



CURSO DE PREVENCIÓN DE
AUTOLESIONES Y CONDUCTAS
SUICIDAS EN MENORES EN RIESGO

INTRODUCCIÓN AL CURSO

- La OMS considera la prevención del suicidio como “ una prioridad multisectorial que incluye no solo el sector de la salud sino también el de la educación, el empleo, el bienestar social, la justicia y otros”.
- Así mismo, considera el ámbito educativo como un lugar excelente para desarrollar actividades preventivas idóneas. El modelo de abordaje del riesgo suicida en el ámbito educativo tiene como objetivo la prevención en el marco de una escuela saludable, la detección precoz y la intervención de las conductas suicidas desde una perspectiva interdisciplinaria. Dada la complejidad de esta problemática, es necesaria la colaboración del sistema educativo con los dispositivos comunitarios de salud mental, servicios sociales y asociaciones o instituciones, para complementar acciones dirigidas al apoyo y bienestar del alumnado.
- En la “ Estrategia de prevención de la conducta suicida 2021-2025” de Castilla y León, se atiende también esta recomendación de la OMS, incluyendo diversas acciones y medidas que han de desarrollarse tanto en el ámbito sanitario, como en el sistema educativo, los servicios sociales y otros entornos.

INTRODUCCIÓN AL CURSO

- En la prevención de la conducta suicida, tanto la actuación sobre los factores de riesgo como el refuerzo de los factores protectores han de realizarse en el entorno donde viven las personas, de ahí la necesidad de coordinar actuaciones desde distintos sectores implicados.
- En el ámbito sanitario el “ Proceso de atención a la conducta suicida” contempla los procedimientos y mecanismos de coordinación, referencia y seguimiento entre distintos dispositivos. Sin embargo no establece los procedimientos para la consulta, asesoramiento por parte de otros actores que intervienen en la detección del riesgo suicida: responsables de centros educativos, de servicios sociales y de atención a menores.
- El Plan estratégico de CyL, incluye en la medida 56: “ Establecer la figura del “ enlace” y referencia en cada Área de Salud para los distintos agentes no sanitarios, así como las funciones de estos profesionales de referencia y los criterios de actuación.
- Entre estas funciones estarían las de:
 - Supervisión y seguimiento por los profesionales de los propios centros
 - Recomendación de consultar con los profesionales de AP
 - Información a los profesionales de AP sobre la situación identificada y la necesidad de seguimiento
 - Canalización, en los casos de riesgo elevado, a los CSM como consulta preferente
 - Canalización a los servicios de emergencias 112 en casos de grave crisis o de urgencia
 - Estas funciones no incluyen atención urgente en situación de crisis, ni atención clínica de los casos .

JUSTIFICACIÓN

- Para la OMS es un problema de alta prioridad para la salud pública. La cantidad de suicidios se ha incrementado en los últimos 50 años un 60%, en todo el mundo
- En el Plan de Acción sobre las Salud Mental 2013-2020 (extendido hasta 2030), los Estados miembros de la OMS se comprometieron a trabajar, para reducir las tasa de mortalidad por suicidio en un 10% en 2030
- Se estima que el número de los suicidios reales es mayor que las cifras publicadas, el suicidio continua siendo un problema estigmatizado
- En el caso de la infancia y la adolescencia, el suicidio, según la OMS fue la cuarta causa de muerte mas frecuente entre jóvenes de 15 y 19 años en 2019, y la segunda en adolescentes y adultos jóvenes (15- 29 años), representando el 8.5% de los fallecimientos.
- Además de ser un problema de salud pública, conlleva un drama existencial tanto para el joven que decide quitarse, como para su familia y la propia sociedad
- La prevalencia de la conducta suicida aumenta con la edad. Las decisiones relacionadas con el acto suicida por debajo de los 15 años, son fundamentalmente de naturaleza impulsiva, mientras que por encima de los 15 años, son determinantes otros factores como patología mental o consumo de tóxicos
- Algunos datos: Según el INE (2021), en un año fallecen por suicidio 300 adolescentes entre 15 y 29 años (32% mujeres) y 14 niños y adolescentes menores de 15 años (50% mujeres). En población menor de edad, aunque también se dan intentos de suicidio o ideación, la primera aparición suele ser alrededor de los 10-12 años aumentando probabilidad durante la adolescencia.
- La prevención y el abordaje del suicidio , especialmente en adolescentes es un área que esta en “pañales”, por lo que requiere aunar esfuerzos de los profesionales tanto de la salud como desde el ámbito educativo, servicios sociales... de la sociedad en general para mejorar la detección precoz y tratamiento de la conducta suicida

DESARROLLO DEL CONCEPTO DE MUERTE

➤ CONCEPTO DE MUERTE EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA:

- El desarrollo de este concepto como condición irreversible se produce durante la infancia y la adolescencia.
- Factores implicados en su desarrollo: Edad del niño
 - Madurez cognitiva y emocional
 - Experiencias relacionadas con la muerte
- Los menores de 11 años pueden considerar la muerte como un estado reversible, por lo que pueden pensar que una vez muertos las personas que le hicieron sufrir reflexionaran y dejaran de infringirles dolor una vez resuciten
- Se han descrito cuatro fases en la construcción del concepto de muerte(Ajuriaguerra 2007):
 - De 0 a 2 años, el niño desconoce lo que es la muerte y se muestra indiferente
 - De 2 a 6 años el niño considera la muerte como un estado temporal y reversible
 - Hasta los 9, el niño piensa que la persona sigue existiendo en otra vida
 - Entre los 10 y 12 años es esperable que el niño entienda el concepto de suicidio, a veces incluso antes (8-9 años)
 - A partir de los 12 el niño comienza a pensar que la muerte es irreversible y se piensa en la propia muerte como una posibilidad

