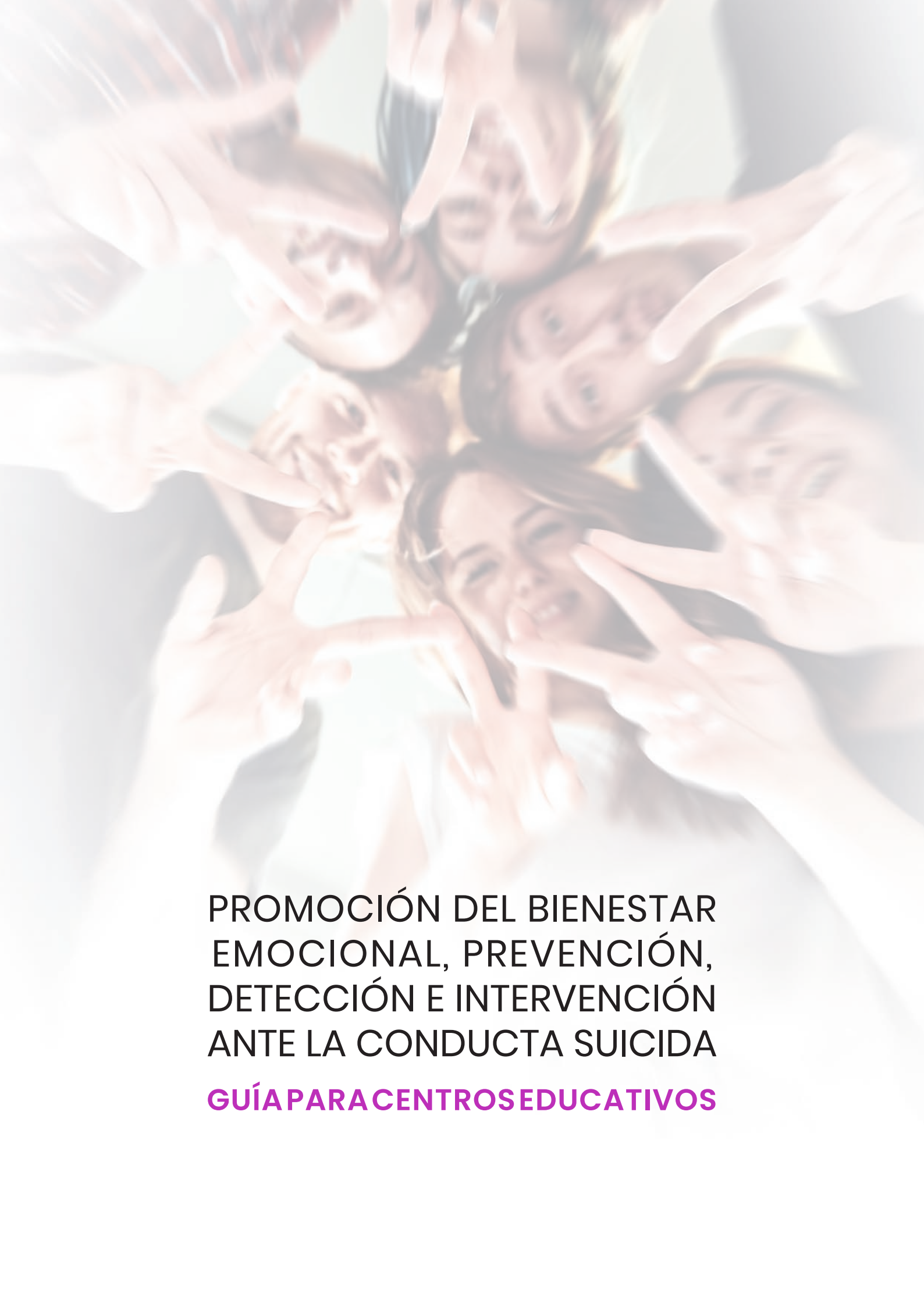


PROMOCIÓN DEL BIENESTAR
EMOCIONAL, PREVENCIÓN,
DETECCIÓN E INTERVENCIÓN
ANTE LA CONDUCTA SUICIDA

GUÍA PARA CENTROS EDUCATIVOS





PROMOCIÓN DEL BIENESTAR
EMOCIONAL, PREVENCIÓN,
DETECCIÓN E INTERVENCIÓN
ANTE LA CONDUCTA SUICIDA

GUÍA PARACENTROSE EDUCATIVOS

COORDINACIÓN TÉCNICA

Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Dirección General de Salud Pública.

Tatiana Cuartas Álvarez

GRUPO DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO (orden alfabético apellidos)

Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Dirección General de Salud Pública.

Tatiana Cuartas Álvarez

Alejandro Ezama Suarez

Miguel Mancheño Antón

César Menéndez Naves

GRUPO DE ASESORAMIENTO Y REVISIÓN

Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Dirección General de Salud Pública.

Rafael Cofiño Fernández

Nadia María García Alas

Miguel Ángel Prieto García

Matilde Sánchez Fernández

Consejería de Educación del Principado de Asturias.

María Paloma Alonso García

María Henar de Pedro Alonso

María Consuelo García Fernández

María José Villaverde Aguilera

Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia.

Ana María Domínguez Herrero

Inés María Uría Nieto

SESPA.

Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental.

Ángel López Díaz

SESPA.

Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria.

Emma Moatassim Fernández

Oscar Suárez Álvarez

Universidad de Oviedo.

Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.

Susana Al-Halabí Díaz

DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN

De Buena Tinta. Ribadesella

DEPÓSITO LEGAL

AS-00397-2023

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Introducción y justificación | 10 |
| 2. Objetivos | 14 |
| 2.1. Objetivo General | |
| 2.2. Objetivos Específicos | |
| 3. Aclarando conceptos..... | 15 |
| 4. La importancia de desmitificar..... | 16 |
| 5. Factores de protección..... | 20 |
| 5.1. Factores de protección personales | |
| 5.2. Factores de protección familiares | |
| 5.3. Factores de protección sociales | |
| 5.4. Factores de protección del entorno educativo | |
| 6. Fortaleciendo factores de protección frente a la conducta suicida: Promoción del bienestar emocional desde la comunidad educativa | 21 |
| 6.1. Acción 1. Enseñar y fomentar entre el alumnado habilidades emocionales y estrategias de afrontamiento | |
| 6.2. Acción 2. Coordinación con las familias y asociaciones de madres y padres | |
| 6.3. Acción 3. Impulsar que el centro educativo sea un centro promotor de la salud | |
| 6.4. Acción 4. Potenciar la promoción del bienestar emocional en los Planes de Acción Tutorial y Planes de Convivencia | |
| 7. Factores de riesgo..... | 24 |
| 7.1. Factores de riesgo personales | |
| 7.2. Factores de riesgo familiares | |
| 7.3. Factores de riesgo sociales y del entorno educativo | |
| 8. Detectando e interviniendo sobre los factores de riesgo: Prevención de la conducta suicida en centros educativos..... | 26 |
| 8.1. Acción 1. Informar a toda la comunidad educativa sobre la figura y funciones del coordinador o coordinadora de bienestar y protección | |
| 8.2. Acción 2. Crear espacios de confianza | |
| 8.3. Acción 3. Crear una cultura de desmitificación | |
| 8.4. Acción 4. Visibilizar herramientas de ayuda | |
| 8.5. Acción 5. Coordinar la actuación que se deba llevar a cabo con otras instituciones ante la presencia de factores de riesgo en el alumnado | |
| 8.6. Acción 6. Actuar ante la detección de señales de alarma. | |
| 8.7. Acción 7. Formar a los docentes en los aspectos claves de la conducta suicida en el entorno escolar | |
| 9. Factores desencadenantes | 28 |
| 9.1. Factores desencadenantes comunes a todas las edades | |
| 9.2. Factores desencadenantes en la infancia y adolescentes | |
| 10. Interviniendo frente a potenciales factores desencadenantes: Centros educativos libres de potenciales factores desencadenantes..... | 29 |
| 10.1. Acción 1. Tolerancia cero frente a cualquier tipo de acoso | |
| 10.2. Acción 2. Plan de acogida del alumno o alumna con intento suicida previo | |

| | |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| 11. Signos de alerta o señales de alarma | 32 |
| 11.1. Verbales | |
| 11.2. No verbales | |
| 12. Actuación frente a señales de alarma..... | 33 |
| 12.1. Recomendaciones generales: ¿Qué hacer? y ¿Qué NO hacer? | |
| 12.2. Situación de riesgo inminente | |
| 12.3. Situación de riesgo NO inminente | |
| 13. Posvención | 39 |
| 14. Anexos..... | 42 |
| 15. Flujogramas..... | 48 |

¿CÓMO USAR LA GUÍA?

Actualízate sobre datos y marco referencial.

• • •

Aclara conceptos en relación a la conducta suicida.

• • •

Desmitifica e infórmate sobre los prejuicios que rodean al suicidio.

SECCIÓN A

Conoce los factores de protección frente al suicidio y como trabajar en ellos desde el centro educativo.

• • •

Infórmate sobre los factores de riesgo y su prevención.

• • •

Ten muy presentes los factores desencadenantes y como disminuir su presencia en el entorno escolar

SECCIÓN B

Aborda la detección de situaciones de riesgo.

• • •

Estructura la intervención ante estas situaciones de riesgo y las fases posteriores a la intervención.

• • •

Profundiza sobre ¿qué hacer? y ¿qué no hacer?

SECCIÓN C

Consulta los anexos y flujogramas.

• • •

Utiliza las referencias y bibliografía para ampliar conocimientos.

SECCIÓN D



SECCIÓN A

Marco referencial, objetivos y conceptos

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La preocupación general por el bienestar emocional y la salud mental de la población es conocida en los últimos tiempos. La pandemia sufrida a nivel mundial por el virus SARS-CoV-2 parece haber contribuido a esa percepción de fragilidad emocional siendo especialmente relevante en la infancia y adolescencia. Esto ha hecho que adquiera más importancia uno de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** recogido en la Agenda 2030 que habla sobre **“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”** (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021).

