

EL SUICIDIO INFANTO-JUVENIL. LA ESCUELA COMO AMBITO DE PREVENCION E INTERVENCION

por MIGUEL ANGEL SANTOS REGO
Universidad de Santiago de Compostela

1. Introducción

Dentro de la perspectiva interdisciplinar que en nuestra opinión debe presidir el análisis del suicidio, el trabajo que presentamos tiene un propósito suficientemente concreto: centrar la cuestión del suicidio infanto-juvenil, con sus correspondientes grados de tentativa y consumación, en algunos aspectos relacionados con la prevención que es posible y deseable realizar contando con las posibilidades que ofrece la institución escolar como ámbito ventajoso de intervención.

Es bien conocido que el suicidio en general, y por eso también el que tiene como protagonistas a niños y jóvenes, se produce merced a una ingente red de causas que hacen necesario un tratamiento, a la vez separado e integrado, dentro de lo que desde las ciencias de la conducta y de la educación entendemos por estructura social de referencia para el individuo, en cuyo pensamiento/esquema cognitivo se desarrolla una ideación y conducta de intencionalidad suicida.

Si el fenómeno suicida en niños, como dice la prestigiosa especialista en el tema, Dra. Cynthia Pfeffer, se refiere a «pensamientos y/o acciones que están claramente encaminadas a producirse severas auto-lesiones o la muerte» habrá que preguntarse, desde nuestra sensibilidad como educadores, por la medida en que esos mismos vectores de cognición y acción auto-destructiva se vinculan directa o indirectamente, explícita o tácitamente con las vivencias/experiencias del niño y adolescente en la escuela, sobre todo en lo que se refiere a las dimensiones de relación/comunicación interpersonal (integración grupal y social), de implicación en tareas y de desempeño/aprovechamiento académico. Para ello es preciso reconocer sin complejos las múltiples contradicciones procedentes del medio que tienen su traducción/reproducción en la vida de

la escuela, generando perturbaciones graves en el proceso de autoconfiguración individual y social del sujeto. De ahí que deba ser también la intervención (psico)pedagógica, en combinación con otras instancias responsables y marcos de intervención, la que restablezca el equilibrio perceptivo del educando procurándole las destrezas/habilidades precisas para poder ejercer control sobre su mundo circundante, muchas veces hostil. Pero puede que esto no sean más que palabras huecas si no se realiza un paralelo esfuerzo de preparación y capacitación de profesores y padres para que estén en unas mínimas condiciones de poder detectar precozmente signos, por ejemplo, depresivos en sus hijos y/o alumnos, que hagan necesaria una efectiva actuación preventiva (cfr. Morandé y Carrera, 1985).

2. Algunos datos y referencias puntuales

Creemos que los datos y referencias que siguen son suficientemente ilustrativos de la gravedad del problema, sobre todo teniendo presente que por la complejidad y repercusión socio-ambiental del fenómeno (Rudestam e Imbroll, 1983; Range, McDonald y Anderson, 1987), son muchos los suicidios de los que no se da cuenta oficialmente y que, por tanto, elevarían aún más los números y porcentajes registrados. Según la División de Estadística Vital del Centro Nacional de Estadística de la Salud de los Estados Unidos, donde parece evidenciarse la mayor cantidad de actos suicidarios —entendiendo por tales la conjunción de intentos suicidas y de suicidios consumados— es en la etapa que va de los 15 a los 24 años (12.2/100.000 habitantes) en la cual el suicidio representa la tercera causa más común de mortalidad, sólo superada por los accidentes (que sigue siendo la primera) y los incidentes homicidas (13.7/100.000). No obstante, un informe realizado en Norteamérica presentado hace tres meses en el Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil celebrado en Barcelona y del que se hacía destacado eco la prensa diaria, situaba al suicidio como segunda causa de muerte para los sujetos de esas mismas edades (El Correo Gallego, 9-XII-1987).

Actualmente, este hecho explica el fallecimiento en USA de más de 5.000 personas, o lo que es lo mismo, el 20 % aproximadamente de las que se producen cada año en el mencionado grupo de edad. Retrospectivamente, los datos muestran una elocuencia similar considerando simplemente que en las tres últimas décadas el registro de suicidios informados para esa edad se ha incrementado en torno al 200 % (Strother, 1986).

Afortunadamente, la frecuencia del suicidio desciende sensiblemente por debajo de los 15 años de edad (vid. fig. 1), cuya tasa permanece relativamente estable desde mediados de los cincuenta, si bien la significación epidemiológica no deja de ser relevante toda vez que la mortalidad infantil por causas naturales ha descendido notablemente (Shaffer, 1981; Carlson, 1987).

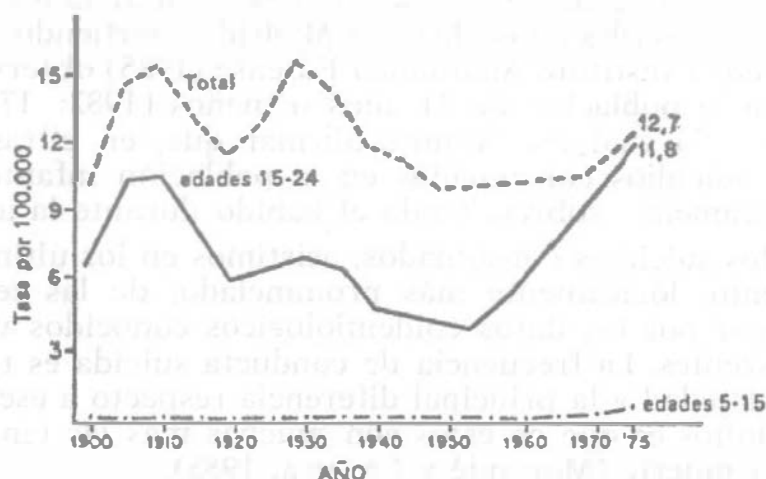


FIGURA 1.—Tendencia de las tasas de suicidio en niños y jóvenes desde 1900-1975. Tomado de Carlson (1987)

Esa disminución en los más pequeños se refleja, por ejemplo, en la inferior publicación de estudios temáticos. Tal vez por ello se cite tan a menudo el trabajo de Shaffer (1974) y su prolija revisión del fenómeno en niños de 10 a 14 años de Inglaterra y Gales. Shaffer, después de examinar informes judiciales y mediante el método de «autopsia psicológica» [1] —pero sin entrevista a padres— acerca de los casos en los que se consumó el suicidio, no encontró ningún caso por debajo de los 12 años mientras que entre los 12 y los 14 eran 31 los veredictos suicidas.

Pero no dejemos de mencionar dos asociaciones encontradas por Shaffer (1974) que invitan a la reflexión científica y educativa: a) más de un tercio de las situaciones precipitantes de suicidio eran resultado de una crisis disciplinaria en la familia o en la escuela; b) muchos de esos niños eran más maduros físicamente y, en general, más brillantes que el promedio de la población. Asimismo, De Mello Jorge y Bernardes (1986) cifran en 73 los suicidios de niños en Brasil durante 1979, de los que sólo 1 correspondía al período de edad entre los 5 y los 9 años, mientras que los otros 72 lo fueron de niños entre 10-14 años.

Por lo que se refiere a nuestro país hay que destacar la falta de estadísticas fiables y actuales, circunstancia ésta puesta de manifiesto en el último y ya citado Congreso de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Barcelona por la Dra. María Jesús Mardomingo, Jefa del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Gregorio Marañón de Madrid (y que recojo de la noticia de prensa mencionada anteriormente). Aún así, G. Morandé y M. Carrera (1985) se remiten a una comunicación de ese mismo año basada en las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) y en la experiencia clínica (vid. Cobo, 1982). La tasa media anual por 100.000 habitantes sería del 0,04 para el período 1975-1980 y hasta los 12 años

de edad incluidos, 1.02 de 13-19 años y 5.54 en individuos de 20 años en adelante. Circunscribiéndose luego a Madrid y partiendo de una revisión de fichas en el Instituto Anatómico Forense (1985) observan también un aumento en la población de 21 años o menos (1982: 17; 1983: 21; 1984: 22 casos), lo cual les permite afirmar que, en cifras absolutas, el número de suicidios consumados en la población infanto-juvenil ha aumentado claramente, sobresaliendo el habido durante la adolescencia.

Y junto a los suicidios consumados, asistimos en los últimos tiempos a un incremento, lógicamente más pronunciado, de las tentativas de suicidio a juzgar por los datos epidemiológicos conocidos y relativos a niños y adolescentes. La frecuencia de conducta suicida es también más frecuente con la edad y la principal diferencia respecto a ese «comportamiento» en adultos es que en éstos son muchas más las tentativas cuyo resultado es la muerte (Morandé y Carrera, 1985).

