

Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio

Recomendaciones para el ámbito escolar

Eva Dumon & Prof. Dr. Gwendolyn Portzky

Unidad de Investigación en Suicidio – Universidad de Gante

El proyecto Euregenas ha recibido financiación de la Unión Europea dentro del Programa de Salud Pública 2008-2013. La responsabilidad única del contenido de esta publicación recae en el autor, y por ello la Agencia Ejecutiva no tiene responsabilidad alguna de ningún uso que pudiera ser dado a la información aquí contenida.





Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio: Recomendaciones para el ámbito escolar

Eva Dumon & Prof. dr. Gwendolyn Portzky

Unidad de Investigación en Suicidio, Universidad de Gante

2014

Agradecimientos

Este documento ha sido desarrollado por la Unidad de Investigación de Suicidio de la Universidad de Gante, socia principal del Paquete de Trabajo 6 del Proyecto Euregenas, con el apoyo del Gobierno de Flandes y la valiosa colaboración de los siguientes socios y actores, a los que se les ha invitado a proporcionar sus comentarios y opiniones:

- Los socios de Euregenas (ver p. 48 lista completa con todos los socios);
- El Comité Científico del Proyecto Euregenas
- Los participantes en las Reuniones* de la Red Regional de Euregenas, con un agradecimiento especial a VAZG por su contribución a este instrumento de intervención

*Estas Redes Regionales se crearon en cinco regiones participantes para apoyar el desarrollo y la implementación del Instrumento de Intervención e involucrar a dirigentes políticos, expertos en salud pública, actores comunitarios y agentes sociales clave en la prevención del suicidio.

En la traducción al castellano han participado la Dra. Cristina Blanco; Dr. Juan L. Muñoz; Dra. Mercedes Pérez López y Dr. Manuel A. Franco Martín por parte de la región de Castilla y León (Fundación Intras y Sacyl -Complejo Asistencial de Zamora-); D^a. Sonsoles Sánchez-Muros Lozano (Fundación Progreso y Salud, Andalucía); el Dr. José Daniel Gutiérrez Castillo y D^a Evelyn Huizing (Servicio Andaluz de Salud)

[Los iconos de esta herramienta han sido desarrollados por Freepik e IcoMoon]



Índice

RESUMEN EJECUTIVO	4
INTRODUCCIÓN	5
PARTE 1. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN LA POLÍTICA DE ESCUELAS SALUDABLES	7
ESTRATEGIA 1 – Desarrollo de una “Política de Escuelas Saludables”	8
ESTRATEGIA 2 – Desarrollo de programas escolares de prevención	13
1. Programas de psicoeducación	14
2. Programas de entrenamiento en habilidades	18
3. Programas de formación de <i>Gatekeepers</i>	21
4. Programas de detección	22
ESTRATEGIA 3 - Prestar especial atención al alumnado y personal vulnerable	24
ESTRATEGIA 4 – Restringir el acceso a métodos letales	27
PARTE 2. HERRAMIENTAS PRÁCTICAS	29
HERRAMIENTA 1 - Información clave sobre la conducta suicida	30
HERRAMIENTA 2 - ¿Cómo identificar y tratar alumnos en riesgo de suicidio?	35
HERRAMIENTA 3 - ¿Qué hacer tras un (intento de) suicidio?	39
HERRAMIENTA 4 - Guía para conversaciones en clase tras un (intento de) suicidio	46
LISTA DE VERIFICACIÓN	47
SOBRE EL PROYECTO EUREGENAS	48
BIBLIOGRAFÍA	51



Resumen Ejecutivo

El objetivo de este documento es proporcionar recomendaciones para el ámbito escolar sobre actuaciones preventivas e intervenciones tras el suicidio. El documento incluye dos partes principales:

- 1.** La primera parte está dirigida a gestores y responsables políticos en el campo de la educación. Esto proporciona un **MARCO PARA UNA POLÍTICA DE ESCUELAS SALUDABLES**, incluyendo una presentación general de las estrategias y programas escolares efectivos con el objetivo de promover la salud mental y la prevención del suicidio.
- 2.** La segunda parte ofrece una serie de **HERRAMIENTAS PRÁCTICAS** para el personal de los colegios e institutos como la dirección, el profesorado y orientadores, e incluye:
 - **Información clave sobre la conducta suicida**
 - **Estrategias de intervención**, describiendo cómo identificar los estudiantes en riesgo y cómo interactuar con ellos.
 - **Estrategias de intervención tras el suicidio**, o intento de suicidio, de un estudiante (o miembro del personal del centro), incluyendo una propuesta para un plan de crisis.
 - **Guías para la conversación en clase** tras un suicidio, o intento de suicidio, de un alumno (o miembro del personal).
 - **Una lista de verificación** la cual resume los principales puntos tratados en este documento.

Además de esta guía de recursos, puede ser útil consultar:

- **Directrices Generales para la Prevención de Suicidio**, desarrolladas por Euregenas y disponibles en el sitio web: www.euregenas.eu
- Algunos países han desarrollado también **recursos y programas específicos para el ámbito escolar, adaptado a su nivel local y nacional**, para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio.

Estas Recomendaciones están disponibles en varios idiomas y pueden ser descargadas en www.euregenas.eu y la página Web del Servicio Andaluz de Salud



INTRODUCCIÓN

Sobre Euregenas

En el marco del paquete de trabajo 6 del proyecto Euregenas se han desarrollado guías y herramientas para la prevención de suicidio. El proyecto Euregenas tiene como objetivo contribuir a la prevención de pensamientos y conductas suicidas en Europa, a través del desarrollo y la implementación de estrategias para la prevención del suicidio a nivel regional, y que posteriormente puedan ser utilizadas en la Unión Europea como ejemplo de buenas prácticas. Este proyecto reúne a 15 socios europeos que representan a 11 regiones europeas con diversas experiencias en la prevención de suicidio. Puede encontrar más información sobre el proyecto al final de éste documento de intervención y en la página web del proyecto: www.euregenas.eu

Desarrollo de instrumento de intervención

Este documento de recomendaciones se fundamenta en el **análisis de necesidades identificadas por agentes clave** que trabajan con personas en riesgo de suicidio, realizado a nivel regional, y **una exhaustiva revisión de la literatura y de buenas prácticas** enmarcada en el paquete de trabajo 4 del proyecto Euregenas.

Además, se realizó una revisión de la literatura internacional sobre la eficacia de las estrategias y programas de prevención de suicidio a nivel escolar, utilizando la *Web of Science* (2000-2014).

Finalmente, se ha establecido en cinco de las regiones participantes de Euregenas **Redes Regionales** para apoyar el desarrollo y la implementación de estos instrumentos y guías. Estas Redes implican a gestores y responsables políticos, expertos en salud pública, actores comunitarios y agentes sociales clave en el campo de la prevención del suicidio.



¿Por qué un Instrumento de intervención para prevenir el suicidio en los ámbitos escolares?

- El suicidio es la **principal causa de muerte** entre la gente joven en toda Europa. La prevalencia varía entre los distintos países, pero las ideaciones y los intentos de suicidio, parecen ser un problema de salud mental frecuente en la gente joven (Madge et al., 2008). Un estudio con estudiantes entre 15-16 años en 17 países europeos, mostró que la prevalencia media de ideaciones autolíticas era del 7,4% (rango entre 2,1%-15,3%) y la prevalencia del intento de suicidio, a lo largo de la vida, era del 10,5% (rango 4,1%-23,5%) (Kokkevi et al., 2012).
- Son necesarias estrategias de intervención ante la conducta suicida en los colegios e institutos porque los jóvenes emplean una considerable cantidad de su tiempo en el ámbito escolar. En este sentido, la prevención del suicidio exige una **aproximación multi-sectorial**, ya que no solo es un problema importante de salud pública, sino también para otros sectores como el de la educación.

➔ Por tanto, se ha desarrollado un instrumento de intervención para los colegios, dirigido tanto a **gestores y responsables políticos** como a **gatekeepers¹ del ámbito escolar** (dirección, profesorado y orientadores escolares). El objetivo es ofrecer a los entornos ámbitos información general sobre la conducta suicida, un resumen de estrategias de promoción de salud mental y estrategias de prevención del suicidio en el ámbito escolar, ejemplos de buenas prácticas y herramientas prácticas. De este modo, este documento proporciona una estructura para la potencial contribución de la prevención de suicidio en el ámbito escolar local.

¹ Gatekeepers: personas que regularmente entran en contacto con personas o familias con problemas, como personas que prestan primeros auxilios, profesores, farmacéuticos, policías y el clero, y están en situación de advertir problemas de salud mental en estos grupos de personas. En el caso del ámbito escolar son profesores, jefes de estudio, orientadores, personal de administración y servicio etc.



PARTE 1

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL MARCO DE LAS ESCUELAS SALUDABLES

A la hora de desarrollar programas integrales y efectivos de prevención del suicidio en los colegios e institutos, estos deben estar **enmarcados en una política de “escuelas saludables”, con un abordaje integral del ambiente escolar.**

La política de prevención del suicidio debe incluir una gran variedad de estrategias de prevención que actúen en distintos niveles del ámbito escolar:

- Dirigidas al **ALUMNADO** (especialmente a los más vulnerables) como por ejemplo a través de psicoeducación, de formación en habilidades, seguimiento de su salud, etc.
- Dirigido al **PROFESORADO Y DIRECCIÓN**, por ejemplo mediante la formación de *gatekeepers*, apoyando al profesorado y proporcionando un lugar de trabajo seguro y saludable.
- Dirigido al **ENTORNO ESCOLAR** en su conjunto, por ejemplo restringiendo el acceso a métodos letales, o mediante una estrecha cooperación con los servicios de Salud Mental, y mejorando el ambiente escolar (por ejemplo, involucrando a estudiantes y a sus padres)

La siguiente parte se centrará en los cuatro tipos de estrategias de prevención en el ámbito escolar. Es necesaria una combinación de estas cuatro estrategias para asegurar una política efectiva.

- 1. Desarrollando estrategias para tener escuelas saludables
- 2. Desarrollando **programas de prevención** dirigidos a ámbitos escolares.
- 3. Prestar especial atención y cuidado **al alumnado y personal vulnerable.**
- 4. **Restringir el acceso a métodos letales.**

Más información sobre las estrategias de prevención de suicidio en general se puede encontrar en la publicación de Euregenas “Directrices generales para la Prevención de suicidio”, disponible en www.euregenas.eu y en la página Web del Servicio Andaluz de Salud.



ESTRATEGIA 1

ESTRATEGIAS PARA TENER ESCUELAS SALUDABLES

Todos los colegios e institutos deberían tener estrategias de “escuelas saludables” que incluyan la **promoción de la salud mental**, y el cuidado específico al alumnado y profesorado en riesgo de tener problemas mentales. Aunque se ha realizado poca investigación sobre la efectividad de la promoción de la salud mental para prevenir el suicidio, podemos asumir que las políticas de “escuelas saludables” pueden contribuir a la prevención del suicidio porque están destinadas a mejorar factores como la resiliencia, las habilidades de afrontamiento, la inclusión social y un ambiente escolar seguro, que podrían actuar como factores protectores de la conducta suicida.

A continuación se tratan cuatro elementos clave de las políticas de escuelas saludables, incluyendo la salud mental, aportando algunos ejemplos prácticos.

