



---

# **Universidad de Valladolid**

## **Facultad de Educación y Trabajo Social**

**Trabajo de Fin de Grado**

**Grado en Trabajo social**

### **La figura del Trabajador Social en la detección y prevención del suicidio en centros de educación secundaria**

Presentado por:

***Dennis Ochoa Ibarra***

Tutelado por:

***Enrique Morales Corral***

*Valladolid, 15 de julio de 2022*

## **RESUMEN**

El comportamiento suicida es un fenómeno complejo en el que se encuentran varios factores interrelacionados, se puede tratar desde diferentes enfoques profesionales. El Trabajo Social es una figura profesional que puede estar presente en la prevención, detección e intervención de la conducta suicida. En este trabajo se ha estudiado las funciones del trabajo social en centros educativos y se ha identificado cuáles permiten la detección de adolescentes con conducta suicida. Además, se ha investigado las menciones que se hacen del trabajo social en los protocolos de la conducta suicida en centros educativos de diferentes comunidades autónomas de España, y se ha comprobado que no es una figura profesional que se concrete frecuentemente, se menciona como posible profesional de un servicio especializado externo al centro. Finalmente, se realiza una propuesta de protocolo que trabaja desde la prevención y detección de la conducta suicida, y desde la actuación e intervención a realizar.

**Palabras clave:** Trabajo Social; Suicidio; Salud Mental; Detección; Adolescentes.

## **ABSTRACT**

Suicidal behaviour is a complex phenomenon that is influenced by several interacting factors, it can be treated through different professional perspectives. Social Work is a professional figure that can be present in the prevention, intervention and detection of the suicidal behaviour. In this paper has been studied the functions of the social work in education facilities and has been identified which of those allow the detection of teenagers with this suicidal behaviour. Also has been investigated the mentions done of the social work in the protocols of the suicidal behaviour in some education facilities in different autonomous communities of Spain, and it has been proven that it isn't a professional figure that is usually specified, is noted as potential professional in a specialized service outside the facility. Finally, a proposal of a protocol which works from the prevention and detection of the suicidal behaviour and from the action and intervention to do is made.

**Keywords:** Social Work; Suicide; Mental Health; Detection; Teenager.

# Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
1.1. MOTIVACIÓN .....	5
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	6
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS .....	7
1.4 VINCULACIÓN DEL TEMA CON EL GRADO DE TRABAJO SOCIAL.....	8
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>10</b>
2.1 INTRODUCCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA.....	10
2.1.1. Factores de riesgo.....	11
2.1.2. Factores protectores.....	13
2.2 ESCENARIO FRENTE AL SUICIDIO .....	15
2.2.1 Situación mundial .....	15
2.2.2. Situación Europea.....	17
2.2.3 Situación nacional: España.....	19
2.2.4. Situación regional: Castilla y León.....	24
2.3 RECOMENDACIONES Y ESTRATEGIAS .....	27
2.3.1. Medios de comunicación.....	27
2.3.2. Ámbito escolar .....	29
2.4 TRABAJO SOCIAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO.....	32
2.4.1 Principales ejes y temáticas.....	34
2.4.2. Actuaciones en el marco de los centros educativos.....	37
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	<b>41</b>
<b>4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>42</b>
4.1 ANÁLISIS.....	42
4.2 PROPUESTA DE PROTOCOLO .....	47
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	<b>58</b>
5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	58
5.2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	60
5.3 PROSPECTIVA Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	61
<b>6. REFERENCIAS</b> .....	<b>62</b>
6.1 BIBLIOGRAFÍA.....	62
6.2 WEBGRAFÍA.....	65

## **Índice de figuras**

Figura 1: tasas de suicidio estandarizadas por edad. Mundial.	Página 15
Figura 2: tasas de suicidio estandarizadas por edad. Europa.	Página 17
Figura 3: muertes por suicidio por año y sexo. España.	Página 19
Figura 4: muertes por suicidio por año y grupos de edad. España.	Página 20

## **Índice de tablas**

Tabla 1: Factores de riesgo de la conducta suicida.	Página 49
Tabla 2: Factores de protección de la conducta suicida.	Página 50
Tabla 3: Posibles señales de alerta de la conducta suicida.	Página 51

## **1. Introducción**

### **1.1. Motivación**

El suicidio es un fenómeno social que ha estado presente en las sociedades y en diferentes culturas desde hace mucho tiempo. Pero hay diferencia entre que un tema esté presente y que este se interprete. El suicidio ha tenido distintas interpretaciones según la época, cultura, religión, y esto condicionaba su forma de estudio o si llegaba a tener consideración de ser estudiado. Este fenómeno social ha sido interpretado desde diferentes contextos, llegando a ser un problema social o no, un suceso natural o anormal en los grupos sociales, siendo un acto castigado en algunas religiones, incluso el intento de suicidio ha sido considerado un delito en la mayoría de países del mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014).

El suicidio es un fenómeno que puede afectar sin importar las características sociodemográficas de las personas, no discrimina grupo de edad o ciclo vital, entre individuos jóvenes y mayores, ni discrimina en el sexo, entre hombres y mujeres, sí que es cierto que puede tener mayor prevalencia entre unos grupos y otros, aunque sea solo de forma aparente, ya que detrás de los mismos datos también hay diferentes teorías o interpretaciones. La fijación en datos numéricos puede difuminar la realidad de la población que se encuentra en esta condición. Incluso la realidad puede verse alterada según la forma en la que se llega a obtener estos datos numéricos, ya que el mismo escenario se puede percibir de manera diferente según el modo sistematizar estos sucesos, lo cual explica la disparidad entre las cifras de un lugar y de otros a pesar de que tampoco haya tanta distancia ni en kilómetros ni en sistemas de bienestar. Sobre esto último el Observatorio del Suicidio en España<sup>1</sup> (2019, 2020) ha realizado comentarios en los informes que elabora anualmente sobre los suicidios en España, como que puede haber causas, en las que se encuentran accidentes, caídas, ahogamientos y envenenamientos, que pueden esconder muertes por suicidio porque no se agrupan en este tipo de muertes.

---

<sup>1</sup> La Fundación Española para la Prevención del Suicidio es una institución sin ánimo de lucro, privada e independiente y creó el Observatorio del Suicidio en España para compartir datos sobre el comportamiento suicida. Una de sus labores es analizar las estadísticas de defunciones según la causa de muerte del Instituto Nacional de Estadística de España (INE).

Cualquier persona puede verse envuelta en esta problemática, o tener personas cercanas que se encuentren en esta situación. Uno de los diferentes motivos para intervenir, sea de la forma que sea, en un asunto suele ser cuánta población se ve afectada por este mismo. Hay otras materias en las que su tratamiento no se mueve por las cifras, sino por la gravedad que implica no actuar. El suicidio es un problema que cumple ambas condiciones.

## **1.2. Justificación**

Dentro de las problemáticas sociales que se atraviesan hoy en día, el suicidio es una de las más complejas debido a los múltiples factores que tienen importancia dentro del asunto. Y sin lugar a dudas, para poder abordar un problema, debemos conocerlo, saber cuáles son sus características, los factores de riesgo, tanto externos como internos, y también debemos conocer cuál es su magnitud.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2021) cada año suceden más de 700.000 muertes por suicidio, siendo el comportamiento suicida un fenómeno complejo en el que se encuentran varios factores interrelacionados de diferente carácter: personal, psicológico, biológico, social, cultural y ambiental. Además, por cada persona adulta que se quitó la vida, otras 20 intentaron suicidarse (OMS, 2014).

Se puede tratar este asunto desde diferentes enfoques profesionales, y a su vez, desde distintas áreas. El ámbito escogido es el centro educativo y desde esta área se puede contextualizar la situación, y concretar la población, en este caso las personas adolescentes, que serían las personas que se encuentren en la franja de 10 y 19 años de edad según la OMS (1999), de esta manera se puede conocer cómo afecta este fenómeno según los grupos de edad o la etapa del ciclo vital. Recoger cuáles son los métodos para obtener información, conocer las diferentes prácticas, cuántas de estas son novedosas y si han sido de utilidad, la gestión de la información durante el proceso de coordinación, si hay tendencias de técnicas más tradicionales en el ejercicio profesional, o si hay algunas cuestiones innovadoras que pueden llevarse y establecerse en la práctica.

A día de hoy hay medidas que están planteadas y se están desarrollando y suponen esfuerzos por tratar la salud mental de la población. Algunas de estas medidas y estrategias han sido revisadas y analizadas, como las que se encuentran dentro de los esfuerzos actuales que se realizan en España, como el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024, que busca hacer frente a las consecuencias en salud mental y social que ha tenido la pandemia COVID-19, además de otras problemáticas que afectan a la salud mental en España en la actualidad; y el Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida de Castilla y León, que actualmente sigue vigente al ser revisada en 2020, cuya pretensión es la creación de un conjunto de acciones que satisfagan las necesidades que tienen las personas con riesgo suicida de la población de Castilla y León.

Una vez ampliados los conocimientos sobre lo que se hace, cómo se hace y por qué, se puede reflexionar sobre qué es mejorable dentro de lo que se realiza y qué más se puede aportar, esto puede facilitar el desarrollo e implementación de medidas para las personas de esta población y que se puedan encontrar en un escenario más favorable.

### **1.3. Planteamiento del problema y objetivos**

El trabajo social es una figura profesional que puede estar presente en diferentes áreas, una de estas es la educativa y es la que se encuentra más cerca a la población adolescente, y por esto potencialmente tiene las posibilidades de detectar situaciones de riesgo de suicidio o realizar actuaciones que favorezcan un clima más óptimo en el trato de esta materia. De esta manera, se debe recoger la información disponible sobre la profesión de trabajo social en institutos, es decir, centros de educación secundaria obligatoria, y las actuaciones que se siguen para trabajar esta materia.

Los objetivos a seguir son los siguientes:

- Objetivo principal
  - Investigar las actuaciones que se pueden realizar desde el trabajo social en la detección de situaciones de riesgo de suicidio y su prevención en centros de educación secundaria de España.

- **Objetivos específicos**
  - Estudiar las funciones del trabajo social en centros de educación secundaria.
  - Investigar sobre medidas que estén planteadas para aplicarse en la población adolescente o en centros educativos respecto a la salud mental o conducta suicida.
  - Identificar qué acciones del trabajo social permiten la detección de adolescentes con conducta suicida.
  - Investigar sobre las menciones que se hacen del trabajo social en los protocolos o planes de actuación de la conducta suicida en centros educativos.
  - Estudiar las actuaciones que desde la disciplina del trabajo social intenten formar al profesorado de su centro de educación secundaria sobre protocolos o indicaciones que aborden el trato de este asunto.

#### **1.4 Vinculación del tema con el grado de Trabajo Social**

La ejecución del trabajo social según la Universidad de Valladolid (2010) implica diversas funciones, como las de información y orientación, prevención, formativas y de planificación. En el trabajo social educativo se informa al profesorado sobre los pasos a seguir en el protocolo de actuación del centro sobre la conducta suicida, así como formar a estos profesionales sobre las señales de alerta y los factores de riesgo y de protección, de este modo se favorece la detección y prevención. Estos conocimientos también son transmitidos a la población adolescente, siendo susceptible de ser cambiados o adaptados a esta población. Incluso se puede llegar a compartir esta información con las familias del alumnado. Si se realizara el protocolo habría que planificar las acciones a tomar y concretar los agentes, según las necesidades identificadas en el caso, supervisar la ejecución de las medidas acordadas, coordinarse con el profesional de referencia de salud mental infanto-juvenil del adolescente y, en su momento, evaluar lo que se ha llevado a cabo para determinar si continúa el mismo proceso o se realizan cambios, o se finaliza.

Desde esta disciplina se aborda el enfoque biopsicosocial, esencial para tratar de manera integral a las personas, ya que otros documentos están más enfocados en la salud física, donde

no es fácil apreciar manifestaciones de otros malestares o problemáticas que rodean a la persona. Por todo ese trabajo, se cumplen competencias como el trabajo y valoración conjunta con grupos u organizaciones; el apoyo a los usuarios para que puedan manifestar las necesidades; la creación, preparación y ejecución de un plan de intervención compatibilizando los recursos disponibles, y la revisión de este plan para cambiar o adaptarlo a la situación; la promoción de las redes sociales de la clase para satisfacer necesidades y afrontar dificultades; gestión de la información y de las historias sociales, actualizando y reflejando el estado de las situaciones para valorar y tomar las decisiones oportunas (Universidad de Valladolid, 2010).

## **2. Marco teórico**

Para poder abordar este fenómeno social se va a tratar los elementos que lo conforman, como pueden ser los factores y definiciones de este, cómo se encuentra el escenario actual a nivel global, internacional (Europa), nacional (España) y regional (Castilla y León), cómo ha sido el escenario anteriormente también ayuda a entender el estado de una situación, cuáles son los esfuerzos y aportaciones que se hacen en esta materia y qué organismos las realizan, así como las recomendaciones que se dan a algunas profesiones para atender este asunto. Mientras se avanza por el apartado se va especificando la población que se trata (adolescentes) y la profesión de trabajo social en centro educativos, como sus características y funciones.

### **2.1 Introducción a la conducta suicida**

Para poder entender el tema del suicidio se deben tener una ideas claras, una de estas podría ser que el comportamiento suicida según la OMS (2014) es un fenómeno complejo en el que se encuentran varios factores interrelacionados de diferente carácter: personal, psicológico, biológico, social, cultural y ambiental. Los factores pueden tener diferentes agrupaciones o nombres según los autores u organizaciones, esto sucede en diversos aspectos del suicidio. La terminología es otra idea a considerar, si se echa una mirada a la literatura, sin necesidad de irse muy atrás en el tiempo, se puede apreciar cambios de nombre, debido a las discrepancias entre términos o preferencias por otras denominaciones, llevando a su sustitución y cambio.

El marco teórico se ha ido ampliando y ha habido cambios consensuados o compartidos por agrupaciones de autores o instituciones, que quizás no cumplan otros documentos y no necesariamente por discrepar, sino a encontrarse próximas en años las fechas de trabajo y publicación de estos, estas situaciones pueden suceder incluso en períodos cortos de tiempo, como la década del 2010 al 2020. Un ejemplo, según el Ministerio de Sanidad de España (2020), puede ser la expresión “cometer suicidio”, que debido al verbo puede asociarse a delito o crimen. No forma parte del trabajo la evolución de los conceptos o términos, pero es

inevitable apreciar estos cambios a la hora de revisar las diferentes aportaciones que ha habido.

Una de las últimas aportaciones es la de Crosby et al. (2011) en la que consideran el suicidio como la muerte de una persona por un comportamiento nocivo hacia sí misma intentando morir como consecuencia de ese acto. Establecen una clasificación en la que no se incluyen el abuso de estupefacientes, ni de tabaco, las apuestas, lanzarse en paracaídas u otras actividades de riesgo, como una velocidad excesiva en vehículos motorizados. La clasificación parte del concepto de violencia autodirigida, que es el comportamiento que se realiza una persona a sí misma y que de forma deliberada acaba en lesiones o en la posibilidad de lesiones hacia la misma persona. La clasificación varía en función de si hay evidencia explícita o implícita, según Rosenberg et al. (1988, citado en Crosby et al., 2011) refiriéndose la primera a que se expresó por completo y con una clara intención, y la segunda a que no se expresó directamente, pero tampoco se dejaron dudas de la intencionalidad. De esta manera, establecen la violencia autodirigida no suicida, sin haber evidencia de carácter explícito o implícito, la violencia autodirigida suicida, habiendo evidencia explícita o implícita, y la violencia autodirigida indeterminada, en la que la intención suicida no está clara.

Si se hace un contraste entre esta publicación que, es de las más actuales, con una de las aportaciones que es considera de las primeras, se puede apreciar que no hay tanta distancia entre las ideas. Ya que Durkheim (1897) definió el suicidio como todo caso de muerte que sea resultado indirecto o directo de un acto negativo o positivo, llevado a cabo por la víctima, conociendo el desenlace de esta situación. De esta manera, se encuentran los elementos comunes identificados por Rangel Villafaña y Jurado Cárdenas (2021), siendo estos “la muerte de la persona, este resultado fue autoinfligido y esa persona tenía la intención de quitarse la vida” (p. 45).

