, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, odio a sí mismo, autoacusación, impulsos suicidas, períodos de llanto, irritabilidad, aislamientos social, indecisión, imagen corporal, capacidad laboral, trastornos del sueño, cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso, hipocandría y libido. A la hora de interpretar las respuestas, la puntuación máxima es 30 puntos, considerándose mayor la gravedad de la depresión cuanto mayor es la puntuación obtenida. (García Herrero, 2019).

4.3.5. Inventario de Orientación Suicida (ISO-30)

El Inventario de Orientación Suicida es una de las herramientas más utilizadas para la valoración del riesgo suicida, ya que permite la evaluación de 5 factores esenciales: baja autoestima, desesperanza, incapacidad para afrontar problemas emocionales, soledad y aislamiento social e ideación suicida. Consta de 30 ítems que se responden mediante una escala Likert en función de la conformidad del encuestado con el enunciado que se le presenta. El resultado final obtenido con la suma de las respuestas numéricas, se denomina Índice de Orientación Suicida y permite la clasificación del riesgo suicida según sea: bajo (≤ 30), moderado (31 – 44) o alto (≥ 45). Los ítems 5, 10, 15, 20, 25 y 30 son considerados críticos por aludir directamente a la ideación suicida. Esta escala se utilizará para la valoración del objetivo principal del estudio, considerándose efectiva la intervención cuando la puntuación final de

las respuestas se mantenga o se sitúe por debajo de los 30 puntos (riesgo bajo) tras la realización de los talleres de educación sanitaria. (Ariel Becco et al., 2021).

4.3.6. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, contiene 15 ítems que valoran existencia de intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación suicida, depresión, desesperanza... Una respuesta positiva (sí) a cada uno de los ítems propuestos se contabiliza como 1 punto, considerándose un mayor riesgo suicida en cuanto mayor sea el número de respuestas positivas, encontrándose el punto de corte en 6 puntos. (García Herrero, 2019).

El nivel agresividad, ira y frustración se determinarán a través de los puntajes de los diferentes cuestionarios:

4.3.7. Escala de Buss y Perry

Compuesto por 20 ítems en escala tipo Likert con cinco alternativas (1 = Muy rara vez; 5 = Muy frecuentemente), posee cuatro factores: agresividad física (7 ítems), agresividad verbal (4 ítems), ira (4 ítems) y hostilidad (5 ítems). Los factores I y II constituirían el componente instrumental de la agresividad, es decir, el elemento proactivo con sus dos posibles formas de manifestación. La hostilidad, conformaría el componente cognitivo, a través del cual se activan los procesos intencionales de atribución de significados y por último, la ira que se englobaría dentro del componente emocional y afectivo que impulsa ciertas conductas y sentimientos y que una vez activada alimenta y sostiene la conducta incluso más allá del control voluntario. Está orientada a modificar la situación o a liberar la frustración, aunque no sea una conducta deseable. Así, la agresividad viene a ser el resultado de una compleja secuencia asociativa en la que influirían procesos conductuales, cognitivos y de aprendizaje, además de procesos emocionales y biológicos. La fiabilidad del instrumento se ha medido a través del alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,910. (Gamara, 2018).

4.3.8. Test de frustración de Rosenzweig

La prueba se basa en las teorías de Dollard y Miller de que la frustración genera agresión, y pretende medir las tendencias agresivas del examinado a partir de sus respuestas a las láminas. Consiste en una serie de láminas con dibujos tipo comic que presentan en viñetas situaciones incómodas o frustrantes; las figuras aparecen sin cara, el texto de uno de los personajes está escrito en un “bocadillo” mientras que el de la persona que debe responder está en blanco. El examinado responde verbalmente. Las respuestas se clasifican en extrapunitivas, intrapunitivas e impunitivas, según que la agresión se dirija hacia el exterior, hacia el propio sujeto, o se reprima o rechace. alternativas SIEMPRE, A VECES, NUNCA. Hay que recordar que no debe quedar ni un casillero vacío, y no hay respuestas correctas ni incorrectas. La calificación se puede hacer siguiendo la clave de respuestas. Cada reactivo resuelto es calificado por 3, 2 y 1 de acuerdo con el significado. 3 = siempre, 2= a veces, 1= nunca. Con excepción ítems los ítems 9 y 6 que son ítems inversos. Puntuación mínima de 28 puntos y máxima de 84, al categorizarlo se obtienen tres niveles, bajo (28-64), medio (65-73) y alto (74-84). (Ramos Martín, 2012).

