



PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**Guía informativa para el ámbito
escolar**



DIRECCIÓN.

Rafael Sotoca Covalada. Director General de Asistencia Sanitaria

COORDINACIÓN.

Begoña Frades García. Psiquiatra. Coordinadora Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

José López Cocera. Enfermero Salud Mental. Oficina Autónoma Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria

COMITÉ DE REDACCIÓN.

Ángela Carbonell Marqués. Trabajadora social. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Asunción Font. Psicóloga. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Araceli Oltra Ponzoda. Psicóloga. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Begoña Frades García. Psiquiatra. Coordinadora Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Eugènia Benimeli Navarro. Socióloga. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Irene Tur Cruces. Enfermera. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

José López Cocera. Enfermero Salud Mental. Oficina Autónoma Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Llum del Moral i Muñoz. Coordinadora Federació Salut Mental Comunidad Valenciana.

María Beltrán. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infantoadolescente de Sueca. Departamento de Salud La Ribera.

Mercedes Asuero. Enfermera Salud Mental. Centro de Rehabilitación de Paterna. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria.

Patricia Llorens Rodriguez. Psiquiatra. Departamento de Salud Dr. Peset.

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

© de la presente edición: Generalitat, 2018

© de los textos: las autoras y los autores

1ª edición: edición online

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| 2. MITOS SOBRE EL SUICIDIO | 11 |
| 3. CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN | 15 |
| 3.1. FACTORES DE RIESGO | 15 |
| 3.1.1. FACTORES INDIVIDUALES..... | 15 |
| 3.1.2. FACTORES FAMILIARES Y CONTEXTUALES | 18 |
| 3.2. FACTORES DE PROTECCIÓN | 20 |
| 4. SEÑALES DE ALARMA | 23 |
| VERBALES..... | 23 |
| NO VERBALES..... | 24 |
| 5. HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN Y OTROS RECURSOS..... | 27 |
| 5.1. ENTREVISTA/EVALUACIÓN..... | 27 |
| ⇒ PUNTOS A TENER EN CUENTA EN LA ENTREVISTA | 27 |
| 5.2. PROTOCOLOS Y PROGRAMAS..... | 29 |
| 5.3. ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN E INTERVENCIÓN..... | 29 |
| 5.4. RECURSOS..... | 36 |
| EN CASO DE CRISIS PUEDE... .. | 36 |
| PARA MÁS INFORMACIÓN... .. | 36 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA..... | 39 |

1. INTRODUCCIÓN

Esta guía va dirigida a profesionales del ámbito educativo, la cual forma parte del Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida, como acción de la Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016 - 2020 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, con la finalidad de proporcionar una ayuda práctica en diferentes entornos.

El objetivo de esta guía es proporcionar al personal educativo la información necesaria para que puedan detectar cualquier tipo de conducta suicida en la comunidad educativa, de forma que en el ámbito escolar se contemple la prevención del suicidio y el manejo de la conducta suicida.

Se trata de hacer una aproximación al concepto de suicidio, identificando los grupos de personas en situación de vulnerabilidad, superando los mitos que giran alrededor del suicidio, señalando los factores de riesgo y de protección, así como diferentes herramientas de detección, actuación e intervención en el ámbito escolar.



La Organización Mundial de la Salud (OMS), identifica el suicidio y sus intentos como uno de los problemas más graves de salud pública que pueden afectar a las personas, y es por ello que recomienda que sea atendido de forma prioritaria.

La conducta suicida incluye una amplia gama de pensamientos y actos en relación con la propia muerte (Anseán, 2014):

- ➔ **Suicidio:** acto suicida con resultado de muerte, definido como acto deliberado en el que una persona decide quitarse la vida voluntariamente.
- ➔ **Acto suicida:** acción autolesiva con grado variable de daño físico o de intencionalidad suicida.
- ➔ **Comunicación suicida:** manifestaciones verbales o no verbales sobre ideación suicida, independientemente de su intencionalidad.
- ➔ **Ideación suicida:** incluye todo tipo de pensamientos relacionados con el suicidio, ideas o deseo de morir, ideas suicidas o hasta el plan suicida.

- ➔ **Conducta/comportamiento suicida:** engloba una diversidad de comportamientos como pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, idear el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.

La conducta suicida es un problema complejo, para el que no existe una sola causa ni una sola razón, sino que es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Es difícil explicar por qué algunas personas deciden cometer suicidio, mientras otras en una situación similar no lo hacen. No obstante, **la mayoría de los suicidios pueden prevenirse**. Los pensamientos suicidas normalmente están asociados con problemas que pueden resolverse, aunque sean muy graves, con el tiempo y ayuda de familiares, personas allegadas, amistades y profesionales.

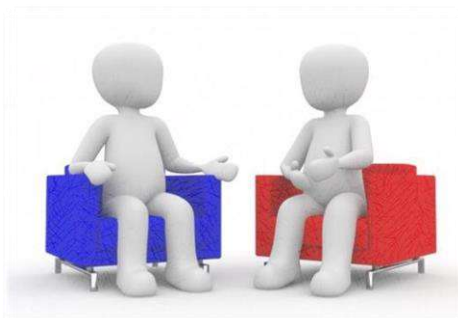
- La desesperanza, el dolor y el vacío son estados temporales
 - El suicidio puede ser el resultado de un acto impulsivo
- ➔ El apoyo de la familia y personas cercanas, la ayuda profesional de sanidad, educación, igualdad e inclusión, contribuyen a la prevención de la tentativa suicida y/o suicidio ➔

¿QUÉ DICEN LOS DATOS?

- 📊 Según datos de la OMS, **el suicidio se encuentra entre las 20 causas de defunción más importantes en el mundo.**
- 📊 Más de 800.000 personas se suicidan cada año y se estima que aproximadamente ocurre **un suicidio cada minuto y un intento cada tres segundos.**
- 📊 El suicidio afecta a personas de cualquier edad, cultura o grupo poblacional. En los países desarrollados, el suicidio figura entre las diez principales causas de muerte y una de las tres principales causas de muerte entre personas de 15 a 35 años.
- 📊 En España en 2016 se registraron 3569 muertes por suicidio, con una tasa de 7.68 casos por cada 100.000 habitantes, donde **los casos de suicidio de hombres triplica al de mujeres.**

- En la Comunidad Valenciana en 2016 se registraron 336 casos de suicidio, con una tasa entorno a los 6.80 casos por cada 100.000 habitantes. Esto supone prácticamente **un suicidio al día**.
- Del total de suicidios cometidos en 2016, más del 75% son hombres frente al 24% aproximadamente de mujeres. No obstante, aunque el número de varones que se suicidan es mayor, las mujeres lo intentan en mayor proporción.