### 2.1.1. Factores de riesgo

En una misma clasificación se puede observar que algunos factores ubicados en un área, pueden ser incluidos también en otra área distinta, ya que esta materia no está caracterizada

por la dicotomía, es un escenario en donde la interpretación de los datos cobra especial importancia. Las clasificaciones se componen por elementos que están agrupados según ciertos criterios, por esta razón puede haber diferencias en las denominaciones.

Si una persona presenta varios factores de riesgo es más probable que pueda tener una conducta suicida. Aunque el hecho de que no se presente esta situación, no quiere decir que esta persona no pueda intentar quitarse la vida (Jiménez Pietropaolo et al., 2016b).

En el informe de la OMS (2014) se realizó una agrupación de 5 áreas siguiendo un modelo ecológico. La primera área se refiere a los sistemas de salud y las barreras que pueden impedir que las personas no reciban ayuda, como los recursos limitados en un sistema de salud o el estigma que rodea al compartimiento suicida que dificulta que las personas pidan ayuda. La segunda área aborda la sociedad entendida a cómo de accesible es llegar a medios que puedan usarse para quitarse la vida (armas de fuego, venenos, ubicaciones muy altas) y el trato que se le da este fenómeno en los medios de comunicación (ciertas prácticas cuando muere una persona famosa por suicidio).

La tercera área se centra en el estrés que puede causar el desplazamiento o la aculturación en ciertos grupos en concreto, personas que se encuentren en un centro de detención, que busquen asilo, refugiadas, y pertenecientes a pueblos indígenas; la discriminación y rechazo que pueden sufrir ciertos grupos, como las personas expresidiarias, víctimas de acoso, personas por su orientación o condición sexual, lesbianas, homosexuales, bisexuales, trans e intersexuales (colectivo LGBTI); y haber vivido situaciones de desastres naturales, conflictos civiles o guerra.

La cuarta área trata la falta de apoyo social y el sentimiento de aislamiento, reivindicando la necesidad de una cohesión social en cualquier entorno, desde familias a centros de educación; y el sufrimiento de la pérdida de un ser querido, o conflictos en las relaciones. Finalmente la quinta área se refiere a los factores individuales, como perder el trabajo o encontrarse económicamente en una situación de incertidumbre, sentir dolencias y padecer enfermedades

crónicas, que haya habido anteriormente un suicidio en la misma familia, o que una persona haya intentado en otras ocasiones previas quitarse la vida.

Se puede interpretar, revisando las diversas clasificaciones, que algunos factores de riesgo son más aplicables o propios a unos grupos de personas que a otros, como bien puede ser los factores relacionados al ámbito laboral con los adultos, en vez de con personas más jóvenes como menores de edad. La relevancia del factor de riesgo y su forma de clasificarlo depende del contexto en el que se identifique según la OMS (2014).

### 2.1.2. Factores protectores

Si una persona presenta varios factores de protección es menos probable que pueda tener una conducta suicida. Aunque el hecho de que no se presente esta situación, no quiere decir que esta misma no pueda intentar suicidarse (Jiménez Pietropaolo et al., 2016b).

Al igual que hay factores de riesgo, también los hay de protección. Y según el informe de la OMS (2014) se ha apreciado que pueden favorecer la capacidad de recuperación. Por esta razón es de vital importancia identificar los elementos que pueden servir de apoyo, ya que una vez reconocidos se pueden satisfacer los que no estén presentes, y reforzar los que se encuentren. En la misma línea del anterior apartado, se aborda a continuación las ideas aportadas por este mismo informe.

Esta vez no hay 5 áreas, sino 3 principales en la que agrupan diversa información. La primera área se refiere a las relaciones personales sólidas, ya que el entorno en el que se relaciona una persona puede ser un apoyo adecuado en etapas inestables, como las amistades, compañeros, miembros familiares o la pareja. En cambio, la pérdida de un ser querido o problemas que dificulten las relaciones puede hacer que la posibilidad de riesgo de conducta suicida incremente. Por lo que las personas que forman parte de la red de un individuo pueden ser un apoyo a diferentes niveles, desde social hasta económico, y disminuir el impacto de situaciones de estrés. Estos elementos adquieren un especial diferenciador en los

adolescentes y las personas mayores, ya que suelen tener un nivel de dependencia mayor que la población general.

La segunda área aborda el afrontamiento mediante las estrategias y las prácticas positivas. Las personas están conformadas por elementos que guardan influencia con el bienestar, como las emociones estables, el grado de optimismo, la aptitud de recuperarse frente al estrés, poseer una autoestima alta, y la habilidad para solucionar dificultades, pasando por pedir ayuda cuando sea preciso. Todos estos elementos pueden reducir también el impacto de situaciones de estrés. La predisposición de solicitar ayuda puede estar condicionada por actitudes de las personas (y estas actitudes pueden estar influenciadas por el estigma en la sociedad), por lo que el retraso de la petición de ayuda, en quienes se encuentran en una situación de malestar por problemas de salud mental, puede causar un agravamiento de las problemáticas que presenten. Por lo que consideran que lo idóneo es vivir a partir de un modo de vida que considere el bienestar físico y mental, conseguidos por actividad física o deportes con cierta frecuencia, una dieta y rutina de sueño apropiada, y la reflexión sobre el impacto que puede tener en la salud el consumo de drogas como el alcohol.

Finalmente, la tercera área, convicciones religiosas o espirituales, que podría considerarse la más sujeta a diferentes condiciones. Por un lado, el hecho de creer puede influenciar al individuo al establecerse un sistema de valores y fomentar una conducta de provecho. Por otro lado, algunas ideas incluidas en las religiones se han mostrado reacias y críticas con el fenómeno del suicidio, llegando a afectar a personas que se encuentran en esta situación, complicando la petición de ayuda. Es posible que pertenecer a una comunidad en la que se compartan valores comunes llegue a tener un factor protector, ahora bien, depende del ejercicio de estos grupos de personas, del contexto y de la cultura en concreto.

Cambiando o especificando más el contexto, en la Comunidad Autónoma de Madrid se ha publicado en la anterior década varias guías relacionadas con la conducta suicida, para la detección y prevención, para servir de autoayuda, y para afrontar el duelo por suicidio. En los resultados se presenta la unificación sobre los factores de riesgo y protectores, y señales de alerta (ambas enfocadas hacia la población de la comunidad educativa) de tres documentos

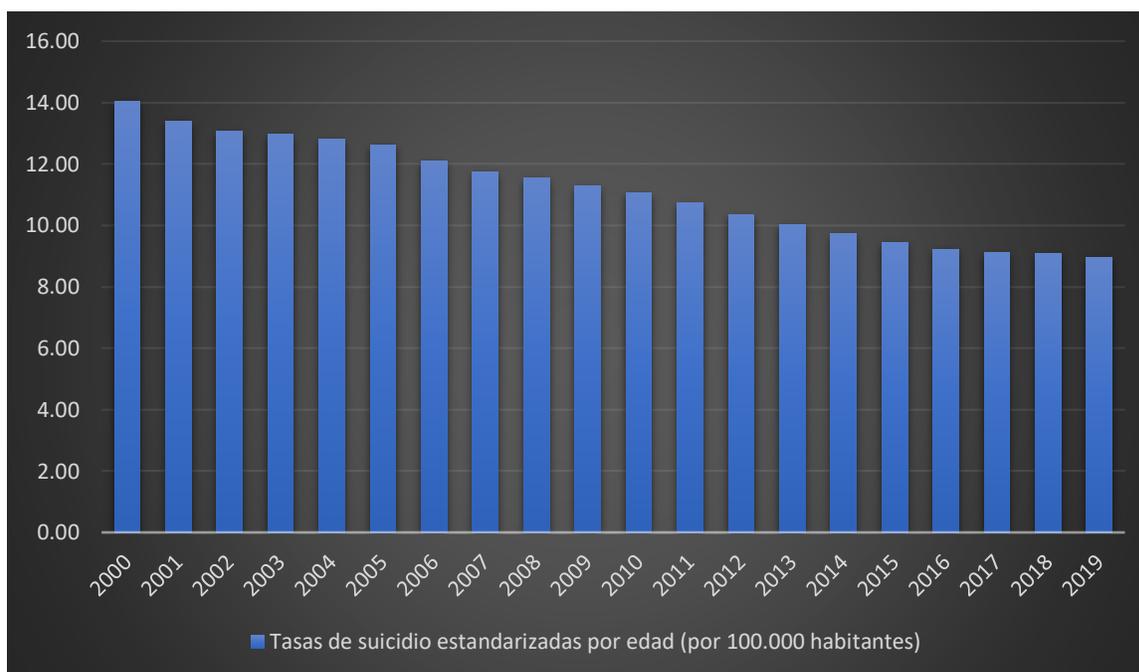
aportados por Jiménez Pietropaolo et al. (2011, 2016a, 2016b). Además, también se tuvieron en cuenta las publicaciones del Gobierno de Aragón (2021) y del Gobierno de Castilla-La Mancha (2020), que fueron influenciadas por las primeras aportaciones mencionadas. Respecto a contenido regional y local también se consideró el material del Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León (2017).

## 2.2 Escenario frente al suicidio

### 2.2.1 Situación mundial

En la actualidad hay aproximadamente 700.000 muertes al año por suicidio según la OPS (2021), pero si se realiza una mirada en la evolución global se puede comprobar que las cifras han bajado considerablemente, ya que en el año 2000 había una tasa de 14,03 por 100.000 habitantes, y no desciende a menos de 10 hasta el año 2014, para acabar con un 8,96 en el año 2019. Este descenso de tasa mundial de los últimos 20 años es de un 36%, aunque no se redujo en todas las áreas del mundo, ya que en las Américas estas tasas ascendieron un 17% en el mismo intervalo de tiempo (OMS, 2021).

Figura 1: tasas de suicidio estandarizadas por edad. Mundial.



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud (OMS).

Este descenso puede deberse a varias razones, cambios en los criterios para catalogar una muerte por suicidio, una bajada de los ocultamientos de este tipo de muertes, y el cambio e implementación de políticas y medidas dirigidas a este fenómeno. El trabajo y esfuerzo llevado a cabo a nivel mundial puede haber sido de ayuda, ya que la OMS (2014) publicó el informe “Prevención del suicidio. Un imperativo global”, en el que se informaron de los medios utilizados más comunes para quitarse la vida, y que restringir esos medios podía ser una medida adecuada a partir del trabajo cooperado y la colaboración de la sociedad y varios sectores. También se abordaron algunos aspectos de las estrategias nacionales que habían demostrado funcionar.

Además, se dieron pautas sobre un modelo de salud pública para la prevención del suicidio, para que los países pudieran establecer una estrategia nacional integral, estos países podían ser los que ya tuvieran actividades en la prevención del suicidio, los que todavía no, y los que iban más avanzados, como el análisis de la situación para saber qué áreas no están del todo satisfechas, la búsqueda de interesados directos, y la evaluación y actualización de los conocimientos disponibles. Y una de las ideas principales que se exponen en el informe es que los suicidios se pueden prevenir.

También se debe destacar el trabajo de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, por sus siglas en inglés), que busca prevenir el suicidio y la conducta suicida. Según IASP (2020b) es una asociación que está a favor de la despenalización del comportamiento suicida, para que las personas que intentan suicidarse no sean penalizadas, ni tampoco a sus familias, por lo que identifican y apoyan enfoques eficaces para defender la despenalización del comportamiento suicida para las autoridades internacionales y nacionales interesadas. Además, IASP (2020a) también organiza el Día Mundial de Prevención del Suicidio, este evento sucede el 10 de septiembre de cada año y está dedicado a la comunicación y promoción para llegar a la población en general, a organizaciones nacionales y gobiernos, y transmitiendo el mensaje de que los suicidios son prevenibles.

Tratando lo más actual, se encuentra la publicación de la OPS (2021) “Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países” dividida en 2 partes. La primera

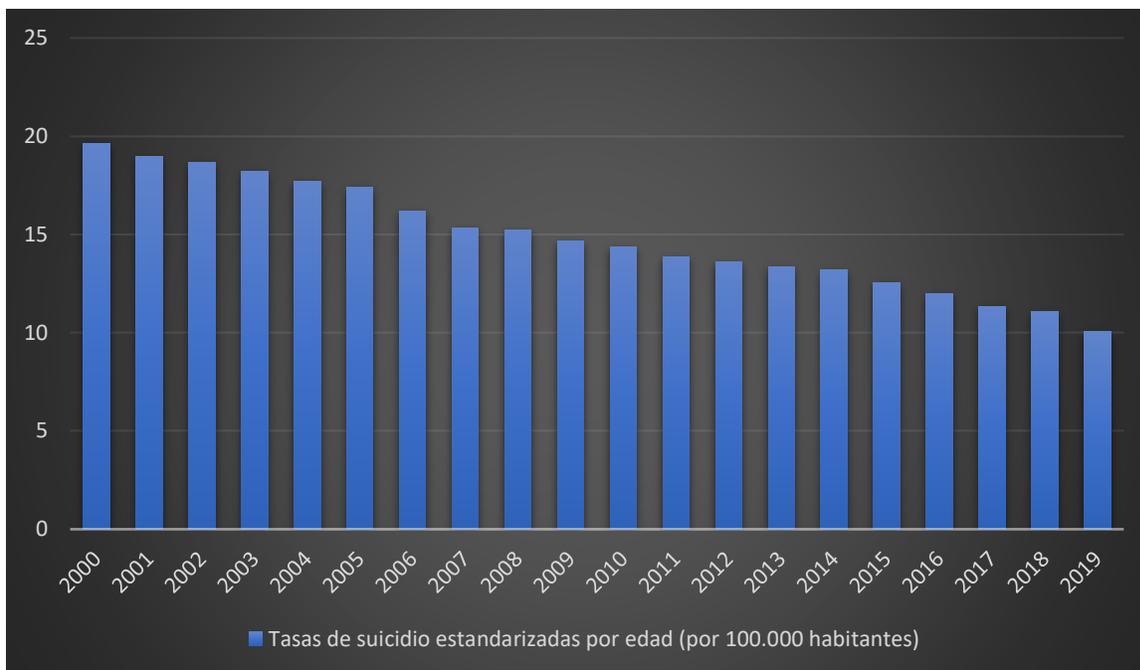
parte aborda los pilares básico del enfoque, en los que destacan: el desarrollo de las capacidades, alentando a formar en prevención del suicidio a trabajadores de salud, o trabajadores de servicios de emergencia, y profesionales que estén con población joven como profesores, o que conversen con sus clientes como los camareros y peluqueros; y la sensibilización y promoción, como realizar eventos en el Día Mundial de Prevención del Suicidio, teniendo como objetivo informar a la población de los servicios de apoyo de su zona.

La segunda parte se centra en las intervenciones para prevenir el suicidio que sean eficaces, destacando la interacción con los medios de comunicación para que la información que transmitan sea de forma responsable, sin importar el nivel, sea nacional o local, desde periódicos a emisoras de radio; y el desarrollo de aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes, ya que el suicidio es la cuarta causa principal de muerte entre las personas de 15 a 29 años según la OMS (2021), en este apartado también recomiendan un entorno escolar seguro, protocolos establecidos para cuando se detecta a un menor con riesgo de suicidio, y que los padres tengan conocimiento sobre los factores de riesgo.

### 2.2.2. Situación Europea

En el escenario europeo también bajaron las cifras de muertes por suicidio, por lo que sucede de nuevo el descenso de la tasa de suicidios de los últimos 20 años, siendo esta vez aún mayor, ya que se partía de una tasa de 19,65 por 100.000 habitantes en el año 2000 frente a un 10,5 en el año 2019, las posibles razones de este descenso ya se abordaron el apartado anterior, por lo que se procede a tratar los esfuerzos que se hacen en Europa, en primer lugar un proyecto financiado por la Unión Europea.

Figura 2: tasas de suicidio estandarizadas por edad. Europa.



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud (OMS).