Paralelamente, hoy está claro el solapamiento entre el suicidio en sí mismo y las tentativas suicidas: alrededor del 15 % de quienes lo intentan terminan, a corto, medio o largo plazo, quitándose la vida. Como dice Carlson (1987, p. 287), los métodos altamente letales utilizados en algunos intentos —ahorcamiento, armas de fuego...— sugieren que éstos debieran ser considerados suicidios fallidos y, a la inversa, probablemente hay algunos suicidios consumados que son desgraciadas y fatales tentativas. En cuanto a la relación entre sexo y suicidio infanto-juvenil parece haber una coincidencia de base en las estadísticas de las distintas latitudes: se suicidan más los varones pero lo intentan bastante más las mujeres. En el amplio estudio realizado en Suecia sobre 1.727 jóvenes parasuicidas [2] se comprobaron 3 ó 4 intentos por cada suicidio consumado (Carlson, 1987, p. 288; vid. Ellner, 1977; Hawton, 1986). Por tanto, no andan muy descaminados quienes hablan de una ratio de 4 a 1 favorable a las mujeres en las tentativas suicidas y de 3 a 1 favorable a los varones (niños y adolescentes) en lo que se refiere a suicidios consumados, esto es, aquellos que consiguen su fatal propósito (Strother, 1986).

3. *Notas sobre la etiología del suicidio infanto-juvenil*

Evidentemente no vamos a ocuparnos de la multidimensionalidad etiológica del suicidio por ser éste un tema simplemente inabarcable en estos momentos y no tenerlo nosotros por relevante en la dinámica del presente trabajo.

Genéricamente, hay dos grandes corrientes teóricas explicativas del acto suicidario que provienen de un enfoque social, por una parte, y de un enfoque psicopatológico, por otra, si bien es plausible —y hasta deseable— plantear una perspectiva interactiva entre factores sociales y factores de orden psíquico sobre todo si, como en este caso, se hace patente la necesidad de fortalecer un paradigma de prevención e intervención respecto de los desajustes de naturaleza personal y/o social que

impregnan la conducta auto-destructiva de un individuo. Lo que sí nos parece claro es que una teoría general/compreensiva del fenómeno suicida no será posible si no se integran mínimamente los distintos niveles de funcionamiento y desarrollo humano (biológico, psicológico, social, educativo, etc.) y cuya consideración científica en torno al suicidio y sus procesos subyacentes facilitará un marco analítico con suficiente validez explicativa y predictiva.

Tradicionalmente, el énfasis puesto en los factores sociales se ha derivado del planteamiento de E. Durkheim para el que la carga genética del sujeto es prácticamente irrelevante y, por tanto, es preciso acudir a variables socio-ambientales para explicar el suicidio. En otras palabras, para Durkheim es en esas variables donde descansa nuclearmente el peso de una elección o de una toma de decisión final, aún reconociendo la existencia de trastornos psicológicos (la «neurastenia», dice Durkheim, por ejemplo) que predisponen al suicidio, así como el hecho de que un mismo cuadro de obsesiones/fijaciones mórbidas puede tener unos efectos diferentes en función de supuestos culturales y contextuales. Aunque su definición es ciertamente ambigua, etiológicamente hablando, —«toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente de un acto de la víctima, positivo o negativo»—, es suficiente reparar en la tipología y el significado otorgado a los suicidios que denomina egoísta, anómico y altruista, para percatarse de que su punto de vista obedece a criterios de índole claramente social en la vida del individuo (Durkheim, 1987; vid. también De Catanzaro, 1981; Uldenquist, 1986).

Frente a este planteamiento se ha destacado otro que apunta inequívocamente a los desórdenes afectivos como causa primaria de suicidio, convirtiendo así a la psicología clínica y a la psiquiatría en ámbitos de referencia científico-profesionales obligados para entender del tema en sus componentes teóricos (análisis conceptual, factores influyentes, sintomatología, etc.) y prácticos (estudio y tratamiento de casos...). Pues bien, es en esta perspectiva donde se ha establecido la conexión entre depresión y suicidio, hasta el punto de que son mayoría los autores que manifiestan su convencimiento de que los trastornos de tipo depresivo representan el mayor correlato del comportamiento suicida, tanto en la población adulta como en la población infanto-juvenil (vid. Cole y Barret, 1980; Kerfoot, 1987; Mendels, 1982; Morandé y Carrera, 1985; Morisky, 1986; Ollendik y Hersen, 1986; Pfeffer, 1979, 1986; Strother, 1986; Ward, 1986; Weiner, 1982).

Sin embargo, es interesante advertir que una cosa es afirmar la vinculación total entre uno y otro fenómeno, y otra muy distinta reconocer la relativa influencia de la depresión, en sus distintas fases y componentes, sobre el acto suicidario, teniendo en cuenta la intermediación de variables dispares en cada situación. ¿Por qué? Sencillamente porque, independientemente de que cualquier síndrome depresivo afecta a toda la conducta del sujeto, el hecho depresivo es más bien heterogéneo y no unitario. Siguiendo al Profesor Aquilino Polaino, esa heterogeneidad es fundamentalmente subjetiva ya que «cada individuo manifiesta el hecho

depresivo en forma diversa, o al menos clínicamente heteróclita, porque los diversos factores socio-culturales matizan el inicio, desarrollo, curso y respuesta al tratamiento de esos hechos depresivos, pudiéndose hoy hablar con más verosimilitud de depresiones que de depresión». Y como dice el mismo investigador un poco más adelante, «en algunas culturas los cambios emocionales (tristeza, culpabilidad y ansiedad) constituyen el núcleo fundamental de las manifestaciones depresivas. Por el contrario, en otras sociedades los cambios que se operan en las funciones cognitivas (auto-percepción negativa, pesimismo, disminución real o no de la auto-eficacia, etc.) constituyen el núcleo fundamental sobre el que se vertebra el fenómeno de la depresión» (Polaino, 1985, pp. 118-120).

Cuantitativamente, es un hecho palmario que la depresión es el diagnóstico más frecuentemente mencionado en el intento de suicidio, pero si indagamos un poco sobre el método de diagnóstico empleado encontramos que muchos de ellos se derivan de la aplicación de cuestionarios de depresión y casi nada más. Igualmente, la consistencia con la que se ha encontrado niveles altos de conducta hostil en los suicidas, en contraste con sujetos deprimidos pero que no realizan intentos de auto-destrucción, permitiría señalar, en consonancia con Carlson (1987) que es algo más que la depresión lo que está implicado en esta conducta humana. El mismo Carlson cita su estudio junto a Cantwell de 1982 y que se nos antoja sugerente. Tratando de estudiar la relación entre síntomas depresivos, ideación suicida e intentos de suicidio, examinaron los datos de una entrevista sistematizada y de un cuestionario de depresión administrados a 102 niños y adolescentes remitidos a consulta psiquiátrica. Encontraron que la intensidad de la ideación suicida era generalmente un reflejo de la gravedad de la depresión, pero que muchos jóvenes que pensaban sobre el suicidio no estaban deprimidos en absoluto. Por tanto, es bastante sensato afirmar que «la depresión contribuye al intento de suicidio pero no tiene un papel constante, por lo que no es una condición ni necesaria ni suficiente para ello» (Carlson, 1987, p. 291).

Por otra parte, muchas veces cuando se menciona la relación entre depresión y conducta suicida en la infancia sobreviene casi automáticamente la dificultad de saber en qué consiste realmente la depresión infantil como trastorno; lo llamativo del caso es que desde hace más de sesenta años se viene hablando del tema sin que se haya conseguido no ya unanimidad sino, al menos, un consenso significativo.

Que se trata de un concepto controvertido lo demuestra el hecho de que, tanto la segunda edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de los desórdenes mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-II, 1968), como el Glosario de desórdenes mentales publicado en 1974 por la Organización Mundial de la Salud, no contemplan la depresión infantil como tal, ausencia que se ha visto corregida, en parte, por la mención más explícita que hace en 1980 la tercera edición del Manual publicado por la nombrada Asociación Norteamericana de Psiquiatría (DSM-III) (vid. Gelfand, Ficula y Zarbatany, 1986; Montero, 1985).

