

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUCIDA Y AUTOLESIVA PARA CENTROS EDUCATIVOS

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL CENTRO ESCOLAR

JOAQUIM PUNTÍ VIDAL

Psicólogo clínico. Psicopedagogo

Jefe de Sección de Psicología Clínica Infantil y Juvenil y Hospital de Día

Responsable del programa de tentativas autolíticas en adolescentes

Hospital Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)

Profesor asociado. Facultad Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)

Miembro del Grupo para el Estudio y Tratamiento de la Autolesión (GRETA)



SESIÓN 2

1. Contexto social de la adolescencia actual
2. Autolesión no suicida
3. Conducta suicida: ideación y tentativa autolítica
4. Prevención

1. Contexto social de la adolescencia actual

- 1.1. La *adolescencia triste*
- 1.2. Los medios de comunicación
- 1.3. La construcción social (series)
- 1.4. La difusión del malestar (redes sociales)
- 1.5. Autolesiones, suicidio, género y pandemia
- 1.6. La resiliencia
- 1.7. El adolescente del s. XXI

1.1. *De adolescentes malos a adolescentes tristes* (23-01-2023) LA VOZ DE GALICIA

Ricardo Fandiño. Profesor del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la USC.

Desde hace una década la **delincuencia juvenil** en España va descendiendo:
Menores condenados: Año 2010: 18.237. Año 2021 : 13.595.

En este mismo período se detecta un aumento de **problemas de salud mental**, y especialmente sintomatología depresiva.

Hospitalizaciones por autolesiones entre los 10 y los 24 años :
Año 2000: 1.270. Año 2020: 4.048.

Se da un cambio en la representación del adolescente en los **productos culturales** dirigidos a ellos: **Donde antes predominaban la rebeldía, el reto o el desafío, hoy encontramos frecuentes manifestaciones de la angustia de vivir.**

1.2. Los medios de comunicación y la adolescencia

2000	2020 - 23
Noticias sobre adolescencia vinculadas a problemas sociales emergentes : tribus urbanas, conductas antisociales, botellón, (drogas), conducción temeraria, ocupación...	Noticias sobre adolescencia vinculadas a problemas de salud mental y al malestar emocional (suicidio, autolesión, tr. Alimenticios) *También delitos sexuales
Noticias en el espacio de sucesos/sociedad	Noticias recurrentes (abren y cierran informativos) y documentales específicos
El adolescente se presenta como sujeto conflictivo y con escasa responsabilidad social	El adolescente se presenta como sujeto pasivo/vulnerable, no autónomo (se apela a la responsabilidad institucional)

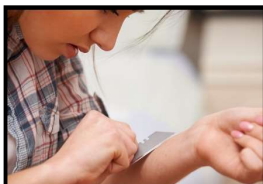
1.2. La selección de la información sobre la adolescencia

Uno de cada tres adolescentes catalanes ha tenido pensamientos suicidas

TITULAR 14-12-2022
LA VANGUARDIA

El 79,4% de los encuestados manifestó que su estado de salud era entre bueno y excelente. Y la gran mayoría (64,1%) nunca se ha autoinfligido lesiones...

FOTO DE LA NOTICIA



Reality? 

Premian un estudiante de 14 años por idear un jabón que podría ayudar a combatir el melanoma

3/24
26-10-2023

Heman Bekele ha ganado el premio al mejor científico joven de Estados Unidos con su propuesta, inspirada en la idea de poder proteger a las personas que están todo el día trabajando bajo un sol de justicia sin ningún tipo de protección.

1.3. La construcción social de la adolescencia en las series



GREASE
(1978)



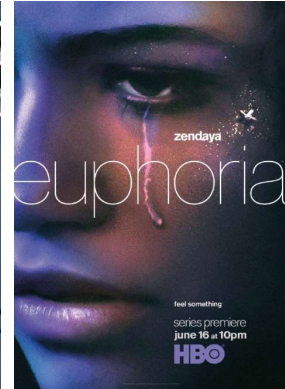
FAMA (1982-1987)



VERANO AZUL (1981)



POR TRECE RAZONES
(2017)



EUPHORIA (2019)

1.4. La difusión del malestar a través de las redes sociales

SERIE POR 13 RAZONES:

Después del estreno de la serie, la frase "**How to commit suicide**" ("Cómo cometer suicidio") se buscó en Google **un 26% más**.

Efecto Werther (numerosos casos de suicidio que siguieron a la publicación de la novela de Goethe: *Las penas del joven Werther* (1774).

(*JAMA InternMed.* 2017; 177(10): 1527-1529).

3/24 (11-11-2023)

Alertan del riesgo de que las sugerencias de TikTok dirijan a los menores a contenido nocivo para la salud mental

Amnistía Internacional ha indicado que el contenido de la pestaña 'Para ti' de TikTok puede dirigir a los menores hacia contenidos que idealizan y fomentan el pensamiento depresivo, las autolesiones y el suicidio.

Los adolescentes se están hiriendo a sí mismos en internet cada vez más y aún no sabemos por qué

El fenómeno de la autolesión digital ha crecido hasta en un 88% en algunos grupos de adolescentes, revela un nuevo estudio.

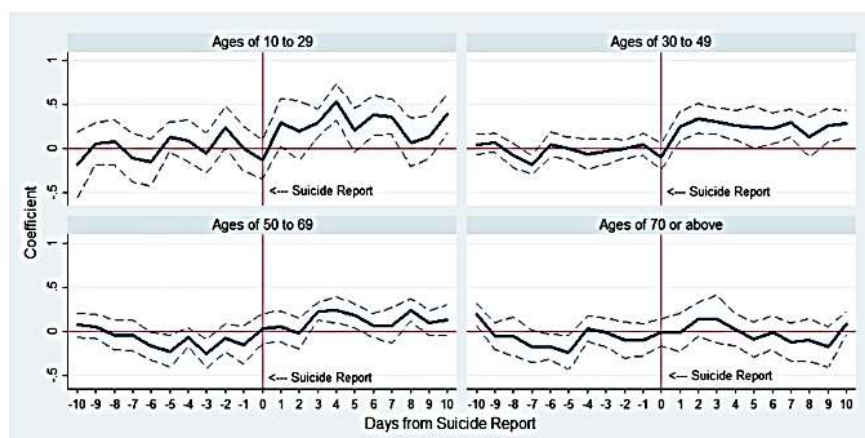
A peor salud mental, ¿más likes en Instagram?

LOIS SALADO LA VOZ DE GALICIA (23-01-2023)



La ansiedad o la depresión son una tendencia en las redes sociales y se deambula en la frontera entre dar la visibilidad necesaria a estos problemas y usarlos para generar más impacto

WIRED (09-07-2024)



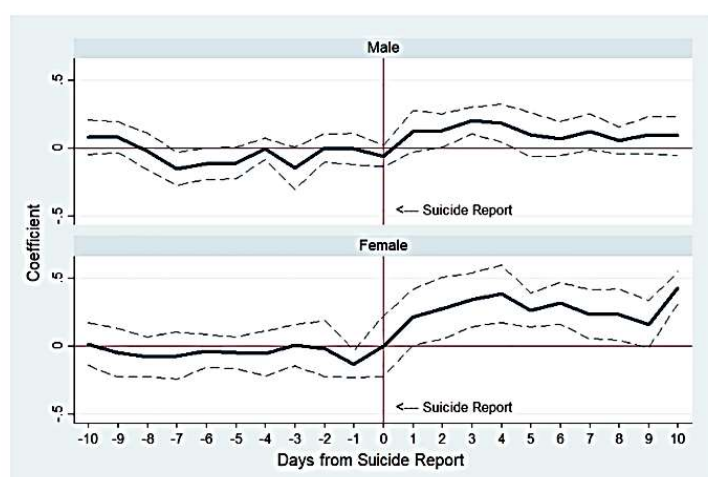
Efecto Werther

Edades: en adolescentes/jóvenes de 10 a 29 años se reporta una mayor tasa de imitación en los 10 primeros días post suicidio de una "celebridad"

Fig 3. Estimated changes in total suicides by age group before and after celebrity suicide media reports. Note: The y-axis indicates an approximate percent change in public suicide by corresponding day, which is the estimated β_k in Eq (1). The dotted lines indicate 95% confidence interval.

Ha J, Yang H-S (2021). The Werther effect of celebrity suicides: Evidence from South Korea. PLoS ONE 16(4): e0249896.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249896>



Efecto Werther

Género: en las mujeres se reporta una mayor tasa de imitación en los 10 primeros días (que en los hombres).

Fig 4. Estimated changes in total suicides by gender before and after media reports on celebrity suicide. Note: The y-axis indicates an approximate percent change in public suicide by corresponding day, which is the estimated β_k in Eq (1). The dotted lines indicate 95% confidence interval.

Ha J, Yang H-S (2021). The Werther effect of celebrity suicides: Evidence from South Korea. PLoS ONE 16(4): e0249896.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249896>

1.5. Autolesiones, suicidio y género

AUTOLESIONES

Inicio: media a los 13-14 años.

1as. autolesiones: 11 años.

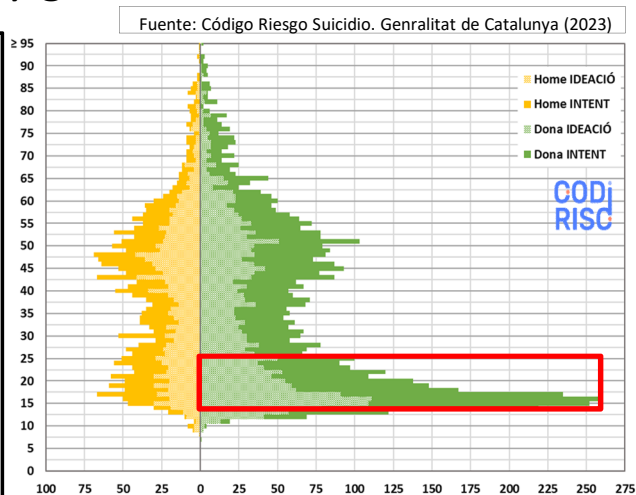
España: 28.9%.

7.5% autolesiones recurrentes.



Romero, S., Méndez, E., Puntí, J. (2021). Autolesiones no suicidas. *Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*, (pp. 443-460). Barcelona: Elsevier

CONDUCTA SUICIDA



Edad media del 1er. episodio de conducta suicida:

Mujeres: 14 a 18 años. Hombres: 16 a 22 años.

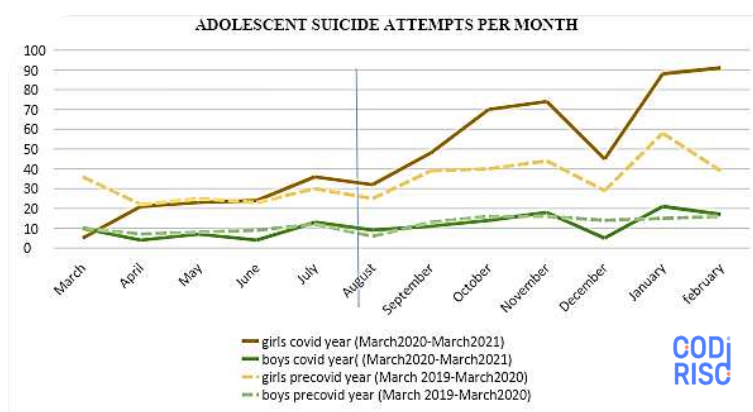
Mayor incidencia: mujeres de 12 a 25 años.

1.5. Autolesiones, suicidio y género

Datos Catalunya 2019-2021:

Incremento de **tentativas autolíticas** en adolescentes **chicas** (12-18 años) + **195%**

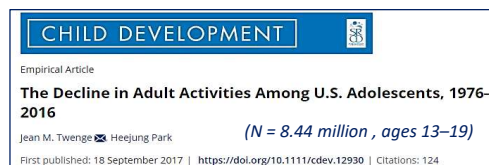
Incremento de **tentativas autolíticas** en adolescentes **chicos** + **9%**



Gracia, R., Pamiás, M., Mortier, P., Alonso, J., Pérez, V., Palao, D. (2021). Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *Journal of Affective Disorders*, 292, 139-141. doi: 10.1016/j.jad.2021.05.044.

1.6. ¿Los adolescentes de hoy son menos resilientes ?

- **La generación de cristal:**
 - **Menos tolerantes a la frustración**
 - **Muestran baja tolerancia al error**
 - **Evitan asumir la responsabilidad**



¿CÓMO SE CONSTRUYE LA RESILIENCIA?

- **Teoría de la antifragilidad de Nassim Taleb.**

Los **sistemas sociales y emocionales son similares al sistema inmunitario.**

Crear por parte de los adultos un **mundo emocional "aséptico"**, que procura un entorno seguro por encima de todo, **ha impedido que los adolescentes entren en contacto con el estrés** y desarrollen un **sistema emocional competente** para hacer frente a las adversidades.

Estudiantes con menos oportunidades de practicar la autonomía: menos confianza en sí mismos para afrontar situaciones estresantes.

REPORT ON 15-YEARS OF RESEARCH SHEDS NEW LIGHT ON THE SOCIAL-EMOTIONAL WELLBEING (SEWB) OF AUSTRALIAN CHILDREN AND ADOLESCENTS!

Bernard, ME & Stephanou, A. (2017). *Child Indicadores Research*

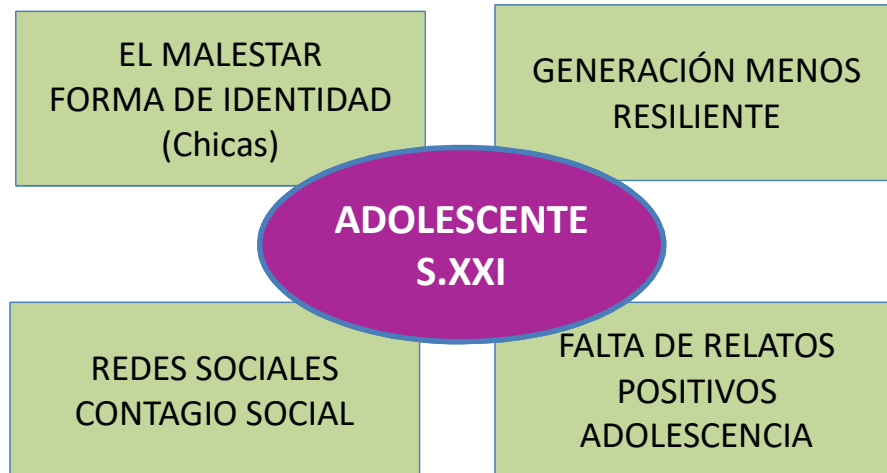
N: 137.408 (701 centros EP+ES)

15 YEAR SNAPSHOT OF AUSTRALIAN SEWB IN YOUNG PEOPLE [2003-2017]

Over the past 15 years, the SEWB of Australian young people has remained fairly stable with some exceptions.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I am confident when doing difficult schoolwork	76%	67%	70%	70%	59%	64%	58%	61%	63%	60%	53%	58%	59%	58%	59%
I feel very stressed	29%	32%	33%	19%	31%	32%	37%	36%	37%	37%	43%	41%	44%	47%	49%
I worry too much about schoolwork or what others think	44%	41%	44%	38%	39%	40%	47%	49%	49%	49%	54%	54%	57%	57%	58%
I could do a lot better in my schoolwork	61%	65%	74%	65%	66%	54%	72%	74%	61%	64%	75%	72%	68%	70%	70%
I give up easily when I don't understand or am bored	32%	47%	35%	35%	39%	32%	40%	42%	38%	40%	44%	42%	40%	40%	38%
I have difficulty controlling my anger	41%	37%	38%	32%	30%	27%	64%	36%	38%	32%	29%	30%	28%	29%	28%

1.7. El adolescente del siglo XXI



2. Autolesión NO suicida (ANS)

- 2.1. Aproximación conceptual
- 2.2. Funcionalidad
- 2.3. Factores de riesgo

Autolesión no suicida (ANS): acto lesivo contra uno mismo que no tiene por objetivo producir la muerte, sino regular un estado emocional interno o como estrategia desadaptativa de comunicación interpersonal.