Euregenas (European Regions Enforcing Actions Against Suicide) fue un proyecto de tres años que tenía como objetivo contribuir a prevenir el suicidio en Europa, cuenta con una biblioteca en línea dividida en dos apartados, la literatura revisada y las mejores prácticas, con ámbitos de salud mental, estrategias de prevención y sensibilización, y formación para médicos. Lo que se busca con la biblioteca en línea es informar del panorama que hay frente a la prevención del suicidio en Europa (Euregenas, 2013b).

Euregenas (2013a) publicó “Herramienta de Prevención del Suicidio. Para profesionales de Medios de Comunicación” en el que informan sobre la conducta suicida y se comparte una lista de comprobación que puede ser usada como herramienta para conocer si la noticia que se va a publicar sobre suicidio aporta algo productivo. Esta lista está dividida en tres apartados, destacando el primero pues busca la reflexión del profesional sobre su trabajo, ya que insta a repensar y contraponer el hecho de informar del suceso frente a promover conductas de imitación, lo cual puede ser un riesgo, además de tener en cuenta de si se está respetando a las personas que han perdido a alguien por suicidio. El segundo y tercer apartado están enfocados en las ideas de la visibilidad y contenido de la noticia, ideas que coinciden con otros documentos que se tratarán más adelante.

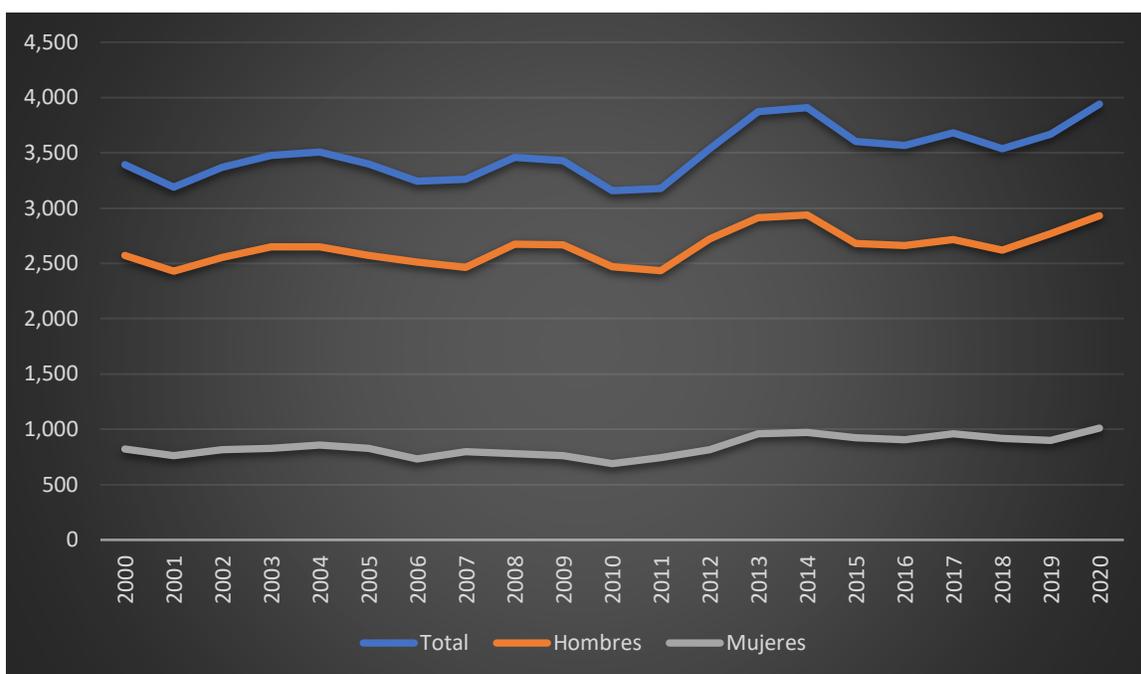
Mental Health Europe (MHE) es una organización europea que busca que se cumplan los principios y obligaciones de los derechos humanos, cuenta con un apartado en su página web con el que pretenden que las personas se puedan enfocar en cuidar su salud mental durante el Covid-19, donde dan consejos o indicaciones sobre enfrentar el estrés que puede causar la pandemia, o afrontar la posible ansiedad después del confinamiento. Estas aportaciones comenzaron a realizarse en el 2020 y siguen actualizando alguna este año 2022.

MHE (2021) publicó “If not now when? Mental Health Europe's Strategic Plan” en el que informan sobre las prioridades y objetivos estratégicos que tienen. Una a destacar es el enfoque en la salud mental apoyado por los derechos humanos, la primera, pues lo que busca es intensificar la consecución de las normas internacionales de derechos humanos en el marco europeo y nacional, y promover que las medidas coercitivas sean eliminadas de los servicios de salud mental. Otra prioridad estratégica a destacar es la segunda, pues se centra en el modelo psicosocial de la salud mental, pretende impulsar políticas y prácticas que disminuyan las desigualdades económicas y sociales que perturben la salud mental, y reforzar la evidencia de enfoques y prácticas que apliquen el modelo psicosocial. La última prioridad estratégica que se destaca es la tercera, pues pretende reducir la biomedicalización, aumentar la prestación de servicios holísticos y que estén encaminados a la recuperación.

### 2.2.3 Situación nacional: España

Después de haber repasado la situación mundial y europea, y los esfuerzos que se hacen en esta materia, se puede abordar mejor la situación en la que se encuentra España. Las cifras en las últimas dos décadas han ido subiendo y bajando significativamente, pero sin descender de las 3.000 muertes por año, por lo que no solo se han mantenido más o menos estables algunos períodos, sino que además han aumentado, ya que España en 2020 registró el número más alto de suicidios que haya tenido, incluso se superó por primera vez las 1.000 muertes por suicidio de mujeres según el Observatorio del Suicidio en España (2020).

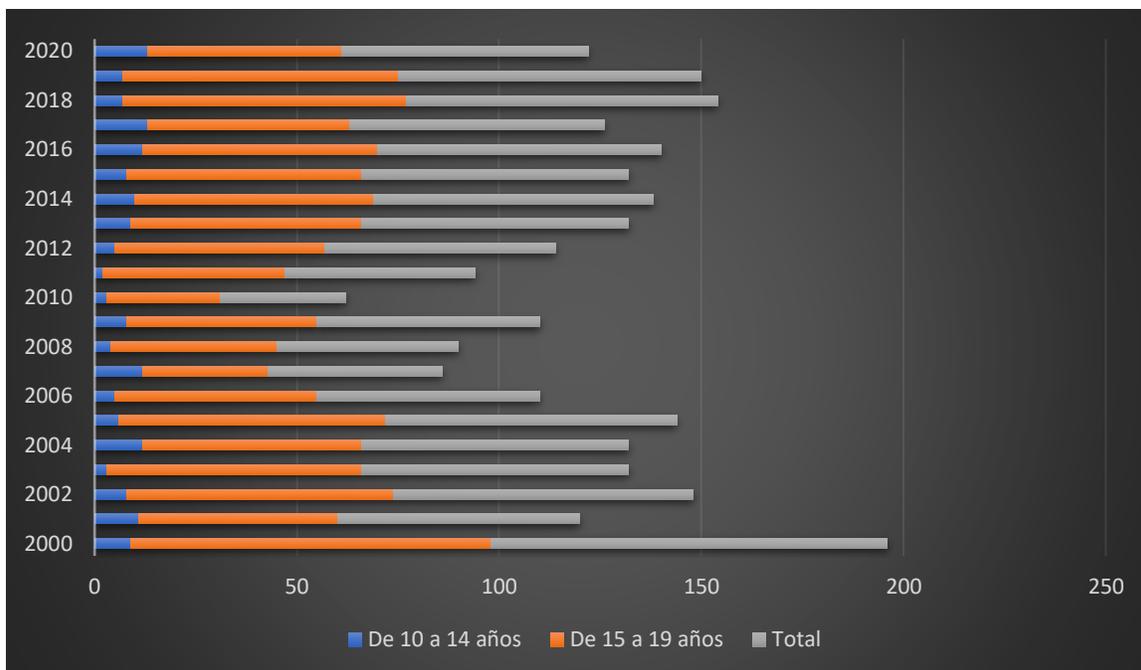
Figura 3: muertes por suicidio por año y sexo. España.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística de España (INE).

Si se realiza una mirada a las muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas en grupos de edad en específico, de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, en las últimas dos décadas se puede apreciar que el número de muertes del primer grupo no ha variado mucho, situándose en menos de 10 durante 6 años consecutivos, pero nunca llegando a 0. El segundo grupo ha aumentado en los últimos años, a pesar de haber presentado un claro descenso hasta el año 2010. Por consiguiente el total de esta franja de edad de 10 a 19 años ha disminuido considerablemente, aunque no se debe olvidar que las cifras no siempre son lo más exactas, ya que según el Observatorio del Suicidio en España (2020) puede haber causas como accidentes o caídas, incluso ahogamientos y envenenamientos, que pueden esconder muertes por suicidio porque no se agrupan en este tipo de muertes.

Figura 4: muertes por suicidio por año y grupos de edad. España.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística de España (INE).

El Ministerio de Sanidad de España (2012) publicó la “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida”, con la que se pretendía mejorar la atención de carácter sanitario que reciben las personas con conducta suicida, y que el profesional sanitario recibiera recomendaciones sobre evaluar, tratar y prevenir. De esta manera ayudan a que la práctica clínica no varíe tanto y apoyan en la toma de decisiones de esta materia, para alcanzar la mejora en la calidad de vida de la población. En septiembre de 2020 esta GPC fue revisada, y se llegó a la conclusión de que el contenido de la guía seguía siendo vigente. Aunque se recuerda que la guía es un apoyo, seguirla no es obligatorio ni sustituye el criterio profesional sanitario.

El Ministerio de sanidad de España (2020) también publicó “Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales”, en este documento trabajaron profesionales de la salud y de la información, pero se indica que no está exclusivamente dirigido a los medios de comunicación, sino para cualquier persona que transmita información sobre el suicidio. Además, el Ministerio de Sanidad de España también publicó un decálogo en base a este documento con ejemplos prácticos de qué hacer y qué no hacer, que sirve también de herramienta al ser completa y

compartir información precisa de manera muy visual y comprensible de cara a las buenas prácticas.

Entrando ya en los esfuerzos más recientes que hay en España, se encuentra el “Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024”, que busca hacer frente a las consecuencias en salud mental y social que ha tenido la pandemia COVID-19, además de otros elementos que hacen que se vea afectada la salud mental en España actualmente. El Plan de Acción es también un instrumento para llevar a cabo los objetivos y distintas recomendaciones que se plantean en la “Estrategia de Salud Mental 2022-2026”. Por lo que los dos pilares del Plan de Acción son sus líneas estratégicas, que se basan en las líneas y objetivos de la Estrategia de Salud recién mencionada; y la dotación presupuestaria, ya que es a partir de la cofinanciación entre las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad de España, siendo el presupuesto de 100.000.000 euros, repartiendo el 80% entre las comunidades autónomas durante el año 2022 y los siguientes 2023 y 2024.

A continuación se destacan las líneas estratégicas más llamativas del Plan de Acción. La tercera línea, dedicada a la salud mental, busca hacer campañas de promoción de esta materia y hacer frente al estigma que sufren las personas con problemas de salud mental.

La cuarta línea, centrada en la conducta suicida respecto a prevenir, detectar y atender mejor. Se pretende desarrollar herramientas que permitan identificar pensamientos suicidas, iniciativas en grupos específicos más vulnerables, como menores de edad y personas ancianas, y trabajar con los responsables de los medios de comunicación para mejorar la información sobre el suicidio. También se incluye la creación de un teléfono de información que atienda llamadas ante las situaciones de crisis de las personas, esta última acción se ha llevado a cabo recientemente.

El martes 10 de mayo de 2022 comenzó a estar disponible el número de teléfono 024 de atención a la conducta suicida. Según el Ministerio de Sanidad de España (2022c) la intención es ayudar a las personas con pensamientos o riesgo de suicidio, incluyendo los familiares y allegadas de estas, mediante la contención emocional y escucha activa por profesionales que

atiendan estas llamadas, y que derivarán al 112 las situaciones de emergencia. Este servicio es nacional, ya que se puede llamar desde cualquier parte del país, a cualquier hora del día, pues es 24 horas, y en cualquier fecha, debido a que opera todos los días del año. La promoción de este servicio ha sido con materiales de campaña como carteles y vídeos, en castellano y en las distintas lenguas cooficiales de España. Mediante un comunicado de prensa del Ministerio de Sanidad de España (2022d) se informó que, durante las primeras 24 horas de este servicio, se atendieron más de 1.000 llamadas, además, la ministra de sanidad, Carolina Darias, comunicó que la línea telefónica es una política pública que el gobierno actual de España está implementando en salud mental.

En la quinta línea estratégica, se aborda los contextos que presentan más vulnerabilidad en los problemas de salud mental. Se pretende crear a nivel nacional un grupo de trabajo de profesionales expertos que identifiquen las acciones más prioritarias para prevenir y detectar problemas de salud mental en la infancia y adolescencia; crear una Guía de Escuelas Promotoras de Salud en España que tenga en cuenta el bienestar emocional del alumnado; y que las personas profesionales de la educación reciban formación y que, junto a los Equipos de Orientación Educativa, trabajen y colaboren con los servicios de salud mental, para impedir cualquier acción que discrimine y estigmatice.

Este Plan de Acción lleva a cabo principalmente dos de algunas recomendaciones que dio el Observatorio de Suicidio en España (2019), que son la incidencia en la población adolescente y el recurso de un teléfono que atienda a las personas que se encuentren en una situación de crisis.

Finalmente, en la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026”, se busca que las personas con problemas de salud mental sean atendidas de forma efectiva y con respeto, desde el inicio en el que se manifiestan estos problemas, sin que importe su edad, para que reciban una atención integral y lograr la inclusión social. Algunos de los principios que tiene como base son entender como sujetos de derechos a las personas con problemas de salud mental, la atención personalizada y la perspectiva de género. Esta Estrategia de Salud tiene varios elementos en los que coincide con el Plan de Acción, pero

algunos que la diferencian son la atención a la infancia y adolescencia y las intenciones de formación a distintos profesionales. Ya que se pretende la promoción de factores protectores como las competencias sociales, las capacidades de toma de decisiones y resolución de conflictos, y las conductas de ayudar a las demás personas. Además, se entiende la formación a profesionales a partir de 3 fases, comenzando por la primera en la que se quiere adaptar el contenido y programas de los grados universitarios de medicina, enfermería, psicología y trabajo social por guardar relación con la salud mental, una especialización en los ámbitos sanitarios, y que los profesionales continúen siendo formados de vez en cuando después de acabar los estudios y estén trabajando, como en la detección de los síntomas por problemas de salud mental. También se pretende la formación fuera del área sanitaria, como los servicios sociales, justicia e instituciones penitenciarias.

#### 2.2.4. Situación regional: Castilla y León

En el “IV Plan de Salud de Castilla y León” (2015) se declara la muerte por suicidio como la primera causa de mortalidad externa entre los hombres, por lo que en su objetivo específico número 70, optó por la mejora de la atención que reciben las personas con enfermedad mental, mediante la medida 269, en la que se quiso crear y establecer un proceso de atención a la conducta suicida, y como indicadores de evaluación se consideraron la tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, por 100.000 habitantes (indicador 202), y la implementación del Proceso de Atención a la Conducta Suicida en todas las áreas de salud de la comunidad (indicador 205).

El “Proceso de prevención y Atención de la conducta suicida” fue publicado en 2016 y tuvo su revisión en octubre de 2020, lo que se pretende con esta medida es crear un conjunto de acciones que satisfagan las necesidades que tienen las personas con riesgo suicida en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Sus objetivos son la identificación de las personas que se encuentren en riesgo de suicidio, la reducción de los intentos de suicidio en la población de riesgo, y la disminución de la mortalidad por suicidio. Todo esto enfocado en las personas que asisten a los servicios sanitarios. Un elemento distintivo de este Proceso es que tiene en cuenta a las personas que pierden a un familiar por suicidio, ya que se indica que

los profesionales de Atención Primaria deben prestar apoyo emocional a estas personas y asegurar la prevención del duelo patológico, así como tratar alteración de las emociones y posibles efectos negativos, en los que se incluye el suicidio también.

