

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS

ÍNDICE

1.- Objetivos Generales

2.- Definición de Conceptos

3.- Factores de Riesgo

4.- Factores Precipitantes

5.- Factores Protectores

6.- Actuación : Antes, Durante y Después

7.- Actuaciones o iniciativas preventivas, informativas y de sensibilización diseñadas para este curso.

8.- Teléfonos

9.- Relación de Profesorado

Anexos:

*** Anexo 1: Documento de solicitud de colaboración entre sistema de Salud, Educación y Servicios Sociales.**

*** Anexo 2: Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en Menores.**

1.- OBJETIVOS GENERALES

- * Prevenir la conducta suicida
- * Intervención de forma eficaz y efectiva de los miembros de la comunidad educativa
- * Establecer el seguimiento adecuado según los casos

2.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS. Dos modelos.

Modelo : National Center For Injury Prevention and Control (CDC)

- **Violencia autoinfligida.**- comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones, o la posibilidad de lesiones. No incluye actividades de alto riesgo, ya que aunque ponen en peligro la vida, no son reconocidas por el individuo como una conducta destinada a dañarse.
 - Violencia autoinfligida no suicida: comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones, o la posibilidad de lesiones. No existen pruebas de intención suicida.
 - Violencia autoinfligida suicida: comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones o la posibilidad de lesiones y del que existen evidencias, implícitas o explícitas, de intenciones suicidas.
- **Intento de suicidio** .- comportamiento potencialmente perjudicial, no fatal, autodirigido, con cualquier intención de morir como resultado de la conducta. Puede o no resultar en lesiones.
- **Intento de suicidio interrumpido.**-
 - Por otros: una persona toma medidas para autolesionarse, pero es detenido por otra persona o circunstancias externas antes de la lesión fatal. La interrupción puede ocurrir en cualquier momento desde que aparece la ideación suicida.
 - Por uno mismo: una persona toma medidas para autolesionarse, pero se detiene por sí misma antes de la lesión fatal.
- **Otros comportamientos suicidas incluidos los actos preparatorios.**- hechos o preparación para realizar un intento de suicidio. Puede incluir cualquier cosa más allá de una verbalización o pensamiento, tales como el método (recoger o recopilar

pastillas, hacerse con un arma...) o la preparación para la propia muerte por suicidio (escribir nota de suicidio, regalar cosas....)

- **Suicidio.**- la muerte causada por el comportamiento lesivo autodirigido, con intención de morir como resultado de la conducta.

Modelo: Silverman.

- **Ideación suicida.**- Pensamiento sobre el suicidio (cogniciones)
- **Comunicación suicida.**- acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. Se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:
 - Amenaza suicida.- acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
 - Plan suicida.- es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- **Conducta suicida.**- aquella en la que existe alguna intención de morir.
- **Autolesión/gesto suicida** .- como aquel en el que no hay intención de morir aunque pueda perseguir alguna finalidad.
- **Conducta suicida no determinada.**- aquella en la que existe algún grado de intencionalidad suicida (intento de suicidio y suicidio).

3.- FACTORES DE RIESGO

El riesgo de conducta suicida aumenta proporcionalmente al número y peso específico de los factores presentes en cada persona en un momento determinado de su vida y a la presencia de acontecimientos estresantes específicos.

No todos los factores de riesgo son fácilmente modificables mediante la intervención profesional. Entre los que lo son, se cuentan factores sociales, psicológicos y psicopatológicos. Entre los que no los son, o son difícilmente accesibles, figuran el sexo, edad, estado civil, situación laboral, aislamiento social, creencias religiosas o la conducta suicida previa.

➤ FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

- Trastornos mentales.-el suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales, como la depresión, trastorno esquizofrénico, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de personalidad

antisocial y el trastorno límite de personalidad, así como el abuso de alcohol y otras sustancias.

- Factores psicológicos.-las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, dificultad de resolución de problemas y el perfeccionismo.
- Intentos previos de suicidio o ideación suicida.- la ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio. Pero los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta considerablemente (principalmente en ancianos)
- Edad.- los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada (ancianos).
- Sexo.- los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y utilizan métodos más letales, mientras que las mujeres presentan mayor número de intentos.
- Factores genéticos y biológicos.- la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, por lo que los factores que reducen la actividad serotoninérgica, tanto genéticos como bioquímicos son relevantes en relación al suicidio.
- Enfermedad física o discapacidad.- el dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como algunas formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad se relacionan con mayor riesgo de suicidio. Aunque rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales.

