



El entorno educativo, la adolescencia y las Tics

¿Oportunidades para aprender a vivir?

Contra la patologización de los problemas de la vida cotidiana.

www.papageno.es



Tabla de Contenido

1. ¿Que está ocurriendo?
2. ¿Qué estamos haciendo?
3. ¿Que podríamos estar haciendo?





¿Qué esta ocurriendo?



ANS y Conductas suicidas

Modelo Anglosajón (EE. UU. / Australia):

Diferencia entre autolesión con intención suicida y NSSI (cortes, quemaduras sin intencionalidad letal). El NSSI se aborda mediante protocolos de reducción de daños y primeros auxilios psicológicos (Erbacher, Singer, & Poland, 2015).

Modelo Español:

La mayoría de los protocolos autonómicos confunden ambos fenómenos bajo el paraguas de "**conductas autolíticas**". Ante la falta de capacitación clínica del docente, la detección de cortes superficiales suele desencadenar la activación máxima del protocolo, externalizando el problema y medicalizando un síntoma que puede solo requerir contención emocional.

Conducta suicida y Autolesiones No Suicidas (NSSI)

Criterio	NSSI	Conducta Suicida	Fuente
Intencionalidad	Ausencia de intención letal.	Presencia de intención letal.	Nock (2010)
Función Psicológica	Regulación afectiva.	Escape total.	Klonsky (2007); Shneidman (1993)
Letalidad de los métodos	Baja.	Alta/Extrema.	Vega et al. (2021)
Frecuencia	Alta/Repetitiva	Baja/Episódica	Fonseca-Pedrero et al. (2022)
Consecuencias post-acto	Alivio o calma	Desesperanza o arrepentimiento	Zetterqvist et al. (2021)
Nivel de Comunicación	A menudo privada.	Grito de auxilio o despedida.	Joiner (2005)

Las frías cifras del suicidio entre adolescentes

Los datos de mortalidad (INE):

- El suicidio en menores de 15 años es una tragedia, pero **estadísticamente infrecuente**. INE, (7-22 en la última década). En la franja de 15 a 29 años, se sitúa en torno a los 300 casos. En las edades más jóvenes se previenen suicidios en otras etapas.

ANAR (2022)

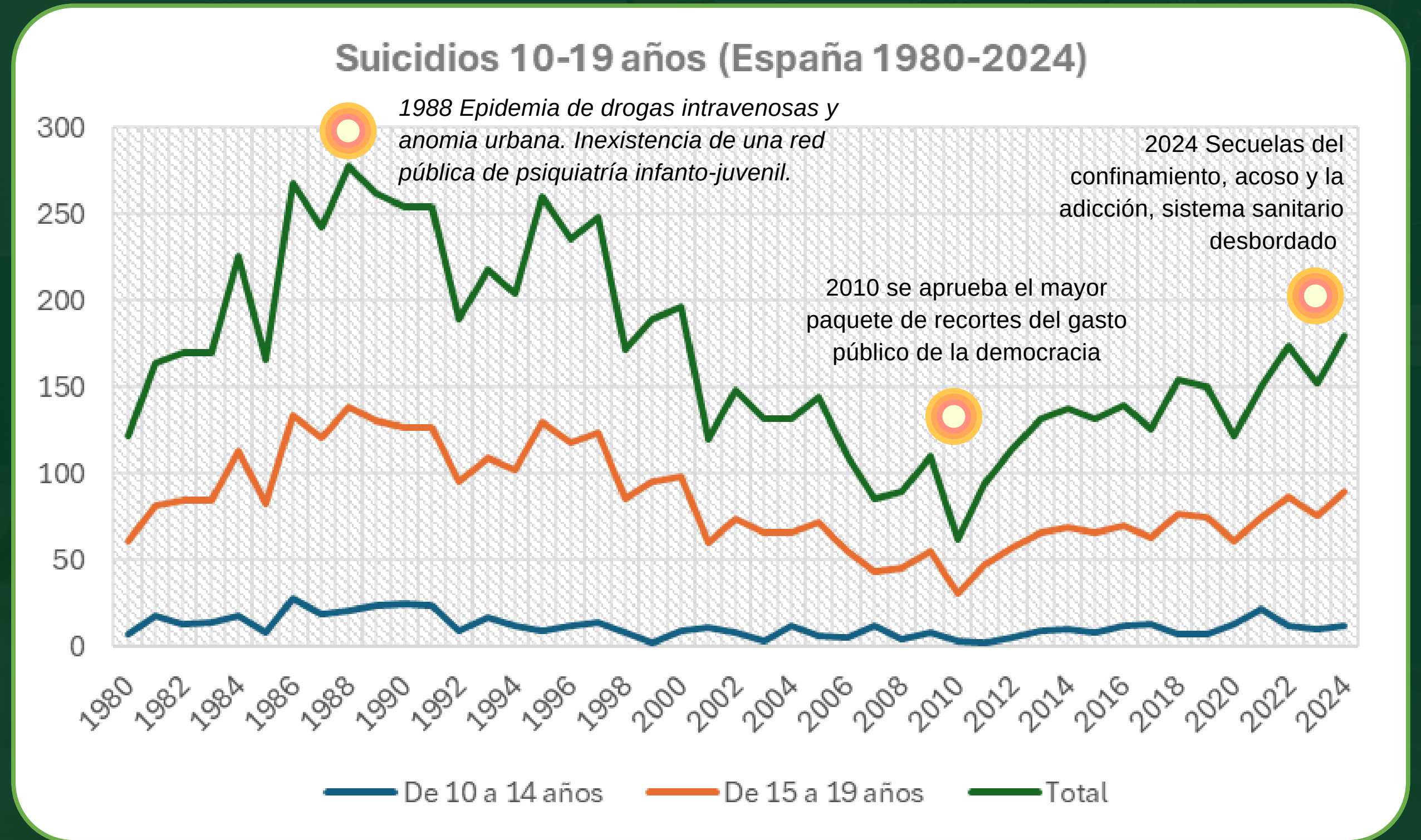
- Los "intentos de suicidio" atendidos en su línea se multiplicaron por 25,9 (un 2490%) desde 2012. El aumento del 2500% mide el éxito de campañas de marketing y la accesibilidad al teléfono, no el aumento epidemiológico. Igual el 024 (no se evalúa)