Dentro de este contexto de malestar emocional, la conducta suicida es un problema de salud pública de primer orden que todavía se encuentra rodeada de estigma y numerosos tabús, lo que constituye una barrera para su prevención (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021). **Se trata de un fenómeno complejo, multidimensional y multifactorial que se caracteriza por la presencia de sufrimiento vital y de un dolor psicológico intolerable en el que una persona, en una circunstancia determinada (construida como insufrible, irresoluble, interminable, inescapable, sin futuro y sin esperanza) decide quitarse la vida. Una amplia amalgama de factores que se encuentran en una continua interacción dinámica parece explicar las razones por las cuales una persona decide suicidarse. No cabría, por tanto, una interpretación causal de tipo lineal ni unicausal, sino que habría que entender las conductas suicidas en los contextos biográficos, sociales y culturales de las personas y en la presencia de “sentido” en su sufrimiento, así como en la vivencia particular de sus dificultades o avatares vitales** (Al-Halabí y García-Haro, 2021; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2022).

En el informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), específica, que en ese año se suicidaron más de 700.000 personas en el mundo, lo que implica que una de cada 100 muertes fue debida a esta causa, **siendo a nivel mundial, la segunda causa de muerte en los jóvenes**. Con el objetivo de mitigar el impacto del suicidio la OMS establece que se debe trabajar sobre **4 líneas prioritarias** (OMS, 2019, p.13):

- limitar el acceso a los medios y métodos para cometer actos suicidas.
- trabajar en la difusión responsable de los casos de suicidio en los medios de comunicación.
- promoción de habilidades socioemocionales entre los jóvenes y detección precoz del riesgo suicida.
- evaluación, intervención y seguimiento de las personas con pensamientos y comportamientos suicidas.

En cuanto a los datos, **anualmente en España fallecen por suicidio entre 3500 y 4000 personas**. Concretamente, según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2020, fallecieron 3941 personas **siendo la principal causa externa de muerte en global y la segunda causa de muerte si analizamos la franja de edad entre los 15 a 29 años**. De estas personas fallecidas por suicidio en el año 2020, 2930 eran hombres y 1011 mujeres. **En los hombres de 15 a 19 años la mortalidad por esta causa es 2,3 veces mayor que en mujeres**, valor que llega a ser de 3 veces mayor en el grupo de 20 a 24 años, manteniéndose estas tendencias desde 2001. Estas cifras suponen una media de 11 suicidios al día con un aumento global del 7,35% respecto al año 2019 (Fundación Española para la Prevención del suicidio [FSME], 2020).

Centrándonos en nuestra comunidad autónoma, Asturias y Galicia presentan la mortalidad por suicidio más elevada y los valores más bajos se encuentran en la Comunidad de Madrid y Cantabria, además de Ceuta y Melilla (Ministerio de Sanidad, 2022). **En Asturias, las causas externas dominan las defunciones entre los 15 y los 44 años, con los suicidios como primera causa de muerte, en el año 2019** (Consejería de Salud del Principado de Asturias, 2021).

SECCIÓN A

En cuanto al marco legislativo debemos hacer referencia a la **Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE)**, donde se especifica el **importante papel de la escuela en el bienestar general de los niños y niñas**, y como la promoción de la salud en el ámbito educativo contribuye a que los grupos de población más joven, independientemente de factores como clase social, género, o el nivel educativo alcanzado por sus padres y madres u otras figuras parentales, desarrollen una vida más saludable. Asimismo, la LOMLOE especifica que **se pondrá especial atención a la educación emocional y en valores, entre los que se incluye la igualdad entre hombres y mujeres como pilar de la democracia** (España, Cortes Generales, 2020).

Igualmente, la **Ley orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**, puntualiza en el capítulo IV del ámbito educativo diversas cuestiones fundamentales como las recogidas en el artículo 34, donde se refiere a protocolos de actuación de diversa índole, entre los que se puntualiza el protocolo de actuación frente al suicidio subrayando que en la redacción de estos protocolos se contará con la participación de niños, niñas y adolescentes, otras administraciones públicas, instituciones y profesionales de los diferentes sectores implicados en la prevención, detección precoz, protección y reparación de la violencia. Puntualizando que deben ser aplicados en todos los centros educativos independientemente de su titularidad y evaluarse periódicamente (España, Cortes Generales, 2021).

En el artículo 35 de ese mismo capítulo IV se habla del coordinador o coordinadora de bienestar y protección, especificando que, **“todos los centros donde cursan estudios personas menores de edad deberán tener un coordinador o coordinadora de bienestar y protección del alumnado”**.

Entre las funciones a realizar por esta figura al menos deberán estar las siguientes:

- Promover planes de formación sobre prevención, detección precoz y protección de los niños y niñas y adolescentes dirigidos a los/as profesionales, al alumnado y a los padres y madres.
- Coordinarse, de acuerdo con los protocolos que aprueben las administraciones educativas competentes, con los servicios sociales competentes en caso de necesidad.
- Identificarse y presentarse a la comunidad educativa como el referente para las comunicaciones.

Por todo lo anteriormente expuesto, se hace necesario impulsar la creación de herramientas específicas que puedan contribuir a la **prevención y respuesta a un problema de salud pública multifactorial como la conducta suicida**. Problema que precisa de un abordaje integral e intersectorial que pueda englobarse dentro de una Estrategia más amplia en la que debe encontrarse implicada toda la sociedad. Como hemos señalado anteriormente, la conducta suicida se encuentra entre las principales causas de muerte entre adolescentes a nivel mundial, por tanto se trata de un fenómeno con la suficiente importancia como para plantearnos estrategias de prevención e intervención, que impliquen diversos ámbitos tales como el familiar, educativo, social, sanitario, etc.

SECCIÓN A

Adicionalmente, **el abordaje de la conducta suicida durante la adolescencia es relevante por varios motivos, entre los que podemos destacar los siguientes:** (1) las conductas suicidas en población infanto-juvenil han aumentado en las últimas décadas; (2) cada vez se registran más suicidios a edades más tempranas; (3) la mayoría de personas que han considerado o intentado suicidarse lo hicieron por primera vez durante su juventud, típicamente antes de los veinte años; (4) los pensamientos de suicidio y las conductas auto lesivas son predictores bien establecidos de nuevos intentos de suicidio en el futuro y de problemas para el desarrollo social y emocional del joven; (5) la muerte por suicidio de un menor supone un auténtico drama familiar agravado por el estigma social; (6) y, finalmente, la mayoría de los adolescentes que intentan suicidarse comunican sus pensamientos antes de llevarlo a cabo (Al-Halabí et al., 2021; Asarnow y Ougrin, 2019; Cha et al., 2018; Glenn et al., 2020).

En todo caso, no existe un camino único que lleve a un adolescente a intentar quitarse la vida o a realizar conductas que pongan en peligro su bienestar. Explicar las causas de este fenómeno no es fácil ya que, como en casi todos los fenómenos complejos, no hay una única respuesta. La investigación ha determinado la existencia de numerosos factores de riesgo y comportamientos de riesgo relacionados (acoso escolar, prácticas sexuales de riesgo, delincuencia, abuso de sustancias, auto-agresiones, falta de actividad física, hábitos alimentarios inadecuados, violencia familiar, etc.), aunque el tamaño del efecto de cada factor es, en general, bajo o muy limitado.

A pesar de estas dificultades, el suicidio es prevenible. Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud ha publicado una guía para promover la salud de los adolescentes que insta a la adopción de medidas a nivel estructural, ambiental, institucional, comunitario, interpersonal e individual para prevenir la muerte por suicidio en la adolescencia.

Así, **al igual que en todas las conductas problemáticas de la adolescencia, tanto la familia como la intervención en los contextos educativos es algo crucial.**

Con relación al contexto escolar, varias revisiones prestigiosas han indicado que, entre otros abordajes, los programas de prevención escolar y otro tipo de intervenciones en los contextos educativos pueden ser métodos de prevención del suicidio eficaces (Turecki et al., 2019; Zalsman et al., 2016), aunque la evidencia científica aún es limitada. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala otras intervenciones eficaces, tales como la formación del personal educativo en la identificación de alumnos en riesgo, las iniciativas para garantizar un entorno escolar seguro (como los programas contra el acoso escolar), el refuerzo de los vínculos con el colegio y los servicios de apoyo, la mejora de la legislación y el desarrollo de protocolos de actuación en caso de que haya algún alumno con riesgo de suicidio, así como mejorar la concienciación de los padres sobre la salud mental de sus hijos.

“Hay que recordar a los profesores o cuidadores que hablar del suicidio con los jóvenes no aumentará el riesgo de suicidio, sino que los jóvenes se sentirán más capacitados para acudir a ellos en busca de apoyo cuando lo necesiten”, recuerda la OMS.

Sería muy conveniente que ambos contextos, familia y escuela, junto con la comunidad y otros agentes sociales, abordaran la gestión emocional del dolor, la frustración, la ética, los valores personales, las crisis de las diferentes etapas de la vida, la visión romántica de la muerte, la idealización del amor romántico, etc. Los adolescentes que piensan en suicidarse están asustados, ambivalentes hacia la vida, y necesitan tener la ocasión de encontrar un espacio seguro para hablar de esos pensamientos que les acosan (Al-Halabí et al., 2021).

SECCIÓN A

Esta guía pretende poner a disposición de la comunidad educativa información fiable sobre la conducta suicida en la infancia y la adolescencia, promoviendo mecanismos de protección y promoción del bienestar emocional así como orientaciones para la intervención. **No se trata de un documento cerrado ya que sin duda es necesario un trabajo de adaptación y personalización a las características y condicionantes que puedan darse en cada centro educativo o situación concreta pero ofrece unas orientaciones y pautas de actuación con el objetivo de aportar claridad, evidencia y seguridad en las actuaciones.**

El plan de evaluación de procesos y resultados se desarrollará en el marco de la Estrategia de Bienestar Emocional que se está elaborando desde la Consejería de Salud en coordinación con diferentes grupos e instituciones.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Aportar información fiable sobre la conducta suicida en infancia y adolescencia e impulsar líneas de promoción del bienestar emocional, prevención, detección de factores de riesgo e intervención desde los centros educativos.

2.2. Objetivos Específicos:

- Aclarar conceptos y realizar un proceso de desmitificación de falsas creencias relacionadas con el suicidio en los centros educativos.
- Dar a conocer factores de protección, factores de riesgo y factores potencialmente desencadenantes frente a la conducta suicida.
- Impulsar a los centros educativos a promover los factores de protección ante la conducta suicida en el entorno educativo.
- Facilitar la detección de factores de riesgo frente a la conducta suicida e impulsar la intervención.
- Favorecer la detección precoz de los alumnos y alumnas que presenten comportamiento, planificación o ideación suicida en los centros educativos.
- Identificar las distintas señales de alarma y contribuir a un adecuado manejo de estas.
- Definir abordaje de la situación, circuitos y planes de actuación ante las distintas señales de alarma.
- Definir el concepto de posvención y aportar estrategias de apoyo durante el mismo.

