

Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar.

Eva Dumon & Prof. Dr. Gwendolyn Portzky

Unidad de Investigación en Suicidio – Universidad de Gante

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



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union



RECURSOS

Prevención, Intervención y Postvención del suicidio escolar

Eva Dumon & Prof. dr. Gwendolyn Portzky

Unidad de Investigación en Suicidio, Universidad de Gante

2014

Agradecimientos

Este recurso ha sido desarrollado por la Unidad de Investigación de Suicidio de la Universidad de Gante, que es el socio principal del Paquete de Trabajo (WP) 6 del Proyecto Euregenas, con el apoyo del Gobierno de Flandes y la valiosa colaboración del resto de socios del proyecto Euregenas, así como la importante aportación de expertos locales en prevención del suicidio, a los que se les ha invitado a proporcionar sus comentarios, observaciones y opiniones:

- Los miembros asociados a Euregenas (ver p. 45 lista completa con todos los socios);
- El Comité Científico del Proyecto Euregenas
- Los participantes en las reuniones de la red regional de Euregenas, con un agradecimiento especial a VIGeZ por su contribución a estas directrices de actuación.

*Estas redes regionales se crearon en cinco regiones participantes para apoyar el desarrollo y la implementación de estas directrices. Las redes han involucrado a responsables políticos de dichas regiones, expertos en salud pública, agentes sociales claves y actores comunitarios de la prevención del suicidio, y a las partes interesadas en el campo de la prevención del suicidio.

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

[Los iconos de estas directrices de actuación han sido desarrollados por Freepik e IcoMoon]

Indice

RESUMEN EJECUTIVO	4
INTRODUCCIÓN	5
PARTE 1. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN LA POLÍTICA DE SALUD ESCOLAR	7
ESTRATEGIA 1 – Estrategias para tener “Escuelas Saludables”	8
ESTRATEGIA 2 – Desarrollo de programas de Programas Escolares de Prevención	13
1. Programas de psicoeducación	14
2. Programas de desarrollo de habilidades	18
3. Programas de formación para orientadores, consultores escolares y profesores (gatekeepers)	21
4. Programas de detección	23
ESTRATEGIA 3 - Prestar especial atención al personal y estudiantes vulnerables	25
ESTRATEGIA 4 – Restricción del acceso a métodos letales	28
PARTE 2. INSTRUMENTOS UTILES	29
INSTRUMENTO 1 – Información Importante sobre la conducta de suicidio	30
INSTRUMENTO 2 - ¿Cómo identificar y tratar estudiantes que se suicidan	35
INSTRUMENTO 3 - Qué hacer después de un suicidio (o un intento)	39
INSTRUMENTO 4 – Guía para informar en clase sobre el suicidio (o intento)	47
LISTA DE VERIFICACIÓN	48
SOBRE EL PROYECTO EUREGENAS	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52



Resumen Ejecutivo.

El objetivo de estas directrices de actuación es proporcionar una herramienta para la prevención, la intervención y la postvención del suicidio en el ámbito escolar. La guía incluye dos partes principales:

1. La primera parte está dirigida a gestores y dirigentes políticos en el campo de la educación. Esto proporciona un **MARCO EN POLITICAS** de salud escolar, incluyendo una presentación general de las estrategias y programas escolares efectivos con el objetivo de promocionar la salud mental y la prevención del suicidio.

2. La segunda parte ofrece una serie de **DIRECTRICES DE ACTUACION** para el personal de los colegios como el director, profesorado y orientadores escolares, incluyendo:

- **Factores principales en la conducta suicida**
- **Estrategias de intervención**, describiendo cómo identificar los estudiantes en riesgo de suicidio y cómo interactuar con ellos.
- **Estrategias de postvención**, para utilizarlas tras el intento de suicidio o suicidio de un estudiante (o miembro del personal) incluyendo un prototipo para un plan de crisis.
- **Guías para la conversación en clase** tras un suicidio o intento de suicidio de un estudiante (o miembro del personal).
- **Una lista de verificación** la cual resume los principales puntos a tratar en esta caja de herramientas.

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

- **Directrices Generales para la prevención de suicidio**, desarrolladas por Euregenas y disponibles en el sitio web: www.euregenas.eu (versión española: www.euregenas.es).
- Algunos países han desarrollado también recursos específicos y programas, locales y nacionales, para la promoción de la Salud Mental y la prevención del suicidio en los colegios.

Estas Directrices de actuación están disponibles en varios idiomas y puede ser descargada en www.euregenas.eu / www.euregenas.es

INTRODUCCIÓN

Sobre Euregenas

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

Desarrollo de este recurso

Las Directrices establecidas en este documento se fundamenta en un **análisis de necesidades de los agentes clave** (personas y profesionales que trabajan en contacto con las personas en riesgo de suicidio) que se llevaron a cabo a nivel regional y **una exhaustiva revisión de la literatura y de buenas prácticas** integradas en el paquete de trabajo 4 del proyecto Euregenas. Además, se realizó una revisión de la literatura internacional sobre la evidencia de las estrategias y programas de prevención de suicidio a nivel escolar, utilizando “La web de Ciencia” (2000-2014). Finalmente, se ha establecido en cinco de las regiones participantes **Redes Regionales** para apoyar el desarrollo y la implementación de estas guías. Las Redes implican a gestores y responsables políticos, expertos en salud pública, agentes sociales y profesionales que trabajan en la comunidad en el campo de la prevención del suicidio.



¿Por qué unas Directrices para prevenir el suicidio en los colegios?

- El suicidio es la **principal causa de muerte** entre la gente joven en toda Europa. La prevalencia varía entre los distintos países, pero las ideaciones y los intentos de suicidio parece ser un problema de salud mental frecuente en la gente joven (Madge et al., 2008). Un estudio con estudiantes entre 15-16 años en 17 países europeos mostró que la prevalencia media de pensamientos sobre autolesionarse era del 7,4% (rango entre 2.1%-15.3%) y la prevalencia de un intento de suicidio a lo largo de la vida era del 10.5% (rango 4.1%-23.5%) (Kokkevi et al., 2012).
- Son necesarias estrategias de intervención y postintervención de conducta suicida en los ámbitos escolares, porque los/as jóvenes emplean una considerable cantidad de su tiempo en el colegio. En este sentido, la prevención del suicidio exige una **aproximación multi-sectorial**, ya que no solo es un problema importante de salud pública, sino también para otros sectores como el de la educación.

➡ Por tanto, se han desarrollado unas Directrices una guía de recursos para los colegios, dirigidas, por un lado, a gestores y responsables **políticos**, y por otro a los **responsables en el ámbito escolar**, como directores, profesores y orientadores escolares. El objetivo es ofrecer información general sobre conductas suicidas en los colegios, una visión general sobre estrategias de prevención y promoción de la salud mental en el ámbito escolar, ejemplos de buenas prácticas e instrumentos prácticos. Esta guía proporciona un esquema sobre la potencial contribución de la prevención de suicidio en el ambiente escolar local.