2.1. Aproximación conceptual

- **Nunca tienen como objetivo producir la muerte.**
- Fenómeno complejo, con un **mismo resultado** pero con una **etiología variada** .
- **Fenómeno con un cierto componente social** , tendencia a la **imitación** por parte de iguales que se identifican con quien las realiza y, en ocasiones, **compartido** por red social.
- El éxito de la intervención depende de identificar cuál es la **funcionalidad de la autolesión** y de dar al adolescente **estrategias alternativas de afrontamiento**.

2.2. Funcionalidad

"¿Por qué un alumno se hace daño?"

La mayoría de los estudios acuerdan que la ANS sería una **conducta de afrontamiento** que podría cumplir:

(a) una función automática o intrapersonal: regulación emocional de uno mismo , disminuyendo la intensidad emocional extrema;

(b) una función social o interpersonal: con la intención de comunicar malestar, influir en el comportamiento de otros o búsqueda de identidad.

2.2. Funcionalidad: "¿Por qué me hago daño?"

INTRAPERSONAL

- Porque sentía mucha **rabia** por no conseguir entrar en el equipo.
- Porque me sentía muy mal conmigo misma y necesitaba **relajarme**.
- Porque estaba aburrida, **no tenía el día programado** ni nada que hacer.

INTERPERSONAL

- Porque **soy EMO**.
- ¡Porque es la única manera que tengo de que **se den cuenta de que yo también tengo problemas!**
- Porque mis padres **me quitaron el móvil** y eso no se lo permito (y ahora ya me lo han devuelto).

2.3. Factores de riesgo de las ANS

FACTORES PERSONALES:

Temperamento: **alta reactividad emocional** / - baja tolerancia a estados emocionales intensos / - reacción intensa a estresores de baja intensidad / - necesita más tiempo para volver a su nivel basal.

FACTORES SOCIOFAMILIARES:

Relaciones con iguales y/o familiares percibidas como conflictivas / - Presencia de acoso escolar o **sentimientos de no pertenencia al grupo** / - Problemas sociales en el núcleo familiar (paro y abuso de alcohol). / - Negligencia severa o abuso sexual.

Existencia de un ambiente invalidante o inconsistente.

FACTORES INTERPERSONALES (REDES SOCIALES):

Entradas en *Google* relacionadas con ANS : 42 millones/año. Alemania: análisis *hashtags* (4 sem.): 32.182 publicaciones relacionadas. El 10%: imágenes de heridas causadas por cortes.

A + gravedad + comentarios de apoyo (refuerzo positivo).

FACTORES PSICOPATOLÓGICOS:

Entre un 10-50% de los adolescentes que se autolesionan no tienen un trastorno mental.

La depresión, la ansiedad y los trastornos de la conducta alimenticia son los más habituales.

2.3. Factores de riesgo de las ANS

FACTORES PERSONALES:

¿EXISTEN AUTOLESIONES PLANIFICADAS O SON TODAS IMPULSIVAS?

FACTORES SOCIOFAMILIARES:

CARGA CONTEXTUAL INTERPERSONAL Y FAMILIAR

FACTORES INTERPERSONALES (REDES SOCIALES):

MARCADA IMITACIÓN Y CONTAGIO SOCIAL

FACTORES PSICOPATOLÓGICOS:

SI HASTA UN 50% NO TIENEN UN T.MENTAL, ¿LES TRATAMOS IGUAL QUE A LOS QUE LO TIENEN?

3. Conducta suicida

1. Conceptualización
2. Falsas creencias
3. Factores de riesgo y protección
4. Señales de alerta
5. Ideación suicida
6. Tentativa autolítica
7. Criterios de gravedad y derivación

3.1. Conceptualización

- **Ideación suicida (IS):** pensamientos más o menos elaborados de acabar con la propia vida.
- **Gesto suicida:** acto/s preparatorio/s para llevar a cabo el intento de suicidio (acumular medicación, redactar una carta de despedida, desplazarse a un lugar elevado...).
- **Tentativa autolítica (TA):** conducta suicida ya iniciada, pero que por alguna acción propia o externa es abortada antes de conseguir acabar con la propia vida.
- **Suicidio consumado (SC):** tentativa autolítica que finaliza con la muerte de quien la realiza.

3.2. Falsas creencias

Todo adolescente que piensa en la muerte, acabará haciendo una conducta suicida

Los pensamientos de muerte ocasionales son relativamente frecuentes en la adolescencia y no tienen por qué estar asociados a un deseo real y activo de querer suicidarse.

3.2. Falsas creencias

Los adolescentes que ingieren unas pocas pastillas para suicidarse, lo hacen para llamar la atención

Aunque no todos los adolescentes que hacen un intento de suicidio busquen con este acto la muerte, es un error minimizarlo.

Los intentos de suicidio en muchos casos son la única opción que se plantean para resolver sus problemas o dificultades.

3.2. Falsas creencias

Todo adolescente que realiza un intento de suicidio, está deprimido o sufre una enfermedad mental.

La depresión, y en general sufrir una enfermedad mental, incrementa el riesgo de suicidio, pero no es necesario sufrir un trastorno mental para llevar a cabo una conducta suicida.

3.2. Falsas creencias

Sólo los profesionales de salud mental pueden ayudar a un adolescente con riesgo de suicidio.

Tener el entorno del adolescente y a su familia informada de cómo ayudarle en estas situaciones, así como dar respuesta a sus necesidades sociales cuando las tiene, es una estrategia útil en la prevención del suicidio

3.2. Falsas creencias

Hablar de métodos de suicidio, detallar el suicidio de famosos, o visualizar contenidos suicidas, facilita que los adolescentes en riesgo soliciten ayuda.

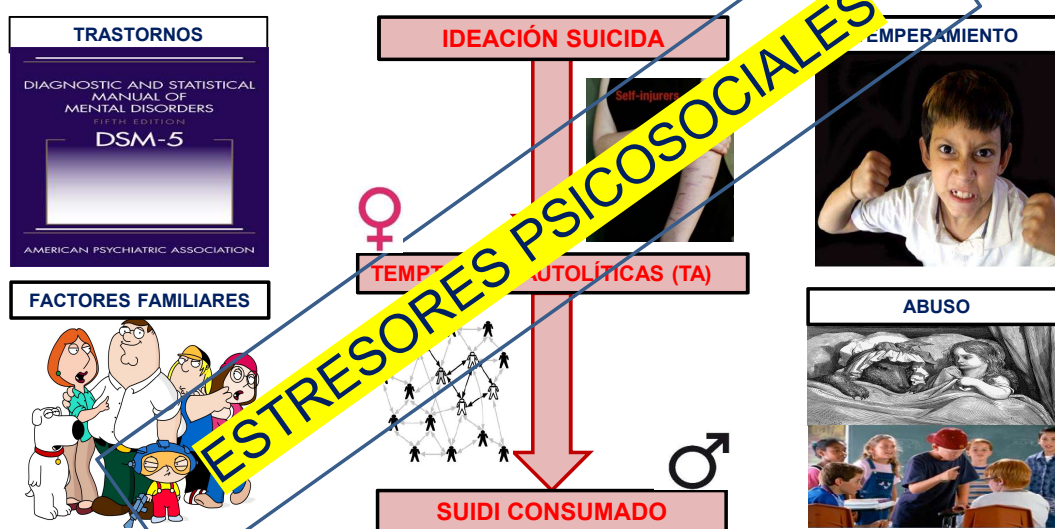
Hablar del suicidio de famosos, informar de métodos letales, y compartir contenidos suicidas, incrementa el riesgo de suicidio en adolescentes vulnerables y que se identifican con esta conducta.

3.2. Falsas creencias

Todo adolescente con pensamientos suicidas debe dejar de ir a la escuela y ser hospitalizado.

En la medida de lo posible, es importante mantener al adolescente en contacto con la comunidad. Desvincularse de la red social y de la escuela es un factor que contribuye al sentido de no pertenencia e incrementa el riesgo de suicidio.

3.3. Factores de riesgo de suicidio



3.3. Factores de riesgo de suicidio

FACTORES FAMILIARES:

- **Psicopatología de los padres.** / Abuso de alcohol o drogas en la familia. / **Antecedentes familiares de suicidio.** / Muerte o pérdida de los padres/hermanos.
- Carencia de cuidados y atención al niño-adolescente. / Peleas frecuentes o violencia intrafamiliar. / **Ser víctima de maltrato emocional, físico y/o abuso sexual.**
- Rigidez familiar. / **Familia con altos niveles de exigencia y perfeccionismo.** / Excesivas demandas por parte de los padres.
- **Menospreciar el malestar emocional de los adolescentes.** Invalidarlo.

3.3. Factores de riesgo de suicidio

FACTORES INTERPERSONALES:

- **Ausencia de una red social de apoyo.** / Aislamiento social. / Rechazo o discriminación por parte de iguales. / **Suicidio de un amigo o igual significativo.** / **Ruptura de pareja.**

FACTORES DEL ENTORNO ESCOLAR:

- Ser víctima **de acoso escolar.** / **Sentido de no pertenencia al grupo clase** / Percepción de rechazo por ser diferente (físicamente, por orientación-identidad sexual, por raza...). / Elevada exigencia académica.

EVENTOS VITALES ESTRESANTES (rupturas, pérdidas) [efecto acumulativo].

La tentativa autolítica es el mejor predictor de suicidio (especialmente los 3 primeros meses después del intento).

DIAGNÓSTICOS PRIMARIOS INTENTOS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES HOSPITAL PARC TAULÍ (2008-2021)	
Reacción de estrés	48,4%
Trastorno adaptativo	13,7%
Trastorno depresivo	9,5%

3.3. Factores protectores (transversales)

FACTORES INDIVIDUALES

- **Habilidades de solución de problemas** y estrategias de afrontamiento adecuadas.
- **Habilidades de comunicación:** capacidad de buscar ayuda cuando surgen dificultades.
- **Habilidades sociales** (asertividad).
- Estrategias de **autocontrol** (baja impulsividad).
- Disponer de un sentido de autoeficacia (**autoeficacia percibida**).
- Autoconcepto / **autoestima positiva**.
- Optimismo y **sentido del humor**.
- Capacidad de **resiliencia**.
- Tener un **proyecto de vida** o una "vida con sentido".
- **Respeto por la propia vida** (sistema de valores: "la vida como lo más preciado que se tiene").

3.3. Factores protectores (transversales)

FACTORES FAMILIARES

- Disponer de unas **relaciones familiares positivas** (apoyo familiar del núcleo de convivencia). Buena comunicación familiar. Cohesión familiar alta.
- Estilo de **interacción padres-hijos validante** (no basado en el criticismo familiar).

FACTORES CONTEXTUALES

- Disponer de una red **de soporte social** apropiada (amigos/compañeros). Buenas relaciones con profesores, compañeros y personas relevantes de su entorno.
- **Implicación social** y participación activa en entornos sociales, deportivos, lúdicos, asociativos.
- **Restringir el acceso a métodos letales** de suicidio.

3.4. Señales de alerta verbales

SEÑALES VERBALES

- Expresiones **reiteradas de desconexión**: "Estaríais mejor sin mí", "Me gustaría desaparecer", "Quiero descansar", "No deseo seguir viviendo".
- Verbalizaciones **negativas sobre sí mismo o sobre su vida**: "No valgo para nada", "Esta vida es un asco", "Mi vida no tiene sentido".
- Verbalizaciones **negativas sobre la insolucionabilidad** de sus problemas: "Lo mío no tiene solución", "Las cosas no van a mejorar nunca".
- Verbalizaciones relacionadas con el **acto suicida o la muerte**: "Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho".
- Verbalizaciones sobre **no contemplación de futuro** ni proyección de vida.
- **Despedidas verbales o escritas** inesperadas mediante cualquier medio de comunicación, whatsapp, mail, redes sociales... o bien en persona: "siempre te querré" (con un abrazo inesperado e intenso, no habitual).

3.4. Señales de alerta no verbales

SEÑALES NO VERBALES

- **Cambio repentino en su conducta**: irritabilidad, agresividad, lloro, aislamiento (recreos), insomnio...
- **Falta interés en las actividades** escolares con las que antes disfrutaba: deja de implicarse en actividades o con su grupo.
- **Cambio de actitud** en clase: apatía, tristeza, falta de interés, retraído, distante...
- **Consumo inusual de alcohol** u otras drogas.
- Descenso general del **rendimiento académico**.
- Faltas de asistencia no justificadas, **absentismo escolar** (cuando no es habitual en el alumno/a).

3.5. Ideación suicida (IS): niveles de gravedad

En la adolescencia las ideas de muerte ocasionales no son inhabituales (FAROS, Sant Joan de Deu, 2019)

RIESGO	Ideación tanática / autolítica
1	Ideación tanática pasiva: " No me importaría irme a dormir y no despertar"
2	Ideación autolítica pasiva: "Ojalá me pasara algo y se acabara todo"
3	Ideación autolítica (no estructurada/estructurada): "Si tuviese valor me suicidaría"/ "Me mataré".
4	Planificación suicida (método /fecha) : " Me tiraré a las vías del tren esta tarde, no puedo más"

3.5. IS: Caso 1 (Axel).

15 años, cursando ESO. Tiene planes de empezar a trabajar en una empresa de construcción de muebles cuando cumpla los 16 años. Le hace mucha ilusión porque ganará dinero y se podrá comprar la moto que desea.

Hace 2 días su primera novia, le ha dejado: le ha dicho que no quiere seguir con él, que ya no le gusta, que ha conocido a otro chico.

Desde entonces está triste y decepcionado. Lo ha contado a sus amigos con los que sale cada tarde y eso le reconforta. Ellos le dicen que pase del tema, que ya conocerá a alguna otra chica que seguro que será mejor. Le cuesta desconectar de lo ocurrido.

Explica a su tutor que lo está pasando mal, y que la pasada noche cuando se fue a dormir se puso a llorar y pensó "qué mierda de vida", "qué injusto todo", y que tal y como se siente ahora mismo no le importaría morirse. Hoy ha ido a clase como cada día y al salir ha quedado para ir a jugar a fútbol con sus amigos.

3.5. IS: Caso 1 (Axel).

15 años, cursando ESO. Tiene planes de empezar a trabajar en una empresa de construcción de muebles cuando cumpla los 16 años. Le hace mucha ilusión porque ganará dinero para comprar la moto que desea.

Hace 2 días su primera novia, le ha dejado: le ha dicho que no le gusta estar con él, que ya no le gusta, que ha conocido a otro chico.

Desde entonces está triste y deprimido. Se ha aislado de sus amigos con los que sale cada tarde y eso le reconforta un poco. Está pensando en el tema, que ya conocerá a alguna otra chica que seguro que se va a enamorar de él y así se desconecta de lo ocurrido.

En casa está pasando mal, y que la pasada noche cuando se fue a dormir se acordó de un pensamiento "qué mierda de vida", "qué injusto todo", y que tal y como se siente ahora mismo no le importaría morir. Hoy ha ido a clase como cada día y al salir ha quedado para ir a jugar a fútbol con sus amigos.

IDEACIÓN TANÁTICA PASIVA

3.5. IS: Caso 2 (Nerea).

Alumna de 14 años, cursando ESO. Buena estudiante (media de 9).

El 24 de octubre pide hablar con su tutora de clase y le explica que siente que nadie la quiere.

Hace unos días su mejor amiga le dijo que era una persona muy "agobiante" y le pidió dejarse de ver. Desde entonces dice que ya no tiene ganas de vivir y piensa que si tuviera valor se suicidaría.

Nerea le explica que no descarta que más adelante se suicide, en un futuro (de momento lo descarta), porque ahora mismo lo más importante para ella es dedicarse a los estudios para demostrar a sus padres que es mejor que su hermano. Por lo demás, tiene un par de compañeros con los que queda para jugar a videojuegos y con los que se lleva muy bien.

