



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación de Palencia

MÁSTER EN PROFESORADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA Y  
BACHILLERATO, FORMACIÓN PROFESIONAL Y ENSEÑANZA DE IDIOMAS

TÍTULO:

**La salud mental en el ámbito educativo**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ESPECIALIDAD INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA

AUTORA: **Cristina González Martínez**

TUTORA: Maria Ángeles Antón Sierra

Palencia, 18 julio de 2022

## **Resumen**

El presente trabajo trata de dar una visión general sobre la situación actual de la salud mental de la población, en especial de los adolescentes. A través de los datos estadísticos existentes se ha comprobado un empeoramiento progresivo del bienestar emocional de los adolescentes, que se ha manifestado en el aumento de las conductas suicidas y de las autolesiones, una situación que se ha visto agravada por la pandemia. A partir de esta visión se ha tratado de recopilar los recursos disponibles (sanitarios, educativos, asociaciones...), de los que se dispone en España en esta materia. Para así, comprobar cómo se está abordando.

Uno de estos recursos son las guías y protocolos para la prevención de la conducta suicida para el ámbito educativo. Estos han sido analizados y comparados para conocer y así determinar que sus aspectos positivos y negativos de cada uno, que puedan servir a en la realización de los protocolos de las regiones que aún no disponen de ellos como es el caso de Castilla y León.

**Palabras clave:**

Salud mental en jóvenes/ conductas suicidas/ suicidio/ autolesiones/ protocolos de prevención.

**Abstract.**

His paper aims to give an overview of the current state of mental health of the population, especially adolescents. Existing statistical data have shown a progressive deterioration in the emotional well-being of adolescents, manifested in the increase in suicidal behaviour and self-harm, a situation that has been aggravated by the pandemic. Based on this vision, we have tried to collect the available resources (health, education, associations...), which are available in Spain in this area. So, check how it is being addressed.

One of these resources is guidelines and protocols for the prevention of suicidal behavior for the educational field. These have been analyzed and compared to know and thus determine their positive and negative aspects of each, which can serve in the realization of the protocols of regions that do not yet have them as is the case of Castile and León.

**Key words.**

Mental health in youth/ suicidal behavior/ suicide/ self-harm/ prevention protocols.

# ÍNDICE

## **1. INTRODUCCIÓN.**

## **2. JUSTIFICACIÓN.**

## **3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

3.1. SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO SOCIAL ACTUAL.

3.2. LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES EN ESPAÑA.

3.2.1. Los efectos de la pandemia en la salud mental de la juventud.

3.2.2. Las autolesiones en adolescentes.

3.2.3. La ideación suicida y el suicidio adolescente.

3.2.4. La Salud mental juvenil en Castilla y León.

## **4. RECURSOS EXISTENTES EN MATERIA DE SALUD MENTAL.**

4.1. RECURSOS PÚBLICOS.

4.2. RECURSOS PRIVADOS Y TERCER SECTOR.

4.3. RECURSOS MASS MEDIA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACION Y DE A  
COMUNICACIÓN.

## **5. REVISIÓN DE LOS PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN LOS CENTROS EDUCATIVOS**

5.1. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA

5.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO

5.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

5.2.2. ACTUACIONES QUE FAVORECEN EL BIENESTAR EMOCIONAL DEL ALUMNADO.

5.2.3. CONCEPTUALIZACIÓN Y MITOS ACERCA DEL SUICIDIO.

5.2.4. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN.

5.2.5. SEÑALES DE ALARMA

5.2.6. INTERVENCIÓN

5.2.7. POSVENCION

5.3. CARENCIAS DE LOS PROTOCOLOS EXISTENTES.

## **6. CONCLUSIONES.**

## **7. BIBLIOGRAFÍA.**

## **8. ANEXOS.**

## **1. INTRODUCCIÓN.**

El campo de la educación constituye una de las bases de las sociedades actuales, y como tal, el Estado español la concede una gran importancia tanto en las leyes como en los recursos destinados a la misma. Ya que de ella depende tanto el progreso de los países como el bienestar individual y colectivo y en una sociedad cambiante como la que vivimos este campo se tiene que adaptar a las nuevas circunstancias que se presentan.

Actualmente se ha visto un gran deterioro de la salud mental de la población en general en especial de los adolescentes. Los cuales durante la reciente pandemia se han visto privados, de situaciones y relaciones sociales en un momento en el que son cruciales para su desarrollo como individuos.

El tema que se va a tratar en este trabajo de fin de máster es el estado de la salud mental de la población joven y adolescente de España a través de la búsqueda de informes, estudios y documentos que nos aporten la información suficiente para el análisis de un problema cada vez más evidente en nuestra sociedad. Una vez que conozcamos la situación de esta problemática se ha recopilado toda la información referente a los recursos disponibles (públicos y privados para tratar el tema que nos ocupa, la salud mental. Para a continuación centrarnos en un nuevo recurso procedente del ámbito educativo, los protocolos para la prevención de la conducta suicida en los centros educativos dirigidos a docentes.

Esta revisión comparativa ha sido realizada con objeto de examinar su funcionalidad, utilidad y adecuación a la situación actual. Estos documentos constituyen una iniciativa que proporcionará herramientas al profesorado para saber actuar en la prevención de las conductas suicidas, una situación en aumento en los centros educativos, ante la que el profesorado se encuentra sin herramientas para saber actuar. Pero algunos de estos protocolos, son nuevos, ya que el Estado ha solicitado recientemente a las comunidades autónomas su implementación como obligatoria, de modo que desde el departamento de orientación y desde la figura profesional de profesor técnico de servicios a la comunidad podrá revisar estos protocolos para su mejora como se ha hecho en el presente trabajo.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Se ha decidido centrar el tema del presente trabajo en la salud mental de los adolescentes dado aumento de noticias en las que se pone en evidencia la fragilidad emocional. Una problemática cada vez mayor, hasta el punto de que en muchos medios de comunicación la están llamando la “pandemia invisible”.es por ello por lo que se ha visto necesario un conocimiento sobre el tema y así poder entender que es lo que está sucediendo concretamente.

Es importante tener en cuenta papel de los centros educativos como uno de los recursos más importantes que existen para la prevención, protección e intervención con menores en riesgo de suicidio. No solo por ser un lugar de aprendizaje y de convivencia, sino porque también es un lugar de seguridad donde se intenta mitigarlas desigualdades que puedan existir fuera del contexto educativo. En casa también pueden ocurrir situaciones de violencia que pueden constituir un pretexto recuente y un factor de riesgo para que se desencadene una conducta suicida o cualquier problema asociado. Además, el profesorado debe estar implicado y atento ante cualquier tipo de violencia familiar que pueda generar otros problemas, como de salud mental(LOEPIVI 2021). esta misma ley de obligatorio cumplimiento también garantiza una atención a la salud mental integral y adecuada a su edad, algo de lo que forma partela puesta en marcha de los protocolos para la prevención de la conducta suida.

Epígrade a parte.

Este trabajo de fin de máster ha hecho que se adquieran una serie de competencias que vienen recogidas en la, Ley Orgánica 2/2006 de Educación.

Generales:

G.5. Diseñar y desarrollar espacios de aprendizaje con especial atención a la educación emocional y en valores, la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, la formación ciudadana y el respeto de los derechos humanos que faciliten la vida en sociedad, la toma de decisiones y la construcción de un futuro sostenible. (al haber tenido en cuentaque la la educación emocional como un elemento fundamental de la educación y como un factor de prevención para prevenir las conductas suicidas)

G.7. Conocer los procesos de interacción y comunicación en el aula, dominar destrezas y habilidades sociales necesarias para fomentar el aprendizaje y la convivencia en el aula, y abordar problemas de disciplina y resolución de conflictos. (ya que a partir de la realización de éste trabajo se ha tenido que hablar y comunicarse otras personas que me han hecho

comprobar que la comunicación juega un papel determinante en la buena actuación del profesorado, cuanto menos en la de los profesionales del departamento de orientación cuyas funciones, dependen mucho de ella)

G.8. desarrollar las funciones de tutoría y de orientación de los estudiantes de manera colaborativa y coordinada  
G.11. Informar y asesorar a las familias acerca del proceso de enseñanza y aprendizaje y sobre la orientación personal, académica y profesional de sus hijos. (durante la realización este trabajo también se ha conocido la tarea de la que se encarga el departamento de orientación y la importancia de la coordinación entre profesionales para llevar a cabo una intervención adecuada)

E.E.8. Adquirir criterios de selección y elaboración de materiales educativos. (sobre todo se ha aprendido a elaborar materiales educativos a la hora de revisar estos protocolos)

### 3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

En primer lugar, se comenzará por situar el presente trabajo mediante la descripción de la situación actual en la que se encuentra la salud mental en España, en particular la de la población adolescente. Para ello se han utilizado gráficas y estudios que han servido de referencia para poder describir y delimitar la problemática a la que se debe hacer frente, que nos servirá para mostrar la necesidad y que sirvan de apoyo a la propuesta de intervención en el campo educativo que se realizará a continuación.

#### 3.1 SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO SOCIAL ACTUAL

Según la OMS la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de su vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de tu comunidad. Desde hace ya algunos años, este, es un tema bastante recurrente en los medios de comunicación y en la opinión pública, haciendo referencia al mal estado de la salud mental de la sociedad europea, y por ende a la de España, pero también al déficit de los recursos destinados a la misma. Un tema que se trata con mayor frecuencia desde la pandemia que se ha vivido recientemente, que ha provocado situaciones en las que la población se ha visto privada de relaciones sociales aumentando en ella sentimientos de soledad. Pero también ha sido un suceso que nos ha hecho replantearnos algunas cuestiones vitales que quizás antes pasaban desapercibidas al haber tenido que frenar el frenético ritmo de vida que estábamos llevando. Pero ¿es cierto? ¿Qué está sucediendo para que se considere que existe un problema respecto a la salud mental? ¿Qué magnitud tiene la problemática? estas y algunas otras preguntas intentaremos resolver para determinar cuál es la situación actual de la salud mental en España, y así conocer la magnitud de la problemática.

Según la última Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) realizada en el año 2020 los problemas más frecuentes en cuanto a la salud mental son la ansiedad y la depresión. Con porcentajes de 5,84 y 5,28 de ansiedad y depresión respectivamente en la población mayor de 15 años, es decir, 5 de cada 100.000 habitantes, siendo el país junto con Grecia con mayor número de diagnósticos en depresión. En este sentido, se debe tener en cuenta que este dato no corresponde a la realidad, ya que únicamente corresponde a los casos diagnosticados y no todas las personas que necesitan tratamiento llegan a ser diagnosticadas.



Otro indicador que puede ser importante a la hora de hacer una fotografía del estado de la salud mental en España, es el porcentaje de la población española que ha tomado psicofármacos, (relajantes, tranquilizantes, ansiolíticos, o medicamentos para dormir), que constituye el tratamiento más recurrente, debido a la falta de psicólogos en atención primaria. Este porcentaje que asciende al 10,86% siendo uno de los países junto con Portugal líderes en su consumo (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2021).

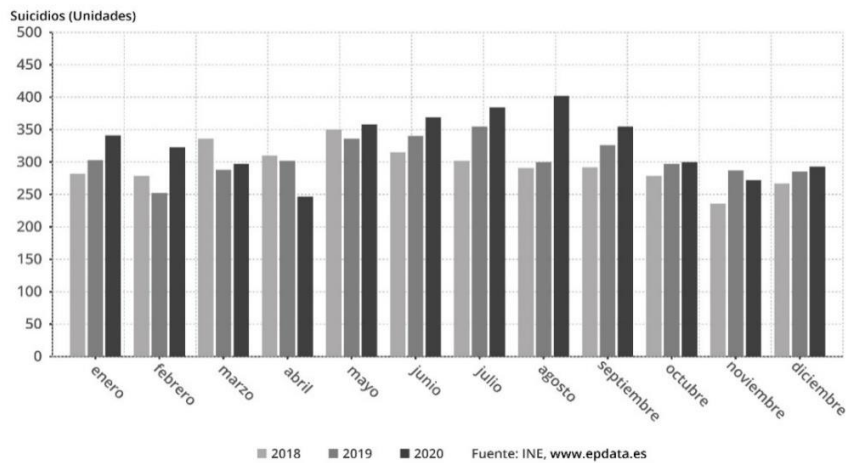
Tener momentos de tristeza, duda, cuestionamiento o desánimo o estrés forman parte de la vida, tal y como lo hacen la alegría la felicidad o el divertimento. Los cuales no implican un diagnóstico de depresión o ansiedad. Es por ello por lo que para poder decir que tenemos cualquiera de ellas las emociones deben existir de forma prolongada en el tiempo y producir en la persona que las padece un impedimento a la hora de realizar una o varias actividades diarias.(Gottschalk & Domschke, 2017)

Otra evidencia del empeoramiento de la salud mental en España es el aumento del número de personas que terminan con su vida de forma voluntaria. Un dato que ha aumentado hasta tal magnitud que se está denominando comúnmente como “la pandemia invisible”. Este aumento se puede observar en la gráfica que se muestra a continuación donde aparecen los datos del número de suicidios producidos en España durante los años 2018, 2019 y 2020. En ella se puede observar que los años previos a la pandemia (2018 y 2019) se produce un aumento leve en la mayoría de los meses con alguna excepción. Pero se produce un aumento aún mayor en el año 2020 sobre todo en los meses posteriores a la pandemia.

**Gráfica 1:**

N.º de Suicidios en España durante los años 2018, 2019 2020.

### Suicidios por mes en 2018, 2019 y 2020 en España



Como se ha observado en la gráfica anterior la tendencia de suicidios va en aumento, pero si nos fijamos en las edades de las personas que lo han hecho en la siguiente tabla correspondiente al año 2020(INE, 2020) todas las personas que murieron por esta causa el 2020, el 40,8% tenían entre 40 y 59 años, siendo el grupo de edad más afectado, seguido de los mayores de entre 60 y 79 años (el 26,9%) y los jóvenes de 20 a 39 años (el 16,8%). Y como se puede observar las cifras han ido en aumento respecto a los 9 años atrás que aparecen en la tabla.

**Tabla 1:**

las cifras de suicidio en España por edades (INE 2020)

### Las cifras del suicidio en España, por edades

Página 1 de 2 >

Años	De 1 a 9	De 10 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 a 59	De 60 a 69	De 70 a 79	De 80 a 89	De 90 y más
2019	0	75	241	413	731	761	524	468	362	96
2018	0	77	198	396	708	758	512	403	403	84
2017	0	63	223	452	711	783	481	449	439	78
2016	0	70	189	456	704	700	533	448	374	95
2015	0	66	238	427	742	704	479	453	416	77
2014	0	69	260	504	843	751	524	461	421	77
2013	0	66	244	518	791	774	527	501	394	55
2012	0	57	253	548	704	626	423	482	386	60
2011	0	47	199	496	643	552	392	462	339	50

En la tabla anterior hemos visto además la magnitud del problema de la salud mental en España hasta el punto de que el suicidio es la principal causa no natural de muerte en nuestro país según el Instituto Nacional de Estadística (INE), lo que confirma que existe un problema respecto a la salud mental de la población en general, pero en el caso de la población adolescente que es la población objeto de este trabajo, no aparece como un problema. Es por ello, que a continuación veremos una serie de datos que nos pueden ayudar a determinar cómo se encuentran los adolescentes españoles.

### 3.2. LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Aunque en algunos de los estudios que se han encontrado respecto a este tema abarcan un periodo vital más amplio que la adolescencia, desde los 10 hasta los 25 años según el estudio o informe, este trabajo estará destinado a analizarla etapa adolescente que la OMS delimita entre los 10 y los 19.

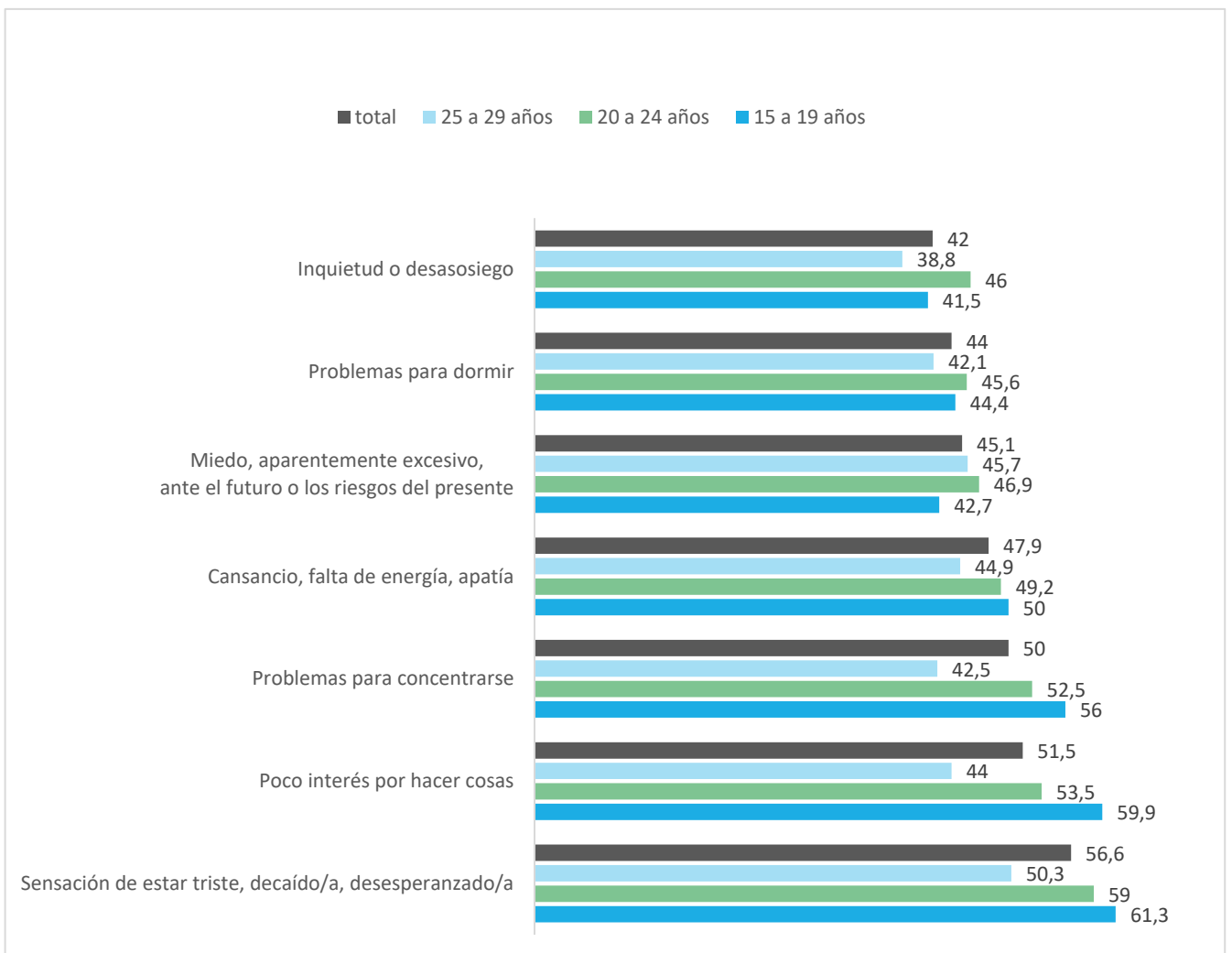
Los cambios emocionales en la adolescencia son consustanciales a esta etapa del desarrollo debido a los cambios biológicos propios de la misma, como son los cambios físicos, hormonales o cambios en su estructura cerebral. A estos cambios, se puede añadir la influencia de las circunstancias sociofamiliares a las que puedan estar expuestos como la pobreza, la violencia o el tipo de educación recibida, que pueden hacer que los adolescentes sean más vulnerables. También existen otros factores sociales que pueden contribuir al estrés en esta etapa, como son la exposición a la adversidad, la presión social de sus compañeros y la exploración de su propia identidad, la influencia de los medios de comunicación o la imposición de normas de género.... Todos determinantes importantes en la salud mental de los adolescentes y en su calidad de vida que pueden actuar como factores de riesgo o protección frente al hecho de padecer una enfermedad mental u otras problemáticas.

Respecto a este tema, de la salud mental y del bienestar emocional de los adolescentes, la fundación FAD ha publicado recientemente el Barómetro juvenil de 2021, un estudio realizado a 1501 jóvenes de varias partes de España de entre 15 y 29 años entre los años 2019 y 2021 se puede observar un empeoramiento tanto en la autopercepción de la salud en general, como en los problemas ligados a la salud mental como los psicosociales, lo cual se puede atribuir en cierta medida a la pandemia de la COVID-19 y a las situaciones de incertidumbre derivadas de la misma. Este estudio también muestra que, en solo dos años, desde 2019, ha caído la

percepción de buena salud entre la población de 15 a 29 años en casi 20 puntos, ha aumentado el porcentaje de jóvenes que declara haber padecido problemas de salud mental, así como la ideación suicida o los niveles de estrés declarados.(Sanmartín, 2021).

En la gráfica que mostramos a continuación perteneciente al mismo estudio(Sanmartín, 2021), muestra cuales son los problemas psicosociales más comunes entre la juventud que son la tristeza (56,6%), la falta de interés por hacer cosas (51,5%) y los problemas de concentración (50%). Pero también cansancio y la apatía (47,9%) y el miedo y la incertidumbre ante el futuro (45,1%). En cuanto a los problemas en relación con la edad, se observan algunas diferencias significativas según el tipo de problema psicosocial experimentado. las personas más jóvenes sin destacar muy por encima de otros grupos son quienes tienen porcentajes mayores de población que sufre tristeza, decaimiento, desesperanza y apatía; el grupo de 20 a 24 años destacan por experimentar en mayor medida inquietud o desasosiego (47%); por último, el grupo de jóvenes de 25 a 29 años es el que menos prevalencia de problemas psicosociales presenta de manera general.

**Gráfico 2:**



## Problemas psicosociales más comunes entre la población joven(Sanmartín, 2021)

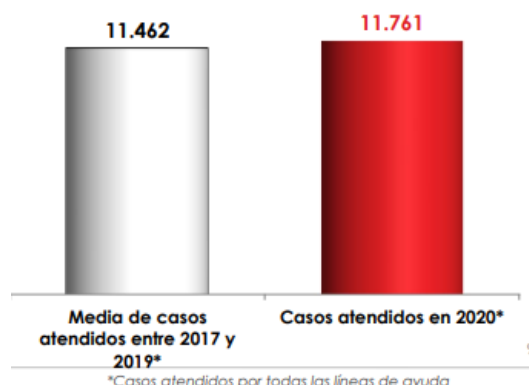
No es de extrañar que este proyecto de investigación(Sanmartín, 2021) se haya iniciado a partir de una serie de noticias y estadísticas sobre el aumento de los suicidios en España. Desde la Fundación ANAR, (Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo) también se ha notado un aumento de las peticiones de ayuda recibidas en 2021, en especial de las relacionadas con la salud mental de los más jóvenes, que se incrementaron un 54.6% respecto a 2020 y representaron el 32,5% de las peticiones de ayuda totales de niños, niñas y adolescentes.(ANAR, 2021).Una situación que como veremos a continuación se ha visto afectada debido a la reciente pandemia provocada por el Covid-19.