Fundación ANAR. (2022). Estudio sobre Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022)



Las frías cifras del suicidio entre adolescentes

1980-2024
Registro: **12**
suicidios de
5 a 9 años



Factores Protectores

Cohesión Familiar

Factor clave. Un menor que percibe que puede hablar de sus errores, miedos o identidad con sus tutores legales sin ser castigado reduce su riesgo de intento autolítico a más de la mitad, incluso en presencia de depresión.

Apoyo Social de Pares

Existencia de amistades íntimas que actúan como red de regulación emocional.

Conexión Escolar

Sentimiento de pertenencia a la comunidad escolar y confianza en al menos un adulto (tutor, orientador o docente)

Regulación emocional y resolución de problemas

Los menores entrenados en tolerar la frustración no perciben el suicidio como la única vía de escape ante el fracaso académico o amoroso



El estrés de las minorías

- Los adolescentes de **minorías sexuales** presentan un riesgo de ideación e intentos **casi tres veces mayor** (Marshal et al., 2011). El riesgo de NSSI sigue la misma progresión.
- **Adolescentes trans y no binarios):** subgrupo demográfico con el **riesgo más extremo** OR 4.0 (Toomey et al., 2018). La falta de apoyo parental y la disforia no atendida actúan como aceleradores.
- **Minorías étnico-raciales:** El racismo y las microagresiones constantes reducen el acceso a sistemas de apoyo eficaces, bloqueando la búsqueda de ayuda profesional por desconfianza.



Factores de riesgo

Historia previa de NSSI o intento (OR > 3.0, hasta 5.5 en intentos múltiples)

Predictor prospectivo más robusto (Fox et al., 2015). El "cutting" o autolesión repetitiva genera una **habituación progresiva al dolor físico y erradica el miedo instintivo a la muerte.**

(Impulsividad / TLP) y Desesperanza (OR > 3.0):

La incapacidad del adolescente para **gestionar emociones intensas, sumada a una visión de túnel** (desesperanza absoluta), dispara el paso de la mera "ideación" a la "acción" letal.

Factores de riesgo

Psicopatología o conducta suicida de padres (OR 2.77)

Multiplica por tres el riesgo del adolescente (Pan et al., 2024). por la **transmisión genética vinculados a la impulsividad y la depresión**, y el **aprendizaje vicario** a través del modelado (aprender que el suicidio es una salida viable al sufrimiento).