Por tanto, las revisiones temáticas han venido reflejando la polémica sobre la existencia o no de depresión en la infancia, así como la que se refiere a la oportunidad de extrapolar de la depresión en adultos los criterios de los «desórdenes depresivos» en niños. No obstante, los poquísimos estudios epidemiológicos realizados sugieren la existencia de desorden depresivo en la infancia, siendo la tasa de prevalencia muy baja en los niños pequeños, ligeramente más alta en la infancia media, y superior en la adolescencia (cfr. Wong, 1981). De todos modos, es posible que el desacuerdo esté relacionado con el hecho de que la misma palabra «depresión» se use al menos en tres formas distintas, o sea, depresión puede referirse a un cambio de ánimo normal, puede tratarse también de un síntoma que forma parte de un desorden o síndrome, o puede hacer referencia, por último, a una enfermedad específica donde el estado de ánimo (mood) depresivo es cualitativamente diferente al normal. Es por ello por lo que conviene ser prudentes y ponderar adecuadamente las distintas respuestas de los niños de acuerdo con su realidad personal inmediata y contexto/ambiente circundante.

Concretamente, lo que pretendemos transmitir es que muchos niños normales experimentan cambios de ánimo con sentimientos de infelicidad y tristeza, pero esos cambios, como bien dice Wong (1981, p. 52), son usualmente respuestas transitorias a las frustraciones de la vida diaria o a ciertos eventos tensionales fortuitos. Los niños normales se adaptan pronto a esas situaciones y no tardan en volver a recuperar su estado de ánimo alegre. Ahora bien, algunos niños están más predispuestos que otros a responder ante estos eventos con un sentimiento de tristeza más perdurable, entre otras cosas, como resultado de experiencias tempranas de carencia. Entonces, si el sentimiento de tristeza es extremo puede convertirse en un síntoma de depresión, aunque la sola presencia de un síntoma no tiene por qué significar que el niño sufra un desorden específico, y únicamente cuando el cambio de estado de ánimo presenta la gravedad suficiente como para afectar adversamente al desarrollo del niño, a la interacción familiar, a su vida cotidiana y al desempeño escolar, puede la condición ser considerada un desorden de tipo depresivo (vid. Bemporad, 1981).

4. *Una panorámica de la investigación sobre el suicidio infanto-juvenil*

La cada vez mayor conciencia del problema del suicidio en la infancia y adolescencia ha propulsado lógicamente la investigación sobre el particular en la última década. A lo largo del trabajo presentamos datos, análisis y propuestas de la investigación que consideramos interesantes desde una perspectiva educativa y preventiva. Pero recojamos aquí y ahora algunas tendencias y aspectos concretos de indagación que han venido caracterizando el trabajo último acerca del suicidio. El hecho de que ciertas referencias hayan sido extraídas de órganos de expresión científica en el ámbito de la psiquiatría y la psicología clínica no es más

que el reflejo de un contexto disciplinar en el que se instalan la mayor parte de los esfuerzos investigadores, muchos de los cuales llaman directamente la atención sobre el papel que debe jugar la escuela en un efectivo control de la situación.

Cinco son las áreas que los investigadores han estudiado más activamente y que Strother (1986) identifica del siguiente modo: a) el aumento en la tasa de suicidios, b) el examen de los factores de riesgo que predisponen a un individuo a quitarse la vida, c) los «grupos» de sujetos suicidas (suicide clusters), d) el impacto e influencia de la prensa y otros medios de comunicación sobre el suicidio, y e) la asociación entre comportamiento suicida e importantes trastornos/desórdenes de tipo psicológico. Metodológicamente, sin embargo, no deja de ser sorprendente advertir, siguiendo a Alan L. Berman en un informe de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del que se hace eco Strother, que muchos de los investigadores no establecen comparaciones de jóvenes que han intentado suicidarse con grupos parejos de control, en cuyo caso el conocimiento aportado por esos estudios acerca de los jóvenes suicidas puede que describa también a otros sujetos con trastornos diversos pero que no son, «sensu stricto», suicidas. Por supuesto que si pensamos en los niños y jóvenes que podrían constituir grupos de riesgo, los estudios que denotan handicaps de tal naturaleza no nos sirven de mucho. Por tanto, la conclusión de Berman es contundente en este sentido: la investigación que pretenda ser significativa debe hacer uso de grupos de control además de dirigir sus pasos hacia los sujetos que, en virtud de los hechos, o bien tienen una intencionalidad suicida más grave o bien presentan conductas más letales. Los trabajos que a continuación sintetizamos han incluido en su diseño, al menos, alguno de los criterios direccionales explicitados por Berman y que en nuestra modesta opinión pueden aportar una gran ayuda en la urgente tarea de identificar y concretar lo mejor posible intentos y/o actos de suicidio.

Shafii, Carrigan, Whittinghill y Derrick (1985) centraron su estudio en veinte casos de suicidios consumados por niños y jóvenes entre los 12 y los 19 años. Entrevistaron a familiares, amigos y allegados poco después de que tuviera lugar el suceso. Encontraron que las víctimas habían expresado con frecuencia ideas suicidas, habían proferido amenazas en tal sentido o ya lo habían intentado y mostraban una visible tendencia a un comportamiento antisocial. Por así decirlo, sus actos telegrafiaban la existencia de problemas graves antes de sus suicidios. Para quienes consideran el suicidio como una consecuencia directa de la depresión, esto es importante a la vista de lo que se ha conseguido saber partiendo del estudio de niños que han sobrevivido, esto es, que la depresión es una señal clara de riesgo y que muchos intentos no son sino un grito de ayuda o una manifestación de dolor personal e íntimo antes que una expresión del deseo de acabar con uno mismo.

En otro trabajo Cohen-Sandler, King y Berman (1982) se ocuparon de niños entre 5 y 14 años que habían sido hospitalizados como consecuencia de intentos de suicidio y encontraron que los más pequeños se

diferenciaban en varios aspectos de los demás sujetos con depresión pero no suicidas. Por ejemplo, los padres de los suicidas tenían un nivel educativo mucho menor y su propensión a las drogas era más intensa.

Por su parte, Myers, Burke y McCauley (1985) verificaron la importancia del stress agudo asociado a situaciones de abuso paterno o de comportamiento claramente suicida en alguno de los progenitores como factores de predicción en la presencia de conductas suicidas en los preadolescentes y adolescentes.

Asimismo es digno de tenerse en cuenta el trabajo de una investigadora muy citada en el campo como es la Dra. Cynthia Pfeffer. Esta estudió sistemáticamente la conducta suicida en sujetos de los 6 a los 12 años de edad centrándose primariamente en la prevalencia que tiene tal conducta en los preadolescentes. La importancia de sus hallazgos reside en que, contrariamente a lo planteado por investigaciones anteriores, Pfeffer indica que en su gran mayoría los sujetos que tuvo ocasión de tratar en el Centro Médico de Cornell eran conscientes de lo que significa la muerte. En principio estudió a niños de varios grupos raciales y étnicos y con procedencia socio-económica diversa. Tras un período de análisis categorizó a cada niño como no suicida en función de las ideas expresadas, de las amenazas proferidas, de las tenues tentativas o, incluso, de los decididos intentos realizados. Pues bien, de los 164 niños internados en unidades psiquiátricas de dos hospitales diferentes, el 70 % aproximadamente mostró tendencias suicidas —que oscilaban entre la ideación y el intento— siendo el restante 30 % el que lo había intentado realmente. Y de los 140 niños que constituían el contingente de pacientes externos estudiado, el 27.1 % mostraba tendencias suicidas mientras que los que lo habían intentado realmente sólo eran un 4.3 %. De ahí concluía que los factores raciales étnicos y socio-económicos no son buenos predictores de conducta suicida en los niños (Pfeffer, 1986).

Pero no se detiene ahí la recopilación de datos que ofrece Pfeffer en su obra «The Suicidal Child». También indagó cerca de un centenar de alumnos de una escuela pública que emparejó por edad, sexo, origen racial o étnico y status socio-económico, para luego compararlos con niños pacientes externos de una unidad hospitalaria de psiquiatría. De los alumnos, nueve confesaron tener ideas suicidas y dos habían verbalizado amenazas en esa dirección. Puesto que este es un trabajo sin finalizar Pfeffer comenta que seguirá puntualmente la evolución del mismo para determinar si las ideas suicidas de esos alumnos son pasajeras o si representan los primeros indicadores de los problemas que aún están por venir. De todos modos, el libro de Pfeffer proporciona una aceptable muestra de lo que ha venido siendo la investigación y tratamiento de la conducta suicida en la población infantil.

Para finalizar esta breve y puntual revisión de estudios recogemos de Strother (1986) la referencia a la epidemióloga Lucy Davidson y su consideración de los «cluster suicides» —aquellos que coincidieron en momento y lugar, caso de los presentados, por ejemplo, en la misma

escuela secundaria a lo largo de un curso académico— como una cuestión de salud pública. En síntesis, esta investigadora y su equipo llaman la atención de los responsables a nivel escolar y comunitario sobre la necesidad de pensar en el suicidio como un fenómeno susceptible de ser imitado (el suicidio como conducta aprendida en la infancia y adolescencia). En esta línea advierten del peligro que puede representar la cobertura sensacionalista y con tintes románticos de un suicidio por las mass-media, especialmente la televisión, por lo cual recomiendan la puesta en marcha de planes y estrategias de actuación social, en colaboración con profesionales de la educación y de la salud mental formados al efecto, destinados a aquellos sujetos que necesiten algún tipo de ayuda especial.