### 3.2.1 La evolución del estado de la salud mental juvenil durante la pandemia.

Es importante destacar en este sentido los efectos que se han producido en la salud mental de la población adolescente a causa de la Pandemia, es por ello por lo que a continuación se mostrara como ésta, ha marcado un antes y un después en esta problemática. La asociación ANAR, que se ocupa de atender y apoyar las diversas problemáticas de niños y adolescentes en riesgo ha realizado un informe en el que vienen detalladas el número de peticiones de ayuda producidas durante la pandemia, además de las razones por las que se producen estas peticiones(ANAR, 2020), un análisis que nos puede ayudar a esclarecer en qué medida ha aumentado o disminuido. En el gráfico que mostramos a continuación extraído de este análisis de la asociación, se ha podido comprobar el aumento de las peticiones de ayuda por razones de muy diversa índole. Hasta el punto en el que la cantidad de casos atendidos durante los tres años anteriores a la. pandemia son menos que los de un solo año durante la pandemia. Es decir, la pandemia ha marcado un antes y un después a la hora de que se produzcan más situaciones de riesgo de niños y adolescentes. A continuación, veremos cuáles son esas situaciones de riesgo que han aumentado en mayor medida. En concreto las relacionadas con la Salud Mental.

#### Gráfico 3:

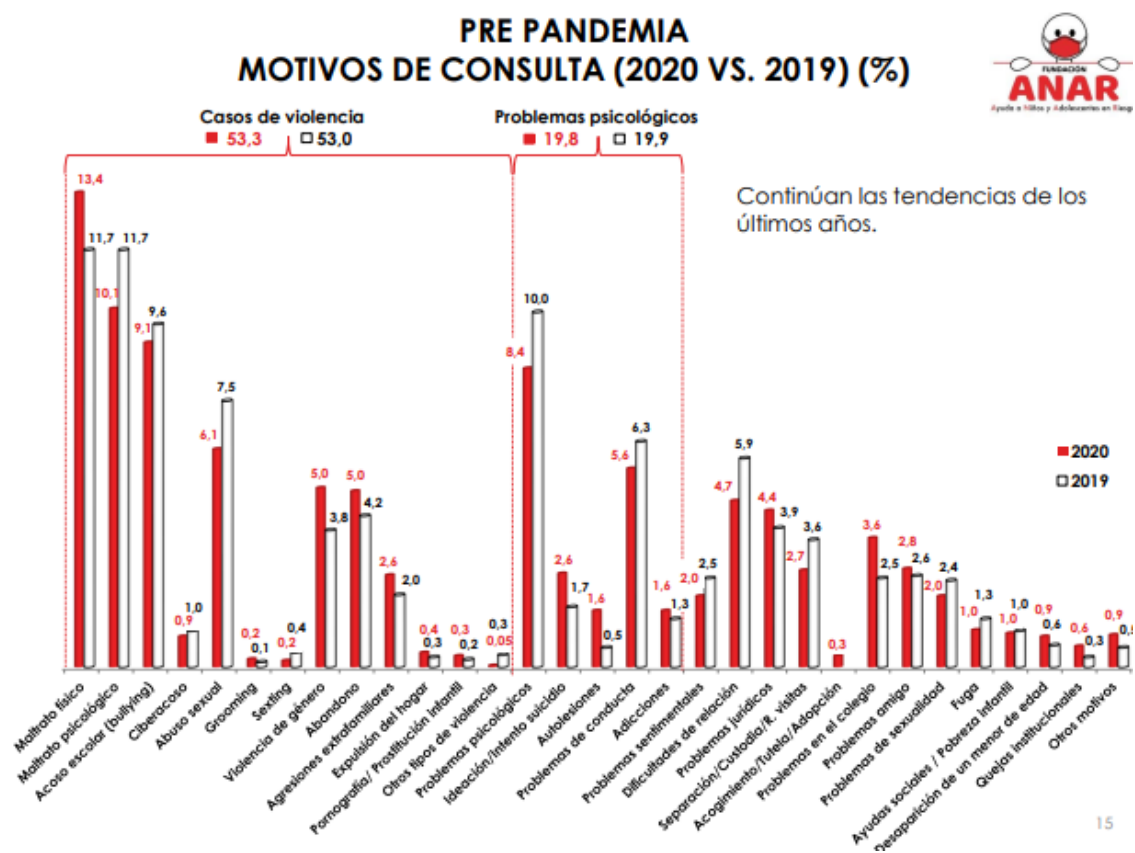
Numero de peticiones de ayuda recibidas a la asociación ANAR pre- pandemia y post-pandemia.



En el mismo informe, aparece una comparativa de los motivos de las peticiones de ayuda en el periodo que abarca desde enero hasta el 14 de marzo del año 2019 y del mismo periodo, pero del 2020, periodos en los que no había pandemia ni ninguna situación excepcional.

**Gráfico 4:**

Motivos de las peticiones de ayuda recibidas desde enero hasta e 14 de marzo 2019 y 2020



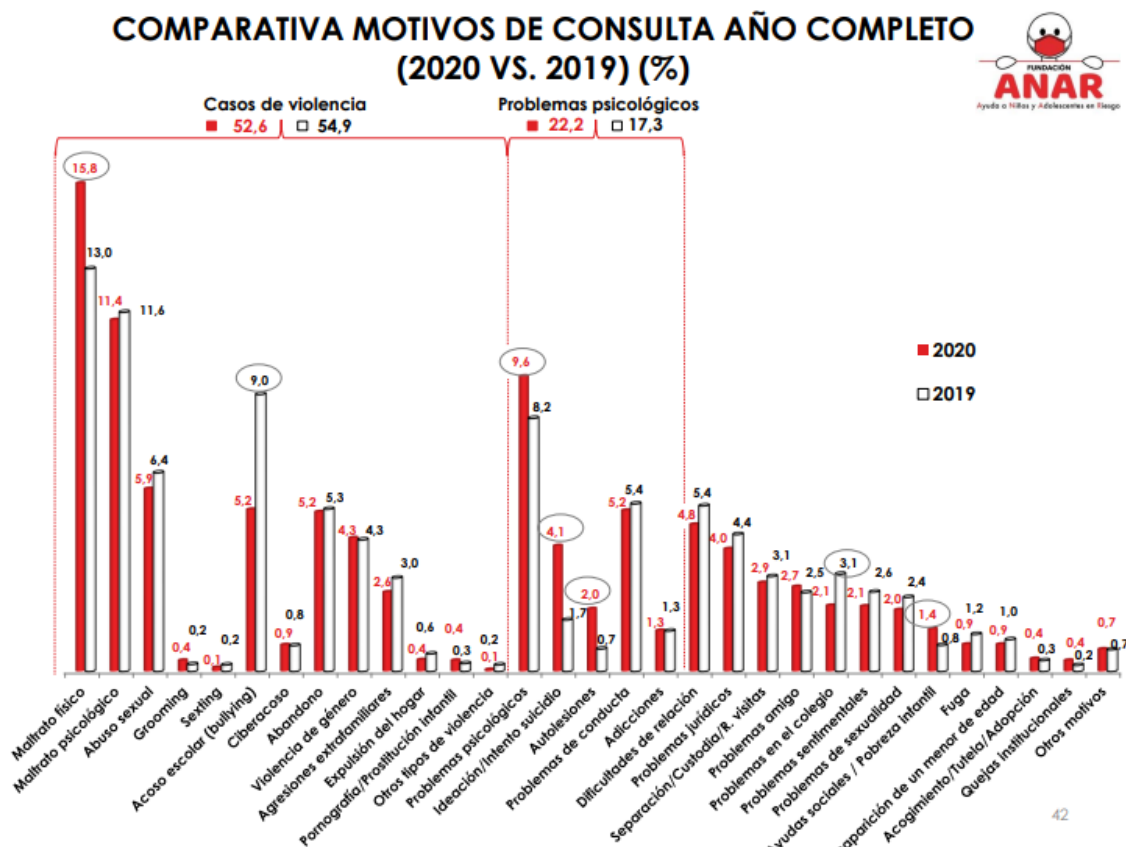
En la gráfica se puede comprobar como la tendencia continúa en la mayoría de los parámetros medidos ya que los datos son bastante similares. En cuanto a los referentes a los problemas psicológicos, en concreto, la ideación/ intento de suicidio y las autolesiones que son los que más interesan para este trabajo, se puede observar que ya iban en considerable aumento antes de la pandemia y de la declaración del estado de alarma conviene subrayar que también según este mismo informe desde el 2009 al 2016, las ideaciones e intentos de suicidio se han multiplicado por 6, y las autolesiones se han multiplicado por 14. Todavía siguen

experimentando crecimiento como podemos ver en la gráfica ya que pasan del 1,7% al 2,6%, y las autolesiones del 0,5% al 1,6%. Por lo tanto, ya se estaban convirtiendo en problemáticas en las que fijarnos y poner especial atención.

Sin embargo, en la misma gráfica comparativa, pero de los años completos, donde se tiene en cuenta también el periodo de 2020 donde ya estábamos sufriendo las circunstancias de la pandemia, se puede ver como las tendencias cambian. En cuanto a la tendencia de la ideación/intento de suicidio y de autolesiones aparecen con un aumento de más del doble que en la anterior gráfica. Además, la tendencia de problemas psicológicos que anteriormente era en disminución ha cambiado y ahora aparece en aumento.

**Gráfico 5:**

Motivos de las peticiones de ayuda de los años completos 2019 y 2020



De este informe podemos concluir, que las problemáticas psicológicas ya estaban siendo un grave problema en España, pero la pandemia ha hecho que éstas se acentúen de una forma considerable. Ya que la pandemia y las circunstancias que hemos vivido asociadas a ella, han

generado en niños/as y adolescentes una gran frustración y problemas psicosociales como los que hacía referencia en el barómetro juvenil, que explican el por qué muchos/as adolescentes han aumentado sus ideaciones o tentativas de suicidio o la utilización de mecanismos de autorregulación emocional tan dañinos como las autolesiones. Además, este informe añade que en los momentos más críticos de la pandemia las ideas de suicidio, como las autolesiones que se han agudizado un 244,1% y 246,2% respectivamente en los momentos más críticos de la pandemia como fue la declaración del estado de alarma o la vuelta a las aulas.

Es por ello, que en los últimos años se ha puesto en el foco en la salud mental en concreto de las ideaciones suicidas y las autolesiones de los adolescentes que a continuación se presentará de una forma más concreta analizando lo que son, o a que pueden ser debidas.

### **3.2.2 Las autolesiones**

Como se ha podido ver anteriormente, las autolesiones es uno de los problemas psicológicos que más está aumentando en los últimos años. Pero ¿que son las autolesiones? según el propio término se podría decir que es fácil de definir, daño (lesión) a uno mismo (auto). Pero para dejarlo más claro a continuación se muestran algunas definiciones de algunas personas que han estudiado sobre ello.

Según Karen Conterio y Wendy Lader es una mutilación deliberada del cuerpo o de una parte del cuerpo, no con la intención de cometer suicidio, sino como forma de manejar emociones que parecen demasiado dolorosas para que las palabras las expresen. Puede incluir cortar la piel, quemarla, hacerse moratones a uno mismo de forma premeditada. También puede ser rascar el pie hasta que sangra o interferir en la curación de heridas.(Conterio, 1998)

Tracy Alderman lo define como el daño intencionado del propio cuerpo sin intención suicida consciente.(Alderman, 1997)

Y Fiona Gardner, que utiliza la palabra autodaño como otro de los términos utilizado para describir un ataque físico al propio cuerpo... se encuentra implícita en la definición la comprensión de que el cuerpo será deliberadamente, y por lo general habitualmente, dañado más que destruido.(Gardner, 2001)

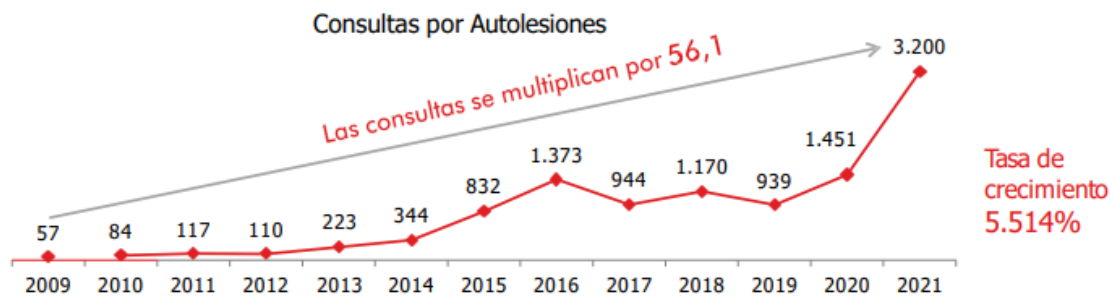
En todas ellas se pone de manifiesto que una persona que se autolesiona no tiene por qué querer terminar con su propia vida, únicamente quiere cometer un daño contra sí misma de una forma deliberada y consciente e intencional. También el hecho de haber incluido varias definiciones de personas que han estudiado sobre este tema muestra que no constituyen como algo nuevo, raro o que afecte a un porcentaje pequeño de la población.



Por lo que se refiere a los datos específicos sobre autolesiones recogidos por la fundación ANAR, el número de peticiones de ayuda recibidas en los 13 últimos años han evolucionado de la siguiente forma:

**Gráfico 6:**

Evolución de consultas por autolesiones a la fundación ANAR desde el año 2009 al 2021



Como se puede observar en la gráfica anterior, el aumento de peticiones de ayuda a la fundación por las autolesiones ha crecido de una forma alarmante multiplicándose por 56. Por tanto, cabe preguntarse cuales son las razones que le pueden llevar a una persona a querer causarse daños físicos.

Según explica la Dra. Azucena Díez, presidenta de la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría (AEP) en su blog de psiquiatría, cuando un adolescente se autolesiona lo habitual es que su entorno se alarme porque lo identifican con un deseo de muerte, es decir, que la causa es que la persona siente deseos de terminar con su vida. Sin embargo, una autolesión no implica una idea de suicidio, sino que responden a la expresión de estados emocionales de ira, desesperación o angustia, y los gestos suicidas se relacionan con ideas crónicas de desesperanza, (Diez, 2017).

Dolores Mosquera (Mosquera, 2008) psicóloga con numerosas publicaciones sobre el tema también explica que, aunque la capacidad para sentir es innata al ser humano desde que nacemos, no sucede lo mismo con la capacidad identificar, expresar, o manejar estas emociones. De modo que las personas recurren a la autolesión, como medio para manejar estado de ánimo demasiado doloroso que en muchas ocasiones no se sabe o no puede expresar o verbalizar como también se apuntaba en la definición anteriormente expuesta de Karen Conterio y Wendy Lader (Conterio, 1998).

El libro *“LA AUTOLESIÓN: El lenguaje del dolor”* (Mosquera, 2008) donde se trata de explicar la naturaleza de las autolesiones indica que los motivos más verbalizados por los pacientes que se autolesionan son los siguientes:

- Para sentir alivio.
- Para mostrar lo mucho que sufren.
- Para pedir ayuda.
- Para sentir que tienen un motivo real para experimentar dolor.
- Para sentirse vivos, “reales”.
- Para comprobar que no están soñando.
- Para volver a la realidad (salir de un estado disociativo).
- Para experimentar sensación de purificación o limpieza (sale la sangre y con esta todo lo malo).
- Para “obtener su merecido” (castigarse)
- Para castigar a otros.

Se puede afirmar respecto a las conductas autolesivas, que, al no haber adquirido las habilidades adaptativas para calmarse y controlar el estrés o la frustración, el autolesivo recurre a éstas, pues es más fácil que intentar comprender y expresar lo que siente, ya que ni el mismo sabe lo que ocurre en su interior ni porque siente con semejante intensidad. Compartir oralmente estas emociones requeriría un esfuerzo tremendo y un repertorio de habilidades de las que carece la persona, de modo que recurre a esa acción como una forma de comunicación de estas emociones.

Aunque las psicólogas a las que hemos mencionado afirmen que las autolesiones no están relacionadas directamente con el suicidio. Cabe aclarar que la fundación ANAR o algunos de los protocolos para la prevención de la conducta suicida que se han publicado recientemente, sí que consideran que las autolesiones pueden constituir una señal de alarma o un factor de riesgo de suicidio, ya que ponen de manifiesto la existencia de un desorden emocional.

### 3.2.3. La ideación suicida y el suicidio juvenil en España.

Ya en 1642 Thomas Browne acuñó el término **suicidio**, basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar) (Browne, 1642). Según etimología es lo mismo que para OMS, el acto deliberado de quitarse la vida, pero está claro que su significado lleva a plantearse más características de este concepto. Una de ellas, en la que existe un consenso

generalizado es su conceptualización como un proceso, pues este implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida, el cual inicia con la ideación suicida(Perez, 1999)(Mattos, 2010). En relación con el suicidio como un proceso, existen otras autoras (Ixchel Miranda, 2009) que lo dividen en las siguientes cinco etapas, aclarando que no necesariamente tienen por qué ser secuenciales.

1. Ideación suicida pasiva,
2. Contemplación activa del propio suicidio.
3. Planeación y preparación.
4. Ejecución del intento suicida.
5. El suicidio consumado.

De modo que mediante esta conceptualización del suicidio podemos ayudarnos a hacerlo también con la **ideación suicida** definiéndola como una etapa del suicidio de vital importancia que nos sirve como un preliminar antes de llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, las formas deseadas de llevarlo a cabo, u objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir(Eguiluz, 1995).

Por su parte, Jiménez y González-Forteza Jiménez, A., Mondragón, L. también han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte autoinfringida.(A. Jimenez, 2007) poniendo de manifiesto lo mismo que los otros autores.

Por otra parte, también es necesario definir la ideación suicida y el suicidio mediante las causas que le pueden llevar a una persona a pensar en cometer, o ejecutar este tipo de actos o contra sí mismos. En este sentido Chávez, Macías, Palatto y Ramírez (A. Chávez, 2004) realizaron un análisis de mensajes póstumos que dejaron 116 de 747 víctimas mexicanas entre 1995 y 2001, vieron que el 73% de quienes expusieron sus motivos manifestaron que no tenían motivos para vivir un mensaje ambiguo que no expone una razón concreta. Es por ello por lo que se puede afirmar, que el problema del suicidio no es un trastorno mental, ni las personas que lo hacen tienen una única razón para hacerlo, sino que es un comportamiento determinado por múltiples causas en las que pueden influir factores culturales, sociales y psicológicos.

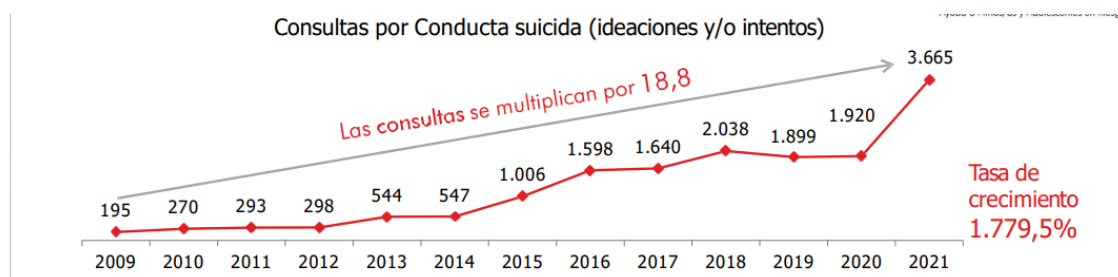
Ya a mediados del siglo XIX, el sociólogo Emile Durkheim en su estudio sobre el suicidio(Durkheim, 1897/1976) intento explicar qué factores influían en dicho fenómeno dándose cuenta de lo mismo, que no se produce por una única razón y que es un fenómeno colectivo como estamos viendo en los datos que muestran que no es un hecho aislado. El

sociólogo también apuntaba que el malestar de la población no procede de causas objetivas, ni del aumento de los sufrimientos ni de una mayor pobreza económica ya que el bienestar de la población había mejorado en su tiempo, aún más desde que él publicó su estudio. También ahora necesitamos de menos esfuerzos, y las necesidades básicas están más cubiertas que nunca, al menos en esta parte del mundo (Europa y América del Norte), de ahí que apuntase como causas de este fenómeno a no saber dónde se detienen las necesidades legítimas o no percibir el sentido de los esfuerzos, así como a la falta de integración social de la población (Durkheim, 1897/1976).

Como hemos visto en los datos anteriores sobre los suicidios no es la población adolescente la que más se suicida, sin embargo, existen datos preocupantes sobre el suicidio en esta etapa vital como se puede observar en la siguiente gráfica (ANAR, 2021):

### Gráfico 7:

Peticiones de ayuda al teléfono Anar sobre ideación suicida e intentos de suicidio en menores de edad



Como se puede observar en el gráfico, las peticiones de ayuda a la fundación Ana respecto a esta problemática han crecido de una forma significativa durante los últimos años. Concretamente, se ha producido un aumento desde 2015 y un pico aún mayor durante los años de pandemia (2020-2021) llegando a atender a 3665 personas por ello, es decir, las consultas referidas a este fenómeno se han multiplicado por 18,8 (con una tasa de crecimiento durante los últimos trece años del 1779,5%), solo el año pasado creció un 90,9%. Unos datos muy preocupantes que explican la gran alarma social existente respecto a este tema y demuestran la necesidad de tomar medidas que frenen este empeoramiento de la salud mental de la población, en especial de la población adolescente.

A continuación, nos centraremos en Castilla y León donde se verá cómo se encuentra la situación de la salud mental allí y si ésta coincide con la del resto de España.

### 3.2.4. Estado de la salud mental adolescente en Castilla y León.

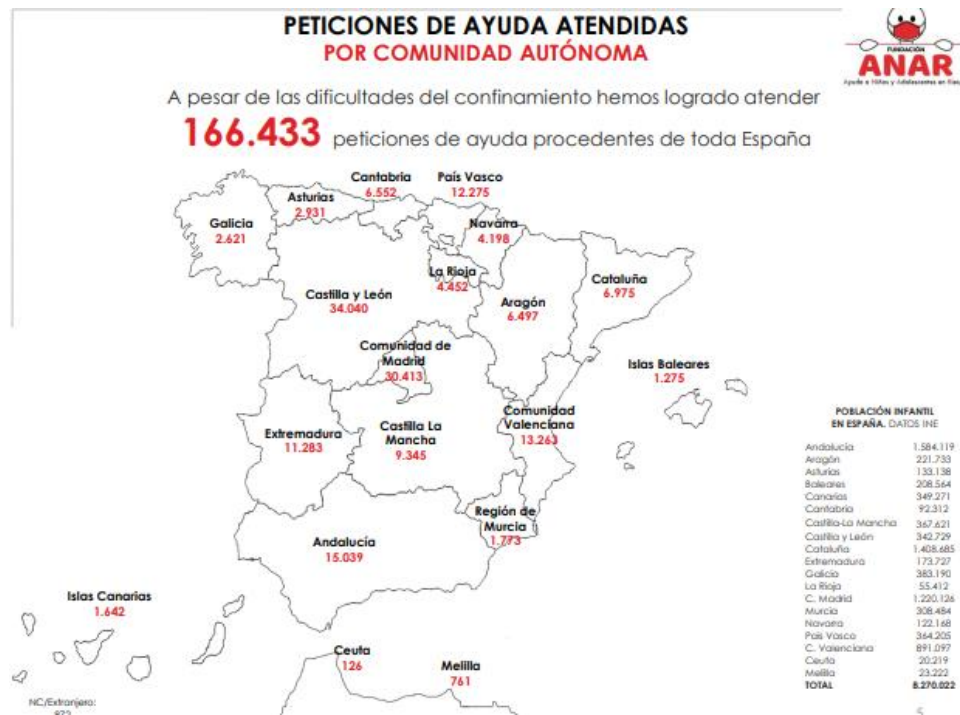
Respecto al estado de la salud mental de los jóvenes de Castilla y León se tienen pocos datos estadísticos específicos, que puedan clarificar el estado de la problemática que estamos estudiando.