Este curso ha empezado a entrenar a voley y se lo pasa muy bien. Está ilusionada con poder hacer su primer partido de la liga de secundaria.

3.5. IS: Caso 2 (Nerea).

Alumna de 14 años, cursando ESO. Buena estudiante (media de 9).

El 24 de octubre pide hablar con su tutora de clase y le explica que siente

Hace unos días su mejor amiga le dijo que era una persona que se pidió dejarse de ver. Desde entonces dice que ya no tiene ganas de vivir y que si tuviera valor se suicidaría.

Nerea le explica que no desea suicidarse, en un futuro (de momento lo descarta), porque le gusta vivir. Lo más importante para ella es dedicarse a los estudios para demostrar que es mejor que su hermano. Por lo demás, tiene un par de cosas que le gusta hacer, como jugar a videojuegos y con los que se lleva muy bien.

Esta semana ha empezado a entrenar a voley y se lo pasa muy bien. Está ilusionada con poder hacer su primer partido de la liga de secundaria.

IDEACIÓN AUTOLÍTICA NO ESTRUCTURADA NI PLANIFICADA

3.5. IS: Caso 3 (Belén).

Alumna de 16 años, repitiendo 3r curso de la ESO.

Hace 2 años el centro educativo tuvo constancia de que realizó una sobreingesta medicamentosa con objetivo suicida. Tiene seguimiento en salud mental. También ha tenido episodios repetidos de cortes, que dice que se hace porque no soporta sentirse "vacía por dentro".

Hace días que no acude a clase. Hoy ha ido. Estando en clase, se ha cortado. Después de clase ha ido a hablar con su tutora. Belén le ha explicado que no puede más, que no aguanta "este vacío", que lleva demasiado tiempo así y que se suicidará esta tarde. Dice que lo ha intentado otras veces, pero como no tiene valor suficiente, esta vez beberá alcohol hasta colocarse y después se tirará al tren (de espaldas para no verlo).

Está sola en casa todas las tardes. La madre se fue de casa hace años y el padre trabaja y no llega a casa hasta la noche.

3.5. IS: Caso 3 (Belén).

Alumna de 16 años, repitiendo 3r curso de la ESO.

Hace 2 años el centro educativo tuvo constancia de que realizó una sobredosis medicamentosa con objetivo suicida. Tiene seguimiento en salud mental habiendo tenido episodios repetidos de cortes, que dice que se hace por "vacío" y "vacía por dentro".

Hace días que no acude a clase. Hace unos días, después de clase, se ha cortado. Después de clase ha ido a hablar con su tutor/a que le dice que no puede más, que no aguanta "este vacío", que lleva de esto mucho tiempo y que se suicidará esta tarde. Dice que lo ha intentado otras veces pero no ha sido suficiente, esta vez beberá alcohol hasta colocarse y después se tirará por las espaldas para no verlo).

Es una estudiante que vive sola en casa todas las tardes. La madre se fue de casa hace años y el padre trabaja y no llega a casa hasta la noche.

PLANIFICACIÓN SUICIDA

3.6. Tentativa autolítica (TA): consideraciones

Letalidad real y letalidad percibida del método: potencialidad letal objetiva y subjetiva del método utilizado (por ej. precipitación vs sobreingesta medicamentosa,...)

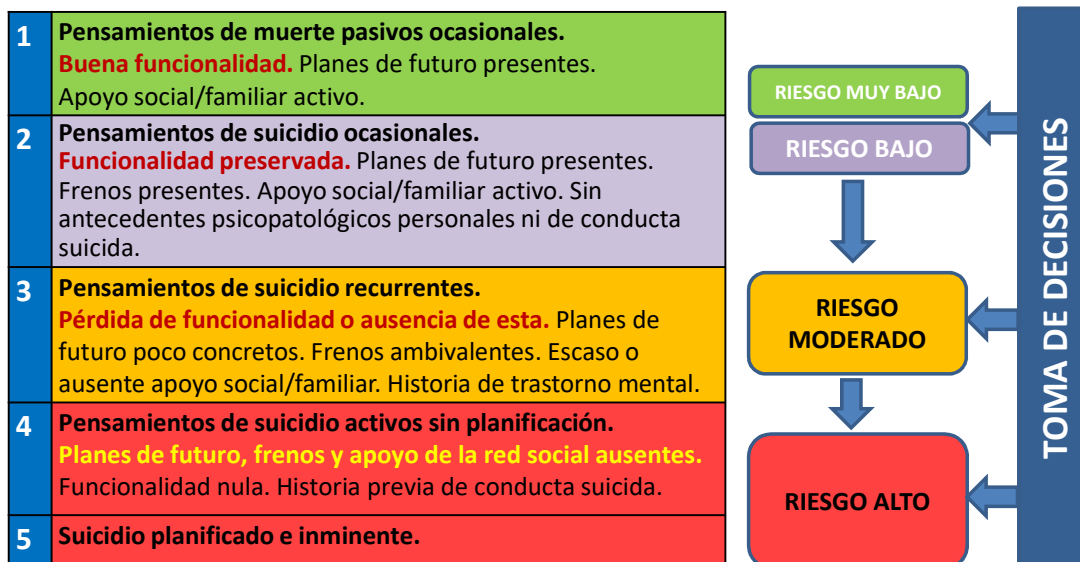
Rescatabilidad (autorescatabilidad): acciones dirigidas a abortar el intento de suicidio (por ej. contacto con un amigo/a, llamar a emergencias tras el intento de suicidio,...)

Planificación: grado de premeditación del intento de suicidio (por ej. planificación minuciosa a acto impulsivo y no previsto).

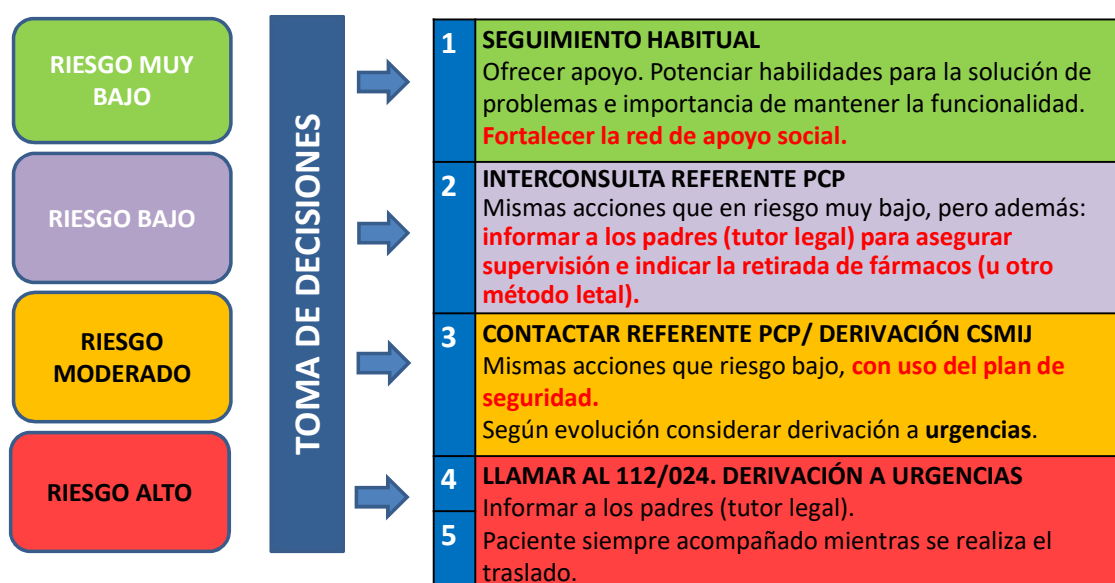
Crítica: grado de arremetimiento del intento de suicidio realizado, una vez se ha superado el episodio (nulo, parcial, total).

Funcionalidad: con qué objetivo/s se ha realizado el intento de suicidio, además de buscar conseguir la propia muerte (por ej. desconectar, evadirme, comunicar, ...).

3.7. Criterios de gravedad y derivación



3.7. Criterios de gravedad y derivación



4. Prevención

4.1. Intervención universal

4.2. Intervención selectiva

4.3. Datos recientes

Prevención universal y selectiva

Descripción de los principales tipos de medidas de prevención del suicidio

Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria, 34, 1, 27-33.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>

<p>Universal</p> <p>Afecta a toda la población, independientemente del riesgo de suicidio que pudiera tener cada persona</p>	<p>Limitación de acceso a medios letales^b</p> <p>Campañas de sensibilización e información</p> <p>Formación de profesionales de los medios</p> <p>Políticas para reducir el consumo de alcohol</p>
<p>Selectiva</p> <p>Se dirige a colectivos con ciertas características sociodemográficas, biológicas o psicológicas que incrementan el riesgo de suicidio</p>	<p>Programas escolares de educación y sensibilización sobre salud mental y suicidio^b</p> <p>Formación de agentes sociales</p> <p>Líneas telefónicas de ayuda para personas en situación de crisis suicida</p> <p>Programas de prevención, ámbito laboral (profesiones de riesgo)</p> <p>Programas de prevención, prisiones</p>
<p>Indicada</p> <p>Se dirige a individuos concretos altamente vulnerables por presentar ciertos síntomas-signos de riesgo suicida o una enfermedad altamente asociada</p>	<p>Evaluación y tratamiento de la conducta suicida^b (p. ej., psicoterapias específicas, continuidad de cuidados y seguimiento tras tentativa)</p> <p>Evaluación y tratamiento de los trastornos mentales^b (p. ej., tratamiento de la depresión, formación de médicos de atención primaria, cribado de riesgo en atención primaria)</p>

4.1. Intervención universal

MÉTODOS DE BARRERA

La limitación del acceso a medios letales es la intervención con una evidencia más clara en prevención del suicidio, habiendo demostrado reducciones de hasta el 85% en los suicidios con métodos concretos y sin evidencia de un efecto de sustitución significativo.

Incluye la protección de lugares públicos de alto riesgo, la restricción del acceso a armas de fuego y medidas para dificultar el acopio de fármacos, entre otros.



Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria, 34, 1, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>

4.2. Intervención selectiva

Programas de prevención de suicidio en instituciones educativas

Programa	Tipo de intervención	Población intervenida	Variable estudiada	Resultados
<i>Adolescents Depression Awareness Program (ADAP)</i>	Psicoeducación sobre depresión	Escolares, profesores y padres	Conocimiento y actitudes sobre la depresión y el suicidio	Aumento de conocimientos y actitudes sobre la depresión y el suicidio
<i>Care, Assess, Respond, Empower (CARE)</i>	Screening y sesiones de consejería a jóvenes en riesgo	Escolares	Conocimiento y actitudes factores de riesgo de suicidio y abuso de drogas	Aumento de conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio y abuso de drogas
<i>Gatekeepers (Canadá)</i>	Capacitación a determinados escolares como gatekeepers	Escolares	Conocimiento y actitudes factores de riesgo de suicidio	Aumento de conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio
<i>National Youth Suicide Prevention Strategy (Australia)</i>	Campaña nacional de multinivel	Escolares y adolescentes hasta 25 años	Se evaluó el impacto a nivel nacional por tasa de mortalidad por suicidio	Disminución de la tasa de mortalidad por suicidio en aproximadamente un 50%
Programa de Prevención del Suicidio (Finlandia)	Campaña nacional de multinivel	Población general y especialmente trabajadores de la salud y adolescentes entre 15 a 25 años	Se evaluó el impacto a nivel nacional por tasa de mortalidad por suicidio	Disminución de la tasa de mortalidad por suicidio en un 40% después de 15 años

Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 51 (2), 126-136.

4.2. Intervención selectiva

Programas de prevención de suicidio en instituciones educativas

<i>Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)</i>	Gatekeepers, psicoeducación y screening	Escolares	Ideación y conducta suicida entre otras variables	Psicoeducación (<i>awareness</i>) disminuyó conducta suicida a los 3 y 12 meses; gatekeepers y screening a los 12 meses
<i>Signs of Suicide (S.O.S)</i>	Screening y psicoeducación sobre suicidio	Escolares	Conocimiento y actitudes sobre la depresión y el suicidio; Intentos suicidas	Aumento de conocimientos y actitudes sobre la depresión y el suicidio; disminución de intentos suicidas
<i>Source of Strength</i>	Gatekeepers entre los mismos alumnos	Escolares	Líderes positivos que buscan fomentar el pedir ayuda	Aumento de predisposición a pedir ayuda
<i>Surviving the Teens</i>	Psicoeducación sobre suicidio	Escolares, profesores y padres	Valores positivos y búsqueda de ayuda	Disminución del considerar el suicidio como opción
<i>TeenScreen</i>	Screening de riesgo suicida y patología mental	Escolares	Detección de adolescentes en riesgo suicida y con patología mental	Alta detección y derivación a salud mental de adolescentes en riesgo suicida y/o con patología mental

Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 51 (2), 126-136.

4.2. Intervención selectiva

Programas de prevención de suicidio en instituciones educativas

Programas que incorporan psicoeducación sobre depresión y/o suicidio en los currículos escolares.

Su objetivo es que los alumnos tomen conciencia de la relación entre las enfermedades mentales y otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida, de forma que el alumno/a pueda pedir ayuda en forma efectiva cuando se necesite.

Programas de entrenamiento a profesores y escolares a detectar alumnos en riesgo, los llamados gatekeepers.

Su objetivo es capacitar a gatekeepers. Los gatekeepers son representantes de la institución educativa (profesores, personal administrativo o algunos de los propios alumnos), que han recibido una capacitación específica para poder ayudar a adolescentes en riesgo suicida. Los alumnos conocen quiénes son los gatekeepers y saben que pueden recurrir a ellos. Los gatekeepers derivan al adolescente en riesgo a instituciones o profesionales especializados ya definidos previamente.

Programas de cribado para la detección de riesgo suicida.

Su objetivo es detectar, en la propia institución educativa, a los adolescentes con patología mental o en riesgo suicida a través de instrumentos de cribado diseñados ad hoc. Una vez identificados, se derivan a un especialista en salud mental para su valoración.

4.2. Intervención selectiva

PAUTAS DE ACTUACIÓN EN CONTEXTO DE CENTRO ESCOLAR

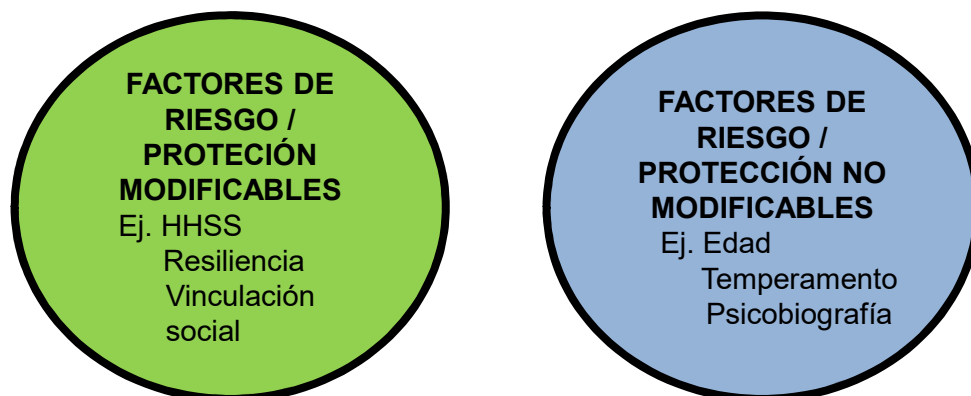
- **Formación a educadores y personal escolar** conducta suicida en la adolescencia.
- Capacitación en la **comunicación eficaz entre docentes y adolescentes** en situaciones de posible riesgo suicida.
- Transmitir **información sobre cómo buscar ayuda**, cómo y a quién dirigirse, si es necesario.
- Dar a conocer las **líneas de apoyo accesibles para crisis y emergencias**.
- **Sensibilización del alumnado frente al acoso escolar**: información a los alumnos/as sobre la gravedad de las conductas de acoso y la responsabilidad legal y personal de estos actos. Tolerancia cero al acoso.
- Promocionar conductas de apoyo entre los estudiantes: **grupos de apoyo**.