Abuso sexual en la infancia (OR 2.72)

Factor de trauma crítico, a(Generalitat de Catalunya, 2024). **Se usa el dolor como un ancla para "reconectae" o recuperar el control sobre su cuerpo durante los episodios disociativos** inducidos por los recuerdos del trauma.

Factores de riesgo

Ideación suicida 2.0

La ideación es **altamente prevalente** entre adolescentes, pero posee una **muy baja especificidad** si no se presenta acompañada de los factores de magnitud superior.

Abuso emocional en la infancia / Maltrato (OR 2.91)

Representa el predictor principal en NSSI (Generalitat de Catalunya, 2024). El adolescente **internaliza el abuso y genera autodesprecio** que intenta regular mediante la autolesión corporal.

El que no conoce su historia...

La pandemia de 1918 generó un pico anómalo en las tasas de suicidio a nivel global. Las investigaciones históricas y epidemiológicas identifican dos vectores principales:

- **Biológico:** secuelas directas del virus en el SNS (psicosis post-gripal).
- **Psicosocial:** duelo masivo, aislamiento social y colapso económico.



1918

1. Wasserman, I. M. (1992). The impact of epidemic, war, and prohibition on suicide: United States, 1910–1920. *Historical Methods: A Journal of Quantitative and Interdisciplinary History*, 25(1), 5–15. <https://doi.org/10.1080/01615440.1992.10594211>



Las diferencias

Gripe española-COVID19

Factor de Riesgo	Pandemia de Gripe Española (1918)	Pandemia de COVID-19 (2020-2023)
<i>Población de Riesgo (Muerte)</i>	Jóvenes y adolescentes (15-35 años) (Wasserman, 1992).	Adultos mayores y comórbidos (Sher, 2020).
<i>Causa de Suicidio Dominante</i>	Psicosis post-gripal y daño neurológico directo (Menninger, 1919).	Aislamiento social, crisis económica y ansiedad (Gunnell et al., 2020).
<i>Conectividad Social</i>	Aislamiento físico absoluto; sin medios digitales (Crosby, 2003).	Aislamiento físico con hiperconectividad digital (Sher, 2020).
<i>Respuesta Psiquiátrica</i>	Inexistente; asilos saturados; estigma total (Honigsbaum, 2013).	Servicios de telemedicina y protocolos de prevención (Pirkis et al., 2021).



Paradoja

El 1º año se estabilizaron los suicidios

? A diferencia de 1918, donde Wasserman (1992) encontró un aumento claro de suicidios, durante el 1º año de COVID-19:

- En muchos países de altos ingresos, las tasas de se mantuvieron estables o incluso disminuyeron ligeramente en 2020. Esto se atribuye al efecto de **"unión ante la adversidad" y a las masivas ayudas económicas gubernamentales** (Pirkis et al., 2021).
- Las secuelas suicidas se manifestaron con mayor fuerza tras el fin de las restricciones, debido al agotamiento psicológico y la crisis económica prolongada (Gunnell et al., 2020).



Las ANS en la Pandemia de COVID-19

- Las **restricciones sanitarias y el entorno digital** transformó la prevalencia y la función de las autolesiones.
- Las tasas de **ANS aumentaron en adolescentes en el confinamiento**. El cese de la interacción con pares y la falta de privacidad en el hogar incrementaron la **tensión emocional** (Plener, 2021).
- Las ANS han servido para "sentir algo" ante el entumecimiento emocional del **aislamiento o para descargar la rabia y la ansiedad acumuladas por la incertidumbre** (Zetterqvist et al., 2021).
- A diferencia de 1918, el acceso a redes sociales (**y WhatsApp**) durante el COVID-19 facilitó la normalización de métodos de autolesión entre adolescentes, un fenómeno de **"contagio social"** (Gunnell et al., 2020).



Aumento de las ANS



- Tras las restricciones, las urgencias pediátricas por autolesiones en Madrid **subieron un 188%** (Girela-Serrano et al., 2022).
- El perfil cambió: de vincularse a patologías graves, las ANS surgen ahora en adolescentes sin antecedentes como **respuesta a la angustia ambiental post-pandemia** (García-Nieto et al., 2023).