4.4. LA EDUCACIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

La gran carencia en la actualidad es la escasez de programas preventivos en materia suicida insta a los profesionales de la salud a promover, elaborar y estandarizar programas de educación sanitaria. En España, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, elaborada para el periodo 2009-2013 contempló entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo (Herrejón, 2014; Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011).

Existen algunos planes autonómicos para la prevención del suicidio, sin embargo, no existe en nuestro país un plan estatal de prevención del suicidio común a todas las Comunidades Autónomas que asegura la calidad y la equidad de sistema sanitario. Otras iniciativas han sido

realizadas en el ámbito local, que en muchas ocasiones se enmarcaron en planes europeos específicos y que se dirigieron a poblaciones específicas durante periodos de tiempo limitados (Ayuso-Mateos et al., 2012; Herrejón, 2014; Sáiz y Bobes, 2014).

En relación con lo anterior, existe una proposición de Ley (aprobada por unanimidad en el Congreso de los Diputados en diciembre de 2012) con relación a la promoción de la Estrategia de Salud Mental, que pretende desarrollar acciones para una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio. La Comisión de Sanidad instó al Congreso en marzo de 2014 a llevar a cabo estas acciones ya que tras un año de su publicación todavía no se había establecido ninguna de ellas (Herrejón, 2014).

La educación sanitaria resulta una buena herramienta para la comunicación con el paciente, el incremento de la relación terapéutica y como instrumento educativo para transmitir conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes para poder realizar su autocuidado e integrarse plenamente en sociedad. Así pues, resultará una buena herramienta para incrementar factores protectores individuales de suicidio como habilidad de resolución de conflictos, confianza en uno mismo y el fomento de modos de vida saludables.

En la actualidad existen numerosos proyectos en la literatura que tienen como objeto la prevención del suicidio en escolares, como, por ejemplo, los que se muestran a continuación.

La Junta de Extremadura (2022) desarrolla el programa *“Prevención e Intervención de Conductas Suicidas en el ámbito educativo”* que pretende conseguir la visibilización y la ruptura del estigma que se relacionan con los cuidados a la salud mental y en la prevención del suicidio, a través de unas jornadas anuales y de la presentación de materiales didácticos en la web.

En el Principado de Asturias (2022), se elaboró la guía *“Promoción del Bienestar, Prevención, Detección e Intervención ante la conducta suicida”* que pretende aportar información fiable sobre la conducta suicida en la infancia y la adolescencia e impulsar líneas de promoción del

bienestar emocional, prevención, detección de factores de riesgo e intervención desde los centros educativos.

En la provincia de Granada, Fernández Fernández (2022), ha elaborado un documento que recoge las sinergias sobre prevención e intervención del suicidio y/o conductas autolíticas en adolescentes.

El Gobierno de Navarra publicó en el año 2014 el Protocolo de Prevención y actuación ante conductas suicidas, cuyo objetivo final es Reducir la mortalidad y mejorar la respuesta ante las conductas suicidas de la población navarra a través de la prevención, intervención, seguimiento y coordinación de todos los recursos (Gobierno de Navarra, 2014).

El Gobierno Vasco aprobó en junio de 2023 un proyecto de innovación aplicada a Centros de Formación Profesional para la prevención del riesgo de suicidio y el manejo de los factores precipitantes (Gobierno Vasco, 2023).