SECCIÓN A

3. ACLARANDO CONCEPTOS

Respecto al suicidio es necesario establecer una terminología única que permita clarificar los conceptos de cara a facilitar la comprensión de las distintas realidades, permitiendo así, un mejor manejo de las situaciones que puedan presentarse. Esta definición conceptual no resulta sencilla ya que en base a la revisión bibliográfica realizada se puede observar la variabilidad existente en la definición de los distintos términos.

La conducta suicida es un problema complejo, sin una única causa o razón, resultado de una interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales, medioambientales, y engloba diferentes expresiones que pivotan alrededor de la necesidad de hacer desaparecer el sufrimiento psicológico intolerable que se está viviendo en un momento determinado.

Esta conducta suicida no debemos enmarcarla dentro del contexto de un trastorno mental ya que puede aparecer tanto en ausencia como en presencia del mismo (García-Haro et al., 2020), siendo una conducta voluntaria y con plena conciencia del sujeto y que en la adolescencia presenta más posibilidades de ser un proceso continuo que puede iniciarse en las autolesiones no suicidas y finalizar en el suicidio (Pedreira-Massa, 2019).

Esto es un buen reflejo de la complejidad que supone establecer límites claros en este tipo de conductas en los adolescentes. Este problema vendría determinado, en parte, por la dificultad de determinar qué es un “intento”, por la tendencia de los más jóvenes a cambiar de métodos de autolesión, y por el incremento del riesgo de intentos de suicidio y muerte consumada entre los adolescentes que se autolesionan independientemente de sus intenciones (Asarnow y Mehlum, 2019). La nomenclatura de estas conductas es, pues, un tema que aún no está resuelto. No obstante, independientemente de este debate, **las conductas autolíticas (o autolesiones) sin intención de muerte son mucho más frecuentes que los intentos de suicidio (conductas autolíticas con intención de muerte)**. Lo que parece claro es que los datos indican que los jóvenes con una historia de autolesiones tienen mayor riesgo de muerte por suicidio y de llevar a cabo otro tipo de comportamientos de riesgo para la salud (Gilbert et al., 2020). Dicho de otro modo, en el caso de los adolescentes, se trata de una conducta común y fuertemente asociada con la muerte por suicidio (Fonseca-Pedrero et al., 2022; Geulayov et al., 2018; McMahon et al., 2014; Morgan et al., 2017). Por ese motivo, es fundamental la evaluación, supervisión y abordaje clínico de todo este tipo de conductas sea cual sea su intención (Al-Halabí et al., 2021)

En cuanto a la terminología asociada a esta temática, a efectos de esta guía se entenderá por:

- - **Ideación suicida:** pensamientos sobre el deseo de morir. Pueden ser más específicos, con una planificación de suicidio o inespecíficos, sin un plan concreto.
- - **Amenaza/Comunicación suicida:** Expresión verbal o no verbal que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida.
- - **Intento de suicidio:** todo acto que sin llegar a tener como resultado la muerte es realizado de forma deliberada contra uno mismo con intención de morir.
- - **Riesgo de suicidio:** posibilidad de que una persona atente contra su propia vida.
- - **Suicidio:** acto intencionado que da como resultado la muerte.
- - **Autolesiones no suicidas:** lesiones que una persona se hace a sí mismo de forma intencionada con el objetivo de provocarse un daño físico con el que se pueda aliviar un sufrimiento emocional pero sin intención de morir.

4. LA IMPORTANCIA DE DESMITIFICAR

Los mitos y prejuicios son creencias erróneas, generalizadas a nivel social, transmitidas de generación en generación, que influyen en las actitudes de las personas.

La aceptación de los mitos, relacionados con el suicidio, como una realidad, a pesar de tratarse de una creencia sin base científica, implica una traba muy importante en la prevención del mismo.

Es fundamental que la comunidad educativa conozca estos mitos y prejuicios e intente trabajar en conjunto y de forma transversal para aclararlos y fomentar una CULTURA DE DESMITIFICACIÓN.

Algunos de los mitos más comunes con respecto a la conducta suicida son:

| MITO | REALIDAD |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| El suicidio no se puede prevenir | Las acciones orientadas a la prevención del suicidio se pueden implementar en diferentes niveles: prevención universal, selectiva e indicada. En la mayoría de las ocasiones existen señales de alarma que se pueden identificar y detectar el riesgo. |
| Hablar del suicidio aumenta el riesgo de llevarlo a cabo | Aportar información en general a la sociedad sobre el suicidio, aclarando conceptos falsos sobre el mismo, no aumenta el riesgo de que una persona acabe suicidándose. |
| La conducta suicida se hereda, está en la familia | La tendencia a la depresión puede ser hereditaria, pero una conducta suicida no se hereda. |
| Todas las personas que se suicidan tienen un trastorno mental | Si bien es cierto que los trastornos mentales son un importante factor de riesgo frente al suicidio, el acto suicida no se reduce a una sola causa. |
| Solo los psiquiatras o psicólogos pueden prevenir el suicidio | La prevención del suicidio es una labor de toda la sociedad en su conjunto. Los profesionales del entorno educativo juegan un papel muy importante en esta prevención. |
| Hablar del suicidio con una persona que está pensando en suicidarse incita a hacerlo | Hablar y preguntar de forma calmada, sin juzgar, sobre la presencia de pensamientos suicidas disminuye el riesgo de llevar a cabo el acto. Permite aliviar tensiones y preocupaciones. |
| Una persona que comunica su ideación suicida no la lleva a cabo: "el que lo dice no lo hace" | La mayor parte de las personas que han intentado suicidarse expresaron previamente su intención de forma verbal o no verbal. No considerar las verbalizaciones como un chantaje, una manipulación. No se debe retar a la persona a intentar suicidarse. |

SECCIÓN A

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Quién hace un intento de suicidio está haciendo un alarde: “quiere llamar la atención”</p> | <p>Un intento de suicidio no debe considerarse nunca como un acto de manipulación o llamada de atención.</p> |
| <p>Quién se suicida quiere matarse</p> | <p>La persona que se suicida lo que quiere es dejar de sufrir.</p> |
| <p>Solo los niños y adolescentes con trastornos mentales se suicidan</p> | <p>Situaciones, que en la edad adulta, pueden gestionarse emocionalmente con éxito, en la infancia y adolescencia pueden ocasionar un sufrimiento emocional muy importante.</p> |
| <p>Los adolescentes que presentan ideación suicida se van a enfadar con las personas que intervengan</p> | <p>En la mayoría de las ocasiones las personas que intervienen son fundamentales para el alivio del sufrimiento emocional y eso conlleva gratitud futura por la intervención.</p> |
| <p>La promesa de confidencialidad realizada a un niño/a o adolescente que cuenta sus pensamientos suicidas debe mantenerse siempre</p> | <p>Al existir la posibilidad real de que se intente un suicidio no podemos mantener esa promesa.</p> |



SECCIÓN B

Factores de protección, factores de riesgo y desencadenantes

5. FACTORES DE PROTECCIÓN

Cuando hablamos en general de salud, incluyendo la salud mental, nos referimos a un concepto que se encuentra determinado por diversos factores y circunstancias específicas en las que se desarrolla la vida de cada persona.

Factores biológicos, educativos, culturales, sociales, económicos, empleo, contexto familiar, acceso al sistema sanitario, medioambientales, de género, etc., son **determinantes de la salud** que pueden actuar de forma positiva como factores protectores o de forma negativa (Ministerio de Sanidad, 2022).

Por tanto, existe todo un contexto biográfico y social que va mucho más allá de la capacidad individual y la resiliencia como individuo.

Los factores de protección frente a la conducta suicida son actitudes, conductas o circunstancias que permiten a los individuos prevenir situaciones estresantes y que reducen la posibilidad de la aparición del comportamiento suicida. Algunos de ellos son los siguientes.

5.1. Factores de protección personales

- Alta autoestima personal.
- Capacidad para la resolución de problemas y para relativizar problemas menores.
- Percepción de control sobre acontecimientos vitales.
- Conducta extrovertida.
- Actitud y valores en pro de la sociedad.
- Percepción de apoyo social y personal. Sentirse querido.
- Capacidad para pedir ayuda o consejo.
- Resiliencia.

5.2. Factores de protección familiares

- Buena comunicación con miembros de la familia.
- Sentimiento de conexión emocional con los adultos de la familia o con alguno de ellos.
- Familia flexible, en la que se comparte espacio, tiempo e intereses.

5.3. Factores de protección sociales

- Participación en actividades sociales.
- Gestión adecuada de ocio y tiempo libre.
- Realización de actividad física individual o en grupo.
- Buenas condiciones medioambientales (World Health Organization [WHO], 2022).

5.4. Factores de protección del entorno educativo

- Buena relación con los pares o iguales.
- Sentimiento de pertenencia a un grupo.
- Relaciones positivas con profesores y otras figuras relevantes del entorno.
- Expectativas positivas de desarrollo socio-personal y educativo.

SECCIÓN B

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

Desde su fundación, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, ha elaborado varios informes mundiales que tenían como objetivo el análisis de la educación en momentos claves. El último de ellos ha sido publicado en español este año y especifica que *“un nuevo contrato social para la educación debe basarse en los derechos humanos y en los principios de no discriminación, justicia social, respeto a la vida, dignidad humana y diversidad cultural, incluyendo una ética de cuidado, reciprocidad y solidaridad” (UNESCO, 2022).*

Igualmente, en todo el desarrollo del documento y de forma transversal se habla de los centros educativos como lugares donde el alumnado pueda formarse en un entorno de aprendizaje inclusivo y colaborativo, siendo espacios libres de acoso y violencia, aceptando la diferencia y diversidad y teniendo en cuenta, que las etapas de infancia y adolescencia son idóneas para realizar promoción general de la salud y por tanto también de la salud mental y bienestar emocional.

En esta misma línea, el documento “Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar” desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, nos recuerda que

...“las intervenciones universales en las escuelas pueden ser más fáciles de ejecutar y es menos probable que provoquen estigmatización, en comparación con las intervenciones que requieren una selección de participantes. Cuando se realizan en las escuelas, las intervenciones pueden abordar varios factores de riesgo y ayudar a gran parte de los adolescentes, a la vez que les proporcionan aptitudes básicas para promover la salud mental y prevenir las conductas de riesgo” (OMS, 2021).