1. Invertir en salud mental: ¿qué significa?
2. Apoyar la seguridad escolar y reducir el acoso escolar (*bullying*)
3. Apoyo al profesorado
4. Involucrar a los padres y madres, y a los servicios de Salud Mental



1 Invertir en Salud Mental

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2013) **INVERTIR EN SALUD MENTAL SIGNIFICA:**

- 1. Incrementar la resiliencia emocional y reducir la vulnerabilidad** a problemas de salud mental a través del desarrollo de habilidades personales, autoestima, estrategias de adaptación, habilidades de resolución de problemas y autoayuda. Esto permitirá incrementar la capacidad de afrontamiento en las transiciones vitales y el estrés. Por ejemplo, desarrollando formación en habilidades para el alumnado.
- 2. Proporcionando una mejor información, concienciación y educación** sobre enfermedad y salud mental. Por ejemplo, estableciendo campañas de concienciación dirigidas a mejorar las actitudes y facilitar conductas de búsqueda de ayuda. El punto de inicio podría ser el 10 de Octubre (Día Mundial de la Salud Mental).
- 3. Incrementando la inclusión social y la cohesión.** Este objetivo está orientado a asegurar un ambiente escolar seguro y cálido, y puede incluir sensibilización y reducción del estigma y la discriminación (por ejemplo, respecto a minorías) o desarrollar ambientes de apoyo (por ejemplo, redes de autoayuda).
- 4. Proporcionando mejores (y más) servicios de salud y atención social,** especialmente a las poblaciones más desatendidas en la actualidad con necesidades no satisfechas. Por ejemplo, los colegios e institutos deberían invertir en la accesibilidad a los cuidados (por ejemplo a los centros de salud mental) u orientadores escolares.
- 5. Proporcionar una mejor protección y apoyo social,** especialmente para las personas con riesgo de exclusión o afectados de un trastorno mental, particularmente aquellos que pertenecen a grupos socialmente en desventaja. Por ejemplo, la formación de *gatekeepers* en la identificación y el manejo del alumnado en riesgo, proporcionando apoyo extra a estos alumnos.

Los estudios ha mostrado resultados positivos en programas de prevención que tenían un abordaje escolar integral, que fueron instauradas de forma continuada durante más de un año y dirigidos a la promoción de la salud mental en lugar de prevención de la enfermedad mental. (Wells, 2003).



EJEMPLO



“ENTRENADORES EN PREVENCIÓN”

En el marco del Plan de actuación para la prevención de suicidio de Flandes (Bélgica), el gobierno Flamenco, junto con la red regional de salud, desarrolló el “proyecto de entrenadores (*coaches*) en prevención”. En cada provincia de Flandes, los entrenadores apoyaron a los centros escolares en establecer políticas integradas en salud mental, desarrollando un plan de acción dirigido al profesorado, padres y madres y alumnado.

La estrategia contiene seis componentes:

1. Promover la salud mental y crear una atmósfera positiva en los colegios/institutos;
2. Mejorar la educación del alumnado con respecto a la gestión de conflictos sociales y habilidades en resolución de problemas;
3. Reconocer signos de alarma de ideaciones y conductas de suicidio, y apoyar y asesorar al alumnado en riesgo dentro del propio centro;
4. Educar al profesorado, orientadores y directores;
5. Desarrollar canales de derivación para el tratamiento fuera de los centros escolares;
6. Esforzarse en conseguir una amplia participación de todos los actores implicados en la prevención del suicidio.

Más de 200 colegios participaron en el desarrollo gradual y la implementación de un plan de actuación en salud mental, promovido y monitorizado por los entrenadores en prevención. Más de 200 profesionales fueron formados para el empleo de este enfoque de entrenamiento de apoyo a los centros escolares.

② Apoyar la seguridad escolar y reducir el acoso

Invertir en la salud mental también significa apoyar la seguridad en los colegios e institutos y construir un clima en el que se pueda hablar sobre temas como la depresión, el miedo o el estrés y sobre cómo afrontarlo. **Reducir el acoso es fundamental para asegurar un clima de seguridad en el colegio o instituto.** La investigación muestra que el acoso (y el ciber-acoso), hostigamiento y victimización entre estudiantes puede contribuir a la enfermedad mental e incrementa el riesgo de suicidio (Brunstein Klomek et al., 2007). Es fundamental que los centros escolares pongan en marcha políticas antiacoso y garanticen programas de intervención para prevenir el acoso en el colegio, adjunto o incluido en las políticas de escuelas saludables. Con ello se trata de crear una cultura escolar más inclusiva y comprensiva.



EJEMPLO

“KiVa”



OBJETIVOS Y COMPONENTES

KiVa es un programa para la prevención del acoso en escuelas primarias, basado en la evidencia y desarrollada por la Universidad de Turku en Finlandia. El programa KiVa implica tanto acciones universales/globales como otras dirigidas específicamente a la prevención del acoso y poder intervenir en los casos de acoso de reciente identificación. Las acciones universales/globales están dirigidas a todos el alumndado del colegio. Aluden a realizar un esfuerzo por influir en las normas de grupo y construir en todos los niños/jóvenes la capacidad de comportarse de forma constructiva, asumir responsabilidades para no fomentar el acoso y apoyar a las víctimas.

INVESTIGACIONES

KiVa ha sido evaluada en un amplio ensayo clínico controlado aleatorizado que incluye 117 colegios en los que se aplica frente a 117 colegios control. El programa ha mostrado que reduce de manera significativa el ascoso autoinformado como el acoso informado por pares y la victimización. (Kärnä et al., 2011a). Influyen sobre múltiples formas de victimización, incluyendo verbal, física y ciberacoso (Salmivalli et al., 2011). Además, se han descrito efectos positivos sobre el gusto por el colegio, la motivación académica y los logros (Salmivalli et al., 2012). KiVa también reduce la ansiedad y la depresión y tiene un impacto positivo sobre la percepción que los estudiantes hacen sobre el ambiente entre compañeros (Williford et al., 2011). Por último, los datos finlandeses de más de 1000 colegios que comenzaron a instaurar KiVa en otoño de 2009, mostraron que después del primer año tras la implementación, tanto la victimización como el acoso se redujeron significativamente (Kärnä et al., 2011b).

IMPLEMENTACIÓN

Información localizada y material para la implementación y uso del programa KiVa está disponible en Reino Unido, EEUU, Estonia, Bélgica y Holanda. Puede encontrar más información en su página web.

www.kivaprogram.net



3 Apoyar al profesorado

Igualmente, se debería promover y supervisar **la salud mental del profesorado** y otros trabajadores del colegio o instituto. El cuidado y apoyo para el personal del centro escolar debe ser fácilmente accesible. Iniciativas dirigidas a prevenir y manejar la conducta suicida en el lugar de trabajo puede encontrarse en la herramienta de Euregenas “Prevención y manejo de la conducta suicida. Una herramienta para el lugar de trabajo”, disponible en la web de Euregenas: www.euregenas.eu y la página Web del Servicio Andaluz de Salud.

EJEMPLO

“CUESTIONES DE LA MENTE”



“Cuestiones de la mente” (*Mind Matters*) es un programa procedente de Australia que fue adaptado en Alemania. Está dirigido a desarrollar una cultura escolar en la que los miembros del profesorado se sientan seguros, valorados, involucrados y útiles. El programa actúa sobre dos dimensiones:

- Mejorar las condiciones laborales y la salud del profesorado mediante la actuación sobre la calidad de las relaciones en el colegio y en las clases: por ejemplo, trabajando en el respeto y la tolerancia.
- Mejorar la calidad del entorno de aprendizaje y la salud del alumnado reforzando la resiliencia y las habilidades sociales, así como aprender a gestionar el estrés y las situaciones difíciles.

www.mindmatters-schule.be

4 Implicar a padres y madres y a servicios de Salud Mental

Finalmente, la clave es que los centros escolares establezcan buenas relaciones con la comunidad y con agentes clave fuera del ambiente escolar. Para involucrar a los padres y madres, el colegio puede trabajar en la promoción de la salud mental y en la prevención del suicidio más allá del contexto escolar e incrementar la concienciación en la sociedad sobre los problemas de salud mental. Además, estrechar la relación con un servicio de Salud Mental externo es esencial si el colegio o instituto quiere construir un ambiente seguro y de apoyo tanto para el alumnado como para los profesionales del centro escolar. Permite al centro derivar a los servicios en los que confían y conocen, y ofrece oportunidades de trabajar juntos en proyectos o programas de salud mental. A través de la participación de todos estos socios podría tener lugar una acción colectiva e integral contra el suicidio.



ESTRATEGIA 2

DESARROLLO DE PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN

Una vez que se establece la política de escuelas saludables, los colegios e institutos pueden hacer uso de los programas de prevención existentes con el objetivo de promover la salud mental y prevenir el suicidio en los centros escolares. Aquí se presentan cuatro tipos de programas de prevención: Programas de psicoeducación, entrenamiento en habilidades, entrenamiento de los *gatekeepers* y programas de detección.

Todos estos programas han sido debatidos frecuentemente en las revisiones de la literatura (Cusimano et al., 2011; Katz et al., 2013; Miller et al., 2009; Robinson et al., 2013). De acuerdo con las investigaciones, las intervenciones más prometidas son las de entrenamiento de *gatekeepers* y los programas de detección, pero se necesitan más investigaciones (Robinson et al., 2013).

Todos los programas de esta guía de recomendaciones son ilustrados con ejemplos prácticos, la mayoría de ellos tienen su origen en los EEUU e incluyen la mayoría de las prácticas registradas en el Centro de Recursos de Prevención de Suicidio Americano (SPRC): <http://www.sprc.org/bpr/section-i-evidence-based-programs>. Estos programas pueden servir como inspiración y puntos de partida para el desarrollo de programas de prevención locales, regionales o nacionales a lo largo de Europa. Sin duda, una combinación de estos programas será más eficaz en la prevención de suicidio. ¡Recuerde que es esencial integrar siempre los programas en una política amplia para poder conseguir un abordaje escolar integral!

La información básica sobre la conducta suicida está incluida en la Herramienta 1 al final de éste documento. Se recomienda leer este documento y estudiar los datos básicos primero, antes de comenzar con el desarrollo de programas de prevención (del suicidio).



1 Programas de Psicoeducación

Los programas de Psicoeducación se centran en **mejorar los conocimientos y cambiar las actitudes del alumnado, en lo que respecta a los problemas de salud mental y la conducta suicida**. También puede incluir la promoción de los servicios de salud mental y la ayuda telefónica, ya que parece ser un buen canal para comunicarse con adolescentes con riesgo de suicidio.

¡ATENCIÓN!

Los programas que solo se centran en la conducta suicida (por ejemplo, educación sobre la epidemiología, los mitos y la complejidad de la conducta suicida), muestran **resultados distintos** en cuanto a cambios de actitudes, conocimientos y conductas, demostrando alguna mejoría, pero también algún efecto perjudicial tal como una disminución en las actitudes deseables; una reducción en la probabilidad de recomendar a un amigo en riesgo suicida ser valorado por salud mental; mayor desesperanza y respuestas de afrontamiento desadaptadas entre niños tras la exposición del programa; y reacciones negativas entre estudiantes con historia de conductas suicidas (Gould et al., 2003). Un estudio en Flandes mostró que este programa mejoraba los conocimientos sobre el suicidio y las actitudes hacia las personas en riesgo de suicidio pero no tenía efectos sobre el uso de estilos de afrontamiento o niveles de desesperanza (Portzky & van Heeringen, 2006).

¡Por lo tanto, puede ser más efectivo y seguro para el objetivo de la prevención centrarse en mejorar los conocimientos y las actitudes de los estudiantes en lo que respecta a la depresión y otros problemas de salud mental en general y en el uso de servicios de salud mental, en lugar de centrarse solo en la Psicoeducación de la conducta suicida!

A continuación se presentan dos ejemplos de programas de psicoeducación que abordan tanto la depresión como el suicidio, y que son descritos como buenas prácticas.

