



Obra inscrita en el Registro
de Propiedad Intelectual

**UNIVERSIDAD EUROPEA
MIGUEL DE CERVANTES**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TITULACIÓN - GRADO EN PSICOLOGÍA



TRABAJO FIN DE GRADO

**INTERVENCIÓN EN SUICIDIO EN EL ÁMBITO
EDUCATIVO.**

Propuesta de protocolo de prevención de la conducta
suicida adolescente en entorno escolar.

AUTORA

ANA I. MORENO MARTÍNEZ

DIRECTORA

NATALIA GARCÍA MUÑOZ

VALLADOLID, FEBRERO DE 2023



Especialmente dedicado a mi padre,
porque cada día te echo de menos.

Cuántas muertes más serán necesarias
para darnos cuenta de que ya han sido demasiadas.
Bob Dylan (Premio Nobel de Literatura).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN y JUSTIFICACIÓN	4
PARTE 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
1. EL SUICIDIO	6
1.1. Concepción y definición de suicidio.	6
1.2. Epidemiología de la conducta suicida.	9
1.3. Modelos teóricos actuales.....	14
1.4. Factores de riesgo, factores precipitantes y factores de protección.	16
1.4.1. Consideraciones previas.	16
1.4.3. Factores precipitantes.	21
2. COLECTIVO ADOLESCENTE.	22
3. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.	23
3.1. Estrategias de prevención. Concepto y niveles.	23
3.2. La OMS y la Unión Europea.	25
3.3. Estrategias de prevención estatal y autonómica.	25
3.4. Tipos de intervenciones escolares de prevención.	33
3.5. Protocolos de prevención en ámbito educativo español.	36
3.6. Conclusiones sobre los protocolos escolares de nueve CC. AA. ..	38
PARTE 2: CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE ADOLESCENTES EN ENTORNO ESCOLAR. 42	
1. OBJETIVOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO.	42
2. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROTOCOLO.	42
3. POBLACIÓN DIANA Y COLECTIVO DESTINATARIO	43
4. METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN.	44
5. CONTENIDO DEL PROTOCOLO	46
5.1 Comprendiendo el comportamiento suicida. Cómo identificar al alumnado en riesgo y cómo tratarlo.	48
5.1.1. Mitos sobre el suicidio	48
5.1.2. Señales de alarma	50
5.1.3. Qué decir y qué no decir ante la verbalización suicida	51
5.1.4. Factores de riesgo y protección	52
5.2. Cómo actuar ante un caso de riesgo suicida.	52

5.2.1. ¿Cuándo se activa el protocolo?	52
5.2.2. Plan de actuación ante riesgo suicida. Activación de protocolo	52
5.2.2.1. Designación del Equipo de Acompañamiento.	53
5.2.2.2. Entrevistas	53
5.2.2.3. Recabar información con otros agentes educativos.	54
5.2.2.4. Coordinación con servicios externos especializados.	54
5.2.2.5. Establecer la propuesta de medidas.....	54
Se recomienda establecer una serie de medidas de protección.....	54
5.2.2.6. Calendarizar encuentros personalizados.	55
5.2.2.7. Planificar encuentros con la familia.	55
5.2.2.8. Acciones de seguimiento del Equipo de Acompañamiento.	55
5.3. Principios de actuación	56
5.3.1. Confidencialidad	56
5.3.2. Coordinación.....	56
CONCLUSIONES PERSONALES	57
REFERENCIAS	60
ANEXO DE LEGISLACIÓN.....	73
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	74
ANEXOS DEL PROTOCOLO (Parte 2)	75
Anexo 1. Listado de factores de riesgo y protección (opcional).....	75
Anexo 2. Orientaciones para la entrevista con el estudiante.....	77
Anexo 3. Orientaciones para la entrevista con la familia o tutor/a legal	78
Anexo 4. Consentimiento informado de la familia o tutor/a legal.	79
Anexo 5. Informe y propuesta de medidas de actuación	80

RESUMEN

La población adolescente se encuentra en situación de vulnerabilidad con respecto a la conducta suicida. En España el suicidio es la principal causa absoluta de muerte en el segmento de 15 a 29 años, con 316 casos en el año 2021. La evidencia científica muestra que ningún factor de riesgo tiene relevancia clínica en relación a esta conducta, así como la necesidad de actuar de manera coordinada desde los diferentes agentes privados y públicos, incluidos los centros educativos. Sin embargo, al realizar un análisis a nivel autonómico de la existencia de planes o estrategias específicas de prevención se comprueba que hay poca articulación entre organismos públicos. Desde el año 2021 la legislación obliga a todos los centros escolares a tener un protocolo de actuación ante cualquier tipo de violencia. Mediante un análisis de las principales limitaciones detectadas en las guías o protocolos promovidos por varias consejerías autonómicas de educación se ha encontrado poca claridad en los criterios de activación del protocolo, así como notables discrepancias respecto a temas como el tratamiento de información confidencial y la aplicación de la legislación sobre protección de datos y derechos digitales. Teniendo en cuenta estos hallazgos, y con el fin de servir de referencia para el desarrollo de protocolos específicos, se ha elaborado un protocolo de prevención de la conducta suicida de adolescentes en entorno escolar que incorpora todas las mejoras diseñadas a partir de las carencias detectadas en los protocolos estudiados. El documento resultante es fácilmente adaptable por cualquier centro escolar y puede facilitar la detección de alumnado en riesgo, así como una actuación eficaz y estructurada.

Palabras clave: suicidio, adolescencia, prevención, protocolo escolar.

ABSTRACT

The teenage population is at risk in terms of suicidal behaviour. In Spain, suicide is the main absolute cause of death among people aged 15-29, with 316 cases in 2021. Scientific evidence shows that no risk factors have clinical significance in relation to this behaviour. This scientific evidence also shows the need for coordinated action by different private and public agents, including schools. However, when analysing the presence of specific prevention strategies at a regional level, it can be seen that there is little coordination between public organisations. Since 2021, all schools are required by law to have a policy on how to act in the event of violence of any kind. An analysis of the main weaknesses identified in the guidelines or protocols developed by several regional education departments revealed unclear criteria for protocol implementation, as well as significant inconsistencies regarding issues such as the processing of confidential information and the implementation of the legislation on data protection and digital rights. Based on these results, a protocol for the prevention of teenage suicidal behaviour in school environments has been designed. It incorporates all of the improvements based on the weaknesses detected in the protocols under study. The document can be easily adapted by any school and may facilitate the detection of students at risk. In this way, effective and structured action can be provided.

Key words: suicide, adolescents, prevention, school´s protocol.

INTRODUCCIÓN y JUSTIFICACIÓN

Resulta desgarrador que en nuestro país, 4.003 personas en 2021 resolvieron que morir era preferible a seguir sufriendo. Porque vivir era una experiencia demasiado dolorosa e insostenible.

Se calcula que la ola expansiva de cada suicidio consumado afecta al menos a seis personas del entorno: hijos, hijas, madres, padres, amigas, hermanas, etc.

En España, en los últimos veinte años, el número de fallecimientos por esta causa ha aumentado en un 18%. Detrás de estas cifras en las que resulta fácil perderse, hay personas con un sufrimiento indescriptible.

Después de tres meses de confinamiento escuchando noticias relacionadas con el deterioro de la salud mental de la población juvenil, botellones y otro tipo de incumplimiento de restricciones, aumentó en mí el interés por comprender al colectivo adolescente en sus expectativas frustradas, sus ilusiones y sueños, su malestar psicológico y su comportamiento.

Como adulta me siento con la responsabilidad y el compromiso de poner mi granito de arena para que esta sociedad ofrezca mejores condiciones de vida a menores y jóvenes. Que tengan la oportunidad de crecer de una manera saludable y con bienestar emocional para que en un futuro tengan más posibilidades de decir que *la vida merece la pena, que la vida es valiosa*.

Para lograr un desarrollo integral, equitativo y efectivo se requiere de acceso a servicios de apoyo y atención adecuados y de la prevención de problemas de salud de todo tipo. Es necesario que se proporcionen los recursos correspondientes a las familias y comunidades que redunden en el bienestar de los jóvenes. Pero la realidad es otra y con la pandemia muchos adolescentes han experimentado el aumento del estrés, la depresión y la ansiedad.

Dado que España no cuenta con una Ley o estrategia estatal de prevención de suicidio, puede parecer que no se puede hacer nada al respecto. Sin embargo, muchas muertes por esta causa se podrían prevenir. Y para ello necesitamos eliminar el estigma y hablar de suicidio, entre muchas otras acciones.

Este fenómeno es complejo y multicausal y se ha comprobado que requiere de actuaciones coordinadas desde diferentes ámbitos privados y públicos, medios de comunicación, comunidad educativa, agentes sanitarios, etc. Aunque los profesionales de la salud tengan un papel relevante no se debe trasladar toda la responsabilidad a este sector.

La literatura científica afirma que la escuela es uno de los contextos naturales para prevenir la conducta autolítica y realizar programas que promuevan la salud mental del colectivo adolescente. Se detallan algunos modelos que incorporan intervenciones multinivel que han logrado disminuir el comportamiento suicida del alumnado.

Por otro lado, la Ley Orgánica 8/2021 obliga a todos los centros educativos a tener un protocolo de actuación ante cualquier tipo de violencia y menciona específicamente el suicidio. Sin embargo, en una aproximación a la realidad de casi setenta centros educativos de la Compañía de Jesús, se ha obtenido respuesta del 30% concluyendo que todavía no se usan los protocolos promovidos por las consejerías de educación y que solo uno ha elaborado un documento específico sobre suicidio. Se hipotetiza que muchos centros educativos de nuestro país tienen una situación similar y que las intervenciones de prevención son minoritarias. Es necesario sensibilizar a los profesionales de la educación de la importancia de la prevención de suicidio en entornos escolares.

El trabajo que se presenta a continuación comienza con una fundamentación teórica sobre la evidencia acumulada del fenómeno suicida, concepción, epidemiología, modelos teóricos actuales, factores de riesgo y protección y estrategias de prevención. La aportación particular consiste en un **análisis autonómico de la existencia de planes o estrategias específicas de prevención de suicidio**, en qué marco se han configurado y si se presentan de manera articulada con otros organismos. El cual ofrece *una foto* del estado de situación en nuestro país a 1 de enero de 2023.

También se estudian los puntos fuertes y las limitaciones de los **protocolos o guías de prevención en entorno escolar** que actualmente promueven nueve comunidades autónomas, elaborados en el 2021 y 2022 principalmente.

Gracias a esta visión global del contenido de estas guías, se elabora una propuesta propia de protocolo de prevención para estudiantes en riesgo de conducta suicida que aporte claridad en la apertura de procedimientos, tratamiento de la confidencialidad y otras carencias detectadas.

El objetivo es ofrecer un documento breve y sencillo cuyo plan de acción puede ser adaptado por cualquier centro educativo que detecte un estudiante en riesgo. Así como ofrecer información al personal del centro para comprender el comportamiento suicida, detectar señales de alarma y orientar sobre cómo tratar a dicho alumno o alumna de forma estructurada. La persona *referente* del departamento de orientación o del equipo de orientación educativa y psicopedagógica juega un papel relevante en esta intervención (en adelante se denominará personal de orientación).

Es importante no minimizar estos datos y priorizar la actuación de los diferentes agentes, en este caso las instituciones educativas. Podemos llegar a tiempo para cambiar la vida de muchos adolescentes.

PARTE 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. EL SUICIDIO

1.1. Concepción y definición de suicidio.

El suicidio se define como el acto deliberado de matarse a uno mismo (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Sin embargo el fenómeno suicida no siempre se ha percibido de la misma manera, la concepción ha sido marcada por la sociedad y los acontecimientos históricos.

En Mesopotamia, el suicidio estaba asumido hasta el grado en que, según un mito, el primer hombre fue modelado con barro y sangre del dios suicida Bel (se decapitó para dar vida al hombre). En China el acto era visto como una demostración de honor y lealtad, mientras que en Japón se llevaba a cabo de forma ceremonial, ya sea con el objetivo de expiar un pecado o como una consecuencia de una derrota. En algunas culturas occidentales como los visigodos o vikingos, consideraban razonable el suicidio cuando había enfermedad con dolor o por ancianidad o muerte del jefe (Guerrero, 2021).

Durkheim (1897) en su libro *El Suicidio* lo cataloga como una falta de dirección que suele estar presente en períodos de cambios sociales. La anomia (como le llama) es un estado social que afecta a cada individuo, al perderse valores tradicionales, objetivos y normas (López Fernández, 2009). Este libro del s. XIX destacado en el campo de la suicidología define *suicidio* como "toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la propia víctima" sabiendo ella que debía producir este resultado (pp 14).

Otro autor influyente, Scheneider (1954, como se citó en Villar, 2018) subraya el hecho de que si no existe voluntad de quitarse la vida no se puede denominar suicidio, ese caso se denominaría seudosuicidio (delirio de los esquizofrénicos).

Dentro de esta variedad de definiciones, Villar (2018) habla de un continuum, una serie de comportamientos, dado que el único consenso científico que existe respecto a definir este fenómeno es que se requiere la presencia de cierto grado de intención de morir. A continuación se describen los **comportamientos** que de menor a mayor grado de intensidad hablan de la existencia del fenómeno. La presencia de estas conductas determinará el nivel de riesgo:

La ideación suicida: aunque existen ideas pasivas de muerte en este caso nos estamos refiriendo a los pensamientos activos de matarse o con deseo de morir.

Las amenazas suicidas: verbalizaciones de estos pensamientos.

El gesto suicida: actos preparatorios previos al inicio de la tentativa autolítica. Se trata de gesto suicida cuando sabemos lo que está ocurriendo

sin necesidad de que el sujeto nos explique verbalmente sus intenciones. Un ejemplo sería la acumulación de fármacos.

La tentativa autolítica: acciones en serie cuyo resultado esperado es la propia muerte.

El suicidio consumado: cuando la tentativa finaliza con la muerte del individuo.

Según cuál sea la expresión dentro de ese continuum se puede valorar el riesgo de muerte (Fonseca-Pedrero et al., 2020). De cara a la valoración del riesgo también se analiza la intensidad de los comportamientos en cuestión, la frecuencia con que se producen y el malestar asociado.

Existe un amplio acuerdo en que se necesita una terminología común a nivel internacional. No en vano la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) ha formado un grupo de trabajo para establecer una nomenclatura estandarizada internacional cuya meta es poder comparar las investigaciones nacionales e internacionales (IASP, 1960, como se citó en Villar, 2018).

Retomando el aspecto que goza de consenso científico, en la intención de morir, según Silverman & Berman (2014) existe una dificultad a la hora de identificar si es conducta suicida o no lo es, ya que dicha intención solo la puede definir la propia persona. Habría que tener en cuenta la posible tendencia por parte del sujeto a minimizarla o exagerarla y que la percepción del individuo es variable. Esto es, la línea que divide la intencionalidad mortal es a veces difusa.

Merece especial atención la **diferencia entre conducta suicida y autolesión no suicida.**

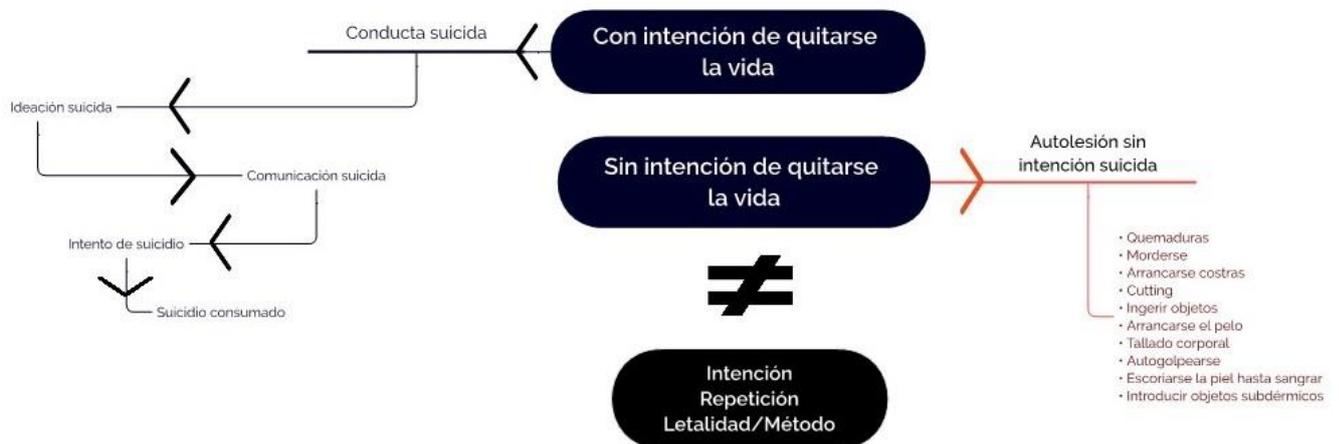
La conducta autolesiva se define como la autoagresión a nivel físico que provoca lesiones en el individuo sin intención de causar la muerte.

Y el comportamiento suicida comprende un amplio abanico de conductas antes citadas, cuya diferencia con la autolesión es la intencionalidad de dar fin a la vida de la persona.

Se puede observar la singularidad de aspectos como el método y la frecuencia en ambos fenómenos en la figura 1 y en la tabla 1.

Figura 1

Diferencias entre Conducta Suicida y Autolesión no Suicida



Fuente: Elaboración propia a partir de Bernal et al. (2022)

Tabla 1

Diferencias Entre un Intento Suicida y una Autolesión no Suicida

Intento suicida	Autolesión no suicida
Existe intencionalidad de acabar con la vida.	No se quiere terminar con la vida.
Se dan muy a menudo los métodos más graves de conductas de autoagresión (p.ej., auto envenenamiento, estrangulamiento, saltar de gran altura, uso de pistolas y similar).	Son frecuentes los métodos autodestructivos poco amenazantes para la propia vida (p.ej., escoriarse la piel, arrancarse costras o cortes).
	Lo normal es que el individuo sepa que puede llegar a tener lesiones de cierta gravedad, pero que no son amenazantes para la vida propia.
Es probable que las tentativas suicidas se produzcan de nuevo, aunque con menos frecuencia que las conductas autolesivas no suicidas.	Es habitual que se produzcan recurrentemente.

Fuente: Adaptado de Jans et al. (2017)

A pesar de que las autolesiones no constituyen la antesala de tentativas de suicidio se subraya que están asociadas a dificultades emocionales, las

cuales pueden incrementar el riesgo de conducta autolítica (Consejería de Educación de Comunidad de Madrid, 2022b).

Se puede considerar que los jóvenes con autolesiones son un colectivo vulnerable en el tema que nos ocupa. De hecho Villarroel et al. (2013) observaron en consulta clínica que aproximadamente un 35% de los adolescentes que se autolesionaban habían realizado un intento autolítico en el último año.

1.2. Epidemiología de la conducta suicida.

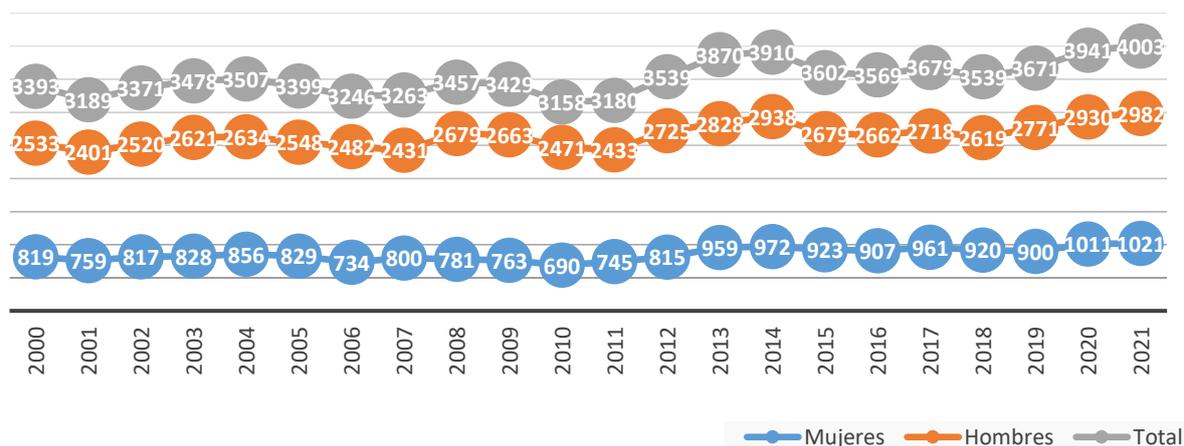
Los datos de la Organización Mundial de la Salud no son alentadores, unas 800.000 personas se quitan la vida anualmente, pero a este número hay que añadir los intentos, que se calcula 20 intentos de suicidio por uno consumado (The Global Health Observatory, 2020).

A continuación se presenta la figura 2 de elaboración propia en la que se puede observar la progresión al alza de los suicidios en España. En este siglo el suicidio consumado ha aumentado en un 18%. En mujeres un 25% (Fundación Española para la Prevención del Suicidio [FSME], 2022b).