➤ **FACTORES SOCIOFAMILIARES Y AMBIENTALES**

La conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social y familiar. La pobreza, la pérdida de empleo, y la jubilación como eventos estresantes. El riesgo se eleva también en trabajos con alto nivel de estrés y muy cualificados.

El efecto Werther (imitación de modelos), la exposición a casos de suicidio cercanos o determinadas informaciones sobre suicidio en medios de comunicación se ha asociado también a la conducta suicida. Los jóvenes vulnerables son especialmente sensibles a las informaciones sobre el suicidio.

➤ **OTROS FACTORES DE RIESGO.**

Maltrato físico o abuso sexual durante la infancia presenta una asociación consistente con la conducta suicida.

En cuanto a la orientación sexual, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes, lo que parece relacionado con situaciones de discriminación, tensiones en relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo.

En adolescentes, el Acoso por parte de iguales se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas.

Un fácil acceso a armas, medicamentos, tóxicos, facilita el paso del pensamiento a la acción suicida y se asocia con mayor riesgo de suicidio.

4.- FACTORES PRECIPITANTES

Ciertos sucesos y acontecimientos vitales pueden precipitar el suicidio. Pérdida de un vínculo profundo (viudez, divorcio, empleo). Otros factores, como el aislamiento o las tensiones interpersonales pueden precipitar el suicidio en personas con algún trastorno.

5.- FACTORES PROTECTORES

Hay factores que parecen disminuir la probabilidad de conducta suicida, ante la presencia de factores de riesgo.

Algunos tienen que ver con las características psicológicas. **La habilidad en la resolución de conflictos o problemas, la autoconfianza, las habilidades sociales o la flexibilidad cognitiva constituyen factores protectores.**

Un fuerte y cálido apoyo sociofamiliar, una buena integración social, creencias y prácticas religiosas y espirituales, la coherencia de los propios valores con los del entorno también ejercen un papel protector.

Un tratamiento integral, permanente y a largo plazo de pacientes con trastornos mentales o abusos de sustancias, así como a pacientes con enfermedad física es un importante factor protector de los riesgos asociados a esas condiciones.

6.- ACTUACIONES: ANTES, DURANTE Y DESPUÉS.

Cualquier profesional docente, familiar o compañero/a puede detectar indicadores de una posible crisis suicida, debe informar a orientación o dirección, en primer lugar. Se pedirá la colaboración del profesorado de referencia (figura que deberá ser designada entre el profesorado del centro con las habilidades necesarias para ser considerado agente de ayuda).

Actuaciones antes, durante y después de la detección de algún comportamiento de riesgo, o tras la valoración de la situación por parte de algún profesional.

ANTES: "ROMPER EL SILENCIO"

- Obtener una información inicial que guiará actuaciones futuras, a través de entrevistas de tutoría con las familias y alumnado, registros trimestrales con periodicidad trimestral, con el objetivo de analizar los factores protectores y de riesgo.

- Tutorías afectivas entre profesorado y alumnado en riesgo, en espacios seguros de comunicación, transmitiendo disponibilidad, respeto y confidencialidad, para que pueda abordarse todo aquello que hace sufrir o preocupa.
- Creación y supervisión de redes de apoyo entre iguales dirigidas al alumnado en situación de riesgo, que posibiliten acompañamiento, ayuda, cercanía.....
- Información al alumnado del profesorado de referencia como agente de ayuda.
- Tutorías grupales dirigidas a fomentar competencias emocionales como resiliencia, asunción del fracaso, tolerancia a la frustración, autoconocimiento, autonomía, establecimiento de vínculos positivos, afectividad, habilidades sociales de comunicación y de resolución de conflictos.
- Inclusión de la educación emocional en el currículum de las diferentes áreas como complemento de la acción tutorial. Se utilizará una metodología específica que incluya acciones educativas dirigidas a incidir en contenidos como la petición y concesión de ayuda en crisis personales, el tratamiento esperanzador de las dificultades, el sentido de la vida, las actividades solidarias y de cuidado de los demás (a través de redacciones, películas, dinámicas de aula, exposiciones y debates, todos ellos con su correspondiente desarrollo didáctico).
- Formación del profesorado en convivencia: resolución de conflictos, educación emocional, psicología positiva, así como afrontamiento del duelo y crisis personales.
- Formación específica para el alumnado, con el fin de crear una red de apoyo entre iguales o programas de ayuda (alumnado ayudante, mediación, círculos de convivencia, tutoría entre iguales...)
- Establecer una guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores.
- Confirmación de la señal de alarma en las siguientes situaciones:
 - Cuando cualquier docente detecte varios factores de riesgo
 - Cuando el orientador/a aplique la guía de evaluación y constate el riesgo
 - Cuando la familia trasmita su preocupación sobre la situación emocional o la salud mental de su hijo o hija
 - A partir del conocimiento de un recurso asistencial
 - Cuando se produzca una verbalización
 - Se presenten acontecimientos autolíticos (de destrucción)
- Activación del plan de prevención e intervención de la conducta suicida del centro, si se constata la situación de riesgo o la señal de alarma.
- Establecimiento de cauces de coordinación y comunicación entre los diferentes recursos asistenciales, y en su caso, activación de la comisión interinstitucional de seguimiento y toma de decisiones.