La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León publicó en abril de 2022, convirtiéndose esta en la acción más actual en esta Comunidad Autónoma, la “Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León 2021-2025”, que intentará reducir lo máximo posible la incidencia y prevalencia del suicidio, mediante los principios de intervenir con un trabajo coordinado y multidisciplinar, entre distintos ámbitos, para conseguir la prevención del riesgo de suicidio en sectores de la sociedad con vulnerabilidad; e involucrar a los ámbitos sanitario, social y educativo a partir de capacitar a los profesionales.

Esta Estrategia de Prevención se desarrolla en 5 líneas estratégicas, cada línea con sus objetivos específicos y las medidas necesarias para conseguirlos, llegando ser 71 medidas en total. Las tres primeras líneas estratégicas están planteadas según la propuesta de intervenciones de prevención del suicidio del informe de la OMS (2014), dividiéndolas en tres clases. La primera clase es la Universal y está dirigida a toda la población general, sin especificar un grupo en concreto, incrementando el acceso a la ayuda y el apoyo social. La segunda clase es la Selectiva, está dirigida a sectores de la sociedad que presentan cierta vulnerabilidad por factores como el sexo o la edad, que puede causar que tengan un riesgo socioeconómico, por ejemplo. Y la tercera clase es la Indicada y está dirigida a un perfil en específico, como personas que hayan manifestado signos de conducta suicida o hayan intentado quitarse la vida anteriormente.

En la primera línea estratégica, medidas de prevención universal, uno de los objetivos específicos que se establece es la reducción del acceso a medios letales y al consumo de alcohol. Se pretende fomentar actividades que se realicen el 10 de septiembre, el Día Mundial de la Prevención del Suicidio (medida 8). La creación de un Programa de promoción de conductas positivas en el entorno educativo, que favorezca factores protectores psicológicos y emocionales contra la conducta suicida, como habilidades sociales, ética y valores positivos (medida 14). Y la implementación de campañas en los centros escolares que promuevan la

postura de estar en contra del acoso, en especial hacia las personas con discapacidad (medida 15).

En la segunda línea estratégica, medidas de prevención selectiva en grupos vulnerables, uno de los objetivos específicos es la evaluación del riesgo de suicidio cuando se atiende a sectores vulnerables en los servicios sociales básicos y especializados. Se quiere incluir en los Planes de convivencia de los centros educativos una sección sobre la conducta suicida, respecto a prevenir e intervenir (medida 30). Unir acciones entre las áreas sanitarias y educativas para identificar el riesgo del suicidio en grupos vulnerables, especialmente adolescentes y jóvenes que sufran acoso escolar (medida 31). La instauración de un protocolo de intervención conjunta entre las áreas sanitaria y educativa, para atender apresuradamente a las personas menores de edad que se autolesionan y a las que pierden a alguien que se haya quitado la vida en el entorno educativo (medida 32).

En la tercera línea estratégica, medidas de prevención indicada, uno de los objetivos específicos es la evaluación y, si procede, actualización del “Proceso de prevención y Atención a la conducta suicida”. Se quiere progresar en la conexión de los sistemas sanitarios y educativos, implicando el trabajo coordinado de los Equipos de Salud Mental y los centros educativos (medida 42).

La cuarta línea estratégica se enfoca mejorar los sistemas de vigilancia y el conocimiento sobre los intentos de suicidio, mediante la creación de un registro de suicidios en Castilla y León en el que esté presente algunos datos de las muertes por suicidio que a día de hoy no están disponibles, como los medios empleados, la profesión que se ejercía o la ubicación de la muerte, entre otros. Estos datos serán proporcionados por profesionales de la medicina forense (medida 52).

La quinta y última línea estratégica, está centrada en la formación, ya que busca que los profesionales de sectores de sanidad, social y educación sean capacitados para detectar, atender y realizar seguimiento de personas que estén en riesgo de suicidio.

Si se advierte la estrategia nacional española y la estrategia autonómica castellanoleonesa, se puede comprobar una similitud en el favorecimiento de los factores protectores de los adolescentes y en el centro educativo, cada una con sus intereses pues la primera se centra en las competencias sociales (enfocada a la toma de decisiones y resolver conflictos, y a ayudar a las demás personas) y la segunda tiene un carácter psicológico y emocional (valores positivos, ética y habilidades sociales).

Otra similitud pero llevada a cabo con enfoques diferentes es la formación y capacitación a profesionales, ya que la estrategia nacional la concibe de forma global pues busca adaptar contenidos de los grados universitarios que guarden relación con la salud mental (trabajo social, psicología, enfermería, medicina) y llevar la formación fuera del área sanitaria (instituciones penitenciarias, justicia, y servicios sociales). En cambio, la estrategia autonómica es más específica pues quiere llevar la capacitación para la detección, atención y seguimiento de personas que estén en riesgo de suicidio a los ámbitos profesionales educativos, sociales y sanitarios.

## **2.3 Recomendaciones y estrategias**

### **2.3.1. Medios de comunicación**

Los medios de comunicación son un ámbito que guarda relación o influencia en este fenómeno social, ya que pueden reforzar o atenuar el trabajo realizado en la prevención. Por lo que se puede considerar esto como un riesgo o una oportunidad, si se informa sin las recomendaciones dadas puede causar un incremento del número de suicidios por imitación, por el contrario, si se realiza una cobertura responsable se puede moderar la cifra al mínimo. El silencio mediático tampoco es una opción favorable, ya que puede convertirse en una amplificación del tabú en torno al suicidio (Euregenas, 2013; OPS, 2018).

Hay dos fenómenos interrelacionados entre los medios de comunicación y el suicidio, estos son los efectos Werther y Papageno. El conocimiento sobre el impacto que pueden tener estos medios en el comportamiento suicida data de finales del siglo XVIII.

En primer lugar, el autor Goethe publicó en 1774 la novela “Las penas del joven Werther”, en la que el protagonista principal se suicida, tiempo después el número de suicidios aumentó considerablemente, algunas de las personas fallecidas tenían puestas unas prendas parecidas a las de Werther y utilizaron el mismo método o poseían el libro de Goethe, por lo que se atribuyó que la novela había tenido esa repercusión y fue prohibida en varios países de Europa (OPS, 2018).

En segundo lugar, en 1791 se estrenó la ópera “La flauta mágica” del compositor Mozart, en la que el personaje Papageno tenía intención de suicidarse, pero unos niños lo evitaron al mostrarle otras alternativas diferentes (Herrera Ramírez et al., 2015).

Algunas indicaciones relevantes según Euregenas (2013) son que no se debe utilizar la palabra suicidio en el titular, ni ubicar la noticia en un lugar destacado. Tampoco dar detalles del método o lugar, es decir, describir con qué medios la persona se quitó la vida, el nombre o cantidad de medicamentos, indicar la ubicación... Ya que esta información puede ser un riesgo si llega a personas con conductas suicidas. Tampoco se debe usar imágenes del lugar donde sucedió o del método, fotografías de la persona fallecida o publicar notas de suicidio que haya podido dejar. No se debe normalizar el suicidio, cuando se muestra el suicidio como una reacción entendible ante ciertos escenarios, las personas pueden interpretarlo como una forma de responder y afrontar las dificultades que se encuentren en la vida. Menos aún dramatizar este fenómeno, como presentarlo de forma heroica o romántica.

Según la OPS (2018) un refuerzo positivo o factor protector se puede encontrar en las noticias que relatan historias en las que aparecen personas buscando ayuda en situaciones desfavorables. Lo que más recuerda la población es el contenido que se suele tratar en los apartados de “mitos frente a datos”. Algunas personas por tener ciertas características pueden ser más vulnerables a realizar un comportamiento suicida de imitación, en estas características se encuentra ser joven, padecer una enfermedad mental o haber tenido anteriormente una conducta suicida. Además, también influye la cobertura insistente y sensacionalista sobre el fallecimiento por suicidio de una persona famosa o admirada por la

población. Es mejor abordar la vida de esta persona influyente, su aportación a la comunidad y como esta pérdida ha perjudicado a otras personas.

Una aportación relevante es un documento unificado de tres publicaciones de la OMS en distintos años, desde el 2000 hasta el 2017, de recomendaciones a los medios de comunicación para las noticias sobre suicidio, uno de estos se ha abordado anteriormente. De este documento unificado, de los tres apartados diferenciados según Acosta Artiles FJ. et al. (2017), se destacan las indicaciones de no usar estereotipos religiosos y culturales, no culpabilizar; aportar información sobre recursos comunitarios, líneas de ayuda, factores de riesgo y señales de alarma; mandar un mensaje de solidaridad a los supervivientes por su pérdida, y guardar precaución con los mensajes que pueden transmitir las noticias, incluso cuando haya presión por publicarlas cuanto antes. El resultado es una tabla de 28 elementos, que, como indican los autores, puede ser usada también para evaluar la viabilidad de las noticias según requisitos, o para puntuarlas estableciendo un sistema de valores de cada elemento de la tabla.

### 2.3.2. Ámbito escolar

Respecto a estrategias a implementar en relación al suicidio en el centro educativo destacan las de Jiménez Pietropaolo et al. (2016b) que abordan intervención con el adolescente, trabajo con la familia, y contacto con profesionales.

La primera estrategia está enfocada en la disponibilidad de teléfonos de ayuda o emergencia. Si se detecta un riesgo de conducta suicida grave en un menor, no se podrá dejarlo solo, estará acompañado y se intentará que se calme. Además, se debe contactar con los padres o tutores del adolescente, informar de lo imprescindible, que es darle apoyo o que sea valorado por autoridades sanitarias. Si ya había información previa de la situación se contactaría con el psiquiatra o psicólogo o trabajador social de referencia de los servicios de salud mental infanto-juvenil, además de llamar al 112. Si en la situación tiene influencia el acoso escolar, se informará a los compañeros que la inducción al suicidio es un delito de carácter penal que sería investigado por las autoridades pertinentes.

En la segunda estrategia se trabaja con la familia comunicando que limite el acceso a posibles medios lesivos, es decir, restringir elementos de su entorno que puedan ser letales si se usan para quitarse la vida (plaguicidas, armas o medicamentos). También que el acceso a ubicaciones altas puede ser peligroso, ya que es una de las principales formas de suicidarse en una zona urbana. En la tercera estrategia se aborda no solo el apoyo familiar, que ya estaba en la anterior, sino también el apoyo educativo (profesorado y compañeros) y social (amigos dentro y fuera del centro). Se indica que el seguimiento y acompañamiento (por parte de todos los agentes mencionados) debe perdurar en el tiempo, incluso después de una alta de hospitalización por esta problemática, ya que a veces se interpreta que la mejoría posterior significa que la persona ya no corre riesgo, despistando la atención necesaria. No es seguro que la conducta suicida regrese, pero no se debe descuidar el apoyo de su entorno los meses posteriores.

La cuarta estrategia está enfocada en la mejora de las habilidades de comunicación de los profesionales responsables, empezando por conversar tranquilamente con el alumno sobre la idea de quitarse la vida, cuidar especialmente los silencios, ya que el alumno puede realizar intervenciones en las que falta información y poco a poco, o a su ritmo, va completando su historia. Se debe mostrar preocupación por lo que le pueda pasar e intentar que comprenda que casi todos los problemas son temporales o cambian, pero la muerte no. Debido a todo esto se consigue la confianza con el alumno. También se indica lo que no se debe hacer, como criticar o minimizar lo que comunica el adolescente, tomando en serio lo que dice, y tampoco usar defensas o expresiones como que sus actos harán daño a su familia o algún miembro de esta si no se conoce cómo es la relación que se está mencionando. Se aborda el supuesto de que el alumno solicite confidencialidad del asunto, en este caso, no se debe ocultar la información a los padres, y se debe intentar convencer al alumno de que lo mejor es una ayuda especializada y de un profesional, junto a que converse de este asunto con sus padres.

Finalmente se trata qué es lo que se debe comunicar al alumnado y qué deberían hacer los adolescentes si creen que un compañero presenta una conducta suicida. Esto es porque es más posible que quienes noten cambios en los comportamientos de un alumno o escuchen deseos de este mismo de quitarse la vida sean los compañeros de clase o amistades. Se

remarca la importancia de que el alumnado reciba información sobre algunos factores de riesgo o señales de alerta, para que puedan identificar y detectar estos signos y comunicar la situación al tutor o profesional de referencia, de esta manera se puede actuar cuanto antes.

Pedreira-Massa (2019), en relación a recomendaciones en el sistema educativo sobre la conducta suicida, indicó la inclusión del entendimiento y sentido de la muerte en los contenidos pedagógicos, que los profesores sepan que no hay una personalidad suicidaria específica, sino que se debe valorar al alumno en su espacio y contexto, los profesores deben realizar una supervisión de la evolución del adolescente respecto a las reacciones, como socializa, su uso de las pantallas en cuanto a redes sociales, su actitud e implicación en las actividades del centro educativo.

En la sexta estrategia se dan indicaciones sobre lo que hay que hacer cuando un alumno ha intentado suicidarse y este suceso lo acaba sabiendo la generalidad de la clase. Se debe hablar de la conducta suicida y evitar emitir algún juicio de valor y que el alumnado comente información del suceso a modo de cotilleo, y dejar claro que no se tolerará ningún acto que busque reírse o alabar al compañero que ha intentado suicidarse. Se debe fomentar las redes de apoyo o crearlas. No se debe silenciar el suceso, aunque se debe pedir permiso a los padres o tutores del alumno y también a este mismo, para abordarlo desde el respeto. Si el caso fuera que quien ha intentado quitarse la vida es un profesional del profesorado, se actuaría exactamente igual, tratando con total normalidad a estas personas.

La séptima estrategia aborda el supuesto de que hubiera un fallecimiento de un alumno por suicidio, se trata desde dos puntos, el primero, los inconvenientes que tendría que no se hablara del tema, que sería el incremento de incertidumbre y ansiedad del alumnado al no poder plantear las cuestiones que tienen, que la posible culpa que sientan les cause daño, y que se dificulte que el profesorado pueda encontrar factores de riesgo o señales de alerta en otros alumnos con posible conducta suicida. El segundo trata el desempeño que se debe tener desde el profesorado, como autorizar las muestras de respeto por la persona fallecida y que el alumnado exprese lo que siente, de esta manera se ayuda que se procese la situación y el duelo, dejar tiempo para se trate el suceso, los primeros días son vitales. Intentar que no

sientan culpa o reducirla en lo posible. No se debe mencionar el medio usado o cualquier detalle innecesario, y se debe insistir en que es necesario que cualquier persona que piense en quitarse la vida lo cuente para poder prestarla ayuda.

Respecto a este último supuesto, Pedreira-Massa (2019) recomienda que no se dramatice ni se culpe a nadie (profesorado, familia, o el mismo menor de edad), se facilite que los compañeros de clase se expresen de las formas que deseen, verbalizaciones, escritos o dibujos. Se debe responder y aclarar las cuestiones planteen los alumnos, pero sin anticiparse a estas. Tampoco se debe dar detalles o evitar cualquier pregunta que realicen.

## **2.4 Trabajo Social en el sistema educativo**

El Consejo General de Trabajo Social (2011) publicó “El Trabajo Social en el Sistema Educativo”, documento donde se aborda esta figura profesional en centros de educación, las razones por las que es necesaria la perspectiva social en centros educativos, y las actuaciones que lleva a cabo este tipo de perfil profesional, entre otras cuestiones. Se va a realizar este apartado a partir de los contenidos de la publicación citada.

En el centro educativo se encuentra la mayoría de la población adolescente, incluyendo alumnado con diferentes características, como pueden ser las condiciones sociales, económicas, y culturales en las que se encuentran, o la estructura que poseen sus familias. El trabajador social puede influir en las relaciones y grado de colaboración entre las familias y el centro educativo, facilita reducir un desconocimiento entre ambos elementos, hace posible compatibilizar las necesidades educativas con las necesidades sociales para que estas últimas no dificulten y vuelvan crónicas las de educación. Esto previene el fracaso escolar o abandono de los estudios, y la posible consecuencia de exclusión social. Además, las actuaciones del trabajador social buscan prevenir y reducir efectos adversos de los contextos de crisis que pueden afrontar las personas, además beneficia e impulsa los recursos de carácter personal y material de las personas y de su entorno cercano. Por estas razones el centro educativo y el Trabajo Social son dos elementos conectados.