ALGUNOS CONCEPTOS

- Desde la clínica, la conducta suicida se ha tratado de comprender desde dos perspectivas:
 - Enfoque tradicional biomédico. Entiende la conducta suicida como un síntoma o consecuencia derivada de un problema psicológico q debe ser abordado. Este enfoque ha recibido críticas por reduccionista, si bien es cierto que detrás de un suicidio, en muchas ocasiones hay detrás un diagnóstico de trastorno mental previo, no siempre es así, no se puede establecer relación causal entre suicidio y trastorno mental
 - Enfoque contextual- fenomenológico: Pone el foco en las personas, los valores, el sentido, el contexto biográfico.
- Es importante considerar los factores contextuales asociados a la conducta suicida. Algunos jóvenes que muestran conducta suicida presentan contextos vitales problemáticos: problemas familiares, rechazo de su propia identidad sexual, fracaso escolar, ser víctima de acoso.
- Se entiende que el joven que decide quitarse la vida, no quiere morir sino dejar de vivir esa situación que le genera sufrimiento
- Es importante atender a ambas perspectivas, es decir, atender tanto a factores biológicos, psicológicos, sociales implicados en la conducta suicida, aplicar una perspectiva holística para su abordaje desde la prevención y la intervención

ALGUNOS CONCEPTOS

- Para la OMS el **SUICIDIO** es “ un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.
- **CONDUCTA SUICIDA:** Continuum que abarca cogniciones (ideas de muerte, ideación suicida y plan suicida) y conductas (intento de suicidio, amenazas suicidas y suicidio). Estos fenómenos se agrupan en tres dimensiones:

IDEACIÓN SUICIDA

- Ideas de muerte
- Deseo de muerte
- Ideas de suicidio
- Plan suicida

COMUNICACIÓN SUICIDA

- Expresión suicida (verbal o no verbal)
- Amenaza suicida

ACTO SUICIDA

- Intento de suicidio
- Muerte por suicidio

- La primera dimensión “**IDEACIÓN SUICIDA**”, hace referencia a los **pensamientos pasivos** que pueden aparecer en un adolescente de querer estar muerto o **pensamientos activos** de suicidarse, no acompañados de un plan preparatorio. Es frecuente en la adolescencia que ante situaciones de adversidad (acoso, rupturas sentimentales) aparezcan ideas de muerte, aunque no suelen escalar en gravedad. A veces estas ideas van acompañadas de **deseos de morir**. El riesgo suicida es mayor cuando ha elaborado un **plan suicida**, es decir ha organizado mentalmente o en actos la forma en se va a quitar la vida (ha comprado pastillas o cuerdas, ha dejado una carta escrita..)
- La segunda dimensión “**COMUNICACIÓN SUICIDA**,” es el acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. La **amenaza suicida** se refiere a comportamientos autodestructivos para los que hay evidencia de que el joven no tenía intención de quitarse la vida, sin embargo la apariencia de querer quitarse la vida le permite lograr otro fin, como recibir atención, castigar a otros o buscar ayuda.. Siempre deben considerarse como expresiones de sufrimiento de esa persona hacia su entorno.
- La tercera dimensión “**ACTO SUICIDA**”, incluye tanto el **intento de suicidio** como el **fallecimiento por suicidio**. El primero se define como comportamiento autoinfligido con cierta intención de morir que puede resultar o no en una lesión real. Puede ser “ interrumpido (no culmina el suicidio porque alguien interrumpe la conducta) o “ abortado”, es el propio individuo el que detiene la conducta. Finalmente el fallecimiento por suicidio, que culmina en muerte

MITOS-CREENCIAS ERRÓNEAS



Mito: El que se quiere matar no lo dice/ Quien lo dice no lo hace:

Realidad: 8 de cada 10 personas que se han suicidado de alguna forma lo habían manifestado. Cualquier aviso o amenaza supone un riesgo y debe ser tomada en serio, por ello hay que preguntar.

Mito: Quien de verdad quiere suicidarse lo acaba haciendo / No es posible prevenir un suicidio:

Realidad: El suicidio es un proceso. Conlleva tiempo hasta que se materializa en una conducta de suicidio. Los planes de prevención del suicidio demuestran que cuando se detecta e interviene los suicidios disminuyen.

Mito: Los que lo dicen o lo intentan buscan llamar la atención:

Realidad: No existen las llamadas de atención. Incluso cuando alguien lo dice sin intención real de morir es una petición de ayuda y son factores de riesgo para el suicidio.

Mito: Quien se suicida busca morir:

Realidad: No buscan morir, buscan dejar de sufrir porque no encuentran otra forma de poder seguir viviendo con tanto dolor.

Mito: Cuando una persona mejora ya está fuera de peligro:

Realidad: El alta de un ingreso hospitalario, ya sea por conducta suicida o por otro motivo psiquiátrico, son situaciones de alto riesgo de suicidio y/o de reintento de suicidio, al menos durante el primer año. El seguimiento es imprescindible.

Mito: El suicidio tiene mucho de hereditario:

Realidad: No hay evidencia de determinismo genético. Sí es hereditaria una predisposición genética a ciertos trastornos mentales, pero va a depender de muchos factores ambientales para que pueda desarrollarse, y no tiene por qué acabar en suicidio.

Mito: Es peligroso hablar de esto con alguien que lo está pensando sin tener una formación para ello porque puedes hacerlo mal y provocar que se suicide:

Realidad: Si el diálogo transcurre desde el respeto a su sufrimiento no entraña peligro. Todo lo contrario, que la persona lo pueda hablar sin que se le enjuicie es un potente factor de protección que rebaja la intensidad de su dolor y puede motivarle a buscar ayuda.

Mito: Hablar del suicidio tiene mucho riesgo porque puede dar la idea de hacerlo a quien no lo había pensado:

Realidad: Nadie se suicida porque se hable del suicidio. Es un factor de protección y prevención de primer orden porque alivia a quien lo está pensando y potencia la búsqueda de ayuda. Es la mejor forma de poder detectar y motivar a buscar ayuda a quien esté sufriendo en silencio.

Mito: Se suicidan quienes tienen problemas mentales:

Realidad: Aproximadamente un 65% de las personas fallecidas por suicidio tenían un diagnóstico de trastorno mental, constituyendo un importante factor de riesgo. En el resto no hay constancia de trastornos mentales.