5. La prevención como problema y como alternativa

La palabra «prevención» es una de las que más carga de significación sobreañadida tienen cuando se habla de poner remedio a problemas conductuales, afectivos, emocionales de naturaleza individual, familiar, social, escolar, etc., que convergen en el análisis de la salud mental y en las propuestas de intervención al efecto.

Sin embargo, hasta hace poco tiempo, y en algunos contextos incluso ahora mismo, las llamadas en favor de los esfuerzos preventivos han venido cayendo en saco roto, por no hablar de olvido total y absoluto (las razones son múltiples pero siempre se unifican en torno a cuestiones de financiación y prioridad de atenciones básicas). Incluso en la investigación hasta comienzos de los años setenta eran muy pocos los trabajos publicados que mencionaban el tema de la prevención, lo cual da idea de la importancia práctica otorgada.

Fue precisamente el auge de la calidad de vida y los nuevos parámetros que definen y caracterizan a ésta en las sociedades más desarrolladas, junto a la preocupación por el control de los desajustes personales/comunitarios generados y aún promovidos por el devenir de los acontecimientos sociales, económicos, demográficos..., lo que propició un mayor énfasis en la prevención de trastornos y déficits de naturaleza psico-social y, sobre todo, de sus consecuencias no pocas veces irreversibles desde la perspectiva de adaptación supervivencial (Pelechano, 1986).

Antes de seguir adelante permítasenos una breve y fría reflexión. Sabemos que no hay empeño preventivo, sea de la magnitud que sea, que logre evitar el suicidio en aquellas personas con un firme propósito de quitarse la vida por cualquier procedimiento y a la primera oportunidad. Es decir, anular toda posibilidad de que se produzcan actos suicidas parece hartamente improbable y ello en función de la incontrolabilidad de factores y variables que intervienen en su consumación exitosa (cfr. Morisky et. al., 1986). Una vez dicho esto, es de justicia reconocer

también que nunca como hoy se han dejado oír tantas voces en favor de aunar los esfuerzos posibles en torno a la creación y potenciación de redes de apoyo social que ayuden a reducir este problema que a todos nos afecta y de cuyos componentes socio-afectivos todos somos responsables en una u otra medida (Syme, 1986). La misma tentativa de suicidio, dice Carlson (1987, p. 292), es ya un barómetro, tanto de la incapacidad del sujeto para afrontar productivamente el stress como de la incapacidad del entorno inmediato para reconocer la angustia y desolación en los individuos. De ahí la necesidad de evaluar con rapidez cualquier intento de auto-inmolación, evaluación que debe estar presidida por dos aspectos: el riesgo inminente para la vida de la persona, y dado el considerable solapamiento entre intentos y consumaciones, qué es lo que se puede concluir y remediar para mejorar el pronóstico último, lo cual llama inequívocamente a elaboración y puesta en práctica de programas y/o estrategias preventivas.

La prevención del suicidio, considerado desde un modelo/enfoque de salud mental y de educación para la salud (Polaino, 1987), puede enfocarse a partir de la perspectiva más difundida, esto es, la que diferencia entre una prevención primaria, secundaria y terciaria. La primera se basa en la eliminación de los trastornos antes de su aparición, o sea, la elaboración de estrategias previas a la evidencia sintomatológica. Así concebida, no parece fácil su traducción en resultados concretos a no ser que éstos sean mediados por cambios político-administrativos y sociales de cierta entidad. Por lo que toca al tema que tratamos se suma una dificultad más: llegar a un acuerdo acerca del número de dimensiones, condiciones y criterios que debe cumplir una persona, grupo o colectivo «mentalmente sano» y, por tanto, donde las manifestaciones de conducta suicida son, en principio, mínimas. Pero ello no debe impedir, sino todo lo contrario, la atención social y la inversión de recursos en programas de prevención primaria.

La prevención secundaria alude a la intervención temprana cuando aparecen síntomas premonitorios. Su meta es la reducción de la incidencia y prevalencia de las alteraciones, así como la detección de casos de alto riesgo. El problema aquí es la medida en que puede hablarse de forma generalizada de «prevención secundaria» ya que, como apunta Pelechano (1986) hablar de «prevención» cuando se trata de personas que ya presentan alteraciones no parece congruente a menos que matemos semánticamente la propia expresión. En todo caso, la detección e intervención temprana con sujetos donde se han evidenciado tendencias suicidas remite a este tipo de prevención e incluye tentativas de control e intervención a través de los populares, y no tan afectivos, teléfonos de auxilio, teléfonos de la esperanza, etc. (vid. Trowell, 1979). Este nivel es el que ofrece además grandes posibilidades respecto de la elaboración de técnicas y programas de intervención por parte de profesionales no estrictamente ligados a la psicología/psiquiatría, sino a la pedagogía y/o la profesión docente en ámbitos escolares formales, en cuyo caso estaríamos bordeando los límites de una prevención terciaria, con estrategias

dirigidas a la participación activa de la familia, la utilización de programas de rehabilitación vocacional, entre otras, siempre buscando la reducción de la tasa, duración y gravedad de las alteraciones. Se trataría ya de intervenir en casos donde la condición «suicida» es manifiesta pero donde aún existe la posibilidad de detener su progresión (cfr. Hankoff, 1985). Muchas veces, desgraciadamente, el contacto con el niño/joven suicida se produce tras un intento frustrado de quitarse la vida, con lo cual la intervención ha de volcarse en el control inmediato de la situación, sobre todo si se trata de sujetos con una motivación suicida breve pero muy intensa. Lo más útil puede ser apartar al individuo durante un tiempo de la situación problemática para empezar la necesaria labor terapéutica de reequilibración con técnicas (coping techniques) que le ayuden a enfrentarse a esas situaciones.

Desde nuestra perspectiva, la respuesta que se está dando al problema de la salud mental en general y del suicidio en particular no es la adecuada, precisamente porque los servicios existentes funcionan bajo un enfoque de «end-state». Es decir, se atiende a la evaluación y tratamiento de graves trastornos emocionales/depresivos olvidándose de los también necesarios esfuerzos de prevención primaria y secundaria. Los enormes costes que a la larga supone ese error de partida debe hacernos reflexionar y propiciar un cambio de enfoque, y ello aún reconociendo las especiales dificultades que conlleva una prevención de esta naturaleza con la población infanto-juvenil, sometida como está, biológica y psicológicamente, a un continuo proceso de cambio.

Gelfand, Ficula y Zarbatany (1986, p. 136) se refieren a la prevención de los desórdenes conductuales en la infancia y manifiestan que hay, al menos, tres factores que limitan la exactitud con la que es posible realizar una prognosis de tales trastornos. El primero lo acabamos de explicar casi sin pretenderlo: los muchos cambios y transformaciones que ocurren en la infancia hacen que sea más difícil la prevención que si se tratase de un período vital más estable. También hay que contar con los cambios ambientales a los que acompañan transformaciones en los status y roles dentro de la cultura de procedencia, junto con masivos cambios sociales derivados, por ejemplo, de la crisis económica, conflictos raciales y étnicos, desarrollo tecnológico, etc. Y en tercer lugar, tenemos un handicap metodológico que viene dado por la penuria de medidas útiles y confiables sobre las que basar la prevención.

Sin embargo, la investigación de los últimos años ha recomendado la identificación de grupos de niños que muestran regularmente tasas elevadas de trastornos conductuales y afectivos. Así, lo que se sabe acerca de esos handicaps y su etiología psico-social puede proporcionar un primer paso en la comprensión de los mecanismos por cuyo conducto evolucionan tales problemas y por los que es factible su anticipación y prevención. Esto llama a detección de grupos de alto riesgo —aquellos que exhiben tasas de desórdenes significativamente más altas que otros cuyos indicadores demográficos y socio-económicos son aproximada-

mente los mismos— apoyándose en parámetros como niveles de pobreza —y existencia o no de programas de educación compensatoria (Gelfand et. al., 1982)—, agresividad y comportamiento delictivo (Gelfand, Ficula y Zarbatany, 1986), rechazo y fracaso escolar permanente (Ficula et. al., 1983), rechazo por parte de los iguales (Dodge, 1983; Schunk, 1987), divorcio familiar (Frankle y Reese, 1982), psicopatología paterna (Billings y Moos, 1983), niños que han sufrido algún tipo de abuso físico (Williams, 1983), etc.