En nuestro país, el suicidio es el motivo principal de muerte no relacionada con enfermedad, multiplicando casi por tres las muertes por accidentes de tráfico y por catorce los homicidios. Además, es posible que algunos casos de muerte debidos al suicidio no sean identificados y, por lo tanto, no sean contabilizados como tal (FSME, 2021).

Figura 2

Número de Suicidios en España 2000-2021



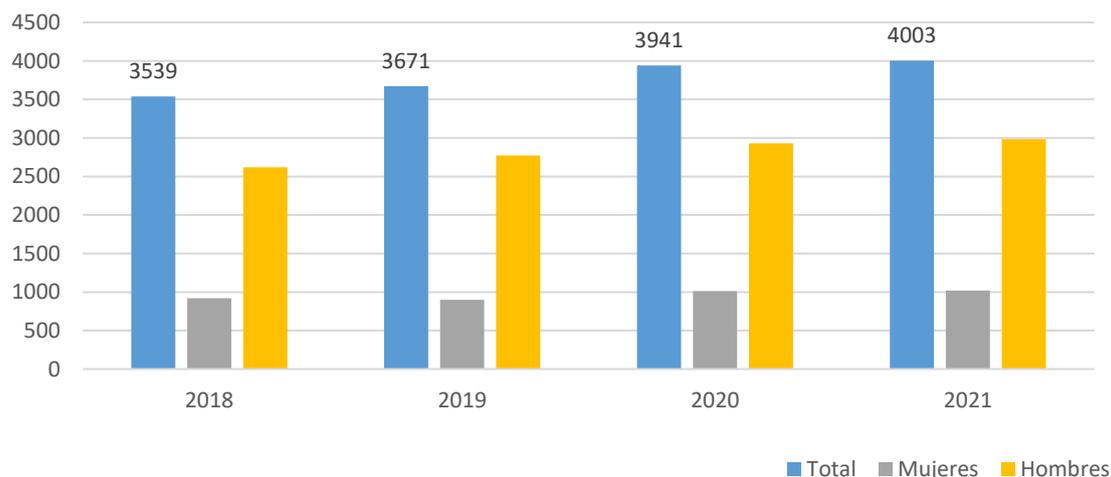
Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la FSME (2021)

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2021 hubo 4.003 suicidios.

En la figura 3 con la evolución de datos del 2018 al 2021 se aprecia que por tercer año consecutivo, el número de suicidios va al alza y en el año 2021 supera por primera vez las 4.000 defunciones. 11 suicidios al día, un suicidio cada 2¼ horas. Estos números superan en un 1,6% al total de suicidios del año 2020.

Figura 3

Suicidio en España 2018-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEBase (2023)

Si hacemos **un análisis por sexo**, según la OMS a nivel global “se suicidan más del doble de hombres que de mujeres (12,6 por 100 000 hombres frente a 5,4 por 100 000 mujeres)” (Brunier & Drysdale, 2021). Se encuentran diferencias según el ingreso nacional bruto (INB) per cápita. Las tasas de suicidio masculino son generalmente más altas en los países de INB *alto* (16.5 por 100 000). Las tasas más elevadas de suicidio femenino se corresponden con los países de INB *mediano bajo* (7,1 por 100 000).

Un estudio realizado en Estados Unidos demuestra que en ese país los hombres comenten suicidio de 3 a 4 veces más que las mujeres, sin embargo, las mujeres realizan tentativas el triple de veces que los hombres (Simón, 2008, como se citó en Rosado Millán et al., 2014).

Mientras tanto, en España el 75% de los suicidios en 2021 fueron a cargo de varones y el 25% de mujeres.

Respecto a esta disparidad encontrada en casi todo el mundo, Rosado Millán et al. (2014) hace el siguiente análisis de género. En una cultura donde el modelo es la masculinidad hegemónica, al hombre, asentado en el poder, se le permite el alcohol, las drogas y las conductas violentas. Por otro lado, el varón tiene más dificultad para expresar las emociones y todo ello le hace más propenso a consumir suicidio.

En cuanto a la **ideación suicida en población juvenil** española se estima que el 51,2% de mujeres entre 15 y 29 años han tenido ideas suicidas y los hombres el 34,4%, lo cual encaja con el hecho de que hay mayor número de tentativas femeninas (Sanmartín Ortí et al., 2022).

Sin embargo Kirchner et al. (2011) no encontraron diferencias significativas por sexo en ideación suicida en un estudio de 1171 alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de Barcelona y alrededores.

Por otro lado, de la figura 4 a la 6 se puede observar la evolución de la muerte consumada **por tramos de edad** del 2018 al 2021.

En el grupo de edad que nos ocupa, de 15 a 29 años, el suicidio es la principal causa absoluta de muerte en España: 316 muertes en 2021. Por delante de los accidentes de tráfico o los tumores (FSME, 2022b).

En el 2019 las muertes de chicos y chicas menores de 15 años fue de 4 y 3 respectivamente, un total de 7 muertes anuales. En 2020 los datos se duplicaron: 7 chicos y 7 chicas que suman 14. Y en 2021 hay una cifra histórica en suicidios de infantes; 14 chicos y 8 chicas hacen un total de 22. Nunca antes se habían superado las 14 defunciones por este motivo.

Otro colectivo que arroja datos preocupantes es el de mayores de 70 años. En 2021 novecientos noventa y nueve ancianos se quitaron la vida en nuestro país (FSME, 2022b).

Figura 4

Suicidio por Edades en España 2019

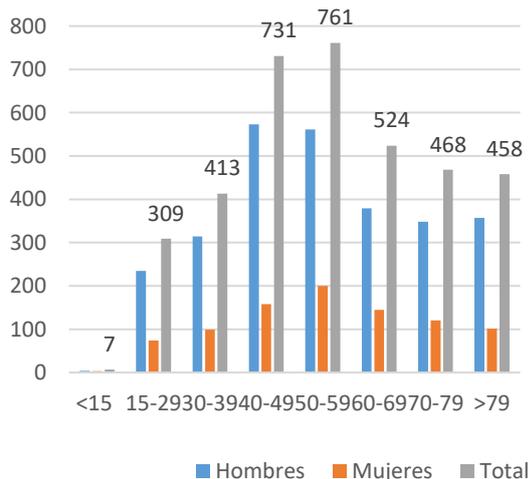
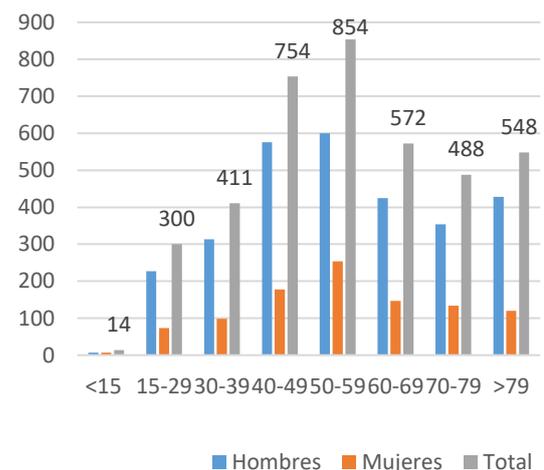


Figura 5

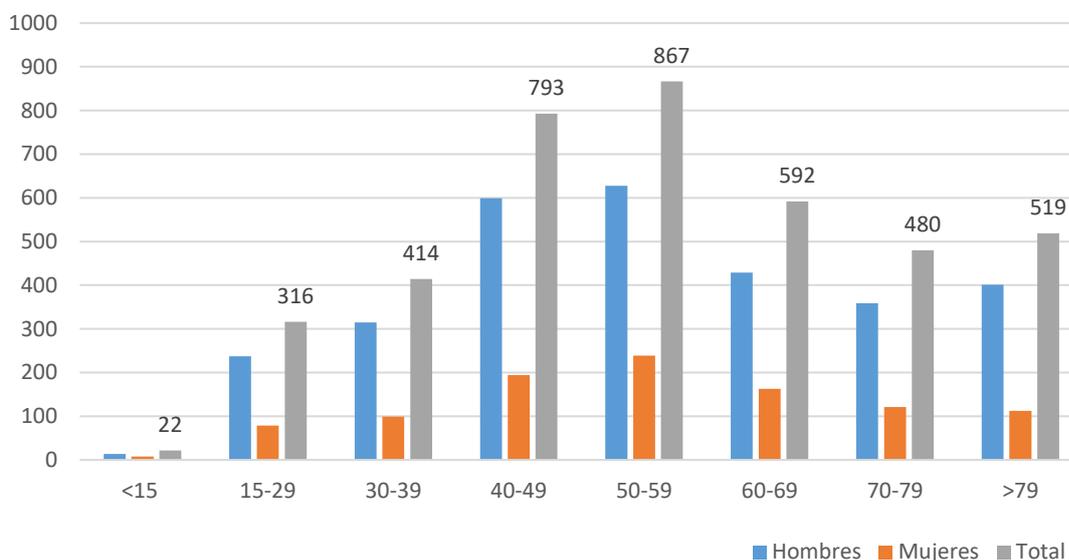
Suicidio por Edades en España 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEBase (2023)

Figura 6

Suicidio por Edades en España 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEBase (2023)

En la figura 7 aparecen los totales de suicidios por **comunidades autónomas** y como dato extra, los suicidios de entre 15 y 29 años, que es el rango de edad del colectivo al que se dirige el presente trabajo. Punteando cada barra en este archivo informático se ven los totales según sexo.

En valores absolutos Andalucía encabeza el ranking con 857 fallecimientos en el año 2021. En años consecutivos, 2020, 2019 y 2018, también se sitúa la número uno en la lista de defunciones, 793, 640 y 653, respectivamente.

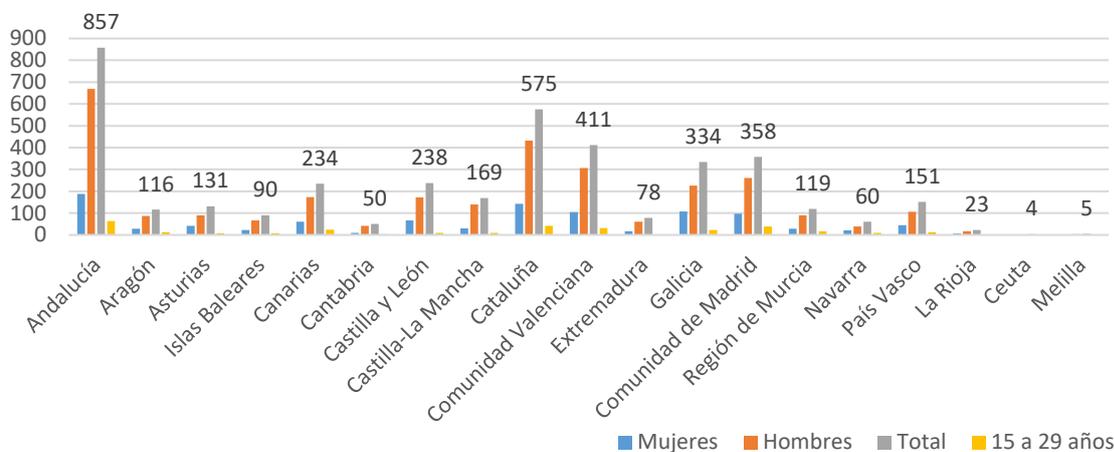
En Castilla y León los datos no son nada esperanzadores: para el 2021 hubo 238 defunciones, la sexta comunidad de la lista en valores absolutos. Del año 2019 al 2020 hubo un aumento del 4% y del 2020 al 2021 un 4,3%.

Según datos de Pereira (2022) en 2021 Castilla y León ocupó el 5º lugar en el ranking según tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes. Asturias es la 1ª y Andalucía la 4ª.

A pesar de la gravedad de este asunto llama la atención que las autoridades autonómicas de comunidades como Andalucía o Asturias, entre otras, no hayan elaborado un plan o estrategia específica de prevención. En el apartado 3.3 se encuentra más detalle al respecto.

Figura 7

Suicidio por Comunidades en España 2021



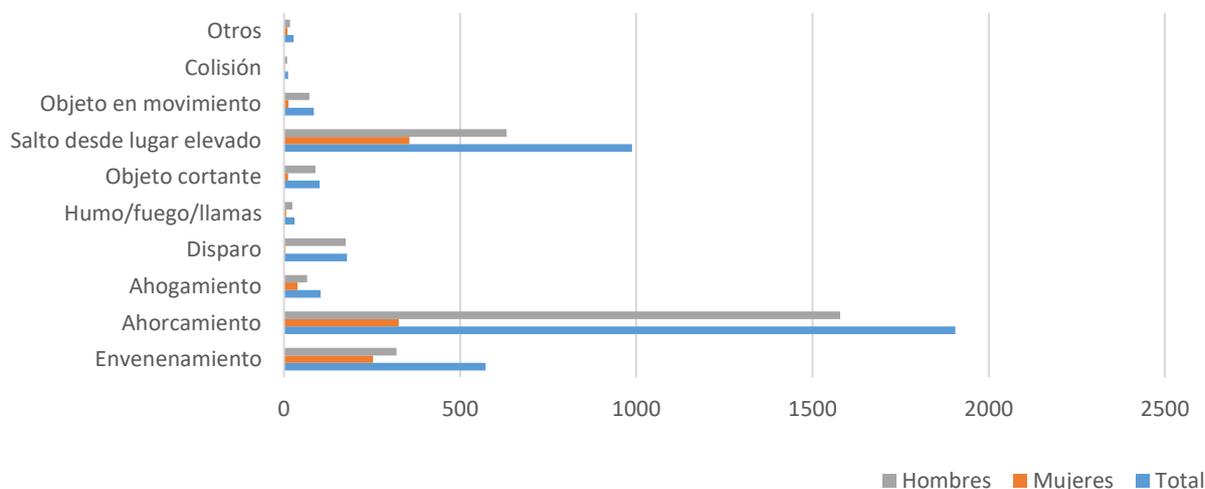
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEBase (2023)

Por otro lado, en la Figura 8 se muestran los principales **Métodos de suicidio** del 2021. Contabilizando el total sin división de sexo los tres principales son: ahorcamiento, salto desde un lugar elevado y envenenamiento. Los cuales coinciden en el año 2020 y 2019.

El ahorcamiento es la forma de muerte más utilizada en hombres y saltar desde un lugar elevado es el procedimiento que más usan las mujeres. Existen tendencias al alza en; el salto desde las alturas en hombres y el envenenamiento por sobredosis de drogas en ambos sexos (FSME, 2022a).

Figura 8

Métodos de Suicidio Empleados por Sexos en España, 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEBase (2023)

1.3. Modelos teóricos actuales

Desde 1985 han surgido numerosos modelos explicativos del comportamiento suicida. Cada una de estas teorías establece un conjunto único de factores de riesgo y una interacción entre los mismos.

Según Franklin et al. (2017) esta diversidad teórica no es un buen indicador en un campo de investigación que se inició a finales del s. XIX. Esto refleja que por desgracia aún estamos en una fase pre paradigmática y a estas alturas se esperaría tener un paradigma al que dirigirse.

Un modelo que merece especial atención es el **Modelo diátesis-estrés** creado por Mann a finales del s. XX y reformulado posteriormente. Es de interés porque actualmente es la teoría que más respaldo empírico tiene (García-Haro et al., 2018 ;Legido-Gil, 2012) y porque sirve de base para la creación de otro modelo destacado que se aborda más adelante.

En palabras de Rocamora (2013) se entiende diátesis como predisposición genética, vulnerabilidad a la que se añaden las experiencias traumáticas tempranas. Cuando además se presentan factores desencadenantes denominados estresores aumenta la probabilidad de la conducta suicida. Por lo tanto el estresor, unido a la vulnerabilidad referida a factores biológicos, psicológicos y sociales puede desembocar en suicidio consumado. La interacción entre estos factores que pueden jugar el papel de protección o de riesgo determinará el nivel de vulnerabilidad de cada persona. Los estresores producen un mayor impacto en las personas con mayor vulnerabilidad.

Otro autor relevante es O'Connor con su modelo integrado denominado **Modelo Motivacional-Volitivo**. Para ello ha aprovechado los principales componentes de casi diez modelos destacados de las últimas tres décadas, entre ellos el de diátesis-estrés. De hecho Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz (2020) afirman que se apoya principalmente en el modelo clásico de vulnerabilidad-estrés. O'Connor señala que a muchas de esas teorías les falta base científica o han adoptado un enfoque limitado y aun así han contribuido a identificar multitud de factores de personalidad (p.ej. la impulsividad) y factores cognitivos (p.ej. la resolución de problemas) que se sabe que aumentan o disminuyen el riesgo de suicidio. Además señala que algunos de esos factores o aspectos tienen margen de modificación a través de tratamiento terapéutico (O'Connor et al., 2016).

Respecto a los modelos que sirven de base para la creación de O'Connor, el de Baumeister (1990) es un ejemplo de teoría reduccionista porque se centra en una única motivación para terminar con la propia vida: escapar de un estado de ánimo insoportable. Tal y como se indica, aporta dicho factor motivacional que a su vez puede dar luz al abordaje terapéutico.

En esa obra de O'Connor se afirma que el modelo integral Motivacional-Volitivo explica el comportamiento suicida como resultado de una compleja interacción de factores. Como se puede observar en la Figura 9, en el proceso se diferencian tres fases: premotivacional, motivacional (ideación

y formación de la intención) y volitiva (ejecución de la conducta). Nótese la distinción entre intención suicida y comportamiento suicida, este último pertenece a la última fase. La creación de la ideación y la intención de la segunda fase viene determinada porque el sujeto percibe su situación personal como una derrota y humillación, con sentimientos de estar atrapado o atrapada en un lugar sin salida, y valora que la única solución es quitarse de en medio. Las transiciones de la derrota/humillación a sentirse atrapado y de ahí a la ideación/intento suicida y posteriormente al comportamiento suicida están determinadas por los *moderadores de estado*. Los cuales son factores internos o externos al individuo que aumentan o disminuyen la probabilidad de conducta suicida. Se pueden ver algunos ejemplos en la Figura 9. Además, los factores de la historia personal y los acontecimientos de la vida (p. ej. la separación de los progenitores), que en su conjunto constituyen la fase premotivacional (anterior a la ideación), proporcionan el contexto biopsicosocial más amplio para el comportamiento suicida. Es aquí donde se observa la influencia del Modelo diátesis-estrés antes descrito.

Figura 9

Modelo Integrado Motivacional-Volitivo de comportamiento suicida



Fuente: Elaboración a partir de O'Connor et al. (2016)

Para finalizar se señala que los modelos teóricos actuales consideran que la explicación del suicidio está relacionada con una complicada **interacción entre los factores biológicos, sociales y psicológicos** (Anseán, 2014; Fonseca-Pedrero & Díez-Gómez, 2018); que son vivenciados por una persona con unas circunstancias concretas y según su biografía (García-Haro et al., 2018).

Por tanto, se parte de la concepción del ser humano como una entidad con múltiples dimensiones: biológica, psicológica, social. A las que autoras como Saunders (1980) incorporan la dimensión **espiritual** en el estudio del

ser humano, tal y como se cita en Bernal et al. (2022). La espiritualidad no es baladí en el asunto que nos ocupa, resulta un factor de protección y se ha de tener en cuenta en la intervención terapéutica. Dicho sea de paso, la propuesta de la *parte 2* no incorpora abordaje terapéutico al tratarse de entorno escolar, por lo tanto no se va a entrar en más detalle.

1.4. Factores de riesgo, factores precipitantes y factores de protección.

1.4.1. Consideraciones previas.

¿Qué son los factores de riesgo? La manera de usar el término correlación, riesgo y factor de riesgo en el ámbito del suicidio a menudo ha sido inconsistente e imprecisa. Lo cual puede llevar a decisiones erróneas sobre investigación, tratamiento y políticas de prevención. A continuación se aclaran algunos términos: *correlación* significa que “un factor está asociado con otro factor”. Habría que analizar la naturaleza específica de dicha asociación. Dentro de los tipos de correlación tenemos el *factor de riesgo*, y para que se pueda denominar así “tiene que ser anterior a la conducta suicida (resultado de interés)”. Dicho factor puede utilizarse para identificar a individuos o grupos de alto o bajo riesgo y tomar así medidas de prevención. Un subtipo de factor de riesgo sería el *factor de riesgo causal*, el cual se identifica “cuando la manipulación de un factor de riesgo cambia sistemáticamente la probabilidad del resultado de interés”. En el ámbito del suicidio, existe muy poca investigación sobre los factores de riesgo causales.

Diversos factores de riesgo actúan paralelamente incrementando la vulnerabilidad de una persona, sin que dichos factores conduzcan necesariamente al comportamiento suicida. De acuerdo con Anseán (2014) algunos factores se consideran de riesgo si están presentes (acoso escolar) y de protección si están ausentes (relaciones satisfactorias con sus iguales). Mientras que otros se consideran de protección si están presentes (relación familiar satisfactoria) y de riesgo si están ausentes (la relación familiar no es satisfactoria).

En palabras de este mismo autor, existen también factores precipitantes, que se distinguen porque hay relación directa (causal) entre dicho factor o factores y que se origine un comportamiento en ese mismo momento, en nuestro caso comportamiento suicida.