Mito: Lo que tienen que hacer es distraerse de esas ideas, buscar ilusiones y esforzarse de verdad en vivir:

Realidad: Vivir en un estado de intenso sufrimiento va anulando las capacidades que la persona tiene de esforzarse en sobrellevarlo, de salir de ese bucle doloroso y de buscar ayuda. Es muy importante no juzgarla ni compararla con otras situaciones de otras personas.

Mito: El suicidio es una decisión personal, la persona tiene derecho a elegir:

Realidad: El suicidio nunca es una elección libre. La persona sólo ve el suicidio como la única solución para dejar de sufrir (visión túnel). Es una persona sin esperanza y no puede ver que exista otra opción. Por esto es tan importante la detección y la intervención, para poder construir esa otra opción.

Mito: Quien se suicida es un egoísta-cobarde / es un valiente:

Realidad: Es muy reduccionista catalogar con un adjetivo la complejidad de esta conducta. Estos calificativos añaden mucho dolor a las personas que viven el duelo por suicidio. Identificado como un acto cobarde, añade culpabilidad y reduce la capacidad de comprensión. Considerado como un acto de valentía puede convertirse en un modelo a seguir y favorecer el efecto contagio.

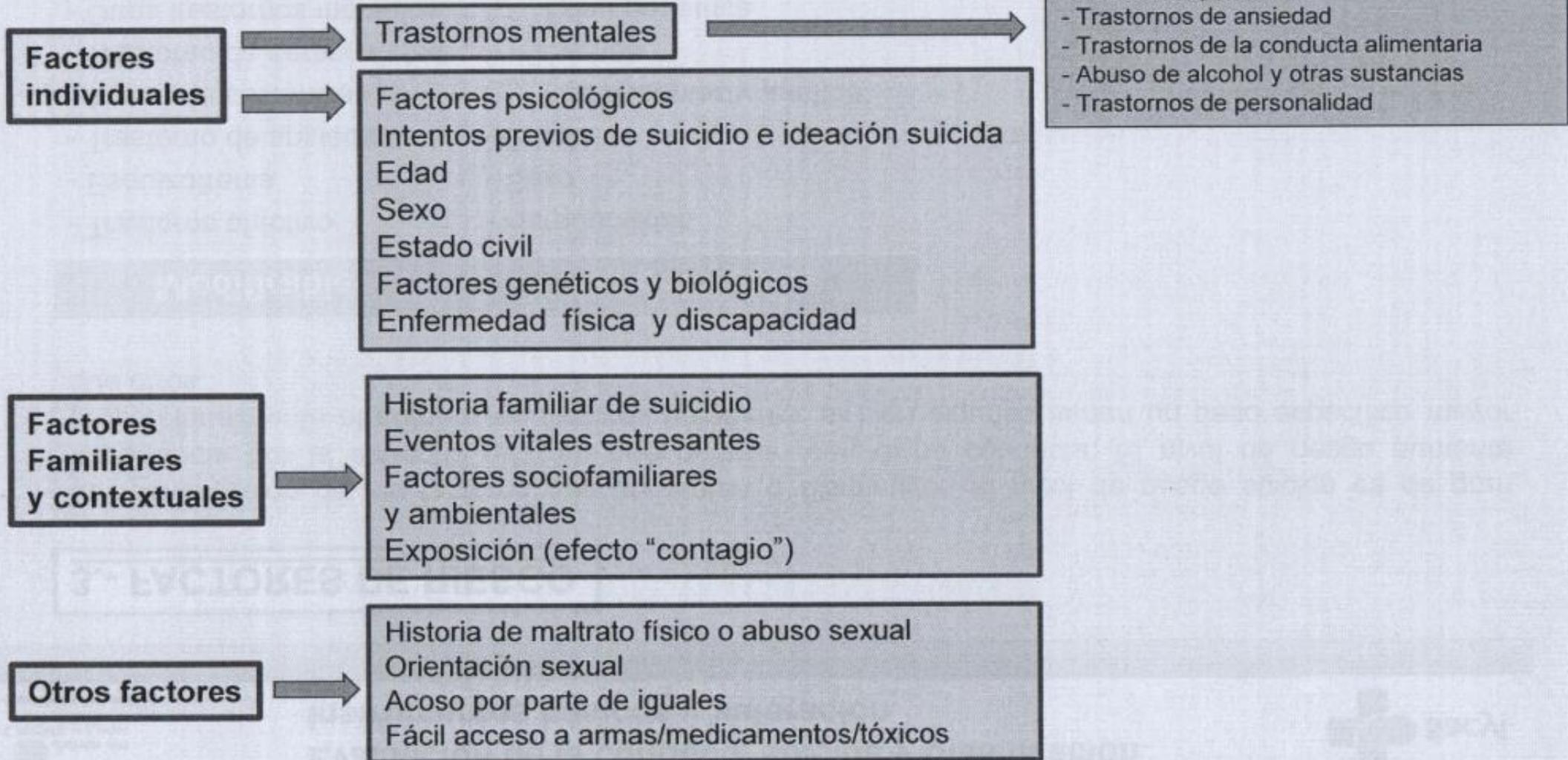
Mito: Se suicida quien tiene graves problemas

Realidad: El suicidio se produce desde una vivencia interna. Por tanto, no siempre se corresponde con el hecho de tener "motivos de peso", lo que dificulta mucho la comprensión de qué ha podido pasar.