En el ámbito educativo, se puede entender como situaciones de crisis en familias y alumnado, la detección o comprobación de discapacidad o algún déficit; complicación para el aprendizaje o relacionarse con otros menores de edad; separación de padres, fallecimiento de algún familiar querido, y situaciones de escasez de recursos o conflictos internos. El centro educativo es el lugar donde permanece y se desarrolla la mayoría de la población adolescente, por lo que se convierte en uno de los puntos más pertinentes para la detección e identificación de situaciones de riesgo o contrariedades que puedan perturbar el desarrollo del alumnado, en cuanto a aprendizaje e integración escolar y social.

Según Jausoro Alzola y Aranguren Vigo (2019), uno de los retos que afrontan actualmente los centros educativos es elaborar una respuesta educativa para las personas jóvenes que tienen necesidades diferentes por distintos motivos, aunque la mayoría son de carácter social, como presentar vulnerabilidad por no tener una atención apropiada en su familia, situaciones de riesgo o desamparo por maltrato o acoso, adultos de referencia o los propios menores con problemas de salud mental. Todas estas circunstancias tienen una repercusión en el aprendizaje, desarrollo de cada menor y en las interacciones entre menores y la convivencia grupal. Estas necesidades diferentes pueden ser detectadas dentro del mismo centro de educación, pero no suele usar los recursos que tiene el sistema educativo para tratarlos. Por lo que el sistema educativo hace caso omiso de estas situaciones vulnerables o necesidades. Sucede algo diferente con los menores con alguna discapacidad, por la lucha realizada por padres y madres y organizaciones del tercer sector que consiguió que el sistema educativo observe de forma más específica esto y elabore medidas más adecuadas.

El trabajador social puede desplazarse entre diferentes dispositivos, lo que permite el trabajo coordinado y en equipo e interdisciplinario, dentro y fuera del sector educativo, lo que facilita la relación con otras personas (profesionales o no) responsables que hay en cada caso, facilitando el desarrollo de redes formales e informales. Las competencias de los trabajadores sociales hacen posible que se logre que los tres elementos diferenciados del centro se entiendan entre ellos, estos son los alumnos, las familias y los docentes. Algo esencial de esta disciplina es la atención a los menores de edad, que se realiza al interpretar la figura de la familia como recurso fundamental de ella misma, perspectiva en la que también influye la

multidimensionalidad del trabajador social en el sistema educativo, ya que no observa a las personas como individuos independientes de lo que sucede en su entorno familiar o social.

Este profesional puede contribuir a la aceptación de la situación que presente la familia, ya que el afrontamiento de problemas sociales no suele ser corto, además de que las necesidades, sin importar su índole, nunca son fáciles de concretar. El entorno educativo también guarda relación e influencia en los menores, siendo figuras de referencia los docentes, más posiblemente el tutor. De esta manera, quedan diferenciados los agentes con los que se puede trabajar, siendo estos el profesorado y las familias.

Según Castro Clemente y Pérez Viejo (2017) para hacer frente a situaciones conflictivas en el ámbito de educación se precisa el trabajo en equipo de todos los grupos que pertenecen a la comunidad educativa, para contar con las estrategias o protocolos que busquen la solución del conflicto, la prevención de comportamientos problemáticos y el fomento de modelos de buena convivencia. Si estas situaciones no son detectadas en sus etapas de origen, ni en un momento que facilite realizar una intervención reconstructiva o de prevención, pueden agravarse y causar daños considerables en los alumnos, familias y centros de educación.

#### 2.4.1 Principales ejes y temáticas

Hay ejes y temáticas que influyen o están presentes en las actuaciones, como puede ser la inclusividad. El trabajador social persigue la inclusión a partir del desarrollo de las personas y su colocación en el grupo de iguales. Se busca qué elementos que se encuentran dentro de los intereses de cada grupo (alumnos, padres, profesores) son comunes, para trabajar a partir de algunos de estos y fortalecer otros. Además, se promueve el interés por el bienestar propio y ajeno, de esta manera se facilita la creación o refuerzo de redes. Y se tiene en cuenta el lenguaje y términos que se emplea, o el que usa el alumnado, porque a partir de la comunicación se legitiman e identifican deseos, como que las personas quieran ser leídas e interpretadas de cierta forma, así como el modo en que se comportan con iguales.

Fernández Fernández (2014) indica que a través de diferentes procesos los trabajadores sociales pasaron a formar parte de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica (EOEP) y, desde la red de orientación educativa, se incide en el panorama de la vida estudiantil del alumnado, de sus familias y el profesorado. Tríada en la que se ve involucrada la vida de la infancia-alumnos, su avance, su crecimiento, su futuro cercano o a medio y largo plazo, y las posibilidades de éxito o fracaso, todo lo que es “la construcción” de un individuo.

La relación familia-escuela también es influyente, ya que es importante recordar y entender que el entorno educativo y familiar son los contextos más relevantes para la mayoría del alumnado, además de ser afectivo-emocionales, que implica que cualquier suceso dentro de alguno de los dos entornos repercute en los menores. Se busca que las medidas realizadas, por las demandas y expectativas del profesorado y de las familias del alumnado, conlleven un resultado que permita la unión de ambas realidades, y finalmente los objetivos sean compartidos.

La convivencia y clima social en los centros educativos son un pilar del bienestar. Los fenómenos que suelen alterar el entorno educativo son la violencia entre iguales, no solo entre compañeros de clase, sino también entre familias del centro educativo. Según la duración de estas situaciones puede afectar de distintas maneras al alumnado, al ser un contexto conflictivo, influyendo en su aprendizaje y al rendimiento académico.

Según Castro Clemente y Pérez Viejo (2017) en los sucesos de conflicto escolar, la intervención de un profesional del trabajo social permite el enriquecimiento de los estilos y estrategias de afrontamiento de una comunidad educativa. A partir de informar y formar programas que detecten y prevengan y de acciones educativas, el trabajador social logra producir modelos de buena convivencia y la prevención de posibles perturbaciones conflictivas de carácter emocional, relacionadas con las variaciones sociales, físicas y psicológicas de un individuo.

Otro tema importante es la detección de situaciones de riesgo en el centro educativo, respecto al riesgo en la infancia. El trabajador social educativo se encarga de la sensibilización con

los profesionales del centro para que desarrollen el compromiso personal de compartir información relevante que hayan observado en el alumnado. Concretando más, también transfiere conocimiento para que el profesorado identifique signos y señales de riesgo o alerta que pueda presentar el alumnado, como las cuestiones de qué mirar y qué observar en el comportamiento de los menores y sus familias, la imagen corporal y autocuidado, aparente higiene y descanso o sueño adecuado, que asista a clase de forma regular, altibajos en el rendimiento académico... Se establece contacto con las familias que proceda para entender la situación de algunos menores, siempre teniendo en cuenta que si una familia tiene dificultades para atender de forma adecuada a sus hijos, puede indicar que la familia también necesite ayuda. Se debe definir y concretar el contenido de la intervención, incluyendo la posibilidad de derivación, trabajo coordinado con otros dispositivos, por ejemplo salud mental infanto-juvenil. Encuadrando de qué se encarga el centro educativo, el mismo trabajador social, la familia, y también los plazos de tiempo.

El absentismo escolar siempre está presente en un centro de secundaria, hay aspectos a valorar dentro de este fenómeno, que no es un problema en sí, sino un indicador de la posibilidad de varias problemáticas en las familias de los menores. Incluso este suceso, el absentismo, puede ser una consecuencia de una inexistente relación y comunicación entre las familias y el centro educativo. Es una situación en la que es primordial la intervención, ya que se relaciona con otras problemáticas como el impedimento de adaptarse, a convivir de forma favorable, a tener relaciones, e incrementa la posibilidad del abandono de los estudios y del fracaso escolar.

Finalizando con los últimos elementos, se puede encontrar la formación a padres, que forma parte del proceso de conocer a una familia, valorar su situación, y, si procede, asesorarla u orientarla, más adelante se desarrolla más este asunto. Otro puede ser disponer de conocimiento de los recursos, como requisitos o población destinataria, y su uso, por si llegan a ser necesarios como apoyo en una intervención, ya que los recursos no son un objetivo en sí.

#### 2.4.2. Actuaciones en el marco de los centros educativos

Moix Martínez y Aguado Santos (2006) indicaron que desde 1990 el trabajo social se vio fortalecido en el ámbito educativo, teniendo como competencias concretas la supervisión y comprobación del absentismo escolar, la gestión de varias prestaciones o servicios, la intervención directa según la situación, y la derivación del caso a otros recursos apropiados (cuando la resolución sobrepase las propias competencias). Incluyendo la labor de prevención realizada colaborando con instituciones, servicios y profesionales convenientes, como el orientador del centro educativo, profesor o tutor del adolescente, o educador familiar.

Las actuaciones pueden desarrollarse y dirigirse hacia el alumnado, profesorado o las familias, también pueden ser compartidas con estos grupos. Una de las actuaciones más básicas del trabajador social en ámbito educativo es su participación en la elaboración y presentación del Plan Anual, para el que se debe considerar previamente elementos como la dirección y características, si es zona rural o urbana, población que cursa los estudios, tamaño del centro, y los programas que se implementan. También se revisan las memorias anuales de años anteriores. Cuáles son las necesidades sociales del centro, las formuladas por el profesorado u otros profesionales, las que hayan planteado los padres, y las líneas de actuación indicadas por la administración de educación correspondiente. En el contenido de este plan se debe encontrar las actuaciones, su justificación, objetivos generales y específicos, dónde se realizan, dentro o fuera del centro, los recursos que se necesitan, la duración y la evaluación que conllevan.

Otra actuación es la recepción de demandas y solicitudes, en la que la información debe estar bien clarificada, en cuanto a la información de la persona que demanda la solicitud, y la información que refiere esta sobre una situación específica en la que se debe intervenir. Ya que estas demandas suelen ser formuladas por profesores, se debe asegurar que estos hayan transmitido estas intenciones a la familia y recogido el consentimiento para la intervención, incluida la autorización para comunicarse con otras áreas o servicios. Si fuera necesario, se realizaría una entrevista con los padres para recabar más información o responder cuestiones que tengan. Estas solicitudes pueden estar destinadas a una situación de un alumno y su familia, o un grupo de varios alumnos, incluso puede estar enfocada a informar a un grupo

de profesores o profesionales del centro educativo. Después de analizar y valorar las demandas, es posible que las respuestas sean más amplias, por encajar varias solicitudes, por ejemplo, viendo la idoneidad de la medida en aumentar el grupo destinatario. Se debe plantear la propuesta a las personas responsable correspondientes e informar detalles de la intervención, y si es aceptada se discuten aspectos relevantes como la fecha de inicio.

El trabajador social también se encarga de registrar la solicitud realizada, dar de alta el caso, y la apertura de la ficha social y expediente. El hecho de abrir expediente es importante por los diversos aspectos que implica, ya que deja constancia de la solicitud, da legitimidad a la intervención, permite ordenar y ampliar la información del caso, facilita la incorporación de nuevos profesionales, si los hubiera, al caso para que puedan conocer la situación, haciendo innecesarias la repetición de preguntas a las familias, respetándolas y cumpliendo con la ética de la profesión. Respecto al centro, hace posible controlar el número de solicitudes que ha habido y las demandas de las mismas, facilitando los informes y memorias, de esta manera se conoce la situación en la que se encuentra el centro y se pueden realizar propuestas de mejora.

Otra actuación es la intervención social y familiar en el entorno educativo, en la que es necesario identificar y diferenciar la unidad familiar de referencia de la unidad de convivencia, ya que no necesariamente son lo mismo. También se debe averiguar cómo se llevan a cabo las funciones en cada familia, es decir, las de protección, necesidades afectivas y básicas, las de educación, cuidado personal y permitir acceder a una educación formal, y las funciones de socialización, contacto social fuera de la familia principal y entendimiento de acontecimientos o eventos sociales. Cuáles son los hábitos o pasatiempos en el disfrute del ocio y tiempo libre. Incluso qué aspectos de la familia son el origen de conflictos o de disfunción familiar, como la ausencia repentina, de carácter permanente o temporal, de una persona de la familia (fallecimientos, traslados por trabajo, abandono), que también puede conllevar a una reducción de satisfacción de las necesidades básicas por faltar recursos; dificultades físicas o mentales (incapacidad laboral, proceso de valoración de discapacidad, enfermedades crónicas); conductas delictivas o adictivas (drogodependencia o ludopatía);

dinámica entre familiares fuera del entorno familiar (aislamiento social) y dentro, como puede ser la violencia doméstica o de género.

Finalmente se encuentra el trabajo social de grupo, que es una práctica viable en el entorno educativo, debido a los varios grupos que conforman el centro, a nivel interno se encuentran los grupos de profesores y de alumnos, y a nivel externo el grupo de los padres del alumnado, también podría establecerse otros grupos a partir de mezclar los primeros, como grupos conformados por padres y alumnos, es decir, la familia; grupos de profesorado y padres, algo así como responsables de los menores, y grupos de profesorado y alumnado, estando solo el nivel interno del centro educativo. Se usará el informe social de grupo para recoger la información relevante de la evolución del grupo.

Para realizar el trabajo social de grupo hace falta unas condiciones, como que el objetivo haya sido definido y el grupo al que se destina, que la metodología y tiempos hayan sido precisados, y todo se haya presentado a los responsables correspondientes y la actividad haya sido aceptada. También es necesario conocer el modo de anunciar la actividad, si el grupo tiene margen a que se unan más personas o está definitivamente cerrado. Normalmente la actividad no dura más de un curso, y se consiguen mejores resultados si está delimitado en solo un trimestre. Esta forma de trabajo en grupos en el entorno educativo está dirigida hacia la prevención, y nunca tendrá valor de psicoterapia, además, puede haber sido presentada y aceptada desde antes de que comenzara el curso, encontrándose por esto en el Plan anual de trabajo, o puede surgir durante el desarrollo del curso al detectarse una necesidad o por recibir una demanda por parte del profesorado o la administración de educación.

Respecto a los grupos de profesores, normalmente se realiza para informar o formar, o para discutir asuntos del centro, si es para lo primero el número de integrantes puede ser mayor, pudiendo ser conformado por todos los profesores docentes, en función del objetivo se puede aplicar un criterio, del tipo solo profesores que sean tutores, esto variará según lo que busque, un grupo homogéneo o heterogéneo. Los temas más comunes dentro del trabajo social con grupos de profesores suelen ser la acción tutorial para que se adapte a un alumno y a su

desarrollo en el centro, comunicar la situación actual en la que se encuentra el centro respecto al contexto social y de educación, e información sobre el sistema de protección a la infancia.

Respecto a los grupos de alumnos, es vital que las familias tengan conocimiento de la actividad y den permiso para que sus hijos e hijas asistan a estos encuentros, conozcan también el contenido que se aborda, el objetivo y los horarios. Las dimensiones del grupo puede ser una clase de estudiantes, variará en función del objetivo, y el contenido se puede enfocar en informar o formar o la reflexión y debate, los asuntos suelen ser temas de actualidad y que guarden relación con alguna materia o área de trabajo, como puede ser la seguridad personal, el cuidado a uno mismo o la petición de ayuda, y alternativas que sean saludables dentro de la gestión y uso del ocio y tiempo libre. Respecto a los grupos de padres, se pueden crear grupos que presenten las mismas necesidades o características compartidas de sus hijos, como que estén el mismo curso o tengan problemáticas coincidentes, o las características que compartan las familias como ser familia numerosa o vivir en el mismo área residencial.