Un metaanálisis de 365 estudios de los últimos 50 años llevado a cabo por (Franklin et al., 2017) concluye que todos los **factores de riesgo y de protección** del fenómeno suicida son **débiles e inexactos**.

Los autores subrayan que uno de los puntos débiles de la investigación existente es que los factores de riesgo se están midiendo de manera aislada en lugar de hacerlo en combinación, y otra limitación es que los factores de riesgo están medidos de manera estática. Es decir, la mayoría de los estudios han probado si un solo factor aislado medido en un momento

determinado predice comportamientos suicidas a lo largo de años o incluso décadas.

En este mismo trabajo se afirma que la capacidad para predecir la conducta suicida a través de los factores de riesgo es muy escasa. Por ejemplo, los trastornos del estado de ánimo y el tratamiento psiquiátrico previo (especialmente con hospitalización) están considerados ampliamente factores de riesgo predominantes para el fenómeno que nos ocupa. Sin embargo, partiendo de que el 98% de las personas diagnosticadas de trastorno del estado de ánimo no morirán por suicidio, dicho diagnóstico aislado tiene una capacidad inherentemente limitada para predecir con precisión una futura muerte por suicidio. El gran aumento de estudios de investigación (desde 1985 cada 10 años se duplican la cantidad de artículos calificados) no fue acompañado por un aumento en la capacidad de predicción.

El metaanálisis mencionado pone en cuestión la validez científica de muchas de las categorías o clasificaciones de factores de riesgo que se están usando en estos momentos.

Los investigadores concluyen que no se pueden validar la mayoría de las hipótesis y teorías sobre el suicidio. Otra conclusión es que la literatura no ha tornado ser más diversa en las últimas décadas ni se ha desarrollado sistemáticamente, por el contrario, el conjunto reducido de factores de riesgo potenciales que se creó antes de 1985, se mantiene actualmente. Se manifiesta que no hay evidencia de que ningún factor de riesgo conocido, amplio o específico, se acerque a lo que muchos podrían definir como de relevancia clínica.

En este estudio se sugiere que se necesitan nuevas investigaciones para evaluar los factores de protección, particularmente estudios con factores que no son simplemente lo contrario de los factores de riesgo (por ejemplo, "sin psicopatología", "sin consumo de alcohol versus abuso de alcohol").

Como introducción a los principales factores de riesgo de la literatura existente, autores como Barrios-Acosta et al. (2017) presentan el fenómeno suicida como un problema del individuo **derivado de un trastorno mental** y favorecido por otros factores sociales, relacionales y del sistema familiar. Esta misma idea se refleja en muchas guías, un ejemplo reciente nos lo ofrece la *Guía de prevención del suicidio* de la Federación Salud Mental Castilla y León "un 90% de los intentos de suicidio suele tener de base algún trastorno mental, patología o condición incurable" (pp 9).

Sin embargo García-Haro et al. (2020) alertan sobre el peligro de fomentar el **mito de suicidio igual a enfermedad mental** derivado de la siguiente afirmación de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014) "en los países de ingresos altos hasta el 90% de quienes se suicidan tienen trastornos mentales". Pese a que en el mismo documento dicha organización internacional señala también que el suicidio no cuenta con una única causa determinante, ese dato del 90% que tan difundido ha sido en la literatura y medios de comunicación puede llevar a una simplificación

preocupante: que la enfermedad mental sea la causante del suicidio. Ya que tal y como se ha expuesto anteriormente, existe bastante confusión entre la correlación de dos variables y la causalidad. De hecho, se considera sobreestimada la proporción de trastornos mentales en los estudios sobre suicidio porque en la mayoría de las investigaciones se están analizando tres variables: datos de antecedentes de trastorno mental, existencia de tentativas previas y de adicciones. Por último, el dato del 90% puede llevar a poner el foco en el diagnóstico psicopatológico y difuminar uno de los elementos claves del fenómeno suicida: la intencionalidad autodestructiva. Si en el imaginario colectivo el ejemplo de suicida es una persona que se quita la vida porque *escucha voces que le incitan a hacerlo*, se está diluyendo el elemento clave de toma de decisión intencional del individuo.

De hecho, estos mismos autores García-Haro et al. (2018) en un artículo anterior habían interpretado la gravedad de la psicopatología como un claro indicio de que el sujeto experimenta su situación vital de manera desesperada e insoportable y es precisamente esto último lo que puede motivar el acto suicida.

Dentro de la psicopatología **la depresión** requiere mención aparte.

Palacio (2010), médico experto en cuidados intensivos, critica que el suicidio se defina como una enfermedad mental más y que la depresión sea la justificación más difundida para explicar el fenómeno suicida. La relación entre depresión y suicidio no siempre es directa, no se puede realizar atribución de causalidad.

Un análisis de numerosos estudios de interés por parte de Villar (2018) encuentra hallazgos discrepantes. Esto es, algunos autores indican que la depresión es uno de los diagnósticos del DSM que más asociación tiene con la conducta suicida; numerosos investigadores relativizan y cuestionan la relación de la depresión y suicidio en población juvenil y para rizar el rizo Nock et al. (2015) señalan que la depresión podría ejercer más influencia en la existencia de pensamientos suicidas que en el tránsito del adolescente a intentar suicidarse.

Una dificultad añadida a la selección de factores de riesgo ha sido que en algunas guías no aparece la fuente de la que deriva la información reflejada. Se concuerda con Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz (2020) en el hecho de que gran parte de las guías de prevención de suicidio arrojan largas listas de factores de riesgo e indicadores de sospecha, que, aunque pueden ser útiles, son **factores poco específicos**, que **podrían estar presentes en cualquier persona** con o sin problemas de salud mental y sin un riesgo elevado de cometer suicidio.

Teniendo en cuenta todo lo desarrollado en este apartado pasamos a continuación a enumerar los factores de riesgo del Manual de Prevención e Intervención más citado en la literatura de este ámbito, cuyo análisis se basa en 26 estudios, muchos de ellos revisiones sistemáticas, lo que nos asegura cierta evidencia científica.

Antes de comenzar se recuerda la idea que se ha citado de Anseán respecto al aumento o disminución de probabilidad de conducta de riesgo según la presencia o ausencia de factores de riesgo y de protección. Cuando se acumulan varios factores de riesgo aumenta claramente la vulnerabilidad del adolescente al comportamiento suicida, sin que el desenlace sea necesariamente el suicidio.

1.4.2. Factores de riesgo.

En la tabla 2 se citan dichos factores con dos clasificaciones: individuales y sociofamiliares-situacionales. La literatura científica destaca la presencia de sintomatología depresiva y los abusos físicos y sexuales en la infancia. Haber tenido un intento de suicidio anteriormente es un factor predictor, sobre todo en el género masculino. Dentro de los factores individuales se subraya la impulsividad porque juega un papel importante en el colectivo menor a 15 años. Respecto a los factores de riesgo sociofamiliar y situacional se destaca el bullying para que los centros educativos pongan especial atención en prevenirlo.

Tabla 2

Factores de Riesgo Individuales

Tentativa previa de suicidio.	de	Es el factor que cuenta con mayor evidencia, sobre todo en los varones.
Depresión mayor.		En niñas este diagnóstico es el factor de riesgo más relevante y en segundo lugar la tentativa de suicidio previa.
Comorbilidad psiquiátrica.		Los trastornos más asociados al comportamiento suicida son: depresión, trastorno disocial y abuso de sustancias. En segundo lugar, la esquizofrenia, el trastorno límite de personalidad, los trastornos de ansiedad y de conducta alimentaria.
Comorbilidad psiquiátrica.	no	Dolor crónico o enfermedad crónica (principalmente diabetes mellitus, epilepsia, cáncer y obesidad).
Factores genéticos y biológicos.	y	
Factores psicológicos y emocionales.		La rigidez cognitiva, el procesamiento erróneo de la información, la desesperanza, mecanismos de defensa disfuncionales y dificultad en resolución de problemas.
La impulsividad.		Sobre todo, en menores de 15 años.

Maltrato físico y abuso sexual.	Los menores que han recibido maltrato o abuso tienen alta incidencia en el fenómeno que nos ocupa. Bernal et al. (2022) precisa que el 41% de todas las personas que hacen un intento suicida han recibido algún tipo de abuso.
---------------------------------	---

Factores Sociofamiliares y Situacionales

Historial psiquiátrico y suicidios en la familia.	García-Haro et al. (2018) pone el énfasis en que el comportamiento se incorpora en el escaso repertorio conductual del menor.
---	---

Disfunción familiar.

Acontecimientos vitales adversos.	Provocan mucho estrés al menor.
-----------------------------------	---------------------------------

Dificultades con sus iguales o con pareja.	Pocas habilidades sociales, conductas desadaptativas y disruptivas.
--	---

Bullying o acoso escolar proveniente de sus iguales.

Bajo nivel educativo y bajo estatus socioeconómico.

Bajo rendimiento académico, fracaso escolar.

Orientación sexual.	Se relaciona con la discriminación existente en la sociedad hacia el colectivo homosexual. Euregenas (2014b) incluye la identidad sexual dado que numerosos estudios muestran altas tasas de intentos de suicidio también en el colectivo transexual.
---------------------	---

Historial de relaciones interpersonales de suicidio.	La experiencia de un amigo o amiga con comportamiento suicida. Se amplía el antiguo concepto de <i>Efecto Werther</i> haciendo referencia a "conductas imitativas, actualmente también por la difusión de determinada información sobre suicidio en redes sociales y medios de comunicación". El término lo acuñó el sociólogo David P. Phillips en 1974 derivado de la novela <i>Las penas del joven Werther</i> . Dicho joven acaba con su vida gracias a un arma de fuego debido a su estado de desesperación por un amor no correspondido. Tras su publicación se produjo una oleada de suicidios en Europa (Picazo-Zapinno, 2014).
--	---

Conflictos existenciales y culturales (Hjelmeland & Knizek, 2016; Rendueles, 2018 como se citó en García-Haro et al., 2020).

Fuente: Adaptado de Anseán (2014)

1.4.3. Factores precipitantes.

Acontecimientos vitales adversos, factores psicológicos o personales, dificultades con sus iguales o con la pareja, conflictos familiares y dificultades escolares.

De hecho García-Haro et al. (2018) afirma que aproximadamente “en el 70% de los casos de suicidio en población juvenil aparece el fracaso escolar como desencadenante”.

1.4.4. Factores protectores.

En la tabla 3 se mencionan los factores protectores del Manual que acabamos de citar, agrupados en la misma clasificación que los factores de riesgo. Como se verá más adelante, muchos de los factores de protección individuales se podrían reforzar a través de intervenciones escolares preventivas (autoestima, razones para vivir o resolución de problemas y estrategias de afrontamiento). Por otro lado, se destaca el papel del terapeuta en la creación de un vínculo seguro con el adolescente, como factor que disminuye la probabilidad de conducta de riesgo.

Tabla 3

Factores Individuales

Actitudes y valores positivos, especialmente de cara al suicidio.

Capacidad para resolver problemas y estrategias de afrontamiento.

Capacidad para tener presente sus razones para vivir.

Locus de control interno.

Autoestima.

Capacidad intelectual.

Factores sociofamiliares y situacionales

Relaciones satisfactorias con la familia.

Relaciones satisfactorias con los iguales.

Sistemas de apoyo, estar recibiendo terapia, experiencia escolar positiva y tener hobbies.

Nivel educativo.

Otras características

Buena alianza terapéutica con el profesional.

Creencias relacionadas con la religión y del ámbito cultural, puesto que dichos preceptos y frenos morales pueden postergar o anular la conducta suicida.

Fuente: Adaptado de Anseán (2014)

2. COLECTIVO ADOLESCENTE.

La salud física y mental en la etapa de la adolescencia es de vital importancia para el futuro de cualquier país, comunidad y sociedad, en cualquier parte del mundo. Es una etapa donde las personas experimentan grandes cambios; crecimiento físico, cognitivo, psicosocial.

La adolescencia es una etapa sensible por la cantidad de desafíos a afrontar: la percepción tan intensa de todas las vivencias nuevas, comenzar vislumbrar un proyecto de vida propio o cubrir la **necesidad de pertenencia** al grupo de iguales. La juventud también se caracteriza por mayor **impulsividad** frente a estadios posteriores evolutivos.

Respecto al desarrollo cognitivo, en la definición de suicidio se ha señalado que tiene que haber intencionalidad. Es importante subrayar que para ello se necesita valorar los riesgos de una manera ajustada a la realidad y tener claro qué es la **muerte**. Según Pedreira-Massa (2019) los menores atraviesan una primera etapa donde asimilan la muerte a un viaje o abandono que no entienden bien, una segunda etapa donde creen que hay posibilidad de reencontrarse, en la tercera etapa pasan a darse cuenta de que la ausencia es irreversible (no antes de la edad de 8 años) para terminar incorporando el concepto de muerte que tienen las personas adultas. Todo ello influido por las condiciones socio-culturales del menor.

Los efectos de la Covid-19 y de las cuarentenas han impactado a la población juvenil. Según Save the Children España (2021) los trastornos

mentales han aumentado entre un 1% y 3% en las edades de entre 4 y 14 años y del 4% al 7% en el caso de trastornos de conducta.

Fundación ANAR (2022) informa que hay un aumento de llamadas de urgencia de niños, niñas y adolescentes en 2021: 45,9% del total de las llamadas en su línea de ayuda son catalogadas como urgencia alta. Esto es un 6,8% más que el 2020. Estas emergencias, muchas de ellas, son relacionadas con el sufrimiento emocional y/o físico causado por muchas situaciones, la mayoría de ellas complejas, que pueden conducir al suicidio. Las consultas de urgencia por ideaciones e intentos de suicidio son 3.665 llamadas en 2021. En el 2009 sólo se atendieron 195, es decir, hay un crecimiento de 1.779%.

Aunque los servicios de atención en España son mejores que en otros países, han resultado insuficientes en la pandemia y se han visto desbordados.

3. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

Hay que decir alto y claro que muchos suicidios son prevenibles y se pueden reducir las secuelas y el sufrimiento generado. Esto es, la prevención beneficia a las personas concernidas, a sus familiares y promueve el bienestar de las comunidades.

Tal y como se ha descrito anteriormente, en el fenómeno suicida hay un proceso que pasa por la ideación, la planificación, un gesto. Para prevenir el suicidio consumado es necesario detectar en este transcurso que algo está pasándole a esa persona. La dificultad es que este tema aún queda en la esfera privada y no ha trascendido a la esfera pública, como sí lo han hecho otros problemas tales como los accidentes de tráfico o la violencia machista (SOM Salud Mental 360, 2021).

3.1. Estrategias de prevención. Concepto y niveles.

Los tres tipos de estrategias de prevención son:

-Prevención Universal: dirigida a toda la población con el objetivo de sensibilizar sobre los problemas de suicidio y desmitificando creencias infundadas, concienciar sobre la salud mental, reducir el estigma, disminuir las consecuencias de las crisis económicas y promover el apoyo social o habilidades de afrontamiento (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2021). Ejemplos de este nivel son los programas educativos (como el de reducción del uso nocivo del alcohol), las campañas de publicidad con anuncios televisados o carteles informativos sobre el suicidio. Se requiere una inversión de tiempo por parte de los medios de comunicación para elegir la mejor forma de informar y divulgar la información y no provocar un efecto llamada, como por ejemplo no explicitar métodos de suicidio (Borràs, 2021). El Ministerio de Sanidad ha publicado el manual de *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de*

comunicación. Existen otras guías, como la titulada *En Mis Zapatos* que difunde la asociación La niña amarilla junto con las asociaciones Papageno y Afasib. Una de las acciones con mayor soporte de evidencia en cuanto a la disminución de conducta suicida sería la reducción de acceso a medios letales tales como: restricción del uso de pesticidas, prescripción y venta de barbitúricos, instalación de barreras en lugares como el Puente del puerto de Sidney o la torre Eiffel para imposibilitar que se pueda saltar.

Según Palao (2021) las medidas destinadas a disminuir los índices de pobreza, a mejorar los indicadores educativos y las políticas de acceso al empleo son muy útiles en este nivel de prevención. De hecho, estas últimas ya han logrado una disminución de la conducta autolítica en épocas de recesión.

-Prevención Selectiva: dirigida a grupos específicos que son más vulnerables, esto es, con problemas de salud mental, población penitenciaria, drogodependientes, migrantes, víctimas de abuso sexual, etc. A veces incluye programas de detección de personas en riesgo, programas de capacitación de guardianes (gatekeeper) o apoyo psicológico por ejemplo a personas con problemas de adicciones (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2021).

-Prevención Indicada: se focaliza en personas clasificadas de alto riesgo, que presentan de manera temprana señales de riesgo suicida y son especialmente vulnerables. Son intervenciones adaptadas a las necesidades de dichas personas, tanto en desarrollo de habilidades como atención psicológica individual o grupal. Un ejemplo sería el de mujeres durante el período perinatal que muestran signos de advertencia.

De acuerdo a Guerrero, en el XV Desayuno de Infocop del Consejo General de Colegios Oficiales, la prevención indicada es el último eslabón puesto en marcha cuando han fallado otras medidas del ámbito social como la prevención de los dos niveles ya citados: selectiva y universal, ambas dos mucho más eficientes. Esto es, cada euro invertido produce un ahorro en el Sistema de Salud pública que merece la pena tomar en consideración (Infocop. Revista online, 2022b).

Se le puede dar la vuelta a esta reflexión *¿cuál es el coste de no prevenir?* Un coste demasiado alto para determinadas personas y para la sociedad en general.

Según la revisión sistemática de 10 años de Zalsman et al. (2016, como se citó en Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2021) las intervenciones **más efectivas incluían** la restricción del acceso a medios letales, políticas para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas, tratamiento de la depresión, atención y seguimiento a personas de alto riesgo, políticas para amortiguar las consecuencias de la recesión económica, comunicación responsable por

parte de los profesionales de la información y programas de sensibilización en escuelas.

3.2. La OMS y la Unión Europea.

La prevención del suicidio es una prioridad para la OMS, la cual insta a los representantes políticos a que lleven a cabo políticas de actuación al respecto. Este organismo promueve estrategias basadas en el modelo socioecológico que incluyen niveles de intervención en contextos sociales, comunitarios, interpersonales e individuales, con el objetivo de generar efectos sinérgicos. Esto es, recomienda emplear un enfoque multisectorial con un abordaje integral del fenómeno suicida.

La Organización Mundial de la Salud (2021) establece la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) exigiendo una reducción en un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar, para lo cual incorpora la tasa de suicidios como un indicador dentro de esta Meta.

Las comunidades también desempeñan un papel crucial en la prevención de este fenómeno al proporcionar puentes entre lo que la comunidad necesita y las políticas nacionales. Se ha comprobado que aplicar diferentes medidas a distintos niveles tiene efectos sinérgicos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Las comunidades pueden reducir el riesgo, aumentar los factores de protección, contribuir al sentido de pertenencia y apoyar a los individuos o colectivos vulnerables luchando contra el estigma. Representantes de la comunidad pueden llevar a cabo la función de *guardianes* de la que se hablará más adelante.

Por otro lado, en el ámbito de la Unión Europea, se puso en marcha el Marco Europeo para la Acción en Materia de Salud Mental y Bienestar que marca la prevención de la depresión y el suicidio como ámbito de atención prioritaria.

3.3. Estrategias de prevención estatal y autonómica.

A pesar de que la OMS insta a los gobiernos a que promulguen estrategias nacionales integrales y multisectoriales, **España no cuenta con una Ley Estatal** de prevención del suicidio.

Según OPS (2021) en estos momentos solo 38 países tienen una estrategia estatal de este tipo, por lo que será difícil cumplir la meta de los ODS de reducción de las muertes por suicidio.

En la tabla 4 se encuentra un resumen de las razones por las que se requiere una Ley Estatal. Se destaca que cuando un gobierno reconoce este problema de salud pública, aumenta la concienciación y presencia en

medios, se establecen objetivos estratégicos concretos de prevención y se asignan recursos.

Tabla 4

Razones por las que es Necesaria una Ley Estatal de Prevención de Suicidio

Reconocimiento por parte del gobierno del suicidio como problema de salud pública.

Provee un modelo con objetivos estratégicos e insumos específicos.

Identifica los recursos económicos y humanos.

Proporciona liderazgo y guía de actuación con evidencia.

Identifica socios responsables y coordinación a nivel estatal y local.

Identifica lagunas en la legislación.

Aumenta la sensibilización y la comunicación en los medios.

Propone modelo de evaluación y supervisión clínica.

Proporciona un contexto para una agenda de investigación al respecto.

Fuente: Adaptado de Platt et al. (2019)

Casanueva (2021) informa que a principios de diciembre de dicho año se ha aprobado la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud** para el periodo 2022-2026. Dicho documento se ha actualizado después de la friolera de 13 años.

La estrategia de Salud Mental vigente provee un plan de prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida cuyos objetivos se resumen a continuación: servicios de salud mental más accesibles y una mejor atención para las personas con conducta suicida, así como una correcta detección de ideación y riesgo suicida por parte de los profesionales sanitarios. Otro objetivo es la concienciación a la población general combatiendo los mitos existentes, usar testimonios de personas que hayan pasado por situaciones de riesgo de suicidio y sensibilizar al colectivo de periodismo sobre cómo tratar este fenómeno. También se incluye la implementación de protocolos de prevención en distintos ámbitos como colegios, universidades, centros sociosanitarios y centros de atención a personas mayores (Ministerio de Sanidad, 2021).