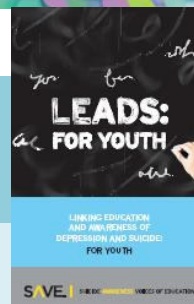
- **“Conectando educación y concienciación sobre depresión y suicidio (LEADS)”** un programa que se centra en mejorar los conocimientos y las actitudes hacia la depresión y el suicidio.
- **“Signos de Suicidio (SOS)”**, un programa centrado en mejorar las habilidades para identificar señales de depresión y suicidio.

Aunque son efectivos, es muy recomendable que este tipo de programas se integren en programas más amplios y globales.



EJEMPLO 1

“LEADS Para Jóvenes”



OBJETIVOS Y COMPONENTES

LEADS Para Jóvenes (“Conectando educación y concienciación sobre depresión y suicidio”) es un programa para alumnos de instituto que está diseñado para incrementar los conocimientos sobre depresión y suicidio, aumentar los conocimientos sobre los recursos para la prevención de suicidio y mejorar las intenciones de desarrollar conductas de búsqueda de ayuda. El programa aborda temas como la depresión y sus síntomas, la asociación entre depresión y suicidio, los factores de riesgo y protectores asociados al suicidio, las señales de alarma de la conducta de suicidio, la búsqueda de ayuda y la superación de barreras durante la misma, y los recursos para la prevención de suicidio en la comunidad y en los colegios e institutos. Educando al alumnado en la búsqueda de ayuda e informándoles sobre los recursos disponibles a nivel local, la intervención se debe dirigir a habilitar a los alumnos en obtener ayuda para ellos mismos o para otros.

Los profesores deberían poner en práctica el programa durante una hora al día en un periodo de tres días. Cada sesión incluye una lectura en clase, actividades individuales y grupales, y discusión en pequeños grupos, seguido de actividades y tareas fuera del centro escolar. La intervención incorpora actividades basadas en las tecnologías, tal como la simulación de un blog, actividad de correo-e y sms, y proyectos de concienciación innovadores. Se pretende que la implementación de LEADS tenga lugar como parte de un plan escolar de gestión de la crisis suicida.

INVESTIGACIÓN

La investigación muestra que el programa fue efectivo en cuanto a la mejora de conocimientos y actitudes en depresión y conductas suicidas, así como para el conocimiento de los recursos (Leite et al., 2011).

IMPLEMENTACIÓN

La primera implementación fue en 2008. La intervención fue utilizada en más de 855 colegios y llegó aproximadamente a 21.000 estudiantes. La intervención se llevó a cabo en más de 15 Estados de EEUU, así como en Canadá y Suiza. Más información disponible en la página web:

www.save.org



EJEMPLO 2



“Signos de Suicidio (SOS)”

OBJETIVOS Y COMPONENTES

El programa de prevención SOS (‘Signos de Suicidio’) es un programa galardonado que ha sido diseñado para alumnos de instituto. El programa enseña a los alumnos cómo identificar los síntomas de depresión y “suicidabilidad” en ellos mismos y en sus amigos, y favorece la búsqueda de ayuda a través del uso de la técnica ACT® (*A*knowledge, *C*are, *T*ell): **Reconocer** que hay un problema; permitir que tus amigos sepan que te **Preocupa**; y después **Contárselo** a un adulto de tu confianza. El programa está diseñado para mejorar los conocimientos sobre el suicidio y realizar un cribado de depresión en los alumnos. La herramienta utilizada para el cribado fue Escala de Depresión de Columbia (CDS).

INVESTIGACIÓN

Este programa ha demostrado ser eficaz en la reducción de intentos de suicidio, en el incremento de conocimientos sobre el suicidio y en el cambio de actitud hacia el suicidio, la depresión y las conductas de búsqueda de ayuda (Aseltine et al., 2004; Aseltine et al., 2007; Schilling et al., 2014).

IMPLEMENTACIÓN

El programa está disponible en inglés, y se puede encontrar más información y datos de contacto en la página web:

<http://www.mentalhealthscreening.org/programs/>



¡ATENCIÓN!

TRABAJAR CON HISTORIAS, PELÍCULAS Y TEATRO

Algunas veces las historias, películas y obras de teatro se utilizan para informar a los alumnos sobre cuestiones delicadas como el suicidio. Sin embargo, se recomienda tener cuidado cuando se hace uso de historias, películas u obras de teatro sobre el suicidio. Las investigaciones muestran que las historias y las noticias sobre el suicidio (por ejemplo, en periódicos) pueden provocar un efecto imitador y un incremento de la probabilidad de que personas vulnerables desarrollen ellas mismas conductas suicidas (Pirkis and Blood, 2001; Sisask and Värnik, 2012; Stack, 2000; Stack, 2005). Los jóvenes parecen ser los más vulnerables a las conductas de imitación (Huh et al., 2009). Se sabe poco sobre el efecto imitador de historias y personalidades ficticias pero se recomienda evitarlo o al menos tener las siguientes consideraciones en mente:

- Proyectar previamente la historia, película u obra de teatro. Especialmente no trabajar con historias/películas/obras de teatro si representan el suicidio como un acto romántico o heroico, como la solución ideal a un problema o si representan el método suicida en detalle.
- Es importante saber que el riesgo de conductas de imitación es igualmente alto cuando no se muestra el suicidio explícitamente/solo se "sugiere".
- Organizar un diálogo en clase después de la película o la obra en el que se destaque la complejidad de las conductas suicidas y se debatan las estrategias de afrontamiento. Asegúrate que aludes (y promocionas) los servicios de ayuda disponibles (por ejemplo, los orientadores en el contexto local del colegio, teléfonos de ayuda y centros locales de ayuda).



2 Programas de desarrollo de habilidades

Tienen como objetivo la **mejora de las habilidades** de los alumnos, por ejemplo, mejorando los factores protectores de la conducta de suicidio en los jóvenes, como es el caso del autoestima, la capacidad de afrontamiento, habilidades para la resolución de problemas, habilidades en la toma de decisiones y la disposición o voluntad para abrirse, comunicar y dar a conocer información sobre sí mismo a otras personas. Además, un objetivo prioritario es hacer que los alumnos se familiaricen con los signos y síntomas de la conducta suicida, y que puedan reconocerlos en otros. A continuación se presenta “El juego de la buena conducta” como una buena práctica de formación en el desarrollo de habilidades en escuelas de primaria.

Otro tipo de programa de entrenamiento en habilidades se dirige a **la capacitación de algunos alumnos para que lideren cambios de conducta en sus compañeros en riesgo**. Este programa es similar a los programas de entrenamiento en habilidades, pero tiene en cuenta a compañeros líderes para ofrecer el programa. Formar a unos compañeros para ayudar a otros (sobre riesgo de suicidio) puede ser una estrategia eficaz, ya que los jóvenes a menudo buscan ayuda en su red social que más habitualmente son sus iguales (Michelmore & Hindley, 2012). La formación de alumnos líderes les sitúa en posición de ayudar a compañeros con riesgo de suicidio formándolos para responder de forma apropiada y buscar ayuda en adultos de confianza. Esto fomenta además la adopción de normas de afrontamiento positivas en los ambientes escolares (Gould et al., 2003). Sin embargo, hay que considerar que la selección de estos alumnos líderes debe realizarse con mucho cuidado, y además deben ser apoyados y monitorizados en todo momento.

“Puntos fuertes” es uno de los primeros programas de este tipo, y que se presentará a continuación como ejemplo de buena práctica.



EJEMPLO

“El Juego de la Buena Conducta” (GBG)”



OBJETIVOS Y COMPONENTES

El GBG es una intervención global en el aula dirigida a jóvenes de entre 5 y 11 años. Promueve la realización de un trabajo en las aulas por equipos, basado en el manejo de la conducta para así ayudar a los jóvenes a desarrollar el autocontrol, mediante la recompensa al equipo que muestra el comportamiento estándar señalado por el profesor. El propósito del programa es crear un entorno en el aula donde unos alumnos sean apoyados por otros y puedan aprender en un ambiente sin conductas disruptivas o agresivas. Los alumnos son agrupados en equipos con igual distribución de jóvenes con antecedentes de conductas disruptivas o agresivas. Los profesores exponen las reglas del juego respecto a la conducta de los alumnos, y todos los equipos que acumulen 4 o menos infracciones de conductas aceptables serán recompensados.

INVESTIGACIÓN

Las investigaciones muestran resultados positivos para el programa GBG, tanto a corto como a largo plazo. Dado que consigue la reducción de comportamientos agresivos y disruptivos, el programa GBG ayuda a reducir los factores de riesgo asociados con la conducta suicida, así como los resultados de otras conductas, tales como problemas de control de impulsos, trastorno por abuso de alcohol y drogas, y conductas antisociales. Los alumnos que recibieron la intervención tenían la mitad de probabilidades de experimentar ideación suicida e intentos de suicidio en comparación con el grupo control. El programa GBG dio como resultado un retraso en el inicio de intentos de suicidios en el sexo femenino y una disminución del riesgo relativo estimado en un 30% para los intentos de suicidio (Wilcox et al., 2008).

IMPLEMENTACIÓN

El programa ha sido probado e instaurado en los EEUU y en Bélgica. Puede encontrar más información en la base de datos de “Blueprints”.

<http://www.blueprintsprograms.com/>



EJEMPLO



“Puntos fuertes”

OBJETIVOS Y COMPONENTES

“Puntos Fuertes” (*Sources of Strength*) es un proyecto de buena práctica para la prevención del suicidio en jóvenes que utiliza el poder que tiene **“la red social de iguales”** en la prevención del suicidio, el acoso y el abuso de sustancias. Se ha empleado en alumnos de 13 a 25 años. Los alumnos considerados líderes, seleccionados por el profesorado, son formados para animar a sus compañeros a identificar y vincularse con adultos de confianza y que usen sus capacidades de afrontamiento.

“Puntos fuertes”, es un programa universal diseñado para incrementar:

- La relación adulto-joven de modo que los jóvenes busquen ayuda en adultos de confianza y deriven a compañeros en riesgo a adultos comprensivos y capaces de aportar una ayuda útil.
- Promoción de la salud y capacidades de afrontamiento.
- Que los líderes jóvenes tengan información sobre la prevención del suicidio y cómo ayudar a sus compañeros.

Al mismo tiempo el objetivo del programa es disminuir el estigma entorno al suicidio y a la enfermedad mental, aislamiento y falta de confianza en adultos, así como la prevalencia de daño y autolesiones relacionados con el suicidio, el abuso de sustancias y la violencia.

“Puntos fuertes” tiene un planteamiento distinto en la prevención del suicidio en jóvenes yendo más allá de solo centrarse en los factores de riesgo, mediante la creación de múltiples fuentes protectoras de apoyo alrededor de los jóvenes, de modo que dispongan de fortalezas con las que contar en los momentos difíciles.

INVESTIGACIÓN

Las investigaciones muestran que formar a jóvenes líderes permitió que ellos fueran cuatro veces más capaces (comparado con el grupo control) de buscar el apoyo de un adulto en caso de tener amigos en riesgo de suicidio, debido a la percepción del incremento de apoyo por adultos y a la aceptación de búsqueda de ayuda (Wyman et al., 2010). “Puntos fuertes” proporciona a los estudiantes la oportunidad de influir positivamente en los compañeros de clase en riesgo e incrementar la percepción entre los alumnos de que los adultos pueden ayudar.

IMPLEMENTACIÓN

Se puede encontrar más información en la página web donde se puede rellenar un cuestionario inicial.

<http://sourcesofstrength.org/>



3 Programas de formación para *Gatekeepers*

Los profesores y los orientadores escolares pueden desempeñar un papel importante en la detección de personas con riesgo, y en la derivación a alumnos en riesgo a los servicios sanitarios. Se ha demostrado que la formación de profesores y orientadores escolares en el reconocimiento de los factores de riesgo y signos de alarma de conductas suicidas y en la intervención y derivación en situaciones de crisis, constituye una estrategia de prevención de suicidio eficaz (Chagnon et al., 2007, Cimini et al., 2014).