FACTORES DE RIESGO

- Son aquellas variables, circunstancias y situaciones potencialmente favorecedoras de que aparezca una conducta suicida. A mayor número de factores, más probabilidad, aunque el hecho de que no haya factores de riesgo no excluye que la conducta aparezca. Los intentos de suicidio previos son el principal factor de riesgo. A mayor número, gravedad y grado de ocultación de los intentos previos mayor riesgo.
- No todos los factores de riesgo son fácilmente modificables mediante la intervención profesional. Entre los que lo son, se cuentan factores sociales, psicológicos y psicopatológicos. Entre los que no lo son, o son difícilmente accesibles, figuran el sexo, la edad, el estado civil, la situación laboral, el aislamiento social, las creencias religiosas o la conducta suicida previa
- Antes de la adolescencia, tanto el suicidio como el IS, son excepcionales, posiblemente debido a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución.
- El 60% de los niños y el 90% de los adolescentes presentan algún tipo de trastorno mental en el momento del IS o acto consumado: Trastornos del estado de ánimo, obsesivo-compulsivo, de la conducta alimentaria, por estrés postraumático. El consumo de alcohol y otras sustancias da lugar a trastornos que pueden conllevar también problemas de disciplina y la participación en conductas de alto riesgo
- Según las estadísticas según el género, los varones presentan mayor número de suicidios consumados, mientras que las mujeres presentan más tentativas de suicidio
- Las tasas de suicidio en varones adolescentes aumentan hasta la edad adulta temprana, y por el contrario, en las mujeres adolescentes se dan más IS a mayor edad

3.- FACTORES DE RIESGO



FACTORES DE RIESGO PERSONALES:

- Los trastornos mentales, están presentes en una gran parte de las conductas suicidas. El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales, como la depresión mayor, el trastorno esquizofrénico, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad, así como el abuso de alcohol y otras sustancias.
- Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. LA desesperanza se considera el factor mas influyente en riesgo de conducta suicida
- Conducta previa suicida
- Búsqueda de soledad y no participación en actividades grupales
- Dificultades para comunicarse en grupo
- No expresión de sentimientos u opiniones
- Dificultad para controlar sus impulsos y baja tolerancia a la frustración
- Presencia de enfermedad o dolor crónico
- Discapacidad física
- Antecedentes de abusos sexuales y/o maltrato físico y/o psíquico
- Embarazo no deseado
- Acceso a medios o métodos letales (psicofármacos, armas, vehículos, maquinaria, productos tóxicos..)
- Autolesiones
- Sucesos vitales estresantes. Muerte o pérdida de una persona querida, de un famoso al que admire, discusión ruptura sentimental de una relación de amistad

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

- Antecedentes familiares de suicidio
- Abuso de alcohol y sustancias en el familia
- Historial familiar de trastornos de salud mental
- Violencia en el ámbito de la familia
- Ruptura de vínculos familiares
- Factores de comunicación negativos dentro de la familia
- Familia con altos niveles de exigencia y perfeccionismo
- Perdida traumática reciente de algún miembro de la familia o personas cercanas
- Bajo nivel económico parental

FACTORES DE RIESGO DEL ENTORNO ESCOLAR Y SOCIAL

- Ausencia o pérdida de una red social de apoyo, aislamiento social, dificultades para relacionarse con los iguales
- Situación de desarraigo sociocultural (cambio de país, ciudad, entorno...)
- Acoso escolar, tanto en alumnado víctima como agresor
- Sentimiento de rechazo
- Proceso de transito en al identidad sexual o de expresión de la orientación sexual no aceptado
- Elevada autoexigencia y perfeccionismo, que conllevan sentimientos de fracaso personal, desesperanza y baja autoestima
- **Efecto Werther** (imitación de modelos), la exposición a casos de suicidio cercanos o a determinadas informaciones sobre suicidio en medios de comunicación se ha asociado también a la conducta suicida. Los jóvenes vulnerables son especialmente sensibles a las informaciones sobre el suicidio.
- La estigmatización del alumno después de un intento de suicidio, por desconocimiento de cómo actuar
- Confusión por parte del adulto debido a la ambivalencia del joven entre aceptar o rechazar la ayuda que se le ofrece.
- Rechazo, debido a la incomodidad y angustia que puede llegar a generar en el adulto la conducta suicida del joven. Silencio y consiguiente aumento de la tensión, por miedo irreal a impulsar una nueva conducta suicida, por parte de alumnos y educadores

FACTORES PRECIPITANTES

- **FACTORES DESENCADENANTES** La Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME) define la existencia de una serie de eventos o situaciones que pueden provocar un estrés intenso en algún momento particular y pueden precipitar un acto suicida. Pueden ser comunes en distintos grupos etarios o ser más frecuentes en alguna etapa de la vida.
- Factores desencadenantes comunes a todas las edades
 - Experiencias y vivencias traumáticas: agresiones y malos tratos, acosos y humillaciones, violencia sexual, etc.
 - Disputas y conflictos con familiares o personas cercanas.
 - Cambios vitales bruscos no deseados, pérdida de seres queridos.
 - Accidentes o diagnósticos, empeoramiento o crisis de enfermedades graves, incapacitantes o dolorosas, propias o ajenas.
 - Imputaciones o condenas judiciales.
 - Desastres naturales.
- Factores desencadenantes en la infancia y adolescencia
 - Experiencias y vivencias traumáticas: agresiones y malos tratos, acoso escolar, ciberacoso, humillaciones, violencia sexual, etc.
 - Separación o pérdida de amigos o compañeros.
 - Separación de los padres o graves conflictos conyugales con instrumentalización del hijo.
 - Muerte de un ser querido.
 - Cambios habituales de residencia y de entorno social.
 - Problemas disciplinarios escolares, presión escolar, fracaso escolar.
 - Desengaño amoroso.
 - Embarazo prematuro.
 - Vivencia en su entorno social o familiar de una tentativa suicida.