La Xunta de Galicia en colaboración con el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) desarrolla el Plan de prevención del suicidio en Galicia en el año 2017, que nace con los objetivos de reducir la tasa de suicidio y establecer medidas para disminuir el sufrimiento de las personas que presentan un intento de suicidio, y de sus familias (SERGAS, 2017).

Para un adecuado manejo del suicidio, además del reconocimiento de los factores de riesgo y grupos más vulnerables y del acceso a un tratamiento farmacológico adecuado (en caso de ser necesario), es imprescindible una intervención psicológica, que puede ser: médica/orgánica, comunitaria, fenomenológica, psicodinámica, sistémica o cognitiva-conductual. Esta última consiste en la detección de conductas disfuncionales en el paciente, para posteriormente, diseñar una serie de estrategias que le permitan definir objetivos concretos y aplicar técnicas psicológicas que contribuyan a disminuir esas conductas, y finalmente sustituirlas por otras más beneficiosas para el afrontamiento de situaciones de la vida diaria. (Fullana et al., 2011; García Herrero, 2019; Legido Gil, 2012; Tejón et al., 2015).

En conclusión, la educación sanitaria resulta una buena herramienta para la comunicación con el paciente, el incremento de la relación

terapéutica y como instrumento educativo para transmitir conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes para poder realizar su autocuidado e integrarse plenamente en sociedad. Así pues, resultará una buena herramienta para incrementar factores protectores individuales de suicidio como habilidad de resolución de conflictos, confianza en uno mismo y el fomento de modos de vida saludables.

5. CONCLUSIONES

Con este capítulo se pretende poner en valor la importancia de desarrollar proyectos y acciones de educación sanitaria, concretamente a través de herramientas, actividades e instrumentos que potencien la gestión y la inteligencia emocional con el fin de promocionar los factores protectores del riesgo suicida, para la reducción real del riesgo suicida en la población.

Se propone analizar los niveles de frustración, agresividad, ira, impulsividad, depresión, estrés, tipo de personalidad e ideación suicida de los participantes a lo largo de su participación en los programas de educación sanitaria.

Dada la evidencia de los programas para la disminución del riesgo de suicidio, las expectativas de éxito de un programa de educación sanitaria de estas características son elevadas, ya que se centran en la promoción de los principales factores protectores y disminución de ciertos factores de riesgo.

6. REFERENCIAS

- Acosta Artiles, F.J. (2004). Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. (Tesis doctoral). Departamento de Ciencias y Tecnologías. Universidad de La Laguna.
- Allen, M. L. (2018). Examining Nursing Students' Stress in an End-of-Life Care Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 14, 21-28.

- Amézquita Medina, M. E., González Pérez, R. E., Zuluaga Mejía, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Ariel Vecco G, Flores-Kanter PE & Luque LE. (2021). Análisis psicométrico del inventario de orientación suicida ISO-19, en adolescentes cordobeses escolarizados. *Revista Evaluar*, 21 (1), p40-52. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/32831>
- Arrieta M, Fernández M, Bengochea R & Santacoloma I. (2018). Adaptación al español de la forma abreviada de la Self-Esteem Rating Scale. *Psychology Research*, 1 (1), p61-78. Disponible en: <https://www.mlsjournals.com/PsychologyResearch-Journal/article/view/112>
- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health, 82.
- Bhattacharya, S., Kennedy, M., Miguel, C., Tröger, A., Hofmann, S. G., & Cuijpers, P. (2023). Effect of psychotherapy for adult depression on self-esteem: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*.
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B. & Kersting, A. (2013). Personality factors and suicide risks in a representative sample of the german general population. *PloS ONE* 8(10): e76646.doi: 10.1371/journal.pone. 0076646.
- Brüdern, J., Berger, T., Michel, K., Maillart, A., Held, I. & Caspar, F. (2015). Are suicide attempters wired differently: A comparison with non-suicidal depressed individuals using plan analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 514-521.
- Burnard, P., Edwards, D., Bennett, K., Tothova, V., Baldacchino, D., Bara, P., & Myteveli, J. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*, 28(2), 134-145.
- Carlos Colchado, E. M., & Mallqui Garcia, S. A. (2022). Frustración, dificultades en la regulación emocional e impulsividad asociadas al riesgo suicida en adolescentes de Lima Metropolitana.
- Campos, G. & Gutiérrez, S. J. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(4).
- Cassaretto, M. & Martínez, P. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos. Validación del RFL-YA. *Revista de Psicología*, 30(1), 169-188.