Además, los profesores pueden desempeñar un importante papel en el refuerzo de factores protectores, creando un entorno de apoyo, y promover que accedan los alumnos a los servicios sanitarios.

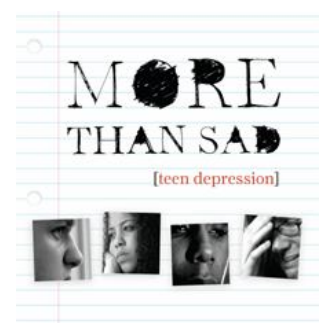
El programa de formación de *gatekeepers*¹ en la prevención del suicidio debería ser incorporado también en la educación y formación de futuros profesores.

A continuación se muestra un ejemplo de un programa de formación para *gatekeepers*. Se incluye otro ejemplo en el "Proyecto Trevor" que se presentará un poco más adelante. La eficacia de estos programas no ha sido estudiada ni probada aún, pero se consideran muy prometedores.

¹ Gatekeepers: personas que regularmente entran en contacto con personas o familias con problemas, como personas que prestan primeros auxilios, profesores, farmacéuticos, policías y el clero, y están en situación de advertir problemas de salud mental en estos grupos de personas. En el caso del ámbito escolar son profesores, jefes de estudio, orientadores, personal de administración y servicio etc.

EJEMPLO

"Más que triste"



OBJETIVOS Y COMPONENTES

"Más que triste: Educación en prevención de suicidio para profesores y otros profesionales del ámbito escolar" que ha sido desarrollado por la Fundación Americana para la Prevención del suicidio y diseñada para ayudar a los educadores a comprender mejor las conductas de suicidio en los adolescentes, incluyendo las causas, el tratamiento y la prevención. El programa se construye entorno a dos DVDs de 25 minutos: *Más que triste: prevención del suicidio adolescente* y *Más que*



triste: Depresión adolescente. Se muestra como un trastorno mental con un potencial desenlace fatal puede presentarse en adolescentes. También incluye un manual de instrucciones de 42 páginas para los participantes y diapositivas para los profesores formadores. Un Comité de expertos dirigió el desarrollo de todo el material. El programa es también válido para padres y otras personas que atiendan o trabajen con jóvenes.

El programa responde a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la magnitud del problema del suicidio en jóvenes? ¿Qué lleva a un adolescente a estar en riesgo de suicidio? ¿Qué tratamientos están disponibles?
- ¿Cómo pueden los profesores ayudar a prevenir el suicidio? ¿Cómo pueden los profesores identificar a los alumnos en riesgo? ¿De qué otra manera pueden los colegios reducir el riesgo?

INVESTIGACIÓN

Aún no se han realizado investigaciones, pero la herramienta es prometedora e incluida en el registro de buenas prácticas del Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio.

IMPLEMENTACIÓN

La herramienta está disponible en inglés y puede ser adquirida en la página web de la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio.

www.morethansad.org / www.afsp.org

4 Programas de detección

Se debe motivar a profesores y orientadores escolares a vigilar la salud del alumnado observando con atención el aislamiento social de los alumnos, dificultades relacionales y el rendimiento escolar a lo largo del año para identificar posibles problemas o conflictos, como indicadores de salud mental. En este sentido, puede resultar de utilidad el empleo de programas de detección/cribado validados. Estos programas consisten en la identificación de alumnos en riesgo de suicidio, principalmente mediante la aplicación de cuestionarios autocumplimentados y/o entrevistas individuales, con el fin de remitirlo, si fuera necesario, a un servicio de atención especializado.

¡Atención! Antes de comenzar con los programas de detección, es fundamental establecer un sistema de atención/intervención claro y bien definido, tanto en el colegio/instituto (tiene que estar disponible un equipo de orientadores escolares) como fuera del colegio (servicios de salud mental suficientemente accesibles como para remitirlos, y una buena cooperación con estos servicios). De tal forma que los alumnos con riesgo puedan conseguir ayuda inmediatamente si la necesitan.



EJEMPLO



“Detección en Adolescentes” (“TeenScreen©”)

OBJETIVOS Y COMPONENTES

El instrumento “TeenScreen©” desarrollado por la Universidad de Columbia, es un cuestionario universal de autocumplimiento que evalúa los factores de riesgo de suicidio. El instrumento va dirigido al cribado en el ambiente escolar, pero también puede utilizarse en atención primaria y en otros lugares. A todos los jóvenes en el colegio o instituto, con el consentimiento de sus padres, se les dará un cuestionario validado informatizado que valora tanto el riesgo de padecer una enfermedad mental como el riesgo de suicidio. El cuestionario incluye ítems sobre depresión, pensamientos e intentos de suicidio, ansiedad y uso de sustancias, y el adolescente tarda unos diez minutos en completarlo. Una vez que las respuestas del cuestionario son analizadas, si se identifica a algún adolescente con un posible riesgo de suicidio u otra preocupación de salud mental, este es evaluado por profesionales de salud (mental). El resultado de esta evaluación determina si el adolescente debería ser derivado a los servicios de salud mental. Si es el caso, se involucra a los padres y se facilita ayuda para identificar el servicio de salud mental que le corresponda. El Programa de “TeenScreen©” de la Universidad de Columbia ofrece consultas, material para la detección, software, formación y asistencia técnica para capacitar a los colegios y a las comunidades. A cambio, los socios de “TeenScreen ©” prevén cribar al menos 200 adolescentes al año y garantizar que un profesional de salud mental esté “online” para asesorar de forma inmediata y derivar a los servicios sanitarios a adolescentes con alto riesgo.

INVESTIGACIÓN

El instrumento “TeenScreen©” demostró ser una herramienta efectiva para la predicción e identificación de estudiantes en riesgo (Shaffer et al., 2004). Un estudio de Gould et al. (2005) mostró que no había evidencia de efectos adversos en el cribado de suicidio y que podía ser considerado un componente seguro en la prevención del suicidio. Un estudio posterior encontró que el cribado parecía incrementar la probabilidad de que los adolescentes recibieran tratamiento si estaban en riesgo de trastornos de salud mental o suicidio (Gould et al., 2009).

IMPLEMENTACIÓN

Esta herramienta ha sido desarrollada y supervisada por la Universidad de Columbia y no se encuentra disponible en Europa, pero puede ser una buena referencia para el desarrollo de programas de prevención siguiendo una buena práctica.



ESTRATEGIA 3

PRESTAR ESPECIAL ATENCIÓN AL ALUMNADO Y PERSONAL VULNERABLE

Algunos alumnos presentan un alto riesgo de desarrollar pensamientos y conductas de suicidio. Cuando se trabaja en salud mental en los colegios e institutos, es importante tener en cuenta ese grupo vulnerable, vigilar su salud y proporcionar una atención extra mediante el desarrollo de intervenciones dirigidas y adaptadas a ese grupo de población. No obstante, estas iniciativas deben dirigirse no solo a los alumnos, sino también a profesores y otros miembros del personal del ámbito escolar.

¿Cuáles son las personas de alto riesgo?

- Los grupos de mayor riesgo para tener pensamientos y planes de suicidio son los que han realizado **un intento de suicidio previo** (alumnos que ya han intentado suicidarse en el pasado) y **personas con trastornos psiquiátricos** (por ejemplo, trastornos depresivos, trastornos por abuso de alcohol y sustancias, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad,...).
- Las personas que han perdido a alguien querido por suicidio (también conocidos como **“supervivientes” de un suicidio**) presentan un alto riesgo de padecer enfermedades físicas y psicológicas y realizar intentos de suicidio (Beautrais, 2004; Qin et al., 2002). Es fundamental proporcionar una atención extra a los alumnos o los profesionales que se enfrentan a tal pérdida. En el proyecto Euregenas se ha desarrollado un catálogo de recursos para los supervivientes de un suicidio. Este catálogo está disponible en la página web: www.euregenas.eu y página Web del Servicio Andaluz de Salud.
- Los estudiantes pertenecientes a **una minoría social o étnica** son también un grupo vulnerable. Por ejemplo, personas que se identifican como lesbianas, gays o bisexuales parecen presentar un mayor riesgo de desarrollar una patología mental, ideación suicida, abuso de sustancias, y autolesiones intencionadas, que los heterosexuales. Estudios han informado sobre altas tasas de intentos de suicidio en estos grupos poblacionales que van



del 20 al 53% (Haas et al., 2011; McDaniel et al., 2001; Savin-Williams, 2001; van Heeringen and Vincke, 2000). Lo mismo o incluso más sucede con los **alumnos transexuales**, encontrándose estudios que muestran altas tasas de intentos de suicidio (Dhejne et al., 2011; Mathy, 2002).

¿Qué intervenciones pueden realizarse?

- Para conocer dónde derivar, se recomienda que los colegios e institutos hagan un **inventario de las iniciativas existentes** (tales como grupos de apoyo local, centros de ayuda, teléfonos de ayuda o páginas web) que puedan servir de apoyo para las personas pertenecientes a los llamados grupos vulnerables. Este inventario puede ser realizado entre los orientadores y los servicios de salud mental de la región o área de salud.
- **Incrementar la concienciación** (y en algunos casos luchar contra el estigma) en grupos vulnerables mediante la formación de alumnos, profesores y profesionales de la salud mental.
- **Cuidar y proporcionar un apoyo específico** para alumnos vulnerables a través de la puesta en marcha de grupos de apoyo, promoción de líneas telefónicas específicas, y formación de *gatekeepers*.
- **Programas de psicoeducación** dirigidos específicamente a alumnos vulnerables, de manera que se incremente su resiliencia y mejoren sus habilidades de afrontamiento.



EJEMPLO

“El Proyecto Trevor”



El Proyecto Trevor es una organización americana que proporciona intervención en crisis y servicios de prevención de suicidio para jóvenes lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y los que cuestionan su sexualidad (LGBTQ) entre 13 y 24 años. Recientemente el proyecto desarrolló una experiencia interactiva online “LGBTQ del campus para profesores y personal”, de 30 minutos, que ayuda a los institutos secundarios a crear una comunidad segura e integral, dirigida a incrementar la concienciación y la empatía sobre los retos a los que se enfrentan los alumnos LGBTQ y la adquisición de habilidades en los docentes y el resto del personal del centro para que tengan una conducta respetuosa con este colectivo, incluyendo el manejo de los debates en el aula o el de los asuntos relacionados con LGBTQ. Los profesores y el personal del centro docente que completen la formación estarán más concienciados de los retos a los que se enfrentan los estudiantes LGBTQ y sepan cómo:

- Responder cuando alguien haga un comentario sesgado o exprese prejuicio.
- Responder comprensivamente cuando un alumno sea identificado como LGBTQ.
- Reconocer las señales de alarma del estrés psicológico, incluida la ideación suicida.
- Conectar a los alumnos que pueden estar angustiados con los servicios de apoyo del centro.