A pesar de todo, sí que se ha podido recurrir al INE para conocer los datos sobre causas de muerte de la población, en concreto las producidas por suicidio. Que, aunque no nos clarifique demasiado sobre el estado de salud de la juventud, su aumento o disminución en el caso de que sean drásticos, sí que pueden dar algunas pistas. Según el INE, las muertes por suicidio en Castilla y León de la población en general aumentaron un 4,58 por ciento en 2020 respecto al 2019, en concreto, el número ascendió hasta las 228, el dato más alto desde el año 2014 que fueron 240, aunque no es el máximo alcanzado en la Comunidad. En cuanto al número de muertes por esta causa en jóvenes de 15 a 29 años en ese mismo año sumaron 11 personas. un dato que, aunque no nos revela demasiada información sobre el estado de salud mental de la juventud, sí que se puede percibir un leve aumento respecto a otros periodos de tiempo al igual que se ha producido en el resto de las comunidades.

También nos hemos fijado en los datos del informe de 2021 donde se muestra el número de peticiones de ayuda a la asociación ANAR (ANAR, 2021) desglosados por comunidades. En el mapa se puede ver que a pesar de no ser de las comunidades autónomas que más población joven tiene, sí que es la que más peticiones de ayuda recibe, aunque esto tampoco demasiado clarificador ya que estos datos abarcan todas las peticiones de ayuda y no solo las referentes a la salud mental.

## Imagen 1:

Peticiones de ayuda por comunidad autónoma



Como hemos visto anteriormente y nos confirma Soraya Geijo, psiquiatra y responsable de la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del Clínico de Valladolid los efectos de la pandemia por COVID-19 han tenido especial incidencia en la salud mental de niños y jóvenes donde se ha percibido un aumento de patologías y en las peticiones de atención de menores en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil tanto en las consultas como en la unidad de ingreso que es referencia para toda Castilla y León, incremento tiene mucho que ver con la pandemia de Covid-19(Geijo).

Otro dato que tampoco es significativo es el proporcionado por la confederación de Salud Mental de Palencia (FEAFES) donde la trabajadora Social encargada ha destacado el aumento de la demanda en los servicios para jóvenes. Pero también de los centros educativos para informarse sobre si disponen de talleres para la prevención de las conductas suicidas.

Si que es cierto que no tenemos demasiada información específica y oficial de Castilla y León, pero a pesar de ello que se puede afirmar que, si existe un problema generalizado en el conjunto del país, más aún, después de las declaraciones de Soraya Geijo.

## 4. RECURSOS EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

A partir de aquí, cabe preguntarse cuáles son los recursos de los que se dispone en España para afrontar esta pérdida de bienestar emocional y este aumento de problemas psicosociales, en concreto de la población adolescente. Para ello se ha realizado una recopilación de todos ellos, clasificados en según su procedencia, es decir, públicos, privados, y los procedentes de los Mass media y tecnologías de la información y de la comunicación, que tanta influencia tienen en la difusión de información y en la creación de imaginarios en la población adolescente.

### 4.1. RECURSOS PÚBLICOS.

Éste aumento de la problemática que hemos descrito en los párrafos anteriores, ha hecho que los últimos años se haya puesto en cuestión, la cantidad de recursos dedicados a la salud mental en la sanidad pública española, lo que no sabemos es si es una opinión o existen estas carencias a causa de la pandemia. Un aumento que también ha puesto en alerta a los centros educativos, que son los lugares donde más probabilidad hay de que se manifiesten estas conductas en los adolescentes y, por tanto, es el lugar idóneo no solo para actuar y prevenir estas conductas en los adolescentes, sino también para transmitir a los adolescentes la importancia de la salud, pero también de las relaciones positivas consigo mismos y con los demás. Para ello se verá que es lo que se está haciendo en los dos ámbitos, el de la salud y el de la educación.

- *Recursos sanitarios públicos.*

Si se analizan los datos sobre la cantidad de psicólogos, se puede ver que en España en 2018 había 6 psicólogos de media por cada 100.000 habitantes, un dato que comparándolo con la media de la UE donde hay 18 psicólogos de media se queda bastante pobre. Pero es aún más pobre la cantidad de psicólogos de los que se dispone en Castilla y León, que es 4,5 psicólogos de media, según la Asociación Nacional del Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR). Unos datos que distan mucho de la cantidad de psicólogos recomendados que son 20 por cada 100.000 habitantes exista o no una situación excepcional como la pandemia.

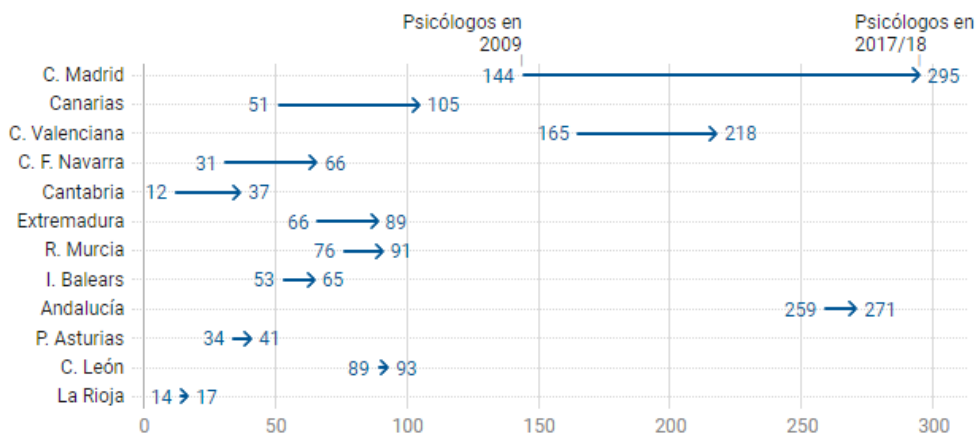
Estos datos muestran que no existe suficiente personal público para atender de forma adecuada la salud mental de los españoles. Según el Informe Anual de Sistema Nacional de Salud 2019, estima que tres de cada diez españoles sufren problemas de salud mental. Entre los cuales los más comunes son los trastornos de depresión, ansiedad y por somatización especialmente desde la irrupción de la pandemia. En el siguiente gráfico se puede ver cuál es el número de psicólogos en cada comunidad autónoma y su variación durante 10 años. Una gran variación en algunos lugares e insignificante en comunidades como Castilla y León lo que nos quiere decir que se ha avanzado muy poco en cuestión de recursos sanitarios.

**Gráfica 8:**

Evolución del n.º de psicólogos en el sistema nacional de salud español por comunidades

**Número de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud**

Número de psicólogos/as en cada comunidad autónoma en 2017/18, y su respectivo incremento para 2020



Fuente: Defensor del Pueblo • Creado con Datawrapper

Autónomas.

Esta falta de psicólogos clínicos se suma a la situación de saturación en psiquiatría, también encargada de tratar la salud mental, que en 2021 ascendía ya a 20 días de espera media en las distintas Comunidades Autónomas. En el caso de Castilla y León, consideran que la situación es incluso peor con 35 días de espera media según la OCU.



Por consiguiente, el sistema sanitario público el recurso que más utiliza en la actualidad es la terapia farmacológica, al carecer de recursos humanos para ofrecer atención terapéutica. Conviene subrayar que la gran mayoría de la población carece de acceso a psicólogos privados cuya atención puede resultar inaccesible económicamente, por su elevado precio, y socialmente, debido a los estigmas que lleva consigo la salud mental o recurrir a la ayuda de un psicólogo.

En cuanto al consumo de psicofármacos, previamente a la situación provocada por la pandemia, los datos reflejaban que hasta el 10,7% del total de la población española consumía tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (tercera sustancia después del alcohol y el tabaco) y el 5,6% de la población tomaba antidepresivos, o estimulantes según la Agencia Española del Medicamento(AEMPS, 2015) y la encuestanacional de salud en España (ENSE, 2017). Algo que destaca y confirma el Colegio Oficial de Psicólogos(psicólogos, 2018) afirmando quedos de cada tres pacientes con trastornos de ansiedad o depresión eran tratados por su médico de Atención Primaria principalmente con fármacos, por lo tanto, con una baja tasa de remisión de la enfermedad y frecuentes recaídas. Es por todo esto, que la oficina estadística de la OCDE sitúa a España en segunda posición en consumo de ansiolíticos, en cuarta posición; en consumo de antidepresivos, y en sexta posición en consumo de hipnóticos y sedantes, (Oficina Estadística de la OCDE, 2020).

En cuanto la población joven según el barómetro de salud y bienestar(Sanmartín, 2021) se ha observado que, el 25 % de los jóvenes toman psicofármacos como se puede ver en la siguiente gráfica extraída del estudio. En él, también podemos destacar que un gran número de jóvenes, la mitad de los que los toman, lo hacen sin prescripción médica. Un dato, que pone de relieve que en muchas ocasiones se prescinde de pedir ayuda a un profesional cuando existen carencias en la salud mental, y por lo tanto que muchas de ellas estén sin diagnosticar.

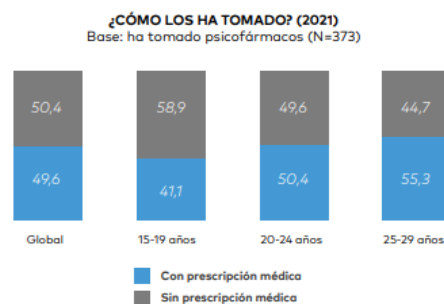
**Gráfica 9:**

Tratamiento con psicofármacos en jóvenes.



**Gráfica 10:**

Forma de tomar estos medicamentos.



En definitiva, desde la sanidad pública existen muchas carencias, pero en la actualidad se está produciendo una gran visibilidad de estas problemáticas que pueden hacer que la situación mejore. Aunque por desgracia esta visibilidad se ha producido a causa del aumento de los suicidios y de la ideación suicida. Una muestra de estas mejoras es la puesta en marcha el pasado 10 de mayo de 2022 por el ministerio de Sanidad de la línea 024, un teléfono gratuito, accesible, anónimo, confidencial y activo 24 horas gestionado por profesionales de la Cruz Roja para atender a las personas con riesgo de suicidio.

- *Recursos educativos.*

Otro sector público importante como recurso respecto a la salud mental de la población joven, es el educativo, ya que es en los centros educativos donde niños y jóvenes deben pasar una gran parte de su tiempo conviviendo con personas muy diversas. Además, la propia ley de educación (LOMLOE, 2020) ya hace referencia a que la educación debe ser integral, contribuyendo al pleno desarrollo de su personalidad y preparándolos para el ejercicio de una ciudadanía activa y democrática en la sociedad actual. Por lo tanto, también se debe educar para la promoción de la salud de forma transversal, ya que ello contribuye a que los grupos de población más joven, independientemente de factores como clase social, género, o el nivel educativo alcanzado por sus padres y madres u otras figuras parentales, desarrollen una vida más saludable. Es decir, es una forma de favorecer la igualdad, que es uno de los principios que debe tener la educación. Es cierto que no se refiere específicamente a la salud mental, pero se da por hecho, ya que es tener una buena salud mental es una parte imprescindible para considerar de una buena salud.

Asimismo, los centros educativos como uno de los principales agentes de socialización los lugares idóneos para que se produzcan situaciones de aprendizaje mediante la convivencia con personas de las mismas edades creándose relaciones y vínculos positivos que pueden hacer que se aprenda a manejar emociones y a crear redes de apoyo. Pero también es un lugar donde es común que proliferen numerosos conflictos, que puedan provocar en el alumnado emociones como estrés, tristeza o ansiedad, a veces muy difíciles de gestionar para un adolescente. Por tanto, se debe aprovechar las oportunidades que poseen los centros educativos para promover situaciones y recursos de apoyo e integración social ya que es uno de los factores más importantes de prevención del suicidio como ya apuntaba Durkheim (Durkheim, 1897/1976).

En este sentido, también es necesario tener en cuenta la orientación educativa, psicopedagógica y profesional, así como las acciones tutoriales y la atención a la diversidad como un elemento fundamental del desarrollo personal y emocional del alumnado, así como para la prevención de las diversas dificultades del alumnado como lo son las relacionadas con la salud mental.

Al hacerse eco de este empeoramiento de la salud mental de los jóvenes los centros educativos se han movilizado para tratar de prevenir este tipo de problemáticas poniendo en marcha protocolos para la prevención del suicidio y las conductas autolíticas en los centros educativos (tanto en primaria como en secundaria). Algunas que ya los han puesto en marcha son Aragón, la Comunidad Valenciana, Baleares, Extremadura, Galicia y Madrid. En el caso de Castilla y León se ha aprobado su realización y se pondrá en marcha el curso que viene 2022/2023. Ya que desde el gobierno ya estableció en junio de 2022 en el artículo 34 de la ley de Protección a la infancia (LOEPIVI 2021) que todas las autonomías debían aprobar un protocolo para la prevención del suicidio en el ámbito escolar.

#### 4.2. RECURSOS PRIVADOS.

Desde el ámbito privado también existen numerosos recursos, asociaciones, o iniciativas que se encargan de esta problemática. Algunas de ellas han surgido en los últimos años, a partir del aumento de los casos que se han descrito anteriormente. A continuación, se describirán algunos de los recursos que se disponen para hacer frente a esta problemática.

##### *Líneas telefónicas:*

- Uno de los recursos es el **teléfono de la esperanza** que es una asociación creada en 1971 en la ciudad de San Juan de Dios (Sevilla) y se fue extendiendo a algunas provincias del resto de España. Esta asociación que se encarga de promover la salud emocional de las personas, especialmente de aquellas que se encuentran en situación de crisis. La asociación dispone de una línea telefónica cuyo objetivo principal es abordar estas crisis emocionales de forma urgente, gratuita, anónima y especializada. Además, la asociación también imparte cursos y talleres de comunicación, autonomía afectiva, autoestima, inteligencia emocional, valores, para promover la salud emocional.

- Otra es la “asociación barandilla” que recientemente ha puesto en marcha otra línea telefónica junto a la asociación ASISPA para ayudar a personas que se encuentren en momentos de crisis suicida, así como a sus familias. Se puede contactar con por teléfono o por email. Esta asociación también dispone de ayuda personalizada presencial en Madrid y on-line en el resto de España.
- Otra línea telefónica creada a partir el reciente crecimiento de los casos de suicidios ha sido creada por el Ayuntamiento de Barcelona de la mano de Fundación Ayuda y Esperanza. Una línea telefónica también operativa las 24 horas del día para la Prevención del Suicidio. Junto a ésta, también creo un punto de atención pensado para atender a familiares, amistades y personas del entorno laboral de las personas con riesgo de suicidio, gestionado por la Asociación Catalana para la Prevención del Suicidio (ACPS) y Després del Suïcidi – Associació de Supervivents (DSAS).
- El colegio oficial de psicología de Cantabria también puso en marcha a partir de la pandemia otro teléfono para atención en crisis psicoemocional también, con el objetivo de intervenir en el caso de crisis, en conductas de riesgo, prevenirla aparición y desarrollo de síntomas de la pandemia, gestionar el estrés y reforzar conductas de autocuidado.
- Otra línea fue puesta en marcha por Samaritans in Spain en el año 2005 para la prevención del suicidio en personas de habla inglesa residentes en España.

*Asociaciones:*

- La Confederación Salud Mental España (FEAFES), una de las que tienen más presencia en España, es una entidad sin ánimo de lucro y de interés social que surgió en 1983 que se ocupa de atender a personas con trastorno mental y a sus familias. La confederación posee sedes distribuidas por toda toda la península, en la actualidad, integran a 18 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales, que a su vez agrupan a más de 300 asociaciones. La asociación cuyo nombre, anteriormente no hacía alusión a la salud mental sino a la enfermedad mental intento diluir la diferenciación entre personas sanas y personas con enfermedad, en tanto que todos debemos cuidar nuestra salud mental ya que todos estamos expuestos a sufrir problemas de salud mental.  
Desde esta asociación, gestionan varios programas de intervención social a nivel estatal, realizando atención directa con personas con trastorno mental y familiares a nivel local. Por ejemplo, programas de acompañamiento integral, el fomento de su autonomía, o la inserción laboral, para facilitar el disfrute del ocio y tiempo libre del colectivo, apoyo a sus

familias y allegados. Esta asociación también tiene a disposición de cualquier persona que lo necesite toda una serie de servicios gratuitos de carácter informativo y orientador sobre salud mental. De esta manera, facilitar el conocimiento de los trastornos mentales, así como de las necesidades del colectivo.

Asimismo, en su sede en Palencia dispone también de un grupo de Ayuda mutua específico para los supervivientes del suicidio. Además, está pendiente de la creación de un Área infanto-juvenil donde se realicen tareas de sensibilización en los centros educativos sobre la salud Mental.

- Existen además otras asociaciones que han creado grupos de apoyo para supervivientes del suicidio y/o sus familiares en diversas partes de España que vienen incluidos en el ANEXO 1.
- Otro recurso respecto a la salud mental específicamente para adolescentes y jóvenes es la fundación ANAR a la que se ha referenciado en varias ocasiones durante el presente trabajo. Una organización sin ánimo de lucro que ayuda a niños/as y adolescentes en riesgo, y se dedica a la promoción y defensa de los derechos de los niños/as y adolescentes en situación de riesgo y desamparo tanto en España como en Latinoamérica. Esta fundación entre otros asuntos, (gestión de centros de acogida, apoyo en centros e institutos y estudios e investigaciones) también dispone de una línea telefónica de ayuda, en este caso específica para menores en riesgo.

#### *Libros, mass media y tecnologías de la información y de la comunicación:*

- Otros recursos de tipo informativo y divulgativo es el libro “La niña amarilla” de Maria de Quesada y publicado en 2021, en él, la autora cuenta su experiencia con el suicidio y la de otras personas para visibilizar los pensamientos suicidas y como hacerlos frente. A partir de éste, también ha surgido una asociación con el mismo nombre que tiene el objetivo de promover la prevención del suicidio, de romper el tabú en torno a este tema, así como de promover estudios, investigaciones o difusión hacia la prevención de suicidio.
- El perfil @occimorons de Instagram es un perfil donde un psicólogo intenta visibilizar la importancia de la salud mental, a través de viñetas y memes que muestran los problemas de la sociedad actual, la normalización de la tristeza, así como la importancia de la terapia psicológica. Además, en su página también ofrece información de interés enfocada a los jóvenes.

- Asimismo, desde algunas plataformas audiovisuales como HBO, o Netflix se han realizado recientemente numerosas series enfocadas al público adolescente en las que se visibilizan algunas de las situaciones a las que se enfrentan los adolescentes en la actualidad, como las conductas autolesivas o el suicidio “cortar por la línea de puntos”, o “euphoria”. Además de tratar estos temas han creado la siguiente página [www.wannatalkaboutit.com](http://www.wannatalkaboutit.com), ¿quieres hablar sobre ello? En ella ofrecen información acerca de algunas problemáticas relacionadas con la violencia o la salud mental.
- Por último, también se pueden encontrar varios Podcasts, programas de audio, donde se han realizado programas donde se visibiliza la importancia de la salud mental o el suicidio como “*estirando el chicle*” o “*club de fans de Shrek*” entre otros.

Por lo que estamos viendo tanto desde las instituciones, las asociaciones o desde los medios de comunicación y social media se han hecho eco de la problemática convirtiendo la salud mental y los suicidios en un tema a la orden del día, y en el que se debe poner atención. Algo necesario ya que tanto para sanidad como para la educación ha sido la gran olvidada, de modo que se debe aprovechar esta situación para conseguir que se aborde la salud mental con la importancia que realmente tiene. Para ello realizaremos una propuesta de intervención en el ámbito educativo, que sirva de herramienta para saber prevenir y actuar ante posibles casos de ideación suicida o autolesiones.

## 5. REVISIÓN DE LOS PROTOCOLOS EXISTENTES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS.

Como se ha podido ver, los recursos existentes han ido en aumento debido al auge de la problemática. Los centros educativos, como un agente más al servicio de la comunidad, realizan esa labor protectora y preventiva, con relación a la salud mental, como así se muestra con la incorporación de protocolos para la prevención del suicidio y de las conductas autolíticas en adolescentes en el ámbito educativo. Una de las líneas de trabajo de los docentes consiste en impartir una educación integral en la cual se encuentra la promoción de la salud mental, para que el bienestar del alumno le predisponga favorablemente al aprendizaje.

En Castilla y León aún se carece de un protocolo, aunque está en periodo de elaboración con la intención de implantarlo en el curso 2022 – 2023. Para dicho objetivo, realizo una revisión comparativa de los protocolos que ya están en vigor en las siguientes comunidades: Aragón(Gobierno de Aragón, 2021), Castilla la Mancha(Castilla la Mancha, 2020), Galicia(Xunta de Galicia, 2018), Comunidad Valenciana(Generalitat Valenciana, 2021), islas Baleares(Govern Illes Balears, 2021), Madrid(Comunidad de Madrid, 2016), Murcia(Región de Murcia, 2022)y Extremadura(junta de Extremadura, 2020). para determinar qué debe contener el protocolo de Castilla y León.

Para su análisis se ha contado con la colaboración de una Profesora Técnica de servicios a la comunidad en activo, que ha proporcionado los protocolos vigentes o se ha hecho una búsqueda a través de la red bajo el epígrafe. Protocolos para la prevención del suicidio junto con la comunidad autónoma correspondiente. A continuación, se ha realizado un análisis comparativo de los mismos en base a aspectos como son la estructura, el contenido o la forma.

### 5.2. ESTRUCTURA DE LOS PROTOCOLOS

- *Galicia: Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo.*

El protocolo gallego como todos comienza por una introducción donde simplemente explica que es el documento, y continua por una visión multidisciplinar donde narra aquellas actuaciones transversales y llevadas a cabo en todo el centro y en todas las materias de forma continua como son las que contiene el plan de convivencia, la

educación emocional, la atención a la diversidad o las escuelas saludables e inclusivas, que contienen medidas que sirven como prevención ante una conducta.

Lo interesante de este protocolo es la forma en la que está estructurado, ya que lo divide en Actuaciones de prevención primaria, secundaria y terciaria indicando cual es el agente educativo que se encarga de cada actuación.

- En la prevención primaria con todo el alumnado, que se da cuando no existe todavía ninguna manifestación de conducta suicida, incluye las actuaciones por parte del profesorado, las actuaciones por parte del equipo directivo, del propio alumnado, las actuaciones de las familias y las actuaciones de la Administración Educativa.
- La Prevención secundaria que se produce con la detección de alumnado en situación de riesgo, viene dividida en las siguientes actuaciones: la Intervención del Departamento de Orientación, la derivación y coordinación con los servicios sanitarios y/o servicios sociales y la intervención del Equipo de Orientación Específico
- La Prevención terciaria, que se produce con el intento autolítico y por último, la posvención, en la que se determinan las actuaciones a desarrollar en el caso de producirse un suicidio consumado en el centro, en el vienen incluidas las acciones para tratar adecuadamente el proceso de duelo en los centros educativos.

En todos ellos vienen incluidos la mayoría de los contenidos que también contienen otros protocolos como son los factores de riesgo, las señales de alarma y otros que detallaremos a continuación, presentes, aunque no tengan el mismo título en su índice que en los otros protocolos.

- *Madrid: ¡No estás solo! Enséñales a vivir. Guía para la prevención de la conducta suicida.*

El protocolo de la comunidad de Madrid es uno de los más antiguos y uno de los documentos base para hacer los protocolos de otras comunidades autónomas ya que aparece en varias biografías.