La rumiación

detrás de las ANS

- Ciclo de pensamiento repetitivo e intrusivo que ancla en el **análisis pasivo de su malestar y sus causas, impidiéndole transitar hacia la búsqueda de soluciones** (Nolen-Hoeksema et al., 2008).
- Este proceso cognitivo actúa como uno de los predictores más potentes de las ANS. Sumada a una **baja capacidad para resolver conflictos sociales**, genera un estado de saturación emocional que se intenta disminuir a través del daño físico (Pérez-García et al., 2022).





Mensajería instantánea y redes sociales



WhatsApp, ¿un peligro oculto?

Mecanismo de Riesgo	Descripción	Impacto Clínico (NSSI y Riesgo Suicida)
Ghosting	Ser excluido de grupos de WhatsApp, ser ignorado ("dejado en visto") o sufrir rechazo explícito entre pares.	Provoca dolor social agudo. Los adolescentes con esquemas cognitivos negativos utilizan el NSSI como estrategia de evitación para regular las emociones negativas detonadas por el rechazo (Latina et al., 2023).
Contagio Social e imitación	Intercambio de imágenes explícitas de cortes o métodos de autolesión.	Sensación ficticia de anonimato e impunidad. Fomenta el "efecto imitación" y, normalizando la conducta como una forma de pertenencia al grupo o de pedir auxilio (Kothgassner, 2025).
Ciberacoso	Insultos, amenazas o acoso sostenido a través de mensajes directos, 24/7.	Es el factor con mayor fuerza de asociación estadística tanto con la ideación suicida como con el NSSI, al imposibilitar la desconexión del entorno hostil.
Otros problemas	Afecta a la higiene del sueño y la actividad física.	incrementa la impulsividad y la hiperreactividad emocional, reduciendo el umbral para incurrir en autolesiones.





¿Qué estamos haciendo?



Lopivi

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Artículo 34. Protocolos de actuación.

1. Las administraciones educativas **regularán los protocolos de actuación contra el abuso y el maltrato, el acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género, violencia doméstica, suicidio y autolesión**, así como cualquier otra manifestación de violencia comprendida en el ámbito de aplicación de esta ley. Para la redacción de estos protocolos se contará con la **participación de niños, niñas y adolescentes**, otras administraciones públicas, instituciones y profesionales de los diferentes sectores implicados en la prevención, detección precoz, protección y reparación de la violencia sobre niños, niñas y adolescentes.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Jefatura del Estado
«BOE» núm. 134, de 05 de junio de 2021
Referencia: BOE-A-2021-9347

ÍNDICE

R. Disposiciones Generales

Objeto.

2. Ámbito de aplicación.

3. Fines.

4. Criterios generales.

Artículo 5. Formación.

Artículo 6. Colaboración y cooperación entre las administraciones públicas.

Artículo 7. Conferencia Sectorial de infancia y adolescencia.

Artículo 8. Colaboración público-privada.

TÍTULO I. Derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia

Artículo 9. Garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.

Artículo 10. Derecho de información y asesoramiento.

Artículo 11. Derecho de las víctimas a ser escuchadas.

Artículo 12. Derecho a la atención integral.

Artículo 13. La información para la defensa de derechos e intereses de los menores afectados por la violencia.



Lopivi

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

«Artículo 143 bis.

La distribución o difusión pública a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información o de la comunicación **de contenidos específicamente destinados a promover, fomentar o incitar al suicidio de personas menores de edad o personas con discapacidad** necesitadas de especial protección será castigada con la pena de prisión de uno a cuatro años.

Las autoridades judiciales ordenarán la adopción de las medidas necesarias para la retirada de los contenidos a los que se refiere el párrafo anterior, para la interrupción de los servicios que ofrezcan predominantemente dichos contenidos o para el bloqueo de unos y otros cuando radiquen en el extranjero.»

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Jefatura del Estado
«BOE» núm. 134, de 05 de junio de 2021
Referencia: BOE-A-2021-9347

ÍNDICE

R. Disposiciones Generales

Objeto.

1. Ámbito de aplicación.

2. Fines.

Artículo 4. Criterios generales.

Artículo 5. Formación.

Artículo 6. Colaboración y cooperación entre las administraciones públicas.

Artículo 7. Conferencia Sectorial de infancia y adolescencia.

Artículo 8. Colaboración público-privada.

TÍTULO I. Derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia

Artículo 9. Garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.