Uno de las primeras acciones que se puso en marcha, en mayo de 2022, fue el lanzamiento de la línea telefónica 024, que es pública, gratuita y

accesible las 24 horas para personas con conducta o pensamientos suicidas y para sus familiares y amistades (Ministerio de Sanidad, 2022).

La anterior estrategia de Salud Mental estatal, que se aprobó en 2006 y se actualizó para 2009-2013 no contaba con una línea específica de prevención del suicidio (la compartía con la prevención de la depresión dentro, a su vez, de un objetivo mayor relacionado con la enfermedad mental).

De acuerdo a Palao (2021) existe evidencia científica de que la muerte por suicidio es prevenible si se aplican intervenciones de prevención en los tres niveles que se han mencionado, intersectoriales y coordinadas a nivel estatal. Pero parece obvio que hasta el momento en nuestro país no ha habido voluntad política de abordar en condiciones el fenómeno suicida.

Castellvi & Piqueras (2018) denuncian que la puesta en marcha de programas preventivos en España va con retraso respecto al resto de países de la Unión Europea comparables en nivel de desarrollo económico y social.

Todas las **comunidades autónomas** (CC. AA.) han elaborado un plan de salud mental con objetivos, líneas estratégicas o medidas referidas al fenómeno suicida. Y en los últimos años trece consejerías de sanidad también han desarrollado estrategias o planes de prevención y atención al fenómeno suicida de manera integral. En ciertos casos, de manera añadida, existen procedimientos, protocolos o códigos específicamente sanitarios. Todo lo que se acaba de mencionar se promueve desde el ámbito de la salud.

Por otro lado se llevan a cabo programas de prevención de suicidio en ciudades o provincias como Barcelona, Sabadell, Ourense, Guipúzcoa y Oviedo (FSME, 2021a).

Últimamente están surgiendo numerosas guías de orientación para la prevención del suicidio tanto para la población general como para colectivos específicos: personas mayores, colectivo LGTBI, familiares supervivientes, así como guías para la intervención de los cuerpos profesionales como bomberos, policía o periodistas.

El presente trabajo no analiza las iniciativas locales o provinciales ni las guías de orientación general o de intervención profesional. A continuación, en la tabla 5 se recoge el nombre de los planes, estrategias, guías y protocolos escolares relacionados con el suicidio de todas las CC. AA. de España. Y se añade información aclaratoria de algunas de ellas.

Tabla 5

Planes, Estrategias y Protocolos de prevención de suicidio promovidos por organismos autonómicos

	Plan de Salud Mental como marco	Plan o Estrategia Específica de Prevención de Suicidio	Protocolo en el Ámbito Educativo
Andalucía	III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020 (en revisión)		
Aragón	Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021	Estrategia de Prevención del suicidio en Aragón. 2020	Guía para centros escolares. Protocolo de actuación inmediata. 2021
Principado de Asturias			Guía para la promoción del bienestar emocional, prevención, detección e intervención ante la conducta suicida en centros educativos (a 1 de enero 2023 pendiente de lanzamiento).
Illes Balears	Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022	Plan de Prevención, Actuación y Abordaje de la Conducta Suicida en las Islas Baleares. 2022	Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en centros educativos y Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en centros educativos. 2021
Canarias	Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023	Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias. 2021	
Cantabria	Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026		
Castilla y León	IV Plan de Salud de Castilla y León. 2016-2020.	Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León. 2021	
Castilla-La Mancha	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025	Estrategias para la Prevención del Suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas en Castilla-La Mancha. 2018-2025	Guía para la prevención de la conducta suicida Castilla-La Mancha. Dirigida a docentes. 2020
Cataluña	Plan director de salud mental y adicciones. Estrategias 2017-2020	Plan de prevención del suicidio de Cataluña 2021-2025	

	Plan de Salud Mental como marco	Plan o Estrategia Específica de Prevención de Suicidio	Protocolo en el Ámbito Educativo
Comunitat Valenciana	Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020	Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Vivir es la salida. 2017	Orientaciones para la Intervención frente a una situación de autolesiones o conductas suicidas en el ámbito escolar. 2021. Y guía informativa para el ámbito escolar. 2018
Extremadura	III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020	I Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura. 2018	Guía de prevención en intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo. 2021
Galicia	Plan de Salud Mental de Galicia 2020-2024	Plan de prevención del suicidio en Galicia. 2017	Protocolo de prevención y actuación en ámbito sanitario y educativo ante el riesgo suicida infanto-juvenil. 2022.
Comunidad de Madrid		Plan de prevención del suicidio de la Com. De Madrid. 2022-2026	Protocolo para la prevención de conductas autolesivas. 2022
Región de Murcia	Programa de acción para el impulso y mejora de la Salud Mental en la CARM. 2019-2022		Guía de prevención del suicidio. Actuaciones en Centros Educativos. 2022
Comunidad Foral de Navarra		Protocolo de colaboración interinstitucional prevención y actuación ante conductas suicidas de Navarra. 2014	
País Vasco		Estrategia de prevención del Suicidio en Euskadi. 2019	Estrategia de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo. 2022
La Rioja	III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016 – 2020	I Plan de prevención del suicidio en La Rioja. 2018	

NOTA: Si en la fila de una CC. AA. no aparece el Plan/Estrategia de Prevención o el Protocolo/Guía de centros escolares quiere decir que no existe o no se ha encontrado. Por ejemplo, la Consejería de Educación de Castilla y León no ha elaborado un protocolo para centros escolares.

Sin embargo, el hecho de que no aparezca Plan de Salud Mental en la tabla no quiere decir que la región adolezca de él. Significa que no es el marco del que surge el Plan o Estrategia de prevención del suicidio. Por ej. el Gobierno Vasco tiene una Estrategia de Salud Mental (2010), el Gobierno de Navarra un Plan de Salud Mental (2019-2023) y tanto el Gobierno de La Rioja como el de Aragón han lanzado un Plan de Salud Mental posterior al que aparece en la tabla.

Cuando se profundiza en los planes autonómicos se esperaría encontrar una secuencia lógica similar a la del **Gobierno de Aragón**. Esto es, el lanzamiento por parte del Departamento de Sanidad de la *Estrategia de prevención del suicidio* (2020) en el marco del Plan de Salud Mental de Aragón (2017-2021) y en sintonía con la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (2007) y con los *Valores y principios comunes en los Sistemas de Salud Europeos* que estableció el Consejo de la Unión Europea en 2006. Y por último, derivado de dicha Estrategia aragonesa, la posterior elaboración de un protocolo de actuación en centros escolares en 2021 (Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, 2020).

Se desearía un detalle en el prólogo o justificación de cuál es el contexto en el que surge la propuesta concreta y con qué sinergias cuenta. Nada más lejos de la realidad. En la tabla 5 se puede observar que los planes o estrategias específicas de prevención de suicidio no siempre surgen en el marco del plan de salud mental autonómico. Ambas propuestas son promovidas por organismos sanitarios de la comunidad correspondiente.

Los protocolos o guías de actuación en centros escolares existentes han sido elaborados en su mayoría por el departamento de educación autonómico en colaboración con un organismo de la consejería de sanidad.

Esos procesos secuenciales los han seguido la Generalitat Valenciana, Castilla La-Mancha y Extremadura incorporando un protocolo o guía de prevención de la conducta suicida en centros educativos como eslabón final de dicho proceso. A Canarias, Cataluña, Castilla y León y La Rioja lo que les falta es el protocolo escolar. El resto de comunidades no ha seguido dicho proceso.

En diciembre de 2021, en el marco del *IV Plan de Salud de Castilla y León* se aprobó la denominada *Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León* que establece cinco líneas de trabajo con setenta y un medidas para actuar en diferentes niveles como son la vigilancia epidemiológica e investigación, prevención selectiva, indicada y universal con programas de reducción de alcohol y de acopio de algunos fármacos, barreras en lugares de riesgo, prácticas informativas y otras medidas en el entorno educativo que aún no están en marcha. Se puede observar que la propuesta sigue las recomendaciones de la OMS dado que interviene en diferentes niveles, se promueve desde tres consejerías distintas (sanidad, educación y familia) y han participado diferentes agentes: la FSME y entidades regionales representativas del colectivo de personas con discapacidad, con enfermedad mental y asociaciones profesionales del colectivo de psiquiatras, médicos y médicas (Comunicación de la Junta de Castilla y León, 2021).

Desde esta misma fuente se conoce la declaración de La consejera de Educación sobre la problemática que nos ocupa, que incide directamente en el ámbito educativo y se compromete a la elaboración de un plan preventivo

que abarque formación para profesorado, familiares, personal de orientación y en general toda la comunidad educativa.

Sin embargo, en la citada estrategia esta es la única concreción que encontramos al respecto:

El Plan de convivencia de los centros docentes es una herramienta clave para incorporar criterios de detección y prevención de la conducta suicida, tales como, programas preventivos sobre la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio, así como psicoeducación y entrenamiento en habilidades o programas y políticas anti acoso (anti-bull-ying), entre otras actuaciones. (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2022, pp 53)

Por lo tanto, estamos a la espera de indicaciones de las autoridades castellano leonesas en el ámbito escolar.

Por otro lado, de acuerdo a Calvo (2022) la Consejería de Sanidad de Castilla y León va a crear la figura de enlace sanitario en cada una de las áreas de su circunscripción a quien derivarán pacientes desde instituciones educativas, centros residenciales y servicios sociales en el año 2023.

Por otro lado, el *Plan de Prevención del Suicidio de la **Comunidad de Madrid** 2022-2026* instaba a realizar un Protocolo que se ha comenzado a implementar en el curso 2022-2023: *protocolo para la elaboración de planes individualizados de prevención, protección, e intervención con el alumnado en situaciones de riesgo en los centros educativos*. No se menciona en prensa ni en medios propios del gobierno regional que dicho Plan de Prevención surja en el marco del Plan de Salud Mental de la Comunidad: el antiguo tenía un horizonte hasta 2020 y el nuevo, a pesar de haber sido anunciado en diciembre de 2022 aún no está disponible. Por esta razón no se refleja en la tabla 5.

El segundo objetivo de la línea estratégica 5 del Plan de Prevención que nos ocupa consiste en la detección de cuadros depresivos en centros escolares y prevención de bullying, cyberbullying y otras situaciones de acoso en dicho ámbito. Esto último lleva aparejado actividades de concienciación dentro de las aulas y formación del profesorado y del colectivo de padres (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022).

Una de las actuaciones de este plan es el denominado *Proyecto PsiCE Psicología basada en la evidencia en contexto educativo*, que es una investigación de la intervención temprana en los problemas emocionales de los adolescentes en el ámbito escolar. Se lleva a cabo en doce centros educativos de la Comunidad de Madrid con alumnado que presente sintomatología depresiva o ansiosa moderada excluyendo estudiantes con trastorno mental, necesidades educativas especiales o que presenten ideación suicida o adicción comportamental. Actualmente se está

sistematizando los resultados de la evaluación inicial del estado de bienestar mental del alumnado de la ESO. En los próximos meses se desarrollarán las diez sesiones previstas sobre psicoeducación emocional, la toma de conciencia emocional sin juzgar, el *darse cuenta* de los comportamientos de evitación del malestar y estrategias de afrontamiento.

El estudio se está desarrollando en varias regiones de España impulsado por el Consejo General de la Psicología de España y un equipo investigador de la Universidad de La Rioja. El objetivo del mismo es mostrar evidencia científica sobre intervenciones psicológicas en los centros educativos a efectos de prevenir, detectar y mejorar los ajustes emocionales del alumnado. Los resultados se darán a conocer en otoño de 2024 (Infocop. Revista online, 2022c).

La investigación que nos ocupa fue presentada en la *Jornada Hablemos de suicidio y después ¿qué?* en el marco de prevención de suicidio por José Antonio Luengo Latorre. Es decano del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid y coordinador del equipo de apoyo socioemocional de la Subdirección General de Inspección Educativa de la Comunidad de Madrid (Luengo & Abad, 2022).

A pesar de que este mismo psicólogo, Luengo (2020), nombra el *I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja 2018* como buena práctica en este ámbito, las autoridades riojanas aún no han llevado a término la creación del anunciado programa de prevención y protocolo escolar que establece la medida número 33 del *I Plan* que se acaba de señalar.

Sin embargo está en marcha un programa pionero de educación emocional para jóvenes, familiares y profesorado orientado a prevenir el fenómeno suicida. Sus creadores son Eduardo Fonseca-Pedrero, profesor de psicología evolutiva de la educación de la Universidad de la Rioja y el Teléfono de la Esperanza (Universidad de la Rioja, 2019).

Andalucía, pese a que es la comunidad que más suicidios tiene en valores absolutos, no cuenta con estrategia específica de prevención ni con protocolo para centros educativos. En el marco del obsoleto *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012* se elaboró el documento *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida para personal sanitario* desde el Servicio Andaluz de Salud.

Comunicación y prensa del Principado de Asturias (2023) ha anunciado el lanzamiento de la Guía para la promoción del bienestar, prevención, detección e intervención ante la conducta suicida en centros educativos. Como se puede observar en el título, también impulsa líneas de apoyo a la gestión emocional del alumnado. A 1 de enero de 2023 el documento no está disponible. Resulta llamativo que el Gobierno de Asturias elabore un protocolo en ámbito educativo sin tener una Estrategia de prevención de

suicidio y sabiendo que en el *Plan de Salud Mental 2022-2030* las medidas previstas en entorno escolar se reducen a la formación de la comunidad educativa para detección de riesgo y coordinación intersectorial con profesionales de la educación.

La Xunta de **Galicia** presentó en septiembre de 2017 el *Plan de prevención del suicidio* autonómico que incluía, entre muchas otras actuaciones, la implantación en el sistema educativo de un *Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo*. Dicho protocolo estuvo disponible en 2018. En octubre del 2022 se presenta un nuevo documento denominado *Protocolo de prevención y actuación en el ámbito sanitario y educativo ante riesgo suicida infanto-juvenil*. En la justificación de dicho protocolo se explica que el impacto de la pandemia en el colectivo adolescente amerita una revisión de las medidas a tomar en el ámbito que nos ocupa. Según la Sala de Comunicación de Xunta de Galicia (2022) se trata de un proyecto que se enmarca en las líneas estratégicas del *Plan de Prevención de Suicidio* en Galicia y el *Plan de Salud Mental de Galicia 2020-2024*.

Toda esta información de la administración pública contrasta con las declaraciones del Colegio Oficial de Psicología de Galicia exigiendo en septiembre del año pasado el cumplimiento de los compromisos difundidos en el *Plan de Prevención de Suicidio*, ya que cinco años después no se conoce ejecución ni medidas desarrolladas al respecto (la Opinión de La Coruña, 2022).

En el tema que nos ocupa se requiere un trabajo intersectorial lo más coordinado posible, aunque las iniciativas de algunas regiones no parece que estén muy coordinadas y no surgen bajo el paraguas de una Ley Estatal que como se ha comentado, no existe en España. Aun así, se valora el trabajo de prevención que se está llevando a cabo desde diferentes organismos autonómicos en los últimos años.

Diez autonomías han elaborado guías o protocolos de actuación en el entorno educativo de las que se hablará más adelante, aunque la del Principado de Asturias aún no está disponible.

3.4. Tipos de intervenciones escolares de prevención.

En los países occidentales hay evidencia de que las intervenciones escolares de prevención reducen eficazmente las ideas e intentos de suicidio del colectivo adolescente. En el caso de países de renta media y baja, se requiere más investigación al respecto (McKinnon et al., 2016).

Hay consenso en que la escuela es uno de los contextos naturales para prevenir y realizar intervenciones en salud con el colectivo juvenil. El objetivo de dichas intervenciones es disminuir los factores de riesgo y reforzar los factores protectores tales como la promoción de buena salud

mental, generar redes de apoyo, mejorar la gestión de las emociones, resolución de problemas, etc. También buscan disminuir los tabús entorno al suicidio y aumentar el entendimiento del problema por parte de la familia (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2021).

Se presentan a continuación las 5 categorías de programas de prevención en escuelas según revisión bibliográfica de Fonseca-Pedrero et al. (2019) ampliando las categorías que ofrecía Bustamante & Florenzano (2013) en otra revisión: a) sensibilización y educación a través de contenidos transversales en la formación de los estudiantes promoviendo actitudes hacia la búsqueda de ayuda, b) formación en habilidades socioemocionales: resolución de problemas, autorregulación, manejo de la depresión o la ira, lo cual reduce los factores de riesgo y favorece los de protección, c) capacitación de *guardianes o gatekeepers* entre el personal de la escuela para que deriven al estudiante identificado a otros recursos sociosanitarios, d) formación de liderazgo entre iguales para que remitan al estudiante a un *adulto de confianza* y e) detección-cribado de estudiantes en riesgo: evaluación de ideación suicida, síntomas de depresión y problemas múltiples de salud mental junto con consumo excesivo de alcohol derivándoles a los servicios psicológicos.

Las conclusiones y ejemplos de estas dos revisiones se basan en los programas con cierto nivel empírico, y se coincide en que para tener en cuenta algunos programas hubieran requerido una evaluación que midiera la disminución del comportamiento suicida. Dicho de otro modo, no se puede afirmar que un programa es efectivo si solo se comprueba el aumento de conocimiento sobre el fenómeno suicida o la mejora de los síntomas de depresión.

A continuación se citan solamente cuatro de los programas que recogen las revisiones, todos ellos con resultados de disminución significativa de la conducta suicida.

-Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)

Bustamante & Florenzano (2013) afirman que doce países europeos incluida España llevaron a cabo prevención universal con psicoeducación (resolución de problemas e inteligencia emocional), entrenamiento a *gatekeepers* (reconocimiento de señales de alarma por parte del profesorado) y screening a un total de 11.000 estudiantes logrando disminuir los intentos de suicidio y la sintomatología depresiva. Según Fonseca-Pedrero et al. (2019) este era el único programa que estaba validado mediante ensayo controlado aleatorizado en España en 2015.

-Signs of Suicide (S.O.S)

Es un programa universal donde se enseñó a 4.055 estudiantes de nueve centros de secundaria a responder a los signos de alarma propios y de otros compañeros como si de una emergencia sanitaria se tratara. Se identifican síntomas de depresión y de riesgo suicida, promueve la petición de ayuda

gracias a la técnica *ACT*: reconocer que algo no va bien; hacer saber a tus amigos que te preocupa y decírselo a un adulto de confianza (Euregenas, 2014a). El diseño permite un aumento de conocimientos sobre suicidio. También se lleva a cabo un screening de depresión a todo el alumnado con la derivación oportuna. La disminución de las tentativas suicidas y la ideación fue del 40% y 19% respectivamente (Bustamante & Florenzano, 2013).

-Programa de Prevención del Suicidio en Finlandia

Los mismos autores lo catalogan como programa universal que logró disminuir la tasa de suicidios en más de un 20% en el país. Primero se registraron los suicidios y se analizaron las autopsias psicológicas, después de analizar esta información se elaboraron propuestas de prevención y finalmente se implementó un programa nacional de prevención. Para ello se identificaron personas en riesgo siguiendo la información de las autopsias, especialmente en el colectivo de trabajadores sanitarios. También se realizaron programas de psicoeducación sobre bienestar mental, depresión y suicidio a jóvenes de entre 15 y 24 años, por la incidencia existente.

-National Youth Suicide Prevention Strategy (Australia)

Los investigadores ofrecen esta estrategia nacional de prevención de la *Commonwealth Department of Health and Aged Care* del gobierno australiano con las siguientes medidas de 1995 a 1999: capacitación del personal de salud, iniciativas de psicoeducación en factores protectores para adolescentes, colaboración intersectorial de instituciones sanitarias y colegios. Se logró una reducción de la tasa de suicidios que partía del dato 40/100.000 habitantes (1996-98) a 20/100.000 (2003).

Los cuatro ejemplos seleccionados confirman la indicación de Bustamante & Florenzano (2013): **cuantas más intervenciones multinivel incluya el programa, mejores resultados obtiene.**

Respecto a la última categoría de prevención denominada detección-cribado de estudiantes en riesgo, la *Guía de Práctica Clínica de Prevención del Ministerio de Sanidad, 2012, revisada en 2020*, señala que la evidencia no ofrece resultados concluyentes de su efectividad en centros educativos.

Mora-Encinas (2018) en una revisión de programas de prevención escolar concluye que el mejor modelo con población juvenil sería la formación de *guardianes*; formación universal que dote a los estudiantes de herramientas de afrontamiento e intervenciones indicadas y selectivas basadas en Terapia de Solución de Problemas y terapia familiar.

Zalsman et al. (2016) también subraya la relevancia de incluir a los progenitores en la intervención dado que hay evidencia de una disminución de los factores de riesgo y de la ideación suicida.