SEÑALES DE ALERTA

- En la mayoría de los suicidios, se evidencia antes de consumarlo una serie de síntomas y signos que posibilitan la detección del riesgo. Es importante reconocer estas señales para poder aplicar las pautas de prevención desde el entorno mas cercano.
- Una señal de alerta nos indica que una persona pueda tener pensamientos de quitarse la vida e incluso que podría estar planificándolo. Estas señales también pueden ser una petición de ayuda y nos proporcionan la oportunidad de intervenir y prevenir el suicidio.
- Podemos distinguir entre señales **verbales** y **no verbales**
- **VERBALES:**
 - Sentimientos de desesperanza con una visión de que no hay futuro o muy negativa: “ No tiene solución “ “ no va a mejorar nunca
 - Sentimientos de desesperación, de que ya no puede soportar mas o tolerar mas una situación o estado vital: “ Esta vida es un asco” “ Mi vida no tiene sentido
 - Sentimientos de desamparo, como considerar que no es importante para nadie, que estorba, o que las cosas estarían mejor sin el o ella.
 - Sentimientos intensos y abrumadores de culpa vergüenza y odio hacia si mismo/a: “ No valgo para nada”
 - Comentarios relacionados con la muerte: “ Me gustaría desaparecer”, “ Quiero descansar”, “ No deseo seguir viviendo”
 - Conversaciones reiterativas sobre la muerte, realizar despedidas inusuales orales o escritas: “ Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho” “ Siempre te querré”
 - Expresión abierta y directa sobre los deseos de quitarse la vida, amenazando sobre quererse hacer daño o matarse. Este pensamiento puede tener distintos grados: Sin planteamiento de la acción / con un método indeterminado/ Con un método específico, pero no planificado/ Plan suicida concreto (esta situación indica un alto riesgo de suicidio)
 - Estas verbalizaciones también pueden ser expresadas por escrito a través de notas, cartas, mensajes, redes sociales

SEÑALES DE ALERTA

➤ **NO VERBALES:**

- Aun que la persona no verbalice sus ideas de suicidio, podemos llegar a sospecharlas a partir de determinadas señales:
 - Presencia de un evento desencadenante precipitante
 - Observación de un cambio repentino en su conducta habitual:
- Aumento de irritabilidad, mayor agresividad no respetar límites
- Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. El cese angustia es signo de grave peligro de conducta suicida, pues se ha resuelto el conflicto entre los deseos de vivir y los deseos de morir, en favor de estos últimos
- Existencia de un intento previo de suicidio. El periodo de mayor riesgo es de los tres a los seis meses posteriores
- Conducta imprudentemente temeraria, búsqueda de mecanismos para hacerse daño
- Actitud pasiva, apatía, falta de energía, tristeza, aislamiento retraimiento social
- Incapacidad de experimentar placer con las actividades habituales
- Descuido en la apariencia personal
- Dificultades en la concentración, desatención, y por tanto pérdida de memoria
- Alteraciones en los patrones de sueño o alimentación
- Cerrar asuntos pendientes habla de la posibilidad de un plan suicida. Así como entregar sus pertenencias, cerrar cuentas de redes sociales, tener escondido el futuro método para lograrlo (acumular pastillas...) o ingerir bebidas alcohólicas en cantidad y frecuencia inusual

FACTORES DE PROTECCIÓN

- Serían aquellas situaciones que reducen la probabilidad de que una manifestación de la conducta suicida ocurra. A mayor número de factores de protección, menor posibilidad de que la persona presente comportamiento suicida (aunque no lo descarta)
- Muchos de estos factores se pueden adquirir mediante el trabajo en la familia, en el entorno social y en el ámbito educativo.
- **FACTORES DE PROTECCIÓN PERSONALES:**
 - Competencias socioemocionales: Habilidades sociales, de comunicación. De resolución de problemas y adaptación
 - Autoestima positiva
 - Actitudes y valores prosociales: Respeto, solidaridad, cooperación, justicia, amistad
 - Sentimiento de aceptación y pertenencia a un grupo o comunidad de referencia
 - Percepción de control sobre los acontecimientos vitales
- **FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIARES:**
 - Relaciones y vínculos familiares satisfactorios, adecuados niveles de comunicación, expresividad emocional y atención en el ámbito familiar
 - Personas de apego y/o referencia dentro del entorno familiar

FACTORES DE PROTECCIÓN

➤ **FACTORES DE PROTECCIÓN DEL ENTORNO ESCOLAR Y SOCIAL:**

- Relaciones de amistad entre iguales
- Relaciones positivas con el profesorado y personas relevantes de su entorno
- Accesibilidad para poder hablar de temas difíciles con, al menos, alguna persona de su entorno social y escolar
- Expectativas positivas de desarrollo socio- personal y educativo
- Gestión adecuada del ocio y tiempo libre: Realizar actividad física, artística, de participación ciudadana... tanto individuales como grupales
- Un tratamiento integral, permanente y a largo plazo del adolescente con trastorno mental o abuso de sustancia, así como con enfermedad física es , un importante factor protector de los riesgos asociados a esas condiciones
- Numerosas investigaciones indican que las intervenciones de prevención de la conducta suicida en centros educativos son efectivas en la promoción de factores protectores (como la autoestima, la capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones, las habilidades de regulación emocional, etc.) así como en disminución de los factores de riesgo (falta de habilidades para la resolución de problemas, búsqueda de identidad u orientación sexual, acoso escolar).
- Igualmente, se ha comprobado que la formación precisa y veraz a la comunidad educativa sobre la conducta suicida y su identificación, además de cómo hacer frente a este problema, reduce la vulnerabilidad de los estudiantes frente al suicidio
- Los centros educativos tienen responsabilidad en la formación del alumnado para el desarrollo de una vida saludable y plena. Por ello, son uno de los contextos más importantes durante el desarrollo en la infancia y la adolescencia, es allí donde se llevan a cabo la mayor parte de las interacciones sociales del alumnado con sus iguales.

PAUTAS Y ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

➤ ¿ QUE NO HACER?

- Nunca hay que dejar de tomar en serio la información o las amenazas: No se puede hacer caso omiso de verbalizaciones o indicios de ideación suicida, ni minimizar el riesgo aduciendo que son llamadas de atención, o que el tiempo hará que desaparezcan espontáneamente. Siempre hay que tomarlas en serio sin minimizar no alarmarse

“ No será para tanto...ya se te pasara.” “ Solo quiere llamar la atención”

- No criticar discutir, utilizar sarcasmos, desafiar o retar a hacerlo: No hay que reprochar la manera de pensar o actuar ni juzgar, ni verbalmente, ni de manera no verbal o gestual

“ Como puedes decir eso?” “ Vas a hacerle mucho daño a tu familia”...