Artículo 10. Derecho de información y asesoramiento.

Artículo 11. Derecho de las víctimas a ser escuchadas.

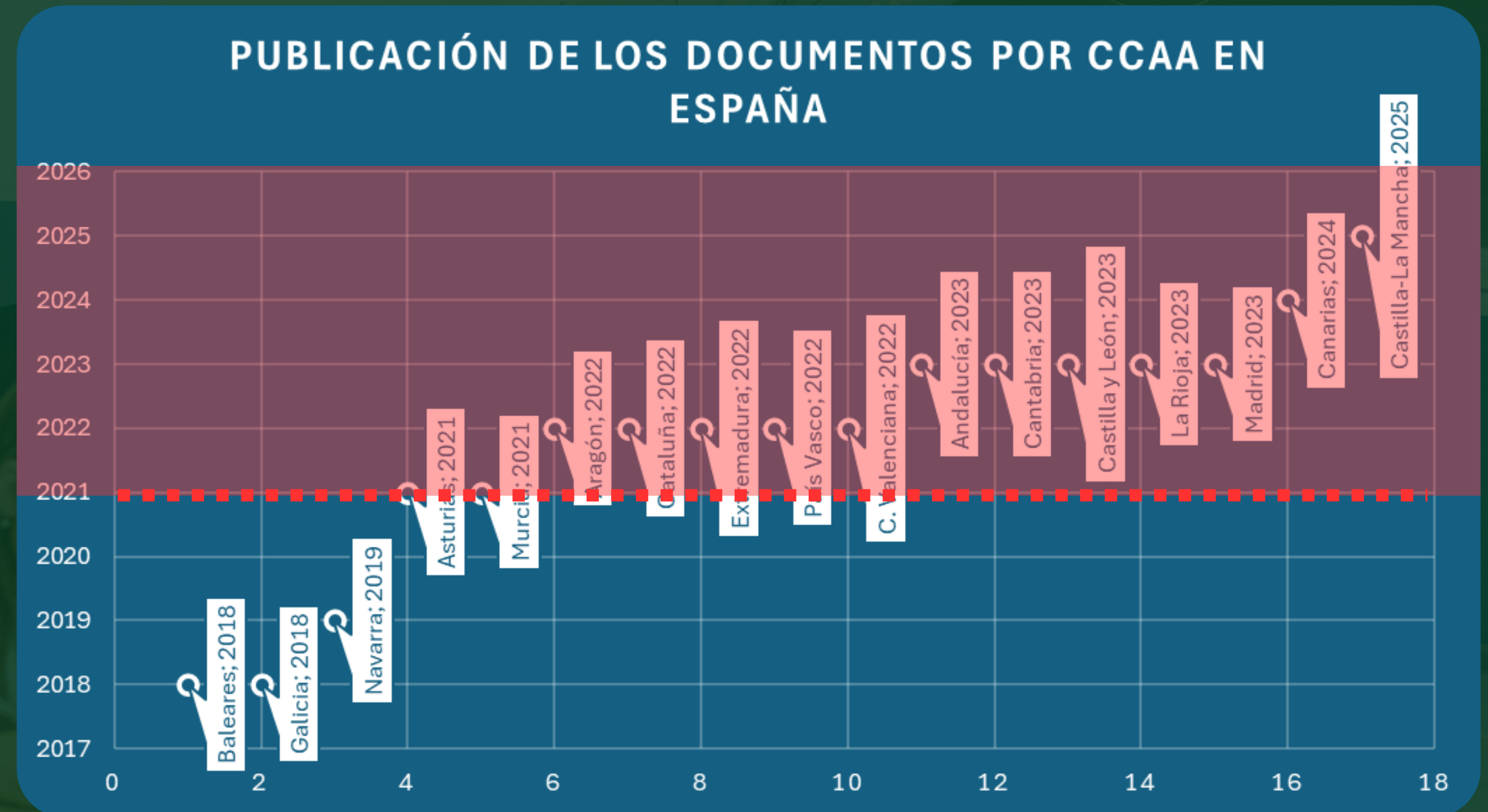
Artículo 12. Derecho a la atención integral.

Artículo 13. Sanción por la defensa de derechos e intereses de los menores víctimas de violencia.