Durante la formación, el usuario asume el rol de profesor o miembro del personal del centro docente y participa de forma interactiva con estudiantes animados virtuales que dan respuestas emotivas. A través de esa conversación, el usuario deberá aprender a crear un entorno comprensivo para los alumnos LGBTQ.

www.thetrevorproject.org



ESTRATEGIA 4

RESTRICCIÓN DEL ACCESO A MÉTODOS LETALES

Las estrategias dirigidas a restringir el acceso a métodos letales de suicidio es una de las acciones de prevención del suicidio con mayor apoyo de la evidencia para la reducción de las tasas de suicidio (Mann et al., 2005; Sarchiapone et al., 2011). Estas estrategias pueden ser implementadas con bastante rapidez en comparación con otras estrategias de prevención. En el contexto escolar es importante garantizar la limitación en el acceso a métodos con los que los alumnos pueden cometer un suicidio, por ejemplo:

- Restringir el acceso a los tejados y/o instalar vallas de protección en los tejados
- Hacer los pasillos y las escaleras lo más seguros posible
- Asegurar las ventanas limitando la apertura o instalando bloqueos efectivos
- Reducir las posibilidades de acceder a sustancias químicas o medicinas sin supervisión (por ejemplo, el laboratorio o la farmacia del colegio)



PARTE 2

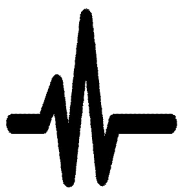
HERRAMIENTAS PRÁCTICAS



HERRAMIENTA 1

p. 30

Información clave sobre la conducta suicida



HERRAMIENTA 2

p. 35

Cómo identificar y tratar a alumnos en riesgo de suicidio



HERRAMIENTA 3

p. 39

Qué hacer después de un (intento de) suicidio



HERRAMIENTA 4

p. 46

Guía para informar en clase sobre un (intento de) suicidio



Herramienta

1

Información clave sobre la conducta suicida

Los pensamientos y conductas suicidas pueden ser definidas como un proceso complejo que puede variar desde la ideación suicida, planificación suicida, intento de suicidio y finalmente en suicidio. La conducta suicida es la consecuencia de una interacción biológica, genética, psicológica, social, ambiental y factores situacionales (Hawton & van Heeringen, 2009). En este documento se pretende resaltar la epidemiología, los mitos frecuentes y un modelo explicativo de la conducta suicida.

1. Epidemiología

El suicidio es un problema relevante de salud pública en Europa justificado por un tasa de prevalencia media de 11,8 por 100.000 habitantes (Eurostat, 2010). El suicidio afecta a las personas de todas las edades, culturas y grupos poblacionales. Las tasas de suicidio son más bajas en personas con menos de 15 años y más altas en aquellas con 70 años o mayores, tanto en hombres como en mujeres en casi todas las regiones del mundo, aunque los patrones de edad por sexo en las tasas de suicidio entre los 15 y los 70 años varían en cada región (World Health Organization, 2014).

Los intentos de suicidio son mucho más comunes que los suicidios. Estudios muestran que los actos suicidas con resultado no fatal son 10 veces más frecuentes que los que tienen un resultado fatal. En algunas regiones europeas, las conductas suicidas no fatales son más comunes entre adolescentes (Nock et al., 2008).

Cada suicidio y cada intento de suicidio directa o indirectamente también afectan a otras personas. Una muerte por suicidio provoca un grave impacto en **los supervivientes** (cónyuge, padres, hijos,



familiares, amigos, compañeros de trabajo,...) tanto a corto como a largo plazo. Por ejemplo, tras el suicidio de una persona cercana se produce un riesgo más alto de tener un duelo patológico y un incremento del riesgo de suicidio (Young et al., 2012). Se estima que cada suicidio afecta directamente de seis a catorce miembros de la familia y amigos (Clark & Goldney, 2000; Jordan & McIntosh, 2011).

2. Mitos frecuentes

El suicidio no se puede prevenir

Uno de los mitos más comunes sobre la conducta suicida es que no puede ser prevenida. Sin embargo, la mayoría de las personas que se suicidan han tenido

sentimientos contradictorios sobre la muerte. Incluso las personas más gravemente deprimidas presentan dudas, hasta el último momento, y están divididos entre el querer vivir y el querer acabar con su dolor. Además, hay evidencia científica sobre los efectos preventivos de un alto número de intervenciones.

Hay muchos conceptos erróneos entorno a la conducta suicida. En esta lista se abordan los más comunes.

El suicidio es una reacción normal a una situación anormal

El suicidio no es una reacción normal adecuada a por ejemplo los estresores de la vida. El suicidio es una reacción inusual e inadecuada a una situación normal. En la vida, todos tenemos que enfrentarnos con situaciones estresantes o eventos vitales negativos, que a menudo ocurren, pero solamente unos pocos desarrollan pensamientos y planes suicidas.

Hablar sobre el suicidio con alguien incrementa el riesgo de una conducta suicida

Cuando una persona expresa pensamientos suicidas, esto no debe ser considerado únicamente como una llamada de atención, sino como un grito de dolor, que indica que la persona está desesperada y siente un intenso dolor emocional. Hablar cara a cara con esa persona sobre los pensamientos y planes suicidas no incrementa la intención suicida o la desesperanza. Por el



contrario, hablar sobre el suicidio en un ambiente personal puede ser un método preventivo eficaz y fomenta la búsqueda de ayuda. Sin embargo, hay que tener precaución cuando se habla sobre el suicidio en público, por ejemplo, en los medios de comunicación. En este marco, se recomienda seguir la “Herramienta sobre la prevención de suicidio para profesionales de los medios de comunicación” disponible en: www.euregenas.eu y página Web del Servicio Andaluz de Salud.

Las personas que hablan sobre suicidio no intentarán suicidarse o no se suicidarán

La mayoría de las personas que intentan suicidarse o se suicidan han comunicado sus pensamientos suicidas previamente. Por lo tanto, es de gran importancia tener en cuenta seriamente cualquier comunicación de una persona sobre sus pensamientos de suicidio y promover la rápida búsqueda de ayuda.

2. Comprendiendo la conducta suicida

Las investigaciones han mostrado claramente que la conducta suicida constituye un problema complejo y multifactorial. La conducta suicida nunca tiene una única causa y siempre se desarrolla debido a interacciones entre factores de riesgo en combinación con la falta de factores protectores.

Los factores de riesgo constituyen características que incrementan la probabilidad de que una persona considere un intento, o comete un suicidio. Los factores de riesgo incluyen: enfermedad psiquiátrica (p.e. trastorno depresivo, trastorno por abuso de sustancias), enfermedad médica (p.e. una condición médica que cause un dolor crónico), tempranas experiencias vitales negativas (p.e. pérdida de los progenitores a una edad temprana, abuso), rasgos de personalidad (p.e. desesperanza, impulsividad) y conducta suicida previa. Los factores de riesgo no son estáticos a lo largo de la vida y pueden ser diferentes de un país a otro.

Los factores protectores constituyen características o circunstancias que disminuyen la probabilidad de que un individuo considere un intento, o comete un suicidio. Ejemplos de factores

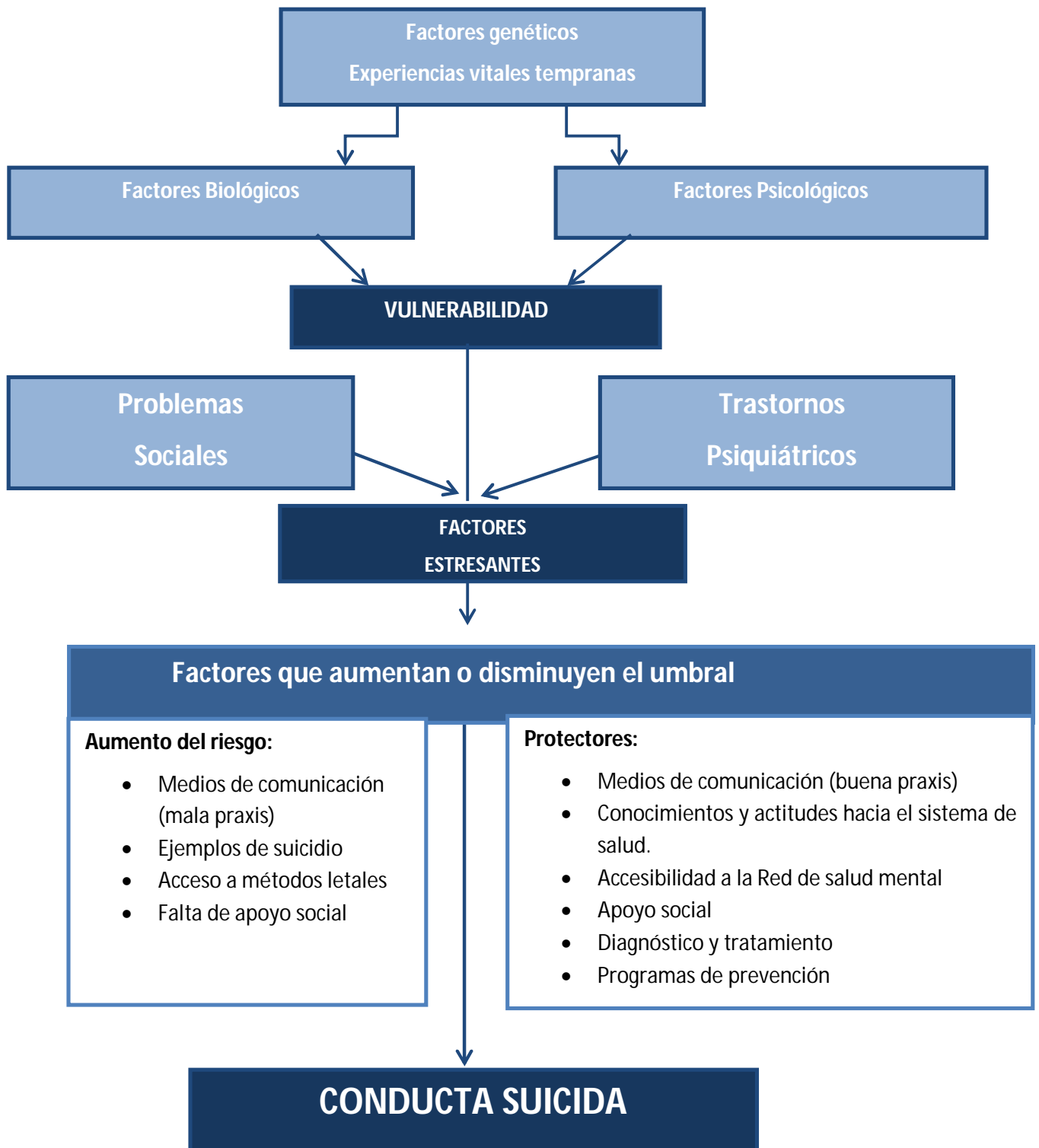


protectores potenciales son: una autoimagen positiva, una buena capacidad para la resolución de problemas, conductas adecuadas para la búsqueda de ayuda y apoyo social.

El **modelo** descrito en la Figura 1 muestra un modelo integrado y explicativo de aparición de conductas de suicidio. Se basa en el impacto que los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales pueden tener en la realización de conductas de suicidio. Este modelo se centra en tres factores principales:

- **Factores rasgo-dependientes** como los factores genéticos, biológicos o psicológicos (p.e., disfunción de la serotonina, alteraciones psicológicas, cognitivas o de personalidad)
- **Características estado-dependientes** como la depresión o la desesperanza, influidos por estresores vitales (p.e. la crisis económica, problemas sociales, violencia doméstica) o por trastornos psiquiátricos.
- **Factores límite**, pueden tener un efecto protector o aumentar el riesgo. Por ejemplo, la información sobre un acto de suicidio en los medios de comunicación puede disminuir el umbral de conducta suicida y hacer que se produzca más fácilmente, mientras que un sistema sanitario accesible puede tener un efecto protector, y prevenir y evitar que se produzca una conducta suicida.

Figura 1: Modelo explicativo de la conducta suicida (adaptado de van Heeringen, 2001)





Herramienta **2**

Cómo identificar y tratar a alumnos en riesgo de suicidio

En la prevención del suicidio es importante que los profesores y otros miembros del personal tengan en cuenta las estrategias para detectar el riesgo en alumnos y las estrategias de intervención para jóvenes en riesgo. A continuación se enumeran las señales de alarma de la conducta suicida y se mencionan los tipos de intervención.