6. *La escuela como contexto de prevención en salud mental*

Podemos partir de una constatación suficientemente clara y sobre la que puede haber un acuerdo tácito: las cuestiones de salud mental, y entre ellas las que se refieren a manifestaciones depresivas y suicidas, no tienen visos de poder resolverse únicamente en las consultas de psiquiatras y psicólogos clínicos (cfr. Strother, 1986; Polaino, 1987). Es una verdad de perogrullo que se trata de un tema que trasciende la propia habilidad de tales profesionales, y que hay que abordar considerando una multiplicidad de marcos de referencia que tienen que ver, además, con la sociología (familiar, de poblaciones...) y con la psicopedagogía. No se puede olvidar que es justamente en el sistema educativo donde se lleva a cabo gran parte del proceso de socialización infantil, amén de la complejidad interactiva que tiene lugar en la escuela. Por ello, todos los adultos que trabajan con niños y jóvenes, pero en particular los profesionales de la docencia en los diferentes niveles, deben ser capaces de reconocer a sujetos en situación de riesgo y, por supuesto, estar en disposición de emprender las acciones que sean precisas para ayudarles.

Puesto que más adelante nos ocupamos de algunos programas de prevención del suicidio desde la escuela, vamos a centrarnos ahora en un aspecto que tiene demostrada su utilidad a nivel preventivo primario y secundario: el fomento de destrezas sociales y de conductas interpersonales adaptativas en los niños de edad escolar. Se trataría, en este sentido, de diseñar programas focalizados en torno al «bienestar psicológico» a través del fortalecimiento de las competencias personales de auto-estima, auto-valía, auto-eficacia, destrezas de afrontamiento de situaciones, etc., mediante una formación/entrenamiento directo en las mismas (vid. Kelly, 1982; Cartledge y Fellows, 1986; Hollin y Trower, 1986).

Apuntemos algunas referencias ilustrativas. Ladd y Asher (1985) indican que entre el 6 y el 11 % de los niños entre los cursos tercero y sexto no tienen amigos en sus clases. Algunos estudios muestran también que los patrones de interacción entre iguales y de aceptación en el grupo de iguales permanecen estables a lo largo del tiempo (Coie y Dodge, 1983). Asher y Hymel (1981) justifican el hecho de que los niños que tienen unas pobres relaciones con sus iguales son más vulnerables

a posteriores desórdenes interpersonales, de modo que aumenta la probabilidad de que se manifiesten en ellos trastornos psicológicos que pueden derivar en conductas suicidas (vid. Stengel, 1971) [3]. A la vista de lo anterior parece evidente propugnar una mejora de la competencia social en niños cuyas pautas comunicativas se encuentran aletargadas/deterioradas por la razón que sea.

Si esa falla relacional supone un peligro de posterior desajuste en la vida del individuo es lógico pensar en la conveniencia de remitir al entorno escolar las estrategias oportunas de prevención. Las ventajas de tal empresa se asocian directamente a las características y funcionalidad de la escuela como ámbito de formación y desarrollo de la personalidad. Pero es que las escuelas representan también marcos de referencia geográficamente consolidados con estructuras administrativas unificadas, con un personal profesionalmente cualificado, y constituyen el único lugar donde conviven un gran número de niños (cfr. Hollister, 1983). Esto no ocurre con la familia, estructura relacional a tener obviamente en cuenta por los efectos que genera, donde la interacción es tan directa que el acopio de problemas logísticos y técnicos excede las posibilidades de una operatividad programática en la línea contemplada (vid. Winnett, 1986).

Considerando el problema del cambio en las escuelas sabemos de los obstáculos que hay que vencer cuando se trata de introducir en ellas nuevos programas (vid. Sarason, 1982) pero también somos conscientes del enorme potencial que encierran. En lo que ahora nos preocupa, las escuelas son plataformas más viables y menos costosas si de llegar a la mayor cantidad de niños y adolescentes se trata, condición ésta que no cumplen de entrada otras instancias comunitarias. Siguiendo a Weissberg y Allen (1986), la escuela es el lugar idóneo para intervenciones dirigidas concretamente a prevenir toda serie de desajustes sociales e interpersonales. Es en ella donde los más pequeños hacen uso de sus destrezas sociales, las practican y reciben el consiguiente «feedback». Adicionalmente, y al margen de la menor carga estigmatizadora de la escuela, los datos sobre la generalización y mantenimiento de los efectos del tratamiento indican que la terapia aplicada en un centro de salud mental tiene menos posibilidades de extenderse a otros contextos sociales que la intervención que se lleva a efecto en la escuela.

Se trata de emprender un nuevo y decidido camino de innovación y desarrollo personal y social desde las aulas. Tradicionalmente, hasta hoy, el sistema educativo no ha asumido más allá de una tenue responsabilidad en el proceso de consecución en el niño de un auténtico desarrollo social adaptativo a través de un «training» estructurado y formal; tal proceso ha discurrido por la vía de una socialización informal mediante el modelamiento adulto de un repertorio conductual socialmente aceptado, el castigo de las respuestas disruptivas, el refuerzo de conductas pro-sociales, etc. Pero las circunstancias vitales han cambiado aceleradamente y aspectos tales como la separación de los padres, la movilidad familiar, y otros, hacen que el niño no alcance fácilmente una

plena competencia social en virtud únicamente de los mecanismos antes aludidos. Quizás la inhibición escolar se haya visto justificada antaño por el exiguo conocimiento disponible acerca de cómo mejorar las destrezas sociales de los niños. De ahí la urgencia de contar con modelos articulados de solvencia científica que documenten intervenciones efectivas y permitan, por tanto, enfocar rentablemente los adecuados programas de prevención con garantías suficientes.

Volviendo al desarrollo de conductas socialmente adaptativas, son muchos los niños que carecen de las destrezas necesarias para poder exhibir tales conductas. Asimismo, no son menos a los que les falta la capacidad de controlar los efectos de su conducta sobre los otros, o la capacidad de hacer atribuciones acerca de los éxitos y/o fracasos que favorezcan la persistencia del esfuerzo y los sentimientos de eficacia derivados de las interacciones en el seno del grupo (vid. Weiner, 1986; Santos, 1988).

Esta hipótesis del «déficit de destrezas» es la que ha servido a Ladd y Mize (1983) para diseñar un modelo, importante por ser uno de los primeros en conceptualizar la competencia social, basado en el enfoque del aprendizaje cognitivo-social de A. Bandura. Tal modelo tiene tres metas de formación principales: a) estimular el conocimiento de algunos conceptos de destrezas concretas por parte de los niños, b) favorecer la aptitud para traducir esos conceptos en una conducta social efectiva, y c) promover el mantenimiento y generalización de destrezas en situaciones sociales diversas. Para conseguir la traducción efectiva de las destrezas identificadas y definidas en una conducta socialmente diestra, el formador prepara el ambiente que ha de permitir su ensayo con compañeros del sujeto receptivos, ofreciendo un claro «feedback» de apoyo. La estrategia clave que alienta la generalización de destrezas consiste en hacer que los niños las practiquen en situaciones lo más parecidas posible a las reales. El mantenimiento conductual se logra enseñando a los educandos a ejercer control sobre su actuación y sobre las reacciones de los demás, modificando su conducta subsiguiente a la luz de su propia auto-evaluación situacional. Este punto de vista fue el que originó e impulsó ciertos esfuerzos de prevención primaria y secundaria referidos al fomento de destrezas sociales y de conducta adaptativa en niños escolarizados. Así, Weissberg y Allen (1986) incluyen una revisión de estudios que ilustran una gama de procedimientos y prácticas de evaluación en torno, por una parte, al entrenamiento (coaching) social de niños aislados o rechazados por sus iguales (prevención secundaria) y a la formación centrada en la resolución de problemas sociales en el aula (prevención primaria).

Respecto al primer tipo destacamos únicamente el «Peers Program» (programa para compañeros o iguales) desarrollado por Hops (1982) en escuelas primarias y en el que se enfatiza la importancia de que los niños apliquen destrezas y sean reforzados por ello en un ambiente natural. Ello se logra mediante una estructuración ambiental que aumente la interacción entre los niños durante los momentos de recreo y en las

mismas tareas académicas, motivando al grupo para que apoye el comportamiento interpersonal de aquellos niños entrenados al efecto y comprometiendo a los profesores en la intervención. El programa tiene un triple componente. En primer lugar, durante los recesos un especialista premia la interacción de un niño con sus iguales en el juego (cada día varios de sus compañeros le ayudan a conseguir el premio en cuestión); en la realización de tareas el profesor procura al niño toda clase de interacciones asignando distintos compañeros para que completen con él esas tareas; por último, previamente a los períodos de juegos el profesor pregunta al niño qué piensa hacer en el recreo para así informar de lo que ocurra inmediatamente después. Estos procedimientos se van sucediendo hasta que los niños llegan a interactuar de manera efectiva y natural con sus iguales. Es digno de resaltarse que, lejos de estar predeterminadas, las interacciones se van adaptando a las necesidades y al progreso del niño, comprobándose su éxito sobre todo con niños sociométricamente aislados.