- Debemos evitar mostrar nuestro propio temor o miedo, aunque es comprensible que no sepamos como actuar, lo importante es que la persona se sienta escuchada y busquemos apoyo y ayuda en cuanto podamos
- Nunca podemos ocultar esa información a la familia, aunque se nos solicite confidencialidad. Trataremos de obtener consentimiento del joven y les mostraremos que se le va ayudar
- Las intervenciones en grupo, si ha habido tentativa de suicidio o un suicidio, no deben realizarse sin la formación adecuada

PAUTAS Y ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

➤ QUE HACER?

- Una vez identificadas las señales de alarma se debe distinguir entre situaciones de riesgo inminente y otros casos

➤ **RIESGO INMINENTE DE CONDUCTA SUICIDA:**

- El/ la adolescente tiene un plan bien definido, acceso a medios para llevarlo a cabo e idea de realizarlo inmediatamente

❖ **CON AGITACIÓN, RECHAZO A LA COMUNICACIÓN Y A RECIBIR AYUDA:**

1. Avisar al 112
2. Actuaciones durante el periodo de espera al 112:
 - Ofrecer un entorno seguro alejando los medios potencialmente lesivos
 - Solo una persona habla con el adolescente
 - Mantener constante contacto visual con la persona
 - Acercarse pidiendo permiso, no invadir “su espacio”
 - No perder de vista la conducta no verbal y los posibles gestos que indiquen peligro
 - Preguntarle si necesita algo (por ejemplo agua)
 - Mantener una escucha activa y empática, mostrando que escuchamos y comprendemos lo que dice
 - Intentar evitar, en la medida de lo posible, que haya otros compañeros presentes
3. Avisar ala familia o representantes legales.

PAUTAS Y ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

❖ **SIN AGITACIÓN, RECEPTIVO/A LA COMUNICACIÓN Y A RECIBIR AYUDA**

1. Avisar a la familia o representantes legales
2. Actuaciones durante el periodo de espera a la familia:
 - Acompañarle a un lugar seguro
 - Solo una persona habla con el/ la adolescente, preferentemente alguien de confianza para él
 - No perder de vista la conducta no verbal y gestos que indiquen peligro
 - Preguntarle si necesita algo
 - Mantener escucha activa y empática
 - Evitar que otros compañeros estén presentes

➤ **RIESGO NO INMINENTE DE CONDUCTA SUICIDA**

- El/ la adolescente con ideación suicida no tiene un plan definido, acceso a medios para llevarlo a cabo ni idea de realizarlo de forma inmediata
- Las pautas a seguir serian básicamente las mismas que en los casos anteriores:
 - En cuanto a la comunicación con el/ la adolescente: *Escucha activa y empatía.*
 - La notificación al Equipo Directivo para seguir el protocolo oportuno

ORIENTACIONES ENTREVISTA ALUMNADO

- **Consideraciones a tener en cuenta:**

- Tomar como punto de partida el contexto en el que se producen los signos de alarma: lo ha verbalizado, lo ha escrito en un diario personal, lo ha reflejado en una tarea de clase, hay evidencias de conductas suicidas...
- La entrevista ha de desarrollarse en un lugar acogedor y sin distractores (sin que haya ruidos, personas entrando y saliendo...).
- Mostrar en todo momento una actitud empática, de comprensión y ayuda: evitar interrumpir, juzgar, opinar. Cuidar el lenguaje corporal y la ubicación.
- Utilizar un tono de voz tranquilo y sosegado, creando un clima de confianza.
- Escuchar de forma colaboradora y reflexiva, mostrando comprensión por sus preocupaciones y sentimientos.
- Concluir la entrevista reconfortando al alumno o alumna. Le ayudaremos a superar esos problemas.
- Explicar que nuestro propósito es ayudar a que se sienta bien. Lograr que todos los alumnos y alumnas del centro no padezcan sufrimiento alguno y, por lo tanto, alcancen el mayor nivel posible de bienestar emocional.

- **Preguntas que se podrían formular:**

- ¿Cómo definirías tu estado de ánimo? Triste, contento, preocupado, disgustado, enfadado, cualquier otro adjetivo que consideres más ajustado.
- ¿Por qué crees que te sientes así? ¿Cuál sería el motivo o los motivos causantes de esta situación?
- ¿Hace mucho tiempo que te sientes así? ¿Desde cuándo?
- ¿Se lo has comentado a alguien? Si es así, ¿qué respuesta te han dado?
- ¿Quién crees que te podría ayudar?
- ¿Qué crees que podríamos hacer desde el centro para ayudarte?
- ¿Quiénes son tus amigos y amigas?
- ¿Qué espacios o lugares te ayudan a sentir mejor?
- ¿Hay algo que te haga sentir bien? ¿Utilizas alguna estrategia que te haga sentir mejor: gritar, llorar, golpear...?

PAUTAS Y ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

❖ ANTE UNA PERSONA QUE CONFÍA SUS DESEOS DE SUICIDARSE:

- La persona con conducta suicida necesita ayuda. La OMS recomienda como principal herramienta de protección y prevención, permanecer cerca de la persona. Esta intervención es un primer paso para escucharla, acompañarla y apoyarla en todo el proceso de ayuda posterior.
- No alarmarse. Pero siempre tomar en serio la información
- Estimular para que confíe sus problemas y como le hacen sentir
- Hablar lo menos posible para que predomine la voz de la otra persona
- Tocar a la persona
- No ponerse de ejemplo, hablar de experiencias personales o de uno mismo
- Pedir ayuda en caso de no sentirse seguro
- Acompañar hasta que el peligro haya pasado, lo cual puede ocurrir cuando manifiesta verbalmente su crítica hacia los pensamientos suicidas, mejore su estado de ánimo y la persona se muestre más relajada, tranquila y colaboradora e interesada en actividades cotidianas
- No es aconsejable hablar de las supuestas bondades que tiene la vida, pues es precisamente lo que esta persona no ve en este momento
- Si el riesgo de suicidio persiste, habría que coordinarse con AP y Unidad de Salud Mental