DURANTE: “ SE HA IDENTIFICADO RIESGO EN ALGUNA PERSONA”

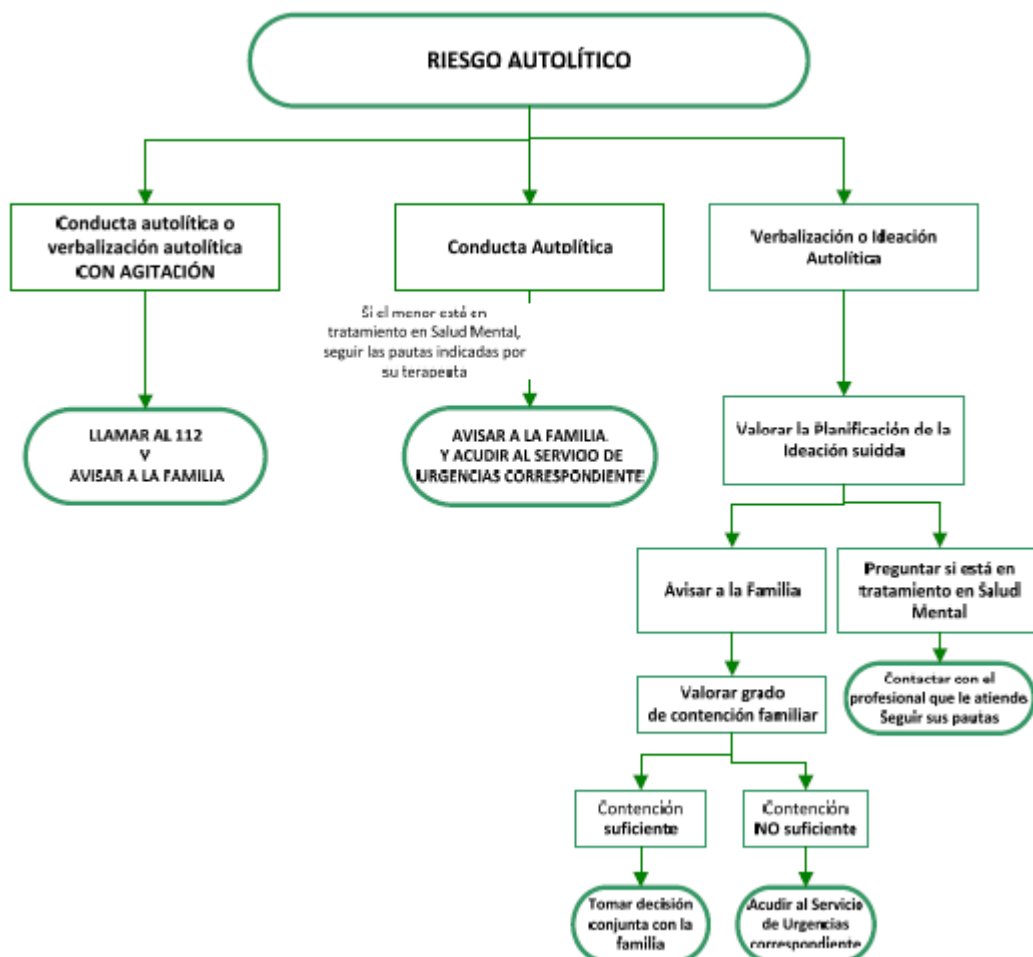
Se considera “riesgo” cuando:

- ✓ Se tenga constancia de comportamientos autolíticos en el pasado.
- ✓ Se observen en el presente curso tres o más factores de riesgo.
- ✓ La familia comunique al centro su propia percepción de que existe riesgo.