PARTE 1

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN LA POLÍTICA DE SALUD ESCOLAR

Cuando se desarrollan programas de prevención de suicidio en los colegios que pretenden ser eficaces y globales, se deben **integrar en las políticas de salud escolar y en un enfoque escolar integral**.

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

- Dirigidas a **ESTUDIANTES** (especialmente en los más vulnerables) como por ejemplo a través de Psicoeducación, de formación en habilidades, seguimiento de su salud, etc.
- Dirigido a **PROFESORES Y PERSONAL ESCOLAR**, por ejemplo mediante la formación de responsables académicos, tutores, apoyo a los profesores y proporcionando un lugar de trabajo seguro y saludable.
- Dirigido al **TODO EL ENTORNO ESCOLAR**, por ejemplo restringiendo el acceso a métodos letales, o mediante una estrecha cooperación con los servicios de Salud Mental, o incluso mejorando el ambiente escolar (por ejemplo, involucrando a estudiantes y a sus padres)

La siguiente parte se centrará en los cuatro tipos de estrategias de prevención en el ámbito escolar.

Es necesario una combinación de estas (cuatro) estrategias para asegurar una política efectiva:

- 1. Desarrollando estrategias para tener “escuelas saludables”
- 2. Desarrollo de **programas de prevención** dirigidos a los colegios y escuelas.
- 3. Prestar especial atención y cuidado **al personal y estudiantes vulnerables**.



- **4. Restringir el acceso a métodos letales.**

Más información sobre las estrategias de prevención de suicidio, en general, se puede encontrar en la publicación de Euregenas “Guías generales en la Prevención de suicidio”, disponible en www.euregenas.eu (www.euregenas.es).

ESTRATEGIA 1

ESTRATEGIAS PARA TENER DE “ESCUELAS SALUDABLES”

Todos los colegios deberían tener “estrategias para tener “escuelas saludables” que incluyan estrategias dirigidas a la promoción de la Salud **mental**, y destinadas a obtener un cuidado extra para los estudiantes y profesores en riesgo de problemas mentales. Aunque se ha realizado un poco investigación sobre la eficacia de la promoción de la salud mental general en los resultados del suicidio, se puede asumir que las políticas de salud escolar pueden contribuir a la prevención del suicidio porque están destinadas a mejorar factores como resiliencia, habilidades de adaptación, inclusión social y un ambiente escolar sano, que podrían actuar como factores protectores de la conducta suicida.

A continuación se abordan cuatro de las acciones más relevantes que se deben considerar en las estrategias y acciones de salud (mental) escolar, incluyendo algunos ejemplos prácticos:

1. Invertir en salud mental: ¿qué significa?
2. Apoyar la seguridad escolar y reducir el bullying o acoso escolar
3. Apoyo a los profesores
4. Involucrar a los padres y a los Servicios de Salud Mental



1 Invertir en Salud Mental

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

- 1. Incrementar la resiliencia emocional y reducir la vulnerabilidad** a problemas de salud mental a través del desarrollo de habilidades personales, autoestima, estrategias de adaptación, habilidades de resolución de problemas y autoayuda, lo cual llevaría a incrementar la capacidad para afrontar las transiciones vitales y el estrés. Por ejemplo, desarrollando formación en habilidades para estudiantes.
- 2. Proporcionando una mejor información, concienciación y educación** sobre salud y enfermedad mental. Por ejemplo, estableciendo campañas de concienciación dirigidas a mejorar las actitudes y facilitar conductas de búsqueda de ayuda. El punto de inicio podría ser el 10 de Octubre (Día Mundial de la Salud Mental).
- 3. Incrementando la inclusión social y la cohesión.** Este objetivo asegura un ambiente escolar seguro y cálido. Para ello será relevante un trabajo dirigido a la sensibilización y reducción del estigma y la discriminación (por ejemplo, respecto a grupos minoritarios) o desarrollar ambientes de apoyo (por ejemplo, red de autoayuda).
- 4. Proporcionando más y mejores servicios de salud y atención social,** especialmente a las poblaciones más desatendidas en la actualidad con necesidades no satisfechas. Por ejemplo, los colegios deberían invertir en la accesibilidad a los cuidados, como por ejemplo, centros de cuidados en salud mental o consejeros escolares en los colegios.
- 5. Proporcionar una mejor protección y apoyo social,** especialmente para las personas con riesgo de exclusión o afectados de un trastorno mental, particularmente aquellos que pertenecen a

Las investigaciones han mostrado una evidencia positiva en cuanto a la eficacia obtenida de los programas de prevención que adoptan una aproximación integral escolar, son instauradas continuamente durante más de un año y su objetivo es la promoción de la salud mental en lugar de prevención de la enfermedad mental. (Wells, 2003).

grupos socialmente en desventaja. Por ejemplo, formar a los tutores y profesores en la identificación y manejo de estudiantes en riesgo, y por supuesto, proporcionando un apoyo extra a todos ellos.

EJEMPLO



“ENTRENADORES EN PREVENCIÓN”

En el marco del Plan de Actuación flamenco (Bélgica) para la prevención de suicidio, el gobierno Flamenco junto con la red regional de salud desarrolló el “proyecto de entrenadores en prevención”. En cada provincia de Flandes, los entrenadores asistieron a los institutos estableciendo políticas integradas en salud mental y desarrollando un plan de acción dirigido al Consejo escolar, los profesores, padres y alumnos.

La estrategia contiene seis componentes:

1. Promover la salud mental y crear una atmósfera positiva en los colegios;
2. Mejorar la educación de los estudiantes con respecto a la gestión de conflictos sociales y habilidades en resolución de problemas;
3. Reconocer signos de alarma de pensamientos y conductas de suicidio, y orientar en los colegios a los estudiantes en riesgo;
4. Educar a los profesores, consejeros y directores;
5. Desarrollar normas de derivación para tratamiento fuera de los colegios;
6. Esforzarse en una amplia participación de todos los profesionales implicados en la prevención del suicidio.

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

2 Apoyar la seguridad escolar y reducir el acoso

Invertir en la salud mental también significa apoyar la seguridad en los colegios y construir un clima en el que se pueda hablar sobre tópicos como la depresión, el miedo o el estrés y afrontarlos.

Reducir el acoso es fundamental para asegurar un clima de seguridad en el colegio. La



investigación muestra que el acoso (y el ciberacoso), hostigamiento y victimización entre estudiantes puede contribuir a la enfermedad mental e incrementa el riesgo de suicidio (Brunstein Klomek et al., 2007). Es fundamental que los colegios pongan en marcha políticas antiacoso y garanticen programas de intervención para prevenir el acoso en el colegio, adjunto o incluido en las políticas de salud escolares. Con ello se trata de crear una cultura escolar más completa y comprensiva.