Sin duda, la comunidad educativa tiene un papel fundamental y debe realizar esfuerzos orientados a esta tarea de promoción del bienestar emocional y en general promoción de la salud. De esta forma, conseguiremos colaborar al desarrollo de los factores de protección frente a la conducta suicida que hemos comentado previamente.

En base a todo lo anterior, se propone establecer, desde los centros educativos, un conjunto de acciones orientadas hacia la promoción del bienestar emocional en las que se implique a toda la comunidad educativa:

6.1. Acción 1. 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.

El estilo de afrontamiento ante problemas cotidianos puede venir en parte influenciado por lo aprendido en el entorno familiar y se puede ver también modificado por intervenciones realizadas desde el centro educativo.

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.

En este sentido, existen diversos proyectos y experiencias ya instaurados que pueden servir de ejemplo y base para que los centros educativos promuevan estas dinámicas desde los planes de convivencia, la acción tutorial o actuaciones desarrolladas desde los Servicios Especializados de Orientación, coordinadores y coordinadoras de bienestar, etc.

6.2. Acción 2. Coordinación con las familias y asociaciones de madres y padres.

Desde el marco referencial que nos aporta la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia se apuesta por actuaciones dirigidas a la promoción del buen trato en todos los ámbitos de la vida del niño, niña y adolescente así como todas las orientadas a la formación en **parentalidad positiva y corresponsabilidad parental** (España, Cortes Generales, 2021).

Este concepto, tal como viene recogido en la recomendación 19 a los Estados Miembros de la Unión Europea sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad, se refiere *“al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño o niña, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación, que incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño o la niña”* (Consejo de Europa, Comité de Ministros, 2006).

En la anterior recomendación nombrada se especifica que para llegar a desempeñar esta parentalidad positiva, 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.

6.3. Acción 3. Impulsar que el centro educativo sea un centro promotor de la salud.

Entendiendo el concepto salud de forma global y pudiendo enmarcar las actuaciones a realizar en este sentido en los programas o formatos establecidos como el marco conceptual de las **escuelas promotoras de salud** de la Red de Escuelas para la Salud de Europa (Red SHE) o en otro tipo de formatos, teniendo siempre en cuenta las necesidades detectadas en el centro educativo y la adaptación a las características del mismo.

Desde la guía “Ganar salud en la escuela” elaborada por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación (2009) se nos recuerdan las razones básicas para incorporar esta educación y promoción de la salud en el proyecto educativo del centro: *“...estrategia clave para incrementar los niveles de salud del alumnado y mejorar el clima interno del centro escolar, optimizar sus procesos de gestión y alcanzar mejores resultados educativos, entendidos globalmente, no solo académicos.*

La obligatoriedad de la educación facilita el acceso a la población infantil y adolescente, siendo estas épocas de desarrollo vital en las que se adquieren muchos hábitos de vida que se consolidarán.

El ámbito educativo proporciona un marco de intervención social que cuenta con agentes que disponen de cualificación desde el punto de vista pedagógico: el profesorado.” (Ministerio de Sanidad, 2009, p.23).

SECCIÓN B

6.4. Acción 4. Potenciar la promoción del bienestar emocional en los Planes de Acción Tutorial y Planes de Convivencia.

Incluir esta línea de promoción del bienestar emocional en los **planes de acción tutorial y en los planes de convivencia** permitirá establecer las actividades concretas que se puedan llevar a cabo identificando los responsables de las mismas y la coordinación que se pueda necesitar ajustada a cada centro educativo.

7. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de la conducta suicida son **circunstancias que tienen la capacidad potencial de ser perjudiciales para el bienestar de los individuos y que aumentan la probabilidad de aparición de una conducta suicida.**

Existe consenso en la comunidad científica en que no existe una causa específica para la conducta suicida sino una serie de factores de riesgo de diversa naturaleza (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Pedreira-Massa, 2019). Esto ocurre de forma similar cuando hablamos en global del concepto salud mental según nos especifica la OMS, en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030

“...los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad” (OMS, 2022, p. 2).

Algunos de los factores de riesgo más importantes son los siguientes:

7.1. Factores de riesgo personales

- Factores psicológicos y rasgos de personalidad:
 - Alta exigencia consigo mismo, perfeccionismo.
 - Impulsividad y baja tolerancia a la frustración.
 - Sentimientos de desesperanza y pérdida de ilusión frente al futuro.
 - Introversión.
 - Baja autoestima personal.
- Estilos de vida poco saludables.
- Abuso de sustancias. Conductas adictivas.
- Presencia de enfermedad, dolor crónico, discapacidad física
- Procesos de tránsito en la identidad sexual. No aceptación de la orientación sexual o dificultades en la expresión de esta orientación.
- Problemas de salud mental: trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno de la conducta alimentaria.
- Autolesiones.
- Intentos previos de suicidio: el riesgo aumenta al aumentar el número de intentos previos, al aumentar la gravedad y al aumentar los esfuerzos por ocultar estos intentos.
- Acceso a medios potencialmente letales: medicamentos, armas.

7.2. Factores de riesgo familiares

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Problemas de salud mental de los padres.
- Abuso de sustancias en el ámbito familiar.
- Violencia dentro del entorno familiar
- Comunicación pobre en el entorno familiar.
- Entorno familiar rígido con niveles de exigencia muy altos.
- Presencia factores estresores en la familia como precariedad laboral, desempleo, dificultades económicas.
- Menores incluidos en sistemas de protección

7.3. Factores de riesgo sociales y del entorno educativo

- Creencia de mitos relacionados con conducta suicida.
- Restar importancia malestar emocional de los niños/as y adolescentes.
- Falta de atención en el entorno del niño/a o adolescente.
- Bajo desempeño o fracaso escolar.
- Acoso y ciberacoso.

SECCIÓN B

La detección de estos factores de riesgo entre el alumnado y el abordaje de éstos se deben convertir en un objetivo prioritario del centro educativo. No obstante, es necesario tener en cuenta que el riesgo estadístico o probabilístico que establecen los factores de riesgo no es el mismo que el riesgo clínico. Mientras que el riesgo absoluto puede ser bajo, el riesgo relativo puede ser alto. La clave estará en la presencia de factores precipitantes vinculados al dolor psicológico o a la sensación de desconexión con la vida (Al-Halabi et al., 2021).

Se debe tener especial vigilancia sobre los grupos más vulnerables intentando proporcionar una atención extra e intentando utilizar con máxima eficiencia los recursos y personal del que dispone el centro educativo. Vamos a trabajar especialmente con aquellos alumnos y alumnas que han realizado un intento previo de suicidio, aquellos o aquellas que presentan algún problema de salud mental, “supervivientes” de un suicidio (alumnos o alumnas que han perdido a un ser querido por suicidio), minorías sociales o étnicas, menores incluidos en sistemas de protección, estudiantes con dificultades para asumir o expresar su orientación sexual, procesos de tránsito en la identidad sexual, víctimas de acoso y maltrato.

8. DETECTANDO E INTERVIENDO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO: Prevención de la conducta suicida en centros educativos

El objetivo es conseguir que la comunidad educativa se implique a la hora de llevar a cabo actuaciones dirigidas hacia la prevención de la conducta suicida y la detección precoz del riesgo. Esto puede requerir la coordinación con otras instituciones que sean informadas desde el centro para poder actuar ante estos riesgos de forma coordinada con el equipo docente y directivo.

Estos sistemas de coordinación ya se encuentran presentes y vienen siendo activados en el funcionamiento habitual pero se requiere una clara revisión de los mismos de forma que se realice un trabajo conjunto ante aquellas situaciones, conductas o contextos que impidan el desarrollo personal de los alumnos y alumnas en las mejores condiciones posibles.

Dependiendo del análisis realizado sobre estos factores de riesgo **el abordaje de los mismos puede requerir la actuación de profesionales específicos del centro educativo, profesionales de equipos de la Consejería de Educación, coordinación con ámbito social, coordinación con salud, etc.**

Alineado con lo anteriormente descrito, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS, nos recuerda que

“...los niños y adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas de carácter no farmacológico, ya sean psicosociales o de otra índole, dispensadas desde el ámbito comunitario, evitando la institucionalización y la medicalización, siguiendo la línea de los derechos que amparan a los niños y niñas con arreglo a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y la Niña.”

En este sentido, se especifican una serie de acciones, que pueden desarrollarse desde los centros educativos, englobadas en las orientaciones generales a seguir en las estrategias de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales durante toda la vida como son el cultivo de los recursos psicológicos fundamentales en las etapas formativas de la vida (programas que fomenten relaciones sociales seguras, estables y enriquecedoras entre los niños/as y progenitores, programas educación sexual, etc.) y la detección precoz, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta en la infancia y adolescencia (OMS, 2019).

8.1. Acción 1. Informar a toda la comunidad educativa sobre la figura y funciones del coordinador o coordinadora de bienestar y protección.

Tal y como establece la LOMLOE en su artículo 124.5, las administraciones educativas regularán los protocolos de actuación frente a indicios de acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género y cualquier otra manifestación de violencia, así como los requisitos y las funciones que debe desempeñar el coordinador o coordinadora de bienestar y protección, que debe designarse en todos los centros educativos independientemente de su titularidad (España, Cortes Generales, 2020).

La promoción de esta figura de referencia entre la comunidad educativa de cada centro docente puede resultar clave para que el alumnado o las familias la vean como un cauce de comunicación abierto en caso de estar viviendo alguna situación de malestar o conflicto.

8.2. Acción 2. Crear espacios de confianza.

Crear conjuntamente con el alumnado espacios de confianza muy accesibles, con figuras claves de referencia a los que poder recurrir en caso de sufrimiento emocional como pueden ser algunos/as estudiantes a los que se haya formado para responder

SECCIÓN B

de forma apropiada ante la demanda de ayuda por parte de algún compañero o compañera (Dumon, 2014).

Debemos ser conscientes de que **cuanto más se trabajen las estrategias de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento anteriormente citadas mayor probabilidad de hacer uso de estos espacios de confianza como apoyo para la gestión emocional**. Es fundamental conseguir un clima de bienestar en los grupos que permita y facilite el ofrecimiento y recepción de ayuda, especialmente en caso de detectar signos de alarma.

8.3. Acción 3. Crear una cultura de desmitificación.

Hablar del suicidio, aclarando mitos y creencias erróneas ayuda a prevenirlo.