En cuanto a la resolución de problemas sociales podemos entenderla como un proceso cognitivo-conductual que permite saber cómo piensan y resuelven problemas interpersonales los niños en la escuela. Desde mediados de los sesenta ha aumentado sensiblemente el número de estudios evaluativos de programas acerca de la resolución de problemas sociales, sin que hoy por hoy haya acuerdo acerca de los mismos, en parte debido a los pocos estudios de seguimiento efectuados. Para unos los resultados son alentadores, mientras que para otros son negativos (o sea, no se demuestra un grado de ajuste psico-social consistente en los niños participantes en las experiencias) (vid. Weissberg y Allen, 1986). En esos programas los profesores «entrenan» a los alumnos respecto a la puesta en marcha de procesos cognitivos (generación de soluciones alternativas a una situación, anticipación de consecuencias...) y destrezas conductuales a fin de que consigan manejar adecuadamente estados de stress y otros problemas que se enmarcan en la dinámica de relación interpersonal. Evidentemente, los diferentes niveles de éxito resultantes se deben a una multiplicidad de variables, pero las revisiones efectuadas muestran una coincidencia diagnóstica en torno al contenido del currículum, la estructura de los programas y la competencia de los formadores responsables como origen de los desiguales hallazgos y conclusiones.

Si algo se puede destacar por encima de otras consideraciones es el importantísimo papel que debe jugar la propia formación y el entusiasmo de los profesores (cfr. Weissberg y Allen, 1986; Polaino, 1987). Hay que asegurarse de que los profesores que toman parte en experiencias preventivas, aunque sea a nivel primario, posean y ejemplifiquen las aptitudes que tratan de instalar y desarrollar en los alumnos. Este es un aspecto crucial en el proceso de mantenimiento y generalización del adecuado caudal de conducta social en los más jóvenes de nuestra sociedad, y así lo han puesto de manifiesto los trabajos que se han ocupado de las relaciones entre estilos y actuación docente y resultados de ajuste en niños (Rotheram, 1982; Spivack y Shure, 1982).

Teniendo siempre presente que la intervención basada en el entrenamiento de destrezas se ha pensado como enfoque de prevención secundaria, y que la intervención basada en la resolución de problemas sociales se emplea a menudo como estrategia de prevención primaria, lo cierto es que ambos tipos tienen semejanzas y diferencias. Se parecen en el énfasis puesto en los procesos de aprendizaje social implicados en la adquisición de destrezas y el cambio conductual, donde la cognición desempeña un importante rol mediador en el desarrollo conductual adaptativo (Ladd y Mize, 1983). Y se diferencian esencialmente en que, mientras los programas de entrenamiento transmiten conocimiento acerca de conductas pro-sociales concretas que los niños emplean para ganarse la aceptación de los compañeros, la intervención sobre resolución de problemas sociales acentúa mucho más los procesos de pensamiento susceptibles de aplicación a distintas y diversas situaciones interpersonales maximizando la decisión de los mismos alumnos sobre qué hacer y por qué (Weissberg y Allen, 1986). Con todo, existen trabajos como el de Michelson y Mannarino (1986) en los que se plantea la factibilidad de una convergencia entre los dos enfoques a partir de sus aspectos positivos ya que, aparte objetivos y filosofía subyacente en los dos planteamientos, cada método establece esquemas de intervención y evaluación que pueden confluir e informarse positivamente entre sí en cuanto a la dirección investigadora a seguir. Por ejemplo, si hemos de primar las intervenciones de calidad sobre la simple cantidad, la mejora de las habilidades relacionadas con la solución de problemas interpersonales requiere la presencia y uso de conductas claramente pro-sociales en los niños.

7. ¿Es posible la prevención del comportamiento suicida desde la escuela?

Esta pregunta tiene obviamente una difícil respuesta. Depende además de los términos en que nos atrevamos a darla. En nuestra opinión y a la luz de lo expuesto en lo que va de trabajo es claro que la escuela no puede suplir carencias de todo tipo y de modo indiscriminado (a veces ni siquiera consigue desbaratar la pobreza estimular que rodea al niño) que inciden en la vida de un sujeto, determinando disfunciones y desajustes psico-sociales cuyas consecuencias son difícilmente previsibles desde el aula. Ahora bien, de lo que sí estamos persuadidos es de que la escuela puede ayudar a evitar/reducir muchos de los males que circundan el problema. Pero tampoco cabe hacerse ilusiones, si éstas no son el resultado de una conciencia colectiva y una voluntad política y administrativa de dedicar medios que posibiliten, al menos, la dinamización de programas de prevención primaria y secundaria, superando ¡al fin! la mera intervención puntual, claro está, cuando tenemos la oportunidad de poder hacerlo [4].

Por otra parte, a ningún profesional de la educación que conozca las

raíces escolares de la psicopatología infanto-juvenil se le puede escapar el hecho de que, en muchos casos, no estamos más que ante una «asociación letal» entre fracaso escolar-indefensión-(depresión)-tentativa de suicidio, que deberíamos considerar bajo una perspectiva psico-socio-educativa. No es este momento ni lugar para un discurso fácil sobre el fracaso de la sociedad y de la escuela como estructura de ésta. Tampoco afirmamos una relación causa-efecto sino que referimos sencillamente el factor de riesgo que supone la presencia en un alumno concreto y en una situación socio-familiar concreta de un permanente e inalterado fracaso académico (Ollendick, 1979). La negativa percepción de su realidad personal y/o la incontrolabilidad percibida del contexto, junto a las consecuencias cognitivas y afectivas que genera tal circunstancia, ha dado pie a una fructífera investigación centrada en la asociación entre fracaso escolar y depresión infantil, muchas de cuyas conclusiones e implicaciones proceden de un paradigma digno de aprecio como es el enfoque de la atribución causal de éxitos y fracasos en contextos educativos (cfr. Weiner, 1986; Santos, 1988). El vínculo entre fracaso escolar y depresión, con sus peligrosas consecuencias sobre la estructura del «self» ha facilitado el análisis de los trastornos depresivos en escolares a partir de modelos teóricos de corte cognitivo, entre otros pero principalmente el modelo de Beck (cuya base son las distorsiones cognitivas que originan y mantienen el estado depresivo) (vid. Beck et. al., 1979) y el modelo de Seigman acerca de la indefensión aprendida, donde las atribuciones causales que hace el individuo se convierten en variables de referencia fundamentales (vid. Seligman et. al., 1979).

Antes hemos tratado del fomento y fortalecimiento de habilidades sociales y de afrontamiento personal de los niños/alumnos a través de programas de acción preventiva que frenen gradualmente el ritmo de aparición de tan patética realidad. Ahora nos preocupan los esfuerzos encaminados a atajar el problema y donde la escuela se presenta, por así decirlo, como centro de operaciones estratégico. Ya hemos advertido en contra de una visión reduccionista del problema en términos únicamente psicológicos o psiquiátricos. De ahí que cada día y desde diferentes ámbitos de realidad se pida con más fuerza la creación de centros para la prevención del suicidio [5] al objeto de integrar análisis y propuestas de intervención. Uno de ellos es el *Youth Suicide National Center* de Estados Unidos que cuenta con sedes estables en Washington (distrito federal) y California [6], además de otras oficinas extendidas por el país. Una de sus directoras ejecutivas, Charlotte Ross, no deja lugar a dudas sobre el camino deseable: romper el vacío existente entre los especialistas en salud mental, los profesionales de la educación y la comunidad escolar. Si los primeros, viene a decir, cuentan con la información precisa sobre cómo advertir signos de suicidio, profesores, padres y los mismos discentes pueden llegar a intervenir antes de que ocurra una tragedia. En tal sentido el Centro ha elaborado una lista de programas escolares acerca de la prevención del suicidio y ha publicado dos guías, una para los alumnos y otra para los profesores, con idéntico

título, «Suicide in Youth and what You can do about it». Asimismo, otra organización de amplia cobertura en el estado de Colorado conocida por las siglas *SPARE* (Suicidal Prevention Allied Regional Effort) proporciona a las instancias comunitarias y escolares materiales de utilidad, siempre bajo el principio de que el suicidio es algo que atañe a toda la comunidad y, por tanto, los programas a implantar deben contar con la participación de quienes la componen.