Para un trabajo de formación con los grupos de padres la temática puede ser general o concreta según los intereses que tengan los participantes, las dimensiones de tamaño pueden ser amplias. Debido a que estas actuaciones están destinadas a informar-prevenir, el número de encuentros y su duración puede variar, desde una reunión al mes o una cada dos semanas, hasta una cada trimestre del curso. Para un trabajo de asesoramiento con los grupos de padres la temática debe ser más específica y adaptada a las problemáticas de las familias, el número de integrantes es menor que en el modo de trabajo en grupo para padres visto anteriormente. Los temas que suelen abordar son los obstáculos a la hora de comunicarse con los hijos; la confrontación de los resultados académicos de los hijos frente a los resultados esperados por expectativas de los padres, o el proceso de que una familia se adapte a la discapacidad de alguno de sus hijos. Los encuentros deben ser un período corto de tiempo, como una vez cada dos semanas durante un trimestre. Se debe dejar la posibilidad de recibir atención individual si alguna de estas familias necesita orientación. Se recomienda que las intervenciones con grupos sean desarrolladas con dos profesionales, pueden ser de diferente disciplina o compartir la misma.

### **3. Metodología**

Se va a revisar, analizar y comparar tres protocolos que buscan prevenir, detectar e intervenir frente la conducta suicida, estos protocolos son aportaciones de diferentes comunidades autónomas de España publicadas en la última década (Gobierno de Navarra, 2014; Xunta de Galicia, 2018; Gobierno de Aragón, 2021).

Se va a estudiar los protocolos anteriormente mencionados, siguiendo una metodología propia que presta atención al contenido que busque la prevención, detección e intervención frente a la conducta suicida, además de contrastar este mismo contenido para comprobar si hay elementos comunes o diferenciadores que los caractericen, todo esto porque tener claras las actuaciones y cómo estas son agrupadas son pilares vitales para conocer qué hay que hacer y en qué momento. Se va a analizar las menciones que se realizan del trabajo social, ya que uno de los intereses de este trabajo es conocer cómo se trata esta figura profesional en los protocolos. Otros elementos que se pretenden identificar son los agentes implicados en los recursos internos y externos del centro educativo, porque para poder tratar un asunto se debe conocer de qué personal y servicios se dispone. Además, se va a contrastar las actuaciones que realizan estos mismos agentes, para comprobar si hay actuaciones comunes o diferenciadoras que los caractericen.

## **4. Resultados de la investigación**

### **4.1 Análisis**

Todos los elementos que se van a mencionar, como los agentes y sus actuaciones, son parte, de una u otra manera, de los contenidos que conforman la prevención, detección e intervención de la conducta suicida. Comenzando por el contenido que busca la prevención, se encuentra la información de la Xunta de Galicia (2018) en que el profesorado tiene actuaciones como observar y detectar posibles factores de riesgo y protectores que presente el alumnado, puede ser con entrevistas, y con el apoyo de la familia; analizar el expediente académico e informes que se hayan realizado anteriormente; implementar una prueba grupal para comprobar cuál es el clima de convivencia en la clase; construir un clima de convivencia positiva en la clase y centro de educación, transmitir valores como la solidaridad y fortalecer la autoestima del alumnado; organizar tutorías grupales con el alumnado que traten normas de convivencia, promuevan competencias emocionales (escucha activa, educación para la salud, trabajo en equipo), y disminuir el estigma social que rodea a la conducta suicida; y facilitar la creación de redes de supervisión entre los adolescentes.

Las actuaciones del alumnado son participar en la red de apoyo y ayuda mutua entre iguales, recibiendo y prestando ayuda, comunicar al tutor de cualquier señal de alerta que se interprete como una situación de riesgo de un compañero de clase o amigo; e implicarse en programas de ayuda entre iguales o competencias para la identificación de factores de riesgo o señales de alerta relacionadas con el suicidio. El equipo de dirección debe gestionar el centro educativo con un liderazgo de carácter compartido, que favorezca la participación y colaboración del alumnado, profesores y familias en la implementación del proyecto educativo del centro. Y las actuaciones de los padres o tutores legales son la comunicación al tutor u orientador de la situación de riesgo que pueda presentar su hijo, y la colaboración necesaria para trabajar conjuntamente; y usar un estilo de educación familiar asertivo, que incluya normas, el diálogo y la autonomía. De esta manera, han sido identificados los agentes como el profesorado, el alumnado y las familias, y el equipo de dirección, todos recursos internos, y sus actuaciones, que puedan encontrarse en el marco de la prevención. (Xunta de Galicia, 2018).

Continuando con contenido que busca la prevención, está la información del Gobierno de Navarra (2014) que indica que las actuaciones del profesorado son entrevistar a los adolescentes y a sus familias, para conocer cuáles factores de protección hay y también los de riesgo; la creación de redes de apoyo entre iguales para facilitar el acompañamiento; organizar tutorías grupales que busquen promover la autonomía, la aceptación del fracaso, la construcción de valores positivos, la solicitud y prestación de ayuda en crisis personales, afrontar las dificultades de forma esperanzadora, las acciones solidarias y de cuidado de las demás personas. También se indica que el profesorado debe recibir formación sobre afrontar el duelo y las crisis personales. En el grupo del alumnado se encuentra la participación en las redes de apoyo y comunicar si se ha detectado señales de alerta en compañeros o amigos. Los padres o tutores legales deben escuchar los problemas que tengan sus hijos o hijas, participar activamente en las formaciones dirigidas a estos, comunicar si creen que el adolescente presenta conducta suicida, y tener iniciativa de usar los recursos sociocomunitarios (pediatría, salud mental, servicios sociales). De este modo, han sido identificados los agentes como el profesorado, el alumnado y las familias, todos recursos internos, y sus actuaciones, que puedan encontrarse en el marco de la prevención.

El protocolo del Gobierno de Aragón (2021) en el marco de la prevención, contempla las actuaciones del profesorado, dirigidas al alumnado, que estén relacionadas con la salud escolar, la adquisición de habilidades sociales y emocionales, y el entendimiento del bienestar emocional. Los profesores deben tener conocimiento sobre la conducta suicida, los factores de riesgo y de protección, así como de las señales de alerta. Y, si se valora que es necesario que el alumnado deba recibir información sobre la conducta suicida, se inicia una formación en la que explican en diferentes talleres, el autoconcepto y la percepción que pueden tener sobre el concepto de las demás personas (grupo de iguales, familia, profesorado), compartir información sobre la conducta suicida, la identificación sobre los factores de riesgo y protectores. De esta manera, han sido identificados los agentes como el profesorado y el alumnado, ambos recursos internos, y las actuaciones del primero, que puedan encontrarse en el marco de la prevención. En todas estas tres fases de prevención, se ha mencionado a los mismos agentes como profesorado, alumnado y familias. Los factores

de riesgo y de protección también han aparecido, en dos fases de prevención respecto a conocer qué factores presentan los alumnos y sus familias, y en la fase restante sobre transmitir estos conocimientos a los alumnos. También coinciden las tutorías grupales o actividades que favorezcan al alumnado. Las actuaciones de alumnado que han coincidido en dos fases de prevención son la participación en las redes de apoyo.

A continuación se procede a recoger el contenido de la detección. El protocolo de la Xunta de Galicia (2018) indica que si un tutor o profesor sospecha que un alumno puede presentar conducta suicida, o se lo ha comunicado un alumno sobre un compañero, debe solicitar una intervención al departamento de Orientación, indicando los motivos. El orientador debe llevar a cabo una evaluación psicopedagógica en la que puede pedir la colaboración del equipo de orientación específico (EOE). El trabajo social es mencionado como una posible especialidad dentro del equipo de orientación específico si llega a intervenir, como trabajo social y audición y lenguaje. El orientador comunica a los padres o tutores legales el resultado e indica las necesidades del menor y las propuestas de intervención. Si el orientador o el equipo de orientación específico considera necesaria la intervención de salud mental, se comunica a la familia y se deriva, y posteriormente se intercambia información entre ámbitos educativos y sanitarios. De este modo han sido identificados los agentes como el profesorado, el alumnado, el orientador y las familias, todos recursos internos, las actuaciones de los tres primeros; la posibilidad de intervención del equipo de orientación específico, y dentro de este, la posible intervención especializada de un trabajador social, la posibilidad del intercambio de información con el profesional de referencia de salud mental, todas siendo recursos externos del centro educativo.

Continuando con el contenido de la detección, está la información del Gobierno de Navarra (2014) que indica que si se comunica la sospecha de que un menor presente riesgo de conducta suicida, el orientador evaluará la situación, y si detecta riesgo lo informa al equipo de dirección, y se reúnen a los profesionales de referencia (orientador, tutor y equipo directivo). El alumnado apoyaría y escucharía al compañero en riesgo, informaría de cualquier incidente, y se acompañarían en la red de apoyo entre iguales. Los padres o tutores legales deben colaborar con los profesionales y escuchar las dificultades que esté

comunicando el adolescente. Pueden suceder tutorías especiales del profesorado con el alumnado que esté en situación de riesgo, con respeto y confidencialidad, para abordar temas relevantes para el adolescente.

El protocolo del Gobierno de Aragón (2021) contempla un escenario donde se detecta la posibilidad de riesgo de conducta suicida de un menor, por lo que se toman medidas provisionales para supervisar, proteger y apoyar. Se realiza con los padres o tutores legales la entrevista para comunicar la información anterior. Si procede, se deriva a atención primaria o servicios de urgencia. Se crea un equipo de seguimiento, conformado por un miembro del equipo de dirección, de orientación y el tutor del adolescente. Algunas de las medidas provisionales son organizarse para que el adolescente esté siempre acompañado, no esté solo en los recreos o en los intercambios de clase entre aula y otra aula; poner a disposición del alumno un lugar al que puede acceder (despacho o sala de tutorías) si lo necesita, estando acompañado por un amigo o compañero de clase; analizar situaciones que puedan considerarse un posible riesgo en los lugares y materiales usados por el adolescente; y coordinación y comunicación fluida con los padres o tutores legales del adolescente. Se intenta que el profesor con el que más confianza tenga el alumno esté también en el equipo de seguimiento, para garantizar que este pueda hacer una labor de seguimiento más intensiva. En todas estas tres fases de detección se han mencionado a los mismos agentes, como el orientador, el tutor y las familias. Los recursos sanitarios son también comunes, como salud mental o atención primaria.

Llegando ya al contenido de intervención frente a la conducta suicida, la Xunta de Galicia (2018) indica que se debe vigilar y supervisar al adolescente, no permitir que esté solo, estando un profesor, o compañero o amigo con él, e informar de cualquier incidente; y restringir el acceso a posibles medios lesivos. El profesorado también puede adaptar la metodología y criterios de evaluación para impulsar el éxito escolar, dejar la posibilidad de que tenga más tiempo para realizar los trabajos requeridos, responder de forma oral preguntas de examen que no responda de forma escrita, o hacer pruebas en días y ubicaciones distintas al resto de la clase, dar la opción de disminuir la cantidad de deberes. Y permitir que el alumno se retire del aula por unos momentos si lo necesita, siempre con el acompañamiento

de otro alumno de clase. Se deben hacer entrevistas entre el orientador y alumno y padres o tutores legales para llevar a cabo el seguimiento del menor.

Continuando con el contenido de la intervención, el Gobierno de Navarra (2014) indica que las actuaciones del profesorado son seguir coordinándose con los profesionales del caso para continuar el acompañamiento; seguir fomentando las redes de apoyo entre los alumnos; seguir realizando algunas tutorías grupales que se consideren necesarias por lo que promuevan; y apoyar a los padres o tutores legales y seguir colaborando en el caso. El alumnado apoyaría y escucharía al compañero en riesgo, informaría de cualquier incidente, y se acompañarían en la red de apoyo entre iguales. Los padres o tutores legales deben colaborar con los profesionales y escuchar las dificultades que esté comunicando el adolescente.

Finalmente el protocolo de Aragón (2021) en el marco de la intervención, continúa con las medidas provisionales de supervisión, protección y apoyo. Se lleva a cabo la observación y seguimiento, donde en un anexo se recoge la evolución del adolescente, actualizando el “estado de la situación” a partir de registrar la fecha y las observaciones o impresiones del profesor que la esté cumplimentando, además de las casillas de “Sin incidentes. Evolución favorable”, las de “Algún incidente, aunque no relacionado directamente con las señales de alerta” donde se concreta cuál, e “Incidentes relacionados directamente con las señales de alerta y comunicados inmediatamente al equipo de seguimiento” donde también se debe concretar cuáles. Posteriormente se realiza la evaluación, donde se recoge quiénes forman parte del equipo de seguimiento, y se analiza toda la información que se ha transmitido desde el inicio del proceso, desde la compartida por los padres o tutores legales, hasta en los anexos cumplimentados por profesionales del centro. Una vez contemplado todo, el equipo de seguimiento valora si se debe mantener el seguimiento específico y especial que se estaba llevando a cabo, o finalizar este y continuar con el seguimiento convencional dentro del Plan de Acción Tutorial.

## 4.2 Propuesta de protocolo

El protocolo propuesto trabaja desde la prevención y detección de la conducta suicida, y desde la actuación e intervención a realizar, así como los actos que se pueden llevar a cabo en una posible pérdida de un adolescente del centro educativo, la posvención. Se han recogido algunos elementos de los diferentes protocolos abordados en el anterior apartado, han sido unificados y se han añadido otros elementos. Además, se ha mencionado de forma más explícita el papel que cumple el trabajo social (Gobierno de Navarra, 2014; Xunta de Galicia, 2018; Gobierno de Aragón, 2021).

El profesorado y el trabajador social se encargan de detectar los posibles factores de riesgo que presente el alumnado, también los factores protectores, a partir de observar el comportamiento y rendimiento académico, tanto en la clase como en el centro de educación. Los instrumentos para recolectar la información pueden ser las entrevistas y el seguimiento y la relación con cada estudiante de clase. También se puede realizar un análisis del expediente académico e informes que se hayan realizado anteriormente, considerar la posibilidad de llevar a cabo una prueba grupal para comprobar cuál es el clima de convivencia en el aula, u observación directa en la clase y compartir las impresiones entre los docentes y el trabajador social. (Estas actuaciones vienen de la prevención primaria de la Xunta de Galicia (2018), ya que es la forma de trabajo que mejor permite trabajar de manera amplia con el alumnado y desde la prudencia).

Además, también es imprescindible el rol que cumplen los adolescentes de clase al tener formadas una redes de apoyo e identificar posibles situaciones de riesgo o señales de alerta, mediante las relaciones que tienen con los compañeros y amigos. Se pueden entender situaciones de riesgo como que un adolescente presentara autolesiones anteriormente; que haya factores de riesgo relevantes y escasez de factores protectores; que una familia transmita al centro que interpreta que hay riesgo; cuando los compañeros y amigos comuniquen esta interpretación al tutor; cuando los servicios de salud mental o servicios sociales comuniquen que existe una situación de riesgo. (Las situaciones de riesgo son las que establecen el

Gobierno de Navarra (2014) y la Xunta de Galicia (2018), y han sido escogidas por ser pertinentes y poder aplicarse con coherencia con el resto de actuaciones del protocolo).

Si se tiene conocimiento de cuáles son los factores de riesgo o señales de alerta, es posible la identificación de estos elementos y la prevención de malestares, además se deben potenciar los factores de protección que se detecten o fomentar la creación de los que no posee el alumnado. El trabajador social, junto con el tutor, se puede encargar de transmitir esta información al alumnado, también al profesorado docente o profesionales del centro que sean próximos al alumnado. Incluso se puede compartir estos conocimientos con las familias del alumnado. La información transmitida sería el contenido de la tabla 1, tabla 2 y tabla 3. O se puede llevar a cabo el trabajo social de grupo (informativo o formativo) como indica el Consejo General del Trabajo Social (2011), de esta manera se puede informar o formar a los miembros de la comunidad educativa (alumnos, profesores, familia) para que tengan conocimiento de la conducta suicida o identificar señales de alerta.

En esta fase de prevención también se pueden hacer actividades en el Día Mundial de Prevención del Suicidio (10 de septiembre), teniendo como mensaje clave de que el suicidio es prevenible y lo mejor es pedir y recibir ayuda. (Estas actividades vendrían por las menciones y medidas de IASP (2020a), la OPS (2021) y la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2022)).