Carece de índice, pero está estructurado de la siguiente forma:

- Introducción con definiciones, datos sobre suicidio, plan al que esta acogido y ámbito al que se dirige.
- Mitos sobre la persona con ideación suicida.
- Factores de riesgo: personales, familiares, sociales y del entorno escolar
- Factores de prevención: personales, familiares, sociales y del entorno escolar.
- Señales de alerta: verbales y no verbales.



- Estrategias de actuación: estrategias inmediatas, estrategias comunicativas, trascendencia pública de la conducta suicida, autocuidado del personal educativo, que hacer y qué no hacer, posvención y recursos en Madrid.

Es verdad que le faltan algunos apartados que otros protocolos publicados en la actualidad sí que poseen, pero se aprecia que para ser de los primeros es bastante completo.

- Aragón: Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo

El de Aragón es uno de los más completos y tiene una estructura similar al de Madrid que es la siguiente:

- Comienza por una introducción donde expone los objetivos del protocolo
- Le sigue una justificación donde expone los motivos de la publicación del protocolo adjuntando gráficas que muestran el aumento de la problemática de las conductas suicidas tanto en España como en Aragón concretamente.
- Después en un apartado que denominado “entendiendo el suicidio” trata de explicar esta conducta definiendo algunos conceptos relacionados, y nombrando y desmitificando los mitos que se tienen en torno al suicidio.
- En el apartado llamado “Como detectar” vienen incluidos tanto los factores de riesgo como las señales de alerta dos elementos muy importantes que están muy relacionados, aunque se sitúan en diferentes etapas de la conducta suicida, por lo tanto, es una forma también bastante interesante de estructurarlo.
- En el punto llamado “Como prevenir” sí que se han incluido los factores de protección, al contrario que en otros protocolos, que suelen aparecer junto a los de riesgo. Además, en este, también se han incluido las actuaciones para favorecer el bienestar emocional del alumnado
- En cuanto al punto “Como actuar” comienza a dar las pautas y estrategias concretas que se llevarán a cabo ante la detección de una señal de alarma o una conducta suicida, incluyendo que hacer y qué no hacer ante diversas situaciones que se puedan presentar; así como las estrategias a seguir por cada agente educativo.
- En el apartado de “El duelo” tratan lo que en otros protocolos han denominado como posvención, como abordar un suicidio consumado en el centro.
- En este último punto del protocolo abordan un tema que no aparece en todos los protocolos que es el seguimiento del protocolo y como se van a coordinar las

diferentes administraciones implicadas para asegurarse del cumplimiento y buen funcionamiento de este.

- Además, este protocolo también contiene un apartado de anexos donde incluyen los documentos a rellenar en cada fase de actuación ante la conducta suicida para que quede todo documentado, así como los recursos disponibles.

- Castilla la Mancha: Guía para la prevención de la conducta suicida

La estructura de este protocolo aparece de la siguiente forma que no se especificara tanto ya que coincide con los anteriores.

- Conceptos clave, contextualización de la problemática y mitos
- Factores de riesgo y evaluación del riesgo suicida.
- Como prevenir, que incluye las señales de alarma y los factores de protección
- Como actuar que incluye la clasificación, las estrategias de intervención, y otras estrategias a realizar de forma continua incluidas en el plan de convivencia o en el plan de acción tutorial que fomenten una buena convivencia y bienestar emocional especificando el papel de cada agente educativo (profesorado, equipo directivo, alumnado y familias)
- Estrategias tras el intento de suicidio (posvención)
- Éste además también incluye las herramientas de valoración de riesgo suicida más frecuentes.

Como se puede comprobar la estructura es muy similar al de Aragón, también en la división que ha hecho en “cómo prevenir” y “como actuar”. Aunque si se puede ver que contiene algunas variaciones ya que incluye las señales de alarma en “cómo prevenir” por carecer del punto “cómo detectar” como posee Aragón.

- Comunidad Valenciana. En la comunidad Valenciana se han encontrado dos documentos referentes al suicidio en el ámbito escolar, que poseen la siguiente estructura:

Prevención del suicidio. Guía informativa para el ámbito escolar.2018

- Introducción
- Mitos.
- Factores de riesgo y de protección.
- Señales de alarma
- En Herramientas de detección y otros recursos contiene como realizar la entrevista de evaluación para estimar el riesgo de suicidio, las estrategias continuas de prevención; las estrategias antes, en el momento y después, algunas estrategias de

posvencion y las acciones concretas. pero todo de una forma vaga y poco desarrollada,

- Recursos en la Comunidad Valenciana

#### Orientaciones para la intervención frente a una situación de autolesiones o conductas suicidas en el ámbito escolar 2021

- Este comienza a continuación de la introducción con un diagrama de flujo que es un esquema del proceso a seguir según las situaciones que se presenten. En los siguientes apartados, vienen desarrollados todos los pasos de este esquema.
- Teléfonos y recursos de apoyo.
- Pautas de comunicación, identificación de los factores de riesgo, protección y señales de alarma.
- Establecer medidas de vigilancia, supervisión y detección tanto fuera como dentro del centro educativo, especificando quien, donde, o cuando se debe realizar esta vigilancia. Como establecer un círculo de apoyo de iguales en el centro.
- Como llevar a cabo las entrevistas y comunicaciones con el entorno del alumno en crisis.
- Como establecer las medidas de apoyo personalizadas en el centro, mediante actuaciones concretas con el alumno.
- Como se llevará a cabo el seguimiento del caso hasta su finalización.

En este documento viene estructurado de una forma diferente a todos los demás protocolos, ya que al principio aparece un diagrama de flujo, y los demás apartados aparecen entorno a este, explicando cada uno de los pasos del proceso de intervención, lo que puede ser practico en el caso de presentarse una situación de riesgo ya que con un golpe de vista el profesorado sabrá cómo actuar. Este protocolo se caracteriza por la concreción ya que indica muy concretamente que se debe hacer en cada momento por lo que puede resultar muy claro a la hora de llevarlo a cabo.

- Baleares: protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en centros educativos de islas baleares

Este es una continuación de la guía para la prevención y el abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las islas Baleares que contiene todo lo referente a los factores de riesgo, protección, señales de alarma y todos los apartados comunes que contienen otros protocolos educativos. Pero en lo que se refiere al protocolo propiamente dicho se

centran en cómo actuar exactamente ante una conducta suicida, para lo que se sigue la siguiente estructura:

- Introducción, objetivos y alcance.
- Desarrollo del procedimiento donde incluyen la identificación de los responsables de la coordinación del protocolo, el primer abordaje, y las actuaciones del protocolo (que hacer en caso bajo, medio y alto; en la reincorporación después de un riesgo autolítico o tras un suicidio consumado)
- Flujograma (esquema del proceso)
- Resumen del programa
- Indicadores del programa.
- Anexos donde vienen incluidas recomendaciones a seguir durante el proceso e informes para rellenar sobre el caso.

En este caso este protocolo es similar al de Valencia ya que se centran en las actuaciones concretas a desarrollar en caso de la existencia de riesgo suicida, lo cual puede resultar más práctico. Aunque resulta un inconveniente tener que cambiar a otro documento para conocer las particularidades y características de la conducta suicida, algo que no sucede con el protocolo de Valencia.

- Extremadura: Acomodo emocional educativo para la salud mental. guía interactiva.  
En este caso la guía, protocolo de Extremadura está realizada en forma de guía interactiva en el que puedes saltar a varias partes del documento con solo pinchar en ellas. Pero al igual que las demás también sigue una estructura concreta que es similar a la de Madrid, Aragón o la comunidad valenciana (2018) y es la siguiente:
  - Introducción
  - Marco conceptual: la conducta suicida como proceso, conceptos clave y agentes intervinientes en el proceso de prevención y detección
  - Identificadores: Mitos, factores de riesgo y protección e indicadores de sospecha (señales de alarma)
  - Actuaciones desde el centro educativo: Actuación inmediata y recogida de información ambos con un flujograma sobre cómo llevarlo a cabo.
  - Seguimiento de la guía para analizar la información recogida, valorarla y hacer mejoras de ésta, en caso de que sea necesario
  - Anexos: recomendaciones comunicativas, hojas de recogida de información, indicadores de sospecha, informe del plan de intervención...).

- Es un protocolo que tiene la peculiaridad de ser interactivo, pero en cuanto a estructura no aporta novedades.
- Murcia: guía de prevención del suicidio. Actuaciones en centros educativos.

En este caso el protocolo también sigue una estructura común a la de algunos como el de Madrid o Extremadura como se puede ver a continuación:

- Justificación
- Introducción
- Mitos e ideas erróneas más frecuentes sobre el suicidio
- Medidas que fomentan el clima de protección y bienestar
- Factores de riesgo y protección
- Señales de alerta (verbal y no verbal)
- Principios de actuación ante la conducta suicida con el alumnado, y habilidades comunicativas de los docentes
- Actuaciones divididas en 3 fases y flujos de actuación (flujograma)
- Actuaciones a posteriores a un suicidio
- Conclusión
- Anexos (orientación, informes y ejemplos de actividades para el grupo-aula)

Como se puede observar también es uno de los más completos, aunque su estructura está demasiado esquematizada y hace que los epígrafes estén desconectados entre sí y sin un hilo conductor. Parece más un libro de texto que un protocolo.

- Andalucía

En el caso de Andalucía no existe un protocolo común de toda la comunidad autónoma. A pesar de ello, sí que existe una página de internet, el [blogaverroes.juntadeandalucia.es](http://blogaverroes.juntadeandalucia.es) donde poseen varios documentos de apoyo, información sobre cómo actuar en caso de conductas o ideación suicida, o si se produce un intento de suicidio en el centro...Varios de estos recursos que ofrece la página han sido creados por algún centro educativo andaluz de forma individual, pero no existe un documento común para el ámbito educativo. En la página también se pueden encontrar enlaces a los protocolos de otras comunidades autónomas. Además, como novedad se avisa de que próximamente será publicada una guía específica sobre autolesiones.

Como se ha podido comprobar al analizar la estructura de cada protocolo, en todos ellos existen numerosos elementos comunes que se podrían considerar como fundamentales en un protocolo para la prevención de la conducta suicida como lo son: la introducción, la conceptualización del suicidio, los mitos, los factores de riesgo y protección, las señales

alarma, las actuaciones de centro, la intervención y la posvención. A los que se puede considerar como contenidos mínimos, la presencia o no de otros le hará más o menos completo. También se ha podido observar que muchos de ellos han optado por seguir estructuras alternativas, que al ver el protocolo en conjunto hacen que el protocolo tenga un mayor sentido que los que han seguido la estructura más común lo que puede ser interesante. Y otros más prácticos como el de Valencia o Baleares han ido directamente al grano.

### 5.3 CONTENIDO DE LOS PROTOCOLOS

Una vez analizada la estructura, se ha continuado por analizar los contenidos de cada protocolo. Para ello se ha realizado una tabla de doble entrada en la que se determina mediante una búsqueda en todos los protocolos de cada comunidad autónoma, que contenidos tiene (v) y cuáles no (x). En algunos de estos protocolos se ha puesto un título diferente para el mismo contenido, de modo que para hacer la tabla se ha intentado unificarlo en uno, por eso a continuación explicaremos en que consiste cada título:

- La Introducción/justificación: debe estar desarrollada, en donde puede aparecer definiciones, un marco legislativo relacionado con la educación o los planes a los que se acoge el protocolo, los objetivos del protocolo, contextualización de la problemática mediante datos estadísticos.
- Definición del problema. Conceptos clave
- Actuaciones continuadas. Viene referido a las actuaciones que favorecen el buen clima de aula y el bienestar emocional del alumnado, incluidas en el plan de convivencia, en el plan de acción tutorial, o en el plan de educación de educación para la salud, así como la educación transversal del centro. Ya que todas estas servirán como prevención ante cualquier problema de salud mental
- Funciones A.E. (Funciones de los agentes educativos). Este punto viene referido a si el protocolo menciona el papel que deben ejercer los diferentes agentes educativos (profesorado, equipo directivo, departamento de orientación, alumnado, familias...) respecto a la aplicación del protocolo.
- Mitos y su respectiva desmitificación acerca de las ideas erróneas que la sociedad suele tener acerca de esta problemática.
- Factores de influencia. Se refiere a los factores de riesgo y a los factores de protección que ha hace que aumenten o disminuyan las probabilidades de manifestar ideaciones suicidas.

- Señales de alarma se refiere a las manifestaciones ya sean verbales o no verbales que pueden sugerir que la persona está pensando en suicidarse.
- Intervención: pasos y actuaciones de los docentes en caso de conducta suicida
- Recursos disponibles específicos de cada comunidad autónoma
- Posvención, forma de actuación después de que se haya producido un suicidio consumado, la forma en la que llevar a cabo el duelo en el centro.
- Autolesiones, como actuar ante las autolesiones no suicidas
- Seguimiento del protocolo, como se llevará a cabo la comprobación del funcionamiento del protocolo y las mejoras que sean necesarias del mismo.
- Anexos: informes y documentos para cumplimentar a la hora de seguir el protocolo, orientaciones comunicativas con los diferentes agentes.

**Tabla 2:**

Contenidos de los protocolos de Galicia, Aragón, Baleares, Extremadura y Murcia.

	Galicia	Aragón	CLM	Madrid	C. Valenciana (guía y protocolo)	Baleares (guía y protocolo)	Extremadura	Murcia
Introducción	X	V	X	X	V	V	V	V
Conceptualización del suicidio	X	V	V	V	X	V	V	V
Actuaciones continuadas	V	V	V	X	V	V	X	V
Funciones A.E.	V	X	V	X	X	V	X	X
Mitos	<b>X</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>
Factores de influencia.	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>
Señales de alarma	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>
Intervención	V	V	V	V	V	V	V	V
<b>Recursos</b>	<b>X</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>
<b>Posvención</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>
Autolesiones	X	X	X	X	X	X-V (guía)	X	X
Seguimiento del protocolo	X	V	X	X	V	X	V	V
Anexos	V	V	V	X	V	V	V	V
	7/13	12/13	10/13	7/13	11/13	11/13	10/13	11/13

En el caso del protocolo de Baleares, sus páginas solo contienen la intervención concreta en el caso de conducta o ideación suicida al igual que ocurre en el de la C. Valenciana por esta razón, se han influido tanto la guía como el protocolo. Ya que a la hora de actuar frente a esta problemática es importante tener en cuenta los datos que aparecen en la guía: la

conceptualización del suicidio, las actuaciones continuadas, los factores de riesgo, señales de alarma o los recursos. Éstos, al ser contenidos presentes en todos los protocolos examinados se les puede considerar como necesarios.

A partir de la tabla también se ha podido determinar cuáles de ellos son los más completos y cuáles los más incompletos, siendo el de Aragón, el de la Comunidad Valenciana, Baleares y el Murcia los más completos y los de Galicia y Madrid los más incompletos.

A pesar de que las autolesiones constituyen una problemática que al igual que las conductas suicidas, también ha sufrido un importante aumento y que tienen relación con la misma, considera que su presencia en estos protocolos es necesaria, pero no las abordan en ninguno ellos. A excepción de la guía de las islas Baleares, que incluye un pequeño apartado en uno de sus anexos.

A partir de esta información y partiendo del contenido de cada punto de los diferentes protocolos, se ha realizado una propuesta con los contenidos que sería conveniente que incluyera el protocolo de Castilla y León.

### 5.3.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

El comienzo de los protocolos es importante, ya que ofrece una historia y un sentido a la información que se va a proporcionar a lo largo del documento. Algunos de ellos han ofrecido una introducción que nos sitúa de una forma adecuada en la problemática y en el sentido del protocolo, otros no.

En el caso de Murcia, Valencia, Madrid, Aragón, Extremadura y Baleares explican la problemática con datos, los objetivos del protocolo, a quién va dirigido, así como la contextualización legislativa. En cambio, en los protocolos de Castilla la Mancha y de Galicia ni siquiera existe este apartado, o existe una pequeña descripción de lo que es el documento y su objetivo. De manera que para seleccionar la información del protocolo de Castilla y León nos hemos fijado en los que si poseen una contextualización e introducción completa.

Al comenzar el protocolo se incluirá toda la información previa sobre la problemática que sirva para contextualizar la problemática, pero también para justificar la elaboración del protocolo. Esta información constará los datos acerca al aumento de problemas de salud mental en adolescentes en concreto de las ideaciones suicidas, suicidios y autolesiones, ya que de esta forma se mostrará la gravedad de la problemática y la necesidad de intervenir para mitigarla



desde los diferentes sectores como sanidad, educación o servicios sociales. El objetivo de este documento es proporcionar información al profesorado para que sepa cómo actuar a la hora de orientar y dirigir el proceso de prevención de los pensamientos suicidas, suicidios y autolesiones.

A continuación, se hará referencia a las recomendaciones de la OMS que reconoce la salud mental, y las conductas suicidas de los adolescentes como un problema de primer orden, por lo que requiere que se aborden de una forma contundente, ya que los centros educativos son un lugar idóneo para esa tarea.

También se nombrarán los planes autonómicos referentes a la salud mental a los que se acogerá este protocolo IV Plan de salud de Castilla y León (Junta de Castilla y León, 2020). Así como a la normativa a la que se ciñe el protocolo. Para ello se especificará que este protocolo obedece a la obligatoriedad recogida en la ley de protección a la infancia del pasado 10 de junio de 2021 (LOEPIVI 2021) en el que se estableció que todas las autonomías debían aprobar su propio protocolo para la prevención del suicidio en las aulas.

Por último, se indicará a quién va dirigido el protocolo, los docentes (profesores, orientadores y psicopedagogos), que son quienes conviven día a día con el alumnado, y están en posición de detectar cualquier señal de alarma que se pueda presentar, y en caso de que se produzca, actuar de forma adecuada. Además, tienen el papel de velar por una educación integral del alumnado entre las que se encuentran la educación para la salud, la educación emocional, y la educación en valores que si se transmiten y se les da la importancia que merecen, pueden resultar la mejor prevención.

### 5.3.2 ACTUACIONES QUE FAVORECEN EL BIENESTAR EMOCIONAL DEL ALUMNADO Y LA COMUNIDAD EDUCATIVA.

En todos los protocolos examinados, exceptuando el de Extremadura y el Madrid, se ha encontrado información acerca de las actuaciones que se realizan de forma continua en los centros educativos y sirven como herramienta preventiva ante cualquier problemática que pueda presentar el alumnado, también del suicidio. En todas aquellas que sí que contemplan estas actuaciones nombran aspectos como el plan de convivencia del centro, la educación inclusiva, la educación emocional, la educación en valores o programas de educación para la salud.

En todos los protocolos nombran acciones similares, aunque hemos elegido las expuestas en el de Aragón ya que las nombra de una forma más específica.

- El Plan de Acción Tutorial. Donde se especifica que se deben trabajar las competencias socioemocionales tales como la toma de decisiones, relaciones sociales, resolución de problemas, la socialización, aprender a resolver problemas de aprendizaje y sentirse protagonista de su propio proyecto personal y profesional. En este plan también pueden venir incluidas actuaciones específicas de prevención de la conducta suicida, tales como las que propone Carmen Fernández Figueras orientadora del IES Victoria Kent de Marbella en el blog del equipo técnico de orientación de Málaga, donde propone actuaciones y actividades como por ejemplo para tratar el tema de la muerte en las diferentes culturas o los sentimientos que se producen alrededor de ella.
- Estructuras de Apoyo. Tales como tutorías individualizadas, Alumnado ayudante, Ciber ayudantes, Hermano/a Mayor o Alumnado Mediador, a las que se puede añadir la figura del Alumno de Confianza. Programas ya existentes que pueden mejorar las relaciones, la convivencia y el clima en los centros educativos, una forma eficaz para prevenir este tipo de conductas.
- Educación inclusiva. Fomentando la participación y los logros de todo el alumnado, en especial los del alumnado que se encuentra en riesgo de exclusión.
- Educación emocional. La educación que debe estar presente a lo largo de todo el currículum, y una de las partes más importantes de la educación integral del alumnado, que debe adquirir la habilidad para regular las propias emociones y para generar emociones positivas y automotivarse.
- Percepción del éxito académico. Un sistema de protección muy potente es valorar más el esfuerzo que los resultados, y entender el éxito como progreso en el aprendizaje. De esta forma se deja atrás las exigencias y la competitividad que tanto someten a estrés y frustración al alumnado.
- Programas educativos que refuerzan la relación profesorado-alumnado. Como el programa MARE (medidas de apoyo y refuerzo educativo)
- Plan de Formación dirigido a los profesionales del ámbito educativo
- Apoyo institucional y coordinación con otras Administraciones y servicios externos. Por ejemplo, a la hora de redactar estos protocolos o celebrando jornadas o días de sensibilización sobre la salud mental con asociaciones dedicadas a este tipo de ámbitos.
- Planes de promoción de la salud escolar.

### 6.3.3 CONCEPTUALIZACIÓN Y MITOS SOBRE LA IDEACIÓN SUICIDA

Tanto la conceptualización como los mitos son dos puntos existentes en todos los protocolos, aunque cada uno lo ha estructurado de una forma distinta. Valencia y Baleares no lo hacen en el protocolo, aunque si en la guía. El de Extremadura incluye en su explicación que el suicidio es un proceso progresivo. el de Castilla la Mancha ha incluido dos pensamientos distorsionados y recurrentes que tienen las personas con ideación suicida.

- Pensar que siempre van a seguir sufriendo igual. Este pensamiento se denomina desesperanza.
- Que su pérdida será fácil de superar para sus familiares y seres queridos

Al margen de las particularidades en el de Aragón, y el de castilla la Mancha se limitan a dar una serie de definiciones clave por puntos lo cual hace más fácil su búsqueda, al contrario de lo que sucede en el de Galicia, Murcia o Extremadura. De modo que se han incluido las definiciones del protocolo de Aragón:

- Ideación suicida: La idea suicida consistente en el pensamiento de acabar con la propia existencia.
- Comunicación suicida: Acto dirigido hacia otras personas en que el sujeto transmite pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. No implica la existencia de un plan elaborado.
- Conducta suicida: Conducta lesiva y autoinfligida en la que hay evidencia de que, por un lado, la persona desea usar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, y, por otro lado, la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida.
- Autolesiones no suicidas\*. Lesiones que se autoinfligen intencionalmente en la superficie corporal y que suelen producir sangrado, hematoma o dolor con la expectativa de que la lesión solo conlleve un daño físico leve o moderado. Por tanto, no hay intención suicida, sino que lo que se pretende es aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, resolver una dificultad interpersonal o inducir un estado de sentimientos positivos.

\*Respecto a las autolesiones no suicidas, ninguno de los protocolos que se han encontrado incluyen específicamente como actuar ante esta problemática. Algunos protocolos como el de Murcia también las definen en su introducción. Otras como la comunidad Valenciana sí que hacen referencia a esta conducta en el título o las identifican como un factor de riesgo en Madrid. Es decir, no existe ningún protocolo que incluya como actuar específicamente ante una autolesión no suicida, a pesar de su flagrante necesidad. Es por ello este trabajo incluirá en un apartado sobre las autolesiones en el protocolo de Castilla y León.

Los **mitos y las realidades**; en algunos protocolos aparecen en la conceptualización (Aragón), en otros como punto independiente (Murcia, Castilla la Mancha y Madrid), o en la forma de identificar una conducta suicida (Extremadura); en este caso serán incluidos en la conceptualización. En todos ellos existe un contenido similar con algunas pequeñas variaciones en las que no incluyen algunos de ellos o en la extensión de la explicación posterior.

Los mitos son concepciones erróneas sin base científica basadas en creencias y juicios de valor equivocados, y el tema del suicidio posee muchos mitos que no ayudan en nada ni a la persona afectada, ni al profesorado, ni a su entorno, es más, entorpecen la prevención de del suicidio y deben ser eliminados. De modo resultaría es muy útil conocerlos y eliminarlos, para así poder actuar de una forma adecuada. El protocolo en el que están todos presentes es el de Aragón y ha sido incluido en el ANEXO 2.