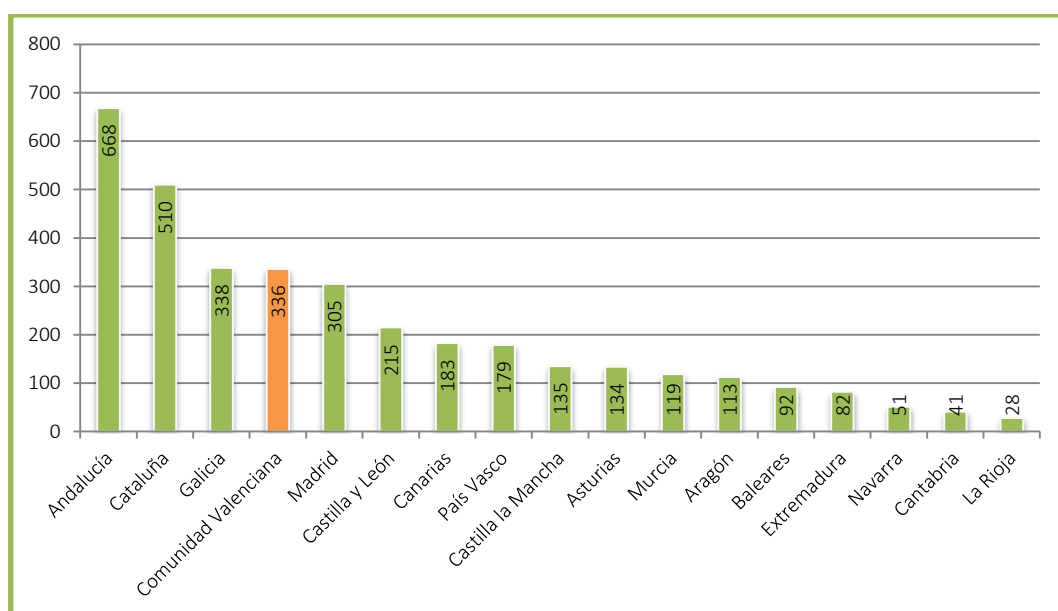
255
HOMBRES
(75.9%)



81
MUJERES
(24.1%)

- La Comunidad Valenciana ocupa el cuarto puesto entre las Comunidades Autónomas en número de suicidios.

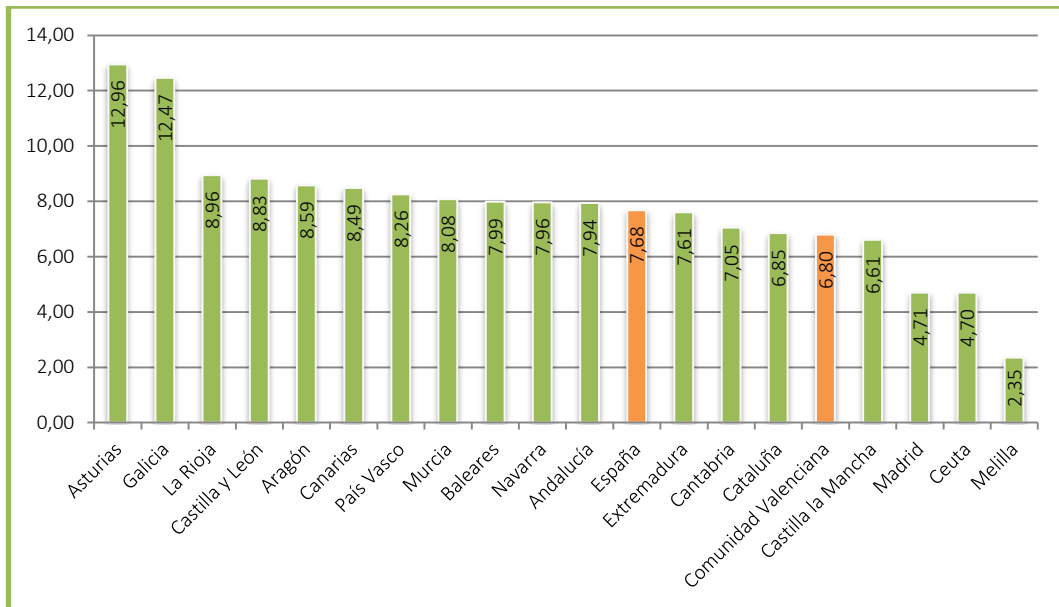
Gráfico 1. Cifras absolutas de casos de suicidio por Comunidades Autónomas, 2016.



INE. Elaboración propia.

- iii) La Comunidad Valenciana es la tercera Comunidad Autónoma con menor tasa de suicidio con **una tasa entorno a los 6.80 casos** por cada 100.000 habitantes.

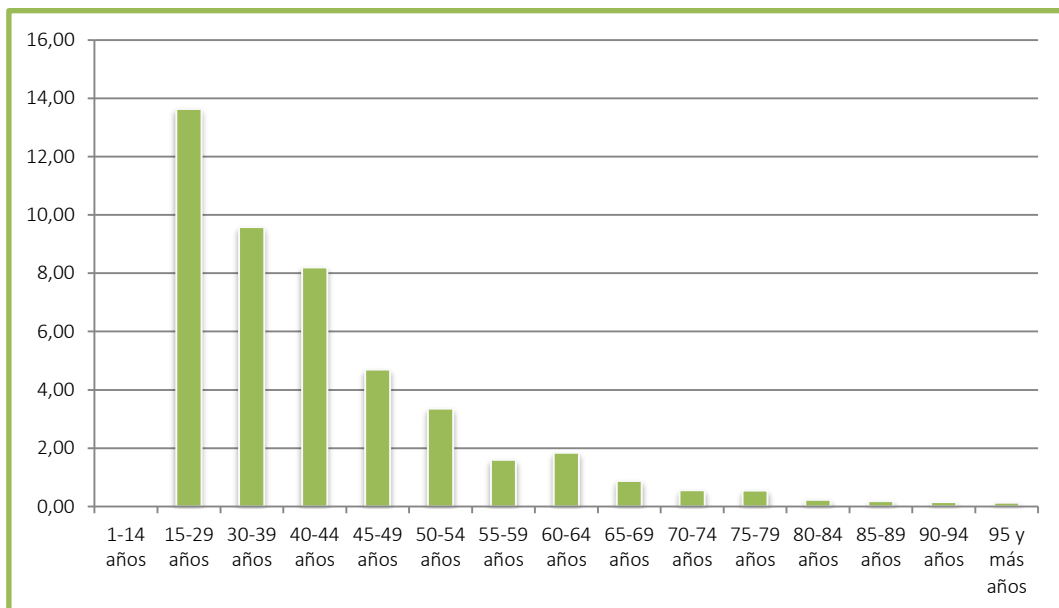
Gráfico 2. Tasa de suicidio según Comunidad Autónoma, 2016.



INE. Elaboración propia.

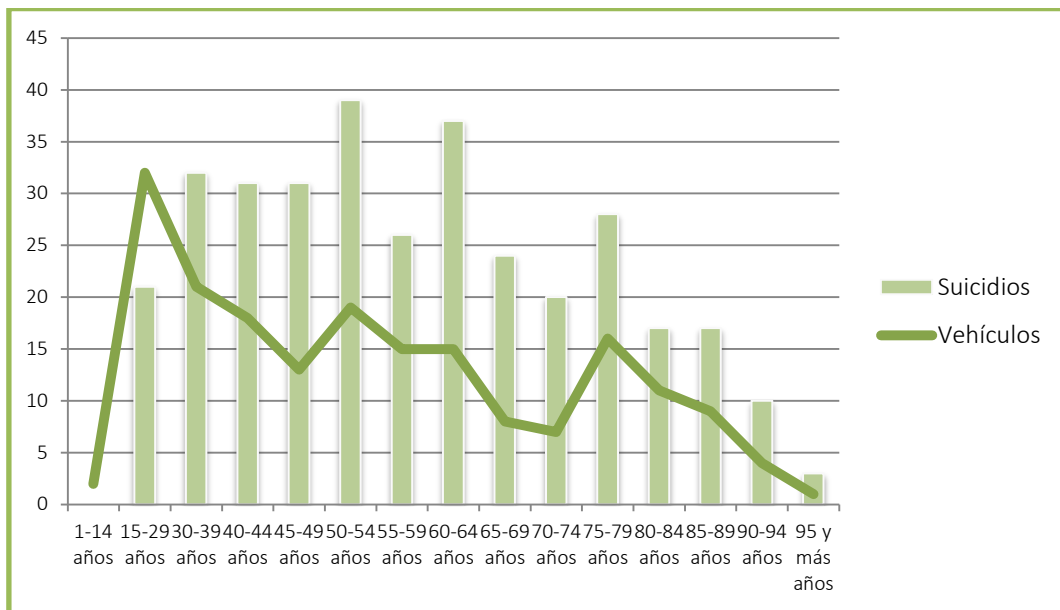
- iii) El suicidio es una de las principales causas de muerte entre personas jóvenes de **15 a 29 años**. En los grupos de edad entre 30 y 49 años, el suicidio supera en más del doble al número de casos de defunción por accidente de tráfico.