La revisión de estos autores concluye que **gran parte de los programas de prevención de suicidio de menores y jóvenes se lleva a cabo en la escuela** e incorpora: psicoeducación sobre el suicidio referida a

reducción del estigma, formación en habilidades de afrontamiento y solución de conflictos y promoción de petición de ayuda. Lo cual redundará en una disminución del estrés y los factores de riesgo del suicidio (Castellví & Piqueras, 2018).

Actualmente algunos expertos abogan por un enfoque complementario en positivo, que no se limite a abordar factores de riesgo, que por el contrario se focalice en las capacidades de los estudiantes (escucha activa, asertividad, autorregulación, etc). Esto permite a los beneficiarios un mejor afrontamiento de las diferentes situaciones que se les presenten y promueve su bienestar emocional (Fonseca-Pedrero et al., 2018).

3.5. Protocolos de prevención en ámbito educativo español.

La LO 8/2021 regula en el art. 34 la obligatoriedad de tener protocolos de actuación ante cualquier tipo de violencia, entre ellos el suicidio y autolesión, por parte de todos los centros educativos sin importar el tipo de titularidad.

Dicha normativa establece que son los equipos directivos los responsables de informar de los protocolos a la comunidad educativa y también de que sean aplicados. Se puede afirmar que en la práctica la puesta en marcha de los protocolos se delega al Departamento de Orientación o a la Coordinación de bienestar, aunque la responsabilidad última de lo que acontezca sigue siendo del director o directora del centro.

Como es lógico, los protocolos deben establecer las actuaciones a llevar a cabo, determinar las personas que se encargan de ellas y cómo va a interactuar todo el personal implicado. Así como la coordinación con personal sanitario y de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

El art. 35 regula el nombramiento de una nueva figura: Coordinador o Coordinadora de bienestar y protección del alumnado y asigna la función de prevención y detección de casos de violencia y la función de comunicar y coordinarse con las familias. Varios sindicatos están reclamando que en la mayoría de los casos han implantado la figura gracias al profesorado que ya estaba en plantilla, sin añadir complemento retributivo y sin disminución de carga de trabajo o carga lectiva (Olmedes, 2022).

Cabe destacar la información recabada de los **centros educativos españoles de la Compañía de Jesús**.

Se contactó con el responsable del área de formación de la Red *Educsi*, la cual está conformada por casi setenta centros educativos no universitarios de la Compañía de Jesús en toda España. Dicho profesional solicitó a todos los colegios la siguiente información: existencia de protocolos o materiales de prevención de suicidio y/o autolesiones en los centros y datos sobre el uso de la aplicación móvil (app) *Sperantia* o si han organizado alguna actividad para darle difusión. En (Jesuitas Red de Centros Educativos Educsi, 2021) se presenta el acuerdo por el que la red de colegios comienza a utilizar esta herramienta tecnológica en toda su comunidad educativa a partir de septiembre de 2021. La *app* fomenta la buena salud psicológica de estudiantes, progenitores y profesorado ofreciendo por ejemplo

orientaciones psicológicas personalizadas. Dicha herramienta ha sido diseñada por profesores de la Universidad de Comillas con la colaboración del Colegio Oficial de Psicología de Madrid y el Teléfono de la Esperanza, entre otros.

Educsi se divide de manera organizativa por zona norte, noroeste, centroeste, etc.

A 15 de octubre de 2022 se ha recibido información de nueve centros de la zona centroeste de la Compañía de Jesús:

-La aplicación de móvil no se ha usado, ni siquiera se ha presentado en seis de los centros. En el Colegio Nuestra Señora del Recuerdo se dio a conocer al equipo de orientación pero no ha tenido más uso. Respecto al Colegio Inmaculada de Alicante se presentó *la app* en el claustro y en una reunión de padres y madres y la conclusión es "después de todo el esfuerzo realizado los posibles usuarios prefieren acudir directamente a una profesional, no se usa la aplicación".

- En dos de los tres centros de la Comunidad de Madrid van a revisar en breve el protocolo que la Comunidad de Madrid ha propuesto. En el tercer colegio no hay previsión de tener protocolo.

- En seis centros ubicados en Valencia, Gandía, Alicante, Zaragoza y Palma de Mallorca se siguen los protocolos de la Conselleria sin haber hecho una adaptación propia.

Respecto a la zona noroeste se ha recibido información de cuatro centros. Ninguno de ellos utiliza la *app* Sperantia. Sobre los protocolos personalizados: en Vigo se usa el de la Consejería, en Asturias ni si quiera existe uno oficial y en Valladolid el centro educativo sigue una serie de pasos que están establecidos aunque no se reflejen en un documento.

El Teléfono de la Esperanza de Salamanca está preparando sesiones formativas para los centros educativos y van a comenzar con algunos centros pilotos, entre ellos el Colegio San Estanislao de Kostka (centro jesuita en Salamanca). Esto es, aunque el centro no cuenta con protocolo va a participar en la iniciativa que se acaba de mencionar.

En la zona norte se cuenta con datos de dos centros educativos: uno de ellos situado en Durango no cuenta con protocolo y el Colegio San Ignacio de Pamplona que elaboró un sencillo protocolo antes de la pandemia y en abril del 2022 ha presentado dicho documento a toda la comunidad educativa con el objetivo de involucrarles en la identificación y actuación cuando haya riesgo de suicidio.

Respecto a la zona sur, se ha tenido conocimiento de que los colegios de Granada han recibido pautas para la prevención, prevención y posvención de suicidio por parte del servicio de orientación educativa de la provincia. Esto es, aunque la Consejería de Educación de Andalucía no ha propuesto un protocolo de prevención de suicidio, a nivel provincial se ha lanzado la iniciativa que se acaba de mencionar.

De los casi setenta centros a los que se ha solicitado información menos de veinte de ellos han respondido, lo cual era esperable por el contexto de gran carga de trabajo de los colegios y de exceso de demanda de información por diferentes agentes externos e internos. Los resultados anteriormente expuestos se toman como una aproximación a la realidad de este colectivo de centros concertados aunque ni siquiera es representativa porque se ha obtenido respuesta de menos del 30% de los centros en los que se ha solicitado información.

El hecho de que los centros educativos no tengan elaborado un protocolo específico o ni siquiera usen el de la consejería de su comunidad autónoma cuando existe, no quiere decir que no se aborden los casos de estudiantes que han tenido ideación o tentativa suicida. Tal es el caso del colegio San José de Durango o la Escuela Revillagigedo en Gijón, que han intervenido en varios casos del citado comportamiento y han llevado a cabo un seguimiento de los mismos. Lo que sí se puede concluir es que dichos colegios no realizan trabajo preventivo. Según la información disponible, no ha habido necesidad de intervención en posvención.

El único protocolo que se ha elaborado, en el Colegio San Ignacio de Pamplona, tiene una extensión de dos páginas.

3.6. Conclusiones sobre los protocolos escolares de nueve CC. AA.

Como ya se ha comentado **son nueve las Consejerías de Educación que han publicado guías o protocolos** de actuación en el entorno educativo (en adelante se denominarán protocolos autonómicos, protocolos de las consejerías, guías existentes o si se habla de uno específico, el protocolo de la comunidad autónoma correspondiente). Las primeras guías de orientación surgieron en Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana, 2016 y 2018 respectivamente, y el primer protocolo con pautas concretas en Galicia en el año 2018. El resto de los protocolos se han elaborado principalmente en 2021 y 2022, excepto el de Castilla-La Mancha que se desarrolló en 2020. Por lo tanto se puede hablar de una **proliferación muy reciente derivada de la obligatoriedad promulgada por la LO 8/2021** que por la información obtenida de los colegios de la Compañía de Jesús se hipotetiza que aún no se ha traducido en que los centros hayan elaborado un *protocolo propio*.

Respecto a los requerimientos de dicha ley, uno de los puntos fuertes de los protocolos autonómicos es que especifican qué pasos hay que seguir ante un caso de riesgo. Un aspecto a mejorar son las indicaciones sobre cómo determinar las personas que se encargan de las actuaciones a emprender y sobre la coordinación de los agentes intervinientes.

La mayoría de guías existentes no incorporan otras intervenciones multinivel con las que hay evidencia de que se obtienen mejores resultados. Tales como las medidas de entrenamiento de *guardianes* entre el alumnado y personal del centro; formación en habilidades socioemocionales del alumnado, en aspectos de salud mental y búsqueda de ayuda y otras acciones con toda la comunidad educativa. Excepto el protocolo de Murcia,

Aragón y la guía de 2018 de la Comunidad Valenciana, que sí incluyen algunas de ellas. Este déficit quizá tiene que ver con algunas dificultades que Luengo (2020) señala sobre la implantación de planes de prevención de suicidio como: la cultura y dinámica de los centros educativos o la falta de espacios para abordar estas iniciativas. Sea por lo que fuere, parece evidente que el sector educativo se encuentra en un estadio anterior y se hipotetiza que quizá más adelante esté preparado para incorporar intervenciones complementarias.

Un aspecto a tomar en cuenta es el **promedio de extensión** de los nueve protocolos autonómicos disponibles: sesenta y tres **páginas**. Dicha extensión resulta una dificultad para los agentes intervinientes, por lo que se recomienda que los protocolos que promueven las Consejerías ocupen como máximo treinta hojas, con formatos visuales. Se puede acompañar de un apéndice de información complementaria para quienes quieran profundizar en algunos aspectos, como la propuesta de la Comunidad de Madrid.

Tampoco es conveniente que el organismo autonómico requiera al centro escolar demasiadas comunicaciones y anexos firmados dado que la excesiva burocratización desincentiva el uso de protocolos. Hay que tener en cuenta que la gran mayoría de colegios no tiene aún hábito de esta práctica.

En el apartado anterior vimos que el único protocolo personalizado que se había desarrollado en el marco jesuita, el del Colegio San Ignacio de Pamplona, tiene dos páginas; esto da una idea de que **incluso las instituciones más concienciadas necesitan procedimientos ágiles y pragmáticos**.

Con base en los datos de población juvenil española se sabe que la mayor parte de la intervención escolar va a girar en torno a casos donde se dan pensamientos autolíticos sin tentativas suicidas en el centro educativo, que no requieren llamar al 112 in situ. Por eso, uno de los apartados clave de las guías escolares es el plan de actuación al detectar ideación suicida sin tentativas en el colegio. Es muy relevante que las medidas a implementar en esta situación sean claras y haya concreción de qué agentes participan en las mismas.

Por los motivos que se acaban de mencionar sobre los apartados clave y la extensión, **en la Parte 2 se presenta un protocolo sencillo y focalizado en casos de ideación suicida** sin tentativa autolítica.

Otra de las observaciones está relacionada con la guía y el protocolo creados por el Observatorio del Suicidio en coordinación con organismos de la Consejería de Educación y con otros Servicios de Salud de las **Islas Baleares**: sería de gran ayuda que ambos **estuvieran unificados**. Esto es, la guía de prevención en centros educativos y el protocolo de actuación. La guía se elaboró en enero de 2021 y el protocolo en marzo del mismo año. El protocolo es una continuación de la guía: en caso de riesgo suicida se llevaría a cabo un primer abordaje siguiendo las indicaciones de la guía y posteriormente se tendrían en cuenta los pasos a seguir que establece el

protocolo identificando el personal que lidera esa actuación, cómo llevar a cabo la reincorporación al centro educativo tras una tentativa de suicidio y actuaciones después de un suicidio consumado.

En otro orden de cosas, los documentos de Galicia y Baleares proponen **cuantificar el riesgo** a través del puntaje extraído de la entrevista de evaluación para tal fin (Mini Entrevista Psiquiátrica internacional 5.0.0 en el primer caso y en el segundo se hipotetiza que es una adaptación de la misma). El protocolo de Castilla La-Mancha da indicaciones para clasificar el riesgo de ideación suicida en *bajo, medio o alto* y para valorar la gravedad de los intentos de suicidio. En mi opinión no es tarea de los agentes escolares, ni siquiera del Departamento de Orientación determinar el nivel de riesgo, por eso no se incorpora la cuantificación del riesgo en el protocolo de *la parte 2*. Esto sería responsabilidad de profesionales clínicos especialistas en la materia a quienes se derive el caso.

Por otro lado, existen diferentes planteamientos ante la pregunta de **cuándo se debe activar el protocolo**. La LO 8/2021 establece en el art. 34 que los protocolos de prevención de la violencia

Deberán iniciarse cuando el personal docente o educador de los centros educativos, padres o madres del alumnado o cualquier miembro de la comunidad educativa, detecten indicios de violencia o por la mera comunicación de los hechos por parte de los niños, niñas o adolescentes

Sin embargo, la interpretación de la *detección de indicios de riesgo de suicidio* es discrepante según el organismo autonómico: se acaba de detallar algún caso en que se rellena una tabla con un puntaje de riesgo; la propuesta del País Vasco aconseja activar el plan de actuación cuando se combinan algunas señales de alarma específicas junto con factores de riesgo concretos; la Guía de la Comunidad Valenciana cuando se detecta alguna de las señales de alarma y otras consejerías no definen cómo tomar la decisión de la apertura del protocolo, lo cual deja a los centros educativos en una laguna normativa.

Se concuerda con la Comunidad de Madrid que **ningún factor de riesgo solo o combinado tiene valor predictivo suficiente**, excepto las tentativas de suicidio. En una entrevista de Infocop. Revista online (2022a) se afirma que un adolescente está en riesgo cuando se tiene constancia de ideación suicida, la existencia de un plan para quitarse la vida o de algún acto preparatorio o intento de suicidio. Esto mismo es lo que se va a tener en cuenta en la propuesta que se presenta a continuación.

Como ya se ha dicho en el apartado 1.6 hay autores que afirman que los factores de riesgo son poco específicos, que podrían estar presentes en cualquier persona con o sin problemas de salud mental y sin un riesgo elevado de cometer suicidio. En todos los protocolos o guías de las CC. AA. hay un apartado de factores de riesgo aunque solo en algunos se propone un análisis individualizado de los mismos como Aragón, Galicia y Comunidad

de Madrid. Este último de manera opcional, que es exactamente lo que se va a plantear en la propuesta.

No se recomienda tomar el listado de factores que contienen los protocolos de las consejerías, dado que no especifican la fuente de dicha información.

Uno de los aspectos que más discrepancias presenta es la **aplicación de la Ley Orgánica de Protección de Datos** y Garantía de Derechos Digitales. En anexos del protocolo extremeño se rellenan los informes reflejando nombre y apellidos del menor, sin embargo en los anexos de Comunidad de Madrid la identificación debe estar anonimizada conforme a un código creado por el centro. Por otro lado, solamente esta Comunidad establece que toda la documentación del estudiante en riesgo se concentre en un único expediente custodiado por el equipo directivo. Desde mi punto de vista debe ser custodiado por el personal de orientación.

Respecto al tratamiento de información **confidencial** por parte **del personal del centro escolar** se observan diferencias. Algunas guías omiten este tema. Sin embargo el protocolo de Murcia da mucha importancia a la privacidad de los datos y en esa misma línea, la Guía de la Comunidad Valenciana promueve que se informe únicamente a la orientadora escolar, la persona *referente* y el docente de confianza, pero no al resto de profesores y profesoras. Por el contrario la Guía de Aragón (en su anexo ii) indica que hay que alertar al equipo docente y servicios complementarios de comedor, extraescolares, transporte, etc. No en vano en este protocolo, al igual que el de Galicia y Madrid incluyen una larga lista de lugares donde hay que vigilar al estudiante, labor que difícilmente se llevará a término sin que gran parte del personal del centro esté al corriente de la situación. Se cita explícitamente los cambios de clase, los recreos, desplazamientos a otras aulas y al baño, actividades deportivas y un larguísimo etc. En el País Vasco incluso se habla de acordar acompañamientos hasta y desde el centro escolar. En el protocolo *de la parte 2* se subraya que a la hora de elaborar las medidas de protección y seguridad del estudiante es necesario reflexionar sobre qué personal participa y qué información se le facilita, cuidando la confidencialidad.

Por otra parte **algunas de las recomendaciones generalizadas difícilmente se pueden llevar a la práctica** en muchos centros educativos sin contratar personal extra. Teniendo en cuenta el elevado porcentaje de menores con ideación suicida en nuestro país resulta complicado que se puedan acometer todas las medidas de protección y apoyo que proponen las consejerías de algunas autonomías. Uno de los ejemplos más llamativos lo constituye la protección del estudiante en todos los casos que se han mencionado anteriormente, recreo, cambios de clase, etc, que implican *no dejar solo al estudiante ni un momento tras la detección del riesgo*. Para terminar sería recomendable ofrecer indicaciones a los centros para que decidan qué agentes participan en cada actuación del proceso de prevención, protección y acompañamiento de los estudiantes aludidos.

PARTE 2: CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE ADOLESCENTES EN ENTORNO ESCOLAR.

Tras un análisis exhaustivo de los protocolos que promueven especialistas de nueve Consejerías de Educación españolas se presenta a continuación una propuesta propia de protocolo para centros educativos. Dichas instituciones son lugares privilegiados de detección e intervención en situaciones de riesgo, para lo cual incorporarán esta guía con adaptaciones a sus características y necesidades.

Para la implementación del protocolo se llevará a cabo una **formación con todo el personal** del centro sobre mitos, factores de riesgo y protección, señales de alarma, cómo tratar al alumnado en riesgo y plan de actuación, subrayando el principio de confidencialidad. También se explicará que existen actuaciones o estrategias de prevención complementarias tales como adquisición de herramientas de afrontamiento, gestión de conflictos y otras acciones que favorecen el bienestar emocional.

1. OBJETIVOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO.

Objetivo General:

Promover la implementación de líneas de prevención y actuación en centros escolares frente al riesgo suicida del colectivo adolescente.

Objetivos Específicos:

- A. Facilitar la detección de estudiantes que presenten comportamiento suicida.
- B. Impulsar una actuación estructurada frente a situaciones de riesgo de conducta suicida.
- C. Concienciar a los agentes educativos sobre la necesidad de realizar otras intervenciones multinivel preventivas en los centros, complementarias al protocolo.
- D. Desprender recomendaciones para mejorar la eficacia de los protocolos autonómicos y para un posible plan de prevención estatal por parte del Ministerio de Educación.

2. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROTOCOLO.

A pesar de que no se ha podido implementar el protocolo en centros educativos por falta de tiempo, se establecen los indicadores de consecución de objetivos específicos que se hubieran medido en su caso. Se solicitaría anualmente la medición de cada indicador y un informe cualitativo con

explicaciones añadidas. Es importante que el centro vaya recogiendo los datos en tiempo real porque unos meses más tarde no se recuerdan la mayoría de los detalles.

A.1. Porcentaje de estudiantes que han tenido un intento autolítico fuera o dentro del centro y que no habían sido detectados por el personal del colegio (no se había activado el protocolo).

Este indicador cuantitativo también tiene interés desde el punto de vista cualitativo. Se revisaría cada caso con los profesionales implicados indagando en las causas: si la formación sobre señales de alarma no se ha comprendido, si a posteriori se identifica alguna señal de alarma que pasó inadvertida, u otras.

B.1. Número de protocolos que se han abierto a lo largo del curso escolar.

B.2. Porcentaje de casos con riesgo inminente que son atendidos con los cuatro pasos establecidos en el documento.

B.3. Porcentaje de casos con riesgo no inminente y apertura de protocolo donde se ha designado equipo de acompañamiento.

Como aclaración, esta es la primera acción que señala el documento.

B.4. Porcentaje de casos con riesgo no inminente en los que se siguen las otras siete acciones descritas en el plan de actuación y cuyo anexo 5 es rellenado.

Este informe-propuesta de medidas de actuación será la principal fuente de verificación (anexo 5). La información de qué pasos *no* se han llevado a cabo en la mayoría de los casos, nos daría pistas para mejorar el protocolo adaptándolo a la realidad de los colegios.

C.1. Número de profesionales del centro educativo que proponen una o varias actuaciones de promoción del bienestar emocional.

D.1. Número de recomendaciones tenidas en cuenta por la consejería o consejerías a las que se hubiera enviado el protocolo.

3. POBLACIÓN DIANA Y COLECTIVO DESTINATARIO

La **población diana** a la que va dirigido el protocolo son estudiantes que cursan Enseñanza Secundaria Obligatoria, Bachillerato o Ciclo Formativo de Grado Medio o Superior en centros del territorio español con cualquier tipo de titularidad.

Aunque las situaciones de riesgo son mucho más comunes en la edad adolescente, las actuaciones que se plantean se pueden extrapolar a

cualquier alumno o alumna de **primaria**. El uso del protocolo en ámbito universitario requeriría de modificaciones dado que el funcionamiento de la institución educativa es muy diferente.

El **colectivo destinatario son los agentes educativos**, que recibirán formación e información sobre detección de alumnado en riesgo y las acciones a realizar. Aunque cualquier profesional del centro puede y debe identificar a un estudiante en riesgo, se destaca la labor del Equipo de Acompañamiento que llevará a cabo el plan de actuación: equipo directivo, tutor o tutora, persona coordinadora de bienestar y protección y una persona del departamento de orientación o del equipo de orientación educativa y psicopedagógica. El personal de orientación es el más cualificado para llevar a cabo las principales acciones del plan de actuación (entrevistas, coordinación con servicios sanitarios, custodiar el expediente, etc). La designación de este equipo se hará nada más activar el protocolo ante un caso de riesgo, con una correcta atribución de responsabilidades que se adecuará al estudiante aludido, si p.ej. tiene confianza con un docente específico podría incorporarse al equipo. Ver más detalle en *Designación del Equipo de Acompañamiento*.

4. METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN.

La creación del protocolo se basa en las recomendaciones de la OMS para reducir el comportamiento suicida, las directrices de Euregenas en ámbito escolar y las indicaciones de las guías autonómicas elaboradas por personas expertas en prevención de suicidio, que se han basado en su pericia colectiva para crear una hoja de ruta.

Dado que se parte de un enfoque biopsicosocial se realizan recomendaciones generales sobre cómo interactuar con el estudiante y su familia. Se parte de la validación emocional, la empatía, una actitud de cercanía y apoyo, que también generan un vínculo entre personas. Con ello se pretende disminuir los estresores sociales y/o favorecer su situación psicológica.

En el apartado *Cómo actuar ante un caso de riesgo suicida* se especifican **todos los pasos a seguir y qué agentes educativos convocar** para la creación del Equipo de Acompañamiento. La forma de organización se basa en el **principio de coordinación**. Se requiere una comunicación fluida al interno del centro escolar y con otros agentes externos (sanitarios y/o servicios sociales). Cuando el centro está ubicado en una comunidad autónoma cuya consejería de educación ha propuesto un modelo de protocolo, es necesario seguir sus indicaciones, especialmente sobre la comunicación de casos de riesgo a la Administración de Inspección Educativa. En los nueve documentos disponibles solicitan información desde el primer momento, en la activación del protocolo.

La implementación del protocolo en un centro escolar comenzará con la impartición de **formación a todos los profesionales del mismo** para que estén en disposición de identificar un estudiante en riesgo y seguir los pasos establecidos en el protocolo. Se dará a conocer el contenido del plan de actuación y se trabajarán los mitos, signos de advertencia, qué decir y qué no decir y factores de riesgo y protección. Se propone una sesión formativa de al menos cuatro horas o dos sesiones de dos horas. El personal docente está bastante sobrecargado con diferentes formaciones, por lo que será necesario planificar correctamente la fecha que se propone. Es conveniente utilizar **metodología** participativa que fomente el aprovechamiento de la sesión.

No se plantea ofrecer formación al alumnado en esta etapa de implementación. Si se incorpora a futuro habría que diseñar formaciones más genéricas, sobre bienestar emocional y factores de protección, dado que Euregenas (2014a) afirma que la psicoeducación centrada en conducta suicida arroja resultados contradictorios.

Los **recursos materiales** necesarios para implementar el protocolo de prevención en un centro escolar serán:

Una sala que permita privacidad para las entrevistas con el estudiante, con familiares y para las reuniones de coordinación de los agentes intervinientes. Frecuentemente se usa el despacho de orientación escolar.

Un aula para la formación de docentes y personal del centro en materia de prevención, dotada de proyector e internet y con espacio suficiente para utilizar la metodología participativa.

En algunos casos se requiere cartulinas, folios y rotuladores.

Referente a los **recursos personales**:

Es importante que los miembros del Equipo de Acompañamiento participen en la adaptación del protocolo a las necesidades del centro educativo. Así como asegurarse de que están en disposición de llevar a término el plan de actuación.

En algunas autonomías se puede solicitar asesoramiento a través de la Consejería de Educación para la impartición de la formación que se ha mencionado. En caso contrario habría que contratar algún psicólogo o psicóloga especializada en el tema, lo que conllevaría un coste añadido. A través del Colegio Oficial de Psicología autonómico se puede tener acceso a las personas colegiadas expertas en la materia.

5. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

A continuación se encuentra el resumen del contenido que se presenta. *El primer apartado*, siguiendo con el esquema de los protocolos autonómicos, ofrece información sobre los principales **mitos o falsas creencias** sociales sobre el suicidio que han sido rebatidos por la evidencia científica. Se han seleccionado los mitos que más se repiten en los diez protocolos elaborados por especialistas en prevención de suicidio y que además están incluidos en la revisión elaborada por Pérez Barrero (2005), fundador de la Sección de Suicidología de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Se incorpora también un mito que puede llevar a cometer un grave error a los agentes educativos, aquel que dice que es preferible guardar la confidencialidad de los pensamientos o planes autolíticos.

En segundo lugar, para facilitar la identificación del alumnado en riesgo se exponen las **señales de alarma** o signos de advertencia seleccionados por personas especialistas en suicidología. La guía de prevención de Euregenas (2014a) puntualiza que dichas señales pueden indicar un riesgo de conductas suicidas próximas en el tiempo y sin embargo los factores de riesgo podrían aumentar la probabilidad de que un individuo tenga comportamientos autolíticos a largo plazo. Por el contrario, los factores de protección reducen dicha probabilidad. En esta misma fuente se subraya la eficacia de la formación de docentes en signos de advertencia y factores de riesgo.

El agente educativo que observe uno de estos signos que se detallan más adelante, **debe avisar al profesional de orientación para que en ese mismo día tenga una entrevista** con el estudiante. Se ofrecen recomendaciones para la entrevista en el anexo 2, resultando imprescindible preguntar abiertamente por los pensamientos, planes suicidas o intentos previos. En caso de que la respuesta sea afirmativa se abrirá el protocolo siguiendo los pasos que se detallan en el apartado de *Cómo actuar ante riesgo suicida. Activación de protocolo*.

La guía de la Consejería de Educación de Comunidad de Madrid (2022a) es el único documento autonómico que señala la fuente en su listado de señales de alarma: Euregenas (2014a). Por ese motivo he decidido basarme en el listado que aparece en esta guía.

Como aclaración, ninguno de los documentos revisados menciona si las señales directas son más alarmantes que las indirectas o viceversa. Sin embargo cabe destacar, que los signos de advertencia número 5, 6 y 7 darán paso a la apertura de protocolo al tratarse de verbalización del deseo de matarse o búsqueda de métodos de suicidio.

Para finalizar este primer apartado se ofrecen algunas recomendaciones de cómo tratar a una persona que expresa pensamientos de quitarse la vida

bajo el título **qué decir y qué NO decir** a un estudiante que verbaliza ideación suicida.

Todo lo anterior facilita que el personal docente y administrativo pueda jugar un papel relevante en la prevención del tema que nos ocupa, dado que dispone del protocolo y va a recibir formación sobre los aspectos que acabamos de citar y sobre el plan de actuación en situación de riesgo.

En el *segundo apartado* se presenta el Plan de Actuación comenzando por la aclaración de **cuándo se activa el protocolo**: al tener conocimiento a través del estudiante o de cualquier otra persona de: **intento de suicidio** (reciente o en el último año), gesto suicida (p.ej. acumulación de fármacos), verbalización o simplemente **pensamientos de muerte**. Se concuerda con la Consejería de Educación de Comunidad de Madrid (2022a) y con Infocop. Revista online (2022a) que en estos casos es cuando existe riesgo suicida. Cada organismo autonómico define de diferente forma los criterios para abrir el protocolo. Tal y como se ha señalado anteriormente, la LO 8/2021 establece que hay que hacerlo cuando se detecten *indicios de riesgo de suicidio*, sin embargo algunas consejerías no concretan nada al respecto; la de País Vasco propone la combinación de algunos factores de riesgo específicos junto con señales de alarma concretas; en Galicia, Baleares y Castilla-La Mancha depende del puntaje de riesgo de una tabla que se rellena. Estas propuestas resultan difíciles de llevar a cabo por personas que no son expertas clínicas en prevención de suicidio. En la guía que se presenta a continuación, si cualquier persona observa una señal de alarma avisará al profesional de orientación para que tenga una entrevista en el día y determine si existe ideación suicida, planes o actos preparatorios. De esta manera se decidirá si se abre protocolo o no.

Por otro lado se establecen los **pasos a seguir tanto cuando existe riesgo inminente como cuando el riesgo no es inminente**, con el orden secuencial que se recomienda. Se ha puesto especial hincapié en que estén claras las actuaciones a llevar a cabo. Asimismo, se facilita la identificación de qué agentes intervienen y qué responsabilidades hay que definir en cada caso. El documento finaliza con el tratamiento de información **confidencial** por parte **del personal del centro escolar**, a pesar de que las guías autonómicas presentan discrepancias al respecto. Ante las diferencias en la aplicación de la LO de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales he seguido la propuesta de la Comunidad de Madrid de anonimizar la identificación del estudiante y de trabajar con un único expediente custodiado por el personal de orientación.

Mención especial merece el anexo 5 que detalla los apartados del informe a elaborar y de la propuesta de medidas de actuación personalizadas.

Se presenta un protocolo claro y adaptable, más breve que las extensas guías autonómicas, para facilitar su uso promoviendo así una actuación eficaz y estructurada.

5.1 Comprendiendo el comportamiento suicida. Cómo identificar al alumnado en riesgo y cómo tratarlo.

5.1.1. Mitos sobre el suicidio

Mito 

Realidad 

Hablar del suicidio incita a cometerlo

Está demostrado que hablar con una persona en riesgo disminuye la probabilidad de que lleve a cabo un intento de suicidio. Es importante pedirle que exprese claramente sus pensamientos. Al mantener una actitud de escucha activa se aliviará su tensión y se transmitirá la idea de que nos importa y que puede contar con nuestro apoyo.

Si alguien explicita que va a suicidarse no lo hará.

Un número significativo de personas habían avisado anteriormente de sus intenciones. Por eso es importante identificar las señales de alarma. En la adolescencia a menudo comparten sus ideas o planes con sus iguales.

Se debe guardar confidencialidad al menor que revela sus pensamientos.

En el caso de que haya riesgo de atentar contra su propia vida no se debe mantener la confidencialidad. Además preservar el silencio supone alimentar un tabú que impide la activación de las redes de apoyo necesarias.

Los menores de edad no se suicidan a no ser que tengan trastorno mental como por ejemplo depresión.

Según expertos del Teléfono de la Esperanza los datos estadísticos sobre suicidio en jóvenes muestran que, en la mayoría de los casos, el deseo de quitarse de enmedio surge como consecuencia de una crisis vital, sin que exista enfermedad mental. Situaciones que en la etapa adulta pueden resultar cotidianas, en la adolescencia pueden ser vitales.

El suicidio es multicausal y no necesariamente está relacionado con un trastorno mental.

Solamente es una llamada de atención.

No se debe minimizar la importancia de una verbalización ni de un intento de suicidio. Ni siquiera cuando parezcan comportamientos manipuladores. En la persona que quiere suicidarse, se da un gran sufrimiento psicológico y una gran desesperanza cuya única salida parece ser el suicidio. Además, si lo manifiesta y nadie le ayuda se puede reforzar la idea de que no es importante para sus seres queridos.

Mitos sobre el suicidio

Mito



Realidad



Únicamente es una moda.

Este mito puede quitar importancia a la conducta suicida y hacernos olvidar el riesgo de dicha conducta y la importancia que tiene su prevención.

Intervenir puede ser contraproducente si no se cuenta con formación específica en prevención de suicidio.

Aunque puede generar miedo, una conversación con actitud de escucha y comprensión puede salvar una vida en un momento dado. Será el primer paso para posteriormente buscar ayuda y encontrar otras soluciones.

Al observar mejora tras una crisis suicida está claro que ha desaparecido el riesgo.

Es importante el apoyo social y estar alerta dado que a menudo hay intentos autolíticos posteriores, precisamente cuando la persona siente la energía para llevar a cabo su pensamiento de autodestrucción.

El suicidio no se puede prevenir

La mayor parte de los suicidios fueron precedidos de señales de alarma o algún tipo de advertencia. Los medios de comunicación pueden favorecer la prevención si enfocan adecuadamente las noticias: publicando cuáles son los signos de advertencia, los teléfonos o servicios de ayuda en crisis suicida, entre otras recomendaciones.

5.1.2. Señales de alarma

SEÑALES DE ALARMA DIRECTAS

1. Hablar o escribir sobre sentirse atrapado, bloqueado o con un intenso dolor emocional.

4. Comunicación sobre el sentimiento de no importar a nadie o incluso ser una carga para su entorno cercano.

2. Comunicación sobre sentir desesperanza sin ver la luz al final del túnel.

5. Hablar o escribir sobre su deseo de morir, de herirse o matarse.

3. Expresar sensación de desvinculación de un proyecto de vida y tener pocas razones para vivir.

6. Comunicación sobre el deseo de realizar una conducta suicida con plan específico o sin explicitar un método determinado.

7. Detectar que la persona en riesgo está buscando de forma activa métodos de suicidio.



SEÑALES DE ALARMA INDIRECTAS

8. Cambios bruscos del estado de ánimo, por ejemplo pasar de la ira a la calma.

12. Ausencia escolar injustificada, abandono de los hábitos diarios y tareas escolares. El rendimiento académico empeora.

9. Cambios de comportamiento que reflejan una gran inquietud y nerviosismo.

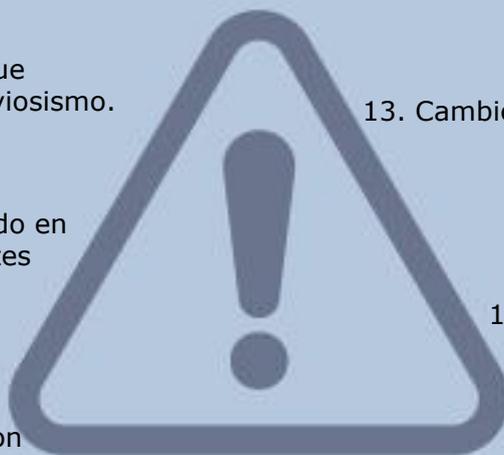
13. Cambios en los patrones de sueño o alimentación.

10. Signos de abatimiento mantenido en el tiempo, desinterés por lo que antes era ilusionante.

14. Aislamiento de familia y amistades.

11. Conductas relacionadas con angustia incontrolable, venganza, irritación.

15. Despedirse de manera inesperada, cerrar cuentas en redes sociales o resolver temas pendientes.



Ante cualquier señal indirecta o directa, informar inmediatamente al profesional de orientación

5.1.3. Qué decir y qué no decir ante la verbalización suicida

Para cualquier agente interviniente o docente o personal del centro que en un momento dado tenga una conversación con un estudiante que manifiesta pensamientos suicidas.

¿Qué hacer o decir?

- Hablar sin tapujos de su idea de quitarse la vida, podría ser la única oportunidad para prevenirla.
- Escuchar desde el cariño y la comprensión
- Utilizar expresiones de validación emocional de algo que realmente sientas de forma auténtica (p.ej. Entiendo muy bien tu angustia o con tantos problemas me parece normal que te sientas así).
- Hablar lo menos posible para que predomine la voz de la otra persona.
- Respetar los silencios, no empujar a compartir lo que no quiera.
- Procurar que posponga la decisión: expresar que lo puede dejar para otro momento.
- Explicitar que nos importa cómo está y lo que le pueda suceder.
- Acompañar hasta que el peligro haya pasado, lo cual puede identificarse porque disminuye su agitación, se manifiesta más colaborador y animado con las actividades del día a día.

¿Qué NO hacer ni decir?

- No juzgar, no rebatir ni desafiar a la persona (p.ej. ¿Cómo se te ocurre pensar eso? Esta juventud lo tiene todo y encima se queja)
- No restar importancia a lo que piensa y siente (p. ej. ya verás que con el tiempo esos pensamientos acaban desapareciendo)
- No ponerse de ejemplo ni compartir experiencias personales. Posiblemente el sentimiento de malestar es tan intenso que solo conecta con sus problemas y sentimientos.
- No mostrar pánico, tomar en serio lo que está diciendo manteniendo la calma.
- No persuadir con las consecuencias de sus posibles actos (p.ej. tu familia sufriría terriblemente porque te quieren mucho). Desconocemos su situación, puede que sea precisamente su intención o por el contrario se siente una carga en casa y estaríamos reforzando esa sensación.
- No es aconsejable discutir sobre el valor de la vida o lo mucho que le quiere su familia, de hecho puede ser contraproducente.
- Nunca prometerle confidencialidad, procurar convencerle de buscar ayuda profesional.

5.1.4. Factores de riesgo y protección

En anexo 1 se ofrece un listado para que de manera opcional el personal de orientación revise los factores de riesgo y protección más comunes del colectivo adolescente, lo cual permitiría hacer una lectura más acertada de la situación del alumno o alumna y analizar qué medidas adoptar para mejorar su seguridad y disminuir su malestar.

5.2. Cómo actuar ante un caso de riesgo suicida.

5.2.1. ¿Cuándo se activa el protocolo?

Cuando se tiene conocimiento a través del estudiante o de cualquier otra persona de: **intento de suicidio** (reciente o en el último año), **gesto suicida** (p.ej. acumulación de fármacos), **verbalización** o simplemente **pensamientos de muerte**.

5.2.2. Plan de actuación ante riesgo suicida. Activación de protocolo.

- ❖ Si se detecta riesgo inminente porque el alumno o alumna tiene idea de llevar a cabo su plan en esos momentos, tiene acceso a los medios y no colabora.



Si es un estudiante quien detecta el riesgo dará la alerta pero serán las personas adultas quienes se encarguen de poner en marcha las **medidas de protección inmediata**: la persona adulta más cercana se asegura de que permanece alejado de ventanas y objetos con los que pueda hacerse daño. Se procurará distanciamiento del lugar donde se ha desencadenado la crisis, trasladándolo a un lugar tranquilo como el despacho de orientación. Idealmente se quedará con dos adultos con conocimientos de prevención de suicidio, uno en la retaguardia por si hay que actuar de emergencia. Se procederá a dispersar al resto de personas, sobre todo a los menores de edad.

❖ Si no se detecta riesgo inminente o ya se ha atendido la situación de emergencia que se acaba de describir:

5.2.2.1. Designación del Equipo de Acompañamiento.

Se designará un Equipo de Acompañamiento (EA) conformado por: Equipo directivo, personal de orientación, tutor o tutora y persona coordinadora de bienestar y protección (en el caso de que no pertenezca al servicio de orientación). Si existiera un docente de confianza del estudiante también se puede incorporar.

Dicho equipo llevará a cabo funciones de planificación de las actuaciones en el centro escolar, seguimiento del caso y comunicación con la familia o tutor legal y los servicios externos especializados que atiendan al estudiante (salud mental pública o privada y/o servicios sociales). La dirección del centro delegará en el profesional de orientación las funciones de coordinación y desarrollo de las acciones que nos ocupan, salvo que se estipule lo contrario. También será el referente visible del equipo a nivel interno para que el alumnado recurra a él ante cualquier señal de alarma. Sería muy pertinente que esta persona que lidera todo el proceso tenga formación en psicología.

Sobra decir que se requiere una comunicación constante entre los diferentes miembros del Equipo de Acompañamiento.

5.2.2.2. Entrevistas

Dependiendo de las circunstancias se podrá cambiar el orden de las entrevistas. Considero que en general es más adecuado comenzar escuchando al estudiante.

Entrevista con el alumno o alumna. Dicha sesión individual la llevará a cabo uno de los miembros del Equipo de Acompañamiento, según la conveniencia de cada caso y el vínculo previo con el estudiante. La información que se obtenga será clave para enfocar adecuadamente los siguientes pasos. Se le explicará que se va a proceder a avisar a su familia o representante legal preguntándole en ese momento por su situación familiar.

En anexo 2 se encuentran pautas para dicha entrevista que dista bastante de una entrevista clínica. Se trata más bien de una exploración del contexto y situación personal del estudiante. No se estima de utilidad preguntar uno a uno los factores de riesgo, protección y señales de advertencia. Eso sería tedioso y es prioritario generar un clima de confianza e ir generando vínculo.

Entrevista con la familia. Resulta imprescindible avisar al representante legal del estudiante de cuál es la situación emocional que se ha identificado

así como recopilar información extra tanto actual como histórica. El personal de orientación y/u otro miembro del EA convocará cuanto antes dicha reunión de manera presencial.

Hay que tratar con cuidado y sensibilidad a la madre o al padre porque frecuentemente sienten culpa, vergüenza, confusión o preocupación, y pueden tener reticencias a la hora de compartir información debido al estigma. Ver en anexo 3 algunas orientaciones para la entrevista que nos ocupa.

Es preciso conocer a través de la familia o del estudiante qué agentes externos especializados están interviniendo actualmente. Y es necesario que padre, madre o tutor legal firme el anexo 4 para que el centro se comunique y coordine con dichos servicios.

Se valorará junto con la familia si es urgente acudir a los servicios sanitarios.

A la hora de personalizar el presente protocolo, conviene que el centro educativo previamente estipule por escrito las situaciones que requieren derivar al estudiante a urgencias, salud mental o al servicio externo correspondiente, teniendo en cuenta los procedimientos de los dispositivos autonómicos correspondientes.

5.2.2.3. Recabar información con otros agentes educativos.

Todos los miembros del EA, docentes, otro personal del centro y el alumnado pueden aportar información complementaria y antecedentes para comprender la situación del estudiante.