4.2. Intervención selectiva

PAUTAS DE ACTUACIÓN EN CONTEXTO DE CENTRO

- Creación de una red de apoyo escolar en el centro, que puede incluir la figura de un **"alumno de confianza"** para facilitar la comunicación entre alumnos y un docente especialmente formado en estos temas a modo de "tutor de apoyo" y a quien cualquiera pueda acudir inmediatamente, si se detecta un posible riesgo.
- Diseño de un **protocolo de actuación** para casos de ideación suicida o intento de suicidio, que debería incluir estrategias de prevención, actuación y postvención, en sintonía con las unidades de salud mental.
- Si en el centro escolar se ha producido algún caso de muerte por suicidio, fomentar el **apoyo al alumnado y profesores** y permitir las manifestaciones de duelo dirigidas y coordinadas por el equipo docente.

4.2. Intervención selectiva



La prevención del suicidio pasa por modificar aquellos factores de riesgo / protección en los que el cambio es posible

4.3. Datos recientes

Do no harm: can school mental health interventions cause iatrogenic harm?

Lucy Foulkes,¹ Argyris Stringaris²

BJPsych Bulletin (2023) 47, 267–269, doi:10.1192/bjb.2023.9

¹University of Oxford, UK; ²UCL, UK

Correspondence to Lucy Foulkes
(lucy.foulkes@psych.ox.ac.uk)

First received 13 Dec 2022, final revision
16 Jan 2023, accepted 27 Jan 2023

© The Author(s), 2023. Published by
Cambridge University Press on behalf of
the Royal College of Psychiatrists.

This is an Open Access article,
distributed under the terms of the Creative
Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>),
which permits unrestricted re-use,
distribution and reproduction, provided the
original article is properly cited.

In recent years, there have been extensive efforts in secondary schools to prevent, treat and raise awareness of adolescent mental health problems. For some adolescents, these efforts are essential and will lead to a reduction in clinical symptoms. However, it is also vital to assess whether, for others, the current approach might be causing iatrogenic harm. A growing body of quantitative research indicates that some aspects of school-based mental health interventions increase distress or clinical symptoms, relative to control activities, and qualitative work indicates that this may be partly due to the interventions themselves.

Keywords Mental health; adolescence; school interventions; iatrogenic harm; adverse effects.

4.3. Datos recientes

Do no harm: can school mental health interventions cause iatrogenic harm?

Lucy Foulkes,¹  Argyris Stringaris²

BJPsych Bulletin (2023) 47, 267-269, doi:10.1192/bjb.2023.9

¹University of Oxford, UK; ²UC
Correspondence to Lucy Foulkes (lucy.foulkes@psych.ox.ac.uk)
First received 13 Dec 2022, final 16 Jan 2023, accepted 27 Jan 2023.
© The Author(s), 2023. Published by Cambridge University Press on behalf of the Royal College of Psychiatrists. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution and reproduction, provided the original article is properly cited.

Even if school-based interventions are only ineffective, as is often the case with universal approaches in particular,^{1,2} this is still a serious concern, as it amounts to an opportunity cost (i.e. foregone benefits of options not chosen). Time is taken away from other activities that could potentially be more enjoyable or more conducive to better mental health for adolescents, such as physical exercise, extra time to sleep in the morning or free time to socialise. We should be very cautious about the idea that providing any mental health intervention in a school is always better than not providing one at all.

Schools to prevent, For some in clinical the current antitative research entions increase alitative work lves.
ogenic harm;

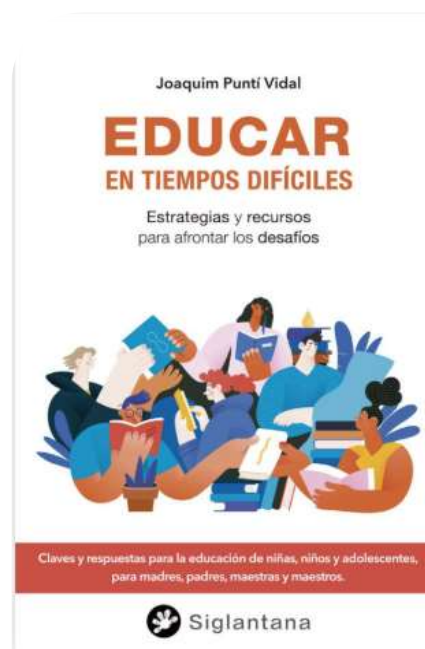
Muchas gracias por su atención

JOAQUIM PUNTÍ VIDAL
Psicólogo clínico. Psicopedagogo

 **Parc Taulí**
Consorci Corporació Sanitària

UAB

GRETA
Grup de Estudi i Tractament de l'Autisme
Grup d'Estudi i Tractament de l'Autisme



- Estrategias de entrenamiento:
- Se identifican dos grandes tipos: a) Entrenamiento a “guardianes”, orientado a actores de las instituciones educativas (administrativos, docentes, personal de apoyo o estudiantes) que pueden realizar tareas de identificación, persuasión y canalización de posibles casos de conductas suicidas entre los estudiantes en riesgo. En síntesis, el entrenamiento de gatekeepers desarrolla habilidades específicas en detección de señales de alarma, comunicación efectiva (hablar, preguntar, escuchar, empatía, etc.), indagación de conductas suicidas, apoyo y contención emocional, seguridad de la persona en crisis y persuasión y búsqueda de ayuda; además, fomenta una adecuada autoeficacia para su implementación y la generación de pautas de autocuidado del gatekeeper.
- Psicoeducación, entendida como una estrategia de promoción de la salud mental o de prevención primaria, que promueve habilidades personales como factores protectores para los mismos participantes. Dentro de este tipo encontramos el programa Surviving the Teens, que pretende: aumentar el conocimiento de los estudiantes con respecto a factores de riesgo, síntomas, señales de advertencia y mitos asociados con la depresión y el suicidio; disminuir el estigma frente a problemas en salud mental; mejorar sus habilidades de afrontamiento; aumentar los comportamientos de búsqueda de ayuda entre compañeros; aumentar la conectividad familiar y escolar, y disminuir los comportamientos suicidas y otros de riesgo, como el consumo de drogas y alcohol.
- promueve competencias en autoestima y resolución y manejo de conflictos, y busca que cada joven descubra la capacidad de subsanar sus problemas, cultivar amistades y relacionarse con su entorno. Implica 8 sesiones sobre autoestima, apoyo social, atribuciones causales y asertividad, usando estrategias como talleres y terapia, a través del arte y la expresión corporal.
- En conclusión, los programas de psicoeducación están principalmente dirigidos al desarrollo de factores protectores tales como: autoestima y autoeficacia, gestión de emociones displacenteras, flexibilidad cognitiva y atribucional, búsqueda de ayuda y de apoyo social, comunicación asertiva, solución de conflictos y estrategias de afrontamiento productivo.

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUCIDA Y AUTOLESIVA PARA CENTROS EDUCATIVOS

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL CENTRO ESCOLAR

JOAQUIM PUNTÍ VIDAL

Psicólogo clínico. Psicopedagogo

Jefe de Sección de Psicología Clínica Infantil y Juvenil y Hospital de Día

Responsable del programa de tentativas autolíticas en adolescentes

Hospital Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)

Profesor asociado. Facultad Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)

Miembro del Grupo para el Estudio y Tratamiento de la Autolesión (GRETA)



SESIÓN 3

- 1. Pautas de intervención con el alumnado que se autolesiona**
- 2. Pautas de intervención con el alumnado con riesgo suicida.**
 - 2.1. Ideación suicida.
 - 2.2. Tentativa autolítica.
- 3. Intervención en bienestar emocional.**

1. Intervención con el alumnado que se autolesiona

- 1.1. ¿Por qué un/a alumno/a se autolesiona?**
- 1.2. ¿Cómo actuar con un/a alumno/a que se autolesiona?**
- 1.3. ¿Cómo actuar con el profesorado de un/a alumno/a que se autolesiona?**
- 1.4. Criterios de gravedad de las autolesiones**

1.1. ¿Por qué un/a alumno/a se autolesiona?

- Conocer los **antecedentes** inmediatos: ¿Qué ha pasado justo antes de cortarse?
- Conocer los **consecuentes** de la autolesión: ¿Qué ha pasado después de cortarse?.
- Conocer los **factores de mantenimiento** que están actuando:
 - a) Desde que se corta no tiene que enfrentar... **(EVITACIÓN)**.
 - b) Desde que se corto siente que los demás... **(ATENCIÓN SOCIAL POSITIVA)**.
 - c) Desde que se corta ha encontrado a un grupo de gente que le acepta y le entiende... **(IDENTIDAD DE GRUPO)**.

CASO ELENA

Elena 13 años (2º ESO). No seguimientos psicológicos previos. Es una adolescente poco aceptada por el grupo clase, a quien le cuesta aceptar el “no”, que siempre quiere tener la última palabra y se enfada a menudo si no se le da la razón. Hace una semana, estando en clase, se realizó unos cortes superficiales en el antebrazo con escaso sangrado. Es la primera ocasión. Se cortó con la hoja de un sacapuntas. Estaba muy enfadada con diferentes compañeras de clase que en el recreo le dijeron que “siempre quería ser la protagonista”. Cuando las compañeras vieron las autolesiones se sintieron culpables y le pidieron disculpas delante de la clase. Ese fin de semana le propusieron quedar con ellas, cosa que acepto. La mejor amiga de Elena también se cortó semanas antes. Elena comentó a la tutora: "esto nos ha unido más".

CASO ELENA

ANTECEDENTES	
FACTORES PREDISPONIENTES	
CONSECUENTES	
FACTORES DE MANTENIMIENTO	
FUNCIONALIDAD	

CASO ELENA

ANTECEDENTES	Las compañeras de clase en el recreo le dicen que “siempre quería ser la protagonista”.
FACTORES PREDISPONDIENTES	Temperamento difícil (le cuesta aceptar el “no”, poco aceptada por el grupo clase). Siempre quiere tener la última palabra y se enfada a menudo si no se le da la razón (¿inestabilidad emocional?). Su mejor amiga se autolesiona (sentido de pertenencia grupo).
CONSECUENTES	Al ver las autolesiones las compañeras se sintieron culpables y le pidieron disculpas delante de la clase, proponiéndole quedar con ellas.
FACTORES DE MANTENIMIENTO	Riesgo de mantenimiento: ha comprobado cómo la autolesión puede ser una manera eficaz de conseguir que las compañeras se aproximen a ella y la incluyan en el grupo de amigas (la autolesión como forma de control del entorno).
FUNCIONALIDAD	Intento de regular el malestar emocional (rabia). Forma de comunicar que no se está de acuerdo con la opinión expresada (crear sentimiento de culpa en el otro).

1.2. ¿Cómo actuar con un/a alumno/a que se autolesiona?

- Muestra una **actitud de escucha**.
- **No expreses frases del tipo: *no entiendo por qué te haces daño, no tienes motivos reales para actuar así.***
- **Muestra interés por conocer qué piensa**, que siente, pero sin expresar juicios de valor.
- **Evita complicidades** del tipo *si no te cortas más, no diré nada a nadie*. Se debe informar a los padres de lo que ha pasado.
- **Evita hablar sólo de las autolesiones**. Hacerlo puede ser un factor mantenedor de estas.

1.2. ¿Cómo actuar con un/a alumno/a que se autolesiona?

- **Interésate por el alumno/a en un sentido amplio.** No preguntes sólo: *¿Cómo estás?, ¿Te has cortado?*; sino: *¿Qué has hecho este fin de semana?, ¿Qué planes tienes?*.
- **Pregúntale si hay alguna cosa de su vida que le preocupe**, o que no va bien.
- Centra tu intervención en: *¿Qué puedo hacer yo para qué te sientas mejor?, ¿En qué te puedo ayudar?*
- **Facilítale que pueda seguir el curso** con la mayor normalidad posible.
- **Transmítele que cuenta con tu apoyo** para enfrentar estos momentos de su vida.

1.2. ¿Cómo actuar con un/a alumno/a que se autolesiona?

- **Proponle un plan de acción**/estrategias y actividades alternativas a autolesionarse.
- Indícale que para evitar estigmatización por parte del resto del alumnado lleve **las heridas cubiertas** (esto también evita la atención social positiva que puede mantener las autolesiones activas).

Página web GRETA

<https://grupogreta.com>

Estrategias para afrontar *la autolesión.*



Mejorando la motivación



¿Estoy
preparado para
cambiar?



Pros y contras
de la
autolesión



Soporte de los
demás



Razones para
no
autolesionarme



Beneficios de
no hacerme
daño

Dirigido a:

Personas que se
autolesionan

Acumulando experiencias positivas

Es posible que a veces te sientas decaído/a o que experimentes cierta tristeza. Incluso es posible que pierdas el interés por hacer algunas cosas o actividades que antes te gustaba hacer, ¡que ahora no te llenen igual.

En estos momentos es importante hacer lo contrario de lo que te pide la tristeza. Sabemos que la inactividad y la falta de actividades gratificantes facilita que se cree una especie de círculo vicioso: tristeza – inactividad – tristeza – inactividad.

Una de las cosas que te puede servir en esta situación es hacer una lista de actividades gratificantes. Estas actividades serían aquellas que te resulten agradables (porque la mayoría de las veces lo han sido) o importantes. También pueden ser actividades que nunca antes hayas probado, pero que piensas que podrían gustarte.

A continuación, te mostramos una lista de actividades que acostumbra a ser gratificantes para la mayoría de las personas. Quizá podrías incorporar alguna de ellas a tu lista de actividades gratificantes:

Actividades que puedes hacer solo/a:

1. Volar una cometa
2. Jugar a un juego
3. Cantar
4. Cuidar las plantas
5. Escuchar música
6. Ir a la playa
7. Ir al cine
8. Pasear
9. Quedar con un buen amigo
10. Tomar el sol
11. Leer un libro
12. Ir de compras
13. Cuidar una mascota
14. Pensar en que harías si te tocara la lotería
15. Pintarte las uñas
16. Escribir un diario
17. Hacer un puzle
18. Mirar una serie
19. Hacer algo por alguien

1.3. ¿Cómo actuar con el profesorado de un/a alumno/a que se autolesiona?

CASO MARTA

Marta es tutora de 1º de ESO. En clase de tutoría una alumna utilizó un cúter para hacerse unos cortes superficiales en el antebrazo. El resto del alumnado se asustó.

En esa clase hay dos alumnas más que también se cortan.

La tutora explica a la orientadora del centro que se siente superada por esta situación y que no entiende que hacen estas tres chicas acudiendo al instituto, poniéndose en riesgo de suicidio.

El resto del equipo docente ya han transmitido un escrito a la dirección del centro, informando que no se hacen responsables de lo que pueda ocurrir y proponen que se plantee para las tres, atención educativa domiciliaria.

1.3. ¿Cómo actuar con el profesorado de un/a alumno/a que se autolesiona?

- **Clarificar** que las autolesiones no suicidas (p. ej. cortes superficiales) no persiguen un objetivo autolítico: responden a una estrategia ineficaz de afrontamiento (regulación emocional, atención social, evitación...). **El riesgo autolítico**, a priori, **no es un riesgo que contemplar**.
- **Explicar el efecto contagio social** de estas conductas entre iguales: probabilidad que en los siguientes días/semanas puedan aparecer otros alumnos/as que las realicen como una **respuesta transitoria de imitación**.
- **Informar** al profesorado que **no se pretende ni se espera que asuman ningún rol o responsabilidad adicional**, a las propias de la tarea docente.
- **Recordar el circuito/protocolo de actuación/coordinación** establecidos (detección, derivación e intervención) como marco de seguridad e intervención.

1.3. ¿Cómo actuar con el profesorado de un/a alumno/a que se autolesiona?