- ✓ Las personas del entorno próximo del alumno o alumna comuniquen su percepción de la existencia de riesgo a la persona tutora, a los amigos/as..
- ✓ Cuando el orientador/a detecte riesgo tras la aplicación de la “Guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores”.

La actuación inmediata en el centro educativo se centrará sobre todo en la escucha, comunicación y aplicación del plan, que incluirá las siguientes acciones:

- ✚ Comunicación de las sospechas por parte de cualquier miembro de la comunidad educativa a la Orientadora del centro.
- ✚ Seguidamente la Orientadora procederá a la evaluación del riesgo aplicando la “Guía”
- ✚ Si la Orientadora identifica riesgo lo comunicará a Dirección
- ✚ A continuación se activarán las estructuras escolares que han de asumir actuaciones dentro del plan de prevención e intervención de conductas suicidas en el centro.
- ✚ En los casos de tentativas o de ideaciones suicidas, se movilizarán las personas de referencia para las iniciativas de actuación necesarias (al menos, Orientadora, Personas tutoras y Equipo Directivo).
- ✚ Cuando se dan comportamientos suicidas, son las citadas personas de referencia las que deben actuar de forma rápida y responsable. El proceso de acompañamiento y/o de duelo no se limitará al día del suceso, sino que se atenderá el impacto del mismo durante el tiempo que la comunidad educativa lo necesite.
- ✚ Los responsables de cada centro deberán comunicar la tentativa o ideación.



DESPUÉS: “YA SE HA DADO UN INTENTO”.

- ✚ Ante un hecho autolítico, la actuación de cada centro educativo deberá prolongarse el tiempo que las personas afectadas lo necesiten. Es el centro quién organizará sus actuaciones y el apoyo adecuado para que el alumnado pueda abordar lo que le preocupe o afecte.
- ✚ Continuidad de la coordinación con los diferentes profesionales especializados intervinientes en el caso, con el objetivo de desarrollar las medidas asistenciales o de acompañamiento, según las necesidades.
- ✚ Aplicación de las medidas preventivas (“antes”) realizándose los ajustes necesarios en cada caso.
- ✚ Apoyo a la familia y colaboración para el seguimiento del caso.
- ✚ Información de la Dirección a la Asesoría para la Convivencia de los casos de suicidio consumados, para que puedan ser contabilizados en el registro correspondiente y, en su caso, para recibir asesoramiento.

7.- ACTUACIONES O INICIATIVAS PREVENTIVAS, INFORMATIVAS Y DE SENSIBILIZACIÓN DISEÑADAS PARA ESTE CURSO:

- ✓ Se dará a conocer dicho plan a todo el profesorado y personal no docente del centro, para que todos sepamos las actuaciones a realizar en los diferentes casos.
- ✓ En tutorías se trabajarán los temas relativos a desarrollar unas adecuadas habilidades sociales y resolución de conflictos.
- ✓ En 4º de ESO se organizarán las charlas del Proyecto Se+, Proyecto encaminado a reflexionar sobre el tema de los enfermos terminales y el final de la vida.
- ✓ Se trabajará la figura del alumno o alumna ayudante con el objetivo, entre otros, de garantizar un apoyo social al alumnado que tenga más dificultades de integración.

8.- Teléfonos:

URGENCIAS: 112

PEDIATRA (CENTRO DE SALUD): 948 725833

CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL: 948 195053

SERVICIOS SOCIALES DE BASE: 948 725401

EQUIPO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (EAIA): 948 704614

ASESORÍA DE CONVIVENCIA: 848 426349

9.- RELACIÓN DEL PROFESORADO. COMISIÓN DE CONVIVENCIA

Mila Navascués.-	Directora del IESO de Carcastillo
Jorge Lahoza.-	Jefe de Estudios
Juanjo Olleta .-	Representante de la Comisión de Convivencia
Maite Alonso.-	Orientadora

ANEXOS :

ANEXO 1.- Documento de solicitud de colaboración entre los sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales.