La procrastinación que mata

Ley Orgánica
8/2021 de
protección
integral a la
infancia y la
adolescencia
(LOPIVI)



Instrumentos de Evaluación de Riesgo (Cribado)

Modelo Anglosajón:

Utiliza escalas estandarizadas y validadas empíricamente administradas por orientadores escolares o enfermeras (ej. Columbia-Suicide Severity Rating Scale - C-SSRS). Esto permite clasificar el riesgo en bajo, medio o inminente de forma objetiva.

Modelo Español: Se basa en listas de verificación u observación conductual (señales de alarma) rellenas por el profesorado. Son herramientas de sospecha, no de evaluación clínica, lo que eleva exponencialmente la tasa de falsos positivos.



Protocolos en España: lo barato sale caro

- Ninguna CA **publica auditorías independientes** sobre estadísticas de activación del protocolo, los **falsos positivos/negativos**, ni datos de **costoefectividad del sistema**.
- Los protocolos exigen al personal docente actuar como "detectores"
- La **ratio de psicólogos educativos/orientadores** en España ronda **1 por cada 800-1000 alumnos** (1/250 recomendado).
- No hay métricas oficiales sobre el impacto de las intervenciones escolares **tras un suicidio consumado** para evitar clústeres de suicidio en centros específicos.

Protocolos en España: Puntos Fuertes

- Han convertido un estigma moral oculto para proteger la "reputación" del colegio (2018), en un **trámite administrativo obligatorio**.
- Eximen al profesor de hacer diagnósticos. "Ante la duda, avisa y deriva". **Protegen al docente de demandas penales**.
- Su umbral de activación es mínimo. Se prefieren **falsos positivos** (saturar urgencias) antes que un solo suicidio consumado (falso negativo).
- La obligación de rellenar anexos y registrarlos está generando por primera vez una **base de datos estatal** sobre la incidencia.

Psicología de Intervención Social

Los determinantes sociales (pobreza, negligencia, abuso, disfuncionalidad familiar) justifican el rol crítico de la Psicología de Intervención Social en la prevención del suicidio.

- Servicios Sociales de Atención Primaria (Comunitaria): Actúan como primera red de evaluación del ecosistema familiar del menor. El psicólogo de servicios sociales interviene en la raíz comunitaria, **evitando la "psiquiatrización" de un problema familiar.**
- Servicios Sociales de Atención Especializada (Protección de Menores) **para casos de desamparo o maltrato.**



¿Qué podríamos estar haciendo?



Protocolos en el mundo

País	Eje	Ventaja Crítica frente al Modelo Español
Australia: <i>Modelo Integrado Headspace / Be You</i>	Clínicas juveniles comunitarias conectadas directamente con la red de orientadores escolares. Triage conjunto.	Separa la NSSI de la letalidad inminente, evitando enviar a menores con ansiedad leve a las urgencias psiquiátricas de agudos.
Finlandia: <i>Modelo Estructural / Oppilashuolto</i>	Equipos de bienestar (psicólogo, enfermera, trabajador social) en la plantilla del centro educativo.	No hay "listas de espera" los profesionales de psicología y el trabajador social están en el centro.
Estados Unidos: <i>Gatekeeper Estructurado / SAMHSA</i>	Uso de herramientas clínicas de cribado (ej. C-SSRS) y co-creación obligatoria de <i>Planes de Seguridad</i> .	El docente u orientador no actúa por intuición o pánico, sino respaldado por escalas psicométricas .
Nueva Zelanda: <i>Modelo Bicultural / Te Whare Tapa Whā</i>	El riesgo se evalúa y trata desde una óptica comunitaria y familiar (<i>Whānau</i>), integrando a los Servicios Sociales desde el principio.	Aborda la causa social, no solo el síntoma médico.
Reino Unido: <i>Responsabilidad Legal / PAPYRUS</i>	Exigencia de <i>Duty of Care</i> (Deber de cuidado) interno y políticas de postvención extremadamente restrictivas.	Tienen las directrices más duras y eficaces del mundo para intervenir el centro tras un suicidio consumado, prohibiendo altares o romantización de la muerte.
Corea del Sur: <i>Cribado Digital / Wee Project</i>	Test psicológicos digitales universales y obligatorios anuales, apoyados por centros de intervención por distritos (<i>Wee Centers</i>).	Proactividad absoluta



Muchas Gracias



633 169 129



daniel_jlv@cop.es



www.papageno.es