EL DUELO

- Experimentar la pérdida de una persona por suicidio es un hecho traumático, que independientemente se haya consumado en el centro educativo o no, será importante abordar en los días inmediatamente posteriores
- Silenciar el hecho es un error. Es conveniente dedicar un tiempo a la expresión de sentimientos, preocupaciones, miedos, dudas. Ayudar a los compañeros a expresarse es el primer paso para que pueda comenzar a elaborar el duelo de una manera sana.
- Guardar silencio puede dar lugar a :
 - que los alumnos/as hablen entre ellos, favoreciendo rumores y falsos mitos sobre el suicidio. Esto puede aumentar la ansiedad entre ellos al no poder hablar abiertamente sobre lo sucedido, ni poder expresar sus sentimientos miedos o dudas
 - que haya adolescentes que estén viviendo un profundo sentimiento de culpa, por ejemplo, por alguna discusión previa entre ellos, por pensar que no hablaron con ese compañero/a cuando podía necesitarlo. La culpa es un sentimiento muy común y muy dañino en los casos de duelo por suicidio
 - que se impida la posibilidad detectar factores de riesgo de otros compañeros/as que puedan estar muy afectadas y que puedan tener también ideación suicida

EL DUELO

➤ **COMO ABORDARLO EN EL AULA**

- El alumno necesita recibir información sobre lo que ha pasado y que esta información se adecue al momento evolutivo y a sus capacidades cognitivas y emocionales. Además necesita recibir dedicación suficiente para que pueda expresar sus dudas temores emociones..
- El momento para hacerlo seria lo antes posible tras el suicidio, para evitar distorsiones del acontecimiento vivido. La comunicación debe ser clara, empática, permitirá la expresión emocional. Se deben cuidar aspectos como:
- **Sinceridad:** Comunicar lo que ha sucedido eliminando la morbosidad y los detalles escabrosos. Es decir igual que en las tentativas, no entrar en el acto concreto de la conducta autolítica. Por otra parte si que hay que reconocer la gravedad del hecho de que se ha producido un suicidio, porque una información adecuada evita rumores y su propagación. La actitud del profesional de la educación debe ser de escucha, abierta , empática, sin juzgar y sin recurrir a estereotipos. Hay que centrarse en el malestar, en el enorme sufrimiento que se siente para llegar al suicidio, en como este malestar puede distorsionar la realidad que se vive y en la necesidad de pedir ayuda.
- **Permitir expresión de emociones** como angustia, tristeza, llanto o enfado normalizando los sentimientos experimentados en una situación como la que se esta viviendo. Hay que favorecer la expresión de sentimientos , temores, por ejemplo mediante el dibujo, redacciones, coloquios. Así mismo es positivo facilitar actos espontáneos de respeto.
- **Desculpabilizar** es muy importante, es preciso dejar claro que no hay culpables
- **Trasmitir disponibilidad** de las personas de referencia del centro educativo para ayudar a los alumnos que presenten algún problema, malestar o angustia para comentar lo sucedido en privado

SEÑALES DE
ALARMA QUE
PUEDE PRESENTAR
UN ALUMNO/A
TRAS EL SUICIDIO
DE UN
COMPAÑERO/A

- Sentirse culpable de la muerte de un compañero/a amigo/a. Esto será normal, especialmente al principio, por lo que hay que decirlo desde el primer día: “ y si le hubiera dicho “, “ y si le hubiera hecho”
- Cambiar radicalmente de conducta y comportamiento a raíz de los sucedido. Puede ocurrir también al principio y sería normal entre las amistades mas intimas, hay que prestar acompañamiento pero sin asustar ni asustarse
- Aislarse y participar menos en las actividades, volverse mas reservado/a. Quizá el adolescente necesite ese tiempo , como todo duelo, solo hay que observar y acompañar
- Comentar que la mejor solución ante el sufrimiento es la muerte, y que el suicidio supone un acto de valentía por el que todos te admiraran
- Convertir al compañero /a que ha fallecido en un héroe o heroína; Las personas se suicidan por desesperación no por heroísmo
- Manifestar que no le gusta vivir y hablar constantemente de la muerte
- Amenazar con querer quitarse la vida
- Desprenderse de los objetos que son importantes para las personas
- despedirse de alguna forma de su amigos/as

CASO PRACTICO

- “Celia “, profesora de Lengua, con 15 años de experiencia, acostumbrada manejar casos de absentismo, negligencia, faltas de respeto por parte del alumnado... Narra en primera persona lo que le ocurrió:
- “ Nadie te prepara para enfrentar un intento de suicidio por parte de una alumna. Estábamos realizando un actividad, los alumnos trabajaban en grupos de cuatro personas, y el ambiente del aula era relajado y animado, excepto por el frio que reinaba en la clase , pues todas las ventanas estaban abiertas de par en par como parte del protocolo COVID. Todo ocurrió en un breve lapso de tiempo: “Ana “se encaramo a su silla e intento tirarse por la ventana abierta. Afortunadamente la silla trastabilló y Ana no consiguió su objetivo, cayendo dentro el aula. Su compañero se abalanzo rápidamente sobre ella y le ayudo a levantarse, cerrando la ventana. Todos estábamos en shock quietos. Empecé a temblar, con sudores fríos, no sabia que hacer. Ana comenzó a llorar otros alumno también. Con sensación de irrealidad me acerque a Ana, intente tranquilizarla y le acompañe al despacho del orientador que le calmaba, hablando con ella y ayudándole a respirar. Llamó a su padres para comunicarles lo ocurrido y pedirles que viniesen a buscarla.
- En ese momento el orientador me informo que Ana había realizado varios intentos previos y por ese motivo había cambiado de instituto. Nadie me había informado al respecto, por cuestiones de confidencialidad. Ana se sentaba todos los días al lado de un gran ventanal abierto de par en par, me hubiese gustado que alguien me hubiera informado, que me hubiesen formado para este tipo de situaciones. Regrese al aula, el alumnado seguía cabizbajo, empezaban a oírse cuchicheos. Lo único que se me ocurrió decir fue que Ana debía estar muy desesperada para hacer lo que había hecho, que debía estar sufriendo mucho. Les pedí que si alguna vez se sentían así, que acudiesen a mi que yo haría lo posible por ayudarles, aunque en ese momento no supiera como, buscaría la manera.
- Posteriormente junto con el orientador, preparamos dos sesiones de tutoría para que el alumnado hablase libremente sobre lo ocurrido, así como para tratar algunas cuestiones sobre la conducta suicida. No se si es suficiente, creo que no, pero si es necesario seguir haciendo algo al respecto.”