Desde el centro educativo, y en el marco de la acción tutorial, se puede realizar una labor muy importante en estos términos ya que favorecer la sensibilización y la información veraz sobre el fenómeno de la conducta suicida es una herramienta fundamental para su prevención entre el alumnado.

Esta cultura de desmitificación de la que hablamos puede trasladarse a otros contextos y otras temáticas donde hablar con claridad aportando información veraz y contrastada.

8.4. Acción 4. Visibilizar herramientas de ayuda.

Disponer y situar información sobre recursos relacionados con la prevención y gestión de la conducta suicida y el bienestar emocional en lugares visibles y accesibles para toda la comunidad educativa, incluidas familias, facilitando que se conozcan recursos de cercanía (por ejemplo, webs o teléfono de ayuda para situaciones de crisis).

8.5. Acción 5. Coordinar la actuación que se deba llevar a cabo con otras instituciones ante la presencia de factores de riesgo en el alumnado.

Revisar los procedimientos que se precisen poner en marcha tras la detección de factores de riesgo de la conducta suicida en el alumnado.

El abordaje sobre estos factores de riesgo puede requerir la coordinación con otros servicios, instituciones o recursos requiriendo que los cauces de comunicación y las pautas de actuación se encuentren actualizadas.

8.6. Acción 6. Actuar ante la detección de señales de alarma.

Contar con un procedimiento de actuación frente al riesgo de suicidio que se encuentre implantado y que sea conocido por todo el personal adulto del centro escolar, especialmente de los potenciales intervinientes en el mismo. **Esta guía aporta unas pautas de actuación generales que van a requerir ciertas adaptaciones para que se ajusten a la realidad de cada centro.**

8.7. Acción 7. Formar a los/as docentes en los aspectos claves de la conducta suicida en el entorno escolar.

Se ha demostrado que los docentes desempeñan un papel fundamental no solo fortaleciendo los factores de protección frente a la conducta suicida si no también reconociendo factores de riesgo y señales de alarma de tal forma que resultan claves dentro de una estrategia global de prevención de la conducta suicida en la infancia y adolescencia (Dumon, 2014).

9. 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.

9.1. 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.

9.2. 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.

SECCIÓN B

10. INTERVINIENDO FRENTE A FACTORES POTENCIALMENTE DESENCADENANTES: Centros educativos libres de factores potencialmente desencadenantes.

En esta línea se propone trabajar en dos aspectos claves de forma que se intente minimizar la presencia de potenciales factores desencadenantes o factores estresores en los centros educativos.

10.1. Acción 1. Tolerancia cero frente a cualquier tipo de acoso.

La LOMLOE en su artículo 1, establece como uno de los principios de la educación *“...la educación para la convivencia, el respeto, la prevención de conflictos y la resolución pacífica de los mismos, así como para la no violencia en todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social, y en especial en el del acoso escolar y ciberacoso con el fin de ayudar al alumnado a reconocer toda forma de maltrato, abuso sexual, violencia o discriminación y reaccionar frente a ella.”* (España, Cortes Generales, 2020).

Atendiendo a este principio normativo, los centros educativos fomentarán una cultura de tolerancia cero frente a cualquier tipo de acoso, fortaleciendo el respeto, la convivencia, la educación inclusiva y aplicando los protocolos y procedimientos específicos frente al acoso establecidos por la Consejería de Educación.

10.2. Acción 2. Plan de acogida del alumno o alumna con intento de suicidio previo.

Uno de los factores de riesgo de la conducta suicida que presenta un peso específico importante es haber realizado algún intento previo de suicidio. La vuelta al centro educativo después de haber vivido una experiencia de este tipo requiere de actuaciones específicas que acompañen y apoyen ese regreso intentando disminuir la incertidumbre, el sufrimiento y las posibilidades de que se desencadene un nuevo intento.

En el **Anexo 1** se pueden consultar las acciones propuestas para llevar a cabo este plan de acogida.



SECCIÓN C

Detección del riesgo, intervención y
posvención

11. SIGNOS DE ALERTA O SEÑALES DE ALARMA

Los actos suicidas no suelen producirse de forma súbita o repentina. **En la mayoría de las tentativas suicidas aparecen una serie de signos de alerta o señales de alarma** que hemos de conocer y definir con el objetivo de poder realizar una intervención lo más precoz y eficaz posible.

Las señales de alerta nos indican que existe la posibilidad de que la persona tenga serios pensamientos suicidas o ser también una petición de ayuda.

Podemos agrupar los signos de alerta en:

11.1. Verbales

- Verbalización dolor emocional profundo.
- Verbalización sentimientos de bloqueo emocional intenso.
- Verbalización de desesperanza y no encontrar salidas a la situación.
- Verbalización sentimientos de ser una carga para su entorno.
- Verbalización sentimientos de soledad, no ser querido por nadie, no ser importante para nadie.
- Verbalizaciones despedidas (verbales o escritas).
- Verbalización deseos de morir.
- Verbalización abierta y directa sobre la intención de quitarse la vida, pudiendo llegar a explicar un plan suicida concreto (alto riesgo de suicidio) o pudiendo verbalizar la intención pero sin plan organizado.

Expresiones como las siguientes son ejemplos de verbalizaciones a las que debemos prestar atención:

“Mi vida no tiene sentido” “No valgo para nada” “No puedo más, quiero descansar” “Quiero desaparecer”, “Las cosas no van a mejorar nunca”, “No quiero seguir viviendo”, “La muerte es la solución”, “Siempre te querré”, “No soporto este dolor”, “Después de pensarlo ya sé cómo quitarme de en medio”, “Nadie me quiere, prefiero morir”, “Ya no tendréis que preocuparos por mí”, “Espero que me perdonéis por lo que voy a hacer”.

11.2. No verbales

- Falta de participación y motivación.
- Falta de interés en actividades que antes disfrutaba.
- Cambio repentino en su conducta. Estado de ánimo apático.
- Tendencia al aislamiento en actividades y espacios grupales.
- Descuido de su apariencia personal, alteraciones en los patrones de alimentación, sueño, relaciones.
- Abandono de las rutinas y tareas escolares.
- Ausencias en clase injustificadas, disminución del esfuerzo.
- Conductas imprudentemente temerarias.
- Inicio o incremento de consumo de sustancias adictivas.
- Despedidas a través de redes sociales.

SECCIÓN C

12. ACTUACIÓN FRENTE A SEÑALES DE ALARMA

Como se viene puntualizando a lo largo de toda la Guía, **los mayores esfuerzos de la comunidad educativa deben estar dirigidos hacia la promoción general de la salud mental y el bienestar emocional, realizando actuaciones precoces y transversales que potencien los factores de protección anteriormente descritos.** Esto va a suponer un impacto muy importante dentro de la prevención general de las dificultades en cuanto a gestión emocional y en concreto en la prevención de la conducta suicida.

En algunas ocasiones vamos a detectar situaciones de malestar emocional ya evolucionadas que requieren que estemos atentos a las señales de alarma anteriormente descritas. En estas situaciones, la **detección precoz de las señales de alarma**, junto con una pronta toma de decisiones dentro del marco de un plan de actuación en el centro educativo ayuda claramente a la prevención del suicidio. **En el caso de los adolescentes, parece ser que la mayoría van a exteriorizar sus intenciones e ideas antes de ponerlas en práctica así que la detección es fundamental** (Fonseca, 2022).

Según nos remarca el documento Directrices de actuación para la prevención, intervención y posvención de la conducta suicida en el entorno escolar del proyecto Euregeneas *“se debe motivar a profesores y orientadores escolares a vigilar la salud de los estudiantes siguiendo de cerca a aquellos que presenten aislamiento social, dificultades en las relaciones y su rendimiento escolar empeora para identificar posibles problemas o conflictos como indicadores de salud mental”* (Dumon, 2014, p. 23)

Cuando hablamos de **DETECCIÓN** nos referimos al momento en el que el centro es conocedor o detecta un riesgo en base a las señales de alarma anteriormente comentadas. Esta detección puede hacerla directamente un/a docente, puede ser conocedor/a de la situación a través de la información aportada por algún compañero o compañera del afectado o afectada, a través de las familias, o puede ser una comunicación directa del propio alumno o alumna que se encuentra en riesgo.

Nos encontramos ante un riesgo de conducta suicida cuando un alumno o alumna sugiera directa o indirectamente la idea de morir por suicidio, cuando la familia verbalice el miedo a que su hijo o hija pueda llevar a cabo un suicidio y /o cuando alguno de los agentes implicados en la detección observe señales de alarma o signos de alerta relacionados con el riesgo de conducta suicida.

Si esta situación de riesgo suicida aparece en un centro educativo es fundamental tener en cuenta durante toda la actuación las siguientes **recomendaciones que pueden resultar claves para disminuir en cierta medida el sufrimiento del momento y liberar tensión** por parte del niño, niña o adolescente.

12.1. Recomendaciones generales

¿Qué hacer?

- **Uso respetuoso de la información** del alumno o alumna.
- **Relación de ayuda:** La relación entre el alumnado y los/as docentes ha de estar sustentada en el respeto, la no emisión de juicios de valor y la honestidad. En el momento de crisis esta relación de ayuda debe estar limitada a una o dos personas.
- **Expresión del alumnado:** Las verbalizaciones acerca del suicidio deben ser recibidas y tratadas de forma sosegada, receptiva, abierta y fluida. Hablar sobre la conducta suicida no aumenta el riesgo del suicidio, al contrario, produce alivio y sensación de liberación.
- **Escucha activa:** La escucha ha de producirse desde una posición de respeto, confianza y comprensión.
- **Comunicación asertiva:** Es importante que los adultos usen frases cordiales y empáticas en sus intervenciones en lugar de criticar, desafiar, amenazar o culpabilizar. Se deben evitar frases como: “No digas tonterías”, “Bueno, ya se te pasará”, “Seguro que no es para tanto”.
- **Respetar los silencios:** Es normal que aparezcan silencios a lo largo de la conversación, estos han de ser respetados.
- **Hay salida:** Los adultos han de introducir una reflexión que permita ampliar la perspectiva desde la que el alumno o alumna está analizando los problemas en su vida diaria.
- **Fortalezas:** También puede ser útil insistir en las capacidades personales y fortalezas de cada uno.

¿Qué NO hacer?