1. ¿Cuáles son las señales de alarma?

En la "Herramienta 1" se subraya que los factores de riesgo pueden incrementar el riesgo de desarrollar una conducta suicida a largo plazo, tales como un trastorno mental o un intento de suicidio previo.

Además de estos factores de riesgo, los expertos en prevención de suicidio han intentado identificar señales de alarma, directas o indirectas, que pueden advertir sobre el riesgo real de conductas de suicidio próximas. **Las señales de alarma más claras e inmediatas de que se produzca un intento de suicidio son las conductas que indican que la persona está pensando o planificando un suicidio, o está preocupada u obsesionada con la muerte.** Las

señales de alarma de suicidio pueden ser verbales, aparecer en los trabajos de los alumnos, p.e. ensayos, trabajos de clase, comunicaciones de texto, redes sociales o informado por otro alumno o profesor.

- **Hablar (o escribir) sobre el deseo de morir, herirse o matarse (o amenaza con herirse o matarse).**
- **Hablar (o escribir) sobre sentimientos de desesperanza o de no tener razones para vivir.**
- **Hablar (o escribir) sobre sentirse atrapado, bloqueado o sufrir un dolor insoportable.**
- **Hablar (o escribir) sobre ser una carga para otros.**
- **Buscar modos para matarse, tales como buscar métodos de suicidio en internet o intentar acceder a armas de fuego, pastillas u otros medios de suicidio.**

Señales Directas de Alarma



Otras señales de alarma son **cambios más indirectos en la conducta que pueden significar que la persona está experimentando problemas de salud mental**, que pueden asociarse a pensamientos o planes suicidas.

El riesgo es más alto si la conducta es nueva, o se ha incrementado en frecuencia o en intensidad, y si parece estar relacionada con un suceso doloroso, pérdida o cambio.

Resumiendo, es mejor una respuesta mayor o incluso excesiva que una baja o nula respuesta cuando alguien del personal indica que un alumno pueda estar en riesgo.

- **Pérdida de contacto con la familia, amigos y red social o sentimientos de soledad.**
- **Deterioro del funcionamiento social o rendimiento laboral.**
- **Incremento en el consumo de alcohol o drogas.**
- **Cambios de personalidad o carácter, ánimo o conducta, hasta el punto de estar con mucha labilidad emocional, muy inquieto y nervioso, o tener conductas de riesgo. También se pueden considerar los cambios en los hábitos de sueño o alimentación.**
- **Mostrar ira, angustia incontrolada, o hablar sobre la necesidad de vengarse.**

Señales Indirectas de Alarma

2. ¿Cómo reaccionar ante las señales de alarma?

Cuando se identifican las señales de alarma, es importante contactar con un compañero, el orientador escolar o el director (dependiendo del protocolo del colegio), dado que no es responsabilidad del profesor aconsejar a alumnos en riesgo. Sin embargo, en algunos casos, los profesores pueden tener una primera conversación con el alumno para luego derivarlo a los recursos de ayuda disponibles. En esa primera conversación con el alumno hay que seguir tres mensajes clave (figura 2). Antes de comenzar la conversación, es fundamental tener los datos de contacto de los servicios de ayuda a nivel local y nacional, preparados para derivarlo.

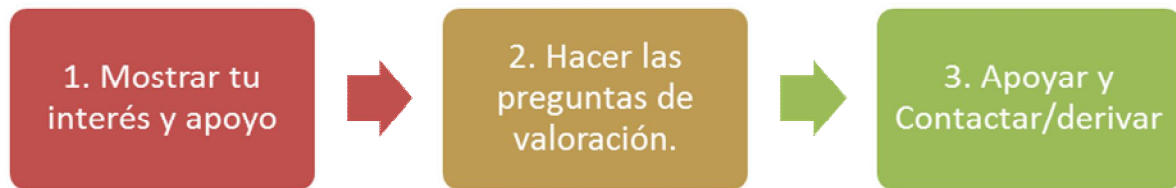


Figura 2: Tres mensajes clave

1. Mostrar interés y apoyo

- Se debe hablar con el alumno de forma privada y confidencial. Expresa tu interés y preocupación y especifica por qué estás preocupado, haciéndole saber que te has dado cuenta (p.e. de signos de alarma específicos o de cambios en la conducta o en la concentración).

2. Encuentra las palabras y pregunta sobre pensamientos suicidas

- Es un mito que hablar sobre el suicidio introduzca esa idea en la cabeza de la gente. Por el contrario, es bueno preguntar qué está pensando al alumno, qué es lo que está sintiendo. Si el alumno reconoce la existencia de un problema (de salud mental), se deben realizar preguntas gradualmente, empezando por preguntas más generales y proseguir con otras más específicas, expresamente sobre suicidio:
- **PREGUNTAS GENERALES** sobre el estado mental, la esperanza, el futuro, (el significado de) la vida. Algunos ejemplos:
 - “¿Cómo te encuentras en este momento?”
 - “¿Cómo ves el futuro? ¿Qué planes tienes para el futuro?”
 - “¿Piensas que la vida es demasiado complicada para ti?”
 - “¿Piensas que la vida no merece la pena?”
 - “¿Esperas que esto vaya a mejor?”
- **PREGUNTAS ESPECÍFICAS** sobre pensamientos e planes suicidas. Algunos ejemplos:
 - “¿Alguna vez has pensado en la muerte, en querer acabar con tu vida?”
 - “¿Has pensado en hacerte daño o suicidarte?”
 - “¿Has pensado en acabar con tu vida ahora? ¿Has considerado el suicidio?”



- “¿Qué pensamientos específicos has tenido?”
- “¿Desde cuándo tienes esos pensamientos? ¿Has pensado mucho en ello las últimas semanas? ¿Con qué frecuencia tienes estos pensamientos a lo largo del día?”
- “¿Qué te hace pensar en el suicidio?”
- “¿Tienes un plan específico en mente? ¿Cuál es tu plan? ¿Qué método habías pensado utilizar? ¿Has hecho preparativos?”
- “¿Habías tenido antes estos pensamientos o sentimientos? ¿Qué los había provocado? ¿Cómo lo manejaste? ¿Has intentado alguna vez acabar con tu vida?”

3. Apoyar y contactar/derivar

- Lo primero de todo, es tomarse en serio toda amenaza de suicidio.
- Se debe mantener la calma, escuchar de forma activa (sin juzgar), expresar tu preocupación y ofrecer ayuda.
- No se debe defender el “valor de la vida” o provocar un sentimiento de culpa, ya que así no se ayuda al alumno.
- Es conveniente poner de manifiesto la posibilidad y disponibilidad de ayuda profesional (derivar a los distintos recursos) y ofrecérsela. Lo más conveniente es contactar y derivar a un médico o profesional de la salud mental (dependiendo de la organización de la red de salud) aunque también se pueden ofrecer simultáneamente o como alternativa cuando rechace los anteriores, un teléfono de las líneas de ayuda (teléfono de la esperanza), o páginas Web.
- Es importante asegurarte de que la persona se mantiene protegida y sin riesgo hasta que se consiga la ayuda. También es importante conocer a quién se puede llamar por ser de la confianza del alumno. Si la situación es muy crítica, se deberá solicitar ayuda inmediata (p.e. llamando al teléfono nacional de emergencias sanitarias: 112). No conviene prometer que la conversación es confidencial. Cuando una persona tiene un alto riesgo, tienes que conseguir ayuda inmediatamente. Si es una crisis aguda, debe ser tratada como una urgencia y llamar a los servicios de emergencia, a una línea de ayuda para la prevención de suicidio, al orientador o a un médico de Atención Primaria, o incluso llevar a la persona al Servicio de Urgencias del hospital más cercano.

Puede encontrar más información sobre lo que hacer o no (en inglés y en español) en:
www.suicideispreventable.org



Herramienta 3

Que hacer después de un (intento de) suicidio

La necesidad de un plan de crisis

Cuando un colegio o instituto se enfrenta a un suicidio o el intento de suicidio de un alumno, el equipo escolar necesita saber cómo actuar de una manera profesional y sensible a la vez. Para tratar de superar la situación de crisis, es necesario mantener el control y hacer lo que hay que hacer. Para ello, es necesario tener un plan para estas situaciones preparado y listo para usar, que incluya una guía de comunicación para hablar con las personas involucradas: padres, alumnos, personal del centro y medios de comunicación. El colegio o instituto mismo puede desarrollar un plan de crisis, en colaboración con los expertos en salud mental/orientadores y el servicio de salud mental de la región o del área de salud.

Desarrollar un plan de crisis

Los planes de crisis deberán ser diferentes para cada colegio o instituto, dependiendo de la estructura del mismo, de los servicios de salud mental disponibles, de las habilidades de los profesores,... La mejor manera de preparar un plan en crisis es configurando un equipo integrado por los diferentes profesionales del colegio como el director, los profesores, orientadores escolares, personal administrativo, etc. Cuando sea posible, sería una buena idea incorporar a expertos externos en la prevención del suicidio y/o profesionales de la salud mental. Es fundamental contar con la colaboración de profesionales expertos para configurar un plan de crisis, así como establecer una relación y colaboración continua con los profesionales de salud mental del área. A continuación se presentan los componentes y pasos fundamentales de un plan de crisis. Todo ello deberá adaptarse al contexto y necesidades locales de cada colegio o instituto.

¡El plan de crisis debe actualizarse con regularidad para que sea útil y efectivo a largo plazo!



1. QUÉ HACER TRAS UN INTENTO DE SUICIDIO



Contactar con los padres y el alumno

- Manifiestar tu preocupación y ofrecer ayuda.
- Preguntar qué información puede ser transmitida a los profesores y alumnos del colegio o instituto. También es importante transmitir a los padres y al alumno qué es lo que saben los profesores y los alumnos, en caso de que haya rumores.
- Preguntar si ellos han sido testigos presenciales de alguna conducta o situación evidente de riesgo recientemente. Identificar si hay elementos en el contexto escolar que hayan generado problemas y que deben ser cambiados (p.e. en lo que respecta al acoso, presión escolar, apoyo escolar,...).
- Preguntar si la ayuda (profesional) está disponible para el alumno.
- Considerar quién puede apoyar (y hacer el seguimiento) al alumno en el colegio o instituto. Saber qué esperan los padres y el alumno del centro escolar, y dejar muy claro qué es posible en el ámbito escolar y qué no.



Organizar una reunión para el personal escolar

- Deben comunicarse todas las noticias al todo el personal del colegio o instituto e informarles dónde pueden encontrar apoyo.



Organiza una charla en clase (opcional)

- Si lo permiten el alumno y sus padres, hablar en clase sobre el incidente. (Si no lo permiten, dejar claro a los alumnos dónde pueden conseguir apoyo y con quién pueden hablar si lo necesitan).
- Nunca deben darse detalles sobre el intento de suicidio (p.e. el método o el lugar)
- Se deberá dar información general sobre la conducta suicida (ver Herramienta 1) y a continuación se tiene que emplear la guía de conversación para la clase (ver Herramienta 4) de este documento.
- Hay que tener en cuenta el punto de vista de los alumnos, para partir de sus creencias o necesidades.
- Preguntar al alumno si prefiere asistir a la charla en el aula o no.



Preparar la vuelta al colegio

- La vuelta al colegio debe ser debatida y analizada con los padres, el orientador escolar, los profesores y el alumno.

2. QUÉ HACER TRAS UN SUICIDIO

A continuación se describen los **siete pasos** que deben considerarse como respuesta a una muerte por suicidio. En su elaboración se ha tenido en cuenta el documento “Después del suicidio: una herramienta para colegios” de la Fundación Americana para la Prevención de Suicidio y el Centro de Recursos de Prevención de Suicidio. Los pasos marcados con (*) vienen de este documento.