EJEMPLO



“KiVa”

OBJETIVOS Y COMPONENTES

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

INVESTIGACIONES

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



IMPLEMENTACIÓN

Materiales e información local sobre la implementación y el uso del programa KiVa está disponible en UK, US, Estonia, Bélgica y Holanda. Puede encontrar más información en su página web.

www.kivaprogram.net

③ Apoyar a los profesores

Igualmente, se debería promover y supervisar **la salud mental de los profesores** y otros trabajadores del colegio. El cuidado y apoyo para el personal del colegio debe ser fácilmente accesible. Iniciativas dirigidas a prevenir y manejar la conducta suicida en el lugar de trabajo, puede encontrarse en la herramienta de Euregenas “Prevención y manejo de la conducta suicida. Una herramienta para el lugar de trabajo”, disponible en la web de Euregenas: www.euregenas.eu/
www.euregeneas.es

EJEMPLO

“CUESTIONES DE LA MENTE”



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

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

www.mindmatters-schule.be



4 Implicar a padres y a Servicios de Salud Mental

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

ESTRATEGIA 2

DESARROLLO DE PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN

Una vez que se establece la política de salud escolar, los colegios pueden hacer uso de los programas de prevención existentes con el objetivo de promover la salud mental y prevenir el suicidio en los colegios. Aquí se presentan cuatro tipos de programas de prevención: Programas de Psicoeducación, entrenamiento en habilidades, entrenamiento de los responsables y programas de screening.

Todos estos programas han sido debatidos frecuentemente en las revisiones de la literatura (Cusimano et al., 2011; Katz et al., 2013; Miller et al., 2009; Robinson et al., 2013). De acuerdo con las investigaciones, la mayoría de las intervenciones dirigidas a los colegios suele ser formación de los responsables y programas de screening, pero se necesitan más investigaciones (Robinson et al., 2013).



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

*La información básica sobre conducta suicida está incluida en la Guía titulada **Directrices Generales para la Prevención del Suicidio**. Se recomienda leer estas directrices y conocer los aspectos más fundamentales, antes de comenzar con el desarrollo de los programas de prevención (de suicidio).*

1 Programas de Psicoeducación

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

¡IMPORTANTE! variados

Los programas que solo se centran en la conducta suicida (por ejemplo, educación sobre la epidemiología, los mitos y la complejidad de la conducta suicida), muestran **resultados** contradictorios respecto a los cambios de actitudes, conocimientos y conductas, demostrándose alguna mejoría, pero también algún efecto perjudicial tal como una disminución en las actitudes deseables; una reducción en la probabilidad de recomendar evaluaciones de salud mental a un amigo en riesgo de suicidio; mayor desesperanza y respuestas de afrontamiento desadaptadas

entre niños tras la exposición del programa; y reacciones negativas entre estudiantes con historia de conductas suicidas (Reviewed in Gould et al., 2003). Un estudio en Flandes mostró que este programa mejoraba los conocimientos sobre el suicidio y las actitudes hacia las personas suicidas pero no tiene efectos sobre el uso de estilos de afrontamiento o niveles de desesperanza (Portzky & van Heeringen, 2006).

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

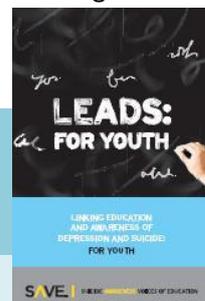
A continuación se presentan dos ejemplos de programas de psicoeducación que abordan tanto la depresión como el suicidio, y que son descritos como buenas prácticas.

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

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

EJEMPLO 1

“LEADS Para Jóvenes”



OBJETIVOS Y COMPONENTES

LEADS Para Jóvenes (“Combinación de educación y concienciación en depresión y suicidio) es un programa para estudiantes de instituto que está diseñado para incrementar los conocimientos sobre depresión y suicidio, aumentar los conocimientos sobre los recursos para la prevención de suicidio y mejorar las intenciones de desarrollar conductas de búsqueda de ayuda. El programa aborda temas como la depresión y sus síntomas, la asociación entre depresión y suicidio, los factores de riesgo y protectores asociados al suicidio, las señales de alarma de la conducta de suicidio, la búsqueda de ayuda y la superación de barreras durante la misma, y los recursos para la

prevención de suicidio en la comunidad y en los colegios. Educando a los alumnos en la búsqueda de ayuda e informándoles sobre los recursos disponibles a nivel local, la intervención se debe dirigir a habilitar a los estudiantes en obtener ayuda para ellos mismos o para otros.

Los profesores deberían poner en práctica el programa durante una hora al día en un periodo de tres días. Cada sesión incluye una lectura en clase, actividades individuales y grupales, y discusión en pequeños grupos, seguido de actividades y tareas fuera del colegio. La intervención incorpora actividades basadas en la tecnología, tal como un blog simulado, actividad en email y mensajes instantáneos, un proyecto de concienciación innovador. Se pretende que la implementación de LEADS tenga lugar como parte de un plan de gestión de crisis suicida escolar.

INVESTIGACIÓN

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

IMPLEMENTACIÓN

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

www.save.org

EJEMPLO 2



“Signos de suicidio (SOS)”

OBJETIVOS Y COMPONENTES

El programa de prevención SOS (‘Signos de Suicidio’) es un programa galardonado que ha sido diseñado para estudiantes de instituto. El programa enseña a los estudiantes cómo identificar los síntomas de depresión y riesgo de suicidio en ellos mismos y en sus amigos, y favorece la búsqueda de ayuda a través del uso de la técnica ACT*: **Reconocer** que hay un problema; permitir que tus amigos sepan que te **Preocupa**; y después **contárselo** a un adulto de tu confianza. El programa está



diseñado para mejorar los conocimientos sobre el suicidio y realizar un cribado de depresión en los estudiantes. La herramienta utilizada para el cribado fue Escala de depresión de Columbia (CDS).

INVESTIGACIÓN

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

IMPLEMENTACIÓN

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

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



¡IMPORTANTE!

TRABAJAR CON HISTORIAS, PELÍCULAS Y TEATRO

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



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

2 Programas de desarrollo de habilidades

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

Otro tipo de programa de entrenamiento en habilidades se dirige a **la capacitación de algunos estudiantes para que lideren cambios de conducta en sus compañeros en riesgo** (ayuda mutua). Este programa es similar a los programas de entrenamiento en habilidades, pero tiene en cuenta a compañeros líderes para ofrecer el programa. Formar a unos compañeros para ayudar a otros compañeros (que han realizado una conducta de suicidio) puede ser una estrategia eficaz, ya que los jóvenes a menudo buscan ayuda en su red social que más habitualmente son como ellos (Michelmores & Hindley, 2012). La formación de estudiantes líderes les sitúa en posición de ayudar a compañeros con riesgo de suicidio formándolos para responder de forma apropiada y buscar ayuda



en adultos de confianza. Esto fomenta la adopción de normas de afrontamiento positivas en los ambientes escolares (Gould et al., 2003). Sin embargo, hay que considerar que la selección de estos estudiantes líderes que promoviesen el cambio debe realizarse con cuidado, y además deben ser apoyados y monitorizados en todo momento.