COMENTARIOS AL CASO

- En este caso la conducta suicida tiene lugar en un centro educativo, por tanto afecta a todos sus integrantes: al alumnado, al profesorado y a las familias. El enfoque más adecuado para abordar la prevención de la conducta suicida en los centros educativos es el enfoque integral: desde este enfoque toda la comunidad educativa participa y es corresponsable de la conducta suicida.
- En este caso la profesora es sensible no solo al aprendizaje de sus alumnos sino también al bienestar físico emocional de los mismos. Lo que expresa en este relato, es su malestar por el desconocimiento y falta de herramientas para manejar este tipo de situaciones.
- El tema de la conducta suicida sigue siendo un tema tabú en la sociedad en general, y no lo es menos en los centros educativos. No se puede responsabilizar o culpabilizar al profesorado por no tener herramientas adecuadas para prevenir, identificar y actuar correctamente.
- Entre las pautas de actuación posibles estarían las siguientes:
 - **Incorporar la prevención del suicidio en los planes del centro.** Para que esta sea efectiva es necesario que esta se integre de forma explícita en los programas y planes del centro. La situación de Ana indicaba que se encontraba en situación de alto riesgo, el centro debería haber recibido asesoramiento sobre cómo prevenir y actuar ante un caso como este
 - **Creación de un grupo multidisciplinar,** coordinación con la familia, seguimiento y apoyo, este centro debería haber estado en contacto con los servicios de Salud mental de la zona, de ahí la importancia de crear un equipo multidisciplinar, que en colaboración con la familia, realizase un seguimiento de la conducta de la alumna en el centro, llevando a cabo reuniones periódicas, con el fin de mantener una comunicación recíproca. A través de este equipo Celia habría recibido la información necesaria para atender de forma adecuada a su alumna: Limitando la ubicación de la alumna, alejándola de las ventanas y otros medios potencialmente lesivos, se podría haber activado un protocolo dirigido a la observación y atención diaria de la alumna, designando para ello personas responsables de su cuidado que podrían ser profesores, compañeros... se trata de formar un red de apoyo de carácter voluntario. se trata de reducir al mínimo las posibilidades de llevar a cabo un intento autolítico
 - **Planificar actividades incompatibles con la conducta suicida:** puesto que el intento de suicidio es una conducta, su realización es incompatible con otro tipo de conductas (juegos de mesa, actividades en grupo, deporte..)
 - **Tener preparado un plan de contingencias:** En todo proceso terapéutico la recuperación no es lineal, puede haber altibajos, por ello es necesario establecer con los niños y adolescentes y sus familias un plan de contingencia en caso de que reaparezcan las ideas, pensamientos o comportamientos suicidas.

COMENTARIOS AL CASO

- **Otras líneas de intervención a tener en cuenta en el abordaje de la conducta suicida son:**
 - **Diseño de un protocolo de actuación para casos de intento de suicidio o ideación suicida**, que debería incluir estrategias de prevención, actuación y postvención (intervención con posterioridad a una conducta suicida).
 - **Campañas de sensibilización y orientación en los centros escolares**, que fomenten la tolerancia cero al acoso.
 - **Cursos de capacitación de mejora en la comunicación entre docentes y adolescentes en situaciones de posible riesgo suicida**. Promocionar conductas de apoyo entre los estudiantes y transmitir información sobre cómo buscar ayuda adulta, cómo y a quién dirigirse, si es necesario.
 - **Campañas de información para alumnos sobre la gravedad de las conductas de acoso y la responsabilidad legal y personal de estos comportamientos**.
 - **Líneas de apoyo accesibles para crisis y emergencias**. Si en el centro se ha producido algún caso de muerte por suicidio, no ocultar la realidad, fomentar el apoyo al alumnado y permitir las manifestaciones de duelo espontáneas o dirigidas y coordinadas por sus profesores.
 - **Creación de una red de apoyo escolar en el centro**. Al igual que ya se viene haciendo con el Bullying y el Cyberbullying, se puede crear en los centros una red de apoyo que puede incluir la figura de un “alumno de confianza” para facilitar la comunicación entre los jóvenes y un adulto preparado especialmente en estos temas que podríamos denominar “tutor de apoyo” a quién cualquiera pueda acudir inmediatamente, si se detecta un posible riesgo.
 - **Formación a educadores y personal escolar**.
 - **Disponibilidad para los alumnos de documentación e información basada en la evidencia científica**

FORTALECIENDO
FACTORES DE
PROTECCIÓN FRENTE A
LA CONDUCTA
SUICIDA: Promoción
del bienestar
emocional desde la
comunidad educativa

- **Enseñar y fomentar entre el alumnado habilidades sociales y estrategias de afrontamiento.**
- El desarrollo de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento son cuestiones que nos ayudan a vivir con mayor equilibrio y a aumentar nuestra **resiliencia** mejorando la gestión emocional frente a diversas circunstancias que se pueden presentar en el ciclo vital.
- Estas habilidades puede trabajarse y fortalecerse proporcionando una protección muy valiosa.
 - Reconocimiento de emociones.
 - Comunicación emocional.
 - Técnicas para gestión de las emociones.
 - Asertividad.
 - Habilidades para resolución de conflictos.
 - Habilidades sociales.
 - Habilidades para modificar circunstancias estresantes
- **Coordinación con las familias y asociaciones de madres y padres.**
- Las figuras parentales necesitan información, orientación, apoyos psicoeducativos y comunitarios que ayuden a crear las condiciones adecuadas para que las familias puedan cuidar y educar a sus hijos e hijas
- **Impulsar que el centro educativo sea un centro promotor de la salud.**
- Partiendo de un concepto de salud de forma global, las escuelas se convertirían en agentes promotoras de salud