En estos momentos, tal como se puede leer en el estudio de Strother (1986), al que seguimos en parte, el área de servicios de orientación escolar perteneciente al Departamento de Educación de California está desarrollando un proyecto trianual apoyado por la legislatura de ese estado acerca de un programa educativo centrado en la prevención del suicidio y donde se incluyen actividades de instrucción en el aula, actividades extra-escolares y/o comunitarias y actividades de formación específica para profesores y padres. El programa se está aplicando con alumnos de enseñanza secundaria si bien se espera poderlo aplicar en breve a la escuela elemental e intermedia (junior high school). Obviamente, el objetivo no es formar terapeutas sino enseñar e indagar más cuidadosamente y cómo remitir al sujeto a las fuentes de ayuda más apropiadas en cada caso. Dentro del mismo contexto, algunas escuelas y distritos escolares han desarrollado programas preventivos en respuesta a crisis locales. Uno de ellos fue el realizado en Englewood (Colorado) tras cuatro suicidios en 18 meses. En ese caso el programa se aplicó, con tres períodos de 55 minutos, en clases de educación para la salud en una «junior high school» y en el primer curso de escuela secundaria superior («high school»). Durante esos períodos los alumnos exploraban y expresaban sus actitudes y creencias acerca del suicidio haciéndose eco de todo lo relacionado con la conducta suicida, incluyendo el análisis de los mitos que envuelven el tópico y haciendo posible de este modo una comprensión de la depresión, amén de «aprender» diversas estrategias dirigidas al afrontamiento del stress y las frustraciones. También se procuraba la utilización de los recursos disponibles en el plano escolar y comunitario para, poco a poco, ir haciéndose conscientes de su rol como potenciales soportes de otros compañeros en situaciones de riesgo. Finalmente, quienes participan como formadores en el programa recibieron un mínimo de catorce horas de entrenamiento especial en el que no faltó la instrucción explícita sobre las pautas de intervención a seguir en casos de crisis, intervención que debe estar absolutamente controlada para que ningún formador corra el riesgo de convertir, por más fortuito que ello pueda ser, una situación mala en otra peor.

Experiencias, iniciativas y actividades de este tipo no deberían ser sino la avanzadilla de planes más sistemáticos y ambiciosos de prevención socio-educativa, donde se controle la eficacia de los servicios y se incentive su utilización para los ciudadanos. Desde luego, nuestro país tiene planteado todo un reto de educación para la salud por lo que sería de incoherencia supina en un momento como el actual, de intenso debate sobre el proyecto de reforma educativa, no demandar de las

autoridades una demostración palpable de lo que se anuncia en letra impresa (MEC, 1987, pp. 159-164) acerca de la función preventiva a realizar por los servicios de orientación educativa, dentro y fuera de los centros de enseñanza.

Dirección del autor: Miguel A. Santos Rego, Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Universitario, 15701 Santiago de Compostela-La Coruña.

Fecha de recepción de la versión definitiva de este artículo: 26-III-1988.

NOTAS

- [1] Este método de la «autopsia psicológica» fue preconizado por Faberow (1975) y se emplea profusamente en el Centro de Prevención de Los Angeles (USA). En síntesis, se trata de incluir para su estudio todas las muertes equívocas y cuya base más importante son las entrevistas a los que, de un modo u otro, estaban próximos a la víctima. A ello se añaden las notas/comunicaciones del sujeto, cuando las hay, y sobre todo el análisis del propio rito suicida, nunca indiferente (vid. Granados, 1985).
- [2] Desde el punto de vista conceptual es importante establecer una diferenciación entre el grupo de los que intentan el suicidio y el de los que lo consiguen de hecho, puesto que los estudios más rigurosos han puesto de relieve las diferencias en cuanto a motivación, psicopatología y otras variables. Por eso, no es raro encontrarse con el término «parasuicidio» a fin de evitar confusiones terminológicas. Este concepto se refiere a cualquier conducta de intento de suicidio sin importar el grado o nivel (vid. Hankoff, 1985).
- [3] No olvidemos que, para Durkheim, el principal factor que afecta a las tasas de suicidio es el grado de integración social del individuo, el cual, desde su perspectiva, determina en parte la motivación suicida.
- [4] Desde luego, lo que parece insuficiente es la asistencia hospitalaria clásica que, aunque eficaz en la tarea de recuperar físicamente a quienes intentan matarse no puede atender al complejo entramado de variables que han desembocado en esas conductas. Por ello se hacen imprescindibles equipos especializados para la evaluación de sujetos, familias y ambientes de alto riesgo, junto a la intervención pertinente, para la cual es de enorme importancia la contribución de paraprofesionales convenientemente formados (vid. Polaino, 1987, pp. 97-108).
- [5] Retrospectivamente, la «suicidiología» existe como rama de las ciencias sociales desde hace unos veinticinco años, si bien el concepto se remonta a los escritos del holandés W. A. Bongers de 1929. Sin embargo, la canalización de los intentos de control del suicidio se remontan a un siglo atrás. En 1893 se creó ya una organización en EE.UU. para su prevención y en 1906 la Liga Nacional para la Protección de la Vida inició su andadura en Nueva York (vid. Hankoff, 1985).
- [6] Para quien pueda estar interesado, estas son las señas del Centro en la costa este y oeste del país, respectivamente: *Youth Suicide National Center* (Y.S.N.C.), 1825 Eye Street, N. W., Suite 400, Washington, D. C. 20006; Y.S.N.C., 1811 Trousdale Drive, Burlingame, CA, 94010, USA.

BIBLIOGRAFIA

- ASHER, S. R. y HYMEL, S. (1981) Children's social competence in peer relations: sociometric and behavioral assessment, en WINNE, J. D. y SMYE, M. D. (eds.) *Social competence* (New York, Guilford Pr.).
- BECK, A. T. et. al. (1979) *Cognitive therapy of depression* (New York, Guilford Press) (hay traducción al español en Desclee de Brouwer, Bilbao, 1982).
- BEMPORAD, J. (1981) Sintomatología manifiesta de la depresión en niños y adolescentes, en ARRIETTI, S. y BEMPORAD, J. *Psicoterapia de la depresión* (Buenos Aires, Paidós), pp. 103-122.
- BILLINGS, A. G. y MOOS, R. H. (1983) Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: a social-environmental perspective. Trabajo presentado al Encuentro de la APA, Anaheim, Calif., agosto.
- CARLSON, G. A. (1987) Depresión y conducta suicida en niños y adolescentes, en CANTWELL, D. P. y CARLSON, G. A. (eds.) *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia* (Barcelona, Martínez Roca), pp. 283-296.
- CARTLEDGE, G. y FELLOWS, J. M. (eds.) (1986) *Teaching social skills to children* (New York, Pergamon Press).
- COBO, C. (1982) El suicidio infanto-juvenil en España, *Tribuna Médica*, 933, 934 y 935.
- COHEN-SANDLER, R.; BERMAN, A. L. y KING, R. A. (1982) Life stress and symptomatology: determinants of suicidal behavior in children, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, pp. 178-186.
- COIE, J. D. y DODGE, K. A. (1983) Continuities and changes in children's social status: a five year longitudinal study, *Merrill-Palmer Quarterly*, 29, pp. 261-282.
- COLE, J. O. y BARRETT, J. E. (eds.) (1980) *Psychopathology in the aged* (New York, Raven Press).
- DE CATANZARO, D. (1981) *Suicide and self-damaging behavior. A sociobiological perspective* (Orlando, Academic Press).
- DE MELLO JORGE, M. y BERNARDES, M. (1986) Mortes violentas em menores de 15 anos no Brasil, *Bol. of San. Banam.*, 100, 6, pp. 590-603.
- DODGE, K. A. (1983) Behavioral antecedents of peer social status, *Child Development*, 54, pp. 1386-1399.
- DURKHEIM, E. (1897) *Suicide: a study in sociology* (New York, Free Press) (ediciones en español por edit. Reus, Madrid, 1928 y Akal editor, Madrid, 1982).
- ELLNER, M. (1977) Research on international suicide, *International Journal of Social Psychiatry*, 23, pp. 187-194.
- FARBEROW, N. (1975) Cultural history of suicide, en FARBERO, W. (ed.) *Suicide in different cultures* (Baltimore, University Park Press), pp. 1-15.
- FICULA, T. et. al. (1983) Factors associated with school refusal in adolescents: some preliminary results. Trabajo presentado al Encuentro de la APA, Anaheim, California, agosto.
- FRANKLE, L. B. y REESE, M. (1982) The children of divorce, en FITZGERALD, H. (ed.) *Human development annual editions* (Guilford, CT: Dushkin), pp. 194-198.
- GELFAND, D. M. et. al. (1982) *Understanding children's behavior disorders* (New York, Holt Rinehart and Winston).
- GELFAND, D. M.; FICULA, T. y ZARBATANY, L. (1986) Prevention of childhood behavior disorders, en EDELSTEIN, B. A. y MICHELSON, L. (eds.) *Handbook of prevention* (New York, Plenum Press), pp. 133-152.
- GRANADOS, F. (1985) Aspectos vivenciales en el suicidio del niño o adolescente, *JANO XXIX*, 666, pp. 1.861-1.868.
- HANKOFF, L. D. (1985) Suicidio e intento de suicidio, en PAYKEL, E. S. (Coord.), *Psicopatología de los trastornos afectivos* (Madrid, Pirámide), pp. 622-638.