Otras actuaciones del profesorado y el trabajador social pueden ser la construcción de un clima de convivencia positiva en la clase y centro de educación, la transmisión de valores como la solidaridad y fortalecer la autoestima del alumnado. Organizar tutorías grupales con el alumnado que busquen tratar normas de convivencia, el trabajo en equipo, la solicitud y prestación de ayuda en crisis personales, afrontar las dificultades de forma esperanzadora, y disminuir el estigma social que rodea a la conducta suicida. Facilitar la creación de redes de supervisión entre los adolescentes, de esta manera pueden ser acompañados y apoyados entre iguales, sobre todo cuando haya compañeros de clase en riesgo. (Estas actuaciones del profesorado y del trabajador social vienen de las actuaciones del profesorado que indica el

Gobierno de Navarra (2014) y la Xunta de Galicia (2018), y han sido seleccionadas por trabajar varias áreas y temas relevantes con el alumnado).

Tabla 1: Factores de riesgo de la conducta suicida.

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	
<b>PERSONALES</b>	<b>FAMILIARES</b>
Elevada impulsividad.	Entorno familiar conflictivo.
Baja autoestima. Sentimientos de inferioridad.	Ausencia de cuidados y atención al adolescente.
Presencia de autolesiones (cortes, arañazos, quemaduras).	Comunicación desagradable entre los miembros de la familia.
Abuso de estupefacientes.	Deterioro de vínculos con los familiares.
Recibir el alta de una hospitalización psiquiátrica recientemente.	Demandas desmesuradas por parte de los padres, tanto educativas como disciplinarias.
Haber sufrido maltrato físico y psicológico recientemente o en la infancia.	Antecedentes de suicidio en la familia.
Haber sufrido abuso sexual recientemente o en la infancia.	Abuso de drogas en algún miembro de la unidad familiar.
Haber intentado de suicidarse anteriormente en otras ocasiones. El riesgo es mayor dependiendo de:	Antecedentes de suicidio en la familia.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El número de intentos.</li> <li>• La agresividad del método empleado.</li> <li>• El nivel de encubrimientos de estos.</li> </ul>	Familia no flexible, ningún miembro puede alejarse de lo que se entiende como normal dentro de la unidad familiar.
<b>SOCIALES</b>	<b>ESCOLARES</b>
Limitada, pérdida o carencia de red social de apoyo.	Autoexigencia desproporcionada.
Aislamiento social.	Dificultades para comunicarse en grupo o con iguales.
Sentimiento de rechazo.	Sufrir violencia entre iguales, acoso escolar, tanto víctima como victimario.
Sensación de desarraigo sociocultural (cambio de entorno, ciudad, país).	Silencio o inacción por parte del entorno escolar, por temor a que suceda de nuevo una conducta suicida.

Acceso a medios letales.	Señalamientos de un alumno después de un intento de suicidio, por no saber cómo actuar.
Eventos vitales negativos.	Hacer caso omiso por parte de los adultos, por la incomodidad que causa la conducta suicida del adolescente.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallecimiento de un ser querido, o persona famosa que admire.</li> <li>• Fin de una relación sentimental.</li> <li>• Conflictos con la familia, con los iguales o con la pareja.</li> </ul>	

Fuente: Apartados de factores de riesgo de Jiménez Pietropaolo et al. (2011, 2016a, 2016b); Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León (2017); Gobierno de Castilla-La Mancha (2020); Gobierno de Aragón (2021).

Tabla 2: Factores de protección de la conducta suicida.

<b>FACTORES PROTECTORES</b>	
<b>PERSONALES</b>	<b>FAMILIARES</b>
Poseer habilidades comunicativas, sociales, y de resolución y adaptación de los problemas.	Presente apoyo familiar.
Alta autoestima, tener confianza en sí mismo.	Prestación de cuidados y atención del adolescente en la unidad familiar.
Aptitud de autorregular emociones.	Mantener una relación de apego en la familia o tener una persona de referencia en esta.
Observar vivencias y modos de resolver de otras personas con problemáticas semejantes.	Lazos familiares favorables, comunicación agradable dentro del entorno familiar.
Sensación de control en algunos sucesos vitales.	
Pedir consejo y ayuda cuando se presentan dificultades.	
Tener creencias religiosas.	
<b>SOCIALES</b>	<b>ESCOLARES</b>
Apoyo social o red de iguales.	Disponibilidad de un protocolo de actuación frente a la conducta suicida, desde prevención, pasando por el abordaje, hasta el trato después de un intento de suicidio.
Relaciones favorecedoras con personas de su entorno, como compañeros o profesorado.	Campañas que defiendan estar en contra del acoso escolar, además de informar sobre las

	consecuencias de este comportamiento, tanto legales como personales.
Comunicación favorable con personas de su entorno, como compañeros o profesorado.	Formación al profesorado, donde también se incluya cómo mejorar la comunicación entre el profesorado y el alumnado que pueda encontrarse en situación de riesgo de suicidio.
Contar con una o varias personas con las que hablar temas privados, sensibles o complicados.	Disponibilidad de líneas que sirvan de apoyo en una situación de crisis o urgencia.
Disfrute del ocio y tiempo libre, realizar actividades, sea físicas o de cualquier tipo, sin y con compañía.	Oportunidad del alumnado de obtener información sobre la conducta suicida.
Sensación de ser escuchado y querido, especialmente por personas con las que se mantiene lazos importantes.	Fomentar dinámicas de apoyo entre el alumnado, e indicar la forma de buscar ayuda de personas adultas, de qué manera y con quién comunicarse, si hiciera falta. Programas que permitan que los adolescentes tengan competencias en habilidades comunicativas, sociales, control de las emociones, y promueva que el alumnado tenga una autoestima positiva. Si sucede una muerte por suicidio en el centro, no se debe ocultar la situación, promover entre el alumnado el apoyo, y admitir las manifestaciones de duelo del alumnado.

Fuente: Apartados de factores protectores de Jiménez Pietropaolo et al. (2011, 2016a, 2016b); Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León (2017); Gobierno de Castilla-La Mancha (2020); Gobierno de Aragón (2021).

Tabla 3: Posibles señales de alerta de la conducta suicida.

### SEÑALES DE ALERTA

Las señales de alerta pueden ser identificadas en expresiones verbales, conducta o comportamiento, y aspecto físico o imagen corporal.

**En las expresiones verbales se pueden apreciar mensajes sobre el individuo mismo, hacia grupos de personas, y sobre el futuro del individuo.**

<p>Expresiones que dan a entender que su presencia estorba, o que su ausencia traería cosas buenas, o sobre su vida. Sentimientos de culpabilidad, odio o vergüenza.</p> <p>“No sirvo para nada” “Mi vida no vale la pena”</p>	<p>No visualiza escenarios futuros favorecedores, solo adversidades, o directamente no espera nada del futuro.</p> <p>“Todo va a ir a peor” “No se puede arreglar nada”</p>
--	---

<p>Se comunica lanzando mensajes de despedidas, en una conversación oral o escrita.</p> <p>Puede dar un abrazo fuerte cuando antes no lo hacía.</p> <p>“Nunca voy a dejar de quererte”</p>	<p>Sus intervenciones se relacionan con la muerte o desaparición.</p> <p>“Ojalá desapareciera” “Solo quiero descansar”</p> <p>“Prefiero no seguir vivo”</p>
--	---

Habla directamente sobre que quiere dejar de vivir o quitarse la vida. Esta situación puede desarrollarse en diferentes niveles de gravedad:

- Sin plantear el acto.
- Plantea un medio indefinido, no concreto.
- Plantea el medio determinado, pero sin plan.
- Plan suicida definido.

### Cambios imprevistos en el comportamiento o modo de actuar.

<p>Tendencia a estar irascible, más irritado, más agresivo, no mostrar respeto por las normas.</p>	<p>Perturbación del sueño y de la alimentación.</p>
--	---

<p>Se muestra tranquilo y calmado, cuando hace un rato se encontraba bastante agitado.</p>	<p>Aumento del consumo alcohol u otras drogas, y con una frecuencia mayor que la que tuviera anteriormente.</p>
--	---

<p>Deja de participar en actividades escolares que antes le gustaban. No participación en actividades grupales.</p>	<p>Se ve con tristeza en clase, desgastado o cansado, actitud pasiva o apática, indiferencia a elogios o halagos.</p>
---	---

<p>Aislamiento o búsqueda de soledad, está solo en los recreos.</p>	<p>Deja de realizar actividades que antes le gustaban.</p>
---	--

<p>Las relaciones sociales se ven mermadas, mínimo contactos con amistades y familiares, la persona se vuelve distante.</p>	<p>Bajada en la mayoría de notas, puede parecer que se esfuerza menos, aumento en las faltas y de forma injustificada, comportamiento inapropiado en clase. Todo esto cuando no sea frecuente en el alumno.</p>
---	---

Le cuesta concentrarse y parece que no atiende. Se comporta de forma temeraria, aún pudiendo haber consecuencias físicas graves.

Regala objetos personales y preciados a amistades. Cerrar cuentas o perfiles de redes sociales.

### **Cambios en el aspecto físico e imagen corporal.**

Dejadez en la higiene, escasa limpieza incluso en sus pertenencias. Aumento o disminución de peso considerable en un período de tiempo corto.

En algunas partes del cuerpo presenta lesiones recientes. Aspecto relativamente demacrado, por posibles alteraciones del sueño.

Fuente: Apartados de señales de alerta de Jiménez Pietropaolo et al. (2011, 2016a, 2016b); Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León (2017); Gobierno de Castilla-La Mancha (2020); Gobierno de Aragón (2021).

Si se llegara a detectar o comunicar la situación de riesgo de conducta suicida, se toman las medidas provisionales para supervisar, proteger y apoyar. Dentro del conjunto de estas medidas se encuentran la creación de un equipo de seguimiento que esté conformado por el trabajador social, el tutor docente y un miembro de dirección. Organizarse para que el adolescente esté siempre acompañado, no esté solo en los recreos o en los intercambios de clase entre aula y otra aula. Poner a disposición del estudiante un lugar al que pueda acceder (despacho o sala de tutorías) si lo necesita, estando acompañado por un amigo o compañero de clase. Analizar situaciones (ubicación de las aulas, instrumentos usados para lesionarse) que puedan considerarse un posible riesgo en los lugares y materiales usados por el adolescente. Intentar que el profesor con el que más confianza tenga esté también en el equipo de seguimiento, para garantizar que este pueda hacer una labor de seguimiento más intensiva. Asegurar la coordinación del equipo de seguimiento con los profesores docentes y otros profesionales (servicios de transporte o actividades extraescolares), para que tengan la información necesaria y que se comparta según se vaya actualizando. Realizar un control de la asistencia al centro y a clase y transmitir rápidamente a las personas de referencia una falta a clase que no fuera avisada previamente. Promover que algunos compañeros de clase o amigos del adolescente le acompañen durante el tiempo necesario, de esta manera puedan apoyarlo y comunicar cualquier problema que suceda. Y una coordinación y comunicación

fluida con los padres o tutores legales del adolescente. (Estas medidas provisionales vienen de las medidas del anexo V del Gobierno de Aragón (2021), y son las más apropiadas a seguir al abarcar de forma pormenorizada los pasos del proceso a realizar con un adolescente en esta situación).

Se realiza con los padres o tutores legales la entrevista para comunicar la información anterior, o terminar de concretar la situación si son estos quienes han transmitido que el adolescente está en situación de riesgo de conducta suicida. Si estos ya han contactado con los servicios de salud mental infanto-juvenil, el equipo de seguimiento, concretamente el trabajador social, se coordinarán para compartir la información y colaborar en el trabajo. Si todavía no se ha establecido contacto con estos servicios se procederá a una derivación.

Los profesores docentes compartirán sus impresiones con el equipo de seguimiento sobre el estado del adolescente, si presenta mejora o una evolución favorable, si sucede algún incidente que ya haya ocurrido anteriormente o uno nuevo. También se valorará con los profesores docentes que se adapte la metodología y criterios de evaluación, para impulsar el éxito escolar del adolescente en esta situación. Dejar la posibilidad de que tenga más tiempo para realizar los trabajos requeridos, responder de forma oral a preguntas de examen que no responda de forma escrita, o hacer pruebas en días y ubicaciones distintas al resto de la clase, o dar la opción de disminuir la cantidad de deberes. De este modo, se puede percibir que el equipo de seguimiento y los profesores docentes, así como el centro educativo, se muestra empático con la situación que está afrontando el alumno, buscando la prevención de emociones negativas o sentimientos de fracaso por parte del adolescente. De esta manera se puede ofrecer al alumno y a su familia expectativas positivas y confianza. (Las actuaciones de observar y compartir información vienen del anexo VI del Gobierno de Aragón (2021), y la adaptación de la metodología viene del trabajo de nivel terciario de la Xunta de Galicia (2018), esta última es escogida por brindar la flexibilidad que se merece cualquier estudiante que está en una situación complicada como esta).

Más adelante se puede realizar una evaluación por parte del equipo de seguimiento, donde se analice toda la información que se ha transmitido desde el inicio del proceso, desde la

compartida por los padres o tutores del menor de edad, hasta la compartida por el profesorado docente. Una vez realizado esto, el equipo de seguimiento valorará si se debe mantener el seguimiento específico y especial que se estaba llevando a cabo, o finalizar este y continuar con el seguimiento convencional, en esta decisión también influye la información que haya compartido el profesional de referencia de salud mental infanto-juvenil con el trabajador social. (Las actuaciones de evaluación vienen del anexo VII del Gobierno de Aragón (2021)).

Las actuaciones a realizar si un adolescente ha intentado suicidarse se agrupan en dos momentos, antes de la reincorporación al centro y el mismo día que se reincorpora. En el primer momento, el profesional de referencia de salud mental o psiquiatría infanto-juvenil en la que se encuentre el adolescente comunicará e indicará las acciones que deben realizarse, para que la acogida de vuelta sea favorable para el adolescente tras el alta. Se tendrá una reunión con los padres o tutores legales y se comunicarán las acciones que se tomarán respecto a las medidas provisionales de supervisión, protección y apoyo. Se crea el equipo de seguimiento y se informa al profesorado del suceso, de la reincorporación, de las necesidades detectadas y de la sucesión de medidas de acompañamiento y supervisión requeridas para con el adolescente. En el segundo momento, en la reincorporación al centro, previamente o en el mismo día, el trabajador social y el tutor se reúnen con el adolescente para comunicar los recursos que se disponen para su situación, de esta manera puede tener claro quiénes son las personas involucradas (del profesorado o compañeros de clase) en acompañarlo y qué canales de comunicación usar con estas. Además, se conversa y se llega a un acuerdo sobre cuánta información del caso se transmite a los compañeros. (Las actuaciones de ambos momentos vienen del anexo VIII del Gobierno de Aragón (2021), por ser precisas y apropiadas por las características de la situación).

En el caso de que el intento de suicidio haya trascendido públicamente, no se debe silenciar el acto, pero se debe enfocar en la necesidad de poder recibir ayuda, ni se debe compartir detalles. Se deben aclarar conceptos y transmitir recomendaciones, esto puede hacerlo el tutor junto al trabajador social. Previamente en la clase, sin la presencia del adolescente, se puede permitir que el alumnado se exprese libremente, desde el respeto, evitando por completo el trato de rumores o habladurías. Además se debe informar de que el centro no tolerará ninguna

acción que busque reírse o alabar al compañero que ha intentado suicidarse. (Estas actuaciones de este supuesto vienen también del anexo VIII del Gobierno de Aragón (2021).

En el caso de que sucediera la pérdida de un adolescente por suicidio, el centro educativo debe prestar atención a las necesidades del alumnado, el trabajador social y el profesorado deben realizar el acogimiento, la escucha, y compartida de sentimientos y emociones con el alumnado. El trabajador social y el tutor del alumno fallecido deben coordinarse con la familia, compartir con esta la propuesta de plan de trabajo, escucharla y pedir permiso. Estos también deben comunicar el suceso a los compañeros de clase, además del proceso de duelo que se va a llevar a cabo y dejar claro que el suicidio es prevenible y lo mejor es pedir y recibir ayuda. El trabajador social puede dar indicaciones al profesorado sobre el contenido y forma que tiene que tener la información transmitida al alumnado, usando de apoyo las recomendaciones a los medios de comunicación de Euregenas (2013), Acosta Artiles FJ. et al. (2017), la OPS (2018) y el Ministerio de Sanidad de España (2020).