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

EJEMPLO



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

OBJETIVOS Y COMPONENTES

El GBG es una intervención global en el aula dirigido a estudiantes de entre 5 y 11 años. Promueve la realización de un trabajo en las aulas por equipos consistente en una intervención conductual dirigida a ayudar a los jóvenes a desarrollar un autocontrol, mediante recompensa al equipo que encuentre el comportamiento estándar señalado por el profesor. El propósito del programa es crear un entorno en el aula donde unos estudiantes sean apoyados por otros y puedan aprender en un ambiente en el que se eviten conductas disruptivas o agresivas. Los profesores exponen las reglas del juego respecto a la conducta de los estudiantes, y todos los equipos que acumulen 4 o menos infracciones, recibidas en base a su comportamiento, serán recompensados.

INVESTIGACIÓN

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



IMPLEMENTACIÓN

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

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

EJEMPLO



“Puntos fuertes”

OBJETIVOS Y COMPONENTES

Puntos Fuertes es un proyecto de buena práctica para la prevención del suicidio en jóvenes que utiliza el poder que tiene **“la red social de iguales”** en la prevención del suicidio, el acoso y el abuso de sustancias. Se ha empleado en estudiantes de 13 a 25 años. Los alumnos considerados líderes, seleccionados por los educadores, son formados para promover entre sus amigos el que se identifiquen y vinculen con adultos de confianza y facilitar la mejora de las capacidades de afrontamiento.

Puntos fuerte es un programa universal diseñado para incrementar:

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

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

Puntos fuertes tiene un planteamiento distinto en la prevención del suicidio en jóvenes yendo más allá al centrarse exclusivamente en los factores de riesgo mediante la creación de múltiples elementos protectoras de apoyo en el entorno de los jóvenes, de modo que dispongan de fortalezas con las que contar en los momentos difíciles.



INVESTIGACIÓN

Las investigaciones muestran que formar a jóvenes líderes permitió que en los casos de amigos suicidas se vinculasen a adultos con una frecuencia cuatro veces superior (comparado con el grupo control), lo cual se explica por la percepción del incremento de apoyo por la persona adulta y a la aceptación de búsqueda de ayuda (Wyman et al., 2010). Puntos fuertes proporciona a los estudiantes la oportunidad de influir positivamente en los compañeros de clase en riesgo e incrementar la percepción entre los estudiantes de que los adultos pueden ayudar.

IMPLEMENTACIÓN

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

<http://sourcesofstrength.org/>

③ Programas de formación para orientadores, consultores escolares y profesores (gatekeepers)

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

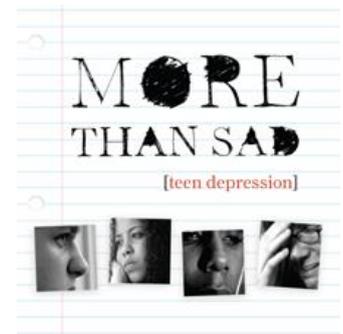
Además, los profesores pueden desempeñar un importante papel en el refuerzo de factores protectores, creando un entorno de apoyo, que reduzca el umbral de la atención sanitaria para los estudiantes.

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

A continuación se muestra un ejemplo de un programa de formación para responsables. Se incluye otro ejemplo en el “Proyecto Trevor”. La eficacia de estos programas no ha sido estudiada ni probada aún, pero se consideran muy prometedores.

EJEMPLO

“Más que triste”



OBJETIVOS Y COMPONENTES

“Más que triste: Educación en prevención de suicidio para profesores y otros profesionales del colegio que ha sido desarrollado por la Fundación Americana para la Prevención del suicidio y diseñada para ayudar a los educadores a comprender mejor las conductas de suicidio en los adolescentes, incluyendo las causas, el tratamiento y la prevención. El programa se construye entorno a dos DVDs de 25 minutos: *Más que triste: prevención del suicidio adolescente* y *Más que triste: Depresión adolescente*. Se muestra como los adolescentes pueden presentar un trastorno mental potencialmente mortal. También incluye un manual de instrucciones de 42 páginas para los participantes y diapositivas para los profesores formadores. Un Comité de expertos dirige el desarrollo de todo el material. El programa es también válido para padres y otras personas que atiendan o trabajen con jóvenes. El programa responde a las siguientes preguntas:

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

INVESTIGACIÓN

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



IMPLEMENTACIÓN

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

www.morethansad.org / www.afsp.org

4 Programas de detección

Se debe motivar a profesores y orientadores escolares a vigilar la salud de los estudiantes siguiendo de cerca a aquellos que presenten aislamiento social, dificultades en las relaciones y su rendimiento escolar a lo largo de los años está bajando para identificar posibles problemas o conflictos, como indicadores de salud mental. En este sentido, puede resultar de utilidad el empleo de programas de detección validados. Estos programas consisten en la identificación de estudiantes en riesgo de suicidio, principalmente mediante la aplicación de cuestionarios autoaplicados y/o entrevistas individuales, con el fin de remitirlo, si fuera necesario, a un servicio de ayuda especializado.

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

EJEMPLO

“Detección adolescentes”



OBJETIVOS Y COMPONENTES

El instrumento “detección adolescentes”, desarrollado por la Universidad de Columbia, es un cuestionario general autoaplicado, que evalúa los factores de riesgo de suicidio. El instrumento se centra en un cribado escolar, pero también puede utilizarse en atención primaria y en otros lugares. A todos los jóvenes en el colegio, con el consentimiento de sus padres, se les dará un



cuestionario validado informatizado que les valora tanto el riesgo de padecer una enfermedad mental como el de suicidio. El cuestionario incluye ítems sobre depresión, pensamientos e intentos de suicidio, ansiedad y uso de sustancias, y el adolescente tarda unos diez minutos en completarlo. Una vez que las respuestas del cuestionario son analizadas, si se identifica a algún adolescente con un posible riesgo de suicidio u otra preocupación de salud mental, este es evaluado por un profesional de salud mental o al menos de la red de salud. El resultado de esta evaluación determina si el adolescente debería ser derivado a los servicios de salud mental. Si es el caso, se involucra a los padres y se facilita ayuda del servicio de salud mental que le corresponda. El Programa de Teenscreen® “detección adolescente” de la Universidad de Columbia ofrece consultas, material para la detección, software, formación y asistencia técnica para capacitar a los colegios y a las comunidades. A cambio, los socios de “detección adolescente” prevén cribar al menos 200 adolescentes al año y garantizar que un profesional de salud mental esté *in situ* para asesorar de forma inmediata y derivar a los servicios clínicos a adolescentes con alto riesgo.