- Chatterjee, S., Saha, I., Mukhopadhyay, S., Misra, R., Chakraborty, A. & Bhattacharya, A. (2014). Depression among nursing students in an Indian government college. *British Journal of Nursing*, 23(6), 316-320
- Chen, C. J., Chen, Y. C., Sung, H. C., Hsieh, T. C., Lee, M. S. & Chang, C. Y. (2015). The prevalence and related factors of depressive symptoms among junior college nursing students: a cross-sectional study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(8), 590-598
- Cox B. J., Enns, M. W. & Clara, I. P. (2004) Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National Comorbidity Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(3), 209-219.
- De Bedout Hoyos A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2): p53-63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023508007>
- Duberstein P. R., Conner, K. R., Conwell, Y. & Cox, C. (2001). Personality correlates of hopelessness in depressed inpatients 50 years of age and older. *Journal of Personality Assessment*, 77(2), 380-390.
- Dueñas Rada JM. (2017). Desarrollo y validación del cuestionario Sique: evaluación de la ideación suicida en la adolescencia desde una aproximación situacional. *Universitat Rovira i Virgili*. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/454744#page=1>
- Exbrayat, S., Coudrot, C., Gourdon, X., Gay, A., Sevos, J., Pellet, J., ... & Massoubre, C. (2017). Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. *BMC Psychiatry*, 17, 96. <http://doi.org/10.1186/s12888-017-1258-6>
- Fernández Fernández, L. (2022). Sinergias sobre prevención e intervención del suicidio y/o conductas autolíticas en adolescentes. Disponible en: <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=8219&tipo=documento>
- Fullana MA, Fernández L, Bulbena A & Toro J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo conductual para los trastornos mentales. *Med Clin*. Disponible en: <http://www.acmcb.es/files/425-5425-DOCUMENT/2011%20Med%20Cli%20Eficacia%20TCC-2.pdf>
- Gamara YT. (2018). Propiedades psicométricas del cuestionario de agresión de Buss y Perry- AQ en adolescentes de lima sur. *Rev. Univ. Auton. Perú. Lima, Perú*. Disponible en: https://core.ac.uk/display/328019924?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1

- García Herrero AM. (2019). Neuroticismo y suicidio: un estudio meta-analítico [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/68519/1/Ana%20Mar%C3%ADa%20Garc%C3%ADa%20Herrero%20Tesis%20Doctoral.pdf>
- Gobierno de Navarra. (2014). Protocolo de Prevención y actuación ante conductas suicidas. Disponible en: <https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/548485/Suicidio.pdf/b5374981-511a-40ed-82c5-7c74bc23b049>
- Gobierno Vasco. (2023). Proyecto de innovación aplicada a Centros de Formación Profesional para la prevención del riesgo de suicidio y el manejo de los factores precipitantes. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/noticia/2023/actuaciones-frente-a-la-conducta-suicida-en-el-ambito-educativo-en-euskadi/web01-a2inzer/es/>
- Gonda X, Pompili, M., Serafini, G., Montebovi, F., Campi, S., Dome, P., & Rihmer, Z. (2012). Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risks factors. *Journal of Affective Disorders*, 143, 16-26.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. E. & Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21(3), 1-9.
- Gorenstein, C., Pompéia, S. & Andrade, L. (1995). Scores of Brazilian university students on the Beck depression and the state-trait anxiety inventories. *Psychological Reports*, 77(2), 635-641.
- Guo, Y. F., Zhang, X., Plummer, V., Lam, L., Cross, W. & Zhang, J. P. (2017). Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *International journal of mental health nursing*, 26(4), 375-383
- Haidar, S. A., de Vries, N. K., Karavetian, M. & El-Rassi, R. (2018). Stress, Anxiety, and Weight Gain among University and College Students: A Systematic Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(2), 261-274
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hawton, K. & Van Heeringer, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 18 (373), 1372-1381.
- Hernández, J. P. (1996). Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. *Medicina UPB*, 25, 177-80
- Hoyert, D. L., Kochanek, K. D. & Murphy, S. L. (1999). Deaths: final data for 1997. *National Vital Statistics Reports*, 47(19), 1-104