<http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/AfteraSuicideToolkitforSchools.pdf>



PASO 1: COORDINACIÓN DE LA CRISIS

El Director del colegio/ instituto o Jefe de estudio deberán tomar medidas para coordinar la crisis de forma inmediata y preparar una primera reunión con el **equipo de crisis**. Es necesario asegurarse que el equipo incluye al Director/a, los profesores del alumno, orientador(es) escolar y el personal administrativo. Hay que ser consciente de tus propias limitaciones en cuanto a experiencia y capacidades y las del resto del profesorado. Se puede solicitar ayuda a psicólogos o expertos en prevención de suicidio para el manejo de la situación. Es también útil contactar con el servicio de salud mental del área de salud, pedir asesoramiento y planificar cómo trabajar juntos durante la crisis. Si ninguno de esos expertos está disponible, es fundamental que el personal esté entrenado en cómo manejar la situación.



PASO 2: INFORMARSE DE LO SUCEDIDO Y CONTACTAR CON LOS

PADRES *

OBTENCIÓN DE DATOS

El Director o Jefe de estudio debería primero verificar los hechos y estar seguro de la causa oficial de la muerte (preguntar a los padres o a los médicos, policía, juez instructor,...) dependiendo de la legislación nacional. En España y debido a la confidencialidad que deben conservar médicos y personal jurídico el mejor modo de obtener información oficial es a través de los padres.

Si las circunstancias que rodean a lo sucedido no están claras, el colegio debería comunicar que está siendo evaluado y que será comunicado tan pronto como haya más información. Reconocer que hay rumores (a menudo imprecisos) y recordar a los alumnos que los rumores pueden ser profundamente hirientes e injustos para la persona fallecida/que falta, su familia y sus amigos.

CONSULTAR A LA FAMILIA

La información sobre la causa de la muerte no debería ser revelada a los alumnos hasta que la familia haya sido consultada. Hablar sobre la muerte y el suicidio con la familia puede ser una tarea difícil para el personal del colegio/instituto, que a menudo no están formados para hacerlo y la muerte y el suicidio suele ser temas tabú, especialmente en determinadas culturas y religiones. En estos casos, considerar buscar asesoramiento profesional o ayuda. Si la muerte ha sido declarada como un suicidio, pero la familia no quiere divulgarlo, se designará a un miembro del personal que tenga una buena relación con la familia para ponerse en contacto con ellos, y explicarles que los alumnos ya están hablando entre ellos sobre la muerte, y que disponer de adultos en la comunidad escolar que pueden hablar con los alumnos sobre el suicidio y sus causas, puede mantener al alumnado a salvo. Ofrecer en este caso a la familia ayuda de parte del colegio/instituto.

A corto plazo, hay que encargarse también de los temas administrativos p.e. asegurar que la familia no recibirá ninguna carta más del centro escolar (p.e. sobre excursiones, o en el peor de los casos, la factura de las excursiones).



PASO 3: ATENDER AL PROFESORADO Y RESTO DE PERSONAL: COMUNICACIÓN Y APOYO

Tan pronto como sea posible, organizar una reunión con el personal del colegio/instituto, en la que se comuniquen los hechos con claridad, el personal sea informado sobre los pasos a seguir y dónde encontrar más información. La información básica sobre la conducta suicida se ha descrito en la HERRAMIENTA 1 de este documento de actuación.

También es importante informar al personal sobre donde puede conseguir apoyo psicológico, si lo necesitan. Si no hay un soporte disponible en el colegio/instituto, trabajar junto con servicios de ayuda externa.

PASO 4: ATENDER AL ALUMNADO: COMUNICACIÓN Y APOYO

Los colegios e institutos deben ofrecer al alumnado la oportunidad para expresar sus emociones e identificar estrategias para manejarlas, con lo que el colegio/instituto pueda volver al centrarse en su objetivo principal que es la educación.

El alumnado debe haber sido informado sobre cómo pueden conseguir ayuda y apoyo, tanto en el centro como fuera del mismo (servicios de ayuda). Tan pronto como sea posible y tras la reunión del personal, el profesorado debería preparar una charla en clase. Las instrucciones para la charla en clase se incluyen en la HERRAMIENTA 4 de este documento. Cuidar de los estudiantes es un aspecto importante para la **prevención**. Esto favorece el proceso de duelo y reduce los riesgos de conductas imitativas. Además, de esta manera obtengan más información sobre como lo están afrontando y quien puede estar en riesgo. En este sentido, los profesores deberán tener en cuenta los signos de alarma de conducta suicida en otros alumnos. Los signos de alarma son enumerados en la HERRAMIENTA 2 de este documento. Hay que tener en cuenta especialmente al alumnado más vulnerable, como los amigos cercanos, pero también a otros compañeros con quienes el alumno podía haber tenido conflictos.

Los **padres y madres** de los alumnos son figuras fundamentales a los que se debería enviar una carta informativa sobre lo ocurrido y tratar que sean conscientes de los posibles riesgos y las opciones de apoyo.



PASO 5: INFORMAR A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN*

El suicidio de un estudiante puede provocar que los medios de comunicación pongan mucha atención y énfasis en el suceso. Por lo tanto, es importante que los centros escolares preparen un comunicado dirigido a los medios y designen a un portavoz del colegio o instituto. Es importante advertir a todo el personal que sólo el portavoz está autorizado para hablar con los medios y aconsejar a los alumnos que eviten entrevistas con los medios de comunicación. El portavoz debe ser consciente de los efectos dañinos que la información sobre el suicidio puede tener y que es importante seguir cuidadosamente la Herramienta sobre prevención de suicidio para medios de comunicación de Euregenas, así como la importancia de no dramatizar el hecho, no mencionar el método o el lugar del acto suicida, dar esperanza y derivar a líneas de ayuda. En www.euregenas.eu y la página Web del Servicio Andaluz de Salud está disponible una guía de actuación para una divulgación responsable sobre suicidio en los medios de comunicación.

PASO 6: FUNERAL Y CONMEMORACIÓN*

Dependiendo de los deseos de la familia, se puede ayudar a difundir la información sobre el **FUNERAL** al alumnado, padres y al personal: localización, hora, normas para dejar libre a los alumnos durante las horas de clase. Es conveniente trabajar con los orientadores escolares y los profesionales de salud mental para disponer de profesionales que atiendan en el funeral y fomentar que los padres acompañen a sus hijos al mismo.

Además, la comunidad escolar a menudo desea **CONMEMORAR** a un alumno que haya fallecido, como consecuencia del deseo humano básico de recordar a aquellos que han perdido. Puede ser todo un desafío para el centro escolar lograr un correcto equilibrio entre satisfacer compasivamente las necesidades de los estudiantes desconsolados, y la necesidad del centro para mantener la capacidad de cumplir con su principal objetivo de educar.

En consecuencia, los colegios/institutos deberían considerar cómo conmemorar de un modo apropiado al alumno que ha fallecido sin riesgo de contagiar el suicidio entre los alumnos supervivientes que puedan presentar también riesgo.



Es muy importante que los colegios/institutos se esfuercen en tratar todas las muertes de la misma forma. Por otra parte, hay que considerar que se hace a largo plazo, y en ese sentido, se pueden organizar también algún acto conmemorativo p.e. un año después del incidente. Pequeños gestos hacia la familia pueden significar mucho p.e. enviar una postal a los padres un año después del incidente.

LAS REDES SOCIALES como mensajes de texto, Facebook y Twitter, se han convertido rápidamente en los principales medios de comunicación en todas las edades, especialmente en jóvenes. Mientras que el empleo de estos medios de comunicación por los alumnos tiene lugar generalmente fuera del colegio, también pueden ser utilizados como parte de la respuesta del colegio/instituto tras el suicidio de un alumno. Para ello, hay que aprovechar la colaboración que se tienen con los alumnos clave con el objetivo de poder identificar y vigilar las redes sociales más relevantes. En este sentido, los colegios e institutos pueden utilizar estratégicamente las redes sociales para intervenir en la prevención del suicidio mediante mensajes seguros y orientados a la prevención, ofrecer apoyo a los alumnos que puedan estar luchando para afrontarlo, e identificar y responder a los alumnos que pudieran estar en riesgo. Es importante que los centros escolares propongan reglas y guías sobre qué pueden (o no pueden) comunicar los alumnos sobre el incidente en las redes sociales.

PASO 7: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

En el equipo de crisis es importante evaluar la respuesta a la crisis, aprender de los obstáculos y adaptar los procedimientos.

Herramienta 4



Guía para informar en clase sobre un (intento de) suicidio

Cuando se produce el intento de suicidio o suicidio de un alumno, o de un miembro del personal, es importante preparar una charla en clase, tan pronto como sea posible, después de haber hablado con la familia. La charla debe ser preparada y tutorizada por un profesor de confianza para los alumnos y si es posible, que un miembro del equipo psicopedagógico del colegio/instituto o profesional de la salud mental le asesore. A continuación se mencionan cuatro aspectos que son esenciales para realizar la charla en clase.

Disipar rumores

- Los rumores aparecerán. Pregunte a los alumnos sobre lo que han oído y trate de disipar los rumores. Si es posible, y acordado con la familia (y con el alumno / personal en caso de un intento de suicidio), proporcione la información correcta sobre el incidente. En cualquier caso haga hincapié claramente en que los rumores hacen daño.

Dar información básica de la conducta de suicidio

- Enfatice que el suicidio es complejo y que no está causado por un único factor
- Enfatice que el suicidio no es “una elección”, ni un acto heroico o romántico
- Enfatice en la comorbilidad junto con problemas psicológicos como la depresión y el abuso de alcohol y drogas,... sin estigmatizar estos problemas.
- Enfatice que el suicidio se puede prevenir y hay ayuda disponible.

Interactuar con los alumnos

- Asegure un clima de confianza: enfatice la importancia de la confidencialidad y la sinceridad.
- Permita que los alumnos hablen de sus sentimientos. Haga hincapié en que los sentimientos de enfado y culpabilidad son normales y comunes.
- Deje espacio y tiempo para preguntas.

Apoyo y Derivar

- Hable con los alumnos sobre lo que se puede hacer cuando uno se siente triste, deprimido o desesperanzado, o lo que se puede hacer cuando un amigo se siente así.
- Derive a los servicios de ayuda y pregunte si estarían dispuestos a ir a este tipo de servicios.