INVESTIGACIÓN

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

IMPLEMENTACIÓN

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



ESTRATEGIA 3

PRESTAR ESPECIAL ATENCIÓN AL PERSONAL Y LOS ESTUDIANTES VULNERABLES

Cuando se trabaja en salud mental en los colegios, es importante tener en cuenta ese grupo vulnerable, vigilar su salud y proporcionar una atención extra mediante el desarrollo de intervenciones dirigidas y adaptadas a ese grupo de población. No obstante, estas iniciativas deben dirigirse no solo a estudiantes, sino también a profesores y otros miembros del personal del colegio.

¿Cuáles son las personas de alto riesgo?

- Los grupos de mayor riesgo para tener pensamientos y planes de suicidio son los que han realizado **un intento de suicidio previo** (estudiantes que ya han intentado suicidarse en el pasado) y **personas con trastornos psiquiátricos** (por ejemplo, trastornos depresivos, trastornos por abuso de alcohol y sustancias, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad,...).
- Las personas que han perdido a alguien querido por suicidio (también conocidos como **“supervivientes” de un suicidio**) presentan un alto riesgo de padecer enfermedades físicas y psicológicas y realizar intentos de suicidio (Beautrais, 2004; Qin et al., 2002). Es fundamental proporcionar una atención extra a los estudiantes o los profesionales que se enfrentan a tal pérdida. En el proyecto Euregenas se ha desarrollado un catálogo de recursos para los supervivientes de un suicidio. Este catálogo está disponible en la página web: www.euregenas.eu / www.euregenas.es



- Los estudiantes pertenecientes a una minoría social o étnica son también un grupo vulnerable. Por ejemplo, y en general, las personas lesbianas, gays o bisexuales parecen presentar un mayor riesgo de patología mental, ideación suicida, abuso de sustancias, y autolesiones intencionadas, que los heterosexuales, debido fundamentalmente al esfuerzo psicológico que les supone enfrentarse al estigma social y las dificultades de relación con que a veces se tienen que enfrentar. Estudios han informado sobre altas tasas de intentos de suicidio en estos grupos poblacionales que van del 20 al 53% (Haas et al., 2011; McDaniel et al., 2001; Savin-Williams, 2001; van Heeringen and Vincke, 2000). Lo mismo o incluso más sucede con los **estudiantes transexuales**, encontrándose estudios que muestran altas tasas de intentos de suicidio (Dhejne et al., 2011; Mathy, 2002).

¿Qué intervenciones pueden realizarse?

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



EJEMPLO

“El Proyecto Trevor”



El Proyecto Trevor es una organización americana que proporciona intervención en crisis y servicios de prevención de suicidio para jóvenes lesbianas, gay, bisexuales y transexuales, y que cuestionan su homosexualidad (LGBTQ) entre 13 y 24 años. Recientemente el proyecto desarrolló una experiencia interactiva online “LGBTQ” de 30 minutos de duración dirigido a profesores y personal, que sirve de ayuda a las instituciones universitarias a crear una comunidad online en el campus segura y global, de utilidad para incrementar la concienciación y la empatía con los retos a los que se enfrentan los estudiantes LGBTQ y la adquisición de habilidades en los docentes y personal del centro docente dirigidas a realizar una conducta respetuosa con este colectivo, incluyendo el manejo de los debates en el aula o el de los asuntos relacionados con LGBTQ. Los profesores y el personal del centro docente que completen la formación deberán estar más concienciados de los retos a los que se enfrentan los estudiantes LGBTQ y llegar a conocer como:

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

Durante la formación, el usuario asume el rol de profesor o miembro del personal del centro docente y participa de forma interactiva con un estudiante de forma virtual en una conversación en el que se trata de reflejar una sintonía emocional y que sea ágil y animada. A través de esa conversación, el usuario deberá aprender a crear un entorno comprensivo para los estudiantes LGBTQ.

www.thetrevorproject.org



ESTRATEGIA 4

RESTRICCIÓN DEL ACCESO A MÉTODOS LETALES

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

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

PARTE 2

INSTRUMENTOS UTILES



INSTRUMENTO 1

p. 29

Información importante sobre la conducta de suicidio



INSTRUMENTO 2

p. 33

¿Cómo identificar y tratar a los estudiantes con riesgo de suicidio?



INSTRUMENTO 3

p. 37

Que hacer después de un suicidio (o un intento)



INSTRUMENTO 4

p. 43

Guía para informar en clase sobre el suicidio (o intento)



Instrumento

1

Información importante sobre la conducta de suicidio

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

1. Epidemiología

El suicidio es un problema relevante de salud pública en Europa justificado por un tasa de prevalencia media de 11.8 por 100000 habitantes (Eurostat, 2010). El suicidio afecta a las personas de todas las edades, culturas y grupos poblacionales. Las tasas de suicidio son más bajas en personas con menos de 15 años y más altas en aquellas con 70 años o mayores, tanto en hombres como en mujeres en casi todas las regiones del mundo, aunque los patrones de edad por sexo en las tasas de suicidio entre los 15 y los 70 años varían en cada región (World Health Organization, 2014).

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



Cada suicidio y cada intento de suicidio directa o indirectamente también afectan a otras personas. Una muerte por suicidio provoca un grave impacto en los supervivientes, tales como cónyuge, padres, hijos, familiares, amigos, compañeros de trabajo y colaboradores, que habitualmente no son tenidos suficientemente en cuenta, ni tras la inmediatez del acto de suicidio, ni a largo plazo.

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

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

2. Mitos comunes

El suicidio no se puede prevenir

Uno de los mitos más comunes sobre la conducta suicida es que no puede ser prevenida. Sin embargo, la mayoría de las personas que se suicidan han tenido sentimientos contradictorios sobre la muerte. Incluso las personas más gravemente deprimidas presentan dudas, hasta el último momento, y están divididos entre el querer vivir y el querer acabar con su dolor. Además, hay evidencia científica sobre los efectos preventivos de un sustancial número de intervenciones.

El suicidio es una reacción normal a una situación anormal

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



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

Cuando una persona expresa pensamientos suicidas, esto no debe ser considerado únicamente como una llamada de atención, sino como un grito de dolor, que indica que la persona está desesperada y siente un intenso dolor emocional. Hablar cara a cara con esa persona sobre los pensamientos y planes suicidas no incrementa la intención suicida o la desesperanza. Por el contrario, hablar sobre el suicidio en un marco personal puede ser un método preventivo eficaz y fomenta la búsqueda de ayuda. Sin embargo, hay que tener precaución cuando se habla sobre el suicidio en público, por ejemplo, en los medios de comunicación. En este marco, se recomienda seguir las “Directrices de actuación para la prevención de suicidio por profesionales de los medios de comunicación” disponible en: www.euregenas.eu (www.euregenas.es).