- Hsiao, Y. C., Chien, L. Y., Wu, L. Y., Chiang, C. M. & Huang, S. Y. (2010). Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and health-promoting behaviours among nursing students. *Journal of advanced nursing*, 66(7), 1612-1622.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2013). Disponible en:
<http://www.ine.es/>
- Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Epidemiología y Toxicología de las Muertes por Suicidio en España. Memoria. (2019). Ministerio de Justicia; Madrid. Disponible en:
<https://www.mjusticia.gob.es/es/ElMinisterio/GabineteComunicacion/Documentos/Estudio%20Epidemiolog%C3%ADa%20y%20Toxicolog%C3%ADa%20de%20las%20muertes%20por%20suicidio.pdf>
- Junta de Extremadura (2022). Prevención e Intervención de Conductas Suicidas en el ámbito educativo. Disponible en:
https://www.educarex.es/pub/cont/com/0004/documentos/%5BGuia_Intersactiva%5D_%E2%80%93_GPCS_-_Junta_de_Extremadura_v5.pdf
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. & Zwi, A. B. (2002). World report on violence and health. World Health Organization, Geneva, Switzerland: WHO Library.
- Legido Gil T. (2012). Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos [Tesis doctoral]. Universidad de Alcalá. Disponible en:
https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ma, L. & Li, Y. (2017). The effect of depression on sleep quality and the circadian rhythm of ambulatory blood pressure in older patients with hypertension. *Journal of Clinical Neuroscience*, 39, 49-52
- Mamani O, Brousett M, Cori D & Villasante K. (2018). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, 15 (1), p39-50. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258007>
- Milner, A., Witt, K., Maheen, H. & LaMontagne, A. (2017). Access to means of suicide, occupation and the risk of suicide: a national study over 12 years of coronial data. *BMC Psychiatry*, 17(1), 125.
- Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Recuperado de <http://publicacionesoficiales.boe.es>

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & Williams, D. R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- Nordström, P., Gustavsson, P., Edman, G. & Asberg, M. (1996). Temperamental vulnerability and suicide risk after attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(4), 380-394.
- Nordström, P., Shalling, D. & Ashberg, M. (1995). Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 155-160.
- Pego-Pérez, E. R., Río-Nieto, M., Fernández, I., & Gutiérrez-García, E. (2018). Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. *Ene*, 12(2).
- Pego-Pérez, E. R., Río-Nieto, M., Fernández, I., & Gutiérrez-García, E. (2018). Prevalencia de sintomatología de estrés en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. *NURE Investigación*, 15(97).
- Pompili, M., Rihmer, Z., Akiskal, H. S., Innamorati, M., Iliceto, P., Akiskal, K. K.,... & Girardi, P. (2008). Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology*, 41(5), 313-321.
- Principado de Asturias (2022). Promoción del Bienestar, Prevención, Detección e Intervención ante la conducta suicida. Disponible en: <https://www.educastur.es/-/promoci%C3%B3n-del-bienestar-emocional-prevenci%C3%B3n-detecci%C3%B3n-e-intervenci%C3%B3n-ante-la-conducta-suicida.-gu%C3%ADa-para-centros>
- Pugliese V.S. (2019). Riesgo suicida en adolescentes: una contribución con el Test de pirámides de colores de Pfister [Tesis doctoral]. Universidad del Aconcagua. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/885/tesisdoctorado-riesgo.pdf
- Ramos Martín KM. (2012). Autoestima y Trastornos de Personalidad de lo Lineal a lo Complejo. Hospital Dr. R. Lafora de Madrid, España. *Rev Clínica y Salud*, 23 (2), p123-139. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742012000200002&script=sci_abstract