- **No tomarse en serio** las verbalizaciones o señales de alarma.
- **Reprochar o juzgar** la manera de pensar.
- **Desafiar o retar** a hacerlo
- **Utilizar el sarcasmo**
- **Ponerse de ejemplo**, hablar de uno/a mismo/a, de sus experiencias.
- **Hablar de todas las bondades de la vida.** En ese momento el niño, niña o adolescente no visualiza esas bondades.
- **Mostrar temor, miedo**, dudando abiertamente de si estamos ayudando bien o no. Lo fundamental es que la persona se sienta escuchada y apoyada.
- **Ocultar a la familia o tutores legales la información obtenida en caso de ser menor de edad.** Se tratará de obtener el consentimiento del alumno o alumna explicándole que lo único que buscamos es ayudar, escuchando sus razones e identificando circunstancias por las que el alumno o alumna no quiere que se informe a la familia.

Si es mayor de edad puede acceder al aviso a familia o tutores con la finalidad de sentirse más apoyado.

SECCIÓN C

Una vez que se **DETECTE** podemos distinguir dos situaciones. Esta diferencia entre dos tipos de situaciones intenta englobar de forma sencilla algo que en sí mismo presenta una gran complejidad y variabilidad, por lo que resulta fundamental tener la capacidad de adaptar unas indicaciones genéricas al contexto real que nos ocupe en ese momento:

12.2. Situación de Riesgo Inminente

Actuación inminente por parte del alumno o alumna. Tiene un plan, tiene medios, tiene la idea de realizarlo inmediatamente. **Flujograma 1.**

- **Llamar** al 112 solicitando ayuda.
- **Acompañar** hasta la llegada de ayuda y familia:
 1. ¿Dónde?: en un entorno seguro.
 2. ¿Por quién?: por parte de la persona o personas con las que el alumno/a tiene mayor relación o comunicación, evitando en ese momento la presencia de otros/as alumnos/as e intentando que sea una persona la que habla con el alumno/a, manteniendo la escucha, la empatía, la calma y el contacto visual.
- **Avisar** a la familia o tutores legales en caso de ser menor de edad.
 1. El equipo directivo del centro avisa a la familia o tutores legales del/la menor lo antes posible para que acudan al centro educativo.
 2. Informar en un entorno donde se guarde la confidencialidad. En un primer momento está indicado informarles sin la presencia del/a menor.
 3. Indicarle cual es la mejor toma de contacto con su hijo o hija en ese momento (apoyar al/a menor, no emitir juicios de valor, no profundizar en las causas, con empatía).
- **Registrar y notificar** el incidente al Servicio de Inspección Educativa según modelo que se adjunta en el **Anexo 2**
- **Preparar el regreso** al centro del alumno o alumna: **Plan de acogida (Anexo 1)**

12.3. Situación de riesgo NO inminente

Tras la DETECCIÓN nos encontramos ante una situación de riesgo pero no es una actuación inminente. No presenta un plan definido, ni acceso a medios, ni idea de realizarlo de forma inmediata y el alumno o alumna colabora. Igualmente, dada la naturaleza dinámica e interactiva de la conducta suicida, es primordial permanecer vigilante y solicitar ayuda en caso necesario. **Flujograma 2.**

En este tipo de situación podemos organizar los pasos que se deben dar de tal forma que alcancemos los objetivos que nos proponemos, fundamentalmente dar soporte, apoyo y realizar una valoración que nos permita activar la respuesta más oportuna:

- **Informar al equipo directivo.** Si el equipo directivo no es conocedor de la situación, el/la docente debe informarle, de forma que se pueda constituir el grupo que coordine la gestión de la situación, fundamentalmente el Servicio Especializado de Orientación (SEO) del centro educativo y equipo directivo. Este equipo debe recabar toda la información oportuna ya que el centro puede tener constancia o indicaciones por parte del servicio de salud si el alumno/a ya se encontraba en seguimiento o proceso de ayuda terapéutica.
- **Entrevista con el alumno o alumna.** Entrevista realizada por el Servicio Especializado de Orientación (SEO) del centro educativo siguiendo las orientaciones que se aportan en el **Anexo 3.**

Establecer un encuentro con el alumno o alumna, que está manifestando algún signo de alarma, es un paso fundamental dándole de esta forma la oportunidad a que exprese sus sentimientos. Se debe buscar un entorno tranquilo, donde se mantenga la privacidad y contando con el tiempo suficiente. **El encontrarse en un entorno de confianza donde no se le juzgue y donde se le apoye y cuide puede, favorecer la petición de ayuda por su parte, disminuyendo el riesgo previo.**

El encuentro y el clima deberán realizarse teniendo en cuenta la edad, contexto y las características que deben tener los acercamientos a realizar en la etapa de la infancia o adolescencia.

Durante la entrevista es importante tener en cuenta lo comentando previamente en el apartado **¿Qué hacer? y ¿Qué NO hacer?**

El Servicio Especializado de Orientación puede tener información previa sobre el alumno o alumna y haber identificado anteriormente factores de riesgo, **o puede ser en este contacto donde se identifiquen situaciones de probable acoso, problemas familiares, víctima de violencia, desprotección del menor, etc, que precisarán de un abordaje y actuación en función de la legislación y los procedimientos vigentes en el centro.**

En el campo de la valoración de la conducta suicida y el riesgo de suicidio existen diversas herramientas que se utilizan en contextos clínicos y por profesionales especialistas. Resulta más complicado encontrar herramientas de medición que permitan la evaluación de la conducta suicida en la infancia y adolescencia por parte de profesionales del entorno educativo y que estén validadas o adaptadas a nuestro contexto social.

En base a la revisión realizada se encuentra en la **Escala Paykel** una herramienta de medida, de fácil aplicación y **adecuada para la valoración de la conducta suicida en adolescentes** que según nos refiere Fonseca et al. (2020) puede ser utilizada en el contexto educativo, recogiendo información fiable que facilita la toma de decisiones y las intervenciones posteriores.

Se trata de una escala que ha sido validada en alumnado español mostrando, según nos dicen las publicaciones, un adecuado comportamiento para evaluar la ideación suicida en adolescentes (Fonseca, 2018).

Presenta cinco ítems con un sistema de respuesta SÍ/NO, puntuando el SÍ un 1 y el NO un 0, de forma que mayores puntuaciones nos orientan hacia una mayor pro-

SECCIÓN C

babilidad de la existencia de ese riesgo. Se puede consultar la **Escala Paykel** en el **Anexo 4**.

- **Informar a la familia o tutores legales** explicando la situación desde la calma pero transmitiendo la seriedad de la situación. Si el alumno/a es mayor de edad solicitaremos su consentimiento para informar.
 1. Informar en un entorno donde se guarde la privacidad
 2. Trasladarles las percepciones del centro, hablar sobre factores de riesgo, factores de protección y señales de alarma, **escuchando su punto de vista**.
 3. Consensuar con la familia o tutores las medidas a tomar siempre con la visión de trabajo conjunto de toda la comunidad educativa
 4. Ofrecer a la familia **pautas de actuación** para llevar a cabo durante todo el proceso:

- La importancia de no culpabilizar, no juzgar y no banalizar.
- Ofrecer una escucha activa, empática. Transmitiendo tranquilidad.
- Favorecer que exprese sus sentimientos.
- No ignorar las amenazas de suicidio.
- Procurar acompañamiento en todo momento o el mayor tiempo posible.
- Extremar seguridad en el domicilio limitando acceso a medios potencialmente letales, por ejemplo fármacos.
- Recordarles que el centro educativo está para ayudarles.
- Recordarles que ante cualquier urgencia o emergencia debe llamar al 112.

- **Elaboración de informe por parte del equipo de orientación del centro educativo** según modelo que se adjunta en el **Anexo 5**.

Se facilitará una copia de este informe a los padres o tutores legales de forma que puedan aportarlo cuando acudan al profesional sanitario de referencia del alumno o alumna.

- **Coordinación con Servicio de Salud:**

Si se confirma la detección de una situación de riesgo suicida no inminente y de cara a establecer el proceso de coordinación que nos ocupa e intentar homogeneizarlo, las enfermeras/os Coordinadoras/es de Atención Educativa constituyen, en estos casos, el contacto directo entre el centro educativo y el ámbito de la salud, de tal forma que desde el centro se pueda trasladar la información, con conocimiento y consentimiento de los progenitores o tutores, si son menores, o del propio alumno/a si es mayor de edad, para que se pongan en marcha circuitos internos del propio Servicio de Salud respetando en todo momento la debida confidencialidad.

El Coordinador/a de Atención Educativa, es un enfermero/a perteneciente al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) que tiene diversas funciones en el contexto de la coordinación entre el ámbito educativo y el ámbito de la salud. Esta enfermera/o no realiza la valoración directa del alumno/a pero contribuye al correcto desarrollo del proceso de atención y al refuerzo de pautas de actuación.

Recibirá por parte del centro educativo información sobre la detección realizada así como los datos necesarios para ponerse en contacto con los tutores o con el propio alumno/a en caso de ser mayor de edad y explicarle el procedimiento que se detalla en el **Flujograma 3**.

En caso de que los progenitores o tutores legales, o el propio alumno/a si es mayor de edad, decidan acudir a un centro o profesional de referencia en el contexto privado se les facilitará el informe realizado por el centro educativo y quedará constancia de que rechazan el inicio de la coordinación con el Servicio de Salud por este motivo.

SECCIÓN C

- **Registrar y notificar** el incidente al Servicio de Inspección Educativa según modelo que se adjunta en el **Anexo 2**.

Independientemente del riesgo concreto **no inminente** que aparezca, se debe tener en cuenta una serie de actuaciones generales:

- Implantar estrategias de apoyo emocional al alumno/a.
- Acompañamiento y protección:
 1. Minimizar los momentos en los que se pueda encontrar solo o sola en el centro (personas de confianza, profesorado, alumnos o alumnas)
 2. Minimizar riesgos y peligros:
 - Controlar si puede existir acceso a sustancias peligrosas (medicamentos, sustancias químicas, etc.)
 - Controlar si puede existir acceso a objetos peligrosos
 - Controlar el posible acceso a tejados, zonas altas.
- Mantener el equipo que ha gestionado la situación para el seguimiento:
 1. Coordinación con la familia: control de asistencia conjunta
 2. Coordinación con otros servicios

SECCIÓN C

13. POSVENCIÓN

El término posvención hace referencia a las intervenciones que se deben realizar sobre los/as supervivientes de un suicidio. Es decir sobre aquellas personas cercanas a la persona que ha muerto por suicidio y que inician un duelo después del fallecimiento.