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

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

2. Comprendiendo la conducta de suicidio

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

Los factores de riesgo constituyen características que incrementan la probabilidad de que una persona considere un intento, o realice suicidio. Los factores de riesgo incluyen: enfermedad psiquiátrica (p.e. trastorno depresivo, trastorno por abuso de sustancias), enfermedad médica (p.e. una condición médica que cause un dolor crónico), tempranas experiencias vitales negativas (p.e.



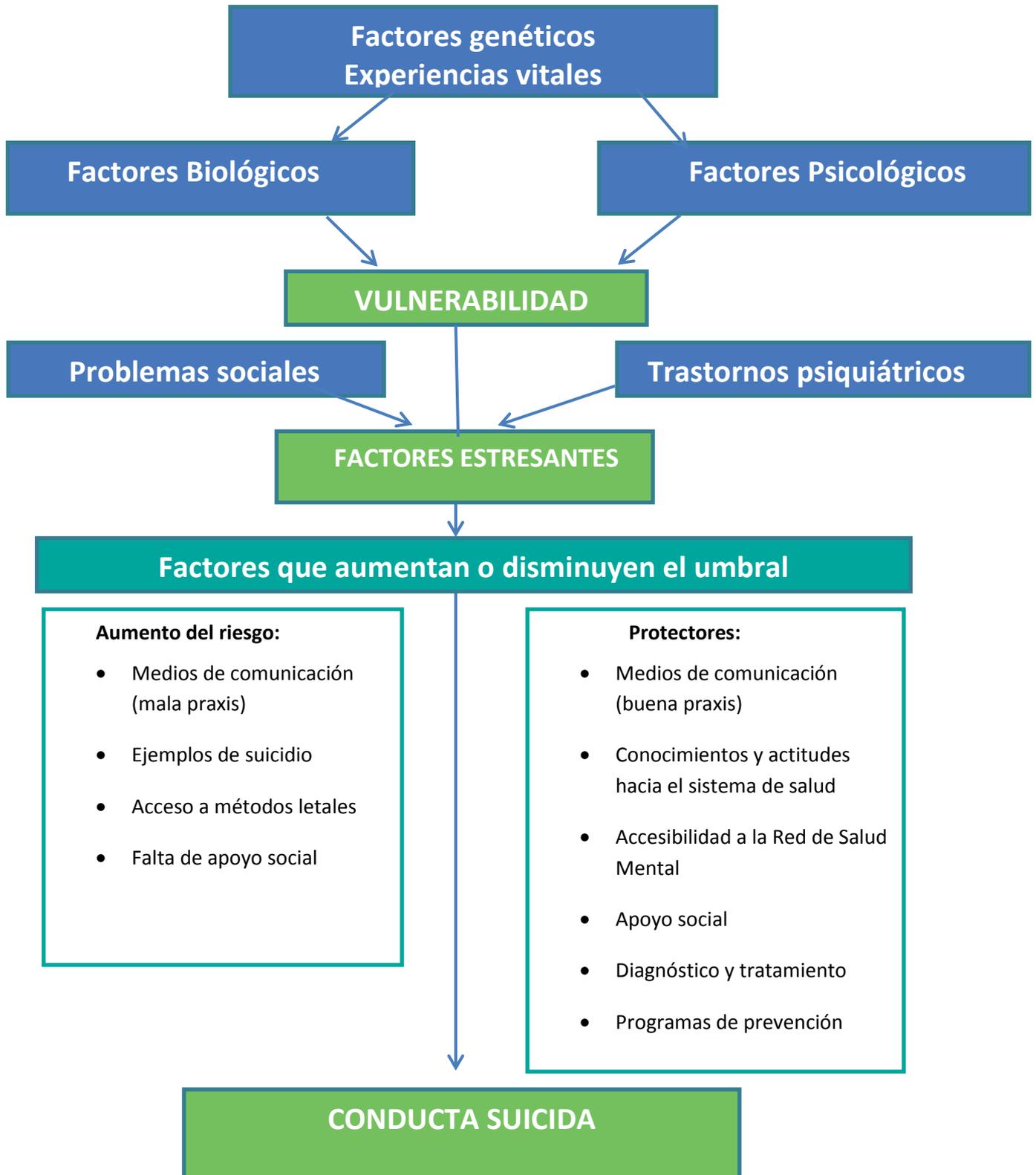
pérdida de los progenitores a una edad temprana, abuso), rasgos de personalidad (p.e. desesperanza, impulsividad) y conducta suicida previa. Los factores de riesgo no son estáticos a lo largo de la vida y pueden ser diferentes de un país a otro.

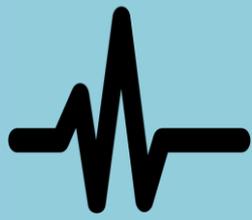
Los factores protectores constituyen características o circunstancias que disminuyen la probabilidad de que un individuo considere un intento, o realice un suicidio. Ejemplos de factores protectores potenciales son: una autoimagen positiva, una buena capacidad para la resolución de problemas, conductas adecuadas para la búsqueda de ayuda y apoyo social.

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

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

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





Instrumento **2**

Como Identificar y tratar a los estudiantes con riesgo de suicidio

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

1. ¿Cuáles son las señales de alarma?

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

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

señales de alarma de suicidio pueden ser verbales, aparecer en los trabajos de los estudiantes, p.e. ensayos, trabajos de clase, comunicaciones en textos, medios de comunicación sociales o informado por otro estudiante o profesor.

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

Señales Directas de Alarma

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

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

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

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

Señales Indirectas de Alarma

2. ¿Cómo reaccionar ante las señales de alarma?

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

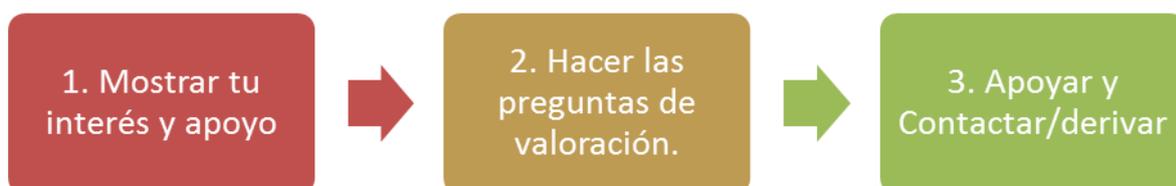


Figura - 2



1. Mostrar interés y apoyo

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

2. Encuentra las palabras y pregunta sobre pensamientos suicidas

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



- “¿Tienes un plan específico en mente? ¿cuál es tu plan? ¿qué método habías pensado utilizar? ¿Has hecho preparativos?”
- “¿Habías tenido antes estos pensamientos o sentimientos? ¿qué los había provocado? ¿Has intentado alguna vez acabar con tu vida?”