- HAWTON, K. (1986) *Suicide and attempted suicide among children and adolescents* (Beverly Hills, Sage Publications).
- HOLLIN, C. R. y TROWER, P. (eds.) (1986) *Handbook of social skills training*, vol. 2 (New York, Pergamon Press).
- HOLLINGER, P. C. (1978) Adolescent suicide: an epidemiologic study of recent trends, *American Journal of Psychiatry*, 135, pp. 754-756.
- HOLLISTER, W. G. (1983) Should the development and administration of community primary prevention be transferred from mental health agencies to education?, *Journal of Primary Prevention*, 4, pp. 66-68.
- HOPS, H. (1982) Social skills training for socially isolated children, en KAROLY, P. y STEFFEN, J. (eds.) *Enhancing children's competencies* (Lexington, Lexington Books).
- KELLY, J. A. (1982) *Social-skills training. A Practical guide for interventions* (New York, Springer).
- KERFOOT, A. (1987) Suicidal behavior in adolescents, en COLEMAN, J. (ed.) *Working with troubled adolescents* (Orlando, Academic Press).
- LADD, G. W. y ASHER, S. R. (1985) Social skills training and children's peer relations: current issues in research and practice, en ABATE, L. L. y MILAN, M. (eds.) *Handbook of social skill training* (New York, Wiley).
- LADD, G. W. y MIZE, J. (1983) A cognitive-social learning model of social skill training *Psychological Review*, 90, pp. 127-157.
- MEC (1987) *Proyecto para la reforma de la enseñanza* (Madrid, Servicio Publicaciones del MEC).
- MENDELS, J. (1982) *La depresión* (Barcelona, Herder).
- MICHELSON, L. y MANNARINO, A. T. (1986) Social skills training with children: research and clinical applications, en STRAIN, P. S. et. al., *Children's social behavior* (New York, Academic Press), pp. 373-405.
- MONTERO, I. (1985) Fracaso escolar, depresión y suicidio infantil, *JANO*, XXIX, 666, pp. 1.883-1.888.
- MORANDE, G. y CARRERA, M. (1985) Aportaciones de la epidemiología en la comprensión, prevención y abordaje terapéutico del suicidio infantil y juvenil, *JANO*, XXIX, 666, pp. 1.848-1.857.
- MORISKY, D. E. et. al. (1986) Targeting primary prevention programs to high-risk populations, en WARD, W. B. (ed.) *Advances in health education and promotion*, part A (Greenwich, JAI Press), pp. 23-64.
- MYERS, K.; BURKE, P. y MCCAULEY, E. (1985) Suicidal behavior by hospitalized preadolescent children on a psychiatric unit, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, pp. 474-480.
- OLLENDICK, T. H. (1979) Success and failure. Implications for child psychopathology, en FINCH, A. J. y KENDALL, P. C. (eds.) *Clinical treatment and research in child psychopathology* (New York, SP), pp. 35-49.
- OLLENDICK, T. H. y HERSEN, M. (1986) *Psicopatología infantil* (Barcelona, Martínez Roca).
- PELECHANO, V. (1986) Salud mental, prevención e innovación social, *Análisis y Modificación de Conducta*, 12, 34, pp. 485-505.
- PFEFFER, C. R. (1979) Suicidal behavior in latency age children, *Journal of the American Academy Child Psychiatry*, 18, pp. 679-692.
- (1986) *The suicidal child* (New York, Guilford Press).
- POLAINO, A. (1985) *La depresión* (Barcelona, Martínez Roca).
- (1987) *Educación para la salud* (Barcelona, Herder).
- RANGE, L. M.; McDONALD, D. y ANDERSON, H. (1987) Factor structure of Calhoun's youth suicide scale, *Journal of Personality Assessment*, 51, 2, pp. 262-266.
- ROTHERAM, M. (1982) Variations in children's assertiveness due to rainer assertion level, *American Journal of Community Psychology*, 10, pp. 228-236.

- RUDESTAM, K. E. e IMBROLL, D. (1983) Societal reactions to a child's death by suicide *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, pp. 461-462.
- SANTOS, M. A. (1988) La teoría de la atribución causal como marco de investigación pedagógica, *Conceptos y Propuestas*. Papers de teoria de la educació, Valencia (en prensa).
- SARASON, S. B. (1982) *The culture of the school and the problem of change* (Boston, Allyn and Bacon).
- SCHUNK, D. H. (1987) Peer models and children's behavioral change, *Review of Educational Research*, 57, 2, Summer, pp. 149-174.
- SELIGMAN, M. B. P. et. al. (1979) Depressive attributional style, *Journal of Abnormal Psychology*, 88, pp. 242-247.
- SHAFFER, D. (1974) Suicide in childhood and early adolescence, *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 15, pp. 275-291.
- (1981) The epidemiology of suicide in children and young adolescents, *Journal of American Academy of Child Psychology*, 20, pp. 542-565.
- SHAFII, M.; CARRIGAN, S.; WHITTINGHILL, J. R. y DERRICK, A. (1985) Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents, *American J. of Psychiatry*, 142, pp. 1.061-1.064.
- SPIVACK, G. y SHURE, M. B. (1982) The cognition of social adjustment: interpersonal cognitive problem-solving thinking, en LAHEY, B. B. y KAZDIN, A. E. (eds.) *Advances in child clinical psychology*, vol. 5 (New York, Plenum Press), pp. 323-372.
- STENGEL, E. (1971) *Suicide and attempted suicide* (Middlesex, Penguin).
- STROTHER, D. B. (1986) Suicide among the young, *Phi Delta Kappan*, 67, 10, June, pp. 756-759.
- SYME, S. L. (1986) The social environment and disease prevention, en WARD, W. B. (ed.) *Advances in health education and promotion*, part A (Greenwich, JAI Press), pp. 237-265.
- TROWELL, I. (1979) Telephone services, en HANKOFF, L. D. y EINSIDLER, B. (eds.) *Suicide: theory and clinical aspects* (Littleton, PSG Publish. Co.), pp. 401-409.
- ULDENQUIST, A. (1986) *Non-suicidal society* (Bloomington, Indiana University Press).
- WARD, W. B. (ed.) (1986) *Advances in health education and promotion* (Greenwich, JAI Press).
- WEINER, B. (1986) *An attributional theory of motivation and emotion* (New York, Springer-Verlang).
- WEINER, I. B. (1982) *Child and adolescent psychopathology* (New York, John Wiley and Sons).
- WEISSBERG, R. P. y ALLEN, J. P. (1986) Promoting children's social skills and adaptive interpersonal behavior, en EDELSTEIN, B. A. y MICHELSON, L. (eds.) *Handbook of prevention* (New York, Plenum Press), pp. 153-174.
- WILLIAMS, G. J. (1983) Child abuse, en WALKER, C. E. y ROBERTS, M. C. (eds.) *Handbook of clinical child psychology* (New York, Wiley), pp. 1.219-1.248.
- WINNETT, R. A. et. al. (1986) Estrategias preventivas en niños y familias, en OLLEN-DICK, T. H. y HERSEN, M. *Psicopatología infantil* (Barcelona, Martínez Roca), pp. 658-706.
- WONG, S. T. (1981) Depression in childhood. A survey of the literature, en BAN, T. A. et. al., *Prevention and treatment of depression* (Baltimore, University Park Press), pp. 51-62.

SUMMARY: SUICIDE IN CHILDHOOD AND YOUNG PEOPLE. THE SCHOOL AS FIELD OF PREVENTION AND INTERVENTION.

This work intends to show the question about childhood and young people

suicide from a social-educative perspective making a special emphasis on the preventive aspects that it's possible to develop from the school as positive framework of intervention. In this sense, the school allows us to see it as an axis of possibilities to get the social competence and adjustment of the individuals in base to improve personal coping skills and group integration, susceptible to reduce the thinking-out and the suicide tentative in the pupils.

We finish asking a more attention and support of the educational administration about preventive functions that the orientation services should regard on the psychopedagogical advice at the schooling centers.