El duelo es el proceso de adaptación que sigue a cualquier pérdida pero en el caso de un duelo por suicidio de un/a familiar, de un amigo o amiga, de un compañero o compañera se encuentran presentes una serie de características que lo hace diferente a un duelo que se inicia después del fallecimiento de un ser querido por causas naturales.

En muchas ocasiones este duelo se encuentra influenciado por la estigmatización del suicidio, pudiendo ocasionar sentimientos de vergüenza, culpa, etc.

En el duelo que aparece en el entorno educativo tras un suicidio podemos encontrarlos:

- Sentimientos de culpa.
- Dificultad para la aceptación.
- Opiniones y juicios de valor sobre las circunstancias que le llevaron a morir por suicidio.
- Estigmatización social.
- Riesgo de imitación.

Esto hace que se deban llevar a cabo actuaciones claves:

- Contrastar información
- Informar al resto de profesionales del centro una vez contrastada la información.
- Planificar el traslado de información al grupo teniendo en cuenta:
 1. Actuar en cuanto sea posible para imposibilitar los pensamientos irracionales.
 2. Explicar que el duelo es un proceso largo, doloroso, pero natural.
 3. Explicar que cada duelo es distinto y cada persona lo vive y expresa de una u otra forma.
 4. Transmitir la disponibilidad en el caso que algún alumno o alumna quiera hablar sobre ello o quiera hablar sobre cualquier otra cuestión relacionada con el malestar emocional que está sintiendo.
 5. Comunicar a los alumnos y alumnas lo que ha sucedido realmente para evitar opiniones y morbosidad, siendo sinceros y empáticos.
 6. No dar detalles escabrosos, como, por ejemplo, el método utilizado.
 7. Tratar de desculpabilizar.
 8. Realizar actividades adaptadas para que cada alumno o alumna pueda transmitir sus sentimientos, miedos, etc.
- Seguimiento y supervisión del grupo

Si desde el centro educativo se quiere profundizar en las características de la posvención a nivel escolar el proyecto EUREGENEAS (European Regions Enforcing Action Against Suicide) resulta una referencia muy completa ya que contempla una guía de siete pasos y su temporalización para afrontar desde los centros la situación de muerte por suicidio.



SECCIÓN D

Anexos y Flujogramas

Anexo 1. Plan de acogida del alumno o alumna con intento suicida previo

Fase 1. Preparación de la comunidad educativa ante la incorporación:

- Establecer un equipo de **seguimiento** y de **coordinación** de las actuaciones.
- Acordar un **plan individualizado** donde se puedan reflejar estrategias de intervención y protección:
 1. Reforzar vigilancia y supervisión para intentar garantizar lo mejor posible la integridad del alumno o alumna. Para ello se recomienda involucrar cuidadosamente y con máxima discreción a docentes, amistades, compañeros y compañeras
 2. Limitar acceso a zonas peligrosas o sustancias peligrosas.
- **Entrevista con la familia o tutores legales** donde pueden informar al centro sobre pautas recomendadas por la unidad de salud mental que se encuentra haciendo el seguimiento y donde se les informa del seguimiento y apoyo a realizar por el centro educativo.
- **Entrevista con el alumno o alumna** donde se pueda explicar el seguimiento a realizar, sus referentes a los que acudir en caso de malestar y donde se comente la posibilidad de que el hecho trascienda o no al resto del centro educativo. En caso de que el hecho trascienda antes de la incorporación del alumno o alumna se recomienda la realización de algún trabajo previo con el grupo, informando de forma fiable sobre la conducta suicida, hablando de los mitos sobre el suicidio y reforzando que no se va a permitir estigmatizar, ridiculizar y tampoco felicitar por el hecho.

Fase 2. En el momento de la incorporación:

- **Trabajar desde la tutoría** con el grupo en el que se encuentra el alumno o alumna reforzando los momentos de expresión de emociones y estrategias de gestión emocional.
- **Fortalecer los espacios de confianza** del centro educativo o grupo de apoyo entre iguales.
- **Adaptar metodologías** que pueden favorecer el éxito escolar del alumno o alumna.
- **Promover un clima de confianza** con el alumno o alumna, no permitir ninguna muestra de ridiculización, así como tampoco la felicitación de sus compañeros/as.
- En caso de que el intento de suicidio trascienda y se observe confusión, transmisión de ideas falsas sobre el suicidio, etc., es conveniente no silenciar el acto e intervenir aportando **información fiable**.

Fase 3. Seguimiento en coordinación con la familia

SECCIÓN D

Anexo 2. Modelo notificación a Inspección.

Remitir a: sie-bienestaremocional@educastur.org

1. Datos identificativos del Centro

| | | | |
|---------------|--|----------|--|
| Centro | | | |
| Código Centro | | Teléfono | |
| Localidad | | | |

2. Información recogida¹

Datos de identificación del alumno o alumna

| | |
|------------------|--|
| NIE del alumno/a | |
| Sexo | |
| Edad | |
| Nivel/Grupo | |

Breve descripción del alumno o alumna

| |
|--|
| |
|--|

3. Valoración de la situación de riesgo

A tenor de la información anteriormente descrita, se considera que los hechos analizados se corresponden con una de las siguientes situaciones: **(Señálese lo que corresponda con una X)**

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Situación de riesgo inminente | <input type="checkbox"/> |
| Situación de riesgo NO inminente | <input type="checkbox"/> |

En el caso de RIESGO INMINENTE, el centro ha adoptado las siguientes medidas: (Señálese lo que corresponda con una X)

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| Llamar al 112 | <input type="checkbox"/> |
| Acompañar al alumno o alumna | <input type="checkbox"/> |
| Avisar a la familia | <input type="checkbox"/> |

En el caso de RIESGO NO INMINENTE, el centro ha adoptado las siguientes medidas: (Señálese lo que corresponda con una X)

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Entrevista con el alumno o alumna | <input type="checkbox"/> |
| Información a la familia | <input type="checkbox"/> |
| Elaboración de informe por parte de los servicios especializados de orientación educativa | <input type="checkbox"/> |
| Coordinación con el Servicio de Salud | <input type="checkbox"/> |

Lo que se comunica a los efectos oportunos,

En _____, a _____ de _____

de 20____

Fdo.: El Director/La Directora

¹ Se garantizará la necesaria confidencialidad en la tramitación y en las indagaciones que se realicen, teniendo en cuenta que cualquier hecho en el que estén implicadas personas menores debe estar sujeto a la máxima reserva.

Anexo 3. 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...?

Se han de tener en cuenta que las consideraciones y preguntas deben tener un enfoque vinculado a la **Escala Paykel**, de manera que ambos instrumentos se complementen.

SECCIÓN D

Anexo 4. Escala Paykel

No utilizar en alumnado de Educación Primaria.

Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más a lo que **has sentido o experimentado durante el último año**.

Sistema de respuesta SÍ/NO, puntuando el SÍ un 1 y el NO un 0

1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena? SÍ/NO
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo ir a dormir y desear no levantarse. SÍ/NO
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer? SÍ/NO
4. ¿Has llegado al punto en el que consideras realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías? SÍ/NO
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida? SÍ/NO

Anexo 5. Modelo de informe ante situación de riesgo no inminente (A cumplimentar por los SEO del centro educativo)

1. Datos identificativos del Centro

| | | | |
|---------------|--|----------|--|
| Centro | | | |
| Código Centro | | Teléfono | |
| Localidad | | | |

2. Información recogida¹

Datos de identificación del alumno o alumna

| | |
|------------------|--|
| NIE del alumno/a | |
| Sexo | |
| Edad | |
| Nivel/Grupo | |

Circunstancias que motivan la elaboración del informe (descripción de la situación actual del alumno o alumna que deriva en la elaboración del informe).

Datos e información obtenida a través de los siguientes instrumentos:

- Entrevistas (familia, alumno/a...)
- Coordinación con tutor/a
- Coordinación con el Equipo Directivo
- Observación del alumno o alumna
- Aplicación de la **Escala Paykel**: resultados (si procede)
-

¹ Se garantizará la necesaria confidencialidad en la tramitación y en las indagaciones que se realicen, teniendo en cuenta que cualquier hecho en el que estén implicadas personas menores debe estar sujeto a la máxima reserva.

SECCIÓN D

Aspectos relevantes del contexto escolar que puedan estar incidiendo en la situación actual del alumno o alumna

Conclusiones²

Lo que se comunica a los efectos oportunos,

En _____, a _____ de _____

de 20 _____

El orientador/La orientadora

VºBº La dirección del centro

Fdo.:

Fdo.:

² La conclusiones incluidas en e l presente informe en ningún caso tendrán consideración de diagnóstico clínico. Se emiten únicamente a modo informativo.

SECCIÓN D

Flujograma 1. Esquema Riesgo Inminente

RIESGO
INMINENTE



112

TENER EN CUENTA
¿QUÉ HACER?
¿QUÉ NO HACER?

- ACOMPAÑAR EN UN ENTORNO SEGURO Y POR PARTE DE POCAS PERSONAS
- AVISAR A LA FAMILIA O TUTORES LEGALES SI ES MENOR DE EDAD
- REGISTRAR Y NOTIFICAR INCIDENTE

ACTIVAR PLAN DE ACOGIDA

Fomentar y desarrollar factores de protección frente al malestar emocional
Construir contextos saludables en todo el recinto educativo
Fomentar buenas prácticas