5.2.2.4. Coordinación con servicios externos especializados.

Intercambiar información y recibir orientaciones por parte de agentes de salud mental y/o servicios sociales *que puedan* estar atendiendo al estudiante. Para realizar esta coordinación es necesario que la familia firme el anexo 4, tal y como se ha especificado anteriormente.

5.2.2.5. Establecer la propuesta de medidas.

Se recomienda establecer una serie de medidas de protección, seguridad y acompañamiento emocional adaptadas a la situación del estudiante, las cuales están detalladas en anexo 5.

En este mismo anexo se concentra bastante información del caso: se sintetizará también la información obtenida de las entrevistas anteriormente mencionadas.

5.2.2.6. Calendarizar encuentros personalizados.

El personal de orientación, u otro miembro del EA si se considera más conveniente, establecerá un calendario de encuentros con el alumno o alumna. Tal y como señala la *Guía informativa para el ámbito escolar de prevención de suicidio de la Generalitat Valenciana* merece la pena crear conjuntamente con el estudiante el Plan de seguridad en la *app* Prevensuic. Esta herramienta es una iniciativa de la FSME y sirve de ayuda para identificar personas, lugares, ideas o acciones que pueden frenar la conducta suicida en momentos de crisis.

Tiene un apartado denominado *Contactar con* para pedir ayuda con rapidez a personas cercanas o profesionales. La sección *pensar o hacer* facilita el acceso a recuerdos agradables y da ideas sobre acciones a realizar que sean de ayuda (por ejemplo escuchar una canción concreta). También cuenta con un apartado de *acudir a* lugares donde se encuentran familiares o amigos, sitios que facilitan la distracción o centros de atención. El banco de imágenes positivas también cumple su función de acercamiento a la vida.

Es de destacar que en una cultura informatizada como la nuestra, las nuevas tecnologías son valiosas para la prevención del suicidio máxime si se trata de colectivo juvenil.

5.2.2.7. Planificar encuentros con la familia.

A través de la observación y el diálogo con las partes se discriminará si es más eficaz tener reuniones con o sin el estudiante. Es relevante que los progenitores conozcan y se involucren en las medidas de protección, seguridad y acompañamiento emocional a su hijo o hija. En la *Guía de prevención de suicidio del Gobierno de Murcia (versión reducida para familias)* hay orientaciones para el acompañamiento a hijos en riesgo e indicaciones para establecer una comunicación positiva en familia.

5.2.2.8. Acciones de seguimiento del Equipo de Acompañamiento.

Además de calendarizar las reuniones de seguimiento también hay que elegir un formato para **registrar comportamientos destacables** del estudiante, establecer qué personas y con qué periodicidad deben rellenarlo (al menos el tutor o tutora y la persona que realiza los encuentros personalizados). Idealmente sería un formato digital compartido en una plataforma online. En ese caso el vínculo a dicho archivo se encontrará en el anexo 5. Se rellenará con una periodicidad mínima, por ejemplo quincenal, y cada vez que exista una incidencia. A continuación ofrecemos una propuesta de formato de registro de comportamientos destacables del estudiante.

Resumen de la semana
Aspectos positivos
Dificultades
Otros

5.3. Principios de actuación

5.3.1. Confidencialidad

Es sumamente importante hacer un uso respetuoso de la información privada de la persona en riesgo. Uno de los inconvenientes de revelar datos sensibles del estudiante en el colegio es que él, ella o la familia pueden dejar de confiar en los profesionales del centro o incluso hacer una denuncia.

A la hora de elaborar la propuesta de medidas de protección y seguridad del estudiante (Parte II del Anexo 5), el EA decidirá qué personal del centro debe participar en dichas actuaciones. En ese momento el EA valorará qué información trasladar en ese caso a los diferentes profesionales que se van a involucrar en el proceso, dependiendo de la colaboración que se solicita. Hay que asegurar el derecho a la confidencialidad y salvaguardar la vida del estudiante.

Sin embargo, cuando se produzca una verbalización o intento de suicidio en un menor, **se debe informar a los progenitores o tutores legales** según la Ley Orgánica 1996/1 de protección jurídica del menor.

Para proteger los datos del estudiante en riesgo, es conveniente crear un único expediente con varios archivos. Los documentos en papel solo deben utilizarse cuando sea inevitable, como el anexo 4, y se guardarán bajo llave. En la documentación electrónica o en la nube, la identificación del alumno o alumna debe estar anonimizada conforme a un código creado por el centro. Se debe evitar la comunicación electrónica con la familia.

Lo más adecuado es que el equipo directivo delegue la custodia del expediente al profesional de orientación, que velará por la confidencialidad de dicha información.

5.3.2. Coordinación

Tal y como se ha dicho en el apartado de *Metodología*, el trabajo de prevención de conducta suicida requiere una comunicación fluida al interno del centro escolar, con otros agentes externos y con la Administración de Inspección Educativa.

CONCLUSIONES PERSONALES

A continuación expongo las principales conclusiones personales a las que he llegado tras el análisis realizado y termino enumerando las limitaciones de este trabajo.

-Es preocupante que España no cuente con una Ley Estatal de prevención de conductas autolíticas, ni una propuesta estatal educativa para prevención, intervención y posvención en suicidio juvenil. Los partidos políticos hacen oídos sordos al requerimiento de la OMS de promover y promulgar estrategias estatales integrales y multisectoriales.

-Todas las consejerías de sanidad y algunas consejerías de educación y otros organismos autonómicos y locales están realizando el esfuerzo de implementar medidas específicas, a pesar de no tener un marco de actuación estructural estatal. Pero se requiere una mayor articulación entre todos ellos: una combinación de estrategias en diferentes sectores y en diversos niveles asistenciales.

-La evidencia científica pone en tela de juicio la validez científica de muchas de las categorías de factores de riesgo que se están utilizando actualmente. Se trata de factores débiles e inespecíficos que podrían estar presentes en cualquier persona sin un riesgo elevado de cometer suicidio. En el protocolo propuesto se ha elegido un listado de factores de riesgo de uso opcional que cuenta con cierta evidencia. Resulta útil para aportar pistas sobre la situación familiar y emocional que esté atravesando el estudiante y para identificar qué necesidades pueden ser cubiertas en el colegio.

-La psicología tiene un papel muy relevante en el trabajo de prevención, tratamiento y posvención de la conducta suicida. Destaco su aportación investigativa en el mejoramiento del estudio de factores de riesgo y protección; en el diseño y ejecución de intervenciones de prevención con determinados colectivos así como en la adaptación del tratamiento individual a las necesidades de la persona afectada. En los centros educativos, una dificultad para intervenir en prevención es la ausencia de psicólogos escolares.

-Se sugiere a las consejerías de educación que aún no han elaborado su guía o protocolo, la incorporación de formatos visuales y que no excedan las 30 páginas ni soliciten a los centros educativos más requerimientos formales de los estrictamente necesarios. Así como indicaciones claras para decidir en cada caso cuáles son los agentes intervinientes.

-Ciertas recomendaciones generalizadas en los protocolos autonómicos existentes necesitarían ir acompañadas de contratación de personal, dado que suponen muchas acciones extra para un equipo que ya está sobrecargado.

-Existen lagunas sobre el tratamiento de la información de los estudiantes en riesgo en términos de confidencialidad o seguridad de los datos y discrepancias entre las diferentes guías autonómicas. Sería muy pertinente la implicación del Ministerio de Educación en colaboración con personas

expertas en materia de protección de datos y especialistas en prevención de suicidio. De esta forma se obtendría unas indicaciones estatales clarificadoras.

-El protocolo que he elaborado es fácilmente adaptable en cualquier centro escolar por ofrecer claridad sobre los criterios de activación del protocolo y respecto a qué acciones realizar para proteger y acompañar a los estudiantes en riesgo. También **se han solventado otras limitaciones encontradas en muchas de las guías autonómicas**. Uno de los puntos fuertes es que tiene una extensión de 23 páginas frente a la extensión promedio de 63 de los protocolos autonómicos. Hay que tener en cuenta que los agentes educativos y el personal de orientación se encuentran en una situación de sobrecarga laboral. Por otro lado, el proceso que se propone está poco burocratizado respecto a anexos y comunicaciones oficiales, para incentivar el uso de esta herramienta. Y por último, se ha incluido un sistema anonimizado y el tratamiento de información confidencial.

-Las implicaciones de implementar el presente protocolo podrían ser: el aumento de la detección precoz de adolescentes en riesgo, una intervención eficaz y estructurada y el aumento de la concienciación de agentes educativos sobre la importancia de la prevención. Todo ello puede evitar el desenlace fatal de jóvenes a quienes aún les quedan oportunidades de *vivir*: vivir una vida que merezca la pena.

- Dado que hay evidencia de disminución de comportamiento suicida escolar con intervenciones multinivel, sería deseable que en un futuro el sector educativo esté concienciado y en disposición de implementar programas de formación de estudiantes *guardianes*, psicoeducación y promoción de la salud mental del alumnado y otras medidas citadas anteriormente que involucran a toda la comunidad educativa.

-Puesto que los expertos afirman que muchas muertes por suicidio son prevenibles, lo cual requiere la implicación de diversos agentes de la sociedad, me pregunto ¿qué podemos hacer tú y yo hoy, mañana, pasado, para prevenir esta lacra?

Una sociedad que invierte y siembra en el colectivo adolescente está poniendo unos buenos cimientos para la futura casa en construcción. Aún podemos llegar a tiempo para cambiar la vida de muchos adolescentes.

-Como principal limitación del presente trabajo se puede mencionar el hecho de que no se ha contado con tiempo para proponer a varios centros educativos la implementación del protocolo y la evaluación de objetivos específicos (lo cual hubiera servido para evaluar los objetivos específicos previstos y para incorporar mejoras). Otra limitación del protocolo creado radica en el hecho de que no se han incluido medidas de posvención (tras una tentativa autolítica o suicidio consumado), por lo que esta inclusión se puede plantear como un trabajo futuro para mejorar el documento elaborado.



REFERENCIAS

- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal Behavior Prevention: The Time to Act is Now. *Clínica y Salud*, 32(2), 89–92. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>
- Anseán, A. (2014). *Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida (2ª Edición Revisada)*. Fundación Salud Mental España.
- Barrios-Acosta, M., Ballesteros-Cabrera, M. D. P., Zamora-Vásquez, S., Franco-Agudelo, S., Gutiérrez-Bonilla, M. L., Tatis-Amaya, J., Sarmiento-López, J. C., Cuspoca, D., Castillejo-Cuellar, A., & Rodríguez-Melo, C. I. (2017). Universidad y conducta suicida: respuestas y propuestas institucionales, Bogotá 2004-2014. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 153–160. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.57001>
- Bernal, M., Guerrero, M., López, L. F., & Puntí, J. (2022, November 11). Dimensiones implicadas en la conducta suicida en jóvenes. Cómo identificar el riesgo y diferencias con autolesiones. In J. L. Bimbela (Ed.), *Prevención del suicidio en jóvenes y adolescentes*. Jornadas virtuales de salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://www.easp.es/project/3a-jornada-prevencion-suicidio-jovenes-y-suicidio/>
- Borràs, C. (2021). Prevención y supervivencia del suicidio. *Brains. Business, Research, Ageing, Innovation, Neurosciences and Social Journal*, 1(4), 39–42.
- Brunier, A., & Drysdale, C. (2021, June 17). Una de cada 100 muertes es por suicidio. *Organización Mundial de La Salud*. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Bustamante, F., & Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(2), 126–136. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>
- Cabrera, B. (2022, September 7). Canarias crea un protocolo ante el riesgo suicida detectado en el ámbito educativo. *Atlántico Hoy*. https://www.atlanticohoy.com/sociedad/canarias-protocolo-riesgo-suicida_1507902_102.html
- Calvo, A. (2022, September 18). Castilla y León lleva la prevención del suicidio a colegios e institutos con la figura de un enlace sanitario. *Diario de Castilla y León*.

<https://diariodecastillayleon.elmundo.es/articulo/castilla-y-leon/castilla-leon-lleva-prevencion-suicidio-a-colegios-institutos-figura-enlace-sanitario/20220916204739055825.html>

- Casanueva, I. (2021, December 14). Hablar del suicidio para abordar su prevención: En 2020 en España se suicidaron 3.941 personas, 11 al día. *Confilegal*. <https://confilegal.com/20211214-hablar-del-suicidio-para-abordar-su-prevencion-en-espana-fallecen-por-esta-causa-11-personas-al-dia/>
- Castellvi, P., & Piqueras, J. A. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45–59.
- Comunicación de la Junta de Castilla y León. (2021, December 1). *La Junta Castilla y León diseña 71 medidas en su Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida*. Junta de Castilla y León. <https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1284877983892/NotaPrensa/1285116579075/Comunicacion>
- Comunicación y prensa del Principado de Asturias. (2023, January 9). *Presentación de la Guía para la promoción del bienestar emocional, prevención, detección e intervención ante la conducta suicida en centros educativos*. Consejería de Educación Del Principado de Asturias. <https://www.educastur.es/-/29-12-2022.-presentación-de-la-guía-para-la-promoción-del-bienestar-emocional-prevención-detección-e-intervención-ante-la-conducta-suicida-en-centros-educativos?redirect=%2F>
- Consejería de Educación, Cultura y Deporte de la Generalitat Valenciana (2021). *Orientaciones para la Intervención frente a una situación de autolesiones o conductas suicidas en el ámbito escolar*. https://ceice.gva.es/documents/169149987/173803185/Orientacions_autolesions_ideacions_de_suicidi_cas.pdf
- Consejería de Educación de Comunidad de Madrid. (2022a). *Prevención del riesgo de conducta suicida y autolesiones del alumnado. Protocolo*. https://www.educa2.madrid.org/web/educamadrid/principal/files/1efa619a-f951-4111-aabc-467fab66acb3/Nueva%20WEB/Público/Convivencia/Conductas%20autolesivas/ProSuiDEF_Protocolo.pdf?t=1661947797306
- Consejería de Educación de Comunidad de Madrid. (2022b). *Prevención del riesgo de conducta suicida y autolesiones del alumnado. Apéndice teórico del protocolo*. <https://www.educa2.madrid.org/web/educamadrid/principal/files/1efa619a-f951-4111-aabc->

467fab66acb3/Nueva%20WEB/Público/Convivencia/Conductas%20autolesivas/ProSuiDEF_Apendice.pdf?t=1661947900138

Consejería de Educación de la Región de Murcia. (2022). *Guía de prevención de suicidio del Gobierno de Murcia (versión reducida para familias)*. https://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/prevencion/files/guia-de-prevencion-del-suicidio_actuaciones-en-centros-educativos_familias.pdf

Consejería de Educación, Universidad y Formación Profesional de Xunta de Galicia (2018). *Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo*. https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/riesgo_suicida_castelan_para_li.pdf

Consejería de Educación y Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2022). *Guía de prevención del suicidio. Actuaciones en Centros Educativos*. [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=20915&IDTIPO=246&RASTRO=c801\\$m4331,4330](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=20915&IDTIPO=246&RASTRO=c801$m4331,4330)

Consejería de Educación y Empleo y Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura. (2021). *Guía para la prevención en intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo*. https://www.educarex.es/pub/cont/com/0004/documentos/%5BGuia_Interactiva%5D_-_GPCS_-_Junta_de_Extremadura_v5.pdf

Consejería de Salud del Gobierno Balear. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022*. <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/coordinaciones-autonomicas-sanitarias/coordinacion-autonomica-de-salud-mental-de-las-islas-baleares/2273-plan-estrategico-de-salud-mental-de-las-islas-baleares-2016-2022>

Consejería de Salud del Principado de Asturias. (2022). *Plan de Salud Mental de Asturias 2022-2030*. http://www.asturiasparticipa.es/informacion_publica/plan-de-salud-mental-del-principado-de-asturias-2022-2030/#

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2016). *Guía para la prevención de la conducta suicida dirigida a docentes*. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017853.pdf>

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2022, December 27). *Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid 2022-2026*. <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50790>

- Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020*.
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/iii-plan-integral-de-salud-mental-2016-2020-en-revision>
- Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. (2016). *IV Plan de Salud de Castilla y León*.
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon.ficheros/706616-IV%20plan%20de%20salud%20.pdf>
- Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. (2018a). *Estrategias para la Prevención del Suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas en Castilla-La Mancha*.
<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/prevencion-del-suicidio/estrategia-para-la-prevencion-del-suicidio>
- Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. (2018b). *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025*.
https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20190927/plan_salud_mental_2018-2025.pdf
- Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. (2020). *Guía para la prevención de la conducta suicida Castilla-La Mancha. Dirigida a docentes*.
https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201123/guia_preven_suic_ijv.pdf
- Consejería de Sanidad de Xunta de Galicia. (2020). *Plan de Salud Mental de Galicia 2020-2024*.
<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1204/PSMG%20poscovid-19.pdf>
- Consejería de Sanidad del Gobierno autónomo de Canarias. (2019). *Plan de Salud Mental de Canarias*.
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=d2141dc6-496c-11e9-910b-f705e6f363c5&idCarpeta=f0ae71f7-a98d-11dd-b574-dd4e320f085c>
- Consejería de Sanidad del Gobierno autónomo de Canarias. (2021). *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias*.
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=8745abde-0fff-11ec-8489-0f64eb00dcc8&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>
- Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana. (2016). *Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020*.

<https://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Estrategía+Autonómica+de+Salud+mental+2016+2020+.pdf>

Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana. (2017). *Plan de prevención de suicidio y manejo de la conducta suicida. Vivir es la salida.*
https://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevención+de+suicidio_WEB_CAS.pdf

Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana. (2018). *Guía informativa para el ámbito escolar de prevención de suicidio.*
https://ceice.gva.es/documents/169149987/173803185/Guia_prevencio_suicidi_ambit_escolar_cas.pdf

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales-Servicio Extremeño de Salud. (2017). *III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020.*
<https://saludextremadura.ses.es/smex/pismex>

Consejería de Sanidad y Servicio Gallego de Salud. (2017). *Plan de prevención del suicidio en Galicia 2017.*
<https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2020/09/plan-de-prevencion-del-suicidio-en-galicia.pdf>

Consejería de Sanidad-Servicio Cántabro de Salud. (2022). *Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026.*
https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/10-1191%20PLAN%20SALUD%20MENTAL%202022_WEB.pdf

Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. (2017). *Plan Director de salud mental y adicciones. Estrategias 2017-2020.*
https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/PDSalutMentaliAdicionsestrategies2017_2020.pdf

Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. (2021). *Plan de prevención del suicidio de Cataluña. 2021-2025.*
<https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/cataluña/>

Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. (2017). *Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021.*
https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PlanSaludMental_Aragon_2017_2021.pdf/7efb948f-3e16-9d8e-a545-ed319043054b

Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. (2020). *Estrategia de Prevención del Suicidio en Aragón.*
<https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/ESTRATEGIA+D>

E+PREVENCIÓN+DEL+SUICIDIO+EN+ARAGÓN.pdf/aa19cb28-5100-be85-8ef0-7a32ad1b6efd?t=1614331737772

Dirección General de Asistencia Sanitaria de Extremadura. (2018). *I Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura*.

https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/I%20PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20PREVENCION%20Y%20ABORDAJE%20DE%20LAS%20CONDUCTAS%20SUICIDAS%20EN%20EXTREMADURA.pdf

Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. Akal.

Euregenas. (2014a). *Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar*. <https://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2016/09/Guia-prevencion-suicidio-entornos-escolares.pdf>

Euregenas. (2014b). *Directrices Generales para la Prevención del Suicidio*. <https://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/01/EUREGENAS-General-Guidelines-on-Suicide-Prevention-F.pdf>

Federación Salud Mental Castilla y León. (2022). *Guía de prevención del suicidio. Protocolo de actuación en conductas autolíticas*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/guia-prevencion-suicidio-salud-mental-cyl/>

Ferrando, L., Franco, A., Soto, O., Bobes, J., Soto, M., Franco, L., & Gibert, J. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV [instrumento de evaluación]*. Madrid, España: Instituto de Investigación y Asistencia Psiquiátrica.