- **Transmitir** la importancia de **no ser excesivamente actuadores con el resto del alumnado** (p. ej. no parar la clase, no modificar el plan previsto del día, mantenerlos al margen del incidente, no realizar clases de tutoría con relación a estas conductas...)
- **No modificar la forma de actuar con el alumno/a que se autolesiona** más allá de ofrecerle que puede recurrir al profesorado si precisa de este. **No estigmatizar al alumno/a** con medidas de exclusión social (como las planteadas).
- **Explicar** la importancia de **facilitar en la medida de lo posible la mayor normalidad educativa y funcionalidad** (p ej. asistiendo al instituto regularmente) como se hace con cualquier alumno/a.

1.4. Criterios de gravedad de las autolesiones

- **Frecuencia de episodios autolesivos** (> 20 en un año).
- **Profundidad/gravedad** (si precisan de curas médicas).
- **Trastorno mental activo** (psicopatología activa: depresión, trastornos alimentarios, trastornos del espectro autista).
- **Lugar del cuerpo donde se realizan** (generalizadas i/o en lugares no visibles).
- **Empeoramiento del estado psicológico previo** (aislamiento social, agresividad, absentismo escolar, consumo regular de tóxicos, etc...).
- **Aparición de ideación suicida estructurada.**

2. Intervención con el alumnado con riesgo suicida

2.1. Ideación suicida

2.1.1. Elementos clave de la entrevista

2.1.2. ¿Cómo actuar frente a una verbalización suicida?

2.1.3. Estratificación de la gravedad

2.1.4. Situaciones que requieren actuación urgente

2.1.5. Resumen

2.2. Tentativa autolítica

2.2.1. ¿Cómo actuar frente a un intento de suicidio?

2.2.2. Pautas que seguir post intento de suicidio

2.2.3. Plan de seguridad

2.1. Ideación suicida

2.1.1. Elementos clave de la entrevista

2.1.2. ¿Cómo actuar frente a una verbalización suicida?

2.1.3. Estratificación de la gravedad

2.1.4. Situaciones que requieren actuación urgente

2.1.5. Resumen

2.1.1. Elementos claves de la entrevista con el adolescente

- **Observar es tan importante como preguntar.**
 - Fíjate en si mantiene un **aspecto físico** cuidado.
 - Fíjate en su **mirada**, el **tono de voz**, la **fluidez**, su **discurso**, la **gesticulación**.
 - Fíjate en como se muestra cuando hablas con él en **diferentes momentos** (si sonríe, si responde adecuadamente a una complicidad,...).
 - Toma nota de si **realiza actividades gratificantes**/lúdicas y si queda o no con sus **amigos/as** y en **como se lo pasa**. Fíjate en como está en el patio y en momentos distendidos.
- **Interesarte por conocer *¿Qué ha hecho esos días?*** (es mejor que preguntar: ¿Como estás?).
- **Pregunta por planes de futuro:** (objetivos, deseos) a corto, a medio plazo y a largo plazo.
- **Recoge información de terceras personas:** cómo lo han visto otros profesores, compañeros/as, sus padres... los últimos días o semanas.

2.1.1. Elementos claves de la entrevista con el adolescente

ÁREAS DE VIDA			
FAMILIA	ESCUELA	AMIGOS/OCIO	PAREJA
<p>FAMILIA NUCLEAR: RELACIÓN PADRES RELACIÓN HERMANOS</p> <p>FAMILIA EXTENSA</p>	<p>ADAPTACIÓN CON IGUALES</p> <p>ADAPTACIÓN CON PROFESORES</p> <p>RENDIMIENTO ACADÉMICO</p>	<p>AMIGOS DE OCIO</p> <p>AMIGOS DE CONFIANZA</p> <p>ACTIVIDADES DE OCIO</p>	<p>(SI TIENE O HA TENIDO)</p> <p>¿CÓMO ME SIENTO CON LA PAREJA? ¿ESTOY EN LA SITUACIÓN QUE QUIERO?</p>
SATISFACCIÓN (0-10):	SATISFACCIÓN (0-10):	SATISFACCIÓN (0-10):	SATISFACCIÓN (0-10):

2.1.1. Elementos claves de la entrevista con el adolescente

Estructuración y planificación de la ideación:

1. ¿Cómo ha pensado suicidarse?

Letalidad real del método.

La accesibilidad del método.

2. ¿Cuándo ha pensado suicidarse?

Observar si hay una fecha concreta.

3. ¿Dónde ha pensado suicidarse?

Observar el grado de concreción.

4. ¿Por qué se quiere suicidar?

Observar que objetivos quiere conseguir el adolescente más allá de morir: escapar, movilizar, entrar en coma, desconectar...

2.1.2. ¿Cómo actuar frente a una verbalización suicida?

- Buscar un **espacio tranquilo donde poder hablar con el/la adolescente** (informar a algún otro docente/adulto de la situación y espacio donde se realiza este acompañamiento).
- **Escucharlo con interés**, aceptando la reacción emocional que expresa **sin juzgarla, evitando invalidar lo que siente**.
- **Obtener información clave:** *¿Cuánto hace que piensas en esto?, ¿Con qué frecuencia lo piensas?, ¿Lo has preparado?, ¿Tienes algo guardado que podría ser peligroso?*
- **Conocer su red de apoyo de prevención del suicidio:** *Esto que me cuentas, ¿lo saben tus padres, tus amigos?”*.

2.1.2. ¿Cómo actuar frente a una verbalización suicida?

Ejercicio: ¿Es una actuación validante o invalidante?

Tania, entiendo que puedas sentirte mal, pero eso que te pasa a ti, nos ha pasado alguna vez a todos. Tus padres necesitan más que nunca tranquilidad y que tú estés bien. No tienes motivos para desear morir, ellos te quieren. ¿Has pensado cómo se sentirían ellos si te ocurriera algo?

¡INVALIDANTE!

2.1.2. ¿Cómo actuar frente a una verbalización suicida?

Ejercicio: ¿Es una actuación validante o invalidante?

Tania, entiendo que te sientas mal, yo también me sentiría así si me hubiera pasado lo que dices. Siento que te sientas así y haré todo lo posible para ayudarte. ¿Hay algo que yo pueda hacer desde el instituto para que tú puedas sentirte mejor?

¡VALIDANTE!

2.1.2. ¿Cómo actuar frente a una verbalización suicida?

- **Tranquilizar al adolescente** en todo lo que se pueda hacer en el ámbito escolar/familiar y que tenga que ver con sus emociones negativas.
- Informar al chico/a que debemos **comunicar la situación a los padres** (también a la dirección).
- Importante **incrementar la red de soporte para la prevención del suicidio (plan de seguridad)**.
- **Dejar cerrado el siguiente encuentro:** día concreto y ofrecer nuestra disponibilidad.
- El profesional debe aceptar el compromiso de ser el **referente de confianza** del chico/a.

2.1.2. ¿Cómo actuar frente a una verbalización suicida?

Guía para la prevención y detección de conductas suicidas y autolesivas en centros educativos de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León

- **a) Intencionalidad de cometer suicidio es INMINENTE:**
Llamar al **112**. Informar a los padres (o tutores legales) y comunicación al equipo directivo.
No dejar al adolescente NUNCA solo si la intencionalidad de cometer suicidio es inminente.
- **b) Intencionalidad de cometer suicidio NO INMINENTE:**
Comunicación a los padres / al orientador o PSC o coordinadores de convivencia / al equipo directivo.

Impedir el acceso a métodos letales: indicar a la familia que retire medicación del domicilio (*recomendación más eficaz en la prevención del suicidio*).

Supervisión familiar por parte de los padres (si acaba marchando a casa).

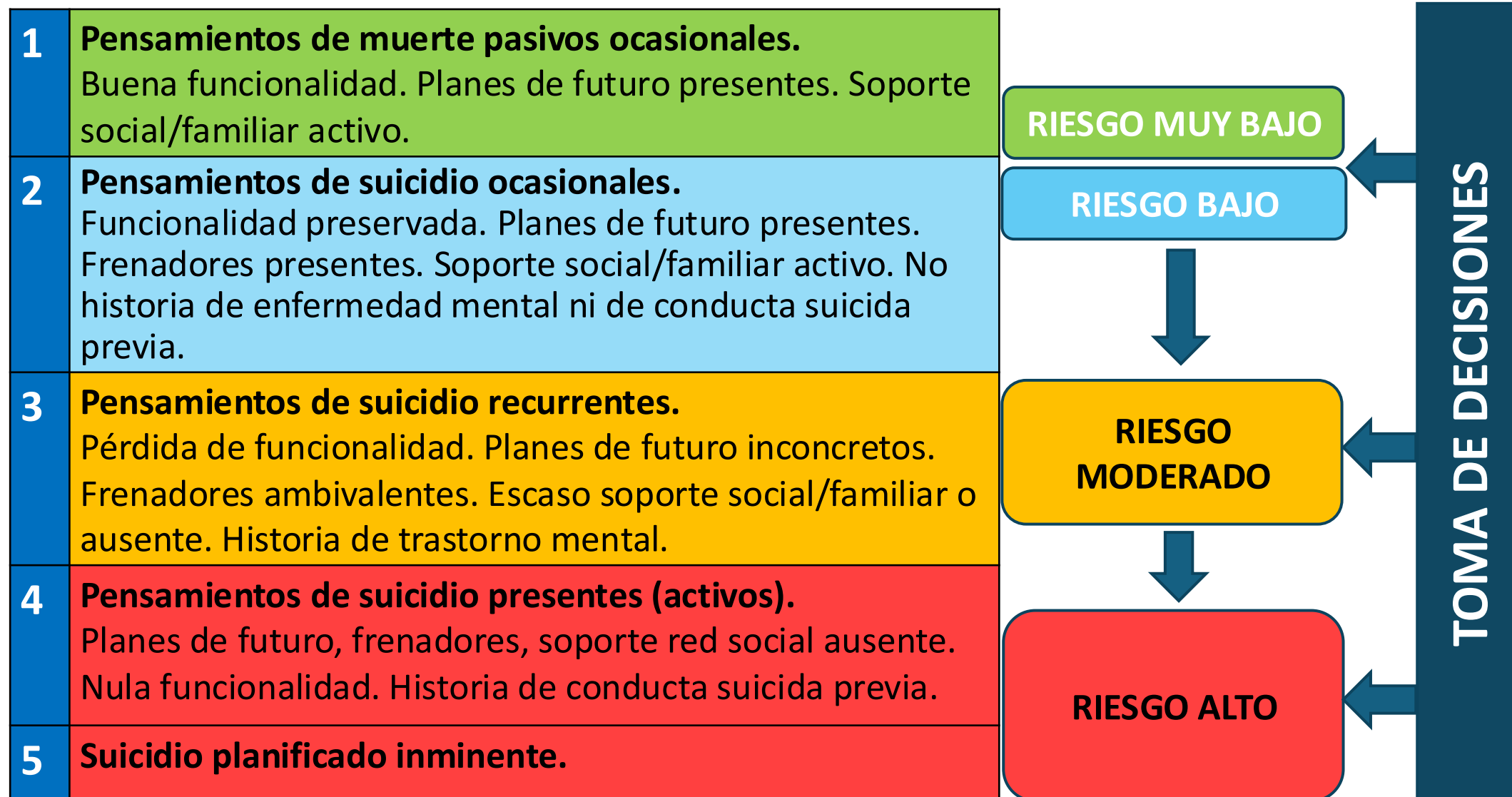
2.1.3. Situaciones que requieren atención urgente

- **Planificación suicida inminente.**

Combinación de Factores de Riesgo (per ejemplo):

- Ideación suicida estructurada en el alumno/a con intentos previos.
- Múltiples factores de riesgo de suicidio activos.
- Factores precipitantes graves no resueltos y de los que no tiene posibilidad de afrontamiento.
- Falta de supervisión familiar posible o familia no colaboradora.
- Enfermedad mental activa (depresión) con ideación suicida.

2.1.4. Estratificación de la gravedad de la ideación suicida



2.1.5. Resumen de aspectos a considerar en la ideación suicida

FRECUENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA (ocasional / recurrente)

INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS

MÉTODO LETAL Y ACCESIBILIDAD

OBJETIVO PRINCIPAL DEL SUICIDIO (escapar / solucionar un problema / morir / ...)

DESENCADENANTES DE LA IDEACIÓN SUICIDA (ESTRESOR) (presentes / ausentes)

SUPERVISIÓN FAMILIAR ACTUAL (posible / no posible)

GRADO DE APOYO SOCIAL ACTUAL (nulo / bajo / medio / alto)

FUNCIONALIDAD ACTUAL (nula / baja / media / alta)

PLANES DE FUTURO (presentes / ausentes, realistas / no realistas)

Caso: Nerea.

- Alumna de 14 años, cursando ESO. Buena estudiante (media de 9).
- El 24 de octubre pide hablar con su tutora de clase y le explica que siente que nadie la quiere.
- Hace unos días su mejor amiga le dijo que era una persona muy “agobiante” y le pidió dejarse de ver. Desde entonces dice que ya no tiene ganas de vivir y piensa que si tuviera valor se suicidaría.
- Nerea le explica que no descarta que más adelante se suicide, en un futuro (de momento lo descarta), porque ahora mismo lo más importante para ella es dedicarse a los estudios para demostrar a sus padres que es mejor que su hermano. Por lo demás, tiene un par de compañeros con los que queda para jugar a videojuegos y con los que se lleva muy bien.
- Este curso ha empezado a entrenar a voley y se lo pasa muy bien. Está ilusionada con poder hacer su primer partido de la liga de secundaria.

Caso: Nerea. Plan a seguir:

FACTORES DE RIESGO

Finalización relación de amistad reciente

Estado emocional negativo

Sentimiento de no ser querido

Ideación suicida

Elevada autoexigencia escolar

CONSIDERACIONES

Buen rendimiento escolar

Motivada para terminar el curso y por los estudios

Tiene red social: un par de compañeros

Disfruta con hobbies: videojuegos

Tiene actividad social gratificante: voley

Ilusionada con hacer su primer partido

Fecha suicida inconcreta (a meses vista, fecha incierta)

Ideación suicida reactiva a estresor relacional

¿QUÉ HACEMOS?

**Flujograma ACTUACIÓN ANTE
CONDUCTAS DE RIESGO NO
INMINENTE**

2.2. Tentativa autolítica

2.2.1. ¿Cómo actuar frente a un intento de suicidio?

2.2.2. Pautas que seguir post intento de suicidio

2.2.3. Plan de seguridad

2.2.1. ¿Como actuar frente a un intento de suicidio?

Intento de suicidio por SIM

- **Hace menos de 72 horas del intento de suicidio y no ha acudido a urgencias**
- **Entre 72 horas y 5 días del intento de suicidio (no ha acudido a urgencias) y hay síntomas físicos**



LLAMAR AL 112

DERIVACIÓN A URGENCIAS

INFORMAR A LA FAMILIA

En caso de intento de suicidio referido en el pasado y no conocido hasta la actualidad, actuación según lo establecido en la Guía para la Prevención y Detección de Conductas Suicidas y Autolesivas en centros educativos

2.2.2. Pautas que seguir con el/la adolescente que regresa a la escuela (post intento de suicidio)

- **No minimizar en ningún momento el intento de suicidio**, aunque sea un intento de escasa letalidad y elevada rescatabilidad/autorescatabilidad (por ej. *adolescente que ingiere 5 comprimidos de ibuprofeno de 400 mg. y justo después llama al 112 para pedir ayuda*).
- **Normalizar la vida del adolescente cuanto antes mejor** (retomar las actividades escolares y rutinas previas).
- **Identificar si en el problema o situación relacionada con el intento de suicidio hay algún aspecto donde se precise de una respuesta institucional o coordinación social** (por ej. maltrato progenitores, abuso, negligencia familiar, acoso escolar).
- **Transmitir (si el/la alumno/a expresa momentos de desánimo) la temporalidad del malestar emocional** (*en la vida todo pasa menos la muerte, el malestar emocional de hoy no durará siempre*).