#### 5.3.4 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN ANTE EL SUICIDIO

Otro apartado que aparece en todos los protocolos sin excepción es el que contiene los factores de riesgo y de protección del alumnado. Aunque éstos se deben tener en cuenta siempre, ya que la exposición a una situación de riesgo ya sea personal, social, familiar, o escolar, puede hacer que surjan otras problemáticas asociadas entre ellas las conductas suicidas. El suicidio es un fenómeno multicausal por tanto el profesorado debe encontrarse siempre alerta, informado, y observar las actitudes y comportamientos, además de mostrar una actitud cercana con su alumnado. Conociendo todos estos factores, se podrá estar en disposición de actuar lo antes posible ante la conducta suicida y autolesiva.

Al igual que sucede con los mitos estos son similares en todos los protocolos con algunas diferencias de redacción o a la hora de incluir más o menos, de modo que se han realizado unas tablas a partir de los protocolos de Madrid y de Aragón, donde se indican los factores de riesgo y de Protección, personales, sociales, familiares y del entorno escolar que hemos incluido en el Anexo 3.

#### 6.3.5. SEÑALES DE ALARMA

Las señales de alarma, al igual que los factores de riesgo, son otra de formas de identificar el riesgo de una conducta suicida, en este caso son más explícitas, y su identificación a tiempo puede salvar vidas. por ello es necesario que tanto las familias como el profesorado las conozcan ya que la mayoría de los suicidios se evidencian de alguna forma ya sea verbal o no verbal antes de ser consumados. Estas también están presentes en todos los protocolos que se han analizado: Valencia, Madrid, Murcia, Aragón, Baleares (en la guía), Extremadura, Castilla la Mancha y Galicia. Es cierto que en todos los protocolos a excepción de los de Galicia y Castilla la Mancha, aparecen ejemplos de las frases ante las que se debe estar alerta, lo cual resulta muy útil y ejemplificador de las situaciones que los docentes se pueden encontrar, así que se ha añadido a los Anexos uno en el que si están presentes estas ejemplificaciones.

#### 5.3.6 INTERVENCIÓN ANTE UNA CONDUCTA SUICIDA

Una vez detectadas tanto factores de riesgo como cualquier mínima señal de alarma, es necesario la activación del protocolo de intervención, además de seguir una serie de estrategias de actuación. En esta parte de los protocolos cada uno ha seguido unos pasos diferentes que se especifican a continuación

- Madrid. En este solo han elaborado estrategia protocolo únicamente se describen estrategias de actuación en diversas situaciones:

Estrategias en el caso de que se esté produciendo una conducta suicida

Estrategias en el caso de suicidio con trascendencia publica

Estrategias ante un suicidio consumado

Estrategias en el caso de que el acto se haya producido frente al alumnado.

Estas estrategias que aporta son muy útiles ya que son concretas y aparecen de una forma clara. A pesar de ello son simplemente estrategias, por lo que se queda en un simple manual de buenas practicas

- Extremadura. Este protocolo divide la intervención en actuaciones inmediatas y recogida de información

En las actuaciones inmediatas informa sobre donde llamar en el caso de que se haya producido conducta o verbalización con agitación o sin agitación

En la recogida de información describe los pasos de recogida de información mediante un flujograma en el que se describe quien y como llevarlo a cabo esa información. Para ello, el mismo protocolo dispone de una serie de Anexos con las fichas que se deben rellenar.

- Galicia

En este protocolo la actuación específica con el alumnado en riesgo se divide en prevención primaria, secundaria y terciaria. Pero la intervención, propiamente dicha corresponde a la secundaria y terciaria.

La prevención secundaria se produce con la sospecha de la existencia de problemas emocionales. En ella describe detalladamente las actuaciones que deberá llevar a cabo el departamento de orientación que será el que se haga cargo de la situación.

En la prevención terciaria ya si que se produce en el caso de intento autolítico, en el enumera una serie de acciones a llevar a cabo con el alumno.

Estas acciones, junto a su flujograma que es bastante simple resultan útiles, pero es necesario una mayor concreción, para que el profesorado tenga claro cómo actuar ante algo tan serio, y ante una situación en la que la vida de una persona este en juego, por ejemplo, enumerando pasos.

- Castilla la Mancha.

En este protocolo sí que se divide la intervención en pasos de una forma bastante detallada, aunque al igual que en el de Galicia también se echa en falta la existencia de un flujograma.

Los pasos son los siguientes: 1. Coordinación de la crisis. 2. Informarse de lo sucedido y contactar con la familia. 3. Atender al profesorado y al resto de personal: comunicación y apoyo. 4. Atender al alumnado: comunicación y apoyo. 5. Medios de comunicación. 6. Seguimiento y evaluación

Respecto a este protocolo, es interesante que figure la atención al profesorado y al resto de personal del centro, algo que también se encuentra presente en el protocolo de Madrid. No olvidemos que un suicidio o un intento de suicidio es algo traumático para todos, no solo para el alumnado. Si el profesorado no se encuentra con una actitud calmada, difícilmente podrá calmar al alumnado.

- En los protocolos de Baleares en la Comunidad Valenciana y en Aragón el protocolo es más concreto, y que contiene también en todos ellos un flujograma junto con la explicación paso a paso de cómo actuar, de quien actúa, y de que documentos e informes se deben cumplimentar en cada fase. Y a una mayor concreción, más fácil resulta su cumplimiento.

A partir de esta comparación, se han recuperado algunas de las partes más interesantes de algunos protocolos, para que aparezcan el de Castilla y León. El de Madrid avisa que antes de poner en marcha cualquier medida o llevar a cabo cualquier intervención es muy importante tener en cuenta el papel de los padres o representantes legales que, por imperativo legal, siempre deberán dar su consentimiento a cualquier actuación que afecte al adolescente. Del mismo protocolo también es interesante que figuren las siguientes estrategias:

- Tener siempre disponibles unos teléfonos de emergencia o ayuda
- Limitar el acceso a posibles medios lesivos, materiales, lugares con altura.
- No dejarle solo en ningún momento e involucrar a padres profesores.
- Autocuidado del personal educativo y del entorno escolar

Las formas de comunicarse con un alumno con riesgo suicida son muy importantes y aunque no se conozca el tema es importante siempre no juzgar, escuchar y preguntar para lograr confianza en la comunicación. En este punto también es importante que actuaciones es conveniente no hacer o decir ya que serían contraproducentes. Ambas indicaciones han sido añadidas al Anexo 5.

#### FUJOGRAMA.

En los protocolos de Aragón Valencia y Baleares y Extremadura también podemos encontrar un cuadro de actuaciones o un flujograma en donde se especifica paso a paso cuales son las actuaciones por desarrollar, ante un caso de un riesgo suicida de un alumno. Algo de gran utilidad, ya que no son simples consejos, sino que pueden ser los demás. Para hacer el de Castilla y León se ha incluido en el Anexo 6 un flujograma creado a partir de los protocolos de la Comunidad Valenciana y el de Aragón por ser los más completos y específicos.

Por otro lado, los protocolos de Murcia, Extremadura, Baleares, Galicia y Aragón también disponen en sus anexos de todos los documentos a rellenar durante el proceso de intervención. Una tarea importante en cualquier protocolo, la sistematización y documentación, ya que facilitara la intervención del profesorado. Y dotará de herramientas al

profesorado a la hora de actuar. Al haber basado el flujograma en el protocolo de Aragón se han añadido los documentos procedentes del mismo protocolo que son los siguientes:

A rellenar en la fase de comunicación:

- Comunicación al equipo directivo de un posible caso de ideación suicida (Anexo7).
- Valoración de la posible situación de ideación suicida (Anexo8).

A rellenar en la fase de planificación e intervención:

- Plan de supervisión, protección y apoyo ante riesgo de ideación suicida. (Anexo9).

A rellenar en la fase de seguimiento y cierre:

- Registro de observación y seguimiento del equipo docente (Anexo10).
- Registro del equipo de seguimiento (Anexo11).

### 5.3.7. LA POSVENCIÓN ANTE UNA CONDUCTA SUICIDA.

Cabe la posibilidad de que los factores de riesgo o las señales de alarma hayan pasado desapercibidos o no hayan existido, ya que el suicidio como se ha mencionado anteriormente es un fenómeno multicausal y puede que no se haya dado ninguna de las señales anteriormente descritas llegando tarde para poder prevenirlo. De modo que también nos debemos poner en esta situación a la hora de elaborar el protocolo. Para así determinar qué medidas se deben llevar a cabo en este caso para minimizar el impacto emocional en el entorno escolar y reducir el riesgo de suicidio imitador<sup>1</sup>. Estas medidas forman parte de la posvención que viene referida a la intervención a realizar ante un suicidio consumado. Y es un punto que contienen de forma muy acertada todos los protocolos examinados.

En este caso existe un duelo traumático al que toda la comunidad educativa debe hacer frente por eso es necesario también tomar medidas y disponer de un plan para apoyar e informar a los afectados de una forma adecuada, para ello se podrá contar con el asesoramiento y el apoyo de servicios especializados en Salud Mental.

Los protocolos examinados han abordado la posvención de la siguiente forma:

➤ Murcia

Esta parte del protocolo esta abordada de forma detallada, mediante las siguientes de fases:

---

<sup>1</sup>en busca de su propia exaltación, ve en el suicidio de otros un acto portentoso, digno de ser imitado



Coordinar la crisis, recabar información fidedigna, informar y prestar apoyo al claustro, acompañar a la familia, realizar actividades de recuerdo y cierre en el centro, mapa de riesgo de centro, seguimiento y evaluación.

Esta forma de abordarlo

- El Protocolo de la Comunidad Valenciana no posee ninguna referencia a la posvención. En el caso de Aragón, Madrid, Galicia y Extremadura su posvención se trata una serie de consejos para el abordaje del duelo.
- Baleares  
En este protocolo la posvención aparece organizada según los agentes educativos a los que se dirige (familia, comunidad educativa, resto de alumnado, medios de comunicación). En todas ellas da unas pequeñas indicaciones, entre las que cabe destacar el respeto, la claridad y la disponibilidad para la expresión de emociones del alumnado.
- Galicia  
En este protocolo cabe destacar la importancia que da al equipo de orientación, como ha hecho a lo largo de todo el protocolo
- Castilla la mancha  
En este protocolo, al igual que en el de Murcia establecen unos pasos a seguir: coordinación de la crisis, informarse de lo sucedido y contactar con la familia, atender al profesorado y el resto de personal, atender al alumnado.

De todos ellos el más completo y detallado es el protocolo de Murcia que aborda la situación teniendo en cuenta su trascendencia. Por eso que será el modelo más adecuado a la hora de basarse, para la realización del protocolo de Castilla y León. Se puede ver en el Anexo 12.

## **5.5CARENCIAS DE LOS PROTOCOLOS EXISTENTES.**

A pesar de que todos los protocolos analizados son bastante completos respecto a la problemática del suicidio adolescente, se ha echado en falta en todos ellos un apartado donde hable específicamente sobre las autolesiones no suicidas. Es preciso recordar que es un fenómeno ya que ha aumentado incluso más que los suicidios, y siendo los dos fenómenos tan relacionados es conveniente que también se incluyan en estos protocolos para que los docentes puedan saber cómo abordarlas. Por esta razón en este protocolo que se propone desde este trabajo, incluirá un apartado donde hable de las autolesiones, comenzando, por su

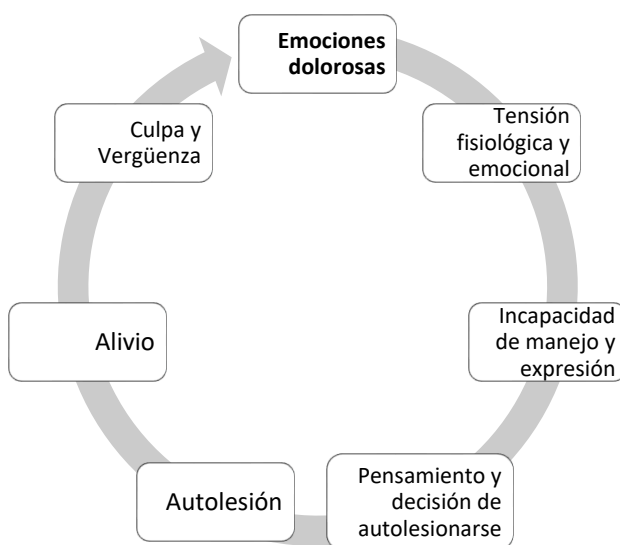
definición, algunas características, y algunas indicaciones sobre cómo actuar ante este tipo de problemática.

La presencia de cualquiera de los dos fenómenos en un alumno/a pone de manifiesto su sufrimiento emocional, y ante la detección de cualquier señal de alarma como las que hemos citado anteriormente es necesario la atención de un especialista en salud mental, en cualquier caso. Pero en estos protocolos debe haber las indicaciones necesarias para que los docentes no se vean superados por la situación y sepan cómo actuar en caso de que se les presente un caso de estas características. En este apartado del protocolo se intentará definir la autolesión mediante la descripción de sus características y las posibles razones que tiene una persona para tener ese tipo de comportamientos para después dar unas pequeñas pautas sobre lo que hacer y lo que no hacer en el caso de encontrarnos a una persona con este tipo de conductas.

Para comprenderlo mejor según su **definición**, la autolesión es una conducta intencional de baja letalidad, para hacer frente y aliviar la tensión psicológica y fisiológica provocada por un dolor emocional que no se sabe manejar. Es decir, la persona que se autolesiona lo utiliza como un método de afrontamiento emocional que le ayude a poder seguir con sus actividades diarias. el siguiente gráfico extraído del libro “autolesión. Qué es y cómo actuar” muestra como es el proceso que sigue una persona con este tipo de comportamientos(Bernard, 2011):

**Figura 1:**

*El ciclo de la autolesión*



Este ciclo (Bernard, 2011) se inicia en el momento en el que la persona comienza a sentir emociones dolorosas, sentimientos que son inevitables de las que nadie está exento de sufrir, de modo que una vez detectada la situación se debe enseñar y ayudar a la persona a comunicar y manejar las emociones dolorosas para poder romper este ciclo.

Los **factores de riesgo y protección** son los mismos que hemos mencionado que existían para la existencia de ideaciones suicidas, en cambio, las **causas** para que una persona recurra a las autolesiones como hemos mencionado anteriormente, son las siguientes según *“La autolesión, el lenguaje del Dolor”* (Mosquera, 2008):

- Para sentir alivio.
- Para mostrar lo mucho que sufren.
- Para pedir ayuda.
- Para sentir que tienen un motivo real para experimentar dolor.
- Para sentirse vivos, “reales”.
- Para comprobar que no están soñando.
- Para volver a la realidad (salir de un estado disociativo).
- Para experimentar sensación de purificación o limpieza (sale la sangre y con esta todo lo malo).
- Para “obtener su merecido” (castigarse)
- Para castigar a otros.

#### *Relación entre autolesión y el suicidio*

Como se ha hecho mención anteriormente, la intención de la autolesión no es el suicidio (Conterio, 1998)(Alderman, 1997)(Gardner, 2001)(Bernard, 2011) aunque esta última, reconoce los siguientes puntos en común en las dos problemáticas que se deben tener en cuenta y estar atento ante cualquier indicio alarmante:

- Algunas personas que han tenido pensamientos suicidas han tenido una historia de autolesión.
- Hay personas que se llegan a autolesionar para evitar ideas suicidas.
- Cuando la autolesión ya no funciona para aliviar el dolor emocional y otras conductas y recursos han fallado, es probable que la persona decida terminar con su vida.
- Los motivos por los que algunos jóvenes optan por el suicidio suelen ser similares a los de los jóvenes que optan por la autolesión.

### *Cómo abordar la situación.*

Como se ha mencionado anteriormente, una persona que detectemos que se autolesiona necesitara la ayuda de un profesional de la salud mental. Bien es cierto, que el apoyo y una buena actitud de las personas de su entorno, son necesarias a la hora de poder cesar este tipo de conductas. Al igual que en las conductas suicidas obviar el tema, es algo que no se debe hacer, pero se debe hablar teniendo presente desde el primer momento lo siguiente:

- Aceptar que lo hace (autolesionarse) y lo que significa para el/ella.
- Escuchar y tratar de entender sus sentimientos y por qué lo hace.
- Entender y hacer sentir tu comprensión.
- No tomarlo personalmente, no lo hace para hacerte sentir mal o culpable.
- No obligar a la persona que se autolesiona a dejar de hacerlo, quizás funcione un tiempo, pero volverá hacerlo de una forma más intensa, ya que continúa reprimiendo sentimientos que necesita afrontar y expresar de alguna forma.
- Mantener una comunicación abierta sin juzgar ridiculizar o regañar mostrando disponibilidad siempre, ya que le ayudara a mejorar la expresión de sus emociones.
- Informarte antes de hablar.
- Antes de hablar con sus padres o tutores, asegurarse de que la persona que se autolesiona no lo hace por su situación familiar personal (violencia intrafamiliar, abuso o alcoholismo o dogas en casa), primero se deben afrontar estas problemáticas.

Más a largo plazo se puede intentar lo siguiente:

- Ayudar a que la persona entienda que es la autolesión para ella y que emociones son las que la llevan a ello, eventos, pensamientos, emociones, situaciones...
- Animar a la persona a entender que hay sentimientos que no está expresando y que existen otras formas de expresar esos sentimientos.
- Dejar de autolesionarse no es la única meta, sino que la persona antes debe aprender a expresar y manejar su sufrimiento ya que es lo que las desencadenan, algo que le llevara su tiempo a la persona.

En resumen, [www.clinicbarcelona.org](http://www.clinicbarcelona.org) y Dora Santos Bernard (Bernard, 2011) proponen las siguientes estrategias de prevención en el caso que un amigo, familiar o alumno se autolesionen:

**Tabla 3:**

*Que hacer y qué evitar ante la detección de autolesiones.*

¿Qué hacer?	¿Qué evitar?
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hacerle saber que entiendes que tiene un malestar y que te importa lo que le está ocurriendo.</li> <li>○ Hablar de las autolesiones con calma y mostrando interés por sus heridas y no por las circunstancias de estas, sin juzgar ni condenar.</li> <li>○ Obtener información sobre las autolesiones y de cómo actuar.</li> <li>○ Solicitar la ayuda de un profesional, incluso puede ofrecerse a acompañarlo a la visita con el profesional sanitario.</li> <li>○ Ayudar a la persona a entender qué cosas han pasado para precipitar la autolesión.</li> <li>○ Proponer actividades alternativas que le ayuden a afrontar sus emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ignorar las autolesiones.</li> <li>○ Tratar de ser su terapeuta.</li> <li>○ Enfadarse o castigarlo, ya que es probable que esto le haga sentir peor.</li> <li>○ Hacerle prometer que no volverá a autolesionarse.</li> <li>○ Sentirse culpable de las autolesiones o pensar que es el responsable de paralaras.</li> </ul>

A través de [clinicbarcelona.org](http://clinicbarcelona.org) proponen algunas actividades alternativas para calmar la ansiedad o el dolor e intentar calmarse sin tener que recurrir a la autolesión. Las cuales pueden ser sugeridas por cualquier persona de su entorno:

- Hablar con alguien o si se está solo, llamar o escribir a un amigo (prestarse voluntario o disponible).
- Distraerse escuchando música, viendo la TV o hacer algo que guste.
- Hacer cosas que relajen como dar una vuelta, bailar, hacer ejercicios de relajación o apretar una pelota antiestrés.
- Encontrar otra forma de expresar los sentimientos como dibujar o escribir un diario.

Es necesario remarcar, ni un docente ni un familiar es un profesional de la salud mental y que en todos los casos la persona necesitara la ayuda de uno para poder solucionar estas problemáticas de la forma más acertada posible. También es normal que ante esta situación el entorno de la persona se sienta desbordado viendo imposible ayudar a su ser querido. Es por ello por lo que estas actuaciones que hemos citado anteriormente están orientadas simplemente a aportar seguridad y confianza, no son un tratamiento psicoterapéutico, pero si serán cruciales para ayudar a la persona a afrontar mejor sus sentimientos. Una información simple y fácil de llevar a cabo, que debería formar parte de los protocolos para la prevención de la conducta suicida, también en el protocolo de Castilla y León que está por publicarse.

## 6. CONCLUSIONES

Aunque únicamente se percibía un aumento del tratamiento del tema en los medios de comunicación, después de la realización del trabajo se ha podido llegar a la conclusión que el aumento de la problemática de la salud mental es algo real. Los adolescentes en la actualidad se enfrentan cada vez más, a la depresión y a la ansiedad. Lo que se puede ver en el aumento de los suicidios, las autolesiones, o en aumento del consumo de psicofármacos de los adolescentes, hasta el punto de que los Estados están poniendo medidas para poder frenar esta situación.

Al comenzar a trabajar el tema se intentó determinar las causas de esta situación haciendo referencia al aumento de los sentimientos de soledad acrecentados por la pandemia, a la hostilidad e individualismo del mundo en el que vivimos como explica Bauman en su teoría de la modernidad líquida (Bauman, Modernidad líquida, 2000), a la fragilidad de las relaciones humanas (Bauman, El Amor líquido, 2003), la falta de apoyo social, o la poca tolerancia a la frustración de los adolescentes. Para lo que se pretendía desarrollar una propuesta de desarrollo comunitario. Pero al investigar sobre ello, se determinó que era complicado demostrar que fueran éstas las causas de la problemática con datos rigurosos. Finalmente se decidió realizar una descripción de la situación de la salud mental en la actualidad, junto con una revisión de los protocolos de prevención existentes sobre el tema, una propuesta que al ser más concreta puede resultar más útil y factible de llevar a cabo.

A pesar de lo perjudicial y preocupante de la situación que se ha conocido, se debe reconocer que ha tenido una parte buena. Y es que a raíz de ella se han producido numerosas mejoras en relación con los recursos destinados a la salud mental. Una de estas mejoras es la realización de protocolos y guías para la prevención del suicidio en el ámbito educativo como los que se han analizado. Algo que, bajo mi punto de vista es un paso hacia adelante en esta materia y es justo valorarlo de una forma positiva, queda mucho por hacer sobre todo en el tratamiento de las enfermedades mentales desde el sistema sanitario. ¿qué ocurre después de la manifestación de la conducta suicida y de la aplicación de estos protocolos? como hemos visto no existen recursos disponibles en el sistema sanitario público, las listas de espera son eternas y la gran mayoría de las personas no posee de los recursos económicos para costear un tratamiento que no sea el farmacológico. Es por ello que la existencia de estos protocolos debe estar acompañada por el aumento de profesionales especializados en salud mental en la sanidad pública, una demanda que lleva años haciéndose.

A partir de la realización de este trabajo se ha podido ver como los centros educativos pueden constituir un recurso muy valioso a la hora de favorecer el bienestar emocional del alumnado y de prevenir estas problemáticas. Ya que no se debe obviar el papel transformador de la educación, ante cualquier problemática, en este caso de asociadas a la salud mental. Es por ello, en los centros educativos se tiene que dar más cabida e importancia a los contenidos transversales como la educación en valores, la convivencia, la comunicación y a conocer y a manejar nuestras emociones. Ocuparse de estos temas no va en detrimento de lo académico, sino que debe ir acompañado.