Se debe asegurar que los profesores estén presentes y se muestren cercanos en los momentos de dolor, y, si es posible, cancelar algún acto extraordinario del centro que coincidiera en los días próximos a la pérdida del alumno. Se debe respetar los procesos de duelo y retomar los ritmos habituales del entorno escolar y familiar sin precipitación alguna, además de prestar especial atención al comportamiento afectivo-emocional del alumnado, ya que no todos tienen las mismas capacidades, pero igualmente pueden elaborar y superar un proceso de duelo. Se debe facilitar que los compañeros de clase se expresen y verbalicen las emociones que sientan, y promover que se recuerden las vivencias favorecedoras que se hayan tenido con el estudiante fallecido. (Las actuaciones de este supuesto vienen de las indicaciones de la posvención de la Xunta de Galicia (2018), han sido escogidas por el cuidado y la implicación que se tiene con los alumnos, elementos vitales para garantizar el bienestar del alumnado).

Durante todo esto último se observa detalladamente al alumnado y el apoyo que se dan, advertir las distintas emociones que pueden tener los compañeros de clase o grupos de alumnos, como sentirse culpables, tristes, hostiles o con rabia, o la angustia que puede

causarles la situación. De esta manera, si algún adolescente no presenta una evolución favorable, se avisa a la familia para que se valore la derivación a salud mental infanto-juvenil. Se compartiría la evolución del adolescente con el profesional de referencia, psiquiatra o psicólogo, y se realizaría la coordinación necesaria. Todo esto busca aportar ayuda mutua y específica para las personas allegadas que sufren la pérdida, poniendo especial atención a la posibilidad de que algún adolescente presente duelo complicado. (Estas actuaciones también vienen del supuesto de la posvención de la Xunta de Galicia (2018)).

## **5. Conclusiones**

### **5.1 Discusión de los resultados**

Se ha investigado las actuaciones que se pueden realizar desde la figura profesional del trabajo social en la detección de situaciones de riesgo de suicidio y su prevención en centros de educación secundaria. Para esto se ha estudiado las funciones del trabajo social en el sistema educativo y se ha visto que son amplias, porque promueve el bienestar de las personas al favorecer e impulsar los recursos personales y materiales de ellas mismas y de su entorno. Por sus competencias logra que los tres elementos diferenciados del centro se entiendan entre ellos, (los alumnos, las familias y los docentes), y encuentra los intereses de los diferentes grupos que sean comunes, consiguiendo la inclusividad. Debido a que compagina necesidades sociales y educativas, y la capacidad de desplazamiento de esta profesión entre diferentes dispositivos (dentro y fuera del ámbito educativo) el trabajo coordinado se ve potenciado. El trabajador social se encarga de la recepción de demandas y solicitudes, y de la entrevista con los padres o tutores legales para recabar más información o responder cuestiones que tengan. Analiza y valora las demandas, realizando una propuesta que responda a la situación, siendo posible que las respuestas sean más amplias, por encajar varias solicitudes y viendo la idoneidad de la medida en aumentar el grupo destinatario (trabajo social de grupo). Aquí se puede encontrar el proceso de conocer a una familia, valorar su situación, y, si procede, asesorarla u orientarla. También se encarga de registrar la solicitud realizada, dar de alta el caso, y apertura de la ficha social y expediente.

Dentro de algunas funciones del trabajo social en los centros educativos hay acciones que permiten la detección de adolescentes con conducta suicida. La observación del alumnado permite la detección de situaciones de riesgo y la identificación de dificultades. La sensibilización y transmisión de conocimiento al profesorado causa que este identifique signos y señales de riesgo o alerta que pueda presentar el alumnado. La coordinación con salud mental infanto-juvenil facilita indicaciones a seguir o aspectos a los que dar prioridad según vaya evolucionando el caso, la actualización de conocimientos y su transmisión potencia la adaptabilidad de los profesionales y su ejercicio en el caso, que es lo más viable

y no que sea el menor el que se adapte a todo. La intervención en casos de absentismo escolar también permite la detección, ya que se ha visto anteriormente que no es un problema en sí, sino un indicador de la posibilidad de varias problemáticas en las familias.

La participación del trabajador social en la aplicación y ejecución de medidas y programas planteados por los distintos planes y estrategias respecto a salud mental y conducta suicida, y el uso de las herramientas que dispongan las líneas de actuación, conlleva a que el ejercicio de todos estos elementos facilite situaciones y condiciones en las que es menos complicado detectar conductas suicidas por parte de los profesionales implicados, e incrementan la capacidad de detección. Además, ya que se pretende crear e instaurar un protocolo de intervención conjunta, a partir de la coordinación en el trabajo de los equipos de salud mental y centros educativos, queda más clara la figura del trabajador social como punto de unión entre las áreas sanitarias y educativas.

Dentro de la intervención social y familiar en el entorno educativo, el trabajador social se puede percatar de si el adolescente presenta un comportamiento suicida o si se encuentra en una situación de riesgo de conducta suicida, porque averigua cómo se realizan las funciones de protección, educación y socialización, y qué aspectos de la familia son el origen de conflictos o de disfunción familiar.

Respecto a las menciones que se hacen del trabajo social en los protocolos o planes de actuación de la conducta suicida en centros educativos, se puede comprobar que no es una figura profesional que se llegue a concretar frecuentemente, es decir, se menciona como posible profesional de un servicio especializado externo al centro, como integrante del equipo de orientación específico, no suele ser mencionado como implicado directo dentro de los recursos del centro educativo. La figura profesional que más relación puede tener es la figura del orientador, que es bastante mencionada, sin llegar a concretar el perfil de especialización, siendo comúnmente un psicólogo o un trabajador social. De esta manera, queda clara la necesaria visibilización de la profesión en los diferentes procesos que hay en los centros de educación y no solo en el sistema educativo.

Finalmente, una acción que permite la detección y que, a su vez, puede formar al profesorado sobre protocolos que aborden la conducta suicida, es la modalidad de intervención social de trabajo social de grupo (informativo o formativo). El trabajador social puede detectar comportamientos o señales de alerta, a la vez que informa o capacita a los diferentes agentes y miembros del centro educativo (alumnado, profesorado, familia) para que entiendan o identifiquen las situaciones de riesgo de conducta suicida. Especialmente en el profesorado, puede formar sobre la prevención de la conducta suicida, dar indicaciones sobre el contenido que debe tener la información que se transmite al alumnado (expresiones a evitar, no dar cierto datos); y afianzar la información y los procesos que conforman el protocolo del centro que aborda la detección e intervención sobre la conducta suicida. El trabajador social al fomentar y reforzar las redes sociales y el apoyo entre iguales, facilita que las personas identifiquen y comuniquen que otra persona necesita ayuda, o que las personas mismas pidan y reciban ayuda.

Todos los conocimientos reunidos permiten entender la flexibilidad, adaptabilidad, y pertinencia de la figura profesional del trabajo social en un centro educativo. Y la aportación de la propuesta de protocolo refleja la necesidad de esta figura en los procesos para poder lograr lo que se busca, el bienestar biopsicosocial de los adolescentes.

## **5.2 Limitaciones de la investigación**

Las publicaciones que unen el trabajo social y el suicidio suelen centrarse en el acompañamiento que realiza el profesional en el duelo que pasan las personas que pierden a un ser querido, y no tanto en las funciones de prevención y detección que puede desempeñar, es una materia en la que se carece un poco de producción e investigación.

La documentación o información relevante que ha sido publicada en los meses recientes, por un lado facilitaba que algunos conocimientos fueran los más actuales, y por otro lado tenía como inconveniente que tuvieran que ser revisados y añadidos sobre la marcha mientras se realizaba el trabajo.

Hubiese sido fructífero y gratificante realizar entrevistas a profesionales que tuviesen relación con este ámbito, como un orientador de un instituto o un trabajador social de un centro educativo, para conocer más este asunto de mano de profesionales implicados y compartir impresiones sobre la propuesta de protocolo.

### **5.3 Prospectiva y líneas de investigación futuras**

En el apartado anterior se ha visto como una limitación la falta de contenido en relación a las funciones de prevención y detección que puede desempeñar el trabajo social en el suicidio, pero esto también puede interpretarse como una oportunidad para averiguar cuáles son los ámbitos del trabajo social, y las características de estos, que reúnen las condiciones necesarias para que las funciones de la profesión favorezcan la detección y prevención.

Respecto a la implicación del trabajador social en la ejecución de las medidas de las estrategias o planes de actuación en salud mental, y su evaluación sobre los resultados obtenidos, sería muy productivo un estudio de los efectos después de un tiempo no reciente de la finalización de los programas, siendo de especial interés la repercusión social después de un tiempo de medio-largo plazo.

Sería favorecedor conocer la viabilidad de los protocolos estudiados, en cuanto a su desarrollo estos últimos años, si se ha llevado a cabo con las pautas establecidas, si se ha estado recogiendo las actuaciones realizadas en los casos, el tiempo de duración que han tenido, si se ha cerrado alguno y luego se ha vuelto a abrir, como posibles recaídas. En definitiva, si se ha recogido material suficiente para poder sistematizar lo trabajado, de cara a la reflexión, el autoconocimiento y búsqueda de mejorar la práctica.

## 6. Referencias

### 6.1 Bibliografía

- Acosta Artilles, F. J., Rodríguez Rodríguez-Caro, C. J., & Cejas Méndez, M. R. (2017). Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Revista Española de Salud Pública* (Vol. 91). <https://bit.ly/3IhOATf>
- Castro Clemente, C., & Pérez Viejo, J. (2017). El Trabajo Social en el entorno educativo. *Barataria. Revista Castellano-Manchega De Ciencias Sociales*, (22), 215-226. <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i22.309>
- Consejo General del Trabajo Social. (2011). *El Trabajo Social en el Sistema Educativo*. <https://bit.ly/3a0cnKH>
- Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León. (2017). *Atención y prevención de la conducta suicida*. <https://bit.ly/3y1ZJ5L>
- Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements (Version 1.0)*. <https://bit.ly/3Nvxi5V>
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide, étude de sociologie*. Paris. <https://bit.ly/3y7quWz>
- European Regions Enforcing Actions Against Suicide. (2013a). *Herramienta de Prevención del Suicidio. Para profesionales de Medios de Comunicación*. <https://bit.ly/3ucUFKG>
- Fernández Fernández, D. (2014). El trabajo social en la red de orientación educativa. *Padres Y Maestros / Journal of Parents and Teachers*, (358), 5-8. <https://doi.org/10.14422/pym.y2014.n358.001>
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (2022). *Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025*. <https://bit.ly/3bDvsmh>
- Gobierno de Aragón. (2021). *Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo. Guía para centros escolares. Protocolo de acción inmediata*. <https://bit.ly/3NA0pVA>
- Gobierno de Castilla-La Mancha. (2020). *Guía para la prevención de la conducta suicida. Dirigida a docentes*. <https://bit.ly/39Z4dSN>
- Gobierno de Navarra. (2014). *Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicida*. <https://bit.ly/3yx1qd2>

- Herrera Ramírez, R., Ures Villar, M. B., & Martínez Jambrina, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 123–134. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000100009>
- Jausoro Alzola, K., & Aranguren Vigo, E. (2019). El trabajo social en el sistema educativo vasco, una apuesta social y política. *Zerbitzuan*, 68, 25–35. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.68.02>
- Javier Jiménez Pietropaolo, Montserrat Montes Germán, Antonia Jiménez González, Amara Mayoral García, José Luis Escudero Cariñana, & Eva Cid Labrador. (2016a). *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales*. <https://bit.ly/3OxwAX8>
- Javier Jiménez Pietropaolo, Montserrat Montes Germán, Antonia Jiménez González, Amara Mayoral García, José Luis Escudero Cariñana, & Eva Cid Labrador. (2016b). *Guía para la prevención de la conducta suicida. Dirigida a docentes. Enseñales a vivir*. <https://bit.ly/3NwjhVD>
- Javier Jiménez Pietropaolo, Silvia Martín Ulloa, Teresa Pacheco Tabuena, José Luís Pérez-Iñigo Gancedo, José Ignacio Robles Sánchez, Paloma Santiago García, & Andrés Torras García. (2011). *Guía para familiares. Detección y prevención conducta suicida*. <https://bit.ly/3npYEzB>
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. (2015). *IV Plan de Salud de Castilla y León*. <https://bit.ly/3AbmMha>
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. (2016). *Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida*. <https://bit.ly/3NpYzXq>
- Mental Health Europe. (2021). *If not now when? Mental Health Europe's Strategic Plan*. <https://bit.ly/3P8kkwC>
- Ministerio de Sanidad de España. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (revisada septiembre 2020)*. [https://doi.org/10.46995/gpc\\_481](https://doi.org/10.46995/gpc_481)
- Ministerio de Sanidad de España. (2020). *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales*. <https://bit.ly/3y3RXsa>

- Ministerio de Sanidad de España. (2022a). *Estrategia de Salud Mental 2022-2026*.  
<https://bit.ly/3NuIOJJ>
- Ministerio de Sanidad de España. (2022b). *Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024*.  
<https://bit.ly/3NuCSpe>
- Moix Martínez, M., Aguado Santos, C. (2006). *La práctica del Trabajo Social*. Síntesis.
- Observatorio del Suicidio en España. (2019). *Observatorio del Suicidio en España 2019*.  
<https://bit.ly/3y4IuAT>
- Observatorio del Suicidio en España. (2020). *Observatorio del Suicidio en España 2020*.  
<https://bit.ly/3OAgY52>
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes*. <https://bit.ly/3a1EKrR>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*.  
<https://bit.ly/3AeE9xu>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Prevención del Suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2017*.  
<https://bit.ly/3I2YCr4>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>
- Pedreira, J. L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 24(3), 217–237. <https://doi.org/10.5944/rppc.26280>
- Rangel Villafaña, J. N., & Jurado Cárdenas, S. (2021). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39–48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Universidad de Valladolid. (2010). *Graduado/a en Trabajo Social*.
- Xunta de Galicia. (2018). *Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo*. <https://bit.ly/3bDqENL>

## 6.2 Webgrafía

- European Regions Enforcing Actions Against Suicide. (2013b). *Online Library*. European Regions Enforcing Actions Against Suicide. <https://bit.ly/3NKXycN> [consulta: 18/03/2022]
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. *Observatorio del Suicidio en España*. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. <https://bit.ly/3yAi4am> [consulta: 18/03/2022]
- Instituto Nacional de Estadística de España. *Defunciones según la causa de muerte*. Instituto Nacional de Estadística de España <https://bit.ly/3OQ1zhi> [consulta: 13/03/2022]
- International Association for Suicide Prevention. (2020a). *About WSPD*. International Association for Suicide Prevention. <https://bit.ly/3a3nrGM> [consulta: 18/03/2022]
- International Association for Suicide Prevention. (2020b). *Decriminalisation*. International Association for Suicide Prevention. <https://bit.ly/3I0atWW> [consulta: 18/03/2022]
- Mental Health Europe. *COVID-19 Pandemic and Mental Health*. Mental Health Europe. <https://bit.ly/3uLeJnR> [consulta: 20/05/2022]
- Ministerio de Sanidad de España. (2022c) 024. *Línea de atención a la conducta suicida*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. <https://bit.ly/3QY5GcI> [consulta: 20/05/2022]
- Ministerio de Sanidad de España. 2022d, 11 de mayo. *El CISNS aprueba el Plan de Atención de Salud Mental 2022-2024 dotado con 100 millones de euros*. [Comunicado de prensa]. <https://bit.ly/3ucXNq5> [consulta: 20/05/2022]
- Organización Mundial de la Salud. 2021, 17 de junio. *1 de 100 muertes es por suicidio*. [Comunicado de prensa]. <https://bit.ly/3bDUbXn> [consulta: 18/03/2022]
- The Global Health Observatory. *Suicide Rates*. World Health Organization. <https://bit.ly/3AvvvuJ> [consulta: 13/03/2022]