2.2.2. Pautas que seguir con el/la adolescente que regresa a la escuela (post intento de suicidio)

- **Incentivar la realización de actividades de ocio y tiempo libre sino las está realizando**, a partir de sus hobbies, intereses y habilidades.
- **Fomentar la vinculación social (sentimiento de apoyo social percibido)**, a partir de su vinculación en actividades sociales o asociativas.
- **Restringir el acceso a cualquier método letal** (restringir totalmente el acceso libre a fármacos).
- **Conocer el plan de seguridad del alumno/a** (si lo tiene). Enseñar cómo y dónde pedir ayuda si reaparece la ideación suicida.

2.2.3. Construcción del plan de seguridad: pasos

- **1. Identificar las señales de alarma del inicio de una crisis suicida.**

Se trata de identificar pensamientos, emociones, conductas que indican que se está entrando en un estado emocional de riesgo (aislarse en la habitación, ponerse música triste, hacerse reproches del pasado, sentir que nadie me quiere...). El objetivo es que una vez aparezcan estas señales se active un plan de acción que evite ponerse en riesgo de suicidio.

- **2. Poner en marcha estrategias de afrontamiento que puedes aplicar por ti mismo.**

Se trata de hacer una lista de actividades sencillas que se pueden hacer por uno mismo para enfrentar el malestar emocional en momentos de crisis, ayudar a tolerarlo mejor o minorarlo. Pueden ser cosas que te gusten (escuchar música, bailar, mirar un capítulo de una serie, pasear el perro, dibujar, cantar, salir a correr, ir al gimnasio...).

- **3. Contactar con personas con quien puedes acompañarte haciendo alguna actividad y/o distraerte.**

Haz una lista de las personas (con nombre i núm. de teléfono) con quien se puede contactar para compartir alguna actividad en momentos de crisis (salir a patinar juntos, ir a la bolera, salir a pasear por el parque, ir a mirar tiendas, quedar en una cafetería para merendar, ir al cine, jugar a un juego de mesa...). Es importante informar a estas personas que puedes necesitarlas.

2.2.3. Construcción del plan de seguridad: pasos

- **4. Contactar con personas a quien puedes recurrir para pedir ayuda.**
Haz una lista de las personas de tu entorno (con nombres y núm. de teléfono) con quien se puede contactar, si los pasos anteriores no han funcionado y necesitas **ayuda inmediata** (amigos de confianza y familiares).
- **5. Contactar con la ayuda profesional y/o especializada.**
En caso de que persista la emoción negativa y los pensamientos suicidas, y no puedas esperar, busca ayuda profesional o llama al 112 / Teléfono de prevención del suicidio.
- **Realizar cambios físicos de tu espacio para que sea un entorno seguro.**
Se trata de no tener acceso a elementos lesivos en un momento de crisis (retirar de tu habitación o del baño objetos cortantes y/o no tener al alcance los medicamentos de casa).
- **Hacer una lista de motivos para continuar viviendo.**
Debe estar accesible para consultarla en momentos de crisis.

2.2.3. Plan de seguridad (ejemplo)

- **1. SIGNOS DE ALARMA.**

1. _____

2. _____

3. _____

- **2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PROPIAS.**

1. _____

2. _____

3. _____

- **3. PERSONAS QUE FACILITAN DISTRAERSE.**

1. Nombre: _____ Móvil: _____

2. Nombre: _____ Móvil: _____

3. Nombre: _____ Móvil: _____

- **4. PERSONAS A QUIEN PUEDO PEDIR AYUDA.**

1. Nombre: _____ Móvil: _____

2. Nombre: _____ Móvil: _____

3. Nombre: _____ Móvil: _____

- **5. PROFESIONALES Y SERVICIOS EN MOMENTOS CRÍTICOS.**

1. Nombre: _____ Teléfono: _____

1. TELÉFONO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: 024/112

MEDIDAS A TOMAR PARA HACER EL ENTORNO MÁS SEGURO

1. _____

2. _____

3. _____

MOTIVOS PARA VIVIR:

1. _____

2. _____

3. _____

Caso: Micaela. ¿Cómo construir su plan de seguridad?

16 años. Explica que el sábado por la mañana no tenía ningún plan para hacer y empezó a pensar “qué rollo de día”. Se quedó en la cama a oscuras, se puso a escuchar música triste y a mirar redes sociales de otros (pensó mira “qué felices que son”) y entonces ya sintió que no quería desaparecer y empezó a pensar en si suicidarse sería una solución.

De habitual le gusta escuchar todo tipo de música, cantar, bailar, dibujar, mirar series de Netflix, hacer spinning, salir con su perro a pasear, jugar al ajedrez con su amiga Jana, ir a la bolera con su primo Diego, o quedar para ir al gimnasio con su amiga Vera (a hacer boxeo).

Cada semana queda con su tío Mario, que es el adulto con el que más confianza tiene (“mis padres siempre me hacen sentir una mierda”) y al que le puede contar cualquier cosa que le ocurre.

Caso: Micaela. ¿Cómo construir su plan de seguridad?

También tiene una amiga, Carla, con la que se hacen confidencias mutuas, y que es quien dice que mejor la conoce y con quien puede contar cuando necesita ayuda.

Desde hace 2 meses Micaela está recibiendo tratamiento psicológico privado con un psicólogo (Toni) con el que dice está trabajando la autoestima.

A pesar de no estar pasando una buena época explica que su mayor ilusión es poder viajar a Nueva York (está ahorrando para ir en un futuro), irse de vacaciones con sus padres este verano, y poder empezar el CFGM de imagen y sonido cuando acabe la ESO.

Caso: Micaela. ¿Cómo construir su plan de seguridad?

- **1. Identificar las señales de alarma del inicio de una crisis suicida.**
“Empezó a pensar “qué rollo de día”. Se quedó en la cama a oscuras, se puso a escuchar música triste y a mirar redes sociales de otros (pensó mira “qué felices que son”)”.
- **2. Poner en marcha estrategias de afrontamiento que puedes aplicar por ti mismo.**
“Escuchar música, cantar, bailar, dibujar, mirar series de Netflix, hacer spinning, salir con el perro a pasear”.
- **3. Contactar con personas con quien puedes acompañarte haciendo alguna actividad y/o distraerte.**
“Jugar al ajedrez con su amiga Jana, ir a la bolera con su primo Diego, o quedar para ir al gimnasio con su amiga Vera (a hacer boxeo)”.

Caso: Micaela. ¿Cómo construir su plan de seguridad?

- **4. Contactar con personas a quien puedes recurrir para pedir ayuda.**
“Su tío Mario, el adulto con el que más confianza tiene y al que le puede contar cualquier cosa que le ocurre. Su amiga, Carla, quien mejor la conoce y con quien puede contar cuando necesita ayuda.”
- **5. Contactar con la ayuda profesional y/o especializada.**
“Desde hace 2 meses Micaela está recibiendo tratamiento psicológico privado con un psicólogo (Toni)”
- **Realizar cambios físicos de tu espacio para que sea un entorno seguro.**
- **Hacer una lista de motivos para continuar viviendo.**
“Su mayor ilusión es poder viajar a Nueva York (está ahorrando para ir en un futuro), irse de vacaciones con sus padres este verano, y poder empezar el CFGM de imagen y sonido cuando acabe la ESO”.

3. Intervención en bienestar emocional

- 3.1. ¿Qué modelo de escuela y de adolescente queremos construir?**
- 3.2. ¿Qué ayuda y qué no ayuda ante el malestar emocional?**
- 3.3. La resiliencia.**

3.1. ¿Qué modelo de escuela queremos construir?

LA FELICIDAD EN EL CENTRO

UN ALUMNO/A *FELIZ* EN LA ESCUELA APRENDE Y PROGRESA

- El alumno *feliz* progresará educativamente
(¿Qué pasa con el que no se siente feliz?)
- La *felicidad* (no tanto el progreso educativo) contribuye al bienestar emocional.
- Se prioriza la emoción (*ser feliz*) como determinante de bienestar emocional.

EL APRENDIZAJE EN EL CENTRO

UN ALUMNO/A QUE APRENDE Y PROGRESA EN LA ESCUELA ES *FELIZ*

- El alumno que aprende y progresa será *feliz*
(¿Qué pasa con el que no aprende ni progresa?)
- El progreso educativo (no tanto la felicidad) contribuye al bienestar emocional.
- Se prioriza el resultado (el aprendizaje) como determinante de bienestar emocional.

3.1. ¿Qué modelo de adolescente queremos construir?

UN ADOLESCENTE FELIZ EN LA VIDA

- **Las emociones negativas** (p. ej. la tristeza, la soledad, la rabia, la decepción) **son experiencias emocionales que eliminar.**
- El adulto pone en foco en **evitar cualquier experiencia emocional negativa al adolescente.**
- El objetivo de conseguir ser feliz **como meta de vida** se convierte en una **fuentes de frustración** por inalcanzable.

UN ADOLESCENTE TOLERANTE CON LA INFELICIDAD

- **Las emociones negativas** (p. ej. la tristeza, la soledad, la rabia, la decepción) **son experiencias emocionales que forman parte de la vida.**
- El adulto pone el foco en la **capacidad de aprendizaje** de las experiencias negativas.
- El objetivo de la tolerancia al malestar como **meta de vida** posibilita aceptar **las adversidades de la vida** (cuyo objetivo no es evitarlas sino lidiarlas).

3.1. ¿Qué modelo de escuela y adolescente queremos construir?

UNA ESCUELA QUE PROMUEVA ADOLESCENTES RESILIENTES

- Una escuela que **atienda y enriquezca** el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Una escuela que **escuche las voces** de los alumnos. El objetivo de que cualquier alumno debe **progresar** en lo que aprende.
- Una escuela que **genere alumnos** resilientes.
- Una escuela que **transmita a los alumnos** unos valores o principios para **enfrentar la vida**.
- Una escuela que **prepare para la vida**. Siempre será el mundo deseado.
- Una escuela que **genere sentimientos** de pertenencia y comunidad.

**TOLERANCIA
AL
MALESTAR**

3.2. ¿Qué ayuda ante el malestar emocional?

- **Responsabilizar al alumno** en cuanto a que es imprescindible tomar una actitud activa frente al problema.
- **Transmitir la temporalidad del malestar emocional** (en la vida todo se pasa, el malestar emocional sentido hoy, no será sentido siempre).
- **Incentivar la realización de actividades de ocio/lúdicas** (a partir de sus hobbies, intereses y habilidades).
- **Fomentar la vinculación social** (sentimiento de apoyo social percibido), a partir de la vinculación a actividades sociales o asociativas.
- **Mantener el día programado y organizado:** dar estructura diaria facilita tener una hoja de ruta a seguir en momentos donde se pierde el timón.

3.2. ¿Qué no ayuda ante el malestar emocional?

- **La hiperreflexividad** (repensar con el alumno una y otra vez porque piensa y siente lo que siente) sólo retroalimentará su malestar.
- **Hacer de la emoción el centro de la intervención** (el cambio conductual propiciará el cambio emocional). Por ej. Me distraigo (conducta) y me siento mejor (emoción).
- **Estilo educativo compasivo** (elevada empatía crea dependencias emocionales). Hemos de escuchar y acompañar al alumno/a, pero sin perder de vista que “acompañamos para cambiar”. Por ej. ¿cómo orientador en qué puedo ayudar para que te sientas mejor?
- **Dedicar tutorías a hablar de autolesiones, suicidio y emociones negativas.** Mejor un planteamiento más transversal: ¿Cómo podemos hacer frente al estrés y al malestar?).

3.3. La resiliencia

CONCEPTO:

- **Capacidad** de una persona para **adaptarse y recuperarse ante situaciones difíciles o traumáticas**. *(Al mal tiempo buena cara)*.
- **Habilidad** que nos **permite superar situaciones desafiantes** y salir más fortalecidos de ellas, **aprendiendo de lo vivido**. *(No hay mal que por bien no venga)*.
- **Se construye a través de la experiencia y el aprendizaje** y, por tanto, se desarrolla a lo largo del tiempo. *(De todo se aprende)*.

Inicio › Para pacientes y familias › Formación y conocimiento

← Formación y conocimiento

Henka, creciendo en bienestar emocional

Acceso a Henka ↗

Centres educatius

henka

Creixent en benestar emocional

Henka és un programa per promoure el benestar emocional i prevenir els problemes de salut mental dels adolescents de tot l'estat.

Implica els joves entre 12 i 16 anys, els centres educatius, les famílies i l'entorn social.

M'interessa →

ZURICH Foundation SJD Sant Joan de Déu Barcelona Hospital

The screenshot shows a website interface for 'Henka'. The top navigation bar is orange with white text. Below it, a white section contains the title 'Henka, creciendo en bienestar emocional' in large, bold letters. A button labeled 'Acceso a Henka' with an external link icon is visible. The main content area features the 'henka' logo and the title 'Creixent en benestar emocional' in Catalan. A descriptive paragraph follows, along with a 'M'interessa' button. At the bottom, logos for 'ZURICH Foundation' and 'SJD Sant Joan de Déu Barcelona Hospital' are displayed. On the right side, there is a collage of photos showing diverse young people smiling and interacting in various settings.

3.3. La resiliencia

CONCEPTO:

- **Incluye una amplia variedad de capacidades y/o habilidades** que la conforman.
- Como cualquier habilidad, pese a que las personas podamos de manera innata tener una diferente capacidad de resiliencia, es **susceptible de ser entrenada**.

3.3. La resiliencia: El alumno resiliente

**CREE EN SÍ
MISMO**

**OPTIMISTA
SENTIDO
HUMOR**

RED SOCIAL

**HH.
SOLUCIÓN
PROBLEMAS**

**CONCIENCIA
EMOCIONAL**

CREATIVIDAD

**RESPONSABI
LIDAD**

FLEXIBILIDAD

**ERRORES
COMO
LOGROS**

3.3. La resiliencia: ¿Cómo hacer alumnos resilientes?

- **Facilitando el autoconocimiento:** ser conscientes de nuestras capacidades y límites, permite plantearse objetivos realistas, tomar decisiones más acertadas y aprender a manejar las situaciones de manera más efectiva.
- **Desarrollando la inteligencia emocional:** ser conscientes de nuestras emociones, identificarlas, aceptarlas, manejarlas y comprender las emociones de los demás, permite gestionar de manera efectiva el estrés y establecer relaciones saludables.
- **Desarrollando la creatividad, tolerancia y la flexibilidad:** aceptar que las cosas no siempre sucederán como esperamos permite adaptarnos a las nuevas circunstancias, ser creativos ante los cambios y situaciones adversas y disminuye la percepción de frustración.

3.3. La resiliencia: ¿Cómo hacer alumnos resilientes?

- **Promoviendo la comunicación efectiva:** enseñar a comunicar nuestras inquietudes, necesidades y sentimientos de manera franca y abierta, facilita construir un entorno con posibilidades de apoyo y/o comprensión.
- **Desarrollando el sentido de responsabilidad:** ser consciente que somos los principales responsables de nuestro propio bienestar, de que somos copropietarios de nuestro destino, y que es necesario tomar la iniciativa ante un problema, en vez de esperar a que las cosas se resuelvan por sí solas.
- **Enseñando habilidades de solución de problemas:** aceptar los problemas como parte inseparable de la vida, aprender a identificar las situaciones estresantes y a buscar soluciones prácticas, nos incrementa nuestra percepción de autoeficacia ante la vida.

3.3. La resiliencia: ¿Cómo hacer alumnos resilientes?

- **Enfatizando la importancia de los errores:** aceptar los errores como algo necesario para progresar, como un punto de partida que nos aproxima al objetivo final (identificando que hay de cierto en el error), nos permite sentirnos más seguros al volverlo a intentar.
- **Fomentando el sentido del humor y el pensamiento positivo:** tomar conciencia que una actitud optimista ayuda a mantener una perspectiva más saludable y resistente ante los desafíos, entendiendo los obstáculos como oportunidades para aprender y crecer, con independencia del resultado.
- **Fomentando la conexión con los demás:** construir una red de apoyo con iguales, sentir el sentido de pertenencia al grupo, disminuye la percepción de estrés y brinda el respaldo emocional necesario para superar las dificultades.