- Ross, R., Zeller, R., Srisaeng, P., Yimmee, S., Somchid, S. & Sawatphanit, W. (2005). Depression, stress, emotional support, and self-esteem among baccalaureate nursing students in Thailand. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2(1).
- Sáiz, P. & Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 1-4.
- Sáiz, A. et al. (2016). Evaluación y seguimiento en dispositivos ambulatorios. En: Giner J., Medina, A. y Giner, L. (Eds.), *De la clínica y el consenso a la prevención (Encuentros en Psiquiatría)* (pp. 57-66). Madrid, España: Enfoque Editorial S.C.
- Salmerón, D., Cirera, L., Ballesta, M. & Navarro-Mateu, F. (2013). Time trends and geographical variations in mortality due to suicide and causes of unterminded intent in Spain, 1991-2008. *Journal of Public Health*, 35(2), 237-245.
- Sierra J.C., Ortega V. & Zubeidat I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar *Revista Mal Estar e Subjetividade versión On-line* ISSN 2175-3644. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Servicio Gallego de Salud (SERGAS). (2017). Plan de prevención del suicidio en Galicia. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Plan-de-prevenci%C3%B3n-do-suicidio-en-Galicia?idioma=es>
- Suarez Y. (2010). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio. *Duazary*, 7(2), p282-283. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAMQw7AJahcKEwjA26Pz5sr9AhUAAAAAHQAAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3982396.pdf&psig=AOvVaw2SsmKzklA3eiM3bmCmH4Pf&ust=1678312362658080>
- Suarez Y. (2018). Estudios del desarrollo humano y socioambiental [Internet]. Barranquilla, Colombia; Ediciones CUR. Capítulo 7, El suicidio en la adolescencia: una aproximación desde el apego y la regulación emocional; p. 178-207. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6676034>
- Tejón O, Gutiérrez G. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de confusión emocional y bajo control de la ira. *Revista CCSM*. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912894>
- Torales J, Barrios I & González S. (2020). Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. *Mem. Inst. Investig. 25 Cienc. Salud*, 18(2), p54-62. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v18n2/1812-9528-iics-18-02-54.pdf>

- Universidad Complutense de Madrid. (2023). Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. Ficha técnica: Cuestionario de Cambios de Vida Recientes (CVSV). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/545685445/ficha-tecnica-holmes-rahe>
- Vaz, R. F., Mbajiorgu, E. F. & Acuda, S. W. (1998). A preliminary study of stress levels among first year medical students at the University of Zimbabwe. *The Central African journal of medicine*, 44(9), 214-219
- World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide. A framework. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide. A global imperative. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention
- World Health Organization (2016). Suicide Data. Available at http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Xu, Y., Chi, X., Chen, S., Qi, J., Zhang, P. & Yang, Y. (2014). Prevalence and correlates of depression among college nursing students in China. *Nurse education today*, 34(6), e7-e12.
- Zhang, Y., Peters, A. & Chen, G. (2018). Perceived Stress Mediates the Associations between Sleep Quality and Symptoms of Anxiety and Depression among College Nursing Students. *International journal of nursing education scholarship*, 15(1).