Como se ha podido ver en el análisis y revisión de los protocolos se han destinado más esfuerzos y recursos a la problemática de los suicidios adolescentes dejando olvidadas las autolesiones, ya que es algo más llamativo y que causa una mayor conmoción. Quizás la razón, era la urgencia de estos protocolos, y las autolesiones serán tratadas en protocolos posteriores. Aunque creo que también puede tener que ver el hecho de que la población ha sentido con más frecuencia desesperanza, tristeza, deseos de desaparecer o incluso de morir en algún instante de su vida, es decir, existen más personas se puedan sentir identificadas con el suicidio que con las autolesiones y por eso tener una mayor visibilidad. En cambio, las autolesiones son comportamientos más incomprensibles y muchas veces pueden estar asociadas a las personas con discapacidad o a otros trastornos mentales más graves. Pero su incomprensibilidad pienso que hace que su presencia en los protocolos sea más necesaria por lo tanto ha sido un fallo de todos los protocolos no incluir en ellos las autolesiones.

Éste trabajo se ha intentado realizar situándose en el contexto de Castilla y León, para ello se ha buscado como se encuentra la situación respecto a la salud mental de los adolescentes en la región, sin obtener apenas información. Por eso, se ha deducido que se invierte muy poco en investigación específica de la región, a lo que se le puede añadir las pocas mejoras respecto a psicólogos en la sanidad pública desde hace 10 años. Datos que nos demuestran el olvido en el que se encuentran algunos servicios públicos en la región, en comparación con otras.



## BIBLIOGRAFÍA

- A. Chávez, L. P. (2004). Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. *Salud Mental* 27, 15-20.
- A. Jimenez, C. G.-F. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental* 30, 20-26.
- AEMPS. (2015). *Agencia Española del Medicamento y los Productos Sanitarios*. Madrid.
- Alderman, T. ., (1997). *The scared Soul: Understanding & Ending Self-inflicted Violence*. Oakland: Harbinger Publications.
- ANAR. (2020). *Informe Anual teléfono/chat Anar. En tiempos de CO-VID19*. Madrid: Anar.
- ANAR. (2021). *Informe anual ANAR 2021 teléfono/chat*. Madrid.
- Asociación Hay Salida. (2021). *Recursos y Guías*. Cantabria: Hay salida.
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. epublibre.
- Bauman, Z. (2003). *El Amor líquido*. Espa Ebook.
- Bernard, D. S. (2011). *Autolesión, Qué es y cómo ayudar*. Mexico: Aianza de editoriales mexicanas independientes.
- Browne, T. (1642). *Religio Medici*. London: Pomona Press.
- Castilla la Mancha. (2020). *Guía para la prevención de la conducta suicida*. Toledo: Junta de Castilla la Mancha.
- Comunidad de Madrid. (2016). *No estas solo. Enseñales a vivir*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Conterio, K. L. (1998). *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injurers*. Hyperion Books.
- Diez, A. (2017). Diferencias entre autolesión y gesto suicida. *los blogs de la clinica Universidad de Navarra*.
- Durkheim, E. (1897/1976). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Eguiluz, L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida en los jóvenes. *Memorias del XV Coloquio de investigación, Iztacala*, 121-130.
- ENSE. (2017). *Encuesta Nacional de Salud* .Madrid.
- Gardner, F. (2001). *Self-Harm: A Psychotherapeutic approach*. U.K.: Brunner Routledge.
- Geijo, S. (s.f.). Retos de la Salud Mental de los mas jóvenes en tiempos de pandemia. Valladolid: Facultad de Medicina de la Uva.
- Generalitat Valenciana. (2021). Orientaciones para la intervención frente a autolesiones o conductas suicidas en el ámbito escolar.
- Gobern Illes Balears. (2021). Protocolo de actuación en caso de .
- Gobierno de Aragón. (2021). *Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ambito educativo*. Aragón: Gobierno de Aragón.

- Gottschalk, M., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 159-168.
- INE. (2020). *INE, EpData*. madrid: INE.
- Ixchel Miranda, M. C. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental* 32, 495-502.
- Junta de Castilla y León. (2020). *IV Plan de Salud de Castilla y León*.
- Junta de Extremadura. (2020). guía de prevención en intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo. *protocolos*.
- LOEPIVI 2021. (s.f.). *Ley orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia*.
- LOMLOE. (2020).
- Mattos, L. D. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years. prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37-41.
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (2021). *Hablemos de #saludmental*.
- Mosquera, D. (2008). *La autolesión: el lenguaje del dolor*. Madrid: Pléyades.
- Oficina Estadística de la OCDE. (2020). *consumo farmacéutico OCDE*.
- Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina*, 196-217.
- psicólogos, C. O. (2018). Cómo implementar tratamientos psicológicos en Atención Primaria, manual del gobierno británico.
- Región de Murcia. (2022). guía de prevención del suicidio, actuaciones en centros educativos.
- Sanmartín, A. . (2021). *Barómetro Juvenil 2021. Salud y Bienestar: informe sintético de Resultados*. Madrid: Fundación FAD Juventud.
- Xunta de Galicia. (2018). *Protocolo de prevención, detección e intervención del riesgo suicida en el ámbito educativo*. Educonvives.gal.

# ANEXOS:

## ANEXO1: ASOCIACIONES Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN ESPAÑA (Asociación Hay Salida, 2021)

- ASTURIAS: Asociación para la Prevención del Suicidio Abrazos Verdes (APSAV) creada para dar apoyo a los familiares y allegados que han sido víctimas inesperadas del suicidio de algún familiar, amigo, amiga o conocido, conocida. Grupo de Facebook: <https://www.facebook.com/abrazosverdesparati/>.
- CANTABRIA: asociación Hay Salida telf. 666711621 donde apoyan y orientan a las personas en duelo por suicidio, e incluso, hacemos salidas a domicilio o quedamos a dar un paseo.
- LEÓN: Grupo Supervivientes suicidio León. Grupo para el acompañamiento en el duelo de las personas que han perdido a un ser querido por suicidio. [gruposupervivientesleon@gmail.com](mailto:gruposupervivientesleon@gmail.com).
- PALENCIA: Grupo de Apoyo de Supervivientes del Suicidio. El objetivo es que las personas puedan conocer a otros que han pasado por lo mismo y potenciar el apoyo mutuo como herramienta para superar la adversidad. el grupo se inicio el 7 de julio de 2020 y las reuniones grupales se realizan periódicamente. [psicologa2@saludmentalpalencia.org](mailto:psicologa2@saludmentalpalencia.org)
- PAIS VASCO:  
BIZIRAUN. Asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido [www.biziraun.org](http://www.biziraun.org).  
BILBAO: AIDATU Asociación Vasca de sociología que esta constituida por un grupo de personas cuyo objetivo principal es trabajar para disminuir en nuestro entorno más inmediato, y en la medida de lo posible, el impacto de este problema sociosanitario de primer orden. CONTACTO: <https://aidatu.org/contactar/>, [info@aidatu.org](mailto:info@aidatu.org), <https://www.facebook.com/aidatu.org>.

- NAVARRA: Asociación de Personas Afectadas por el Suicidio de un Ser Querido. Navarra. ofrecer un apoyo, un recurso a todas las personas afectadas por el suicidio de un ser amado. [www.besarkada-abrazo.org](http://www.besarkada-abrazo.org).
- LOGROÑO: Asociación color a la vida constituida por personas afectadas por el suicidio de un ser querido. El objetivo de la Asociación es dar apoyo y acompañar a personas afectadas por el suicidio de un ser querido, colaborar con los sistemas de prevención e intentar contribuir a la transformación social sobre la manera de hablar del suicidio y de sus consecuencias. <https://www.coloralavida.es>
- CATALUÑA:
 

“Después del Suicidio – Asociación de Supervivientes” (DSAS) se constituye en 2012 para generar un espacio para el acompañamiento y el soporte en el duelo de los supervivientes a la muerte por suicidio. También nace con la esperanza de contribuir a un cambio en la forma de hablar del suicidio y de sus terribles consecuencias. Web: [www.despresdelsuicidi.org](http://www.despresdelsuicidi.org).

APSAS, Asociación para la prevención del suicidio y la atención del superviviente que es asociación sin ánimo de lucro, que pretende sensibilizar a la opinión pública sobre el suicidio y prestar apoyo a las personas afectadas. [www.apsas.org](http://www.apsas.org)

ACPS, Associació catalana per la prevenció del suïcidi <http://www.acps.cat>

En Mataró, también esta Mataró mans amigues – Dol per Suïcidi (DSMA) asociación formada por personas que han padecido la pérdida de una persona estimada por suicidio). Contacto: [ds.mansamigues@gmail.com](mailto:ds.mansamigues@gmail.com).
- MADRID:
 

Red Aipis. Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio. formación a los profesionales, docentes, alumnos y familias para prevenir la conducta suicida. En el 2015 *también* forma el grupo de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (FAeDS), espacio donde los supervivientes pueden expresar su dolor, donde encuentran el apoyo y la comprensión de otras personas que están pasando por lo mismo y siempre acompañados por psicólogos de la Asociación. Web: <https://www.redaipis.org/>. Contacto: [info@redaipis.org](mailto:info@redaipis.org).

Alaia: El Centro de Atención al Duelo Alaia se fundó en septiembre de 1998 con la idea de cubrir un espacio hasta ese momento desatendido en Madrid: el apoyo emocional y

psicológico a las personas en duelo, es decir, a las personas que han perdido a un ser querido. [www.alaia-duelo.com](http://www.alaia-duelo.com)

Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para supervivientes a la muerte por suicidio de un familiar. [info@psicologosprincesa81.com](mailto:info@psicologosprincesa81.com)

- VALENCIA: Asociación Caminar. grupo de apoyo en el duelo específico para las pérdidas por suicidio. [www.ayudaduelocaminar.com](http://www.ayudaduelocaminar.com).
- ALICANTE Asociación para la prevención y apoyo afectados/-as por suicidio. Espacio para el acompañamiento en el duelo de los supervivientes a la muerte por suicidio. [asociacionapsu@gmail.com](mailto:asociacionapsu@gmail.com).
- SEVILLA: Papageno, Plataforma Profesional de Prevención y Postvención de la Conducta Suicida plataforma web de profesionales orientadas a luchar contra el estigma y los mitos alrededor del suicidio. Ofrece materiales de prevención a personas con ideas suicidas y a sus familiares, formación a profesionales, participa en proyectos de investigación y fomenta la creación de grupos de supervivientes. En octubre de 2019 inició su primer grupo de ayuda mutua de apoyo al duelo para miles para dar respuesta a este problema latente. Sevilla. Información de contacto: 633 169 129
- MÁLAGA: la Asociación alhelí ofrece acompañamiento durante el proceso de duelo de forma gratuita y sostenida en el tiempo a todos aquellos dolientes que lo necesitan. Y aunque se trate de un proceso natural que el ser humano tiene que pasar, seguir adelante sin ayuda es complicado y las consecuencias de no poder transitarlo adecuadamente impactan negativamente, perjudicando todas las áreas de la vida de los dolientes. <https://asociacionalheli.org/>.
- HUELVA: Supervivientes «A Tu Lado» de Huelva apoyo en el proceso de duelo. [www.atuladosupervivienteshuelva.blogspot.es](http://www.atuladosupervivienteshuelva.blogspot.es)
- TENERIFE:  
Luz en la oscuridad Asociación prevención y apoyo afectados por suicidio. Tenerife. Ésta se encarga de ayudar, prevenir y apoyar contra el suicidio. Además acompañan de manera individual o en grupo, dando apoyo y compartiendo experiencias similares desde la comprensión y el más absoluto respeto, expresando libremente lo que cada uno necesite comunicar. <https://www.asociacionantisuicidio.es/>,  
[info@asociacionantisuicidio.es](mailto:info@asociacionantisuicidio.es)

Volver a vivir, Tenerife, Asociación de Atención al Duelo y Prevención del Suicidio. formada por la psicóloga y superviviente Sara Bote. Cuyo contacto de Facebook es: <https://www.facebook.com/pg/Asociaci%C3%B3n-de-atenci%C3%B3n-al-duelo-y-prevenci%C3%B3n-del-suicidio-Volver-a-Vivir-1087747464618306/posts/>

- ISLAS BAEARES: AFASIB, asociación de familiares y amigos supervivientes del suicidio que se ocupa de apoyar a las personas que han sufrido una pérdida por suicidio. Contacto: 657 71 63 40 o [asociacionafasib@gmail.com](mailto:asociacionafasib@gmail.com).

Algunas de ellas se encuentran en este díptico resumen de los recursos:

## Asociaciones y recursos de ayuda



- PREENSUIC: Aplicación para Smartphone dirigida a familiares, profesionales y personas en riesgo.
- APIIS (Asociación Personas Ideación e Intentos Suicidas) Telf.: **+34636672627**
- APSAV. Asociación para la prevención del Suicidio. Abrazos Verdes. Asturias.
- AFASIB (Islas Baleares)
- AIDATU: Asociación Vasca de Suicidología
- ALAIA, Fundación (Madrid)
- ALHELÍ, Asociación (Málaga)
- APSAS: Asociación para la Prevención del Suicidio y Ayuda al Superviviente. (Gerona)
- APSU: (Cdad. Valenciana)
- ASAM: (Burgos).
- BESARKADA-Abrazo: Navarra.
- BIZIRAUN: EUSKADI
- BIDEGIN: EUSKADI

- BADABIDEBAT: GIPUZKOA 900.840.335
- DSAS (Barcelona)
- Fundación Metta-Hospice (Valencia)
- Goizargi: Navarra.
- Grupo Supervivientes de León.
- Hay Salida, Suicidio y Duelo: (Cantabria)
- Josep Sirera Psicólogos (Valencia)
- Papageno. (Andalucía)
- Red Nacional Psicólogos para la Prevención del Suicidio y Grupos de Ayuda Mutua Supervivientes Psicólogos Princesa 81 (Madrid): 679.278.988.
- Teléfono Contra el Suicidio- (Madrid): 911.385.385.
- Teléfono Prevención del suicidio (Barcelona 24/365): 900.92.55.55.
- Teléfono de la Esperanza: 717 00 37 17
- Teléfono de la Esperanza Gipuzkoa: 900.840.845
- Ubuntu: Sevilla



## ANEXO 2: MITOS Y REALIDADES ACERCA DEL SUICIDIO (protocolo de Aragón)

### *1. El suicidio no se puede prevenir. Ocurre sin previo aviso.*

En la mayoría de las ocasiones suelen existir señales de advertencia previas. Identificarlas es importante para detectar el riesgo.

### *2. Quienes intentan suicidarse, en realidad no desean morir, sino que simplemente están haciendo alarde.*

No toda persona con ideación suicida quiere morir; existen sentimientos ambivalentes en cuanto a deseos de vivir y morir. Les han fallado sus mecanismos de adaptación y no encuentran alternativas, así que desean que su sufrimiento (que perciben como crónico, sin salida, sin mejora en el futuro) acabe.

### *3. Preguntar o hablar del suicidio puede incrementar el riesgo de conducta suicida.*

Cuando una persona exterioriza sus intenciones suicidas no debe considerarse una llamada de atención. Hablar sobre estos pensamientos puede aliviar su sufrimiento y transmitir la sensación de que nos preocupa, mostrar empatía y recomendar que acuda a un especialista.

### *4. Durante la adolescencia, quienes piensan en el suicidio siempre se enfadan cuando alguien interviene y se mostrarán resentidos con esa persona.*

Aunque al principio es común que durante la adolescencia se adopte una actitud defensiva y de resistencia a la ayuda, para la gran parte de adolescentes que están considerando el suicidio es un alivio tener a alguien que se preocupe genuinamente y poder compartir su carga emocional con otra persona. Al preguntarles algún tiempo después, la mayoría expresa gratitud por la intervención.

### *5. Las personas que pretenden suicidarse no lo comunican y las personas que exteriorizan su ideación suicida no la llevarán a cabo.*

Es común que las personas que se suicidan lo comuniquen previamente a su entorno. Durante la adolescencia, a menudo se cuentan a los compañeros y compañeras los pensamientos o planes. Es importante tomarse en serio todas las señales previas, como la verbalización de la ideación suicida; en adolescentes resultan especialmente

significativas las señales no verbales, ya que es más probable que “pidan ayuda” a través de los gestos no verbales.

6. Las personas menores de edad no se suicidan, quienes lo hacen suelen tener problemas mentales o problemas muy graves.

El suicidio es multicausal y los problemas que para una persona adulta pueden ser cotidianos, en la adolescencia pueden ser vitales. Hay que ponerse en el lugar de la otra persona sin minimizar su sufrimiento.

7. *Siempre se debe cumplir la promesa de confidencialidad si un niño, niña o adolescente revela sus pensamientos suicidas o entrega una nota sin poder abrirla o leerla.*

Cuando existe la posibilidad de daño o daño real, no se puede mantener la confidencialidad. Una nota cerrada es un indicador de que algo no va bien y se debe explorar.

8. *La depresión y el comportamiento autodestructivo son raros durante la infancia y la adolescencia.*

Es más probable que el comportamiento autodestructivo se manifieste por primera vez durante la adolescencia y que la depresión se muestre de forma diferente a como lo hace en adultos.

9. *La ruptura sentimental en la adolescencia ocurre en tantas ocasiones que no provoca ideaciones suicidas.*

En la adolescencia uno de los precipitantes más comunes es la pérdida de una relación. Todo el que se suicida padece una enfermedad mental. No toda persona que se suicida padece una enfermedad mental, aunque en esta población haya mayor frecuencia de suicidios que entre la población general.

10. *La persona que ha intentado suicidarse estará en peligro toda su vida.*

Una crisis suicida dura horas, días o raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.

11. *Acercarse a una persona en crisis suicida sin la preparación adecuada es perjudicial.*



Iniciamos la prevención adoptando una postura de auténtica escucha, con deseos reales de ayudar a encontrar otras soluciones.

*12. Si se reta a una persona suicida, no realiza la conducta.*

Retar a una persona suicida es un acto irresponsable, ya que se encuentra en una situación de vulnerabilidad.

Una vez eliminadas las falsas creencias en relación con el suicidio infantil y adolescente, es necesario identificar los factores de riesgo y protección, ya que la probabilidad de presentar una conducta suicida aumenta con los factores de riesgo y disminuye con los factores de protección.

### ANEXO 3: FACTORES DE PROTECCIÓN Y DE RIESGO ANTE LA CONDUCTA SUICIDA.

Factores de protección.	
<i>Personales</i>	<i>Sociales</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Competencias socioemocionales: Habilidades sociales, de comunicación, de resolución de problemas y adaptación.</li><li>• Autoestima positiva.</li><li>• Actitudes y valores prosociales: Respeto, solidaridad, cooperación, justicia, amistad.</li><li>• Sentimiento de aceptación y pertenencia a un grupo o comunidad de referencia.</li><li>• Percepción de control sobre los acontecimientos vitales (Locus de control interno).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apoyo social de calidad y consistencia.</li><li>• Buenas relaciones con personas relevantes de su entorno.</li><li>• Buena comunicación con familiares, profesores, iguales o con alguna persona específica de su confianza.</li><li>• Confianza para poder hablar de temas difíciles con, al menos, alguna persona (familiar, profesor, tutor, amigo).</li><li>• Sentirse escuchado, con respeto y sensibilidad, sin ser juzgado, al menos por alguna persona de forma significativa.</li><li>• Los amigos, constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida.</li></ul>
<i>Familiares</i>	<i>Entorno escolar</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Relaciones y vínculos familiares satisfactorios, adecuados niveles de comunicación, expresividad emocional y atención en el ámbito familiar.</li><li>• Personas de apego y/o de referencia dentro del entorno familiar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relaciones y clima escolar positivos</li><li>• Accesibilidad y confianza para poder hablar en el entorno escolar.</li><li>• Expectativas positivas de desarrollo socio-personal y educativo.</li><li>• Gestión adecuada del ocio y tiempo libre: Realizar actividad física, artística, de participación ciudadana, etc.</li><li>• Existencia de protocolos de actuación para casos de intento de suicidio o ideación suicida.</li><li>• Campañas de sensibilización y orientación en los centros escolares, para la tolerancia cero al acoso.</li><li>• Cursos de capacitación de mejora en la comunicación entre docentes y adolescentes.</li><li>• Existencia de programas que fomenten las conductas de apoyo entre los estudiantes.</li></ul>

---

## Factores de riesgo

---

### *Personales*

- La existencia de antecedentes personales de intentos de suicidio en el pasado.
- Presencia de alguna psicopatología o pensamientos suicidas, como única salida a su sufrimiento.
- Baja autoestima, personalidad introvertida o problemas de comunicación o de habilidades sociales.
- Autolesiones físicas
- Elevada exigencia personal, o de los demás, no cumple con las expectativas que tiene o tienen de él/ella.
- Sentirse una carga.
- Sentimientos de indefensión y desesperanza frente a la vida y su futuro.
- Altos niveles de impulsividad, baja tolerancia a la frustración.
- Problemas de identidad relativos a la orientación sexual o identidad de género.
- Ser víctima de violencia, maltrato físico o psicológico o abusos sexuales recientes en la familia o en la infancia.

### *Sociales*

- Ausencia/ Pérdida de una red social de apoyo.
  - Aislamiento social.
  - Rechazo o marginación por parte de iguales.
  - Presencia de acontecimientos vitales negativos, altamente estresantes, donde se puede activar el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono.
  - Muerte o pérdida de una persona querida.
  - Ruptura de pareja.
  - Problemas familiares, con los iguales y/o con la pareja
-

<i>Familiares</i>	<i>Entorno escolar</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes familiares de suicidio.</li> <li>• Abuso de alcohol o drogas o psicopatologías en la familia.</li> <li>• Peleas frecuentes, violencia dentro del entorno familiar.</li> <li>• Carencia de cuidados, atención o falta de comunicación en el seno familiar</li> <li>• Rigidez educativa o criterios normativos admitidos estrictos dentro del grupo familiar. (p.ej. heterosexualidad).</li> <li>• Familia con altos niveles de exigencia y perfeccionismo, tanto en lo académico como en el comportamiento.</li> <li>• La lealtad, mal entendida, a sus padres que puede hacer que no busquen ayuda fuera de la familia.</li> <li>• Subestimar el malestar emocional de los adolescentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sufrir acoso escolar, Bullying y/o Cyberbullying.</li> <li>• Sentirse rechazado por sentirse diferente.</li> <li>• Altos niveles de exigencia académica.</li> <li>• Estigmatización del alumno después de un intento de suicidio.</li> <li>• Confusión por parte del adulto debido a la ambivalencia del joven entre aceptar o rechazar la ayuda que se le ofrece.</li> <li>• Rechazo, debido a la incomodidad y angustia que puede llegar a generar en el adulto la conducta suicida del joven.</li> <li>• Silencio y aumento de la tensión, por miedo irreal a impulsar una nueva conducta suicida, por parte de alumnos y educadores.</li> </ul>

## **ANEXO 4: SEÑALES DE ALARMA (Madrid)**

### *Verbales:*

- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida por  
Ej.: “No valgo para nada”, “Esta vida es un asco”, “Mi vida no tiene sentido”, “Estaríais mejor sin mí”.
- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro  
Ej.: “Lo mío no tiene solución”, “Las cosas no van a mejorar nunca”
- Despedidas verbales o escritas inesperadas.  
Ej.: Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”.
- Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte. “  
Ej.: Me gustaría desaparecer”, “Quiero descansar”, “No deseo seguir viviendo”.