3.3. La resiliencia: ¿Cómo hacer alumnos resilientes?

ACTITUDES DEL PROFESOR

- Sé un **modelo de autoestima**: Transmite confianza, optimismo, motivación, seguridad de sí mismo.
- Identifica las cualidades, **talentos y puntos fuertes del alumnado. Promueve la creatividad.**
- Pregúntate: ¿En qué destaca, es singular, es especial, es hábil este alumno/a? **Refuerza positivamente** cualquier aspecto positivo y/o progreso de tus alumnos.
- **Felicítales públicamente**, delante del resto de alumnos/as. Sé genuino. Sé expresivo.
- Haz que **el alumno /a se sienta una persona importante dentro del aula** y en la escuela.
- **Anima a los alumnos a expresar sus ideas, puntos de vista**, preocupaciones. Discrepa si quieres, pero muestra señales de **escucha activa. Facilita el diálogo y apoya emocionalmente a los alumnos.**
- **Evita comentarios que avergüencen** al alumno/a ante un fracaso. Haz de ese **fracaso es también un objetivo de aprendizaje.**

3.3. La resiliencia: ¿Cómo hacer alumnos resilientes?

HABILIDADES DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- **TENER PROBLEMAS EN LA VIDA ES NORMAL.**

Los problemas son parte normal de la vida: aceptación.

- **LOS PROBLEMAS SIEMPRE TIENEN SOLUCIÓN.**

... pero la solución no siempre se dirige a modificar la naturaleza del problema, sino a veces pretende cambiar la emoción resultante.

- **EL ÚNICO PROBLEMA QUE EN LA VIDA NO TIENE SOLUCIÓN ES LA MUERTE.**

Frente a esta premisa cualquier otro problema es un problema de vida es un problema menor

- **EN LA SOLUCIÓN A UN PROBLEMA CÉNTRATE EN AQUELLO DE LA SOLUCIÓN QUE DEPENDE DE TI.**

... centrarse en aquello que uno no tiene control sólo incrementa la angustia y el malestar emocional.

3.3. La resiliencia: ¿Cómo enseñar a resolver problemas?

- **LOS PROBLEMAS NO DURAN SIEMPRE.**

Lo que hoy es un problema sin solución, mañana será el recuerdo de un mal momento.

- **LOS PROBLEMAS DEBEN ESTAR BIEN DEFINIDOS PARA PODERLOS RESOLVER**

Delimita el problema a los hechos, se objetivo y no incluyas juicios de valor. Si los hechos del problema no son modificables, tu problema ya no es cambiarlos, sino enfrentar su emoción resultante. Reformula el problema.

- **EN LA SOLUCIÓN A UN PROBLEMA SÉ CREATIVO**

Cuantas más soluciones mejor y cuanto más diferentes sean también. No pienses en si son correctas.

- **REFUÉRZATE POR EL PROCESO SEGUIDO Y NO SÓLO POR EL RESULTADO**

Debes reforzarte positivamente por tu intento y disposición, y no sólo por si el problema se ha resuelto. En caso de que la solución intentada no haya funcionado, aplica la siguiente.

3.3. La resiliencia: ¿Cómo hacer un problema solucionable?

CASO: adolescente chica (15 años).

Hace dos semanas mi novio me dejó. Desde entonces no me habla, me ha dicho que soy tóxica y que no quiere nada conmigo... quiero que me dé otra oportunidad... me siento sola. Prefiero estar muerta que sin él.

Formulación inicial del problema:

Mi problema es que mi novio me dejó y desde entonces me quiero morir. ¿Qué puedo hacer para que vuelva conmigo?

Es un problema sin solución (lo centra en resolver la naturaleza del problema).

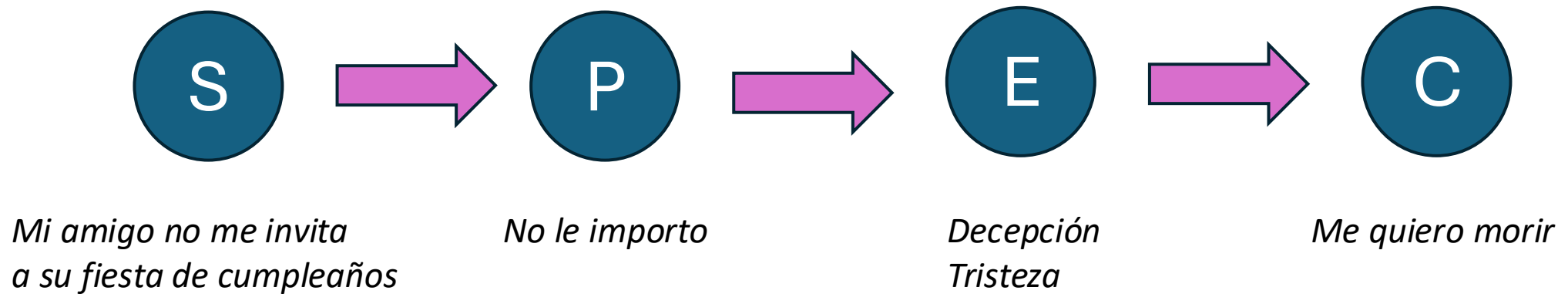
Reformulación del problema:

Mi problema es que desde que Izan me dejó me siento sola, no sé qué hacer con mi tiempo y lo único que pienso es que me quiero morir.

Es un problema con solución (lo centra en resolver la emoción).

3.3. La resiliencia: Los pensamientos y las emociones no determinan la conducta

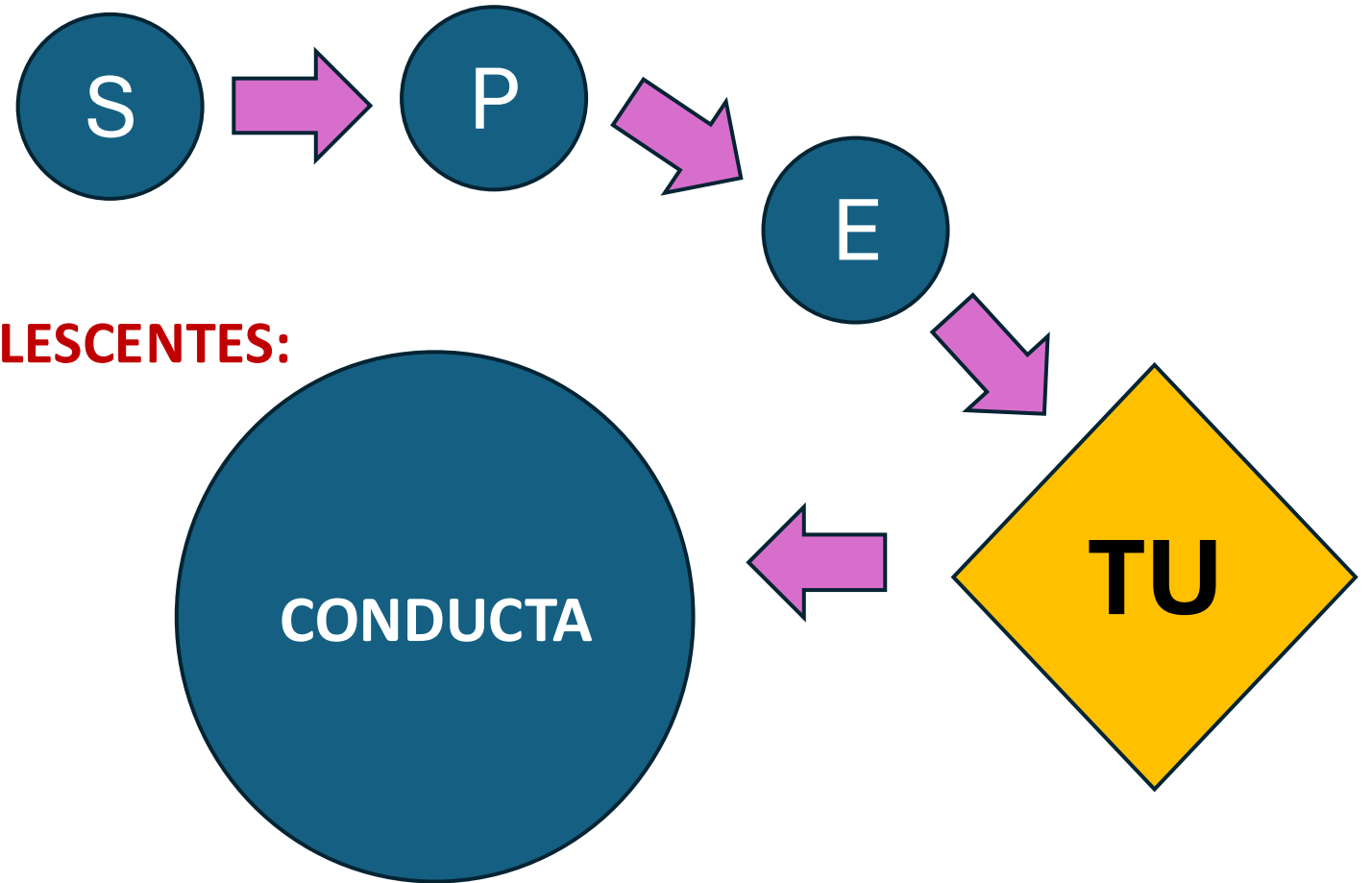
MODELO ABC: SITUACIÓN - PENSAMIENTO - EMOCIÓN - CONDUCTA



Es un **modelo determinista** que parte de un error: se da por válido que *lo que hago* está determinado por *lo que pienso* y *lo que siento*.

3.3. La resiliencia: Los pensamientos y las emociones no determinan la conducta

MODELO REFORMULADO



IDEA QUE TRANSMITIR A LOS ADOLESCENTES:

- Las **situaciones** no se escogen.
- Los **pensamientos** no se eligen.
- Las **emociones** se sienten.
- ¡Pero **la conducta la decides tú!**

Muchas gracias por su atención

JOAQUIM PUNTÍ VIDAL
Psicólogo clínico. Psicopedagogo

 **Parc Taulí**
Consorci Corporació Sanitària

UAB

GRETA
Grupo de Estudio y Tratamiento de la Autolesión
Grup d'Estudi i Tractament de l'Autolesió

Joaquim Puntí Vidal

EDUCAR EN TIEMPOS DIFÍCILES

Estrategias y recursos
para afrontar los desafíos



Claves y respuestas para la educación de niñas, niños y adolescentes,
para madres, padres, maestras y maestros.



Siglantana

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUCIDA Y AUTOLESIVA PARA CENTROS EDUCATIVOS

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL CENTRO ESCOLAR

JOAQUIM PUNTÍ VIDAL

Psicólogo clínico. Psicopedagogo

Jefe de Sección de Psicología Clínica Infantil y Juvenil y Hospital de Día
Responsable del programa de tentativas autolíticas en adolescentes

Hospital Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)

Profesor asociado. Facultad Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)

Miembro del Grupo para el Estudio y Tratamiento de la Autolesión (GRETA)



SESIÓN 4

- 1. ¿Qué esperan el profesorado, la dirección de centro y las familias, de un orientador?**
- 2. Pautas de actuación con el profesorado del alumnado en situaciones de riesgo.**
- 3. El duelo y la muerte por suicidio en el contexto escolar.**
 - 3.1. La adquisición del concepto de muerte.
 - 3.2. Reacciones emocionales.

1. ¿Qué esperan el profesorado, la dirección de centro y las familias, de un orientador?

1. ¿Qué esperan el profesorado, la dirección de centro y las familias, de un orientador?

a) PROFESORADO	b) DIRECCIÓN DE CENTRO	c) FAMILIAS
<ol style="list-style-type: none">1. Apoyo en la atención al alumnado2. Asesoramiento docente3. Trabajo colaborativo4. Apoyo institucional y a las familias	<ol style="list-style-type: none">1. Acompañamiento en la gestión institucional2. Coordinación y trabajo interdisciplinario3. Prevención y mejora del clima escolar4. Evaluación y orientación del alumnado5. Compromiso ético e institucional	<ol style="list-style-type: none">1. Apoyo en el desarrollo integral de sus hijos/as2. Comunicación y orientación familiar3. Apoyo en la convivencia y la inclusión4. Guía académica y vocacional5. Confianza y profesionalismo

1a) Profesorado: ¿Qué espera un profesor, de un orientador?

□ 1. Apoyo en la atención al alumnado.

- Que ayude en la **detección y respuesta a problemas** emocionales, de conducta y aprendizaje.
- Que dé **orientación individual o grupal** a alumnos con dificultades académicas/personales.
- Que contribuya a **mejorar la convivencia escolar**, interviniendo en casos de conflicto, acoso o desmotivación.

□ 2. Asesoramiento docente.

- Que ofrezca **estrategias para manejar mejor la diversidad** en el aula.
- Que colabore en la **elaboración de planes de atención individualizada** para alumnos con NEEs.
- Que proporcione **estrategias prácticas de aula** en los casos de diagnósticos psicológicos.

1a) Profesorado: ¿Qué espera un profesor, de un orientador?

□ 3. Trabajo colaborativo.

- Que mantenga una **comunicación constante y abierta** con el profesorado.
- Que participe en **reuniones de equipo docente para analizar casos** y buscar soluciones conjuntas.
- Que **respete el rol del maestro** y trabaje de forma colaborativa.

□ 4. Apoyo institucional y a las familias.

- Que **medie con las familias**, orientándolas cuando hay problemas de conducta, rendimiento o adaptación.
- Que **organice talleres o actividades** para fortalecer valores/autoestima o hábitos de estudio.
- Que **promueva el bienestar emocional y la inclusión** en el centro escolar.

1b) Dirección de centro: ¿Qué espera la dirección de centro, de un orientador?

❑ 1. Acompañamiento en la gestión institucional.

- Que **contribuya al desarrollo del proyecto educativo institucional**, especialmente en el área de convivencia, inclusión y orientación vocacional.
- Que **detecte necesidades del alumnado y del profesorado** y proponga acciones preventivas o **programas de intervención**.
- Que **asesore al equipo directivo** en la toma de decisiones relacionadas con la atención a la diversidad, la convivencia escolar o los apoyos psicopedagógicos.

❑ 2. Coordinación y trabajo interdisciplinario.

- Que se **coordine con los docentes y especialistas externos** (psicólogos, servicios sociales, etc.).
- Que **genere vínculos entre la escuela, la familia y la comunidad**.
- Que **colabore en la formación y sensibilización del personal docente** sobre temas socioemocionales, inclusión o salud mental.

1b) Dirección de centro: ¿Qué espera la dirección de centro, de un orientador?

□ 3. Prevención y mejora del clima escolar.

- Que **impulse acciones preventivas** (talleres, campañas, actividades) sobre convivencia, autoestima, violencia escolar y salud mental.
- Que **promueva una cultura de respeto, equidad y buen trato** dentro del centro.
- Que **intervenga oportunamente ante situaciones de riesgo**, apoyando a la dirección en el manejo de conflictos.

□ 4. Evaluación y orientación del alumnado.

- Que **participe en procesos de diagnóstico institucional**, ayudando a identificar factores que afectan el rendimiento o la adaptación escolar.
- Que **desarrolle programas de orientación** vocacional, personal y profesional para los alumnos.
- Que **colabore en estrategias de mejora del aprendizaje**.

□ 5. Compromiso ético e institucional.

- Que **mantenga confidencialidad, objetividad y empatía** en el manejo de información sensible.
- Que sea un **modelo de convivencia y liderazgo positivo** dentro de la comunidad escolar.
- Que **trabaje alineado con la misión, visión y valores** del centro educativo.

1c) Familias: ¿Qué esperan los padres de alumnos/as, de un orientador?

□ 1. Apoyo en el desarrollo integral de sus hijos/as.

- Que se **interese por el bienestar emocional, social y académico** del alumnado.
- Que **detecte dificultades** (de aprendizaje, conducta, autoestima...) **precozmente**.
- Que **oriente a sus hijos/as en la toma de decisiones** importantes (por ejemplo, la elección de estudios).

□ 2. Comunicación y orientación familiar.