Detectar e intervenir sobre factores de riesgo

Trabajar sobre los factores desencadenantes

IMPLICACIÓN DE TODA LA COMUNIDAD EDUCATIVA EN EL OBJETIVO

SECCIÓN D

Flujograma 2. Esquema Riesgo No Inminente

**RIESGO NO
INMINENTE**

**TENER EN CUENTA
¿QUÉ HACER?
¿QUÉ NO HACER?**

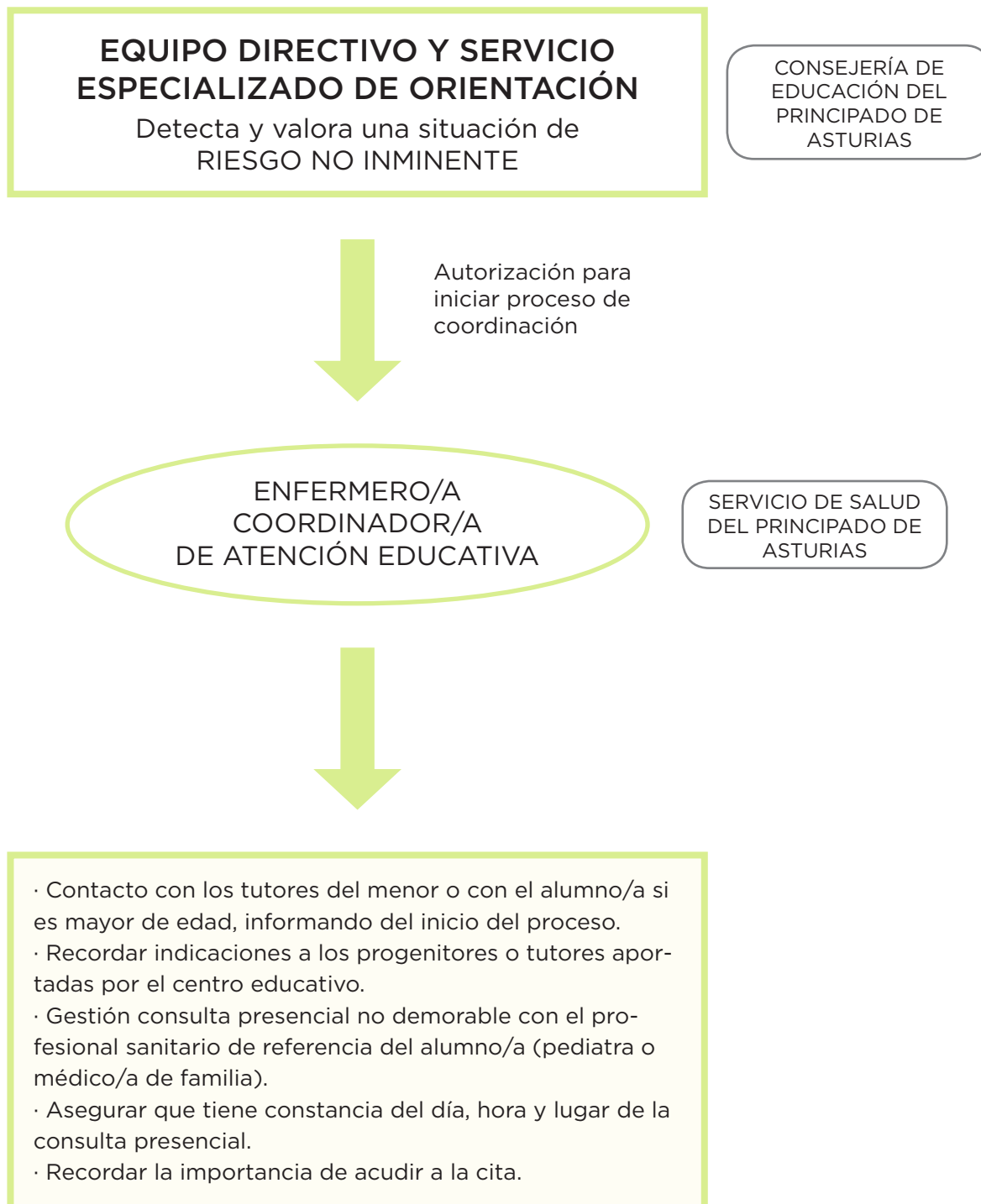
- INFORMAR AL EQUIPO DIRECTIVO
- ORGANIZAR Y REALIZAR ENTREVISTA CON EL ALUMNO O ALUMNA. VALORAR APLICACIÓN ESCALA
- INFORMAR A PROGENITORES O TUTORES LEGALES si es menor de edad
- SI SE CONFIRMA DETECCIÓN DE RIESGO NO INMINENTE: Coordinación con Servicio de Salud
- REALIZAR NOTIFICACIONES E INFORME
- SEGUIMIENTO

**IMPLANTAR ESTRATEGIAS DE APOYO EMOCIONAL
ASEGURAR ACOMPAÑAMIENTO Y PROTECCIÓN**

Actuar ante la detección de sospecha de acoso escolar, ciberacoso, desprotección del menor, violencia familiar u otros factores de riesgo

Promocionar factores de protección frente al malestar emocional
Construir contextos saludables en todo el recinto educativo
Fomentar buenas prácticas
Detectar e intervenir sobre factores de riesgo
Trabajar sobre los factores desencadenantes
IMPLICACIÓN DE TODA LA COMUNIDAD EDUCATIVA EN EL OBJETIVO

Flujograma 3. Circuito de coordinación ante RIESGO NO INMINENTE



SECCIÓN D

REFERENCIAS

- Al-Halabí, S., Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. *Clínica y Salud*, 32(2), 89-92.
- Al-Halabí, S., y García Haro, J.M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca Pedrero (Coord.). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 639-675). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García Haro, J.M., y Gutiérrez López, B. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida en adolescentes. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia* (pp. 577-615). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García Haro, J.M., y Fonseca-Pedrero, E. (2022). La entrevista para la detección y prevención de la conducta suicida. En C. Perpiña, I. Montoya-Castilla y S. Valero-Moreno (Eds). *Manual de la entrevista psicológica* (pp. 385-406). Pirámide
- Asarnow, J. R. y Ougrin, D. (2019). Editorial: Suicide and self-harm: advancing from science to preventing deaths. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60, 1043-1045.
- Cha, C. B., Franz, P. J., M Guzmán, E., Glenn, C. R., Kleiman, E. M. y Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 460-482.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. (2021). Ranking de principales causas de muerte por edad, sexo y área de Asturias. *Mortalidad 2019*.
- Consejo de Europa, Comité de Ministros. (2006). Recomendación 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva.
- Dumon, E., Portzky, G. (2014). Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Posvención del suicidio en el entorno escolar.
- España, Cortes Generales. (1996). Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento civil. *Boletín Oficial del Estado*, A-1996-1069.
- España, Cortes Generales. (2020). Ley orgánica 3/2020, de 20 de diciembre, por la que se modifica la Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación. *Boletín Oficial del Estado*, 30-12-2020, 122880-122953.
- España, Cortes Generales. (2021). Ley orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado*, 5-6-2021.
- Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabí, S., Pérez-Albéniz, A., Debbané, M. (2022). Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1784.
- Fonseca Pedrero, E., Pérez de Albéniz, A., y Al-Halabí, S. (2022). Conducta suicida en adolescentes a revisión: creando esperanza a través de la acción. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 173-184.
- Fonseca Pedrero, E., Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel del suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115.
- Fonseca Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez Gutierrez, L. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85.
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2021). *Suicidios España 2020*.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Matínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35-42.
- Geulayov, G., Casey, D., McDonald, K. C., Foster, P., Pritchard, K., Wells, C., Clements, C., ... Hawton, K. (2018). Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *The Lancet Psychiatry*, 5, 167-174.

SECCIÓN D

- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., ... Boatman, A. E. (2020). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 61, 294-308.
- Gilbert, A.C., DeYoung, L.L., Barthelemy, C.M., Jenkins, G.A., MacPherson, H.A., Kim, K.L., ... Dickstein, D.P. (2020). The Treatment of Suicide and Self-Injurious Behaviors in Children and Adolescents. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7, 39-52.
- McMahon, E. M., Keeley, H., Cannon, M., Arensman, E., Perry, I. J., Clarke, M., ... Corcoran, P. (2014). The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1929-1935.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2021). Estrategia de desarrollo sostenible 2030. Un proyecto de país para hacer realidad la agenda 2030. <https://cpage.mpr.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad. (2022). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. <http://cpage.mpr.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad. (2022). Estrategia de Salud Pública 2022.
- Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación. (2009). Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/saludEscuela.htm>
- Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Green, J., Chew-Graham, C. A., ... Ashcroft, D. M. (2017). Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: cohort study in primary care. *BMJ*, 359, j4351.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Suicide world in 2019. <http://apps.who.int/iris>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Risk to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2022). Reimaginar juntos nuestros futuros. Un nuevo contrato social para la educación.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Pedreira-Massa, J.L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 217-237. <https://doi.org/10.5944/rppc.26280>
- Turecki, G., Brent, D.A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B.H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5, 74.
- World Health Organization. (2022). Mental Health and Climate change: policy brief.
- Zalsman, G., Hawton K., Wasserman D., van Heeringen K., Arensman E., Sarchiapone M., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3, 646-659.

SECCIÓN D

BIBLIOGRAFÍA

- Al-Halabí, S., y Fonseca-Pedrero, E. (Coords.) (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide.
- Asturias. Consejería de Salud, Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2018). Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio.
- Andalucía. Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. (2010). Recomendaciones sobre la Detección Prevención e Intervención de la Conducta Suicida.
- Aragón, Grupo de trabajo para la prevención del suicidio en el ámbito escolar. (2021). Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo. Guía para centros escolares y protocolo de actuación inmediata.
- Castilla- La Mancha, Consejería de Sanidad, Grupo de trabajo para la prevención del suicidio e intervención ante conductas autolíticas en Castilla-La Mancha. Guía para la prevención de la conducta suicida dirigida a docentes.
- Castilla y León, SACYL. (2022). Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025.
- Castillo Patton, A.E. (2022). Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y planes de salud mental de las comunidades autónomas. GAPP. Nueva Época, 28, 6-26.
- Cataluña, Departamento de Salud. (2021). Programa de bienestar emocional i salut comunitaria a l'atenció primaria de salut.
- Euskadi, Departamento de Salud. (2019). Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi.
- Extremadura, Consejería de Educación. (2019). Guía de acción tutorial para la promoción de la salud mental en el ámbito educativo.
- Extremadura, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2021). @Croquetamental. Guía práctica para la Salud Mental de los jóvenes.
- Galicia, Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional. (2018). Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo.
- González-Roz, A., Martínez-Loredo, V., Maalouf, W., Fernández-Hermida, J.R., & Al-Halabí, S. (2023). Protocol for A Non-Randomized Control Cluster Trial for the Evaluation of a Universal School-based Prevention Program. *Psicothema*, 35(1), 41-49.
- López Alarcón, D. (2021). El suicidio: grupos de alto riesgo y grupos vulnerables. *Revista de recursos para la Educación inclusiva*, 1(1), 29-36.
- Madrid, Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio. (2016). ¡No estás solo! Enséñales a vivir. Guía para la prevención de la conducta suicida dirigida a docentes.
- Ministerio de Sanidad. (2021). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026.
- Murcia, Consejería de Salud. (2022). Guía prevención del suicidio. Actuaciones en centros educativos.
- Navarra. (2014). Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Vivir la Vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.
- Komro K.A. (2020). The Centrality of Law for Prevention. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 21(7), 1001-1006.
- UNICEF. (2022). La urgencia de un compromiso conjunto con la salud mental y el bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes.