Gráfico 3. Proporción de suicidios sobre el total de defunciones, Comunidad Valenciana, 2016.



INE. Elaboración propia.

Gráfico 4. Comparación de número de personas fallecidas por accidentes de tráfico y suicidios en la Comunidad Valenciana, 2016.



INE. Elaboración propia.

Los datos ofrecidos ponen de manifiesto el grave problema de salud pública que supone el suicidio, el cual requiere la implicación de toda la población.

2. MITOS SOBRE EL SUICIDIO

Existen muchas ideas erróneas y prejuicios sobre la conducta suicida, estos mitos se contradicen con lo que nos muestra la evidencia científica (OMS, 2014).

Conocer algunas de estas creencias erróneas y acercarnos a la realidad del suicidio nos permitirá poder dar un apoyo más efectivo a las personas que se encuentren en una situación de riesgo y a su entorno.

✘ “Hablar sobre el suicidio puede incitar a cometerlo”

Esta creencia infunde temor de abordar este tema y nos aleja de quien precisa ayuda. Debido al estigma que existe en torno al suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién pueden hablar.

Está demostrado que **hablar del suicidio de manera responsable reduce el riesgo de realizarlo** ya que preguntar a una persona sobre la presencia de pensamientos suicidas permite aliviar la tensión que supone su malestar y le hace ver que nos importa. Puede darle tiempo para reflexionar y sentir que existen otras opciones.

Es importante preguntar, pero lo es más escuchar de forma atenta y sin juzgar, de forma que se perciba un deseo de ayuda genuino. No es aconsejable entrar en discusión o quitar importancia a lo que la persona siente.

✘ “Quien lo dice no lo hace y quien lo hace no lo dice”

Algunos suicidios se pueden producir sin advertencia previa, pero la mayoría han sido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Por ello es importante conocer los signos de alarma y detectarlos. Siempre deben tomarse en serio los signos de amenaza o autolesión.

Otra creencia errónea es que quienes hablan del suicidio no tienen la intención de cometerlo. La evidencia nos dice que la mayor parte de las personas que han intentado suicidarse, expresaron su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta previamente.

Hablar del suicidio puede ser una forma de pedir ayuda en una persona que está sufriendo. La mayoría de las personas que contemplan el suicidio se encuentran en una situación en la que no encuentran alternativas. Retarles en esta situación es un acto irresponsable, puesto que la persona se halla en una situación vulnerable y que no dispone de los recursos necesarios para adaptarse a determinadas situaciones.

✘ **“Quien se suicida tiene una enfermedad mental”**

Aunque las personas con enfermedades mentales se suicidan con mayor frecuencia, muchas no están afectadas por el comportamiento suicida y no todas las personas que se quitan la vida tienen un trastorno mental.

Lo que indica el comportamiento suicida es un gran sufrimiento, pero no necesariamente un trastorno mental.

✘ **“La persona con conducta suicida está decidida a morir”**

Toda persona en riesgo de suicidio se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. Hablar abiertamente sobre ello, reflexionar y el apoyo emocional puede ayudar a dar tiempo para prevenir la conducta suicida.

✘ **“Sólo la gente mayor y las personas con problemas graves se suicidan, por tanto en la infancia y adolescencia las personas no se suicidan”**

A las personas adultas nos cuesta afrontar que el suicidio es una causa de muerte en edades tempranas de la vida. Una cuarta parte de las muertes por suicidio se producen en adolescentes y menores de 25 años. Tendemos a trivializar los problemas en la infancia y la adolescencia, como “cosas de la edad”, minimizando el grado de sufrimiento que les puede generar un problema.

✘ **“Quien haya sido suicida alguna vez nunca dejará de serlo”, “la persona que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer”**

El mayor riesgo de suicidio suele ser a corto plazo y específico según la situación. Alrededor de la mitad de las personas que sufrieron una crisis suicida tuvieron una

nueva crisis dentro de los tres primeros meses. Pero, aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes, y quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida sin que se vuelvan a producir.

Sin embargo, entre el 1% y el 2% de las personas que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10% al 20% lo consumarán en algún momento de sus vidas.

No se puede generalizar y la mejor forma de prevenir es hablar sobre ello, escuchar y hacerle sentir apoyo.

✘ “Sólo profesionales de psiquiatría pueden prevenir el suicidio”

El mito que subyace a esta idea errónea es que hablar con una persona que presenta ideación suicida sin la debida preparación puede ser perjudicial. La evidencia nos dice que acercarse a la persona con una actitud de escucha, con el deseo genuino de ayudar es el primer paso para la prevención.

La psiquiatría y la psicología clínica cuentan con profesionales con experiencia en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. **Cualquier persona puede colaborar en la prevención y ayuda a las personas que se encuentran en una situación de crisis suicida.** Hablando y escuchando, habremos iniciado la prevención.

✘ “La mayoría de los suicidios suceden sin advertencia previa”

Aunque es cierto que algunos suicidios se cometen sin advertencia previa, una gran parte vienen precedidos de signos de advertencia verbal o de conducta. Por eso es muy importante conocer los signos de advertencia para poder prevenirlo.

✘ “El suicidio no se puede prevenir”

El suicidio sí se puede prevenir, igual que los accidentes de tráfico, la violencia de género o los homicidios. Pero para ello hacen falta políticas públicas y planes de prevención. En este sentido, los medios de comunicación pueden ser un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y tienen

en cuenta las sugerencias de personas expertas: publicar señales de alerta de una crisis suicida, dispositivos de salud mental a los que pueden acudir, divulgar grupos de personas en riesgo y medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar a una persona en riesgo de suicidio.

✘ “Las personas con conductas suicidas son peligrosas”

Se suele creer que igual que atentan contra sí mismas pueden hacerlo contra las demás, pero el suicidio es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos se vierten contra la propia persona.

✘ “Acercarse a una persona en crisis suicida sin preparación para ello es perjudicial”

Si existen deseos reales de ayudar a una persona en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, hablando y escuchando, habremos iniciado su prevención.

3. CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN

La conducta suicida constituye un problema multicausal, no tiene una explicación sencilla y tenemos que tener siempre en cuenta diversos factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

🔗 **Conocer los factores de riesgo y de protección relacionados en la infancia y adolescencia nos permitirá realizar una prevención adecuada** 🔗

Los factores de riesgo actúan de forma acumulativa, cuantos más concurran en una persona, mayor probabilidad de que presente una conducta suicida.

La importancia de cada cual dependerá siempre del contexto. Comprender el contexto y en qué situación se encuentra la persona con ideación suicida, es indispensable para comprender y valorar el riesgo de suicidio.

3.1. FACTORES DE RIESGO

3.1.1. FACTORES INDIVIDUALES

☹️ **DEPRESIÓN**

Los trastornos depresivos se observan en más de la mitad de los y las adolescentes que se suicidan. La depresión mayor incrementa el riesgo de suicidio hasta 12 veces, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas.

☹️ **OTROS TRASTORNOS MENTALES**

Cerca del 60% de casos en la infancia y del 90% en la adolescencia, que tienen algún tipo de conducta suicida, presentan al menos un trastorno mental en el momento del intento o suicidio consumado.

Los que más se han relacionado son los trastornos afectivos, aunque también el abuso de sustancias y la conducta antisocial. Es frecuente encontrar varios trastornos al mismo tiempo y cuanto mayor es el número de estos, más aumenta el riesgo de suicidio.

☺ FACTORES PSICOLÓGICOS

Algunas variables como la rigidez cognitiva, el déficit de habilidades de resolución de problemas y estar más centrado en el presente que orientado al futuro, se han relacionado con intento de suicidio.

También se han identificado el neuroticismo, la tendencia a atribuir a factores externos el control de su propia vida y la impulsividad como factores de riesgo en adolescentes.

Hay que tener en cuenta también:

-
- 👉 Elevada **autoexigencia personal**, 👉 Altos niveles de **impulsividad**, baja perfeccionismo tolerancia a la frustración
 - 👉 Sentimientos de **fracaso personal**, 👉 **Pensamientos suicidas**, como única sentir que no cumple con las expectativas que se tienen sobre su persona salida a su sufrimiento
 - 👉 **Baja autoestima**. Sentimientos de inferioridad. Sentirse una carga 👉 Con respecto al **apego**, algunos patrones de apego problemáticos, caracterizados por ansiedad de separación excesiva, se relacionan con
 - 👉 Sentimientos de **indefensión y desesperanza** frente a la vida y su futuro 👉 **Acoso escolar**
-

☺ EXISTENCIA DE ANTECEDENTES PERSONALES DE INTENTO DE SUICIDIO EN EL PASADO

Es uno de los factores de riesgo más importantes.

Aproximadamente el 50% de casos en la adolescencia que llevan a cabo un intento de suicidio han cometido al menos un intento previo.

Tener en cuenta que supone mayor riesgo, cuantos más intentos hayan realizado, cuanto mayor gravedad de los intentos previos y cuanto mayor haya sido el grado de ocultación de los mismos.

El riesgo tras un intento puede aumentar en la escuela debido a:

- 👉 La **estigmatización** después de un intento de suicidio
 - 👉 El **rechazo** que puede generar entre la comunidad educativa por la incomodidad y angustia que produce la conducta suicida en una persona tan joven
 - 👉 El **silencio**, por miedo a una nueva conducta suicida, por parte de la comunidad educativa y que genera un ambiente de mayor tensión
 - 👉 Las personas adultas pueden sentirse confundidas por la respuesta del adolescente entre aceptar o rechazar la ayuda que se le está ofreciendo
-

😊 **EDAD**

Antes de la adolescencia, tanto el suicidio como la tentativa son excepcionales, posiblemente debido a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución. Por debajo de los 6 años la muerte se representa como una persona con buenas o malas intenciones o como un lugar desagradable o apacible, y que, generalmente, se asocia a la vejez y a las enfermedades. No se tiene en cuenta su carácter irreversible. Por encima de esta edad, se comienza progresivamente a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal. Se considera que al mismo tiempo que se elabora el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio.

Se produce un incremento en la adolescencia asociados a la presencia de comorbilidad, especialmente trastornos del estado de ánimo y abuso de tóxicos.

😊 **SEXO**

En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio. En España el sexo se ha considerado un factor diferencial, puesto que las tasas de suicidio llegan a ser hasta tres veces más altas en varones que en mujeres en todos los grupos de edad.

☺ FACTORES GENÉTICOS Y BIOLÓGICOS RELACIONADOS

La conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico. Estudios realizados en personas gemelas sugieren que hasta un 45% de las diferencias encontradas son explicadas por factores genéticos.








3.1.2. FACTORES FAMILIARES Y CONTEXTUALES

☺ PSICOPATOLOGÍA DE LOS PROGENITORES

La historia familiar de suicidio, la psicopatología y el abuso de tóxicos de madres y padres se ha asociado frecuentemente a la conducta suicida.

☺ ESTRUCTURA O FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Se ha observado mayor prevalencia en las siguientes situaciones:

-
- | | |
|---|---|
|  Vivir apartado de los dos progenitores; sin embargo, no se encontró asociación con la muerte de uno o ambos padres |  Rigidez familiar. Familias donde ningún miembro puede apartarse de lo estrictamente admitido como normal dentro del grupo familiar (p.ej. heterosexualidad) |
|  La carencia de cuidados y atención |  Familia con altos niveles de exigencia y perfeccionismo, donde existen excesivas demandas por parte de los progenitores, tanto académicas como de comportamiento |
|  Bajos niveles de comunicación, falta de tiempo para escuchar y tratar problemas emocionales en el seno familiar, subestimar el malestar emocional de los adolescentes |  La violencia dentro del entorno familiar. La relación existente entre la Violencia de género y el suicidio en las víctimas ha sido puesta de manifiesto en diferentes informes. |
|  La lealtad, mal entendida, a sus padres y madres para no revelar secretos familiares puede hacer que no busquen ayuda fuera de la familia | |
-

☹️ ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Ante la presencia de acontecimientos altamente estresantes, se puede reactivar el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono.

A menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio. Pero es poco frecuente que sean causa suficiente, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en jóvenes con vulnerabilidad. Cambian con la edad, en la preadolescencia suelen ser malas relaciones familiares, y en la adolescencia los conflictos con el grupo de iguales.

☹️ FACTORES SOCIALES Y NIVEL EDUCATIVO

Se ha encontrado asociación entre las relaciones pobres o deficitarias con el grupo de iguales y la ideación suicida; también se ha encontrado asociación entre problemas en la relación con los iguales e intentos de suicidio, pero no con los grados de apoyo del grupo de iguales. Sentimientos de aislamiento social, sentir el rechazo o marginación por parte de iguales son desencadenantes frecuentes. También se ha visto que la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo.

El rendimiento académico bajo ha sido asociado a ideación suicida y el tener una actitud negativa acerca de la escuela y la actividad escolar, con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida. También se ha relacionado con un alto nivel de exigencia académica.

☹️ EXPOSICIÓN

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto de “contagio”) o a determinado tipo de información sensacionalista en los medios de comunicación sobre suicidios, también se ha asociado al suicidio.

☹️ MALTRATO FÍSICO O ABUSO SEXUAL

Niños y niñas en situaciones de abuso físico y sexual tienen alta incidencia de conducta suicida. El abuso sexual está relacionado con trastornos

psicopatológicos y no está claro si la alta prevalencia de conducta suicida se debe al abuso en sí o a la patología.

☺ **ORIENTACIÓN SEXUAL**

Se ha asociado a la ideación y la conducta suicida, pero no existe evidencia científica al respecto, fundamentalmente por la intervención de otras variables, como el rechazo por ser diferente (físicamente, por identidad sexual, por raza...), tensiones en relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo.

☺ **ACOSO POR PARTE DE IGUALES (BULLYING Y/O CIBERBULLYING)**

En la adolescencia, la relación de bullying y suicidio ha sido estudiada en diferentes países del mundo (USA, Reino Unido, Corea, etc.). Ser víctima de bullying se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas. Sin embargo, es necesario **prestar atención a todas las personas involucradas, víctimas y agresoras**, pues tienen mayor riesgo de sufrir síntomas depresivos e ideación suicida. Por ello, se hace preciso atender y prevenir situaciones de acoso entre iguales en el ambiente educativo.

3.2. FACTORES DE PROTECCIÓN

Algunos factores protectores que se han propuesto son:

☺ **COHESIÓN FAMILIAR Y CON EL GRUPO DE IGUALES**

El mantenimiento de relaciones estrechas sanas puede actuar como protector. Las relaciones son especialmente protectoras para la adolescencia y la vejez. También se ha visto que este factor de apoyo disminuye el riesgo de suicidio asociado a traumas en la infancia.

☺ **UN APOYO SOCIAL DE CALIDAD Y CONSISTENCIA**

Mantener buenas relaciones en el entorno escolar y personal (profesorado, amistades, familiares, etc). Tener una buena comunicación con confianza para poder hablar de temas difíciles con, al menos, alguna persona (familiar, personal escolar, amistades, etc). Sentirse escuchado, con respeto y sensibilidad, sin ser juzgado, al menos, por alguna persona significativa.

😊 HABILIDADES SOCIALES

Extroversión (en el sentido de búsqueda de consejo y ayuda en el exterior cuando surgen dificultades). Presentar receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas con problemas similares.

😊 HABILIDADES DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

😊 ACTITUDES Y VALORES POSITIVOS, EN PARTICULAR FRENTE AL SUICIDIO

Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida. El bienestar se relaciona en parte con rasgos de personalidad que determinan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y a los traumas. **La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida.** Una buena autoestima, competencia personal y capacidad de resolver problemas (incluida la capacidad de pedir ayuda) mitigan la repercusión de las adversidades.

😊 FACTORES ESPECÍFICOS DE PROTECCIÓN EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

📖 **Diseño de un protocolo de actuación** para casos de intento de suicidio o ideación suicida, que debería incluir estrategias de prevención, actuación y postvención (intervención con posterioridad a una conducta suicida).


📖 **Campañas de sensibilización y orientación** en los centros escolares, que fomenten la tolerancia cero al acoso.

📖 **Cursos de capacitación** de mejora en la comunicación entre docentes y adolescentes en situaciones de posible riesgo suicida.

📖 **Promocionar conductas de apoyo entre los estudiantes** y transmitir información sobre cómo buscar ayuda adulta, cómo y a quién dirigirse, si es necesario.

📖 **Campañas de información para alumnos** sobre la gravedad de las conductas de acoso y la responsabilidad legal y personal de estos comportamientos.

📖 **Líneas de apoyo accesibles para crisis y emergencias**

 **No ocultar la realidad.** Si en el centro se ha producido algún caso de muerte por suicidio, no ocultar la realidad, fomentar el apoyo a la comunidad educativa y permitir las manifestaciones de duelo espontáneas o dirigidas y coordinadas por el profesorado.

 **Creación de una red de apoyo escolar en el centro.**

4. SEÑALES DE ALARMA



En la mayoría de los casos de suicidio, antes de consumarlo, se evidencian una serie de síntomas y signos que posibilitan la detección del riesgo de suicidio. De ahí la importancia de conocer este tipo de señales para detectar este riesgo y aplicar las pautas de prevención desde su entorno más cercano.

Una señal de alerta nos indica que una persona puede estar teniendo serios pensamientos de quitarse la vida y que podría incluso estar planificando como realizarlo. Las señales de alerta podrían ser también una petición de ayuda y nos proporcionan una oportunidad (tanto a los profesionales de la salud como a la familia y amistades) para intervenir rápidamente y prevenir que esta persona se suicide.

Las señales de alerta pueden ser verbales o no verbales.

VERBALES

- ⚠ Sentimientos de **desesperanza**, con una visión donde no hay futuro o muy negativo. p. ej. “No tiene solución”, “No va a mejorar nunca”.
- ⚠ Sentimientos de **desesperación**, considera que ya no se puede soportar o tolerar más una situación o estado vital. p.ej. “Esta vida es un asco”, “Mi vida no tiene sentido”.
- ⚠ Sentimientos de **desamparo** considerando que la persona se siente sola, que no es importante para nadie, que estorba y que las cosas estarían mejor sin ella.
- ⚠ Sentimientos intensos y abrumadores de **culpa, vergüenza y odio hacia sí misma**. p.ej. “No valgo para nada”
- ⚠ Comentarios relacionadas con la muerte p. ej. “Me gustaría desaparecer”, “Quiero descansar”, “No deseo seguir viviendo”.
- ⚠ **Conversaciones reiterativas sobre la muerte.**
- ⚠ Realizar **despedidas inusuales verbales o escritas**. Ej. “Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”. “Siempre te querré”

⚠ Puede expresar abiertamente sus deseos de quitarse la vida, amenazando sobre quererse hacer daño o matarse. Este pensamiento se manifiesta con distintos grados:

- Sin planteamiento de la acción
- Con un método indeterminado
- Con un método específico, pero no planificado
- Plan suicida concreto (esta situación indica un alto riesgo de suicidio)

⚠ Algunas personas tras hablar de ello tienden a restar importancia a sus ideas suicidas, minimizarlas.

Recordar que contrariamente a lo que se piensa, interrogar sobre la existencia de las ideas suicidas no incrementa el riesgo de desencadenar este tipo de acto y puede ser la única oportunidad de iniciar las acciones preventivas.

NO VERBALES

Cuando una persona no «verbaliza» sus ideas suicidas, se puede llegar a sospecharlas mediante determinadas manifestaciones.

⚠ Observar un **cambio repentino en su conducta habitual**. Este cambio puede ir en dos sentidos:

- Aumento significativo de la irritabilidad; mayor agresividad; no respetar límites.
- Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. El cese de la angustia es signo de grave peligro de conducta suicida, pues se ha resuelto el conflicto entre los deseos de vivir y los deseos de morir a favor de estos

⚠ La **existencia de un intento previo de suicidio**. El periodo de mayor riesgo es en los 3 - 6 meses posteriores.

⚠ Presencia de un **evento desencadenante o precipitante**.

⚠ **Búsqueda de mecanismos para hacerse daño**.

⚠ **Conducta imprudentemente temeraria**.

- ⚠ Retraimiento social.
- ⚠ Falta de energía (anergia).
- ⚠ Actitud pasiva, apatía, tristeza.
- ⚠ Aislamiento.
- ⚠ Anhedonia o incapacidad para experimentar placer con actividades habituales.
- ⚠ Descuido en la apariencia personal.
- ⚠ Dificultades en la concentración, desatención y como consecuencia, pérdida de la memoria.
- ⚠ Alteraciones en los patrones de sueño o alimentación.
- ⚠ Cerrar asuntos pendientes, preparación de documentos, regalar objetos muy personales, etc. Hablan a favor de la existencia de un plan suicida, entregar sus pertenencias a sus seres queridos, resolver asuntos pendientes, cerrar cuentas de Facebook, Twitter, Instagram, llamar a personas para despedirse, tener escondido el futuro método para lograrlo (acumular medicación, llevar consigo el tóxico, la cuerda, etc.) o ingerir bebidas alcohólicas en cantidades y con una frecuencia inusuales (mediante lo cual la persona trata de lograr «el valor» necesario para llevar a cabo sus intenciones).
- ⚠ Cuando preguntamos sobre si han pensado en ello y no nos dicen nada pero realizan ciertas conductas nos pueden hacer sospechar, por ejemplo el llanto, bajar la cabeza y mirar al suelo, hacer silencio tras la propia pregunta, mostrar intranquilidad o angustia, etc.

En caso de detectar estas señales, es importante responder con rapidez, especialmente si la persona muestra varias señales al mismo tiempo, hablando con ella y buscando la ayuda y el apoyo necesario.

5. HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN Y OTROS RECURSOS

5.1. ENTREVISTA/EVALUACIÓN

El objetivo de la evaluación es estimar el riesgo de suicidio, para realizar un plan de actuación que garantice la seguridad de la vida de la persona en riesgo.

La intervención con una persona con riesgo suicida exige profesionales con un buen nivel de formación y de entrenamiento en el manejo de la conflictividad asociada al suicidio (distrés en el alumno, impacto emocional en los familiares, resonancias personales en el grupo clase, etc.).

Los y las profesionales deben recordar que cada intento de autolisis puede tener motivaciones diferentes, y que en personas que realizan múltiples intentos, cada uno de ellos debe ser considerado separadamente.

La intervención clínica será realizada en el ámbito clínico, ambulatorio u hospitalario, pero para decidir el dispositivo al que se remite el caso si es necesario, es aconsejable realizar una entrevista con la persona que pensamos está en riesgo.

⇒ PUNTOS A TENER EN CUENTA EN LA ENTREVISTA

ESTADO MENTAL ACTUAL

En la evaluación del riesgo suicida es importante evaluar el estado mental de la persona, valorando ideación suicida en las últimas semanas o días.

¿CÓMO Y CUÁNDO PREGUNTAR?

No es fácil preguntar al alumnado sobre sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente, una vez que se haya establecido un grado de empatía adecuada y procurar que la persona se sienta cómoda expresando sus sentimientos, especialmente aquellos negativos.

Es importante permitir que exprese sus sentimientos con sus propias palabras. El grado adecuado de empatía implica el mantenimiento de la distancia emocional suficiente para que el profesional no sienta que los sentimientos le inundan, pero con la comprensión y acercamiento para generar confianza.

A continuación se muestra una tabla con una secuencia de preguntas tipo en gradiente intensidad que nos pueden resultar útiles respecto a la ideación suicida, la planificación y premeditación del suicidio y sobre las consecuencias del acto.

Tabla 1. Preguntas útiles para la entrevista.

| | |
|--------------------------------------|---|
| Ideación suicida | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Te sientes triste? 2. ¿En ocasiones sientes desesperación? 3. ¿Te es difícil enfrentar el día a día? 4. ¿Sientes la vida como una carga a veces? 5. ¿Sientes que no merece la pena vivir la vida? 6. ¿Sientes o has sentido deseos de matarte? |
| Planificación y premeditación | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Has hecho planes para terminar con tu vida? 2. ¿Tienes idea de cómo y cuándo vas a hacerlo? 3. ¿Has pensado en cómo lo harías? |
| Consecuencias del acto | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo afectará esto a tu entorno? 2. ¿Has pensado en otras soluciones? |

- ✎ Se aconseja hacer todas aquellas preguntas que consideremos necesarias, demostrando preocupación, interés y empatía, para llegar a tener una idea lo más clara posible sus ideas o intenciones. Recordar que no es tan importante la recogida de información como lograr transmitirle nuestra preocupación y comprensión de su sufrimiento.
- 👂 Con actitud de escucha, empática, de calma, intentando comprender y transmitir apoyo y preocupación por la persona y por lo que le pasa.
- ✘ Es un error pensar que al preguntarle sobre el suicidio, podemos herirle o «inducir ideas» que no tenía. Al final de la entrevista, se ha de tener lo más claro posible si la persona atendida piensa en la muerte, de qué manera y, en su caso, si ha elaborado planes sobre ello, catalogando las ideas de suicidio según el grado de gravedad o de peligrosidad en:

GRADO DE GRAVEDAD O PELIGROSIDAD

- ✎ **SIN IDEAS DE MUERTE.** Ni espontáneamente ni al preguntarle nos refiere que tiene deseos de morir.
- ✎ **IDEAS PASIVAS DE MUERTE** (sin perspectiva de suicidio) . Expresa, si se le pregunta, deseos suicidas pero sin intención de materializarlos.
- ✎ **IDEAS O INTENCIONES DE SUICIDIO** (ideas activas de muerte). Expresa deseos suicidas y tiene intención de materializarlos pero no tiene ningún plan concreto ni ha estado nunca al borde de un acto suicida.
- ✎ **PLANIFICACIÓN SUICIDA.** Piensa de manera concreta y reciente en una forma clara de atentar contra su vida.
- ✎ **TENTATIVA SUICIDA.** Una tentativa de suicidio provoca, de entrada, una situación de urgencia médica o médico-quirúrgica y además supone un claro indicador de alerta sobre el riesgo suicida. Es obvio que en estas situaciones hay que valorar el riesgo de reincidencia y otros aspectos.

5.2. PROTOCOLOS Y PROGRAMAS

De los programas existentes en la literatura, en función del tipo de intervención principal, se pueden distinguir tres tipos:

- 1) Programas que incorporan psicoeducación sobre depresión y/o suicidio en los currículos escolares.
- 2) Entrenamiento a profesores y/o escolares en detectar adolescentes en riesgo, los llamados “*gatekeepers*”. Los “*gatekeepers*” derivan al adolescente en riesgo a establecimientos o profesionales especializados ya previamente definidos.
- 3) Programas de cribado para la detección de riesgo suicida. Una vez identificadas las personas en riesgo, son derivadas a especialistas en salud mental.

5.3. ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN E INTERVENCIÓN

El suicidio es un fenómeno complejo y como tal las estrategias de actuación ante él podrían dividirse en función del momento o de la necesidad que se presente en el

contexto escolar. En este sentido, la intervención podría dividirse en tres momentos diferentes, que requerirán de estrategias de actuación e intervenciones diferentes.

Estos momentos serían:

- ➔ **ANTES:** Antes de la detección de algún comportamiento de riesgo y el objetivo de la intervención sería promover un mayor conocimiento entre el alumnado del fenómeno del suicidio y por tanto prevenirlo.
- ➔ **EN EL MOMENTO:** En el momento en el que se detecta o valora profesionalmente una situación de riesgo suicida o una amenaza suicida, y el objetivo de la intervención sería llevar a cabo toda una serie de acciones para evitar el suicidio.
- ➔ **DESPUÉS:** Después de la realización de un intento suicida o consumación de un suicidio, el objetivo de la intervención sería facilitar al alumnado la comprensión y adaptación al suceso y manejo de las consecuencias emocionales derivadas del mismo.

ESTRATEGIAS ANTES:

A continuación, se enumeran una serie de estrategias y actuaciones que el profesorado del centro puede llevar a cabo previamente a cualquier detección de riesgo suicida, y que deberían ser implementadas a lo largo del curso escolar:

- ① Desarrollar tutorías en clase, y crear espacios de comunicación y entrevista con las familias, con el objetivo de analizar los factores protectores y factores de riesgo de sus alumnos/as.
- ② Crear, en el horario semanal escolar, espacios específicos (qué despacho, qué piso, qué edificio) y momentos concretos de amplia disponibilidad del profesorado (qué horarios), para la comunicación de cualquier tipo de sufrimiento o preocupación por parte de la comunidad educativa.
- ③ Designar, entre el profesorado, una figura referente de ayuda, que actúe como enlace, que cuente con una amplia formación en el tema del suicidio, que sea fácilmente reconocible por todos los alumnos como figura de referencia.

- ④ Localizar, entre el alumnado, chicos y chicas que voluntariamente puedan actuar como enlace entre la comunidad educativa y departamento de orientación, tutoría o profesorado, para detectar posibles casos de riesgo suicida. Es importante que la selección de estos alumnos líderes se realice con mucho cuidado, y además deben ser apoyados y monitorizados en todo momento.
- ⑤ Incluir, en el plan curricular, uno o varios temas específicos que versen específicamente sobre la temática del suicidio, psicoeducación sobre depresión y/o suicidio, las señales de alerta, las causas, los mitos que lo envuelven, los factores protectores, los recursos de ayuda, que pueda aplicarse en diversos formatos (debates grupales, medios audiovisuales, charlas...) y en distintas edades (educación primaria, secundaria). Es importante que, tras por ejemplo, la proyección de una película, se debatan las estrategias de afrontamiento, y se promocionen los servicios de ayuda disponibles dentro y fuera del centro escolar.
- ⑥ Implementar actividades grupales dirigidas a desarrollar en el alumnado competencias anti-suicidio, como son la resiliencia, la tolerancia a la frustración y al fracaso, el autoconocimiento, la autoestima positiva, la generación de metas, la satisfacción personal, la resolución de problemas, el establecimiento de vínculos positivos, o las habilidades sociales y de comunicación.
- ⑦ Implementar actividades grupales dirigidas a prevenir la aparición de conductas de acoso escolar o *bullying* o *ciberbullying*, o en caso de detectarse, a frenarlo a la mayor celeridad posible.

ESTRATEGIAS EN EL MOMENTO:

En el momento en el que se detecta algún tipo de riesgo suicida o amenaza suicida de cualquier tipo, es primordial una rápida y efectiva actuación en el centro escolar, por parte de cualquiera de las personas adultas formadas como agentes implicados con niñas y niños y adolescentes en su día a día en los centros educativos. Se considera que existe riesgo suicida cuando una alumna o alumno sugiera, directa o indirectamente, la idea del suicidio, cuando la familia haya verbalizado miedo a que su hija o hijo puedan llevar a cabo un suicidio, o bien cuando alguno de los agentes implicados en la

detección haya detectado alguna de las señales de alarma previamente comentadas. Las estrategias a implementar podrían dividirse así mismo en estas situaciones:

- RIESGO suicida.
- VERBALIZACIÓN de ideación o planificación suicida.
- ACTO suicida.

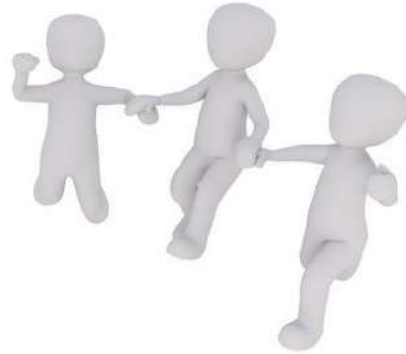
A continuación se enumeran una serie de estrategias y actuaciones que el profesorado del centro puede llevar a cabo para cada situación:

RIESGO SUICIDA (Detección de)

- 1** Observar con atención señales como el aislamiento social, dificultades relacionales y el rendimiento escolar a lo largo del año para identificar posibles problemas o conflictos, como indicadores de salud mental.
- 2** Prestar especial atención a los grupos vulnerables ante la posibilidad de llevar a cabo un suicidio, como son **alumnas y alumnos que han realizado un intento de suicidio previo, que sufran algún tipo de trastorno mental, hayan perdido a alguien querido por suicidio, o que pertenezcan a minorías sociales o étnicas.**
- 3** Dedicar una mayor cantidad de tiempo en el centro escolar, por parte de la comunidad docente del centro, a proveer **apoyo, contención y una mayor comunicación en los casos en que se haya detectado en riesgo.**
- 4** Indagar acerca de posibles situaciones de **bullying en el centro escolar o cyberbullying**, problemas psicosociales o familiares, posible consumo de drogas u otros estresores o malestares próximos.

VERBALIZACIÓN de ideación o planificación suicida

- ↳ **Buscar un lugar tranquilo y dedicar el tiempo necesario** a preguntar a la persona en riesgo, a solas, sobre esa ideación suicida, mostrando empatía, disponibilidad, calma, sensibilidad y asunción de responsabilidad y preocupación de todo el centro escolar por su bienestar.
- ↳ Tratar de no dejar sola a la persona en riesgo, proporcionarle apoyo y calma. Realizar un acompañamiento adecuado, en el que sienta nuestro apoyo, sin que perciba un exceso de vigilancia o control. **Una supervisión adecuada por nuestra parte puede ser en sí, la mejor prevención posible.**
- ↳ **Informar de la ideación a sus padres o tutores legales** y del riesgo de esta verbalización, ayudándoles a buscar ayuda sanitaria inmediata.
- ↳ Actuar con cautela sobre la **disponibilidad que puedan tener a utensilios con los que podría dañarse en el centro escolar** (por ejemplo, material de limpieza de las aulas, material escolar tipo cúter, compás, cuchillas, sacapuntas...), así como su acercamiento a lugares desde los que podría precipitarse.
- ↳ **Respetar al máximo la confidencialidad**, evitando dar difusión innecesaria de la ideación suicida entre la comunidad escolar, pero convencer a la persona en riesgo de la necesidad de informar a personas responsables del departamento de orientación, madres y padres o tutores legales, para poder buscar ayuda profesional.



Nota: La comunicación a madres y padres es imprescindible en el caso que haya sospecha de una ideación y/o planificación suicida. Dentro del centro escolar, para garantizar la confidencialidad de la persona en riesgo, no sería necesario que todo el equipo docente estuviera informado, sino solamente la persona responsable, orientadora escolar y docente de confianza para que pueda servirle de apoyo en el ámbito escolar.

ESTRATEGIAS después de un acto suicida:

Un acto suicida implica la realización voluntaria de maniobras encaminadas a quitarse la vida, pero un acto suicida puede haberse consumado o no. En este sentido las estrategias serían diferentes.

Ante un *suicidio no consumado*, las principales estrategias y actuaciones que el profesorado del centro puede llevar a cabo serían:

- ✘ **No silenciar el acto.** Para ello, pedir el consentimiento tanto a sus madres o padres o tutores legales como a la propia persona en riesgo para dar una breve explicación sobre lo sucedido al resto de compañeros, haciéndolo con el máximo respeto hacia su persona, evitando dramatizar así como minimizar el acto, y promoviendo un espacio de reflexión conjunta con el resto de compañeros.
- ✔ Promover un **seguimiento de su estado afectivo**, ofreciéndole a menudo apoyo y compañía, buscando momentos de tranquilidad para hacerle entender que comprendemos que lo está pasando mal, pero que nada es para siempre y que los problemas tienen solución.
- ✔ Mantener una actitud por parte del equipo docente y solicitar por parte de la comunidad escolar **máxima normalidad**, explicitando que no serán toleradas muestras de repulsa, ridiculización o felicitación por el acto.

Ante un *suicidio consumado* por parte de cualquier integrante de la comunidad educativa (tanto docentes como estudiantes), las principales estrategias y actuaciones que el profesorado del centro puede llevar a cabo serían:

- ✔ Comunicar a la comunidad escolar lo que ha sucedido, de la forma más cautelosa y objetiva posible, evitando dar detalles innecesarios o escabrosos.
- ✔ Favorecer la expresión de sentimientos por parte del resto de alumnos y alumnas, proporcionándoles calma, consuelo y contención.
- ✔ Favorecer la reflexión conjunta sobre lo ocurrido, guiados por algún profesor o profesora que pueda ayudar al grupo a elaborar lo sucedido.

- ✓ Abrir vías excepcionales de comunicación durante el tiempo necesario con los equipos psicopedagógicos o docentes de apoyo, para que los alumnos y alumnas que lo necesiten puedan acudir en privado a hablar sobre lo ocurrido.
- ✓ Recordar los mecanismos que el centro escolar tiene a la disposición de todo el equipo docente o comunidad escolar que manifieste o sospeche ideación suicida de otra persona.
- ✓ Ayudar a evitar los sentimientos de culpa en el resto del alumnado.
- ✓ Ofrecer a la familia las explicaciones pertinentes, la información solicitada y el apoyo necesario para elaborar su propio duelo.

ACCIONES CONCRETAS

ACTUACIÓN 1. Disponer de teléfonos de emergencias o ayuda

- ☎ Servicio de Emergencia 112
- ☎ Teléfonos de docentes formados en conducta suicida
- ☎ Teléfonos de ayuda: Asociación ANAR, Teléfono de la Esperanza y otros.

ACTUACIÓN 3. No dejarle solo/a: involucrar profesores/as y compañeros/as

- 👥 Establecer una red entre docentes, amistades, alumnado y familiares para hacer un seguimiento
- 👥 Activar el protocolo de actuación, si es necesario, para poner en marcha factores de protección

ACTUACIÓN 2. Limitar el acceso a posibles medios lesivos

- ⊗ Retirar todo tipo de material susceptible de ser utilizado
- ⊗ Limitar el acceso a pisos altos para evitar una precipitación

ACTUACIÓN 4. Mejorar la comunicación: hablar y escuchar

- 😊 Hablar sobre sus ideas, con respeto, sensibilidad y comprensión
 - 😊 Mostrar preocupación e interés y escucharle
-

5.4. RECURSOS

EN CASO DE CRISIS PUEDE...

- ✓ Llamar al Servicio de Emergencias: 112
- 🏠 Acudir a su Centro de Salud
- ✚ Acudir a Urgencias del Hospital más cercano
- ☎ Contactar con:

TELÉFONO DE LA ESPERANZA

📍 TELÉFONO DE ATENCIÓN EN CRISIS +34 717 003 717

📍 VALENCIA

Teléfono: 963916006 Email: valencia@telefonodelaesperanza.org

Web: <http://telefonodelaesperanza.org/valencia>

Sede: C/ Espinosa, nº 9 - 1º - 1ª; 46008, Valencia

📍 ALICANTE:

Teléfono: 965131122 Email: alicante@telefonodelaesperanza.org

Web: <http://telefonodelaesperanza.org/alicante>

Sede: C/ Benito Pérez Galdós, 41 - Entr. C; 03005, Alicante

Sede 2: C/ Bernabé del Campo Latorre, 26, 03002, Elche

📍 CASTELLÓN:

Teléfono: 964227093 Email: castellon@telefonodelaesperanza.org

Web: <http://telefonodelaesperanza.org/castellon>

Sede: C/ Segorbe, nº 8 - Entlo. - 12004 Castellón

PARA MÁS INFORMACIÓN...

GENERALITAT VALENCIANA

📍 Plan de Prevención del Suicidio

Web: www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es

📍 Oficina Autonómica de Salud Mental

Web: www.san.gva.es/web/dgas/salud-mental1

ASOCIACIONISMO

i Federació Mental CV

Teléfono: 963535065 – 664217979

Web: www.salutmentalcv.org/ Email: info@salutmentalcv.org

Sede: C/ Cieza, 4 Bajo – 46014 Valencia

i Asociación Viktor Frankl

Teléfono: 963510113

Web: <http://asociacionviktorfrankl.es/> Email: correo@asociacionviktorfrankl.org

Sede: C/ Don Juan de Austria, 34, 4º, 4ª - 46002 Valencia

i Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo)

Teléfono menores: 900202010 Teléfono adultos: 600505152

Web: www.anar.org Email: valencia@anar.org

Sede: C/ Colón, 22. 46004 – Valencia.

i Caminar (Asociación Valenciana de Apoyo en el Duelo)

Teléfono: 676197806 – 963747836

Web: www.ayudaduelocaminar.com Email: avcaminar@hotmail.com

i AIPIS (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención)

Web: www.redaipis.org Email: info@redaipis.org

i FEALES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental)

Teléfono: 673461420

Web: www.consaludmental.org Email: informacion@consaludmental.org

i Fundación FSME (Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio)

Teléfono: 910834393

Web: www.fsme.es Email: fsme@fsme.es

Sede: Plaza de los Mostenses, 13. Of.44. 28015 Madrid

i Sociedad Española de Suicidología

Teléfono: 910834393

Web: <https://suicidologia.jimdo.com/> Email: secretaría@suicidologia.es

Sede: Plaza de los Mostenses 13, Of. 44. 28015, Madrid.

APPS

① PREVENSUIC

<https://www.prevensuic.org/>

① +CAMINOS

<http://www.mascaminos.org/>

6. BIBLIOGRAFÍA

Anseán A. (2014) *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida, 2ª Ed.* España: Fundación Salud Mental.

Centro de Psicología Aplicada (CPA), Universidad Autónoma de Madrid (UAM). (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Recuperado de: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (2017). *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Recuperado de: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Defunciones por suicidio*. Recuperado de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3656&capsel=3657>

Luoma, J., Martin, C., y Pearson, J. (2002) Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2000) *¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?* Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del Suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Recuperado de:

www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66802/1/WHO_MNH_MBD_00.3_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del Suicidio: recurso para consejeros*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Prevención del Suicidio: un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_responders_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf

Ros, R., Pardo, M., Hernández, C., Mora, R., Palmer, R., Ventura, M. (2015) *Equipos de atención primaria: elementos claves de prevención*. Actas - VI Encuentros en Psiquiatría - Conducta Suicida: Sevilla.

Salud Madrid. (2014). *¡No estás sólo! Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para sanitarios y facilitadores sociales*. Recuperado de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGuia.DetecPrev.CondSuicida.profesionalesanitariosyfacilitadoresociales.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352863400681&ssbinary=true>

Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>

Suso-Ribera, C., Mora-Marín, R., Hernández-Gaspar, C., Pardo-Guerra, L., Pardo-Guerra, M., Belda-Martínez, A., Palmer-Viciedo, R. (2016) El suicidio en Castellón entre 2009 y 2015: ¿ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias entre los ámbitos urbano y rural? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (Barc.). 2018;11(1):4-11.



PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