- Que **mantenga una comunicación abierta y respetuosa** con las familias.
- Que dé una **orientación clara y empática**.
- Que **no juzgue ni culpe**, sino que ofrezca alternativas prácticas para apoyar a sus hijos/as desde casa.
- Que los **informe oportunamente** sobre avances, dificultades o estrategias de mejora.

1c) Familias: ¿Qué esperan los padres de alumnos/as, de un orientador?

□ 3. Apoyo en la convivencia y la inclusión.

- Que **intervenga en casos de acoso, discriminación o conflictos.**
- Que **promueva la empatía, el respeto y la inclusión.**
- Que **sea un referente de confianza para el alumnado,** capaz de mediar y escuchar sin prejuicios.

□ 4. Guía académica y vocacional.

- Que **oriente a sus hijos en la elección de itinerarios** educativos o proyectos de vida.
- Que **proporcione herramientas para la toma de decisiones** responsables y realistas.
- Que **impulse el desarrollo de hábitos de estudio,** responsabilidad y autoconocimiento.

□ 5. Confianza y profesionalismo.

- Que **actúe con ética, confidencialidad y sensibilidad.**
- Que sea **accesible y disponible** cuando la familia lo necesite.
- Que trabaje en **coordinación con docentes y dirección.**
- Que **escuchen y acompañen** a sus hijos/as.



**2. Pautas de actuación
con el profesorado del
alumnado en situaciones
de riesgo.**

2. Pautas de actuación con el profesorado del alumnado en situaciones de riesgo.

□ Sensibilización docente:

Formación continuada del profesorado en **signos de alerta** (por ej. cambios de conducta, aislamiento, descenso del rendimiento académico, expresiones de desesperanza, comentarios sobre la muerte...) y en **cómo se debe actuar**.

- **Qué observar** (aspecto físico, facies, expresividad corporal, discurso, ánimo)
- **Donde observar** (en clase, en el patio).
- **Qué preguntar** (como iniciar la aproximación).
- **Cuando y donde preguntar** (cuál es el momento y lugar apropiado).
- **Cómo validar el malestar emocional**.
- **Cómo ofrecerle ayuda** que sea factible desde la función docente.

2. Pautas de actuación con el profesorado del alumnado en situaciones de riesgo.

□ Promover la cultura del cuidado, la orientación y la escucha del docente:

- Incrementar la comunicación con el profesorado:

Buscar espacios de seguridad para hablar con serenidad sobre la situación vivida, transmitiendo plena disponibilidad de ayuda.

- Evitar juicios de valor sobre el afrontamiento docente de la situación:

Evitar juicios de opinión del manejo que hace el docente de la situación (pueden incrementar su emocionalidad negativa y percepción de ineficacia).

- Transmitir la temporalidad de la situación:

Ninguna situación es para siempre y los problemas de hoy puede que tengan solución mañana.

- Transmitir la importancia que compartir los problemas con el equipo docente nos ayuda a manejarlos mejor:

Hablar de nuestros problemas nos aporta además del apoyo del grupo, posibles soluciones que nosotros no habríamos descubierto solos.

2. Pautas de actuación con el profesorado del alumnado en situaciones de riesgo.

- Reunir individualmente al docente/tutor implicado para compartir la situación y dar pautas de actuación:

Es necesario transmitir al profesorado que no está sólo ante el problema y que se establezca un plan de actuación conjuntamente.

- Ofrecer apoyo emocional al profesorado que pueda sentirse sobrepasado:

Es importante detectar signos de estrés emocional en el profesorado que enfrenta situaciones complejas con el alumnado, ofreciendo los apoyos que sean necesarios.

- Acompañar al profesorado en la observación y seguimiento diario del alumno:

Tratar que el profesorado se sienta acompañado es una estrategia que ayuda al docente a sentir mayor competencia en su capacidad de apoyo emocional al alumnado.

- Orientar al profesorado sobre cómo mantener una comunicación empática y prudente con los padres:

Explicar la importancia de mantener la escucha activa con los padres, transmitiendo aquellos aspectos sobre los cuales se está interviniendo, pero dejando claros los límites propios de la función docente.

2. Pautas de actuación con el profesorado del alumnado en situaciones de riesgo.

- Empatizar y escuchar activamente:

Escuchar con muestras verbales y no verbales lo que los profesores nos explican, validar sus emociones y mostrarles nuestra disposición a ayudarles con relación a lo que les preocupa.

Por ej. Entiendo tu preocupación por la situación descrita con este alumno/a y el grupo clase. Me doy cuenta de que estás enfrentando un momento profesional muy complejo. Tomo nota de ello y si me lo permites lo compartiré con el resto del equipo para poder dar una respuesta unitaria. Mientras tanto, ¿hay algún aspecto concreto de la situación que pienses que como orientador puedo mejorar?, ¿hay algún aspecto que esté en mis manos y que creas que te ayudaría a sentirte mejor?

2. Pautas de actuación con el profesorado del alumnado en situaciones de riesgo.

Caso Marcela

Marcela es tutora de 4t de la ESO.

De su grupo de alumnos/as está muy preocupada por Marta.

Marta confía mucho en ella; de hecho, es la única persona en quien Marta dice confiar y a quien dice que “le cuenta todo”. Hace dos días le explico que en el pasado intentó suicidarse porqué unas compañeras de su antiguo instituto la acosaban.

En la actualidad se siente muy presionada por sus padres con las notas, por lo que le dice a Marcela que sino se la aprueba, no responde de lo que se pueda llegar a hacer a sí misma. La tutora le dice que para poder aprobar el curso debe entregar por lo menos los trabajos que tiene pendientes, cosa que de momento no ha hecho. Marta le responde que eso es mucho trabajo y que si se la suspende y acaba haciendo un disparate, ella lo podría haber evitado.

¿Qué respuesta se debe dar por parte del orientador a la tutora?

2. Pautas de actuación con el profesorado del alumnado en situaciones de riesgo.

□ 1. Acogida y contención emocional de la tutora.

- Escuchar a Marcela **sin juzgar** su actuación con Marta **ni minimizar** su preocupación.
- **Validar** sus emociones: “todos sentiríamos miedo ante la amenaza”.
- Dejar claro que **no está sola ni es responsable del posible riesgo suicida de la alumna.**
- **Reforzar** el mensaje: *“Tu papel es acompañar y comunicar, no decidir sobre la vida del alumnado.”*

□ 2. Orientación a la tutora. Pautas concretas de manejo:

- **No asumir la responsabilidad del bienestar** de la alumna, **ni ceder** a chantajes emocionales.
- **Informar a la familia de la situación.**
- **Mantener una actitud empática** y de apoyo, pero con **límites claros** (no puede aprobar sin mérito).
- **Evitar promesas de confidencialidad** absoluta.
- **Darle mensajes concretos** de como enfrentar la conversación con la alumna:

“Marta, me preocupa mucho lo que me comentaste. En el punto en el que estás, no puedo resolverlo sola, necesito pedir ayuda para ti. Debo informar a tus padres de lo angustiada que te sientes por los estudios. Tu vida es muy importante y seguro que hay personas que pueden ayudarte a salir de esto.”

2. Pautas de actuación con el profesorado del alumnado en situaciones de riesgo.

□ 3. Apoyo emocional a la tutora.

- El orientador debe ofrecerle **seguimiento, validación y recursos de autocuidado** docente.
- Recordarle que su **reacción profesional y actitud docente** ha posibilitado que Marta se sienta acompañada en el centro educativo.
- Tomar nota de aquellas **cosas conseguidas y que han mejorado** y reforzar esos aspectos al docente.
- **Facilitar espacios de descarga** emocional o **supervisión** docente.
- Fomentar una **cultura de equipo y apoyo mutuo** en el centro educativo (recordar que acompañar estos casos puede generar impacto emocional secundario en el profesional).
- **Facilitar el contacto con recursos externos** (psicología clínica, por ej.) Los docentes no siempre pueden enfrentar situaciones cuando estas les desbordan y no saben cómo solucionarlas. En este caso es imprescindible buscar ayuda psicológica especializada.

3. El duelo y la muerte por suicidio en el contexto escolar

- 3.1. La adquisición del concepto de muerte en la infancia.**
- 3.2. Reacciones emocionales a la muerte por suicidio.**

3.1. La adquisición del concepto de muerte en la infancia

1. Etapa preescolar (2-5 años): se considera la muerte como **temporal, reversible y de causa externa**. Es la etapa del pensamiento mágico: los muertos respiran, comen, etc.

2. Etapa escolar (6-7 años): En esta etapa, el niño piensa que **la muerte es selectiva**, que afecta a los más ancianos, y tiende a personificarla; con frecuencia, la representan como “el hombre vestido de negro”.

3. De los 8 años en adelante: se desarrolla progresivamente el concepto de muerte como un fenómeno **universal, irreversible, definitivo** e inherente a cualquier ser vivo (idea de la muerte equivalente al mundo adulto).

La experiencia de la muerte de familiares (progenitores o hermanos) a corta edad contribuye a la adquisición del concepto de muerte adulto a una edad más precoz

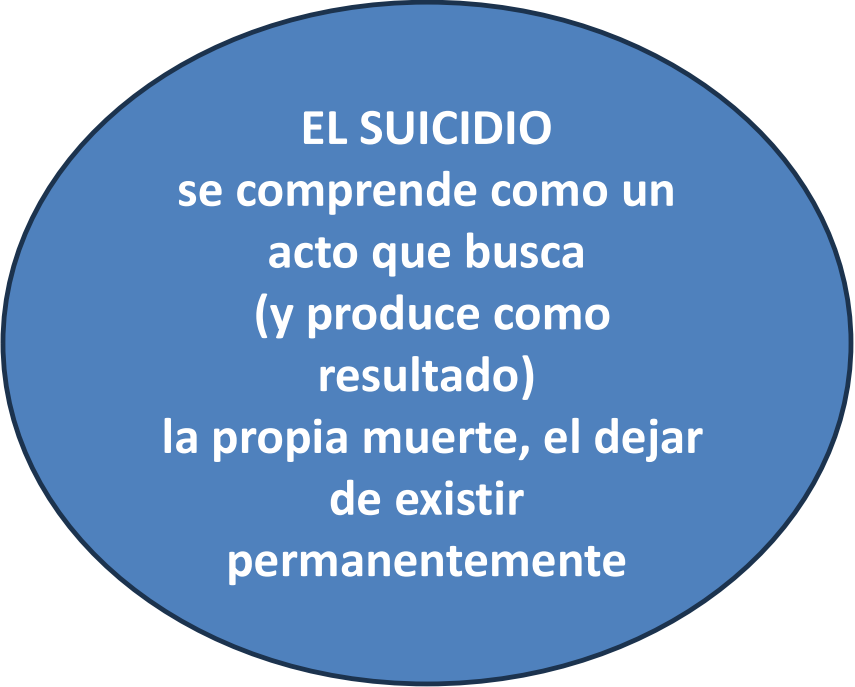
3.1. La adquisición del concepto de muerte en la infancia

“En el colegio el profesor explico que la vida en la Tierra no sería posible el día que “el sol se apagase”. Para que eso pasase dijo que aún faltaban miles de millones de años. Al recordarlo, Juan se puso a llorar, estaba muy angustiado. Sentía que no podía esperar tanto... ¡quería que el sol se apagase ya!”

Niño de 3º de EP

3.1. La adquisición del concepto de muerte en la infancia

LA IDEACIÓN SUICIDA REQUIERE DEL DESARROLLO PLENO DEL CONCEPTO DE MUERTE



EL SUICIDIO
se comprende como un
acto que busca
(y produce como
resultado)
la propia muerte, el dejar
de existir
permanentemente

3.2. Reacciones emocionales

1. SUICIDIO DE UN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR.

- NO PRESENCIADO POR EL ADOLESCENTE.**
- PRESENCIADO.**

2. SUICIDIO DE UN ADOLESCENTE FUERA DEL CENTRO EDUCATIVO.

- NO PRESENCIADO POR EL ADOLESCENTE.**
- PRESENCIADO.**

3. SUICIDIO DE UN ADOLESCENTE DENTRO DEL CENTRO EDUCATIVO.

- NO PRESENCIADO POR EL ADOLESCENTE.**
- PRESENCIADO.**

3.2. Reacciones emocionales

1. **ADOLESCENTE EN ESTADO DE XOC:** Derivación a **urgencias hospitalarias**.
2. **ADOLESCENTE CON SÍNTOMAS DE ESTRÉS AGUDO:** Derivación **urgente** a salud mental.
3. **ADOLESCENTE SIN SÍNTOMAS DE ESTRÉS AGUDO:** Proveer accesibilidad si en algún momento precisa derivación.

*Informar de las **asociaciones específicas** de duelo por suicidio (asociaciones de supervivientes) y facilitar el contacto y derivación*

3.2. Reacciones emocionales

FASE INICIAL:

Se busca constantemente una explicación.

1. Los «porqués» ¿Por qué lo hizo? ¿Por qué no me di cuenta? ¿Por qué no confió en mí?
2. ¿Cómo ha sido capaz de hacer algo así? (asombro, incredulidad).
3. ¿Por qué nos has hecho esto? ¿Cómo no has pensado en nosotros? ¿No nos querías? (enfado).
4. Los «y si» (y si no hubiera salido esa tarde... Y si le hubiera escuchado quizá...).
5. “Podría haber hecho algo más” convencimiento implícito: “yo podría haberle salvado”.
6. ¿Cómo continúo? ¿Podré vivir con este dolor? ¿Y si... no puedo recuperarme de esto? Pensamientos de suicidio.

3.2. Reacciones emocionales

FASE DE ACEPTACIÓN:

1. Se acepta que cada persona tiene una parcela privada, inaccesible, aunque seamos personas cercanas y de su confianza.
2. Sabemos que aunque hubiese señales que ahora vemos, en aquel momento no podíamos reconocerlas.
3. Respetamos que fue su decisión, equivocada, la peor de toda su vida, pero suya.
4. Se acepta que volver a disfrutar de la vida no significa olvidar. Nunca nada volverá a ser igual, pero esto no significa no poder seguir adelante, muy al contrario, sentimos que también nos acompaña y que le gustaría vernos sonreír.
5. Comprendemos que nunca imaginó el dolor tan grande y permanente que iba a causarnos.
6. Le perdonamos y nos perdonamos.

3.2. Reacciones emocionales

Yo podría haberlo evitado

Es normal que el superviviente (al analizar lo sucedido) piense que podría haberlo evitado.

La realidad es que en muchas ocasiones el grado de ocultación de la ideación suicida, impide la detección y la posibilidad de actuar en consecuencia.

TRISTEZA:

La tristeza por la pérdida. Constatar la ausencia en el día a día. En un duelo complicado, puede llevar a una depresión y con ello, a la posibilidad de pensamientos de suicidio.

CULPA:

¿Por qué no me gané su confianza para pedirme ayuda?

¿Realmente hice todo lo que estaba en mis manos para ayudarlo?

Le fallé, nunca podré perdonármelo. No lo evité.

3.2. Reacciones emocionales

RABIA/ABANDONO:

Eso no se hace, ¿cómo me quedo yo ahora?, ¡Las cosas se hablan!

Le odio, me dijo que estaba bien, me mintió.

FRUSTRACIÓN/FRACASO:

Yo no fui suficientemente importante para él para que no lo hiciera.

No supe darme cuenta de que estaba peor de lo que me imaginaba.

Todo el esfuerzo realizado para ayudarlo finalmente no sirvió.

SOLEDAZ:

Nunca podré rellenar su vacío, era la única persona que me comprendía realmente.

Echo de menos el quedar con él/ella, el hacer cosas juntos, nuestras tardes.

Desde que se suicidó, no tengo a nadie que me importe lo suficiente como para seguir adelante.

Muchas gracias por su atención

JOAQUIM PUNTÍ VIDAL
Psicólogo clínico. Psicopedagogo



UAB

GRET A
Grupo de Estudio y Tratamiento de la Autolesión
Grup d'Estudi i Tractament de l'Autolesió