### *No verbales:*

- Cambio repentino en su conducta. Que puede ir en dos sentidos hacia el aumento de la agresividad; no respetar límites; o hacia un periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. Tranquilidad que puede ser debida a que ya ha tomado una decisión para acabar con su sufrimiento.
- Falta de interés o implicación en las actividades escolares con las que antes disfrutaba.
- Actitud pasiva en clase, apatía, tristeza.
- Aislamiento, se le puede ver solo en los recreos. Puede volverse retraído y distante.
- Consumo inusual de alcohol u otras drogas. Se puede utilizar como medio desinhibidor para realizar la conducta suicida.
- Descenso general en las calificaciones, disminución del esfuerzo, ausencias injustificadas, comportamiento inadecuado en clase, cuando no es habitual en el alumno.
- Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- Despedidas inusuales mediante cualquier medio de comunicación, redes sociales o en persona
- Cerrar cuentas de Facebook, Twitter, etc...
- Resolver asuntos pendientes

### *Verbales:*

- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida por  
Ej.: “No valgo para nada”, “Esta vida es un asco”, “Mi vida no tiene sentido”, “Estaríais mejor sin mí”.
- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro  
Ej.: “Lo mío no tiene solución”, “Las cosas no van a mejorar nunca”
- Despedidas verbales o escritas inesperadas.  
Ej.: “Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”.
- Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte. “  
Ej.: “Me gustaría desaparecer”, “Quiero descansar”, “No deseo seguir viviendo”.

### *No verbales:*

- Cambio repentino en su conducta. Que puede ir en dos sentidos hacia el aumento de la agresividad; no respetar límites; o hacia un periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. Tranquilidad que puede ser debida a que ya ha tomado una decisión para acabar con su sufrimiento.
- Falta de interés o implicación en las actividades escolares con las que antes disfrutaba.
- Actitud pasiva en clase, apatía, tristeza.
- Aislamiento, se le puede ver solo en los recreos. Puede volverse retraído y distante.
- Consumo inusual de alcohol u otras drogas. Se puede utilizar como medio desinhibidor para realizar la conducta suicida.
- Descenso general en las calificaciones, disminución del esfuerzo, ausencias injustificadas, comportamiento inadecuado en clase, cuando no es habitual en el alumno.
- Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- Despedidas inusuales mediante cualquier medio de comunicación, redes sociales o en persona.
- Cerrar cuentas de Facebook, Twitter, etc...
- Resolver asuntos pendientes.

## **ANEXO 5: FORMAS DE COMUNICARSE. QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER ANTE LAS CONDUCTAS SUICIDAS (Comunidad de Madrid)**

### PAUTAS DE COMUNICACIÓN.

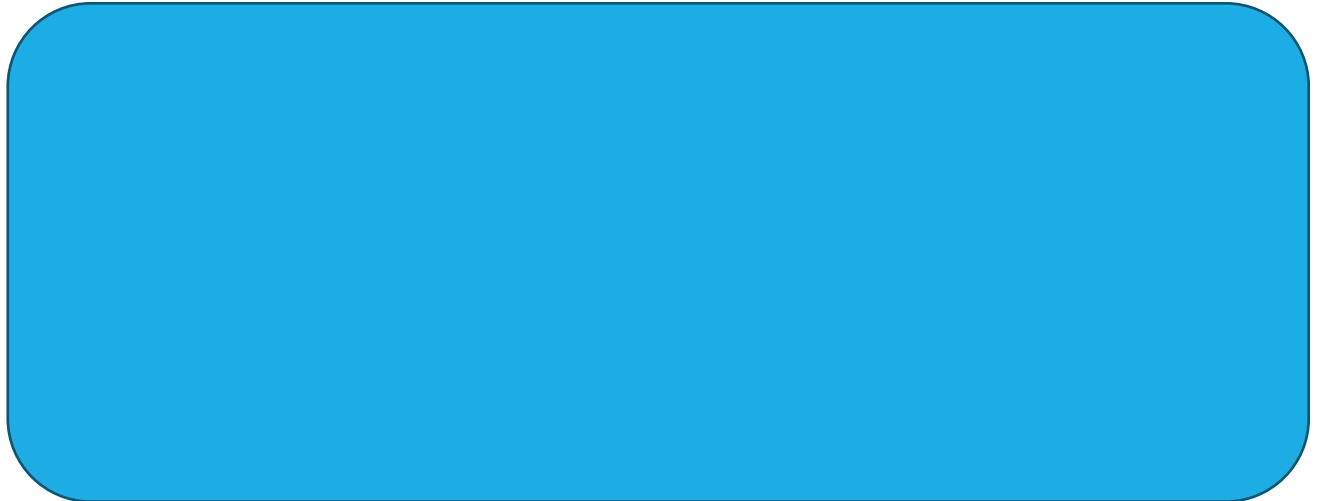
- Hablar con serenidad de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor. (descartando el mito de que, por ello, nosotros le vamos a dar la idea de suicidarse).
- Escuchar desde el respeto, la sensibilidad y la comprensión. Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
- Emplear términos y frases amables (p. ej. Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte).
- Respetar los silencios, ya que seguramente le cueste hablar de lo que piensa o siente.
- Mostrarle nuestra preocupación por lo que le pudiera ocurrir. Transmitirle que nos importa.
- Hacerle entender que todas las cosas y las situaciones cambian, salvo la muerte.
- Centrarse en hacerle ver todas las virtudes y capacidades que tiene como persona.

### QUÉ NO HACER.

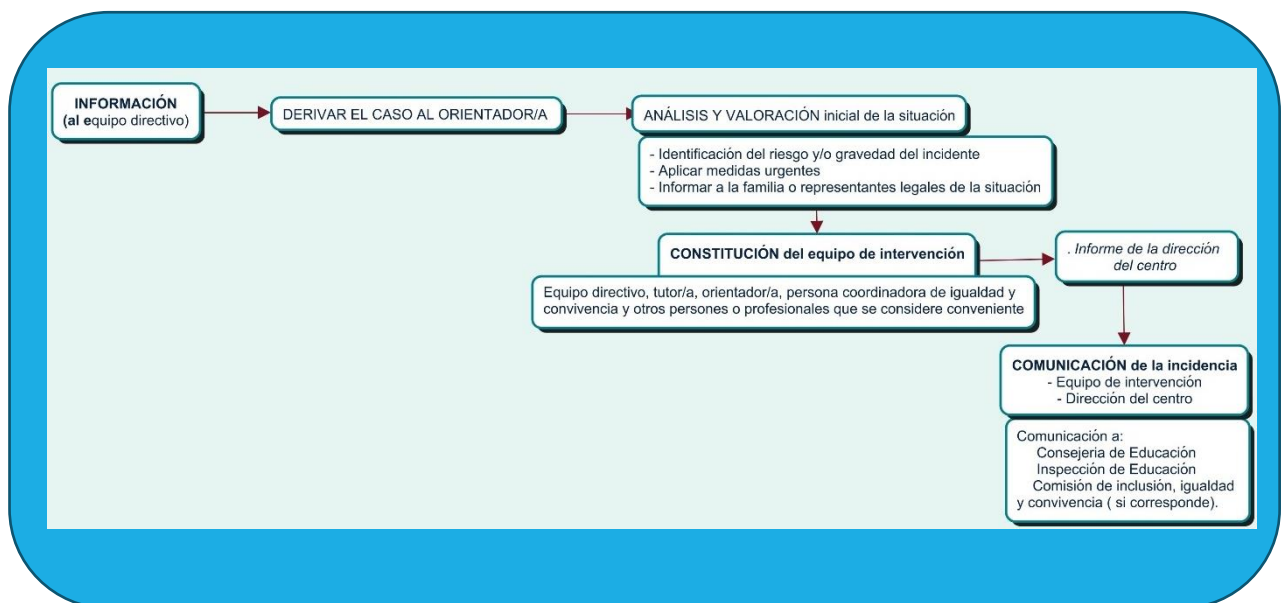
- Nunca juzgarle, ni verbalmente, ni de manera no verbal o gestual.
- No reprocharle su manera de pensar o actuar. (p. ej. ¿cómo puedes decir eso?).
- No criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos. Tomar sus amenazas en serio sin minimizar la situación emocional en la que se encuentra. Como por ejemplo: “¡Anda!, no digas tonterías”, “No será para tanto” o “Es normal, ya se te pasará).
- No entrar en pánico, ni mostrar nuestro miedo. Si no sabemos cómo actuar, lo que si podemos hacer es escuchar con calma y buscar apoyo especializado en cuanto podamos.
- NO utilizar argumentos como “Vas a hacer mucho daño a tu hermano, tus padres o tu novia”, si no conocemos la relación con estas personas, porque quizás es eso precisamente lo que pretende conseguir. Argumentar en positivo acerca de lo importante que él o ella es para nosotros y para otras personas, sobre todo si conocemos quién o qué es lo que más le importa.

## ANEXO 6: FLUJOGRAMA (Elaboración propia a partir del protocolo de Aragón y C. Valenciana)

### 1. PRIMERAS ACTUACIONES.

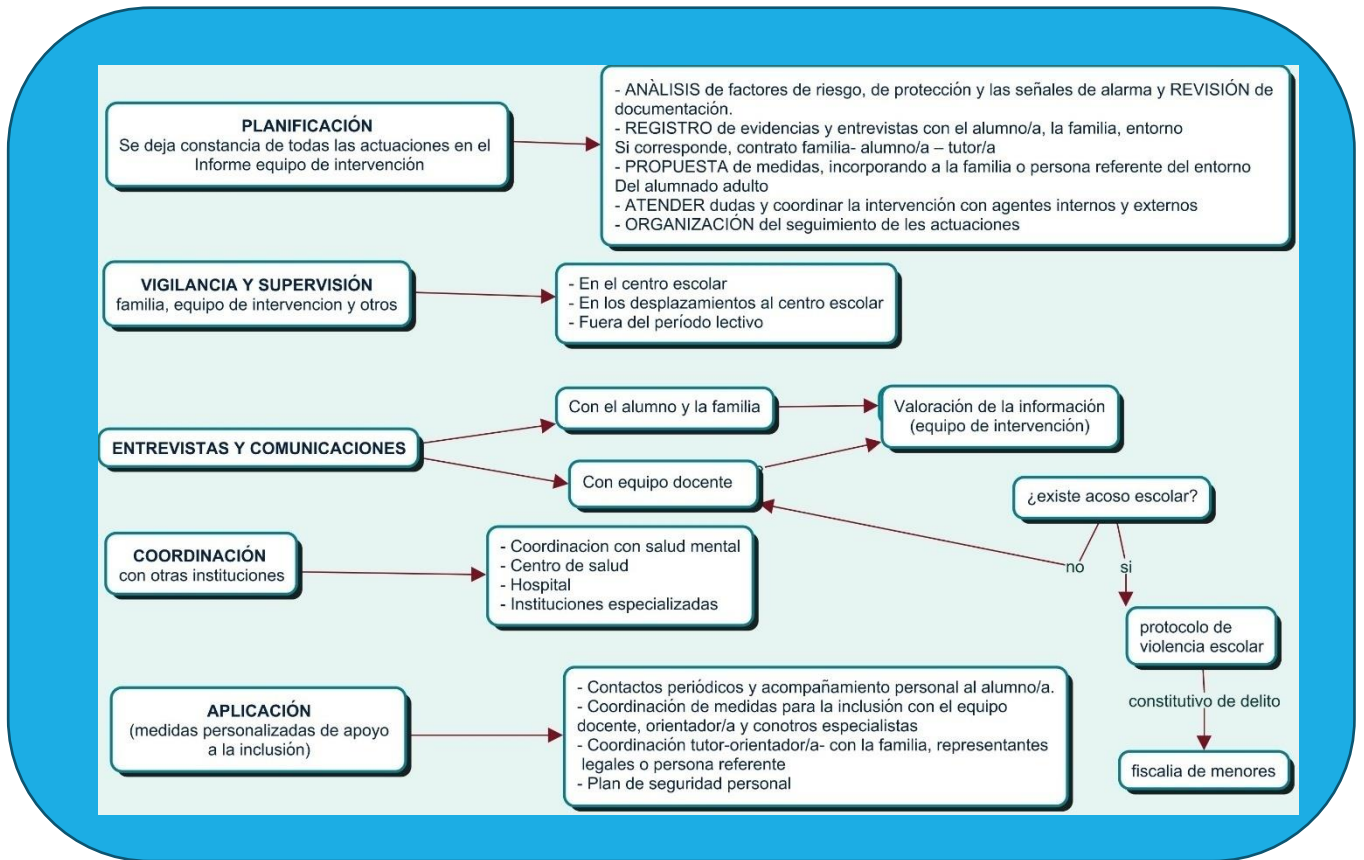


### 2. COMUNICACIÓN

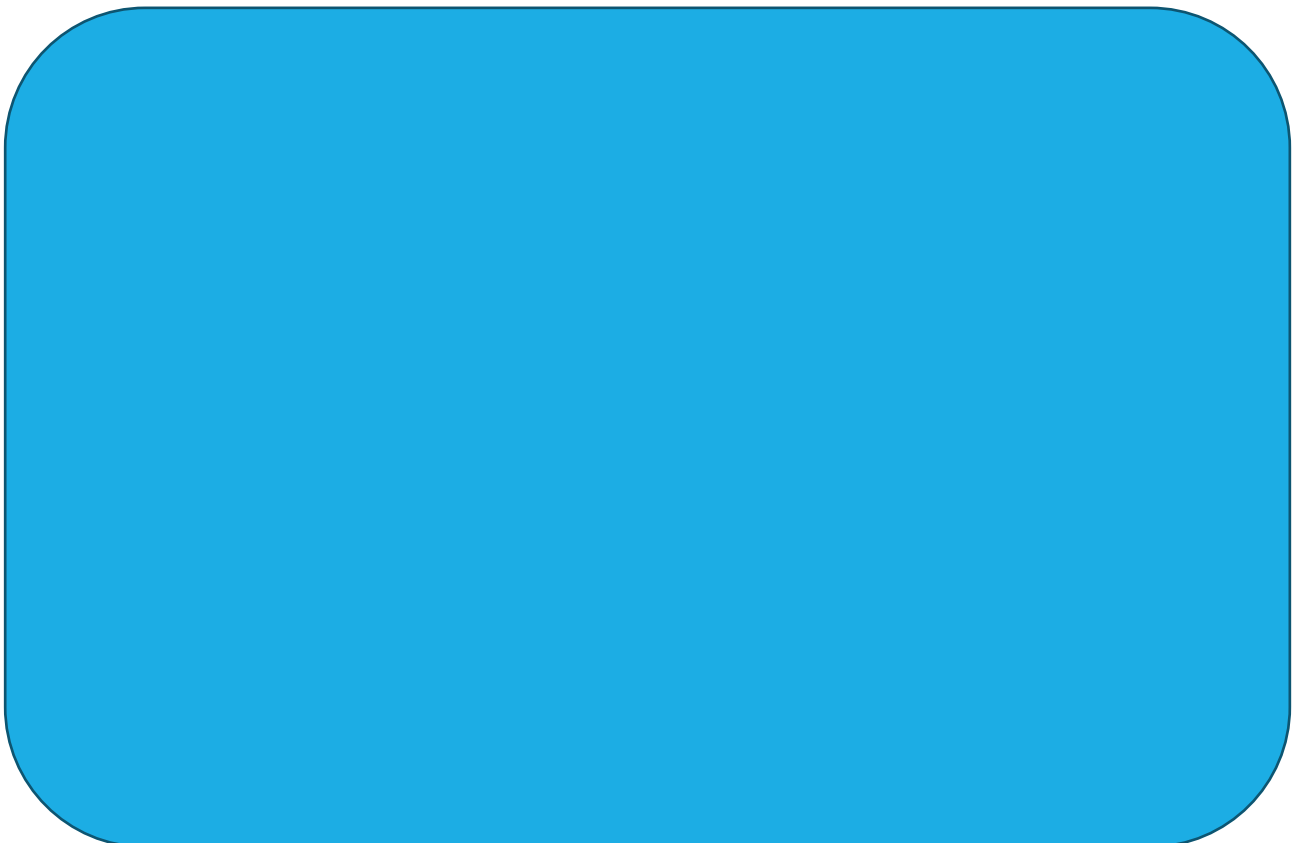




### 3. PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN



### 4. SEGUIMIENTO Y CIERRE





## ANEXO 7: COMUNICACIÓN AL EQUIPO DIRECTIVO DE UN POSIBLE CASO DE IDEACIÓN SUICIDA (Aragón).



Guía de actuación inmediata  
ante posible caso de ideación  
suicida en el ámbito escolar

### ANEXO I

#### COMUNICACIÓN AL EQUIPO DIRECTIVO DE UN POSIBLE CASO DE IDEACIÓN SUICIDA

<b>CENTRO:</b>	<b>CÓDIGO:</b>
<b>LOCALIDAD Y PROVINCIA:</b>	<b>CURSO ESCOLAR:</b>
<b>Breve descripción de los hechos:</b>	
<b>Fecha de detección del riesgo:</b>	
<b>Persona que comunica el caso:</b>	
Alumno/a.	Familia o tutores legales.
Profesor/a tutor/a.	Orientador/a.
Profesor/a.	Otro (especificar)
Personal de Administración y Servicios.	Anónimo.
<b>Datos de identificación de persona en riesgo</b> (Indicar NOMBRE, APELLIDOS, ETAPA/CURSO Y EDAD)	
<b>Observaciones y otros datos de interés</b>	
<b>Se adjunta documentación:</b> NO    SÍ    Indicar tipo:	

D/Dª:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Firma:

REGISTRO DE ENTRADA	RECEPCIÓN DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO
	En _____, a _____ de _____ de 20____  Fdo. El/La Director/a del centro D/Dª:

La Dirección del centro remitirá copia a Inspección de Educación  
y al Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar

Inspección de Educación	Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar
Zaragoza: <a href="mailto:inspzaragoza@aragon.es">inspzaragoza@aragon.es</a> Huesca: <a href="mailto:sitehu@aragon.es">sitehu@aragon.es</a> Teruel: <a href="mailto:eduins.teruel@aragon.es">eduins.teruel@aragon.es</a>	<a href="mailto:equipoconvivencia@aragon.es">equipoconvivencia@aragon.es</a>

## ANEXO 8: VALORACIÓN DE LA POSIBLE SITUACIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA (Aragón).

### ANEXO II VALORACIÓN DE LA POSIBLE SITUACIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA

DENOMINACIÓN DEL CENTRO			
CÓDIGO		LOCALIDAD Y PROVINCIA	
CORREO ELECTRÓNICO			

DATOS DEL ALUMNO/A			
NOMBRE	APELLIDOS	CURSO Y GRUPO	EDAD
Nº GIR del ALUMNO/A:			

(Este informe es confidencial)

Fecha de detección del riesgo:
Comunicación a la Dirección del centro (ANEXO I) de una posible situación de ideación suicida en fecha:
Envío a Inspección de educación del Anexo I en fecha:
Comunicación al Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar del anexo I en fecha:

Para facilitar la coordinación se solicita al Equipo directivo del centro que envíen este documento a la Dirección de Inspección Educativa y al Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar	
Dirección de Inspección Educativa	Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar
<a href="mailto:die@aragon.es">die@aragon.es</a>	<a href="mailto:eeoconvivencia@aragon.es">eeoconvivencia@aragon.es</a>

ASPECTOS CLAVE SITUACIÓN DETECTADA		
FACTORES RIESGO		
NIVEL PERSONAL	<input type="checkbox"/> Conducta suicida previa. <input type="checkbox"/> Búsqueda de soledad y no participación en actividades grupales. <input type="checkbox"/> Dificultades para comunicarse en grupo. <input type="checkbox"/> No expresión de sentimientos u opiniones. <input type="checkbox"/> Dificultad para controlar sus impulsos y baja tolerancia a la frustración. <input type="checkbox"/> Presencia de enfermedad y/o dolor crónico. <input type="checkbox"/> Discapacidad física.	<input type="checkbox"/> Trastorno mental incipiente o ya diagnosticado. <input type="checkbox"/> Antecedentes de abusos sexuales y/o de maltrato físico y/o psicológico. <input type="checkbox"/> Embarazo no deseado. <input type="checkbox"/> Acceso a medios o métodos letales. <input type="checkbox"/> Autolesiones. <input type="checkbox"/> Sucesos vitales estresantes. <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol y otras drogas.
NIVEL FAMILIAR	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de suicidio. <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o sustancias en la familia. <input type="checkbox"/> Historial familiar de trastornos de salud mental. <input type="checkbox"/> Violencia en el ámbito familiar.	<input type="checkbox"/> Ruptura de los vínculos familiares. <input type="checkbox"/> Factores de comunicación negativos dentro de la familia. <input type="checkbox"/> Familia con altos niveles de exigencia y perfeccionismo. <input type="checkbox"/> Pérdida traumática reciente de un miembro de la familia o de personas cercanas.
NIVEL SOCIAL Y EDUCATIVO	<input type="checkbox"/> Ausencia o pérdida de una red social de apoyo, aislamiento social, dificultades para relacionarse con los iguales. <input type="checkbox"/> Situación de desarraigo sociocultural (cambio de país, ciudad, entorno...) <input type="checkbox"/> Acoso escolar, tanto en alumnado víctima como agresor.	<input type="checkbox"/> Sentimiento de rechazo. <input type="checkbox"/> Procesos de tránsito en la identidad sexual o de expresión de la orientación sexual no aceptado. <input type="checkbox"/> Elevada autoexigencia y perfeccionismo, que conllevan sentimientos de fracaso personal, desesperanza, baja autoestima.
FACTORES DE PROTECCIÓN		
NIVEL PERSONAL	<input type="checkbox"/> Competencias socioemocionales: Habilidades sociales, de comunicación, de resolución de problemas y adaptación. <input type="checkbox"/> Autoestima positiva. <input type="checkbox"/> Actitudes y valores prosociales: Respeto, solidaridad, cooperación, justicia, amistad.	<input type="checkbox"/> Sentimiento de aceptación y pertenencia a un grupo o comunidad de referencia. <input type="checkbox"/> Percepción de control sobre los acontecimientos vitales (Locus de control interno).
NIVEL FAMILIAR	<input type="checkbox"/> Relaciones y vínculos familiares satisfactorios, adecuados niveles de comunicación, expresividad emocional y atención en el ámbito familiar.	<input type="checkbox"/> Personas de apego y/o de referencia dentro del entorno familiar.
NIVEL SOCIAL Y EDUCATIVO	<input type="checkbox"/> Relaciones de amistad entre iguales. <input type="checkbox"/> Relaciones positivas con el profesorado y personas relevantes de su entorno. <input type="checkbox"/> Accesibilidad y confianza para poder hablar de temas difíciles con, al menos, alguna persona de su entorno social y escolar.	<input type="checkbox"/> Expectativas positivas de desarrollo socio-personal y educativo. <input type="checkbox"/> Gestión adecuada del ocio y tiempo libre.
SEÑALES DE ALERTA		
VERBALES (ORALES O ESCRITAS)	<input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperanza con una visión de que no hay futuro o muy negativa. <input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperación, de que ya no se puede soportar o tolerar más una situación o estado vital. <input type="checkbox"/> Sentimientos de desamparo, como considerar que no es importante para nadie, que estorba o que las cosas estarían mejor sin él o ella. Sentimientos intensos y abrumadores de culpa, vergüenza y odio. <input type="checkbox"/> Comentarios relacionados con la muerte. <input type="checkbox"/> Conversaciones reiterativas sobre la muerte, realizar despedidas inusuales. <input type="checkbox"/> Expresión abierta y directa sobre sus deseos de quitarse la vida, amenazando sobre querer hacerse daño o matarse. Este pensamiento se manifiesta con distintos grados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin planteamiento de la acción.</li> <li>- Con un método indeterminado.</li> <li>- Con un método específico, pero no planificado.</li> <li>- Plan suicida concreto.</li> </ul>	