3. Tiende una mano

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

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

www.suicideispreventable.org / www.euregenas.es



Instrumento **3**

Que hacer después de un suicidio (o un intento)

La necesidad de un programa tras la crisis

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

Desarrollar un plan de crisis

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

presentan los componentes y pasos fundamentales de un plan de crisis. Todo ello deberá adaptarse al contexto y necesidades locales de cada colegio.

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

1. QUÉ HACER TRAS UN INTENTO DE SUICIDIO



Consultar a los padres y a los estudiantes

- Manifestar tu preocupación y ofrecer ayuda.
- Determinar la información que puede ser transmitida a los profesores y estudiantes del colegio. También es importante saber qué conocen los profesores y alumnos, para transmitir a los padres y al alumno, para evitar o contrarrestar rumores.
- Preguntar si ellos han sido testigos presenciales de alguna conducta o situación de riesgo de suicidio recientemente. Identificar si hay elementos en el contexto escolar que generen problemas o si deberían ser cambiados (p.e. en lo que respecta al acoso, presión escolar, apoyo escolar,...).
- Preguntar si la ayuda (profesional) está disponible para el estudiante.
- Considerar quién puede aconsejar (o seguir) al estudiante en el colegio. Saber qué esperan los padres y los alumnos del colegio, y afirmar claramente qué es posible en el contexto del colegio y qué no.



Organizar reuniones para el personal escolar

- Deben comunicarse todas las noticias al personal escolar y permitir que sepan dónde pueden encontrar apoyo.



Organiza una charla en clase (opcional)

- Si lo permiten el estudiante y sus padres, hablar en clase sobre el incidente (si no lo permiten, dejar claro dónde pueden conseguir apoyo y con quién pueden hablar si lo necesitan).
- Nunca deben darse detalles sobre el intento de suicidio (p.e. el método o el lugar)

- Se deberá dar información general sobre la conducta suicida (ver herramienta 1) y a continuación se tiene que emplear la guía de conversación para la clase (ver herramienta 4) de este recurso.
- Hay que tener en cuenta el punto de vista de los estudiantes, de manera que se pueda empezar desde sus creencias o necesidades.
- Preguntar al alumno si prefiere asistir a la charla en el aula o no.



Preparar la vuelta al colegio

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

2. QUÉ HACER TRAS UN SUICIDIO

A continuación se describen los siete pasos que deben considerarse como respuesta a una muerte por suicidio. En su elaboración se ha tenido en cuenta el documento “After a suicide: a toolkit for schools” (Después de un suicidio: Recursos para los colegios) de la Fundación americana para la Prevención de Suicidio y el Centro de Recursos de Prevención de Suicidio, (<http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/AfteraSuicideToolkitforSchools.pdf>)





PASO 1: COORDINACIÓN DE LA CRISIS

La Dirección del colegio debería tomar medidas para coordinar la crisis de forma inmediata y preparar una primera reunión con el **equipo de crisis**. Es necesario asegurarse que el equipo incluye al director, los profesores del estudiante, el consejero(s) escolar y el personal administrativo. Se tiene que ser consciente de las limitaciones que habitualmente tiene el director del colegio en relación a la experiencia y habilidades de manejo de la situación, y lo mismo para los profesores. Es conveniente solicitar a consultores o expertos en prevención de suicidio ayuda para el manejo de la situación. Es también útil contactar con el servicio de salud mental del área de salud, pedir asesoramiento y planificar cómo trabajar juntos durante la crisis. Si ninguno de esos expertos está disponible, es fundamental que el personal esté entrenado en cómo manejar la situación.

PASO 2: INFORMARSE DE LO SUCEDIDO Y CONTACTAR CON LOS PADRES

OBTENCIÓN DE DATOS

El director del colegio o el coordinador deberían primero verificar los hechos y estar seguros de la causa oficial de la muerte (preguntar a los padres o a los médicos, policía, juez instructor,...) dependiendo de la legislación nacional. En España y debido a la confidencialidad que deben conservar médicos y personal jurídico el mejor modo de obtener información oficial es a través de los padres.

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

CONSULTAR A LA FAMILIA

La información sobre la causa de la muerte no debería ser revelada a los estudiantes hasta que la familia haya sido consultada. Hablar sobre la muerte y el suicidio con la familia puede ser una tarea difícil para el personal del colegio, que a menudo no están formados para hacer esto y la muerte y el suicidio suele ser un tema tabú, especialmente en determinadas culturas y religiones. En estos casos, considerar buscar asesoramiento profesional o ayuda. Si la muerte



ha sido declarada como un suicidio, pero la familia no quiere divulgarlo, se designará a los miembros del personal que tengan una mejor relación con la familia para ponerse en contacto con ellos y explicarles que los estudiantes ya están hablando entre ellos sobre la muerte, y que se dispone de profesionales formados pertenecientes a la comunidad escolar que pueden hablar con los estudiantes sobre el suicidio y sus causas, y con ello ayudar a mantener al resto de estudiantes a salvo de posibles conductas imitativas. Igualmente, se debe ofrecer a la familia ayuda de parte del colegio.

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

PASO3: ATENDER AL STAFF (PROFESIONALES): COMUNICACIÓN Y APOYO

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

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

PASO 4: ATENDER A LOS ESTUDIANTES: COMUNICACIÓN Y APOYO

Los colegios deben ofrecer a los estudiantes la oportunidad para expresar sus emociones e identificar estrategias para manejarlas, con lo que el colegio debe volver al objetivo primario de la educación.

Los estudiantes deben haber sido informados sobre cómo pueden conseguir ayuda y apoyo, tanto en el colegio como fuera del colegio (servicios de ayuda). Tan pronto como sea posible y tras la reunión del personal, los profesores deberían preparar una charla en clase. Las guías para la charla en clase se incluyen en la HERRAMIENTA 4 de esta guía de actuación. Cuidar de

los estudiantes es un aspecto importante para la **prevención**. En este sentido, es importante favorecer el proceso de duelo y reducir los riesgos de conductas imitativas. Además, se debe promover entre el personal que estén atentos para identificar los estudiantes que puedan estar imitando la conducta del estudiante fallecido y quienes pueden tener riesgo incrementado de cometer un intento de suicidio. En consecuencia, los profesores deberán tener en cuenta los signos de alarma de conducta suicida en otros estudiantes. Los signos de alarma son enumerados en la HERRAMIENTA 2 de esta guía de actividades. Hay que tener en cuenta, especialmente, a los estudiantes más vulnerables como los amigos cercanos, pero también a otros compañeros con quienes el estudiante había tenido conflictos.