LISTA DE VERIFICACIÓN

Tras completar la revisión de esta guía de actuación es el momento de plantearse cómo se puede mejorar y transformar un centro escolar en un lugar seguro y saludable, promoviendo estrategias de prevención de suicidio. A continuación se resumen los puntos principales de esta guía de actuación en un práctico listado que facilita la realización de las diferentes actuaciones. Tu colegio o instituto puede ser un ejemplo de buenas prácticas en lo que respecta a la prevención de suicidio cuando:

- 1 El colegio/instituto tiene una política de “Escuelas Saludables” clara e integral, que incluye la promoción de la salud mental y las estrategias de prevención del suicidio. 👍
- 2 Se han puesto en marcha programas y políticas antiacoso (*anti-bullying*). 👍
- 3 Se han desarrollado iniciativas para el desarrollo de programas preventivos sobre la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio, así como psicoeducación y entrenamiento en habilidades. 👍
- 4 Existe ayuda psicológica disponible y accesible para alumnado y personal del colegio/instituto, incluidos los programas de detección (opcional) y una buena coordinación con servicios externos de ayuda. 👍
- 5 Formación en prevención de suicidio a *gatekeepers* tales como profesores u orientadores escolares: que conozcan los signos de alarma y sepan cómo interactuar con alumnos o compañeros que han realizado un intento de suicidio y derivarlos al servicio de salud adecuado. 👍
- 6 Se dirige una especial atención a los alumnos y miembros del personal vulnerables. 👍
- 7 El colegio/instituto es un entorno seguro en el que hay un acceso limitado a métodos letales. 👍
- 8 Existe un plan de crisis en caso de suicidio o intento de suicidio de un alumno o de un miembro del personal. 👍

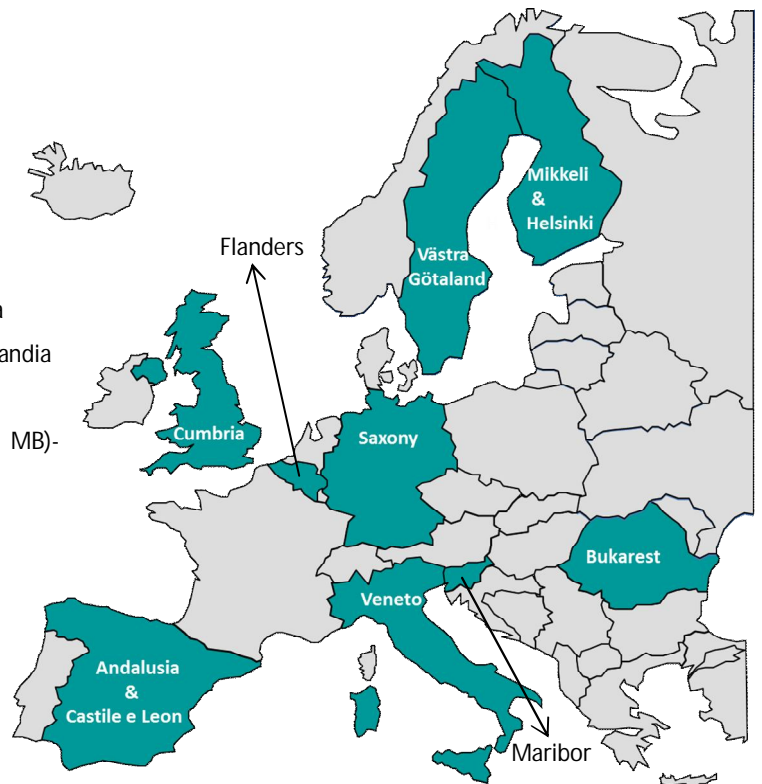


SOBRE EUREGENAS

El proyecto Euregenas tiene como objetivo contribuir a la prevención de pensamientos y conductas suicidas en Europa, a través del desarrollo y la implementación de estrategias para la prevención del suicidio a nivel regional, que posteriormente puedan ser utilizadas en la Unión Europea como ejemplo de buenas prácticas. Este proyecto reúne a 15 socios europeos que representan a 11 regiones europeas con una gran variedad de experiencias en la prevención de suicidio (ver la Figura 1).

Figura 3: Las Regiones de Euregenas

- Hospital Universitario de Verona (AUOI-VR)- Italia
- Agencia Flamenca de salud y cuidados (VAZG)- Bélgica
- Región Västra Götaland (VGR)- Suecia
- Fundación Romtens (ROMTENS) – Rumania
- Instituto Nacional de Salud y Bienestar (THL) – Finlandia
- Unidad para la investigación sobre suicidio, Universidad de Gante (UGENT)- Bélgica
- Fundación Intras (INTRAS)- España
- Servicio Andaluz de Salud (SAS)- España
- Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud (FPS)- España
- Universidad de Mikkeli de Ciencias Aplicadas (MAMK)- Finlandia
- Universidad Técnica de Dresde (TUD)- Alemania
- Instituto Regional de Salud Pública de Maribor (RPHI MB)- Eslovenia
- Suecia Oeste (WS)- Suecia
- Fundación De Leo (DELEOFUND)- Italia
- Consejo del Condado de Cumbria (CCC)- Reino Unido





De acuerdo con el **“Segundo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud” (Comisión europea 2008-2013, ver <http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/>)**, el proyecto promueve la puesta en marcha de redes regionales para la gestión y aplicación de programas de prevención, como una metodología innovadora para mejorar los servicios existentes.

A través del fomento de las intervenciones regionales y de las campañas dirigidas tanto a los grupos diana como a los profesionales no sanitarios, el proyecto aspira a poner en práctica el Pacto para la Salud Mental en relación con:

1. Prevención del suicidio
2. Desestigmatización de los trastornos mentales
3. Promoción de la salud entre los jóvenes

Los **objetivos específicos** del proyecto Euregenas son los siguientes:

- Identificar y catalogar las buenas prácticas de actuación existentes y las estrategias de prevención del suicidio, a nivel local y regional.
- Realizar un análisis de necesidades en materia de prevención del suicidio a partir de los profesionales y personas implicados en este objetivo.
- Desarrollar y difundir guías y herramientas para la prevención del suicidio y estrategias para incrementar la sensibilización.
- Desarrollar técnicas específicas para un modelo de integración de cuidados mediante e-salud mental orientado a la prevención del suicidio (páginas web, instrumento electrónico).
- Mejorar los conocimientos y las habilidades entre los profesionales tanto a nivel local como regional (por ejemplo, psicólogos, psiquiatras, médicos generales y de atención primaria).

El proyecto aspira a cumplir los objetivos específicos mediante la ejecución de una serie de paquetes de trabajo (WP). Concretamente, el proyecto Euregenas incluye ocho paquetes de trabajo: tres horizontales, orientados a la coordinación, difusión y evaluación; y cinco verticales, que son los paquetes de trabajo principales (ver Figura 4).



Figura 4: Los principales Paquetes de Trabajo del proyecto Euregenas





Bibliografía

American Foundation for Suicide Prevention (2009). More than sad. Suicide prevention education for teachers and other school personnel. www.morethansad.org

American Foundation for Suicide Prevention/Suicide Prevention Resource Center (2011). After a Suicide: a Toolkit for Schools. Newton, MA: Education Development Center, Inc.

Aseltine, R.H.Jr., DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *AmJ Public Health*, 94(3), 446–451.

Aseltine, R.H.Jr., James, A., Schilling, E.A., Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161.

Beautrais, A. L. (2004). Suicide postvention. Support for families, whanau and significant others after a suicide. A literature review and synthesis of evidence. Wellington, New Zealand: Ministry of Youth Affairs.

Brunstein Klomek, A., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I.S., & Gould, M.S. (2007). Bullying, depression and suicidality in adolescents. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 40-49.

Chagnon, F., Houle, J., Marcoux, I., & Renaud, J. (2007). Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (2), 135-144.

Cimini, M.D., Rivero, E.M., Bernier, J.E., Stanly, J.A., Murray, A.D., Anderson, D.A., Wright, H.R., Bapat, M. (2014). Implementing an Audience-Specific Small-Group Gatekeeper Training Program to Respond to Suicide Risk Among College Students: A Case Study. *Journal of American College Health*, 62 (2), 92-100.



Clark, S. E., & Goldney, R. D. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *International handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 467–484). Chichester, UK: Wiley & Sons.

Cusimano, M.D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Inj Prevent*, 17(1):43–9.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6, ArtID: e16885.

Eurostat, statistics 'death due to suicide'. Available on: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/> Accessed February 2014.

Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386–405.

Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *The journal of the American Medical Association*, 293(13), 1635-43.

Gould, M.S., Marrocco, F.A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., & Altschuler, E. (2009). Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (12), 1193–201.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R, et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58, 10–51.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.



Huh, G.Y., Jo, G.R., Kim, K.H., Ahn, Y.W., & Lee, S.Y. (2009). Imitative suicide by burning charcoal in the southeastern region of Korea: The influence of mass media reporting. *Leg. Med. (Tokyo)*, 11(Suppl 1), S563-S564.

Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 3–17). New York, NY: Taylor and Francis.

Kärnä, A., Voeten, M., Little, T., Poskiparta, E., Kaljonen, A., & Salmivalli, C. (2011a). A large-scale evaluation of the KiVa anti-bullying program; Grades 4-6. *Child Development*, 82, 311-330.

Kärnä, A., Voeten, M., Little, T., Alanen, E., Poskiparta, E., & Salmivalli, C. (2011b). Going to Scale: A nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for comprehensive schools. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi: 10.1037/a0025740.

Katz, C., Bolton, S. Katz, L.Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J. & Swampy Cree Suicide Prevention Team (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30, 1030 – 1045.

Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 381-389.

Leite, A., Idzelis, M., Reidenberg, D., Roggenbaum, S., & LeBlanc, A. (2011). Linking Education and Awareness of Depression and Suicide (LEADS): An evaluation of a school-based suicide prevention curriculum for high school youth. St. Paul, MN: Wilder Research.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S, van Heeringen, K., De Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667–677.



Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies, A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 294 (16), 2064-74.

Mathy, R.M. (2002). Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: Sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14, 47–65.

McDaniel, J. S., Purcell, D., & D'Augelli, A.R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 84–105.

Michelmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review . *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507-524.

Miller, D.N., Eckert, T.L., & Mazza, J.J. (2009). Suicide prevention programs in the schools: a review and public health perspective. *School Psychol Rev*, 38(2), 168–188.

Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, et al. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.*, 14(2), 177-186.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D., et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192 (2), 98-105.

Pirkis, J., & Blood, R.W. (2001). Suicide and the media: (1) Reportage in nonfictional media. *Crisis*, 22(4), 146-154.



Portzky, G., & van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: a controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (9), 910–918.

Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P.B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360 (9340), 1126–1130.

Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., O'Brien, M. (2013). A Systematic Review of School-Based Interventions Aimed at Preventing, Treating, and Responding to Suicide-Related Behavior in Young People. *Crisis*, 34(3), 164–182.

Salmivalli, C., Garandeau, C., & Veenstra, R. (2012). KiVa Anti-Bullying Program: Implications for School Adjustment. To be published in G. Ladd & A. Ryan (Eds.), *Peer Relationships and Adjustment at School*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.

Salmivalli, C., Kärnä, A., & Poskiparta, E. (2011) Counteracting bullying in Finland: The KiVa program and its effects on different forms of being bullied. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 405-411.

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Res. Public Health*, 8, 4550-4562.

Savin-Williams, R. C. (2001). Suicide attempts among sexual minority youths: Population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 983–991.

Schilling, E.A., Lawless, M., Buchanan, L., Aseltine, R.H.Jr. (2014). "Signs of Suicide" shows promise as a Middle School Suicide Prevention Program. *Suicide Life Threat Behav*, 2014 May 2 [Epub ahead of print].

Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., et al. (2004). The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(1), 71–79.



Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 9, 123-138.

Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81(4), 957-972.

Stack, S. (2005). Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 35(2), 121-33.

Suicidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen. Draaiboek(en) suicidepreventie voor secundaire scholen.

van Heeringen, C. (2001). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (2), S1-S6.

van Heeringen, C., & Vincke, J. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (11), 494-499.

Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103 (4), 197 -220.

Wilcox, H.C., Kellam, S.G., Brown C.H., Poduska, J., Ialongo, N.S., Wang, W., & Anthony, J.C. (2008). The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend*, 95(Suppl 1), S60-S73.

Williford, A., Noland, B., Little, T., Kärnä, A., & Salmivalli, C. (2011). Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' perception of peers, depression, and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*. doi: 10.1007/s10802-011-9551-1.



Wyman, P.A., Brown, C.H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E., Tu, X., Wang, W. (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *Am J Public Health*, 100(9), 1653–1661.

World Health Organization (2013). Investing in mental health: evidence for action. Retrieved December 2013 from http://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/

World Health Organization (2014). Preventing suicide. A global imperative. Retrieved September 2014 from http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

Young, I.T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), 177–186.