<b>NO VERBALES</b>	<input type="checkbox"/> Presencia de un evento desencadenante o precipitante. <input type="checkbox"/> Observación de un cambio repentino en su conducta habitual. Este cambio puede ir en dos sentidos: - Aumento significativo de la irritabilidad; mayor agresividad; no respetar límites. - Período de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. <input type="checkbox"/> Existencia de un intento previo de suicidio. <input type="checkbox"/> Conducta imprudentemente temeraria, búsqueda de mecanismos para hacerse daño. <input type="checkbox"/> Actitud pasiva, apatía, falta de energía, tristeza, aislamiento, retraimiento social. <input type="checkbox"/> Incapacidad para experimentar placer con actividades habituales. <input type="checkbox"/> Descuido en la apariencia personal. <input type="checkbox"/> Dificultades en la concentración, desatención y, como consecuencia, pérdida de la memoria. <input type="checkbox"/> Alteraciones en los patrones de sueño o alimentación. <input type="checkbox"/> Cerrar asuntos pendientes.
--------------------	--

RIESGO DETECTADO ESTIMACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DETECTADO	
<b>ALTO:</b> Riesgo inminente de conducta suicida	<input type="checkbox"/>
<b>MEDIO:</b> Pensamientos, ideación y planes suicidas no inmediatos	<input type="checkbox"/>
<b>BAJO:</b> Pensamientos e ideación suicidas no inmediatos y sin planificación	<input type="checkbox"/>
<b>NO SE ESTIMA</b> ideación suicida en el momento actual	<input type="checkbox"/>

OTROS DATOS RELEVANTES

PROPUESTA DE MEDIDAS DE SUPERVISIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO INMEDIATAS		
Acciones, recursos, responsables y medios que han de aplicarse de forma inmediata y mantenerse activos para garantizar el bienestar y seguridad del alumno/a. En la aplicación de este procedimiento participarán el profesorado, el alumnado, el personal no docente y las familias o tutores/as legales.		
<input type="checkbox"/> Crear un equipo de seguimiento formado por un miembro del Equipo directivo, un/a profesional de la Red Integrada de Orientación y el tutor/a. <input type="checkbox"/> Especificar un procedimiento para que el alumno/a no permanezca sin supervisión, especialmente durante los recreos, entre clase y clase o en los desplazamientos a aulas-materia, gimnasio, laboratorios, etc. <input type="checkbox"/> Establecer vigilancia por el profesorado/personal responsable en lugares donde se desarrollan servicios complementarios: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Transporte escolar  <input type="checkbox"/> Entradas y salidas  <input type="checkbox"/> Cambios de clase  <input type="checkbox"/> Pasillos  <input type="checkbox"/> Baños             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Comedor  <input type="checkbox"/> Actividades extraescolares  <input type="checkbox"/> Dormitorio/residencia  <input type="checkbox"/> Otros. Especificar:             </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Transporte escolar <input type="checkbox"/> Entradas y salidas <input type="checkbox"/> Cambios de clase <input type="checkbox"/> Pasillos <input type="checkbox"/> Baños	<input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Actividades extraescolares <input type="checkbox"/> Dormitorio/residencia <input type="checkbox"/> Otros. Especificar:
<input type="checkbox"/> Transporte escolar <input type="checkbox"/> Entradas y salidas <input type="checkbox"/> Cambios de clase <input type="checkbox"/> Pasillos <input type="checkbox"/> Baños	<input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Actividades extraescolares <input type="checkbox"/> Dormitorio/residencia <input type="checkbox"/> Otros. Especificar:	
<input type="checkbox"/> Proporcionar al alumno/a un lugar seguro (despacho de Dirección o Jefatura de Estudios, Departamento de Orientación, Sala de tutorías, etc.) al que pueda acudir, en caso de necesidad, estando siempre debidamente acompañado/a. <input type="checkbox"/> Analizar situaciones de riesgo en los espacios y materiales utilizados por la alumna o alumno. <input type="checkbox"/> Realizar un seguimiento intensivo por parte de un profesor o profesora de confianza, que el alumno o alumna acepta, por mayor empatía o cercanía comunicativa o afectiva. <input type="checkbox"/> Informar al equipo docente y servicios complementarios (personal del comedor, de actividades extraescolares, coordinadores del PIEE, transporte, residencias, etc.) de la situación, siempre en coordinación con el tutor o tutora del alumno/a. <input type="checkbox"/> Adoptar medidas de protección en plataformas e-learning, blogs, etc. gestionados por el centro. <input type="checkbox"/> Controlar de manera exhaustiva la asistencia del alumno/a y comunicar inmediatamente en caso de ausencia no justificada a la familia o tutores/as legales durante el tiempo que dure la situación de riesgo. <input type="checkbox"/> Favorecer el acompañamiento del alumno/a por uno o varios compañeros/as de su confianza durante el tiempo que se considere oportuno. Su labor será la de prestarle apoyo y comunicar al profesorado cualquier incidencia que ocurra. <input type="checkbox"/> Promover la detección y seguimiento de posibles situaciones de riesgo en grupos de mensajería instantánea y redes sociales a través de los sistemas de ayuda entre iguales. <input type="checkbox"/> Establecer un apoyo específico en el aula de otro docente o un compañero/a. <input type="checkbox"/> Coordinarse y comunicarse de manera fluida con la familia o tutores/as legales del alumno/a. <input type="checkbox"/> Coordinarse con otros servicios. Especificar: <input type="checkbox"/> Otros:		

DERIVACIÓN	
<input type="checkbox"/> <b>NO PROCEDE DERIVACIÓN</b> A OTROS SERVICIOS EXTERNOS AL CENTRO EDUCATIVO	
<input type="checkbox"/> <b>PROCEDE DERIVACIÓN</b> A OTROS SERVICIOS EXTERNOS AL CENTRO EDUCATIVO:	
<b>A SERVICIOS SANITARIOS:</b>  <div style="text-align: center;">           Servicios de urgencia  <input type="checkbox"/>             Atención Primaria  <input type="checkbox"/>             Continuar con la Atención en Salud Mental*  <input type="checkbox"/> </div> <small>* En caso de haberse iniciado.         </small>	<b>A OTROS SERVICIOS:</b>  <div style="text-align: center;">           Servicios Sociales  <input type="checkbox"/>             Otros servicios sociocomunitarios  <input type="checkbox"/> </div>

Vº Bº El/La Director/a	El/La Orientador/a
Fdo.	Fdo.

Di/Dña.

como padre, madre o representante legal de

Quedo informado/a de la valoración de la posible situación de ideación suicida que manifiesta mi hijo/a.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Padre, madre, representante legal	Padre, madre, representante legal
Fdo.	Fdo.

El responsable del tratamiento de los datos personales es la Dirección General de Planificación y Equidad.

La finalidad de este tratamiento es recabar los datos necesarios para identificar y prevenir posibles situaciones de ideación y tentativa suicida entre el alumnado de los centros escolares de Aragón.

La legitimación para realizar el tratamiento de datos nos la da la necesidad para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física. Podrás ejercer tus derechos de [acceso](#), [rectificación](#), [supresión](#) y [portabilidad](#) de los datos o de [limitación](#) y [oposición](#) a su tratamiento, así como [a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas](#) a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles.

Podrás consultar la información adicional y detallada sobre esta actividad de tratamiento en [https://aplicaciones.aragon.es/notif\\_loodi\\_pub/details.action?field=944](https://aplicaciones.aragon.es/notif_loodi_pub/details.action?field=944)

## ANEXO 9: PLAN DE SUPERVISIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO ANTE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA (Aragón).

### ANEXO V

#### PLAN DE SUPERVISIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO ANTE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA

- Crear un equipo de seguimiento formado por un miembro del Equipo directivo, un/a profesional de la Red Integrada de Orientación y el tutor o tutora.
- Especificar un procedimiento para que el alumno o la alumna no permanezca sin supervisión, especialmente durante los recreos, entre clase y clase o en los desplazamientos a aulas-materia, gimnasio, laboratorios, etc.
- Establecer vigilancia por el profesorado/personal responsable en lugares donde se desarrollan servicios complementarios:
  - Transporte escolar
  - Entradas y salidas
  - Cambios de clase
  - Pasillos
  - Baños
  - Comedor
  - Actividades extraescolares
  - Dormitorio/Residencia
  - Otros. Especificar:
- Realizar un seguimiento intensivo por parte de un profesor o profesora de confianza que el alumno o alumna acepte por mayor empatía o cercanía comunicativa o afectiva.
- Proporcionar al alumno/a un lugar seguro (despacho de Dirección o Jefatura de Estudios, Departamento de Orientación, Sala de tutorías, etc.) al que pueda acudir en caso de necesidad, siempre debidamente acompañado/a.
- Analizar situaciones de riesgo en los espacios y materiales utilizados por la alumna o alumno.
- Informar al equipo docente y servicios complementarios (personal de comedor, actividades extraescolares, PIEE, transporte, residencias, etc.) de la situación, en coordinación con el tutor/a.
- Adoptar medidas de protección en plataformas e-learning, blogs, etc. gestionados por el centro.
- Controlar de manera exhaustiva la asistencia del alumno/a y comunicar inmediatamente en caso de ausencia no justificada a la familia o tutores/as legales durante el tiempo que dure la situación de riesgo.
- Favorecer el acompañamiento del alumno/a por uno o varios compañeros/as de su confianza durante el tiempo que se considere oportuno. Su labor será prestarle apoyo y comunicar cualquier incidencia.
- Promover la detección y seguimiento de posibles situaciones de riesgo en grupos de mensajería instantánea y redes sociales a través de los sistemas de ayuda entre iguales.
- Establecer un apoyo específico en el aula de otro/a docente o un compañero/a.
- Coordinarse y comunicarse de manera fluida con la familia o tutores/as legales del alumno/a.
- Desarrollar en el aula actuaciones de gestión de emociones, estrés e información de la situación.
- Coordinarse con otros servicios. Especificar:
- Otros:



**ANEXO 10: REGISTRO DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EQUIPO DOCENTE (Aragón).**

**ANEXO VI**  
**REGISTRO DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EQUIPO DOCENTE**

DATOS DEL ALUMNO/A			
NOMBRE:		APELLIDOS:	
CURSO:		GRUPO:	
EDAD:		TUTOR/A:	

DOCENTE DE LA MATERIA, ÁREA O MÓDULO: HORARIO EN EL QUE OBSERVA AL ALUMNO O LA ALUMNA:			
NOMBRE:		APELLIDOS:	

SEÑALES DE ALERTA OBSERVADAS (Marcadas las SEÑALES DE ALERTA determinadas en el Anexo II por el orientador o la orientadora del centro)	
VERBALES (ORALES O ESCRITAS)	<input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperanza con una visión de que no hay futuro o muy negativa. <input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperación, de que ya no se puede soportar más una situación o estado vital. <input type="checkbox"/> Sentimientos de desamparo: Considerar que no es importante para nadie, que estorba o que las cosas estarían mejor sin él o ella. Sentimientos intensos y abrumadores de culpa, vergüenza y odio. <input type="checkbox"/> Comentarios relacionados con la muerte. <input type="checkbox"/> Conversaciones reiterativas sobre la muerte, realizar despedidas inusuales. <input type="checkbox"/> Expresión abierta y directa sobre sus deseos de quitarse la vida, amenazando sobre querer hacerse daño o matarse. Este pensamiento se manifiesta con distintos grados: - Sin planteamiento de la acción. - Con un método indeterminado. - Con un método específico, pero no planificado. - Plan suicida concreto.
NO VERBALES	<input type="checkbox"/> Presencia de un evento desencadenante o precipitante. <input type="checkbox"/> Observación de un cambio repentino en su conducta habitual. Este cambio puede ir en dos sentidos: - Aumento significativo de la irritabilidad; mayor agresividad; no respetar límites. - Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. <input type="checkbox"/> Existencia de un intento previo de suicidio. <input type="checkbox"/> Conducta imprudentemente temeraria, búsqueda de mecanismos para hacerse daño. <input type="checkbox"/> Actitud pasiva, apatía, falta de energía, tristeza, aislamiento, retraimiento social. <input type="checkbox"/> Incapacidad para experimentar placer con actividades habituales. <input type="checkbox"/> Descuido en la apariencia personal. <input type="checkbox"/> Dificultades en la concentración, desatención y, como consecuencia, pérdida de la memoria. <input type="checkbox"/> Alteraciones en los patrones de sueño o alimentación. <input type="checkbox"/> Cerrar asuntos pendientes.

## ANEXO 11: REGISTRO DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTO (Aragón).

### ANEXO VII REGISTRO DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTO

DATOS DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTO:	
Equipo directivo:	
Orientación:	
Tutor/a:	
Otros:	

DATOS DEL ALUMNO/A			
Nombre:		Apellidos:	
Curso:		Grupo:	
Edad:		Tutor/a:	

INFORMACIÓN A ANALIZAR	DOCUMENTOS
Valoración y revisión del riesgo de la Red Integrada de Orientación Educativa	Anexo II
Entrevistas realizadas al alumno o alumna	
Información aportada por la familia o tutores/as legales	
Plan de supervisión, protección y apoyo	Anexo V
Información aportada por el Equipo docente	Anexo VI
Información aportada por otros/as integrantes de la comunidad educativa	
Otras (especificar):	

<b>Fecha:</b>
Tras el análisis de la información aportada, el Equipo de seguimiento considera que:
<input type="checkbox"/> Es necesario mantener el seguimiento habitual dentro del Plan de Acción Tutorial.
<input type="checkbox"/> Es necesario mantener el seguimiento establecido en el plan de protección.
<b>Motivación de la decisión:</b>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

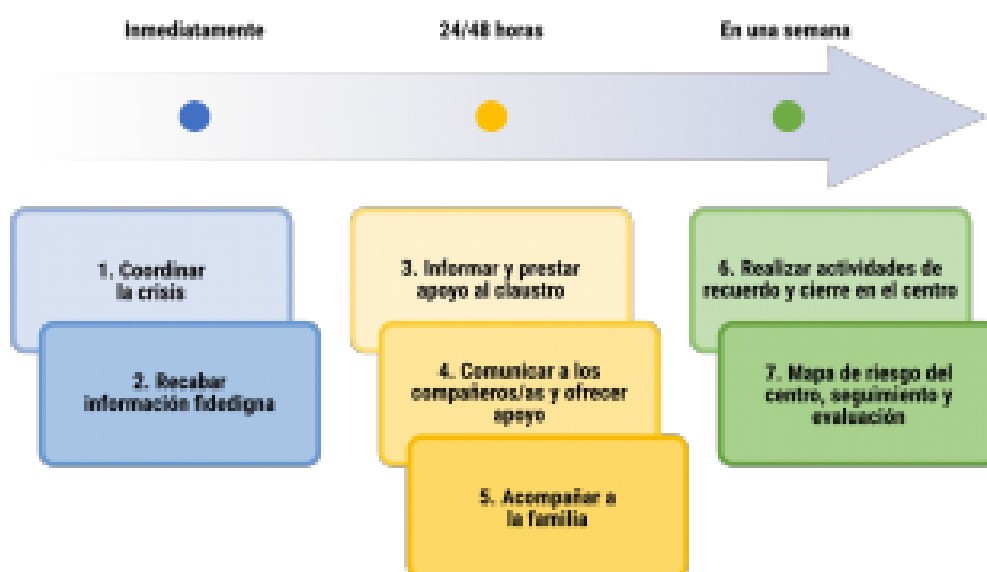
Fdo.	Fdo.	Fdo.
------	------	------

## ANEXO 12: PROCESO DE POSVENCIÓN (Protocolo de Murcia)

Guía de prevención del suicidio. Actuaciones en centros educativos.

El suicidio de un alumno genera un gran impacto sobre toda la comunidad educativa. Requiere una toma de decisiones rápidas bajo mucha presión, por lo que es sumamente importante planificar las actuaciones. Consideramos que contar con una serie de pautas generales puede ser de gran ayuda en este momento.

A continuación se describen una serie de actuaciones a tener en cuenta por el centro educativo como respuesta a una muerte por suicidio:



### PASO 1. COORDINAR LA CRISIS:

La dirección del centro debe tomar medidas para coordinar la situación de crisis de forma inmediata y preparar una primera reunión estableciendo las actuaciones a realizar y las personas responsables. Se recomienda contar con el director/a, el jefe/a de estudios, profesionales de orientación, el tutor/a y un profesor/a con fuerte vinculación en el grupo de procedencia del alumno fallecido. Sería importante que en las actuaciones a realizar participaran profesores con habilidades y experiencia en el manejo de situaciones de crisis o duelo.

Si fuera necesario se podrá contactar con el Equipo Específico de Convivencia Escolar para recibir asesoramiento:

- ✉ [30400009@murciaeduca.es](mailto:30400009@murciaeduca.es) ☎ Tel.: 968 27 05 75

## PASO 2: RECABAR INFORMACIÓN FIDEDIGNA.

El director debe verificar lo sucedido de la manera más fidedigna posible dejando a un lado los rumores, y tratando de contactar con algún familiar del alumno ofreciendo ese primer apoyo desde el centro.

Se comunicará al Observatorio para la Convivencia Escolar y a la Inspección de Educación:

- ✉ [observatorio.convivencia@murciaeduca.es](mailto:observatorio.convivencia@murciaeduca.es) ☎ Tel.: 968 37 50 84 - 968 37 50 79
- ✉ [inspeccion.educacion@murciaeduca.es](mailto:inspeccion.educacion@murciaeduca.es) ☎ Tel.: 968 27 96 37 / 37

## PASO 3: INFORMAR Y PRESTAR APOYO AL CLAUSTRO.

Tan pronto como sea posible se convocará un claustro extraordinario en el que se comuniquen los hechos con claridad y se informe de los pasos a seguir. Estas situaciones requieren una gran unión y apoyo entre el profesorado. Habría que articular un sistema de apoyo del equipo docente como sostén a aquellas clases más sensibles por lo que ha ocurrido. En dicha reunión se aportará la siguiente información:

### A) Principales características del duelo por suicidio:

- Estigmatización social.
- Sentimiento de culpa.
- Rumitaciones con respecto a las circunstancias.
- Ambivalencia respecto al fallecido.
- Riesgo de imitación.
- Dificultad para la aceptación.

### B) Se recomienda la reorganización física de la clase para evitar el espacio vacío que ocupaba el alumno fallecido, así como la actualización de las listas de clase y retirada de los objetos personales que puedan obstaculizar el proceso normal de duelo de alumnado y profesorado.

### C) Estrategias para dar la noticia al alumnado:

- Se recomienda que den la noticia los profesores que tienen más relación o mejor vínculo con la clase. Deben ser al menos dos profesores para poder contener las situaciones que se produzcan.
- Dar la noticia de manera clara "ha ocurrido un hecho muy muy triste... \_\_\_\_\_ murió, ya no estará con nosotros".
- No tener miedo de expresar tristeza delante del alumnado, esta actitud facilitará la asimilación y la expresión emocional en ellos.



- Es mejor escuchar que hablar. Animarlos a expresar lo que sienten, a la descripción de su emoción (puede ser por escrito), preguntarles por sus sentimientos: ¿cómo te sientes por dentro? ¿te sientes triste?
- Responder a sus preguntas y si no sabemos qué contestar, comunicarlo así: "los profesores no tenemos todas las respuestas".
- Podría ser positivo realizar unas sesiones de relajación para facilitar la gestión del posible estrés producido por la situación. Esta es una herramienta útil en la vida de los alumnos.
- Es importante no contar detalles "escabrosos" y delicados, y reconducir a que ha fallecido y ya no está con nosotros, sin pararse en otra información no relevante.
- No mentir para evitar la proliferación de rumores que generan más ansiedad en el entorno educativo.

## PASO 4: COMUNICAR A LOS ALUMNOS Y OFRECER APOYO.

Los centros educativos deben ofrecer a los alumnos la oportunidad para expresar sus emociones e identificar estrategias para manejarlas. Tan pronto como sea posible y tras la celebración del claustro, los profesores deben preparar una sesión para desarrollarla en el grupo clase del alumno y en el resto de grupos de pertenencia del alumno fallecido.

### ASPECTOS ESENCIALES PARA LA SESIÓN.

1. Contrarrestar rumores.
2. Dar información básica sobre el suicidio (es complejo, es multifactorial, no es un acto heroico, es una decisión personal)
3. Interactuar con los estudiantes: asegurar un ambiente de confianza, tener en cuenta la importancia de la confidencialidad y la honestidad.
4. Hablar sobre qué se puede hacer cuando uno se siente triste o con desesperanza o cuando un amigo se siente de ese modo. Explicar cómo pedir ayuda.
5. Canalizar las emociones grupales por medio de una actividad como la lectura de un libro de forma conjunta, hacer un libro de recuerdos etc.
6. Detectar a los alumnos en riesgo, por afinidad con el alumno fallecido o por situaciones de vulnerabilidad para la realización de un mapa de riesgo en el centro.

## PASO 5: ACOMPAÑAR A LA FAMILIA.

En un primer momento es conveniente la presencia de una representación del profesorado en el tanatorio u otro lugar de despedida, según su cultura, para el consuelo de la familia y ofrecer apoyo.

Posteriormente, se informará a la familia de la realización de una actividad de recuerdo en el centro por si quisieran asistir.

Se le podrá ofrecer orientaciones sobre cómo conseguir apoyo psicológico o servicios de ayuda externa, según los recursos existentes en la localidad.

## PASO 6: REALIZAR ACTIVIDADES DE RECUERDO Y CIERRE EN EL CENTRO.

En un período corto, en torno a una semana tras el fallecimiento del alumno, es aconsejable realizar una actividad de recuerdo y cierre, evitando cronificar el duelo. Dicha actividad será planificada de forma conjunta entre profesorado y alumnado. Las actividades podrían ser: un minuto de silencio, la lectura de una carta, plantar un árbol, poner una música significativa, lectura de un texto, etc. exponiendo que *"aunque la persona murió no significa que lo vayamos a olvidar, sus recuerdos ocupan un lugar en nuestro mundo"*.

## PASO 7: MAPA DE RIESGO DEL CENTRO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

Elaborar un mapa de riesgo implica:

1. Identificar al alumnado que pueda estar en situación de vulnerabilidad por alguna de las siguientes razones:
  - A) Por cercanía al alumno fallecido.
  - B) Por haber presentado ideación suicida o conductas autolesivas previas.
  - C) Por haber pasado por un fallecimiento cercano reciente.
2. Una vez identificados estos alumnos se procederá a informar y establecer una mayor comunicación con sus padres dándoles las siguientes orientaciones:
  - A) Escuchar a sus hijos, validando sus sentimientos.
  - B) Proporcionar la misma información que la aportada desde el centro para establecer coherencia, sin entrar en detalles innecesarios.
  - C) Pasar más tiempo con sus hijos.
  - D) Estar atentos a posibles cambios emocionales y conductuales, manteniendo una relación fluida con el centro educativo.

Para el seguimiento en el centro educativo es conveniente:

- Asignar un profesor de referencia con el que pueda hablar y tener un mayor seguimiento.
- Establecer un sistema de apoyo a los compañeros más afectados.





- Si algún alumno no evoluciona favorablemente debemos hablar con la familia y hacer derivación a su médico para que determine si es necesario una valoración por Salud Mental.
- Si el alumno ya está asistiendo a Salud Mental, establecer contacto con ellos y comunicar la situación actual solicitando pautas para el centro educativo.

En la **evaluación** se tendrá en cuenta:

Los profesionales que han ido planificando e implementando estas actuaciones evaluarán cada una de las acciones del centro escolar para dar respuesta a la situación, modificando aquellos procedimientos que fueran mejorables, adaptándolos a los recursos y las necesidades específicas del centro.