Fonseca-Pedrero, E., Díez Gómez, A., Pérez de Albéniz, A., Sebastián-Enesco, C., Inchausti Gómez, F., & Pérez Trenado, M. (2019). Prevención del suicidio en centros educativos. In B. Lucas-Molina & M. Giménez-Dasi (Eds.), *Promoción de la salud: la oportunidad de la escuela a través de programas de intervención en contexto educativo* (pp. 156–184). Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. ^a Á., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Fonca, D., Espinosa, V., Gorría, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E., & Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>

- Fonseca-Pedrero, E., & Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de suicidio. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 41(2), 106–115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez de Albéniz, A., Díez-Gómez, A., & Gutiérrez García, A. (2020). La conducta suicida en los centros educativos. Hora de actuar. In M. J. Marrodán Gironés & A. Ponce de León Elizondo (Eds.), *La Orientación en la mejora del desarrollo y bienestar personal* (pp. 93–106). Universidad de la Rioja.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Fundación ANAR. (2022, June 17). *Informe Anual: teléfono-chat ANAR 2021*. <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/04/INFORME-TELEFONO-CHAT-ANAR-2021-VFINAL.pdf>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2020, September 26). *Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS*. <https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/sns/>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2021a, June 23). *Programas de Prevención de la Conducta Suicida en España*. <https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/programas-de-prevencion-españa/>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2021b, November 11). *Informe Final Suicidios 2020 del Observatorio de Suicidio en España*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2022a, October 20). *Informes Finales de Suicidio del Observatorio del Suicidio en España*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2022b, December 19). *Informe Final Suicidios 2021 del Observatorio de Suicidio en España*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>
- Fundación Salud Mental España (2019). *Prevensuic* (1.5) [Aplicación móvil]. App Store. <https://apps.apple.com/es/app/prevensuic/id1007315017>

- García-Haro, J., García-Pascual, H., & González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 38(134), 381–400. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200003>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S., & García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 41(1). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (2022, April). *Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025*. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2>
- Gerencia Regional de Salud Mental de la Comunidad autónoma de la Región de Murcia. (2018). *Programa de acción para el impulso y mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022*. https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2639&idsec=88
- Gobierno de Aragón. (2021). *Guía para centros escolares. Protocolo de actuación inmediata. 2021*. <https://educa.aragon.es/web/guest/-/documentosprevencionsuicidio>
- Gobierno de las Islas Baleares. (2021, March). *Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en centros educativos. 2021*. <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/coordinaciones-autonomicas-sanitarias/coordinacion-autonomica-de-salud-mental-de-las-islas-baleares/3957-protocolo-de-actuacion-en-caso-de-riesgo-autolitico-detectado-en-los-centros-educativos-de-las-islas-baleares>
- Gobierno de Navarra. (2014). *Protocolo de colaboración interinstitucional prevención y actuación ante conductas suicidas de Navarra*. <https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/548485/Suicidio.pdf/b5374981-511a-40ed-82c5-7c74bc23b049>
- Guerrero, M. (2021, July 29). El suicidio desde la mirada histórica; orígenes del estigma y el tabú. *Papageno*. <http://papageno.es/el-suicidio-desde-la-mirada-historica>
- Infocop. Revista online. (2022a, January 31). *Se debe reforzar la atención psicológica comunitaria para la prevención del suicidio en la adolescencia - Entrevista a Francisco Villar Cabeza*. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=19752

- Infocop. Revista online. (2022b, February 17). *El suicidio: un problema multifactorial que requiere un abordaje urgente- XV Desayuno Infocop*. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=20817
- Infocop. Revista online. (2022c, May 24). *El COPM presentó el Proyecto PsiCE en la sede de la Consejería de Educación*. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=22178
- Jans, T., Vloet, T. D., Taneli, Y., & Warnke, A. (2017). Suicidio y conducta autolesiva. In M. Irarrázaval & A. Martín (Eds.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Jesuitas Red de Centros Educativos Educsi. (2021, September 21). *Educsi y la Universidad Pontificia Comillas se unen para difundir Sperantia.App*. <https://educacionjesuitas.org/educsi-y-la-universidad-pontificia-comillas-se-unen-para-difundir-sperantia-app/>
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., Zanini, D., & Kirchner, D. T. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 226–261.
- La Opinión de La Coruña. (2022, September 9). *Galicia contará con unidades de atención al suicidio en todas las áreas sanitarias antes de final de año*. <https://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2022/09/09/galicia-contara-unidades-atencion-suicidio-75243812.html>
- Legido-Gil, T. (2012). *Clasificación de la Conducta Suicida utilizando Cuestionarios Psicométricos* [Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá]. <https://dialnet.unirioja.es/metricas/investigadores/2898767>
- López Fernández, M. P. (2009). El concepto de anomia de Durkheim y las aportaciones teóricas posteriores. *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de La Universidad Iberoamericana*, IV(8), 130–147.
- Luengo, J. A. (2020, March 17). Claves para la prevención del suicidio en los centros educativos. *Blog de La Psicología Del Colegio Oficial de La Psicología de Madrid*. <https://www.copmadrid.org/wp/claves-para-la-prevencion-del-suicidio-en-los-centros-educativos/>
- Luengo, J. A., & Abad, L. (2022, September 13). Proyecto Psice en el marco de la prevención del suicidio escolar. *Jornada Hablemos Del Suicidio. Y Después ¿Qué?* <https://www.youtube.com/watch?v=uMc1CQeQ1sc&t=2164s>
- McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M., & Elgar, F. J. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bulletin of*

the World Health Organization, 94(5), 340-350F.
<https://doi.org/10.2471/BLT.15.163295>

Ministerio de Sanidad. (2020a). *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación*.
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/MANUAL_APOYO_MMCC_SUICIDIO_04.pdf

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategia-salud-mental-2022-2026/>

Ministerio de Sanidad. (2022, June 10). *024. Línea de atención a la conducta suicida*. <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2020b, September). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la Conducta Suicida*. Edita: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitaria de Galicia, Avalia-t. Consellería de Sanidad. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

Mora-Encinas, M. P. (2018). Prevención de la Conducta Suicida en jóvenes y adolescentes: una revisión desde 1997. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 203–226.

Nock, M. K., Ursano, R. J., Heeringa, S. G., Stein, M. B., Jain, S., Raman, R., Sun, X., Chiu, W. T., Colpe, L. J., Fullerton, C. S., Gilman, S. E., Hwang, I., Naifeh, J. A., Rosellini, A. J., Sampson, N. A., Schoenbaum, M., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2015). Mental Disorders, Comorbidity, and Pre-enlistment Suicidal Behavior Among New Soldiers in the U.S. Army: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(5), 588–599.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12153>

O'Connor R, Cleare, S., Eschle, S., Wetherall, K., & Kirtley, O. (2016). The integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior: Un Update. In R. C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (2nd ed., pp. 220–240). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9781118903223>

- Olmedes, E. (2022, October 23). Caos y disparidad entre comunidades en la implantación del "coordinador de bienestar" en colegios para luchar contra el "bullying." *20 Minutos*.
<https://www.20minutos.es/noticia/5068405/0/caos-y-disparidad-entre-comunidades-en-la-implantacion-del-coordinador-de-bienestar-en-colegios-para-luchar-contra-el-bullying/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2021, June 17). *Suicidio*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, June 18). *Suicide*.
<https://www.emro.who.int/health-topics/suicide/feed/atom.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021a). *Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria*.
<https://doi.org/10.37774/9789275324325>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021b). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*.
<https://doi.org/10.37774/9789275324240>
- Palacio, A. F. (2010). La comprensión Clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, 7(12), 1–12.
- Palao, D. J. (2021). La prevención del suicidio a nuestro alcance. *Brains. Business, Research, Ageing, Innovation, Neurosciences and Social Journal*, 1(4), 33–37.
- Papageno, La Niña Amarilla, & AFASIB. (2022). *Guía de recomendaciones para comunicar sobre el suicidio. En mis zapatos*.
<https://laninaamarilla.com/en-mis-zapatos/>
- Pedreira-Massa, JL. (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>
- Pereira, Y. (2022, December 19). Sigue aumentando el número de suicidios en España: 4.003 personas, 22 de ellas menores de 15 años, se quitaron la vida en 2021. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/12/19/639c578121efa0b95b8b45c3.html>
- Pérez Barrero, S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386–394.

- Picazo-Zapinho, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 42(3), 125–132.
- Platt, S., Arensman, E., & Rezaeian, M. (2019). National Suicide Prevention Strategies - Progress and Challenges. *Crisis*, 40(2), 75–82. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000587>
- Rosado Millán, M. J., García García, F., Alfeo Alvarez, J. C., & Rodríguez Rosado, J. (2014). El suicidio masculino: una cuestión de género. *Prisma Social*, 13, 433–491.
- Sala de Comunicación de Xunta de Galicia. (2022, October 10). *La Xunta refuerza las políticas de prevención en la salud mental con la puesta en marcha de un nuevo Protocolo contra el riesgo suicida en la infancia*. Xunta de Galicia. <https://www.xunta.gal/notas-de-prensa/-/nova/73431/xunta-refuerza-las-politicas-prevencion-salud-mental-con-puesta-marcha-nuevo>
- Sanmartín Ortí, A., Kuric Kardelis, S., & Gómez Miguel, A. (2022). *La caja de la masculinidad: construcción, actitudes e impacto en la juventud española*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7319236>
- Save the Children España. (2021, December 14). *Informe Crecer Saludable(mente)*. <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-crecer-saludablemente-analisis-sobre-la-salud-mental-y-el-suicidio-en-la>
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/recomendaciones-sobre-la-deteccion-prevencion-e-intervencion-de-la-conducta-suicida>
- Servicio de Salud de las Islas Baleares. (2021, January). *Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en centros educativos*. <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/coordinaciones-autonomicas-sanitarias/coordinacion-autonomica-de-salud-mental-de-las-islas-baleares/3956-guia-para-la-prevencion-y-el-primer-abordaje-de-la-conducta-suicida-en-los-centros-educativos-de-las-islas-baleares>
- Servicio de Salud de las Islas Baleares. (2022). *Plan de Prevención, Actuación y Abordaje de la Conducta Suicida en las Islas Baleares*. <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/coordinaciones-autonomicas-sanitarias/coordinacion-autonomica-de-salud-mental-de-las-islas-baleares/4031-plan-de-prevencion-actuacion-y-abordaje-de-la-conducta-suicida-en-las-islas-baleares>

- Servicio Madrileño de Salud. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid*.
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
- Servicio Riojano de Salud. (2018). *III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja*. <https://web.larioja.org/plan?n=pla-iii-plan-estrategico-de-salud-mental-de-la-rioja1>
- Silverman, M. M., & Berman, A. L. (2014). Suicide Risk Assessment and Risk Formulation Part I: A Focus on Suicide Ideation in Assessing Suicide Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 420–431.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12065>
- SOM Salud Mental 360. (2021, September 8). *En el sector educativo siguen arraigados muchos mitos sobre el suicidio que hay que desterrar*.
<https://www.som360.org/es/monografico/prevencion-suicidio-juvenil/entrevista/sector-educativo-siguen-arraigados-muchos-mitos>
- The Global Health Observatory. (2020, April 19). *Mental Health*. Organización Mundial de La Salud.
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health>
- Universidad de la Rioja. (2019, January 15). *I Plan de Prevención del Suicidio en la Rioja*.
<https://www.unirioja.es/apnoticias/servlet/Noticias?codnot=5931&accion=detnot>
- Universidad Pontificia de Comillas (2022). *Sperantia* (1.2) [Aplicación móvil]. App Store. <https://apps.apple.com/es/app/sperantia-app/id1550757362>
- Villar, F. (2018). *Factores de riesgo en la conducta suicida en la adolescencia* [Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona].
<http://hdl.handle.net/10803/650280>
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M. A., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 38–45.
- Xunta de Galicia. (2022). *Protocolo de prevención y actuación en ámbito sanitario y educativo ante el riesgo suicida infanto-juvenil. 2022*.
<http://www.edu.xunta.gal/portal/es/node/38219>

ANEXO DE LEGISLACIÓN

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. (BOE núm. 15, de 17 de enero de 1996).

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (DOUE L 119, de 4 de mayo de 2016, pp.1).

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (BOE núm. 294, de 6 de diciembre de 2018).

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. (BOE núm. 134, de 5 de junio de 2021).

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1	
Diferencias entre Conducta Suicida y Autolesión no Suicida.....	8
Tabla 1	
Diferencias Entre un Intento Suicida y una Autolesión no Suicida.....	8
Figura 2	
Número de Suicidios en España 2000-2021.....	9
Figura 3	
Suicidio en España 2018-2021.....	10
Figura 4	
Suicidio por Edades en España 2019.....	11
Figura 5	
Suicidio por Edades en España 2020.....	11
Figura 6	
Suicidio por Edades en España 2021.....	12
Figura 7	
Suicidio por Comunidades en España 2021.....	13
Figura 8	
Métodos de Suicidio Empleados por Sexos en España, 2021.....	13
Figura 9	
Modelo Integrado Motivacional-Volitivo de comportamiento suicida.....	15
Tabla 2	
Factores de Riesgo Individuales.....	19
Tabla 3	
Factores Individuales.....	21
Tabla 4	
Razones por las que es Necesaria una Ley Nacional de Prevención de Suicidio.....	26
Tabla 5	
Planes, Estrategias y Protocolos de prevención de suicidio promovidos por organismos autonómicos.....	28

ANEXOS DEL PROTOCOLO (Parte 2)

Anexo 1. Listado de factores de riesgo y protección (opcional).

Factores de riesgo

Factores de riesgo individuales

Intento previo de suicidio.

Depresión (síntomas de falta de ánimo o irritabilidad, pérdida de interés por actividades que antes disfrutaba, fatiga, cambios de apetito y sueño, falta de concentración o sentimiento de inutilidad).

Un trastorno psiquiátrico: trastorno disocial (conductas agresivas, falta de empatía, etc), abuso de sustancias, esquizofrenia, trastorno límite de personalidad, trastornos de ansiedad o de conducta alimentaria.

Dolor crónico o enfermedad crónica.

Factores genéticos y biológicos.

Factores psicológicos y emocionales: p.ej. rigidez cognitiva, desesperanza

La impulsividad.

Maltrato físico y abuso sexual.

Factores de riesgo Sociofamiliares y Situacionales

Historial psiquiátrico y suicidios en la familia.

Disfunción familiar (comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los progenitores que inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse de forma sana con otros familiares).

Acontecimientos vitales adversos.

Dificultades con sus iguales o con pareja (pocas habilidades sociales, conductas desadaptativas).

Bullying o acoso escolar.

Bajo nivel educativo y bajo estatus socioeconómico.

Bajo rendimiento académico, fracaso escolar.

Orientación sexual e identidad sexual, por la discriminación que sufren.

Historial de relaciones interpersonales de suicidio.

Conflictos existenciales y culturales

Factores protectores

Factores protectores Individuales

Actitudes y valores positivos, especialmente de cara al suicidio.

Capacidad para resolver problemas.

Capacidad para tener presente sus razones para vivir.

Locus de control interno (percepción de la propia capacidad de modificar un acontecimiento vital).

Autoestima.

Capacidad intelectual.

Factores protectores Sociofamiliares y situacionales

Relaciones satisfactorias con la familia.

Relaciones satisfactorias con otros estudiantes y amigos o amigas.

Sistemas de apoyo, estar recibiendo terapia, experiencia escolar positiva y tener hobbies.

Nivel educativo.

Otras características

Buena alianza terapéutica con el profesional.

Creencias relacionadas con la religión y del ámbito cultural, puesto que dichos preceptos y frenos morales pueden posponer o anular la conducta suicida.



- Elegir un momento sin prisas y un lugar que incite a la calma y facilite que el alumno o alumna exprese sus sentimientos.
- Comenzar la entrevista expresando implicación e intención de ayudar. Encuadrar la sesión explicando la necesidad de conocer su situación para poder acompañarle en el ámbito educativo en el que nos encontramos.
- Evitar dar consejos o poner ejemplos personales. No desacreditar la importancia de lo que está contando.
- Actitud de escucha activa: ausencia de juicio, observar lo que siente a través de su lenguaje no verbal, estar más pendiente de lo que está expresando que de lo que vas a decir.
- Usar las preguntas para obtener aclaraciones pero sin empujar a contar algo que haya manifestado no querer abordar. Hay que generar confianza gradualmente.
- **Preguntar abiertamente por los pensamientos, planes suicidas o intentos previos.**
- Validar los sentimientos del estudiante. Nos referimos a mostrar comprensión con su angustia o desesperación, que no significa que aprobamos la conducta suicida con la que pretende solucionar sus problemas.
- Expresarle la conveniencia de que pida ayuda en momentos de inestabilidad emocional y hablar de sus resistencias a hacerlo, si las hubiera.
- En el caso de que se vaya a abrir protocolo: darle a conocer los pasos siguientes que el centro planea acometer, como por ejemplo, una propuesta de medidas de protección y seguridad personalizadas o una entrevista con su familia. Es importante conocer la opinión del alumno o alumna y que sienta que estamos actuando a su favor.



Elegir un lugar que permita privacidad y evite interrupciones.

- Mostrar preocupación y sensibilidad con la situación. Hay que procurar que nos perciban como un agente que colabora y ayuda. De lo contrario se puede producir una situación de bloqueo que no favorece al estudiante.
- Explicar las responsabilidades del centro educativo en cuanto a la seguridad del estudiante y que se pretende obtener información adicional para planificar medidas de protección acertadas que serán debidamente comunicadas a la familia.
- Asegurar que se va a tratar con cuidado la información conocida y la que se busca obtener.
- Informar sobre la historia escolar del estudiante con la cronología correcta y preguntar si existe algún informe de especialistas en salud mental, si ha tenido comportamientos parecidos previamente, si hay eventos estresores actualmente y hábitos diarios. También se ahondará sobre alguna señal relacionada con el bullying o aislamiento.
- Evitar el estigma.
- Explicar los pasos siguientes que el centro educativo planea llevar a cabo.
- Establecer una dinámica de coordinación y trabajo conjunto entre el centro educativo y la familia. Ofrecer la ayuda que requieran a través del personal de orientación. Facilitar el teléfono y horario en el que pueden contactar.
- Aclarar que el objetivo es que el alumno o alumna recupere una cotidianidad con sentido y que cuente con apoyo social de su entorno.

Anexo 4. Consentimiento informado de la familia o tutor/a legal.

Don/Doña:

Tutor/a legal de:

Autorizo a las y los profesionales de la administración educativa a intercambiar información y coordinarse con los servicios sanitarios o los servicios sociales que estén atendiendo a mi hijo/a con el objeto de que proporcionen una actuación conjunta de calidad y adaptada a la situación que está atravesando, manteniendo la confidencialidad regulada por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo del 27 de abril, la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre.

Fecha:

Fdo:

Fdo:

Tutor/a legal 1

Tutor/a legal 2

Anexo 5. Informe y propuesta de medidas de actuación.

Datos¹ del estudiante en situación de riesgo (código creado para la anonimización): _____

PARTE I. Resumen de información hasta el momento.

Necesidades educativas, si las hubiere.

Competencia curricular y estilo de aprendizaje, si procede.

Síntesis de entrevista/s realizada/s con la familia.

Síntesis de entrevista/s realizada/s con el estudiante.

Síntesis de la información de servicios externos especializados (salud mental y servicios sociales).

Otra información (concretar la/s fuente/s: docentes, otro personal, alumnado, etc).

Síntesis de señales de alarma detectadas, factores de riesgo y protección (opcional) y conclusiones al respecto.

Hechos relevantes ocurridos hasta el momento, fecha y respuesta del centro. Si hubo riesgo inminente con llamada al 112 se detalla aquí.

¹La identificación del alumno/a debe estar anonimizada conforme a un código creado por el centro.

Medidas de protección y seguridad

- Especificar teléfonos de interés: emergencia 112, fundación ANAR, teléfono de la Esperanza (u otros de ayuda) y número de tutores legales a quienes hay que avisar en caso de necesidad.
- Minimizar los espacios en los que pueda estar solo (recreos, cambios de clase y desplazamientos a otras aulas, gimnasio, laboratorio, baños, entradas y salidas, pasillos, comedor, actividades deportivas).
- Identificar la ubicación del aula donde se encuentra escolarizado previniendo el acceso a medios autolesivos (fármacos, químicos), ventanas, zonas elevadas, etc.
- Control por parte del docente a cargo de la clase/taller de posible material cortante y/o autolesivo.
- Hacer un seguimiento de su asistencia y comunicar sin demora a su representante legal la ausencia injustificada.

Medidas de acompañamiento emocional

- Ofrecer con antelación un **espacio seguro** en donde refugiarse en caso de desregulación emocional con la compañía de un adulto (departamento de orientación, despachos, etc). Se puede añadir de manera opcional la práctica de técnicas de relajación.
- Seguimiento de su estado anímico por parte de un profesor o profesora de confianza o incluso contactos periódicos de acompañamiento.
- Calendarizar sesiones individuales con personal de orientación: acompañamiento y orientación vocacional.
- Proponer que alumnado ayudante o compañeros de su confianza le presten apoyo emocional e informen al profesorado/personal de orientación sobre posibles conflictos o situaciones de riesgo. Estas últimas pueden ser ocasionadas de manera presencial o por redes sociales.
- Flexibilización en fechas de entrega y obligaciones académicas. Subrayar los puntos fuertes del estudiante aumentando su motivación y priorizar su bienestar emocional.
- Cambio de ubicación del alumno en el aula si fuera necesario (cerca del docente, del alumnado prosocial, etc).
- Trabajar de manera individual o grupal aspectos de psicoeducación emocional como: gestión de emociones, autoestima, sentimiento de grupo, los beneficios de pedir y recibir ayuda, resolución de problemas, etc.

PARTE III. Registro de comportamientos destacables del estudiante.

Introducir enlace al archivo de registro de comportamientos destacables del estudiante. Detalle del personal del centro que reporta esta información tanto cuando ocurre un suceso reseñable como con una periodicidad mínima, p.ej quincenal.

PARTE IV. Otra información que el centro quiera recoger por escrito.

Fecha, nombre y cargo de la persona que elabora este informe (normalmente personal de orientación). Con el visto bueno del director o directora del centro.

Fdo:

Fdo: