

Estrategia de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

HEZKUNTZA SAILA

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Estrategia de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo



EUSKO JAURLARITZA

HEZKUNTZA SAILA



GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

El presente documento obedece a la Medida 22 de la Estrategia de prevención del Suicidio en Euskadi: Protocolizar la actuación ante los casos de riesgo de suicidio identificados en centros educativos en el Marco de Colaboración Educación-Salud Mental del Gobierno Vasco.

Grupo de trabajo

Departamento de Educación del Gobierno Vasco

Jon Garcia-Ormaza

Médico Psiquiatra de la Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Doctor en Neurociencias. Profesor Asociado Departamento de Neurociencias UPV-EHU.

Andrea Gabilondo Cuéllar

Médico Psiquiatra de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Osakidetza -Servicio Vasco de Salud.

Ana Berta Jara Segura

Médico Psiquiatra de la Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Alexander Muela Aparicio

Doctor en Psicología y profesor del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de la Investigación en la Facultad de Psicología de la UPV/EHU.

Contenido

Introducción	3
1. Prevención del suicidio desde el ámbito educativo	5
Justificación	6
Intervención multinivel	7
Marco educativo para la intervención: iniciativa <i>Bizikasi</i>	7
Principios educativos para la intervención en la prevención del suicidio	8
Inclusión	8
Creación de sentido y promoción de la esperanza como estudiantes	8
Seguridad, conexión y comunicación: interacciones de calidad	8
Bienestar personal	8
Marco normativo	8
Estructuras de apoyo en el centro escolar	10
2. Guía con conocimientos básicos sobre conducta suicida en el entorno educativo dirigida al profesorado y personal no docente	11
Conducta suicida	12
Autolesiones no suicidas	12
Suicidio como problema de salud pública	13
Edad de inicio y curso	14
Sexo	14
Orientación sexual e identidad de género	14
Mitos y creencias con respecto al suicidio	15
Factores de riesgo y protección en adolescentes-jóvenes	17
La importancia de pedir y dar ayuda	21
3. Protocolo de actuación ante el riesgo de suicidio identificado	22
Introducción	23
Conducta suicida. Definición de “riesgo de suicidio” (qué consideramos riesgo de suicidio a los efectos de este protocolo) y pautas de actuación	23
La importancia de la comunicación	24
Plan general de actuación cuando se observa “riesgo de suicidio”	25
Procedimiento de actuación en crisis de conducta suicida	25
Procedimiento de actuación en crisis de conducta suicida: reducción de la crisis suicida	25
Procedimiento de actuación en crisis en conducta suicida: mantenimiento de la crisis suicida	26
Agentes implicados y coordinación: de la colaboración interprofesional a la actuación integrada	27

4. Protocolo de actuación después de un intento de suicidio	29
Introducción	30
La importancia de la comunicación	30
Agentes implicados y coordinación	30
Plan de actuación	31
Antes de la reincorporación	31
Ámbito sanitario	31
Familia	32
Estudiante	32
Centro Educativo	33
Durante la reincorporación	34
Ámbito sanitario	34
Familia	34
Estudiante	34
Centro educativo	35
5. Protocolo de actuación después de una muerte por suicidio	36
Introducción	37
Suicidio fuera del centro	37
PASO 1: Confirmar la autenticidad de la información	37
PASO 2: Informar de la muerte a la comunidad escolar	38
PASO 3: Activar el plan de actuación de respuesta de crisis suicida	38
PASO 4: Compartir responsablemente la comunicación de muerte por suicidio	39
PASO 5: Prevenir el contagio de la conducta suicida	40
PASO 6: Activar los servicios de apoyo	40
PASO 7: Devolver las pertenencias a la familia	40
PASO 8: Desarrollar un plan de acto conmemorativo	41
PASO 9: Posvención como prevención	42
Suicidio en el centro educativo	42
6. Glosario de términos Bibliografía Referencias web Anexos Flujogramas	43
Glosario de términos	44
Bibliografía	45
Bibliografía consultada	47
Referencias web	47
Anexos	48
Flujogramas	48

Introducción



El presente documento se ha creado con una doble finalidad.

Por un lado, incluye un primer apartado con la Introducción, que aborda cuestiones generales sobre la prevención, intervención y posvención de la conducta suicida, y un segundo apartado con la Guía que analiza los conocimientos básicos sobre conducta suicida que se precisan en los centros educativos. Esta Guía es una herramienta orientadora para los centros educativos.

Por otra parte, incluye el Protocolo de actuación ante el riesgo de suicidio identificado, que es de naturaleza obligatoria, y que será regulado específicamente por medio de una Resolución de la Viceconsejería de Educación.

Existe suficiente evidencia científica para afirmar que las tentativas y muertes por suicidio tienen un impacto significativo tanto sobre supervivientes (familiares, amigas, amigos) como sobre la comunidad en general. Se estima que cada año ocurren más de 700.000 muertes por esta causa en el mundo. Partiendo de este contexto, uno de los principales Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas es reducir en un tercio las muertes por suicidio para el año 2030. Para ello es prioritario enfocar los esfuerzos en la prevención del suicidio a través de los siguientes ejes:

- Limitar el acceso a medios letales de suicidio.
- Mejorar el tratamiento que en los medios de comunicación se da al suicidio y a la conducta suicida.
- **Desarrollar competencias para detectar, atender y orientar a las personas con riesgo de conducta suicida.**

Este documento está dirigido a las y los docentes, y a la comunidad educativa en su conjunto, agentes clave en la prevención, intervención y posvención del suicidio con base educativa.

Pretende ofrecer un marco y un conjunto de actuaciones que no agotan la respuesta educativa en el ámbito de la conducta suicida. Esta herramienta es útil en la medida en que potenciamos, por medio de otras actuaciones, el desarrollo de un conjunto de competencias socioafectivas en la comunidad educativa que garanticen la adecuada aplicación del **Plan de Intervención en Conducta Suicida**.

El documento se ha elaborado con el espíritu de ser una herramienta útil para combatir el estigma asociado al suicidio y la conducta suicida, y promover la salud mental positiva. En definitiva, se trata de un documento con un alto compromiso social que aporta luz a la buena práctica educativa en la prevención, intervención y posvención de la conducta suicida en el contexto educativo.



1

Prevención del suicidio desde el ámbito educativo



Justificación

La conducta suicida de niñas, niños y adolescentes es un problema de salud pública que necesita de políticas y acciones preventivas avanzadas. Muchos de los países de la OCDE que disponen de una estrategia nacional de prevención del suicidio identifican a la población infantil y adolescente como uno de los principales colectivos vulnerables al que dirigir medidas específicas de prevención (Robinson et al., 2018). En consonancia con la mejor práctica internacional, los programas de prevención del suicidio con base educativa dibujan un marco escalonado de trabajo: un primer nivel de intervención universal dirigida a todo el alumnado, un segundo nivel enfocado a detectar y prestar apoyo al alumnado en riesgo de desarrollar conductas suicidas, y un tercer nivel con intervenciones específicas dirigidas a las personas con historia actual o pasada de intentos de suicidio (Miller, 2021). Las medidas de prevención del suicidio con base educativa deben complementarse con intervenciones en el ámbito de la salud, en el laboral y en el comunitario.

Las y los menores pasan gran parte de su tiempo en centros educativos, donde la misión principal es la de garantizar un desarrollo integral a través de entornos facilitadores de enseñanza y aprendizaje. Por eso, las aulas son un entorno ideal para la promoción de la salud mental donde aprender estrategias preventivas de la conducta suicida: tomar conciencia de los factores de riesgo, saber detectar las señales de alarma habituales y buscar ayuda. El profesorado reconoce habitualmente que desempeña un rol importante en la prevención del suicidio entre el alumnado, y se muestra dispuesto a implicarse activamente.

Las intervenciones desarrolladas en el ámbito educativo para prevenir las conductas suicidas tienen un efecto positivo en el manejo de la ideación suicida, y tienen un efecto duradero sobre las tentativas suicidas (Robinson et al., 2018), por lo que son eficaces para salvar vidas. Los programas universales de aprendizaje socioemocional han demostrado mejorar significativamente la salud mental de las y los adolescentes (Durlak et al., 2011), y existe un consenso general en cuanto a admitir un efecto beneficioso de muchas iniciativas preventivas en edad escolar, como el del afianzamiento de la comunicación y el apoyo familiar, en la reducción de la ideación suicida en las y los adolescentes. Los programas de habilidades socioemocionales para la vida en los centros educativos tienen como objetivo la adquisición de competencias orientadas al bienestar emocional de toda la comunidad educativa, desde un clima de aula que genere seguridad y confianza entre el alumnado y el profesorado. Dentro del marco de la educación inclusiva e insertos en el Plan de Acción Tutorial, son aspectos clave:

- La educación en la gestión emocional, mediante programas que aumenten la autoestima y favorezcan la comunicación.
- El desarrollo de un pensamiento crítico y las competencias de resolución de problemas, que doten al alumnado de capacidad de reflexión.
- La resolución de conflictos, las relaciones interpersonales, las habilidades de socialización y las habilidades de afrontamiento.
- El desarrollo de la resiliencia psicológica.



Intervención multinivel

Existe una amplia evidencia internacional que recomienda que la prevención de la conducta suicida en el ámbito educativo se tiene que orientar desde una perspectiva de salud pública -el objetivo es el de llegar al mayor número de estudiantes antes de la aparición de las conductas suicidas-, mediante un modelo denominado intervención multinivel (Miller, 2021).

Los programas de prevención de conductas suicidas universales, o de **nivel 1**, deben dirigirse a toda la comunidad educativa, incluyendo alumnado y profesionales, independientemente de su nivel de riesgo; y buscan identificar y detectar a las alumnas y alumnos que necesitan ayuda. Se justifican desde la premisa de que la mayor parte de las personas jóvenes en riesgo permanecen en el anonimato y no son detectadas. Persiguen la promoción de la salud mental y de los elementos protectores de ésta, mediante la prevención de los factores de riesgo asociados a la misma, y tratan de persuadir al alumnado implicado para que busque ayuda y alternativas eficaces ante eventuales situaciones de riesgo.

Los contenidos a considerar en el nivel 1 incluyen: información epidemiológica; mitos y realidades en torno a la conducta suicida; factores de riesgo; factores protectores; posibles señales de alarma de la conducta suicida; y respuestas adecuadas ante conductas suicidas en los compañeros y compañeras (qué decir y qué hacer). No se trata de proporcionar información exhaustiva, sino más bien de generalizar los conocimientos básicos esenciales en la prevención de la conducta suicida en la población infantil y adolescente. Se considera que el profesorado orientador y consultor son las personas profesionales adecuadas para liderar estos programas.

El **nivel 2** va dirigido al alumnado más vulnerable o con riesgo de desarrollar conductas suicidas. Por último, el **nivel 3** se centra en el alumnado que ya ha presentado conductas suicidas y necesita intervenciones más específicas.

Un aspecto angular de las intervenciones dirigidas a la prevención del suicidio en la escuela es que han de ser estructuradas, han de implicar a toda la comunidad educativa y han de ser sostenidas y sostenibles en el tiempo; de hecho, las intervenciones breves y llevadas a cabo exclusivamente por personal externo se han mostrado poco eficaces.

Marco educativo para la intervención: iniciativa *Bizikasi*

La iniciativa *Bizikasi* pretende contribuir a que los centros educativos sean espacios seguros de convivencia positiva y de tolerancia cero ante posibles situaciones de acoso, condición indispensable para lograr el principal objetivo del sistema educativo: acompañar a todo el alumnado en su desarrollo personal y dotarlo de competencias y herramientas que le permitan participar en la sociedad como ciudadanía activa y responsable. Para ello es vital compartir la experiencia de la vida desde la defensa de la dignidad de todas las personas, la equidad, la inclusión y el respeto mutuo.

Por lo tanto, es necesario, por una parte, educar en convivencia. Crear una atmósfera positiva generando entornos seguros y ambientes acogedores en los que todas y todos sean partícipes y puedan aprender desarrollando al máximo todas sus potencialidades. Es decir, trabajando el sentimiento de pertenencia y el vínculo, los mejores aliados para construir la escuela inclusiva.

Por otra parte, hemos de educar para la convivencia, trabajando la competencia emocional, promoviendo el aprendizaje dialógico y fomentando la pedagogía del cuidado. Asimismo, hemos de desarrollar habilidades para ayudar y pedir ayuda, para dar y recibir buen trato, desarrollar la autoestima, la escucha activa, la asertividad, la resiliencia y la empatía. Es decir, construyendo desde la solidaridad la escuela que cuida y promueve el bienestar emocional del alumnado.

Así, invertir tiempo de calidad en el trabajo sistemático de los aspectos reseñados incrementará la capacidad del alumnado para afrontar las transiciones vitales y promoverá

la adquisición de herramientas que les ayuden a hacer frente a posibles dificultades de ajuste socioemocional que pudieran darse en el contexto de cambios evolutivos, tanto físicos como psicológicos, propios de la infancia y adolescencia.

Principios educativos para la intervención en la prevención del suicidio

Los principios educativos en los que se basa este protocolo son:

Inclusión

Uno de los grandes retos que implica el desarrollo teórico y práctico de la educación en los últimos tiempos es definir el gran marco al que debemos aspirar en las organizaciones sociales y educativas. En nuestro mundo, el de la educación formal, esto se concreta en garantizar la presencia, participación y aprendizaje de todo el alumnado, reconociendo la singularidad y valor de todas las personas que convivimos.

Creación de sentido y promoción de la esperanza como estudiantes

Lo que se aprende y lo que se vive en la convivencia conecta con un proyecto personal de desarrollo integral y que va a crear las condiciones para ejercer una ciudadanía activa, crítica y empoderada tanto en el presente como en el futuro. De esta forma, dota de sentido a la estancia en el centro escolar del alumnado y con ello proporciona la esperanza de poder ir superando retos personales.

Seguridad, conexión y comunicación: interacciones de calidad

Difícilmente podemos sentirnos miembros de pleno derecho en la comunidad si no tenemos buenas compañeras o compañeros y profesionales que no nos dejen solas, solos y que respondan con resolución ante situaciones de sufrimiento que compartamos.

La escuela potenciará círculos de apoyo y ayuda para las personas más vulnerables, de tal manera que por medio de estos pueda

identificar señales de alerta para detectar el sufrimiento, y así reducir las situaciones amenazantes que se generan en la vida cotidiana, y si es el caso, proteger a las víctimas y acoger el desamparo, creando así un entorno seguro y protector.

El centro escolar también debe estar abierto a la comunicación con su entorno, sobre todo con la familia y con otros profesionales de los espacios social y de la salud.

Bienestar personal

El centro educativo proveerá de medios y herramientas para que la educación promueva la gestión competente de emociones y sentimientos, y el desarrollo de habilidades para la vida.

También es necesario que la escuela promueva los aprendizajes necesarios para gestionar los conflictos, a través de la participación colectiva en la definición de las normas desde un marco inclusivo y desde la aceptación y visibilización de la diversidad de las personas. Desde el reconocimiento de los derechos y la asunción de la responsabilidad por lo que se hace, el respeto y la escucha de todas las voces de la comunidad educativa, es la manera que tienen los centros para lograr el compromiso de todos los agentes educadores, especialmente del alumnado.

Estos principios suponen la base para construir un centro educativo promotor de la salud integral de las personas que lo componen.

Marco normativo

Hay una gran cantidad de normas, que primeramente se desarrollan en el nivel internacional, que recogen la importancia de salvaguardar la seguridad física y psíquica de las niñas y niños, y las y los adolescentes, en los entornos en los que se desarrollan, incluido el escolar. Sin pretender ser exhaustivos, se recogen a continuación las que se relacionan más directamente con el fenómeno de la muerte por suicidio en la edad escolar, en los ámbitos estatal y vasco.

En el ámbito estatal:

Ley Orgánica 8/2021 de 4 junio, de protección integral a la infancia y adolescencia (BOE 5 de junio de 2021)

El artículo 34 de la Ley Orgánica 8/2021 de 4 junio, especifica que las administraciones educativas regularán los protocolos de actuación contra el abuso y el maltrato, el acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género, violencia doméstica, suicidio y autolesión, así como cualquier otra manifestación de violencia comprendida en el ámbito de aplicación de la ley.

Asimismo, regula que los protocolos deberán ser aplicados en todos los centros educativos, independientemente de su titularidad y evaluarse periódicamente con el fin de valorar su eficacia. Deberán iniciarse cuando el personal docente o educador de los centros educativos, padres o madres del alumnado o cualquier miembro de la comunidad educativa, detecten indicios de violencia o por la mera comunicación de los hechos por parte de los niños, niñas o adolescentes.

Por otra parte, el artículo 35 introduce la figura de Coordinador o Coordinadora de bienestar y protección, que deberá estar presente en todos los centros educativos donde haya alumnado menor de edad, y establece las funciones mínimas que deberá tener, todas ellas asociadas a la promoción y garantía del bienestar y la protección del alumnado.

En el ámbito vasco, se señalan los referentes normativos por orden de importancia:

Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi (2019). Departamento de Salud

En la *Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi (2019)* elaborada por el Departamento de Salud, se encuentran establecidos determinados objetivos y medidas específicas para prevenir el suicidio en la Educación formal.

Algunas de las medidas propuestas en la Estrategia ya se habían puesto en marcha con anterioridad a ésta, como son la guía y el protocolo de actuación ante el acoso

escolar -regulado por medio de la Resolución correspondiente de la Viceconsejería de Educación-, y la puesta en marcha de la iniciativa *Bizikasi*. Esto se debe al entendimiento de que el acoso entre iguales es una de las razones principales de sufrimiento en el alumnado y, por tanto, factor interviniente prioritario en la conducta de riesgo suicida.

Asimismo, se han desarrollado actividades formativas relacionadas con la conducta suicida con el profesorado que atiende alumnado con Trastorno Mental Grave o dificultades importantes para gestionar la salud mental en los centros de atención hospitalaria, domiciliaria y terapéutico-educativa (OET-H).

El presente protocolo responde a la medida 22 de la Estrategia de Prevención: *Protocolizar la actuación ante los casos de riesgo de suicidio identificados en centros educativos*.

Protocolo de prevención y actuación en el ámbito educativo ante situaciones de posible desprotección y maltrato, acoso y abuso sexual infantil y adolescente y de colaboración y coordinación entre el ámbito educativo y los agentes que intervienen en la protección de la persona menor de edad (2016).

En este protocolo se informa del procedimiento ante la detección de casos relacionados con desprotección y maltrato, acoso y abuso sexual y de la comunicación a los servicios que correspondan.

Resolución de la Viceconsejera de educación sobre las instrucciones que regulan la aplicación del protocolo de actuación ante situaciones de acoso escolar (2019).

En el caso del acoso escolar, la regulación normativa proviene de la Resolución citada.

De forma complementaria con las referencias anteriores, y por su importancia normativa, es preciso citar el **Anteproyecto de Ley de la Infancia y Adolescencia**, cuya aprobación previa se produjo por medio de la Orden del 21 febrero de 2022, de la Consejera de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales.

En su redacción actual, el artículo 111 “Medidas de prevención y detección” (apartado 1h), regula que el Gobierno Vasco adoptará en el ejercicio de sus competencias, medidas orientadas a prevenir el suicidio de niñas, niños y adolescentes, en el marco de la Estrategia de Prevención del Suicidio de Euskadi.

Asimismo, de acuerdo con los preceptos regulados en la Ley Orgánica 8/2021 de 4 junio, desarrolla las funciones de la persona coordinadora de bienestar y protección, concretamente en el artículo 134. Entre otras señala las siguientes: promoción de medidas que aseguren el máximo bienestar para el alumnado, así como el buen trato; aplicación de protocolos para la prevención y protección de cualquier violencia existente; fomento del respeto para con el alumnado con diversidad funcionalidad o cualquier circunstancia de mayor vulnerabilidad.

Concretamente, el apartado 3 del citado artículo 134 regula:

3.- En particular, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167.3 de esta ley, cuando existan indicios de peligro inminente y grave para la vida, la integridad, la salud o la seguridad de una niña, niño o adolescente, será la responsable de comunicar la situación a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, la Ertzaintza o la Policía Foral o Local, así como al Ministerio Fiscal; y, en su caso, de retener a la persona menor de edad en el centro educativo, hasta que la autoridad competente se haga cargo de ella o determine la medida a adoptar.

Estructuras de apoyo en el centro escolar

En todos los centros educativos, desde la Educación Infantil hasta la Formación Profesional, disponemos de una serie de recursos básicos como son los equipos docentes y la coordinación educativa; el profesorado tutor cuyo trabajo está relacionado con la búsqueda de la cohesión grupal y el seguimiento de los aprendizajes, además del seguimiento personal de cada alumna y alumno, de ayudar en su bienestar, integración y rendimiento escolar, y la comunicación con las familias (obligatoria en el caso de menores de edad y recomendable para mayores de edad con la autorización de la propia alumna o alumno); el profesorado de guardia, en sus labores de vigilancia e identificación de situaciones anómalas.

En el caso de la Formación Profesional, contamos como estructura de apoyo con el profesorado orientador, la tutora o tutor, la tutora o tutor del grupo, la jefatura de departamento, la jefatura de estudios y en el caso de los Centros Integrados de Formación Profesional, la dirección operativa.

En el caso de la Educación Infantil, Básica y Bachillerato, disponemos de la nueva figura de **Persona coordinadora de bienestar y protección del alumnado**, así como del profesorado consultor y orientador, cuyos ámbitos de actuación contemplan la orientación personal, vocacional y educativa, siendo las figuras mencionadas integrantes permanentes de los equipos BAT (Bullyngaren Aurkako Taldea - Bizikidetzaren Aldeko Taldea¹). Además, cada centro debe tener elaborado el Plan de Convivencia, poner en práctica el protocolo de actuación frente al acoso entre iguales, cuando fuera necesario y concretar las actuaciones relacionadas con la construcción de la convivencia positiva y el desarrollo de la competencia socioemocional, todo ello en el marco de la iniciativa *Bizikasi*. Todos ellos son recursos que configuran una estructura de apoyo para enfrentar el malestar y sufrimiento del alumnado y prevenir conductas de riesgo.



1 Equipo contra el Bullying - Equipo por la Convivencia

2

Guía con conocimientos básicos sobre conducta suicida en el entorno educativo dirigida al profesorado y personal no docente



Prevenir y responder eficazmente a las conductas suicidas requiere conocer los términos que empleamos para referirnos a las mismas. A continuación, se presenta una breve definición de las nociones principales que el profesorado y personal no docente tiene que conocer.

Conducta suicida

La conducta suicida comprende cuatro procesos dentro de un continuum: ideación suicida, comunicación suicida, intento o tentativa de suicidio, y suicidio. La frecuencia de estos procesos disminuye a medida que avanzamos en dicho continuum, pero la peligrosidad y la probabilidad de muerte se incrementan. No todas las y los jóvenes realizan un tránsito secuencial entre estos procesos y, ocasionalmente, coexisten más de un proceso (Miller, 2021).

La ideación suicida está al inicio del continuum, y con ella nos referimos a cualquier pensamiento que involucre a la persona en una eventual conducta suicida. Las ideas transitorias de suicidio son frecuentes en momentos puntuales de la vida adolescente; pero cuando son persistentes, elaboradas y/o preocupan a las y los jóvenes, implican un elevado riesgo suicida. Se estima que un tercio de las y los adolescentes que tienen pensamientos suicidas intentan suicidarse. Siempre que existe historia de tentativas de suicidio previas, las ideas de suicidio deben considerarse como predictor de posibles nuevos intentos de suicidio.

Las comunicaciones suicidas incluyen las amenazas y los planes de suicidio. Entendemos por amenaza suicida todo acto comunicativo o interpersonal, de carácter verbal o no verbal (por ejemplo, un dibujo), que comunica o sugiere un eventual riesgo futuro de suicidio. Llamamos plan de suicidio a la existencia de algún método o procedimiento con el que la persona se ha propuesto llevar a cabo el suicidio. Toda persona joven que realiza una amenaza suicida o comparte un plan de suicidio está comunicando su intención de morir. En el continuum ideación-acción, debemos entender las comunicaciones suicidas como categoría intermedia entre

la ideación y el intento de suicidio. Aunque no todas las amenazas ni planes de suicidio terminan en un intento de suicidio, siempre deben ser consideradas como importantes señales de alarma (Miller, 2021).

La tercera categoría de conductas suicidas es el intento o tentativa de suicidio. Por intento de suicidio entendemos toda conducta que, aunque la persona pone en marcha deliberadamente con el propósito explícito o implícito de morir, no produce la muerte. El número de tentativas es muy superior al de muertes por suicidio, sobre todo entre la población más joven y, afortunadamente, la mayoría de las personas que sobreviven a la primera tentativa no realizarán nuevos intentos. Pero dado que el grueso de las muertes por suicidio ocurre como resultado del primer y único intento, la prevención del suicidio pasa por detectar a las personas con ideas y/o comunicaciones suicidas, e intervenir de forma precoz y eficaz.

Autolesiones no suicidas

Por autolesión no suicida consideramos el daño autoinfligido que no tiene intención de producir la muerte; como: cortar, quemar, o golpear alguna parte del cuerpo. Por lo tanto, y estrictamente hablando, cualquier lesión autoinfligida para acabar con la propia vida debe establecerse como intento o tentativa de suicidio. Las autolesiones son más frecuentes en el sexo femenino y se inician a edades más precoces que las tentativas de suicidio, en torno a los 12 años. Las y los adolescentes que se autolesionan reconocen llevar a cabo estas conductas para el control del malestar psicológico, y en segundo plano, para comunicar este dolor mental. Se estima que en torno a dos de cada diez jóvenes en nuestro entorno se ha autoinfligido algún tipo de autolesión alguna vez. En ausencia de recursos terapéuticos adecuados, un porcentaje significativo de estas personas desarrollará conductas suicidas en forma de tentativas de suicidio en el futuro: las y los estudiantes con historia de autolesiones no suicidas tienen entre dos y cuatro veces más riesgo de tener ideación suicida o realizar intentos de suicidio (Klonsky et al., 2017).

La relación de las autolesiones no suicidas con el suicidio es compleja. Aunque un importante porcentaje de jóvenes que se autolesionan informan de haber realizado un intento de suicidio con anterioridad; la mayoría de jóvenes con historia de autolesiones no morirá por suicidio. Además, existen diferencias entre los objetivos de autolesiones e intentos de suicidio (Miller, 2021). Mientras que con las autolesiones se trata de sentirse mejor o reducir el malestar emocional, el intento de suicidio busca poner fin a todas las emociones desagradables. Las personas que se autolesionan no muestran un estado de desesperanza comparable a quienes desarrollan conductas suicidas, sino malestar emocional y una sensación de falta de control (Walsh, 2012).

Suicidio como problema de salud pública

El suicidio es la principal causa de muerte no natural en el mundo y una de las más importantes en términos generales, contabilizándose más muertes debidas al suicidio que a la malaria, el VIH/Sida, el cáncer de mama o la guerra y los homicidios. Más de una de cada 100 muertes (1,3%) en 2019 fueron por suicidio. Según el último informe mundial de la Organización Mundial de la Salud, afecta a alrededor de 703.000 personas, lo que equivale a 1926 muertes al día, a 80 muertes cada hora o a una muerte por suicidio por cada 45 segundos (OMS, 2021).

El suicidio es un problema de salud pública que afecta a todos los países, edades y sexos. Los datos epidemiológicos muestran que la tasa mundial de muerte por suicidio estandarizada por edad es de 9 personas por cada 100.000 habitantes, aunque existe una alta heterogeneidad entre los países (OMS, 2021). Los hombres presentan una tasa de 12,6 suicidios por cada 100.000 personas, mientras que las mujeres tienen una tasa de 5,4, es decir la tasa de suicidio masculina es 2,3 veces superior a la femenina. Esta proporción es más alta en los países de ingresos altos. En general, la prevalencia de la conducta suicida durante la vida es baja durante la infancia, aumenta lentamente durante la adolescencia temprana y crece cada vez con mayor rapidez

en la juventud y principio de la edad adulta, alcanzando unos niveles muy altos entre los 45 y los 54 años de edad. Cabe señalar que más de la mitad de los suicidios (58%) se producen antes de los 50 años (OMS, 2021).

En España, en el año 2020, se registraron 3.941 casos de muerte por suicidio (2.771 hombres y 1.011 mujeres), lo que supone una tasa de suicidio de 7,9 por 100.000 habitantes (11,9 en hombres y 4 en mujeres). En el mismo año y en España, 148 jóvenes de entre 15 y 24 años murieron por suicidio (INE, 2022), estableciéndose como segunda causa de muerte, sólo por detrás del cáncer.

En lo que a la CAPV se refiere, en el año 2020 se registraron 184 suicidios (139 hombres y 45 mujeres). La tasa de suicidio en 2020 quedó en 8,4 por 100.000 habitantes, 13 para los hombres y 4 para las mujeres (EUSTAT, 2022).

A pesar de la magnitud de los datos, la prevalencia de las conductas suicidas (ideación, planificación e intentos de suicidio) es mucho mayor. Existe un creciente cuerpo de evidencias que apoyan que entre el 4% y el 10% de las y los adolescentes llevan a cabo un intento de suicidio (Nock et al., 2013). Asimismo, se estima que aproximadamente del 12% al 25% de las y los adolescentes se autolesionan (Muehlenkamp et al., 2012; Shain et al., 2016). La prevalencia de los intentos de suicidio y las autolesiones no suicidas es baja antes de la pubertad, pero aumenta mucho entre los 9 y 12 años, y continúa aumentando hasta el final de la adolescencia (Nock et al., 2008; Nock et al., 2013). Se estima que por cada persona joven que muere por suicidio, entre 100 y 200 jóvenes realizan intentos de suicidio (Miller, 2021).

El reciente metaanálisis de Lim (2019), que recoge datos de más de 686.000 niñas, niños y adolescentes del periodo comprendido entre 1989 y 2018, muestra el impacto de la conducta suicida entre las personas más jóvenes. La prevalencia en los últimos 12 meses de la ideación suicida, planificación suicida y tentativas de suicidio resultó ser de 14,2%; 7,5% y 4,5%, respectivamente. La prevalencia a lo largo de la vida de los mismos comportamientos fue ligeramente superior: 18%; 9,9% y 6% (Lim et al., 2019).

Edad de inicio y curso

El suicidio es un acontecimiento poco común en la niñez y en la adolescencia. En el grupo de edad de 10 a 14 años, la mayoría de los suicidios se producen entre los 12 y los 14 años. Después de la pubertad, los índices de suicidio aumentan con la edad, especialmente a partir de los 15 años - sobre todo entre los 15 y los 19 años -, hasta que se estabilizan al principio de la edad adulta. Una de las posibles causas es el incremento de los indicadores de psicopatología a partir de estas edades, entre los que cabe destacar la combinación de los trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias (Brent y Melhem, 2008; Brent, 2021). Asimismo, en la adolescencia se dispone de habilidades cognitivas más desarrolladas que en la niñez, que les hace ser más capaces de planear y ejecutar un intento letal de suicidio. Del mismo modo, presentan mayor autonomía personal y permanecen más tiempo sin la supervisión de las cuidadoras o cuidadores. Si a esto se le añade un bajo apoyo social, el riesgo de suicidio aumenta de forma sustancial.

Sexo

La conducta suicida ocurre en todas las sociedades del mundo y afecta a ambos sexos, aunque las chicas presentan más intentos de suicidio (3-9 veces más), y los chicos muestran una mortalidad 3-4 veces mayor (Glenn et al., 2019). Asimismo, los planes de suicidio son más frecuentes entre las chicas (13,4%) que entre los chicos (9,2%) (Eaton et al., 2008).

A este fenómeno se le conoce como la “paradoja del género” (Canetto y Sakinofsky, 1998). En las chicas, los intentos de suicidio se incrementan con la edad, alcanzando su pico más alto en la adolescencia media.

En los chicos, la tasa de muerte por suicidio aumenta progresivamente hasta el principio de la edad adulta. Los chicos muestran más frecuentemente trastornos del estado de ánimo con conductas externalizantes, agitación, impulsividad y consumo de alcohol. Los chicos muestran menor habilidad para buscar ayuda, tienen menor conciencia de las señales de alarma, disponen de menores habilidades de afrontamiento, y habitualmente desarrollan una red social de apoyo menos efectiva (Maris et al., 2000).

Orientación sexual e identidad de género

Las y los jóvenes de colectivos no normativos tienen un mayor riesgo de mostrar una conducta suicida (Miller, 2021). Una reciente investigación llevada a cabo en Estados Unidos por el Trevor Project en la que participaron 40.000 jóvenes de edades comprendidas entre los 13 y 24 años, halló que el 40% de las personas encuestada LGBTQ+ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero y queer,) consideraron seriamente el intento de suicidio en los últimos doce meses, y más de la mitad de las personas transgénero y no binarias consideraron seriamente el suicidio. Además, el 48% de las personas LGBTQ+ declararon haberse autolesionado en los últimos doce meses, siendo este porcentaje superior al 60% entre las personas transgénero y no binarias.



Mitos y creencias con respecto al suicidio

Con el fin de promover un conocimiento más exhaustivo de la conducta suicida y así reducir o eliminar el estigma y el tabú que acompaña frecuentemente al fenómeno social del suicidio, se presentan algunos mitos sociales e informaciones erróneas que rodean a la conducta suicida.

Tabla 1: Mitos y evidencias acerca del suicidio

MITO	EVIDENCIA
Hablar del suicidio lo promueve	Al contrario, lo previene. A las personas que comparten su ideación y conducta suicida les ayuda a conocerse mejor, a sentirse mejor y a aprender nuevas habilidades para superar el problema.
Si alguien pretende suicidarse, poco o nada puede hacerse para remediarlo	El riesgo de conducta suicida se puede prevenir y con ello la muerte por suicidio. Por ello es necesario recibir formación específica en la detección de los factores de riesgo y las señales de alarma de suicidio.
Tratar de ayudar a una persona en situación de crisis suicida sin la preparación adecuada es perjudicial	Pequeñas conversaciones salvan vidas. Las personas con ideación y conducta suicida necesitan la ayuda de personas comprometidas. Aprende a detectar señales de alarma de la conducta suicida, atiéndele en el momento y acompáñale a buscar ayuda.
Si alguien verbaliza que va a suicidarse no lo hará	Nunca hay que infravalorar o minimizar las amenazas de suicidio. Es un mito popular la creencia de que si una persona cuenta que va a cometer un acto suicida acabará por no hacerlo, porque ya lo ha anunciado. Si alguien te dice que piensa suicidarse, es mejor no pasarlo por alto y ayudarlo a buscar atención profesional. Es cierto que no todas y todos los jóvenes suicidas hacen amenazas de suicidio, ni todas y todos los jóvenes que hacen amenazas de suicidio se suicidan. Sin embargo, la gran mayoría de jóvenes que intentan suicidarse o mueren por suicidio muestran señales de alarma de suicidio. Recuerda: la mayoría de las personas avisan de sus intenciones suicidas principalmente a través de las señales de sufrimiento emocional y/o conductas de alarma de suicidio.
Las personas que se suicidan tienen un trastorno mental	Aunque la enfermedad mental es un importante factor de riesgo, no siempre está relacionado y no todas las personas que se suicidan tienen un trastorno mental previo. El suicidio es multicausal.
Una mejoría después de una crisis suicida responde a una superación del problema	Algunos suicidios se llevan a cabo semanas después de que la persona experimenta notables mejorías, sobre todo en personas que habían padecido una depresión. Se recomienda prestar mucha atención a recuperaciones espontáneas o cuando dicha recuperación no es coherente con acontecimientos vitales estresantes que está viviendo la persona.

MITO	EVIDENCIA
<p>El intento de suicidio es una llamada de atención</p>	<p>Nunca hay que subestimar el intento de suicidio y menos minimizar su importancia, aunque parezcan conductas manipuladoras. En la persona que intenta suicidarse, se da un gran sufrimiento psicológico y una gran desesperanza. Además, considera que la muerte es la única alternativa para acabar con esos sentimientos y pensamientos dolorosos.</p>
<p>Las autolesiones no suicidas son poco frecuentes en la adolescencia</p>	<p>Las autolesiones no suicidas son más frecuentes en la adolescencia y en la juventud que en el período adulto. Teniendo en cuenta que se relacionan estrechamente con una mayor ideación y conducta suicida, es necesario llevar a cabo un buen abordaje.</p>
<p>El intento de suicidio es un acto heroico o romántico</p>	<p>A pesar de que en ciertas películas y novelas se ha retratado así, no hay nada en el acto del suicidio que se corresponda con la heroicidad, la gloria, el romanticismo, la valentía o la cobardía, sino que concierne a una persona que está padeciendo un alto grado de sufrimiento psicológico y un estado de desesperanza.</p>
<p>El suicidio es la salida fácil para escapar y no hacer frente a los problemas. Sólo los cobardes se suicidan</p>	<p>El intento de suicidio es un acto que exige de mucha determinación. Se trata de un acto complejo y a veces difícil de entender, pero nunca una salida fácil. Recuerda, es un acto que realiza una persona que no encuentra otra salida y lleva sufriendo mucho durante demasiado tiempo.</p>
<p>Las y los preadolescentes NO son potencialmente suicidas</p>	<p>De acuerdo con las estadísticas oficiales, también ocurren muertes por suicidio en la preadolescencia. Es necesario un trabajo de prevención de la conducta suicida a temprana edad.</p>



Factores de riesgo y protección en adolescentes-jóvenes

Tabla 2: Factores protectores, de riesgo y señales de alarma

FACTORES PROTECTORES		
Factores personales	Desarrollar habilidades sociales y emocionales.	Tener una alta autoestima y propósito vital o significado en la vida.
	Tener actitudes y valores prosociales.	Tener conectividad con las personas, la familia, la comunidad y las instituciones sociales.
Factores familiares	Tener relaciones y vínculos seguros con la familia.	Disponer de personas con disponibilidad emocional en el entorno familiar.
	Sentir la posibilidad de comunicar las emociones.	Sentirse apoyada, apoyado en el entorno familiar.
Factores del entorno social y escolar	Tener relaciones y vínculos seguros entre iguales.	Establecer relaciones positivas con el entorno, incluyendo a docentes.
	Tener por lo menos una persona en el ámbito social y escolar con la que hablar y sentirse apoyada, apoyado.	Realizar actividades saludables tanto individuales como grupales en el tiempo libre: realizar ejercicio físico, actividades artísticas, voluntariados, etc.
	Educar en habilidades comunicativas. Aprender a pedir ayuda.	Educar en resolución de problemas, análisis de necesidades, búsqueda de información.
	Educar en el fracaso - educar en valores positivos: respeto y solidaridad.	



FACTORES DE RIESGO		
Factores personales	Intento de suicidio previo.	Autolesiones no suicidas y gesto suicida.
	Buscar la soledad o no participar en actividades de grupo.	Sentir dificultad en la comunicación en grupo.
	Dificultad para expresar las emociones, sentimientos u opiniones.	Mostrar una alta impulsividad y baja tolerancia ante las frustraciones.
	Padecer un trastorno mental.	Sufrir dolor físico crónico o padecer una enfermedad crónica.
	Sentir malestar emocional por circunstancias vitales estresantes.	Abuso de alcohol u otras drogas.
	Tener acceso a medios letales.	Tener una identidad de género no normativa.
	Excesiva sensibilidad.	Experimentar un proceso de duelo complejo.
	No tener habilidades para pedir ayuda.	Ser muy exigente y perfeccionista, sobre todo en el área escolar.
Factores familiares	Tener antecedentes familiares de suicidio.	Pérdida de algún ser querido.
	Abuso de alcohol u otras drogas en los familiares.	Sufrir situaciones de violencia intrafamiliar.
	Pertenecer a familias desestructuradas.	Carencia de cuidados.
	La lealtad, mal entendida, a su familia para no revelar secretos puede hacer que no busquen ayuda.	Convivir en un entorno con altos niveles de exigencia y perfeccionismo que pueden causar sentimientos de fracaso, desesperanza o disminución de la autoestima.
	Víctimas de abusos sexuales recientes o de maltrato físico y psicológico.	Psicopatología de la madre o del padre.

FACTORES DE RIESGO		
Factores del entorno social y escolar	Mostrar aislamiento social. No disponer de una red social de apoyo.	Ser víctima, agresor o agresora de bullying o ciberbullying.
	Presentar liminalidad o desarraigo sociocultural.	Sentirse rechazada o rechazado.
	Tener una orientación sexual o identidad de género/sexual no normativa.	Presentar cambios bruscos de comportamiento.
	Bajar el rendimiento cuando antes no era así.	Sufrir una ruptura sentimental, pérdida de amistades.
	Sufrir estrés académico.	Percibir estigmatización después de un intento de suicidio.
	Uso problemático de internet y redes sociales.	Exposición al contagio social del suicidio.



SEÑALES DE ALARMA	
Señales verbales	Verbalizar el deseo de morir, dañarse o matarse o amenazar con ello: “Me gustaría desaparecer”; “No quiero seguir viviendo”.
	Comunicar sentimientos de desesperanza o de que la vida no tiene sentido: “Esta situación no va a mejorar nunca”.
	Comunicar el sentimiento de ser una carga para el entorno: “No quiero preocupar a mi madre/padre”.
	Realizar despedidas inusuales o conversar sobre la muerte de manera reiterada: “Te voy a querer siempre”.
Señales no verbales	Haber realizado anteriormente un intento de suicidio, siendo el periodo de mayor riesgo el de los 3-6 meses posteriores.
	Padecer síntomas clínicos asociados al trastorno de estrés postraumático.
	Cambios en la personalidad, carácter, ánimo o comportamiento: aumento en la agresividad e irritabilidad, rebelarse ante los límites o un periodo de tranquilidad repentino después de haberse mostrado más agitada, agitado de lo habitual.
	Realizar búsquedas sobre métodos de suicidio en internet.
	Realizar intentos de conseguir distintos medios para consumir el suicidio (medicación psiquiátrica, armas de fuego, etc.).
	Entregar objetos personales a familiares o amigas, amigos, intentar cerrar asuntos pendientes, cerrar cuentas de redes sociales.
	Disminuir el cuidado personal.
	Perder el contacto con el entorno familiar, amigas, amigos o red social de apoyo.
	Sentimiento de no pertenencia, baja conectividad o soledad.
	Deterioro en el rendimiento escolar y faltas de asistencia a clase.
	Aumento del consumo de alcohol y/u otras drogas.
	Cambios en los hábitos de sueño o alimentación.

La importancia de pedir y dar ayuda

Todo programa de prevención del suicidio en la escuela debe incluir información relativa a qué hacer en el caso de estar en situación de riesgo de suicidio, o qué hacer si se tiene conocimiento de un posible riesgo de conducta suicida en una compañera o compañero. Cabe señalar que en general las y los estudiantes en situación de riesgo de conducta suicida no tienden a buscar ayuda en la persona adulta. Además, debe recordarse que la población juvenil vulnerable tiende a compartir su situación con jóvenes de su misma condición o situación. Son habituales las dificultades en las habilidades de comunicación, el temor a la estigmatización, la psiquiatrización y/o la hospitalización y actitudes de rechazo a la ayuda, sobre todo entre los chicos, y/o la ausencia de relaciones de apoyo o referentes positivos identificados en el profesorado.

Teniendo en cuenta que las medidas dirigidas a fomentar la búsqueda de ayuda se correlacionan con una menor frecuencia de conductas suicidas, deben establecerse todas las vías posibles de solicitud de ayuda y apoyo. Una simple pero eficaz manera de reforzar un clima de seguridad y confianza es el de incrementar las interacciones positivas entre el alumnado, el profesorado y las familias.

Trabajar el sentimiento de pertenencia al centro generará el vínculo y apego necesario para asegurar la conectividad por la que la o el estudiante percibirá aceptación, respeto y apoyo de los otros, siendo éste el principal factor protector frente a la conducta suicida, posibilitador de la adquisición de metas educativas, emocionales, conductuales y sociales de gran impacto.



3

Protocolo de actuación ante el riesgo de suicidio identificado



Introducción

Las y los profesionales de los centros educativos convivimos con una gran diversidad de alumnas y alumnos, que presentan diferentes formas de manifestar vivencias y conductas que pueden ser la expresión de estados afectivos complejos, asociados a situaciones difíciles de gestionar. Por ello, tendremos que estar muy atentas y atentos a las señales de alarma ya que son la expresión del sufrimiento y el malestar interior que en muchos casos también se observa en la manifestación de autolesiones no suicidas.

La identificación de señales de alarma será posible en la medida en que tengamos una comunidad educativa formada y competente en la detección del malestar emocional y en la promoción de una atmósfera educativa que garantice el buen trato y los cuidados de todas las personas.

Conducta suicida. Definición de “riesgo de suicidio” (qué consideramos riesgo de suicidio a los efectos de este protocolo) y pautas de actuación

El personal docente, educativo y de administración y servicios requiere de criterios prácticos, para poder tomar decisiones con garantías ante situaciones en las que existe riesgo de suicidio. El riesgo suicida no es estático y está sujeto a variaciones debido a la influencia de múltiples factores, por lo que las personas adultas de la comunidad educativa han de mostrarse implicadas, escuchar activamente, tener una mirada dialéctica (que tome en cuenta el contexto en el que suceden las conductas) para poder detectar la presencia de señales de alarma, de riesgo de conducta suicida.

Aunque existen clasificaciones para establecer el riesgo de la conducta suicida, como la de Rudd (Rudd, 2006), que identifica cinco niveles en un continuum que va desde un “riesgo mínimo” hasta el “riesgo extremo”; o la de

Erbacher (Erbacher, 2015), que establece tres categorías de riesgo -bajo, moderado, y elevado-, el presente protocolo se fundamenta en la detección de las señales de alarma que habitualmente predicen un mayor riesgo de conducta suicida.

Es importante tener en cuenta que el listado de señales de alarma es extenso y que algunas de estas señales se asocian también a otras situaciones de riesgo (por ej. problemas adaptativos, depresión, etc.) o incluso pueden aparecer de forma transitoria sin implicaciones relevantes por lo que deben valorarse teniendo en cuenta el contexto general (si la persona tiene o no factores de riesgo suicida) y las características de la señal de alarma.

Teniendo en cuenta lo anterior, diferenciamos dos situaciones que aconsejan activar el plan de actuación²:

1. Hablar del suicidio, y/o hacer planes de suicidio: amenazar con suicidarse, hablar del suicidio de una o uno mismo, o buscar formas explícitas para morir por suicidio son comportamientos que exigen respuesta inmediata. Nunca debemos minimizar el riesgo de un comentario o amenaza sobre el suicidio.

Es importante tener en cuenta también que las y los jóvenes confían más en personas de su misma edad que en las personas adultas a la hora de compartir este tipo de decisiones o pensamientos, motivo por el que muchas veces se tendrá conocimiento de estas señales de alarma por medio de terceras personas.

Algunos ejemplos de estas señales de alarma (ver tabla 2) incluyen:

- Verbalizar el deseo de morir, dañarse o matarse o amenazar con ello: “Me gustaría desaparecer”; “No quiero seguir viviendo”.
- Realizar búsquedas sobre métodos de suicidio en internet.

² Para la mejor interpretación de lo que las y los profesionales observan y para tomar las mejores decisiones sobre la activación del plan de actuación, es necesario tener en cuenta el criterio de la o del profesional de Salud Mental.

- Realizar intentos de conseguir obtener distintos medios para consumir el suicidio (medicación psiquiátrica, armas de fuego, etc.).
- Entregar objetos personales valiosos a familiares o amigas, amigos, intentar cerrar asuntos pendientes, cerrar cuentas de redes sociales sin un motivo aparente
- Realizar despedidas inusuales o conversar sobre la muerte de manera reiterada: "Te voy a querer siempre".

2. Mostrar alguna de las siguientes señales de alarma por parte de alumnas o alumnos con los siguientes factores de riesgo suicida: Intento de suicidio o autolesiones no suicidas previas, trastorno mental conocido, exposición reciente a conducta suicida en familiares o amigos, ser víctima o agresor/a de bullying, víctimas de abusos sexuales recientes o de maltrato físico y psicológico.

• **Señales de alarma psicológicas:**

- **Dolor mental:** estado mental perturbador y difícil de soportar caracterizado por la experiencia interna de emociones negativas (como vergüenza, angustia, culpa, humillación, soledad, miedo u otros) (Shneidman, 1994).
- **Desesperanza:** estado cognitivo que incluye la percepción negativa que tiene la persona sobre su situación, así como de que ésta no mejorará por mucho que lo intente (Beck et al., 1974).
- **Percepción de ser una carga:** percepción de ser una carga para los demás, especialmente para personas significativas tales como familiares, amigas, amigos, o la pareja.
- **Hostilidad hacia una misma o uno mismo:** baja autoestima y hostilidad hacia una y uno mismo, que genera malestar intenso y provoca la necesidad de escapar de ese sentimiento.

- **Señales de alarma físicas y conductuales:** alteraciones del sueño (sobre todo insomnio, aunque a veces puede existir hipersomnia), dolor corporal, agitación o irritabilidad, enfado y hostilidad que parece estar fuera de lugar o fuera de contexto, tensión muscular, fatiga, consumo de drogas y/o alcohol, incremento en el consumo de drogas, alcohol o medicamentos.

Estas señales físicas y comportamentales adquieren mayor significado cuando acompañan a otras señales de alarma (la persona habla o hace planes de suicidio, o emite señales de alarma psicológicas).

- **Baja conectividad:** sensación de escasa pertenencia e implicación social con los grupos significativos (familia, amistades, escuela, pareja, actividades culturales, grupos deportivos, comunidad).

La importancia de la comunicación

Una comunicación fluida, atenta a las necesidades personales y educativas de todas las personas, especialmente del alumnado, multiplica las interacciones respetuosas, igualitarias, diversas y participativas de la comunidad educativa. En la medida en que la cohesión se evidencia y las conexiones personales aumentan, es más probable que podamos detectar situaciones que requieran ayuda, tanto la puntual como la que necesita más frecuencia y puntualidad. De esta forma vamos creando y llenando de sentido la vida de todas las personas en el centro educativo, especialmente la del alumnado.

La comunicación en relación con el alumnado en riesgo de conducta suicida cobra una importancia singular para la prevención de la conducta suicida. Pretendemos que este alumnado sea activo en la búsqueda de ayuda, porque ha aprendido a confiar en que la respuesta que el centro le va a ofrecer es rápida y centrada en sus necesidades. Además, experimentará el interés genuino hacia las necesidades y vivencias que tiene por parte de sus personas de referencia y, por tanto, dispondrá de suficientes oportunidades para expresar y comunicarse en un clima de confianza (para ampliar este punto, ver en el punto 4, el epígrafe del mismo título).



Plan general de actuación cuando se observa “riesgo de suicidio”

Cuando se identifica a una alumna o un alumno en riesgo de conducta suicida (presencia de alguna de las señales de alarma arriba mencionadas) se darán los siguientes pasos:

- Comunicar la situación a la Inspección Educativa y al Berritzegune Nagusia cumplimentando y enviando el [Anexo 1](#)
- Crear el **Equipo de Respuesta de Crisis Suicida**³. [Anexo 2](#)
- Tener en cuenta aquellas actuaciones que se describen en el [Anexo 3](#) para crear la cobertura y las condiciones necesarias para una buena práctica en la prevención de la conducta suicida. Algunas de estas actuaciones se desarrollarán con más detalle a lo largo de este documento.
- Si el riesgo de conducta suicida se ha identificado en el ámbito educativo, de acuerdo con la familia ([Anexo 4](#)) o con la alumna o el alumno mayor de edad ([Anexo 5](#)), se cumplimentará el [Anexo 6](#) para la intervención del ámbito de salud.
- Se valorarán los riesgos psicosociales de la alumna o alumno y se notificará, si es el caso, al ámbito social por medio del [Anexo 7](#).

Procedimiento de actuación en crisis de conducta suicida

La presencia de una alumna o un alumno en riesgo de conducta suicida en el centro requerirá de una presencia y acompañamiento cercano por parte de su círculo de apoyo y del resto de profesionales. Así podremos disponer de información sobre su evolución, realizaremos una gestión adecuada de su sufrimiento y ensalzaremos las razones para vivir y la conectividad psicosocial.

No obstante, habrá momentos de difícil manejo, como cuando la experiencia vital le desborde y le resulte especialmente difícil regular las emociones difíciles. Entonces será necesario activar el procedimiento de actuación en crisis.

Procedimiento de actuación en crisis de conducta suicida: reducción de la crisis suicida

- Cuando se detectan señales de alerta de riesgo de conducta suicida, se activa el abordaje verbal o emocional consensuado para las personas adultas y para las compañeras y compañeros, así como los procedimientos de comunicación correspondientes.
- Quien detecta una señal de alarma, solicita la ayuda tal y como se ha establecido con anterioridad; es decir, avisa a una o un referente (información concreta de dónde y cómo pueden ser localizados).
- La persona adulta más cercana, debe asegurarse de que la alumna o alumno en riesgo permanezca alejado de ventanas y de objetos con los que se pueda hacer daño.
- En el caso de que una alumna o alumno haya dado una alerta a una persona adulta, ésta asumirá la responsabilidad de dar los siguientes pasos, y la alumna o alumno seguirá haciendo la actividad que venía desarrollando con anterioridad. En el procedimiento de actuación, hay que reservar un tiempo de atención por parte de alguien del equipo, para valorar su situación personal.
- La o el referente invita y acompaña a la alumna o alumno al espacio de regulación emocional *Arnasgune* o a un espacio similar.
- En la intervención en el espacio habilitado junto con la alumna o alumno estará la o el referente y otra persona adulta fuera por si hay que transmitir algo relevante o urgente.
- El abordaje se basa en la validación⁴, compasión y disponibilidad para la ayuda.
- Se acuerda valorar en qué situaciones requiere avisar a la familia, a urgencias de Osakidetza o a la Ertzaintza.

3 En los centros donde esté configurado el equipo BAT, será éste quien lidere la respuesta a las situaciones de crisis suicida.

4 Validar implica: escuchar, atender, mirar a los ojos, asentir con la cabeza, mostrar interés; reflejar lo que la persona ha dicho o preguntar más detalles; ofrecer ideas sobre lo que la otra persona quiere, siente o piensa con empatía, ayudando a clarificar y preguntando; intentando entenderla según su historia y situación actual sin juzgarla (Asociación Ikasgintza, material no publicado).

1. La persona adulta tiene que observar y comprobar cómo aplica la alumna afectada o el alumno afectado el plan de seguridad personal acordado (ver [Anexo 8](#)) a partir de la información que dé un igual: pedir ayuda a cualquiera de las personas referentes (información concreta de dónde pueden ser localizadas o localizados) y trabajar la regulación emocional y vuelta a la calma en el *Arnasgune* o espacio similar. El procedimiento debe dar prioridad a que sea la propia alumna o alumno en riesgo quien solicite ayuda.
2. Una vez restablecida la desregulación emocional que desencadenó la crisis suicida, se registrará el incidente a través del [Anexo 9](#) y se comunicará, por medio de la dirección del centro, a la familia, al inspector o inspectora de referencia y al equipo interprofesional o de actuación integrada (previa autorización de la familia), por los medios que se haya acordado⁵.

Procedimiento de actuación en crisis en conducta suicida: mantenimiento de la crisis suicida

El alumnado comunica y las personas adultas se responsabilizan de la intervención.

- Quien detecta las señales de alarma, solicita la ayuda consensuada previamente, y da aviso a una persona referente (información concreta de dónde pueden ser localizadas las personas referentes).
- La persona adulta más cercana asegura que la alumna o alumno en crisis permanezca lejos de ventanas y de objetos con los que se pueda hacer daño.

- La persona referente invita y acompaña la alumna o alumno en crisis a ir al espacio de regulación emocional, *Arnasgune* o a un espacio habilitado para ello. En la intervención en el *Arnasgune* junto con la alumna o alumno estará la persona referente y otra persona adulta fuera por si hay que transmitir algo relevante o urgente.
- Aviso al 112 y a la familia.
- Si la alumna o alumno no muestra una conducta de colaboración se insistirá en un mayor manejo de contención emocional. Se sugiere comenzar, por el distanciamiento del lugar donde ha surgido la crisis, poder trabajar en el *Arnasgune* o en el espacio habilitado. Si no es posible en el propio lugar se procederá al alejamiento de todas las personas que no sean referentes (nunca una persona adulta solo), se pasará a apartar todo objeto que pueda usarse para hacerse daño y se esperará a la llegada de los servicios de urgencia. En el abordaje emocional la validación será el recurso principal.
- Una vez superada la situación se registrará el incidente a través del [Anexo 9](#) y se comunicará, por medio de la dirección del centro, a la familia, al inspector o inspectora de referencia y al equipo interprofesional o de actuación integrada (previa autorización de la familia), por los medios que se haya acordado⁶.

El contenido de este punto está resumido en el [Flujograma 1](#).

5 Insistimos en que se ponga el máximo cuidado en la protección y confidencialidad de la información en estas situaciones.

6 Ver nota 2

Agentes implicados y coordinación: de la colaboración interprofesional a la actuación integrada

Tal y como hemos mencionado en el [Anexo 3](#) una actuación que nos parece de especial relevancia para abordar el riesgo de conducta suicida, antes o después de haberse producido un intento de suicidio (ver el punto 4), consiste en crear las condiciones idóneas para desarrollar un trabajo colaborativo entre profesionales del ámbito de la salud mental, social, socioeducativo, junto con el escolar. Es decir, se trata de crear una red de trabajo cohesionado entre los diferentes profesionales que están interviniendo con la alumna o alumno en riesgo de conducta suicida.

Creemos pertinente considerar una graduación en la colaboración en función de las posibilidades de cada profesional, y de la gravedad y urgencia del caso detectado: desde la mínima posible, mediante llamadas telefónicas o intercambio de correos electrónicos, hasta una actuación integrada con objetivos compartidos, coordinaciones sistemáticas, en el marco de plan de trabajo acordado y seguimientos temporalizados.

A continuación, presentamos un procedimiento general para conseguir dicha integración interprofesional:

- Solicitar autorización a la familia ([Anexo 4](#)) o a la alumna o alumno si es mayor de edad ([Anexo 5](#)) para ponerse en contacto con las, los profesionales que intervienen.
- Identificar a través de la familia o la alumna o alumno todos los agentes profesionales que están interviniendo.
- La coordinación interprofesional persigue los siguientes objetivos:
 - Obtener una representación compartida de la situación.
 - Acordar un plan de actuación conjunta a partir de los objetivos de cada ámbito. Todas las actuaciones acordadas, garantizarán el respeto a la intimidad y la confidencialidad regulada por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo



del 27 de abril y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre y el documento, RGPD. La protección de datos en el ámbito educativo, además de la normativa en el ámbito de la salud relacionado con la autonomía del paciente.

- Priorizar la seguridad y la (auto) contención en los contextos de vida de la persona. Debemos mostrar una actitud responsable de velar por la seguridad y protección del alumnado, con el fin de preservar la vida.
- Potenciar el intercambio de la información necesaria para realizar el **Plan de Seguridad** ([Anexo 3](#) y [Anexo 8](#)) y el **Plan de Transición y Reintegración (PTR)**, ver el punto 4: Protocolo de actuación después de un intento de suicidio y ([Anexo 10](#)). Esta información debe contener las señales de alarma de riesgo de conducta suicida -el aislamiento, la conducta disruptiva, la ira, la agresividad, la irritabilidad, el absentismo...- y los factores protectores de conducta suicida de la persona -señales de buena evolución, qué esperamos observar si va bien; qué le ayuda en su evolución, qué le perjudica...-.
- Garantizar que la actuación esté enfocada en recuperar una cotidianidad con sentido para con la alumna o alumno y fortalecimiento de su red social de apoyo. Esto contribuirá a mostrar estabilidad emocional y psicosocial y un funcionamiento estable en las diferentes áreas de su desarrollo.

- Asegurar que todas las propuestas y decisiones que se tomen sean de forma conjunta con la familia y/o la persona afectada, excepto cuando existan indicios fundados de que existe desprotección hacia la alumna o el alumno en el ámbito familiar.
- Concretar vías de contacto ágiles, no burocratizadas entre las y los profesionales y la familia o de la persona afectada con las y los profesionales, donde la disponibilidad para la ayuda se concrete en respuestas concretas a sus necesidades. Así la familia o la alumna o alumno mayor edad tendrá conocimiento de los servicios, programas o actividades adecuados para responder eficazmente a su situación.
- Decidir quién va a ser la persona interlocutora en los acuerdos de equipo, para con la familia o la persona afectada. La familia o la alumna, alumno mayor edad disponen de un canal de comunicación con la persona interlocutora designada en el equipo interprofesional para la ayuda en las situaciones de crisis o de urgencia.
- Definir cuáles son los indicadores de progreso o logro con la finalidad de poder tomar decisiones sobre la finalización de la intervención.
- Establecer un canal de comunicación entre las y los profesionales, horario, frecuencia, plan de encuentros.
- Llevar a cabo los encuentros sucesivos con el fin de hacer seguimiento de los objetivos compartidos y acciones conjuntas acordadas, hasta que se cumplan los indicadores de logro en la superación de la situación de riesgo.

Ver [Flujograma 2](#) para obtener información complementaria.



4

Protocolo de actuación después de un intento de suicidio



Introducción

Después de una tentativa, en un número importante de casos, las y los adolescentes son hospitalizados. Cuando estas y estos adolescentes regresan al centro educativo traen consigo complejas necesidades socioemocionales y educativas por lo que los centros educativos requieren de un procedimiento formal para que la transición y reincorporación de estas personas, así como la adaptación de la comunidad educativa sea satisfactoria.

En este sentido el entorno educativo debe:

- Proporcionar un contexto de validación, crecimiento personal y la posibilidad de retomar contacto con sus capacidades.
- Ofrecer un entorno relacional donde trabajando el sentimiento de pertenencia se genere vínculo y apego.

Por otra parte, el intento de suicidio de una persona joven también afecta a la comunidad escolar en su conjunto, especialmente a las y los más vulnerables, incrementando el posible efecto de contagio social de la conducta suicida en la comunidad educativa. Por lo tanto, disponer de protocolos de actuación de transición y reincorporación al centro educativo después de un intento de suicidio es también un modo efectivo de hacer prevención de riesgo de conducta suicida.

La importancia de la comunicación

La transición y reintegración al centro educativo después de un intento de suicidio y una hospitalización psiquiátrica puede resultar compleja y difícil, especialmente si el intento de suicidio ha trascendido a la esfera pública. Se recomienda un estilo de comunicación que salvaguarde la privacidad de la o del estudiante y su familia. La confidencialidad es extremadamente importante para proteger a la o al estudiante y permitir que el personal educativo preste una asistencia adecuada. Asimismo, todos los órganos implicados (estudiante, familia, sistema de salud y centro educativo) deben ser parte integral de las decisiones que se tomen en el **Plan Personalizado de Transición y Reincorporación** al centro educativo.

Para ello, a modo de recomendaciones de carácter general se destacan las siguientes:

- Activar el Equipo de Crisis Suicida ([Anexo 2](#)).
- Atender a las necesidades de comprensión.
- Escucha activa y empática.
- No culpabilizar, ni banalizar.
- Más vale preocuparse en exceso que quedarse corto.
- Mostrar interés y disposición de ofrecer la ayuda necesaria para superar la situación de crisis.
- Valorar la petición de ayuda como un logro.
- Proporcionar disponibilidad de recurrir a una persona de referencia en el centro.

Agentes implicados y coordinación

El alumnado que ha hecho una tentativa de suicidio tiene un mayor riesgo de volver a intentarlo en especial durante los siguientes tres meses después del intento, por lo que es esencial el trabajo coordinado entre la familia, el centro educativo y el centro sanitario. Es importante que la alumna o alumno sea supervisada o supervisado por la familia, los profesionales de la salud mental y los profesionales escolares designados, lo que supondrá generar a su alrededor un sistema de apoyo de alta disponibilidad.

Por lo tanto, es fundamental realizar un trabajo de implicación de la alumna o alumno, su familia, el equipo de salud mental y el miembro designado de la escuela para que se dé una relación armónica de información y se cree una red de seguridad. Esta red de seguridad también puede incluir a las amigas y amigos más cercanos, a las y los responsables de actividades deportivas o culturales y a otras personas adultas importantes del ámbito social de la alumna o alumno.

En este contexto cobra especial relevancia el Equipo de Respuesta de Crisis Suicida, donde la persona coordinadora se encarga de ser el eje transmisor de la intervención y, asimismo, realizará funciones de enlace con la familia, y con el permiso correspondiente, será también el vínculo del centro educativo con los servicios médicos y servicios sociales que apoyen a la alumna o al alumno.

Plan de actuación⁷

El plan de actuación que se plantea en este protocolo diferencia dos momentos de actuación; a saber, antes y después de la reincorporación de la alumna o alumno. Además, el plan de actuación pivota sobre el **Plan Personalizado de Transición y Reincorporación (PTR) (Anexo 10)** que se gestiona en ambos tiempos y que se constituye de los ejes sistémicos de⁸:

- Ámbito sanitario
- Familia
- Estudiante
- Centro educativo

Cabe señalar que el PTR se ha de adaptar a las circunstancias y preferencias de la alumna o alumno y al contexto escolar determinado.

Antes de la reincorporación

Ámbito sanitario

- Obtener por parte de la persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida la autorización de la familia (Anexo 4) o en el caso de ser mayor de edad (Anexo 5) para que pueda establecer una comunicación directa con el o la profesional de Salud Mental de referencia de la o del estudiante.

- Contemplar vías para contactar con la alumna o alumno ya sea durante la hospitalización o en su domicilio para iniciar el proceso de reincorporación con el consentimiento de la familia, y en su caso, con el profesional sanitario.
- Es recomendable que, durante la hospitalización, la alumna o el alumno no tenga una desconexión absoluta de su proceso educativo. Por lo que, en la medida de lo posible, se recomienda que realice alguna actividad educativa de baja intensidad. Estas decisiones se tomarán a partir de la autorización del personal sanitario y en el contexto de la intervención educativa en el aula hospitalaria⁹.
- Para la planificación personalizada de reincorporación, es recomendable que el personal de Salud Mental de referencia informe sobre precauciones a tener en cuenta en la incorporación al centro educativo, incluyendo efectos adversos de la medicación que afecten a su normal funcionamiento, así como orientaciones que favorezcan un tránsito adecuado.
- Si se observan resistencias en la familia para que la persona coordinadora tome una postura activa durante la hospitalización o en el proceso de transición, se solicitará ayuda al personal médico para que trate de hacer entender a la familia de la importancia de tal medida para el retorno escolar adecuado de la alumna o alumno.

7 Este epígrafe se entrelaza con el apartado del punto 3: AGENTES IMPLICADOS Y COORDINACIÓN: DE LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL A LA ACTUACIÓN INTEGRADA.

8 En el caso en que el ámbito social, por medio de medidas de protección, esté presente en la alumna o alumno, deberemos buscar la interlocución más adecuada por medio de la persona coordinadora de caso del área de Menor y Familia de la Diputación del o la responsable del servicio municipal de Infancia y Familia.

9 El o la profesional de Salud Mental de referencia será quien tomó la decisión sobre el grado de conexión con Educación más adecuado.

Familia

Tan pronto como sea posible, la persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida llevará a cabo las reuniones necesarias¹⁰ con la alumna o alumno y su familia para planificar juntos qué información quieren compartir y con quién, crear el PTR y preparar a la alumna o alumno para un retorno escolar exitoso. En dichas reuniones se recomiendan las siguientes acciones:

- Ofrecer a la alumna o alumno y familia una comunicación fluida con el personal escolar que tiene contacto con la alumna o alumno ya que esto es vital para poder ayudarle correctamente tanto académica como psicosocialmente.
- Garantizar a la familia y a la alumna o alumno la confidencialidad.
- Contrastar que la alumna o alumno y la familia se mostrarán colaboradores con las indicaciones de tratamiento y seguimiento que se les han facilitado desde los servicios sanitarios¹¹.
- Si la alumna o alumno y su familia no han recibido ya esta información, se proporcionarán las siguientes orientaciones y recursos (Anexo 11)

Estudiante

En lo que se refiere a la prevención del suicidio, es necesario dar respuesta a las necesidades socioemocionales y necesidades educativas.

Necesidades socioemocionales

La reincorporación a la escuela es para la alumna o alumno un proceso generalmente estresante y abrumador. A continuación, se presentan las acciones prioritarias para el cumplimiento de las necesidades socioemocionales que se incluirán en el PTR.

- Preguntarle por necesidades, miedos y dudas relativos a la reincorporación.

- Apoyos que cree va a necesitar, qué va a explicar-no explicar a las compañeras y compañeros sobre lo ocurrido, otras cuestiones que le preocupen...
- Si fuera necesario, ayudarle a practicar diferentes respuestas a través de actividades de role-playing (Anexo 12) a las distintas situaciones potenciales de estrés con compañeras y compañeros de clase y con el personal escolar.
- Informarle de la importancia de hablar con personas adultas de confianza sobre lo ocurrido y de evitar publicarlo en redes sociales o hablarlo con otras compañeras o compañeros, por el riesgo que puede haber de "contagio" a personas vulnerables.
- Proponerle elaborar un Plan de Seguridad (Anexo 8) que identifique las personas adultas de confianza a las que recurrir y especifique el funcionamiento y las medidas a tomar en caso de volver a tener ideas de suicidio.

Necesidades educativas

Después de un intento de suicidio, en ocasiones asociado a una ulterior hospitalización, puede ocurrir una desconexión del proceso educativo o un efecto de retraso escolar. Por ello, es conveniente obtener una representación de las necesidades educativas desde la perspectiva de la alumna o alumno después de la tentativa. Para ello, se recomienda:

- Preguntar a la alumna o alumno sobre sus preocupaciones educativas.
- Valorar las posibles opciones para alcanzar un ajuste escolar que le permita reducir la falla educativa surgida.
- Ofrecer información clara y relevante con respecto al proceso de reincorporación.
- Ofrecer información clara y relevante sobre el itinerario educativo, si se realizarán ajustes en la respuesta educativa...

¹⁰ Con la orientación del personal de Salud Mental, se tendrá la precaución necesaria para que en el alumno o alumna no se refuerce una conducta suicida por una atención personal no habitual.

¹¹ Sabiendo que, tanto el o la profesional de referencia de Salud Mental, como la familia o el alumno o alumna en caso de ser mayor de edad, aceptan trasladar la información y orientaciones que consideren.

Centro Educativo

Después de un intento de suicidio, tanto la alumna o alumno como la comunidad escolar han de prepararse para favorecer una adaptación exitosa. Antes de la reincorporación de la alumna o alumno, la persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida tiene que coordinar la realización de los ajustes educativos y organizativos necesarios que quedarán descritos en el **PTR**.

- Como norma general se recomienda un proceso de reincorporación gradual tanto en lo que se refiere al tiempo en la escuela como a la carga de trabajo escolar.
- Es posible que haya que proponer algunas estrategias organizativas o metodológicas (p.ej. flexibilidad en la hora de entrada y salida de la escuela, ampliación de los plazos de entrega de trabajos, disponer de un mayor tiempo para realizar el examen, disponer de alternativas metodológicas de evaluación, permitir salidas a consultas externas, proporcionar material escolar suplementario por las clases perdidas, etc.) que tengan un carácter preventivo y compensador.
- Con respecto al intento de suicidio, si se ha obtenido el consentimiento de la familia, excepto la tutora o tutor de la alumna o alumno, el resto del personal docente sólo tiene que ser conocedor de las medidas educativas adoptadas.
- Se solicitará empatía y comprensión, pero en ningún caso se informará de su historial clínico de forma detallada.
- Además, se sensibilizará al profesorado a que tenga en cuenta que la alumna o alumno puede presentar una sintomatología clínica (depresión, ansiedad, etc.) que puede afectar a su concentración y motivación, y a su rendimiento escolar.
- Asimismo, se ha de tener en cuenta que la alumna o alumno puede estar siguiendo un tratamiento farmacológico y pudiera presentar algún efecto secundario como fatiga, somnolencia...

- Es importante que la escuela dé prioridad a una cultura de aceptación y atención a las personas que sufren problemas de salud mental que incluya las implicaciones de la hospitalización psiquiátrica, así como un enfoque dirigido a reducir el estigma del trastorno mental.
- Una medida relacionada con esto es enseñar al alumnado cómo ofrecer una bienvenida sensible a compañeras y compañeros que por motivos médicos se ausentan de la escuela por algún tiempo debido a una hospitalización psiquiátrica.

La persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida¹² debe servir de contacto para otros miembros del personal escolar que han de permanecer atentos a señales de alarma de conducta suicida que puedan hacer su aparición en la persona que ha realizado la tentativa de suicidio.

Si la alumna o alumno está de acuerdo, la persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida identificará y se reunirá tanto con las compañeras y compañeros del aula más próximos¹³, así como con las personas adultas de confianza de la alumna o alumno antes del reingreso para discutir la forma de poder ayudarle en su retorno al centro escolar¹⁴.

Para mejorar la conectividad de la alumna o alumno en el centro, se puede valorar integrar a la o al estudiante en un grupo de apoyo escolar, en un programa de ayuda entre iguales.

Por último, si la familia ha solicitado un traslado a otro centro escolar, la persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida colaborará en el proceso de transición de una escuela a otra.

12 Teniendo en cuenta las directrices y orientaciones de manejo del alumno o alumna que aporte el profesional de referencia de Salud Mental.

13 Este alumnado si no es mayor de edad, no sólo dará su consentimiento si no también el de su familia. Además, se valorará previamente las condiciones personales en las que se encuentran para decidir si lo que se le pide podrá cumplirlo.

14 Todas las personas de apoyo, alumnado y profesionales de referencia recibirán orientaciones para poder dar la mejor ayuda posible.

Durante la reincorporación

La fase de reincorporación y seguimiento del ajuste de la misma hace referencia al conjunto de acciones que se desarrollan durante los meses siguientes tras la crisis que ha presentado. Este es un período crítico para las personas jóvenes que realizan un intento de suicidio porque tienen un mayor riesgo de llevar a cabo una nueva tentativa.

Ámbito sanitario

Durante la fase de reincorporación es esencial continuar con una coordinación regular con los servicios sanitarios, de hecho, la falta de comunicación entre los servicios sanitarios que atienden a la alumna o alumno y el centro educativo es uno de los factores que se ha relacionado con un menor ajuste escolar de la o del estudiante. Por lo tanto, la persona coordinadora del **Equipo de Respuesta de Crisis Suicida** prolongará una comunicación fluida de cara a conseguir un mejor ajuste psicosocial de la alumna o alumno.

Familia

Del mismo modo, la coordinación con la familia de la alumna o alumno tiene que realizarse de forma frecuente. Se recomiendan contactos telefónicos regulares y al menos dos reuniones presenciales durante el período de reintegración en las que participen la persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida, el tutor o tutora, la familia y la alumna o alumno.

Estudiante

Necesidades socioemocionales

Durante el proceso de reincorporación a la escuela, la persona que ha llevado a cabo una tentativa de suicidio se puede sentir emocionalmente muy vulnerable y ser foco del estigma, el rechazo y el miedo por parte de sus compañeras y compañeros y profesorado. Por ello se debe:

- Valorar regularmente con la alumna o alumno el impacto emocional del retorno.

- Valorar conjuntamente cómo fomentar la conectividad en el centro escolar.
- Supervisar las interacciones sociales.
- Abordar las experiencias de rechazo, discriminación y/o acoso.
- Realizar reuniones con la alumna o alumno y su red de apoyo de iguales de la escuela.
- Evaluar y realizar un seguimiento de su bienestar emocional en el centro escolar.

Entre todas las medidas, queremos destacar la necesidad de crear un entorno escolar de promoción de la conectividad. La conectividad principalmente hace referencia al establecimiento de relaciones sociales y a una vinculación estrecha (familia, amistades, comunidad, escuela), aunque también puede referirse a la conexión con el ámbito académico, un proyecto, un interés personal o cualquier propósito que mantiene a la persona vinculada a la vida o hace que la vida tenga sentido y valga la pena, a pesar del sufrimiento que pueda acarrear en un momento dado.

Una alta conectividad contribuye a aumentar el sentido de pertenencia de la persona y favorece la creación de una red social. Así, la persona percibe que tiene apoyo social y se siente cercana tanto a las personas como a los grupos sociales.

Las y los jóvenes que perciben conectividad escolar sienten que son una parte valiosa de una comunidad escolar en la que las personas adultas y las compañeras y compañeros se preocupan genuinamente por su bienestar y desarrollo como estudiantes y como personas. Por ello, el profesorado puede colaborar de forma activa a través de interacciones positivas, ofreciendo un compromiso interpersonal. Del mismo modo, las y los compañeras y compañeros de clase pueden favorecer el regreso mostrándole cercanía y proveyendo apoyo emocional.

Necesidades educativas

Es importante que la alumna o alumno y su familia reciban una información clara y precisa sobre:

- Las adaptaciones curriculares que se van a realizar.
- Las tareas académicas que no ha realizado durante su ausencia.
- Los procedimientos que se va a llevar a cabo para recuperar el nivel educativo deseado.

Centro educativo

La persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida desarrollará las siguientes tareas:

- Comunicar al profesorado de la alumna o alumno y al resto del personal pertinente (sin compartir detalles específicos sobre su salud mental o aspectos relacionados con la conducta suicida) que la alumna o alumno regresa tras una ausencia por motivos médicos.
- Presentar el PTR que se llevará a cabo.
- Destacar la trascendencia de aplicar los ajustes en la respuesta educativa.
- Destacar la importancia de que el profesorado se muestre muy accesible a esa persona y a sus demandas.
- Supervisar el proceso de adaptación a la rutina escolar.

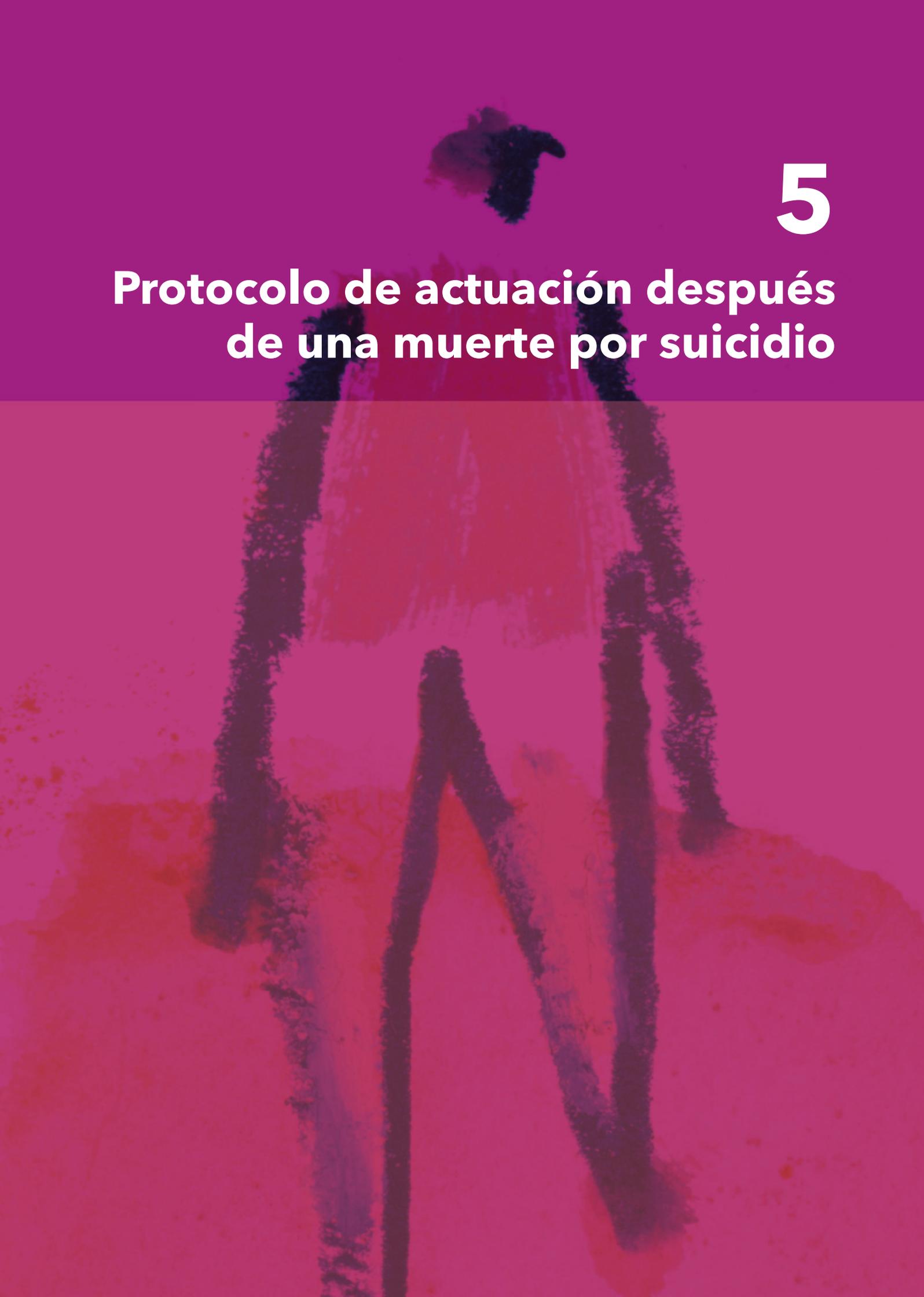
- Notificar al equipo docente si se prevén efectos secundarios importantes de la medicación que pudiera estar recibiendo.
- Abordar rápidamente con la colaboración del profesorado las reacciones de rechazo o estigma.

Uno de los aspectos que más implicación tiene con la recuperación y ajuste escolar de la alumna o alumno es la accesibilidad y disponibilidad emocional del equipo docente. Por lo tanto, se solicita que especialmente durante este período adaptativo sensible, el profesorado se muestre muy receptivo. A este respecto, es deseable que a las y los estudiantes que han realizado un intento de suicidio se les trate con calidez y compasión, pero también como al resto de las y los estudiantes.

La discusión de cualquier caso de intento de suicidio específico en el aula debe evitarse por completo ya que tal discusión constituiría un quebrantamiento del derecho a la confidencialidad de la alumna o alumno, y tampoco sería de utilidad para el conjunto de la clase, incluso si el intento de suicidio es de conocimiento público. Por el contrario, se recomienda llevar a la práctica la bienvenida y acogida [Anexo 13](#) de compañeras y compañeros del aula que han tenido que ausentarse por motivos médicos durante un tiempo.

El contenido de este punto está resumido en el [Flujograma 3 y 4](#).



A person wearing a white protective suit and a dark mask is standing in a field. The person is facing away from the camera, looking towards a distant horizon. The background is a vast, open landscape with a clear sky. The overall tone is somber and professional.

5

Protocolo de actuación después de una muerte por suicidio

Introducción

La posvención hace referencia al conjunto de acciones desarrolladas por, con y para las y los supervivientes del suicidio, que tienen el objetivo de facilitar su recuperación psicossocial y prevenir otros efectos adversos entre los que cabe destacar la manifestación de la conducta suicida o la aparición de sintomatología clínica. Por lo tanto, la posvención del suicidio implica una estrategia de intervención en crisis diseñada para ayudar en el proceso de duelo tras la pérdida. Esta estrategia, cuando se utiliza adecuadamente, reduce el riesgo de contagio social del suicidio, proporciona el apoyo necesario para ayudar a las y los supervivientes a afrontar una muerte por suicidio, aborda el estigma social asociado al suicidio y promueve la difusión de información objetiva tras la muerte de un miembro de la comunidad escolar.

Por lo tanto, llevar a cabo un trabajo de posvención en los centros educativos es a su vez una forma de prevención. Se han obtenido evidencias de que la muerte por suicidio aumenta la probabilidad de conducta suicida en las personas, especialmente en personas vulnerables que presentan factores de riesgo de suicidio (p. ej., intentos de suicidio previos, ideación suicida, problemas de salud mental, etc.) y en personas que conocían a la víctima, por lo que, un componente fundamental de la posvención del suicidio es prevenir la probabilidad de que se produzcan más suicidios.

El suicidio de un miembro de la comunidad escolar (estudiante, personal docente, personal administrativo y servicios) hace que el centro educativo se enfrente al duelo del alumnado, de las familias y del personal de la escuela, a la atención de los medios de comunicación y a la necesidad de la comunidad por entender lo que ha sucedido. Es por ello que el centro educativo necesita un sistema de actuación protocolizado para ofrecer una respuesta acertada a este tipo de eventos difíciles que le ayude a proteger a todos los miembros que la conforman.

El centro escolar, ante una muerte por suicidio, ha de fomentar un estilo de comunicación fluido, consensuado y riguroso que ha de basarse en los puntos de actuación descritos en el [Anexo 14](#).

Suicidio fuera del centro

Cuando la escuela recibe la noticia de que uno de sus miembros ha fallecido por suicidio activará el **Plan de Actuación de Respuesta de Crisis Suicida** que estará dirigido por el **Equipo de Respuesta de Crisis Suicida** y que consta de los siguientes pasos:

PASO 1: Confirmar la autenticidad de la información

Se darán los siguientes pasos:

- La persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida o la directora o director del centro educativo confirmará el fallecimiento y ratificará la causa de la muerte mediante la comunicación directa con la familia de la alumna o alumno u otra fuente auténtica y fiable (p. ej., hospital, Ertzaintza...)
- Dar el pésame, y mostrar disposición a ayudar en todo lo necesario.
- Preguntar sobre los arreglos funerarios y sobre el deseo de la familia con respecto a la representación de la escuela en el funeral.
- Pedir ayuda a la familia para que identifiquen a las amigas y amigos de la persona que se ha suicidado y que se pueden ver muy afectados por la muerte y puedan necesitar ayuda.



PASO 2: Informar de la muerte a la comunidad escolar

Una vez conocido el fallecimiento, si no se conoce la clasificación oficial de la muerte, se informará del fallecimiento al personal, al alumnado y a las familias (Anexo 15) a través de un comunicado general con el reconocimiento de que su causa es desconocida. En estos casos se recomienda contener la rumorología y recordar al alumnado que los cuchicheos pueden ser profundamente hirientes e injustos para la persona fallecida, su familia y amistades.

Si se confirma la muerte por suicidio y se determina como tal por la autopsia médico-legal:

- La información oficial sobre la causa de la muerte no debe revelarse al alumnado hasta que se haya consultado a la familia.
- Se informará a la familia del Plan de Actuación de Respuesta de Crisis Suicida que tiene protocolizado el centro escolar.
- Se solicitará permiso para categorizar la muerte como un suicidio y nombrar la alumna o alumno fallecida en la comunicación para la comunidad escolar. Anexo 16.
- Si no se obtiene el consentimiento pertinente por parte de la familia, se recomienda que el centro educativo opte por emitir un comunicado más general y objetivo sin utilizar el nombre de la alumna o alumno.
- De todos modos, se recomienda hablar con la familia para hacerles saber de la necesidad de trabajar la situación con la comunidad escolar y sobre todo con el alumnado para prevenir el contagio social del suicidio y promover la elaboración adecuada del duelo.

- Si a pesar de todo, la familia se niega a que se divulgue dicha información, la escuela puede declarar que “La familia ha solicitado que la información sobre la causa de la muerte no se comparta en este momento”
- El personal escolar también puede aprovechar la oportunidad para hablar con el alumnado sobre el suicidio (Anexo 17) y sobre la importancia de buscar ayuda en caso de que se tengan deseos de muerte o malestar emocional agudo y persistente.

PASO 3: Activar el plan de actuación de respuesta de crisis suicida

Una vez obtenido el consentimiento de la familia, la persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida convocará una reunión de urgencia del Equipo de Respuesta a la Crisis Suicida para:

- Activar el Plan de Actuación de Respuesta de Crisis Suicida.
- Valorar el nivel de impacto que la muerte por suicidio puede tener en el alumnado.
- Valorar el nivel de impacto que la muerte por suicidio puede tener en el profesorado.
- Una serie de pautas y recomendaciones de autocuidado.
- Determinar qué alumna o alumno se pueden ver más afectados por el fallecimiento.
- Notificar personalmente la muerte por suicidio al profesorado directamente implicado con la alumna o alumno fallecido.



PASO 4: Compartir responsablemente la comunicación de muerte por suicidio

Una comunicación responsable produce el denominado efecto Papageno, que ejerce un efecto preventivo sobre la conducta suicida.

- **Profesorado y personal no docente:**

- En una reunión con todo el profesorado y personal escolar, se informará de que se ha producido una muerte por suicidio.
- Se les dará la oportunidad de hacer preguntas y expresar las reacciones de dolor.
- Asimismo, se ofrecerá al profesorado la posibilidad de recibir apoyo psicológico o asistencia médica si así fuera necesario.

- **Alumnado:**

- Las tutoras y tutores de cada aula comunicarán la muerte por suicidio en sus respectivos grupos.
- Para ello, el Equipo de Respuesta de Crisis Suicida proporcionará una declaración escrita estandarizada para que el profesorado la comparta con el alumnado y se determinará lo que se debe decir a las y los estudiantes y la actitud preferente que se ha de mostrar.
- La declaración incluirá la información básica de la muerte y de los arreglos funerarios conocidos. De ningún modo se proporcionará una descripción detallada del método de suicidio.
- Se incluirá el reconocimiento de la congoja que causará la noticia, y se facilitará información sobre los recursos disponibles para ayudar al alumnado y al personal escolar para superar las reacciones de estrés y duelo.
- Se recomienda que se realice sincrónicamente y antes del descanso.
- De ningún modo se informará al alumnado del fallecimiento por suicidio a través de Internet o redes sociales.

- **Actitud del profesorado:**

- Orientada a responder a las preguntas con rigor, sólo con información objetiva que haya sido contrastada, disipando así la rumorología. El personal escolar informará a la persona coordinadora del **Equipo de Respuesta de Crisis Suicida** de cualquier rumor que circule entre el alumnado.
- Mostrará una actitud compasiva, reconociendo que la situación será dolorosa para la familia, las amistades y la comunidad escolar.
- Se mostrará accesible a conversar sobre el suicidio y la salud mental, y normalizará las reacciones emocionales naturales de los procesos de duelo.
- También dispondrá de conocimientos para remitir y orientar a buscar ayuda al alumnado.
- Mantendrá la rutina escolar lo más normal posible, aunque se mostrará flexible con los compromisos académicos.

- **El Equipo de Respuesta de Crisis Suicida:**

- Con el permiso de la familia de la alumna o alumno fallecido, puede considerar oportuno preparar una carta para las familias que contenga información sobre lo que la escuela está haciendo para apoyar al alumnado.
- Es conveniente que se ofrezca información sobre el suicidio en la adolescencia y las reacciones emocionales naturales en procesos de duelo por la muerte por suicidio de una compañera o compañero.
- Es muy importante que se ofrezca información sobre las señales de alarma de conducta suicida que pueden aparecer en sus hijas e hijos y una lista de recursos comunitarios y líneas de ayuda disponibles.
- Si es necesario, se puede planificar una reunión con las familias.
- Supervisará el uso adecuado de las redes sociales, con objeto de detectar rumores infundados.
- En lo que se refiere a los medios de comunicación, la persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida será la encargada de atenderlos.



PASO 5: Prevenir el contagio de la conducta suicida

Se ha comprobado que sobre todo en la adolescencia, en el intento de suicidio, influyen las conductas de imitación o contagio. Por lo tanto, una tarea del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida es valorar el riesgo de aprendizaje social del suicidio en estudiantes que tenían una relación estrecha con la persona fallecida o tenían una proximidad física.

Asimismo, el riesgo de un efecto de imitación también es elevado si la persona muestra factores de riesgo de suicidio (problemas de salud mental, ideación suicida, intento de suicidio previo, etc.) y se identifica con la persona suicida.

Por ello, el Equipo de Respuesta de Crisis Suicida:

- En una reunión a la que convocará a todo el personal tanto docente como no docente:
 - Explicará la necesidad de llevar a cabo acciones para tratar de detectar a personas que muestren factores de riesgo de conducta suicida por imitación y proporcionar servicios de apoyo para prevenir otras muertes por suicidio.
 - Hará mención a las señales de alarma de suicidio. (**Ver punto 2 de este protocolo**)
 - Revisará el procedimiento para remitir a los servicios de salud al alumnado que presente un impacto por la muerte por suicidio y/o presenten señales de alarma de suicidio
- Trabajarán con el profesorado para:
 - Valorar, en primer lugar, qué estudiantes pueden mostrar factores de riesgo de imitación de la conducta suicida.
 - Identificar a las alumnas y alumnos que esperan que se puedan sentir muy afectados por la muerte.
 - Detectar a las y los estudiantes que muestren cambios sustanciales de conducta que indiquen un mayor riesgo de conducta suicida.
 - Transmitir en el aula la importancia de pedir ayuda en caso de tener ideación suicida o en caso de que algún compañero o compañera comparta tales pensamientos o les preocupe su estado emocional.

PASO 6: Activar los servicios de apoyo

En lo que se refiere al duelo y a las reacciones de estrés, la muerte por suicidio puede tener un efecto devastador tanto sobre el proceso de duelo como sobre la salud mental de la persona, y también puede aumentar el riesgo de la conducta suicida en las personas que experimentan el duelo. Son habituales los sentimientos de tristeza, culpa, rabia, vergüenza, rechazo, percepción de estigma, y a veces también desahogo y gratitud. Las y los adolescentes supervivientes necesitan dar un significado al suicidio y ser capaces de hablar de la experiencia. También es común experimentar una falta de apoyo social

El Equipo de Respuesta de Crisis Suicida coordinará los servicios de apoyo para el alumnado y el personal escolar que necesite asistencia adicional. Para ello deberá.

- Informar al alumnado y sus familias de cómo, cuándo y dónde pueden obtener ayuda. [Anexo 11](#).
- Valorar la posibilidad de orientar a los servicios de intervención especializados al alumnado más afectado por el fallecimiento cuando se perciba la persistencia de un malestar emocional intenso y que podría requerir niveles de apoyo más sostenidos e individualizados.
- Orientar a la persona a los recursos comunitarios, asociaciones de supervivientes y grupos de apoyo para la elaboración del duelo por una muerte por suicidio.
- Realizar un seguimiento del alumnado que había sido categorizado como de alto riesgo durante al menos seis meses y con menor intensidad durante uno o dos años.
- Este seguimiento se realizará a través de tutorías individuales. Para ello, se recomienda ofrecer la posibilidad al alumnado de elegir una persona de referencia en el centro con la que sienta un vínculo estrecho de confianza.

PASO 7: Devolver las pertenencias a la familia

Este es un momento de alto impacto emocional que por su gran simbolismo ha de ser cuidado con absoluto esmero y delicadeza por parte del centro educativo.

Equipo de Respuesta de Crisis Suicida llevará a cabo las siguientes acciones:

- Depositar las pertenencias de la alumna o alumno en un contenedor respetuoso que será entregado a la familia.
- Si la alumna o alumno disponía de una taquilla, se ha de asegurar lo antes posible para preservar el contenido para la familia o la Ertzaintza.
- Cuando el alumnado no esté presente y se cuente con la aprobación de la familia y/o la Ertzaintza, se procederá al vaciado de la misma.
- El profesorado implicado recopilará los trabajos escolares de la alumna o alumno fallecida y los entregará a la persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida.
- Hablar con la familia para determinar una fecha y hora para devolver las pertenencias en privado. Si la familia desea recoger las pertenencias en la escuela, la directora o director de la escuela junto a la persona coordinadora del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida estará presente para ayudar y ofrecer apoyo emocional.
- Eliminar el nombre de la alumna o alumno fallecido de las listas de correo de la escuela, las listas de clases individuales, etc.
- Decidir en coordinación con la tutora o tutor qué se va a hacer con la silla y pupitre de la alumna o alumno fallecido e informar a la clase. Esta decisión se puede tomar con la clase en su conjunto, aunque se recomienda que se retiren del aula en los 7-10 días posteriores al fallecimiento. Es un buen momento para llevar a cabo una reorganización física del aula y modificar la ubicación del alumnado.

PASO 8: Desarrollar un plan de acto conmemorativo

La elección de los actos conmemorativos adecuados es una de las cuestiones más delicadas a las que se enfrenta un centro educativo después de una muerte por suicidio. En pos de prevenir dejarse llevar por emociones intensas en momentos de crisis se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Acordar una política que no establezca diferencias categóricas en función del tipo de muerte.
- Proporcionar directrices apropiadas para las actividades conmemorativas diseñadas para honrar a cualquier miembro de la comunidad escolar que muera por cualquier motivo de una manera justa y equitativa. Ello elimina la posibilidad de que cierto tipo de muerte reciba más atención que otra.
- Diversos expertos recomiendan evitar homenajes multitudinarios y memoriales físicos en la escuela (fotos, flores, plantación de árboles, esculturas o placas conmemorativas) ya que se han relacionado con un efecto sensacionalista no deseado del suicidio y se ha asociado al contagio social del suicidio entre el alumnado vulnerable.
- Impulsar acciones que ayuden a mitigar el problema social del suicidio. Así, por ejemplo, se pueden hacer donaciones a una entidad o asociación local; participar en un evento de concienciación sobre la prevención del suicidio; comprar libros para la biblioteca de la escuela u organizar programas escolares que destaquen la resiliencia; crear actividades de servicio a la comunidad en la escuela que enfatizan la importancia de que los estudiantes se cuiden unos a otros y proporcionen oportunidades para tomar un papel activo en la ayuda a los demás; escribir un libro de recuerdos a la familia en el cual los estudiantes compartan sus sentimientos, recuerdos, etc. de la persona fallecida; implementar un programa de prevención del suicidio en la escuela; colaborar con agencias y grupos de la comunidad que promuevan la buena salud mental.
- Contar con la colaboración de la familia, el alumnado y el personal docente y no docente.

Los actos conmemorativos improvisados por el alumnado pueden resultar adecuados porque permiten canalizar el dolor emocional debido a la pérdida; no obstante, el Equipo de Respuesta de Crisis Suicida debe:

- Supervisar cualquier acto o lugar conmemorativo que ocurra en el recinto escolar.

- Asegurar que los objetos o mensajes que se depositan no sean inapropiados; es decir, que idealicen, denigren o estigmaticen a la alumna o alumno fallecido o su muerte. En tal caso se deben retirar o eliminar.
- Dejar un aviso de cuándo se retirará el memorial.

Por último, si se tiene conocimiento de que el alumnado ha establecido un monumento fuera de la escuela que pone en riesgo la seguridad de las personas (p. ej., en una vía férrea donde ocurrió el suicidio) el Equipo de Respuesta de Crisis Suicida debe notificarlo a la Ertzaintza.

PASO 9: Posvención como prevención

Tras el suicidio de una alumna o alumno y la aplicación del protocolo de posvención, se recomienda que los centros educativos a través del **Equipo de Respuesta de Crisis Suicida** revisen o modifiquen el sistema propuesto. Para ello el Equipo de Respuesta de Crisis Suicida debe realizar una revisión de los incidentes críticos algunos meses después de la muerte, una vez que el centro educativo haya recuperado el equilibrio. La revisión puede realizarse en tres etapas:

- Etapa 1: realizar una encuesta de valoración de la actuación llevada a cabo. Un miembro del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida recogerá la valoración del personal de la escuela sobre la gestión realizada en torno a la respuesta de la crisis suicida.
- Etapa 2: análisis de datos y transmisión al Equipo de Respuesta de Crisis Suicida.
- Etapa 3: el Equipo de Respuesta de Crisis Suicida se reunirá para analizar los resultados de la encuesta de valoración y la respuesta general de posvención ([Anexo 18](#)).

La reunión de revisión de incidentes críticos debe incluir:

1. Un reconocimiento y agradecimiento del esfuerzo realizado por la comunidad escolar.
2. Una revisión y evaluación del plan de actuación de crisis por una muerte por suicidio, incluyendo si dicho plan ha abordado o no todos los componentes críticos de la posvención.

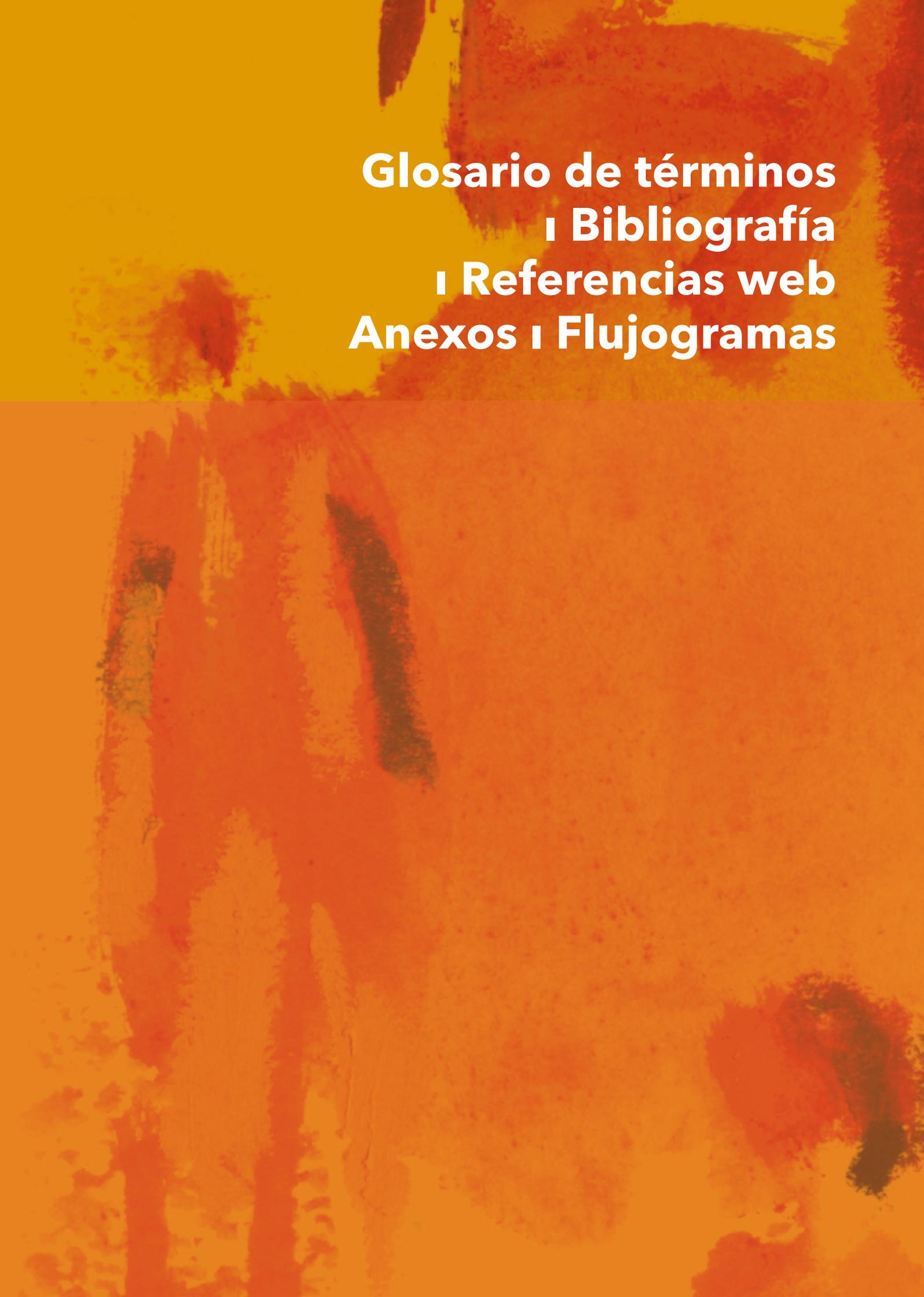
3. Un análisis de lo que ha funcionado bien, así como un reconocimiento de los retos que ha tenido que afrontar el Equipo de Respuesta de Crisis Suicida.
4. Una identificación de las futuras necesidades de formación del personal escolar con respecto a la prevención del suicidio.
5. Un desarrollo de un plan de implementación para las acciones acordadas.

Suicidio en el centro educativo

Si la muerte por suicidio ocurre en el propio centro educativo:

- Llamar al Centro de Coordinación de Emergencias de Euskadi SOS Deiak a través del teléfono 112 y avisar a algún miembro del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida, preferentemente a la coordinadora o coordinador del mismo.
- Asegurarse de que ninguna otra alumna o alumno o personal del centro se encuentra en peligro inmediato.
- Identificar a las personas que hallaron el cuerpo o fueron testigos del suicidio. Estas personas serán trasladadas a un lugar seguro y permanecerán bajo supervisión por miembros del Equipo de Respuesta de Crisis Suicida hasta que la Ertzaintza les haya tomado declaración o aconsejado otras acciones. Se avisará a sus familias para que los acompañen en todo momento.
- Simultáneamente aislar el área donde se encuentra el cadáver y liberar el espacio de personas utilizando pantallas, bloqueando los pasillos y/o utilizando los procedimientos de evacuación.
- Recordar que no se deben retirar ni alterar objetos del lugar hasta que se proceda al levantamiento del cadáver, que requiere la actuación de la comisión judicial integrada por juez, secretario judicial y médico forense.
- Avisar a la familia y seguir las indicaciones del **Paso 2** y posteriores del Plan de actuación de Respuesta a la Crisis Suicida descrito más arriba.

El contenido de este punto está resumido en el [Flujograma 5](#).



**Glosario de términos
| Bibliografía
| Referencias web
Anexos | Flujogramas**

Glosario de términos

AMENAZA SUICIDA: acto comunicativo de carácter verbal, o no verbal, que pretende comunicar o sugerir un riesgo de suicidio.

AUTOLESIÓN NO SUICIDA: daño autoinfligido que, sin intención de provocar la muerte, busca mitigar el dolor mental (golpear o cortar los propios tejidos).

AUTOLISIS: suicidio.

COMUNICACIÓN SUICIDA: acto interpersonal de comunicación de un eventual riesgo de conducta suicida -como la amenaza de suicidio-.

CONDUCTA SUICIDA: dimensión o continuum que integra la ideación suicida, la comunicación suicida, el intento de suicidio, y el suicidio.

CONTAGIO SUICIDA: repetición de un comportamiento suicida por el conocimiento y/o influencia de otra conducta suicida previa en personas vulnerables.

FACTOR DE PROTECCIÓN: condición que disminuye el riesgo de una eventual conducta suicida.

FACTOR DE RIESGO: condición que incrementa el riesgo de una eventual conducta suicida.

GATEKEEPER: profesional capaz de identificar señales de alarma y conectar las a personas en riesgo de suicidio del entorno, con los recursos de ayuda necesarios.

IDEACIÓN SUICIDA: pensamiento que involucra a la persona en cualquier tipo de conducta suicida.

INTENTO DE SUICIDIO: comportamiento que se lleva a cabo con el propósito explícito - o implícito- de provocar la propia muerte; también denominado tentativa de suicidio.

PAPAGENO: personaje de La Flauta mágica, de Mozart, que da nombre al efecto Papageno o efecto preventivo del suicidio.

PLAN DE SUICIDIO: método o procedimiento estructurado con el que llevar a cabo el suicidio.

POSVENCIÓN: cualquier actividad realizada por, para y/o con las personas supervivientes, con el objetivo de promover la recuperación de éstas tras la pérdida de un ser querido por suicidio, y prevenir así secuelas emocionales.

SEÑAL DE ALARMA: comportamiento que anticipa el riesgo de una conducta suicida inminente (hablar del propio suicidio, hacer planes de suicidio, buscar métodos de suicidio).

SUICIDIO: fallecimiento sobrevenido como resultado del comportamiento deliberado que la persona lleva a cabo con el propósito de provocar su propia muerte.

SUICIDOLOGÍA: ámbito de estudio multidisciplinar que aborda la prevención, abordaje y posvención de la conducta suicida.

SUPERVIVIENTE: persona que sufre la pérdida por suicidio de un ser querido, y cuya vida cambia a causa del impacto de dicha pérdida.

WERTHER: protagonista de la novela Las cuitas del joven Werther, de Goethe, que da nombre al efecto Werther o efecto contagio del suicidio.

Bibliografía

- Beck, A. T., Resnik, H. L. y Lettieri, D. J. (Eds.). (1974). *The prediction of suicide*. Charles Press Publishers.
- Brent, D. (2021). Effective treatments for suicidal youth: pharmacological and psychosocial approaches. En D. Wasserman (Ed.), *The Oxford handbook of suicidology and suicide prevention* (pp. 593-608). *Oxford library of psychology*. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780198834441.003.0069>
- Brent, D. A. y Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 157-177. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.001>
- Canetto, S. S. y Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 28(1), 1-23. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Durlak J.A., Weissberg R.P., Dymnicki A.B., Taylor R.D. y Schellinger K.B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-32. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Lim, C., Brener, N. D., Wechsler, H. y Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2008). Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*, 57(4), 1-131.
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A. y Boatman, A. E. (2020). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 61(3), 294-308. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
- Gobierno de Aragón (2021). *Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo. Guía para centros escolares. Protocolo de actuación inmediata*. <https://educa.aragon.es/documents/20126/1903385/Gu%C3%ADa+Prevenci%C3%B3n+Suicidio+FINAL+web.pdf/e47b2d60-4079-404f-0976-e10b2790b58a?t=1632811010706>
- Gobierno Vasco (2019). *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf
- Gvion, Y. y Apter, A. (2016). Evidence based prevention and treatment of suicidal behavior in children and adolescents. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds.), *The international handbook of suicide prevention* (2º ed., pp. 301-322). John Wiley & Sons. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch17>
- Klonsky, E. D., Qiu, T. y Saffer, B. Y. (2017). Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 15-20. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000294>
- Ley orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, 134, de 5 de junio de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>
- Lim K.S., Wong C.H., McIntyre R.S., Wang J., Zhang Z., Tran B.X., Tan W., Ho C.S. y Ho R.C. (2019) Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4581. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>

- Maris, R. W., Berman, A. L. y Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press.
- Miller, D. N. (2021): *Child and adolescent suicide behavior: school-based prevention, assessment, and intervention*. Second Edition. Guilford Press.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L. y Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and de-liberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10. DOI: <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. DOI: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A. y Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868-876. DOI: <https://doi.org/10.1038/mp.2009.29>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey replication adolescent supplement. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 70,300-310. DOI: <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Orden del 21 febrero de 2022, de la Consejería de Igualdad, Justicia y Políticas sociales de aprobación previa del anteproyecto de Ley de Infancia y Adolescencia. https://www.legegunea.euskadi.eus/contenidos/tramita_ley/dncg_ley_2823_19_04/es_def/adjuntos/ORDEN%20Aprobacion%20Previa_Anteproyecto%20de%20Ley%20de%20Infancia%20y%20Adolescencia_ES.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2021). Suicide worldwide in 2019. Organización Mundial de la Salud.
- Robinson J, Calear A.L. y Bailey (2018) E. *Suicide prevention in educational settings: a review*. *Australas Psychiatry*. 26(2), 132-140. DOI: <https://doi.org/10.1177/1039856218759406>
- Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. En T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355–368). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-016>
- Shain, B., Braverman, P. K., Adelman, W. P., Alderman, E. M., Breuner, C. C., Levine, D. A. y the Committee on Adolescence. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1), e20161420. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>
- Shneidman, E. S. (1994). Clues to suicide, reconsidered. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 24(4), 395-397. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1994.tb00818.x>
- Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press.

Bibliografía consultada

- Ortiz, E., Meza Meza, M. y Cañón, S. (2019). Determinación de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Collection of Articles on Medicine*. 1 URL https://www.scipedia.com/public/Ortiz_et_al_2019a
- Esposito Smythers, C., Spirito, A., Uth, R. y LaChance, H. (2006). Cognitive behavioral treatment for suicidal alcohol abusing adolescents: Development and pilot testing. *The American Journal on Addictions*, 15, 126-130. DOI: <https://doi.org/10.1080/10550490601006188>
- Dumon, E. y Prof. Dr. Portzky, G. (2014). *Unidad de Investigación en Suicidio Universidad de Gante. Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio*. Euregenas. https://aidatu.org/wp-content/uploads/2018/07/Herramienta-colegios_def.pdf
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P. y Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>

Referencias web

- Instituto Nacional de Estadística (10 de noviembre de 2021). *Defunciones por suicidios Resultados nacionales. Tasas de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=29991>
- Instituto Vasco de Estadística, EUSTAT (20 de abril de 2022). *Tasa de mortalidad por suicidio por territorio histórico y sexo. Indicadores de la Agenda 2030. C.A. de Euskadi. 2010-2020*. https://www.eustat.eus/elementos/ele0018600/tasa-de-mortalidad-por-suicidio-por-territorio-historico-y-sexo-indicadores-de-la-agenda-2030-ca-de-euskadi/tbl0018642_c.html
- TheTrevorProject. (15 de diciembre de 2021). *Facts About LGBTQ Youth Suicide* <https://www.thetrevorproject.org/resources/article/facts-about-lgbtq-youth-suicide/>

Anexos

Anexo 1. Comunicación a Inspección y al Berritzegune Nagusia de un alumno o alumna con riesgo de conducta suicida.	
Anexo 2. Equipo de Respuesta de Crisis suicida.	
Anexo 3. Actuaciones para elaborar el procedimiento de actuación de respuesta de crisis suicida.	
Anexo 4. Autorización de la familia para la coordinación entre profesionales.	
Anexo 5. Autorización del alumnado mayor de edad para la coordinación con otros profesionales.	
Anexo 6. Informe de derivación a otros servicios.	
Anexo 7. Notificación de situaciones de riesgo.	
Anexo 8. Plan de seguridad del alumnado.	
Anexo 9. Registro breve de la intervención en crisis.	
Anexo 10. Plan Personalizado de Transición y Reincorporación.	
Anexo 11. Orientaciones a la familia y recursos disponibles después de intento de suicidio.	
Anexo 12. Actividades de role playing.	
Anexo 13. Orientaciones para favorecer la reincorporación al aula del alumnado ausente por motivos médicos.	
Anexo 14. Orientaciones para una comunicación sobre el suicidio.	
Anexo 15. Notificaciones por muerte de causa desconocida.	
Anexo 16. Notificaciones una vez ocurrido un suicidio.	
Anexo 17. Orientaciones para hablar de suicidio en el aula.	
Anexo 18. Evaluación del proceso de posvención.	

Flujogramas

- Flujograma 1. Procedimiento de actuación en crisis suicida.
- Flujograma 2. Procedimiento derivación Salud Mental.
- Flujograma 3 y 4. Procedimiento de reincorporación al centro educativo después de una tentativa de suicidio.
- Flujograma 5. Procedimiento de posvención en el centro educativo.