Los **padres** de los estudiantes son figuras fundamentales a los que se debería enviar una carta informativa en la que se describa el incidente y tratar que sean conscientes de los posibles riesgos y las opciones de apoyo.

PASO 5: INFORMAR A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN*

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

PASO 6: FUNERAL Y CONMEMORACIÓN*

Dependiendo de los deseos de los familiares, se puede ayudar a difundir la información sobre el **FUNERAL** a estudiantes, padres y al personal: localización, hora, normas para dejar libre a los estudiantes durante las horas de clase. Es conveniente trabajar con los orientadores escolares y



los profesionales de salud mental para disponer de profesionales que atiendan en el funeral y fomenten que los padres acompañen a sus hijos al mismo.

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

En consecuencia, los colegios deberían considerar cómo conmemorar de un modo apropiado al estudiante que ha fallecido sin riesgo de contagiar el suicidio entre los estudiantes supervivientes que puedan presentar también riesgo. Es también muy importante que los colegios se esfuercen en tratar todas las muertes de la misma forma. Por otra parte, hay que considerar que se hace a largo plazo, y en ese sentido, se pueden organizar también algún acto conmemorativo p.e. un año después del incidente. Pequeños gestos hacia la familia pueden significar mucho p.e. enviar una postal a los padres un año después del incidente. Estas actuaciones conmemorativas a largo plazo tienen un efecto positivo y menos riesgo de negativos.

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



PASO 7: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

Instrumento 4



Guía para informar en clase sobre el suicidio (o intento)

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

Contraestimar rumores

- Los rumores aparecerán. Pregunta a los estudiantes sobre lo que han oído y trata de disipar todos los rumores. I es posible y si está de acuerdo la familia (y con el estudiante/profesor en caso de un intento de suicidio) es bueno promover una información completa y correcta de lo sucedido. De todos modos, es importante dejar claro que los rumores hacen daño.

Dar información básica de la conducta de suicidio

- Informar que el suicidio es complejo y no está causado por un único factor.
- Informar que el suicidio no es la única elección ni un acto romántico o heroico.
- Informar de la comorbilidad de problemas psicológicos como depresión, alcohol y abuso de sustancias... sin estigmatizar estos problemas.
- Informar que el suicidio se puede prevenir y hay posibilidades de ser ayudado.

Interactuar con los estudiantes

- Asegurar que hay un ambiente de confianza: tener en cuenta la importancia de la confidencialidad y la honestidad.
- Dejar tiempo para preguntas y la posibilidad de hacerlas en privado.

Apoyar y Derivar

- Hablar con los estudiantes sobre lo que se puede hacer cuando uno se siente triste, depresivo o desesperanzado, o lo que se puede hacer cuando un amigo se siente de ese modo.
- Derivar a los servicios de ayuda y preguntar si estarían dispuestos a ir a este tipo de servicios.



LISTA DE VERIFICACIÓN

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

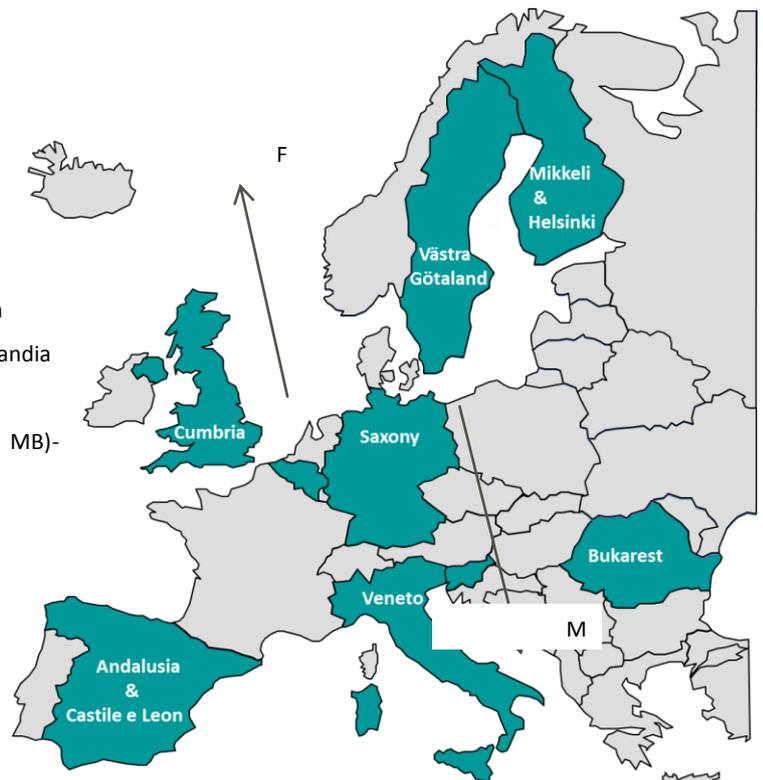
- 1 El colegio tiene una clara y completa “política de salud escolar” que incluye la promoción de la salud mental y las estrategias de prevención del suicidio. 👍
- 2 Se han puesto en marcha programas y normas antiacoso. 👍
- 3 Las iniciativas han incluido el desarrollo de programa de prevención sobre la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio, así como psicoeducación y entrenamiento en habilidades. 👍
- 4 Existe ayuda psicológica disponible y accesible para estudiantes y personal del colegio, incluidos los programas de detección (opcional) y la buena coordinación con servicios externos de ayuda, especialmente los de salud mental. 👍
- 5 Formación en prevención de suicidio a responsables tales como profesores o consejeros escolares: que conozcan los signos de alarma y sepan cómo interactuar con estudiantes que ha realizado un intento de suicidio o compañeros y derivarlos al servicio de salud adecuado. 👍
- 6 Se dirige una especial atención a los estudiantes y miembros del personal vulnerables. 👍
- 7 El colegio es un entorno seguro en el que hay acceso limitado a métodos letales. 👍
- 8 Tener preparado un plan de crisis en caso de suicidio o intento de suicidio de un estudiante o de un miembro del personal. 👍

SOBRE EL PROYECTO EUREGENAS

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

Figura 1: Las Regiones de Euregenas

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





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

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

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

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

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

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

Figura 4: Los principales Paquetes de Trabajo del proyecto Euregenas





Referencias Bibliográficas

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

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

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

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

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

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

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

Cimini, M.D., Rivero, E.M., Bernier, J.E., Stanly, J.A., Murray, A.D., Anderson, D.A., Wright, H.R., Bapat, M. (2014). Implementing an Audience-Specific Small-Group Gatekeeper Training Program to Respond



to Suicide Risk Among College Students: A Case Study. *Journal of American College Health*, 62 (2), 92-100.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S, van Heeringen, K., De Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young



people: Comparative findings from the Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667–677.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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