ANEXO 2.- Guía de Evaluación de riesgo de Conductas suicidas en menores. Guía para evaluar la conducta suicida en Adolescentes.

ANEXO 1: DOCUMENTO DE SOLICITUD DE COLABORACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD, EDUCACIÓN Y SERVICIOS SOCIALES.

Centro que solicita la colaboración:	<input type="text"/>		
Derivación a:	<input type="text"/>		
Datos del informante que solicita la colaboración:			
Nombre y apellidos:	<input type="text"/>		
Profesión:	<input type="text"/>	Centro de trabajo:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>		
C.P.	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>		
Datos de la persona sobre la que se informa:			
Nombre y apellidos:	<input type="text"/>		
Fecha nacimiento:	<input type="text"/>	Lugar nacimiento:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>		
C.P.	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Nombre del padre: (menores de edad)	<input type="text"/>	Nombre de la madre: (menores de edad)	<input type="text"/>
Representante legal o guardador: (menores de edad)	<input type="text"/>		
Problemática o situación detectada que motiva la colaboración (indicadores o datos relevantes)			
<input type="text"/>			
Informes que se adjuntan (relevantes para el caso)			
<input type="text"/>			

Fecha:

Firma del/a profesional:

Firma de la persona afectada o representantes legales:

ANEXO 2: GUÍA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN MENORES**GUÍA PARA EVALUAR LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES**

Puntos		
1	Provenir de un hogar roto	1
2	Progenitores portadores de trastorno mental	2
3	Antecedentes familiares de comportamiento suicida	3
4	Historia de trastornos de aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación a becas o régimen militar	2
5	Antecedentes personales de conducta de autodestrucción	4
6	Cambios evidentes en el comportamiento habitual	5
7	Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida).	2
8	Antecedentes personales de trastorno mental	5
9	Antecedentes personales de trastorno mental	4
10	Conflicto actual (familiar, pareja, centro, etc...)	2

INDICACIONES:

- En caso de obtenerse una puntuación superior a 12, es necesario formular al alumno/alumna las “Preguntas Clave” que se detallan en la parte inferior de esta guía.
- Así mismo, si es mayor de 12 puntos, además de continuar con el plan de actuación, hay que garantizar en breve plazo que sea atendido desde salud mental y/o urgencias.
- Si la suma es menor de 12, pero refleja sospechas, el orientador/a valorará si procede la comunicación de la situación a la familia para que el alumno o alumna sea atendida por profesionales especializados.

Se presentan a continuación las recomendaciones sobre la forma de preguntar y las preguntas concretas a realizar, acerca de los diferentes aspectos de la ideación y conducta suicidas.

Cómo preguntar y con qué actitud:

- Afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal.
- Transmitir que queremos ayudarle. Puede que no sepas qué decirle, pero eso no importa, lo que necesita es tu presencia y escucha incondicional.
- Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes (no aleccionar).
- Evitar tratar de convencerle de que su conducta es una equivocación. Evita también frases del tipo: “Yo sé como te sientes”.
- Mostrar calma y seguridad. Dejarle hablar a su propio ritmo.

- Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitando preguntas innecesarias y morbosas.
- Cuidar la confidencialidad y no generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes.
- Evitar siempre el sarcasmo y la ironía.
- Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz y a posibles incongruencias entre lo verbalizado y la expresión corporal.
- Formular las preguntas de forma oral (no escrita) y una vez que se ha establecido empatía y la persona se siente comprendida.
- Cuando el alumno o alumna se sienta cómodo/a expresando sus sentimientos.
- Cuando el alumno o alumna está en el proceso de expresar sentimientos de soledad, impotencia.

Preguntas iniciales para conocer el grado de desesperanza:

- ¿Te sientes infeliz o desgraciado/a?
- ¿Has perdido toda esperanza?, ¿Crees que las cosas no van a cambiar?
- ¿Te sientes incapaz de afrontar cada día?
- ¿Sientes la vida como una carga pesada?
- ¿Sientes que merece la pena vivir?
- ¿Sientes deseos de cometer un suicidio?

PREGUNTAS CLAVE PARA VALORAR EL NIVEL DE RIESGO IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

(Plantee las preguntas 1 y 2. Si ambas son negativas, no plantee las siguientes preguntas. Si la respuesta a la pregunta 2 es "Sí", plantee también las preguntas 3, 4, 5 y 6).

- 1.** Deseo de estar muerto/a, a lo largo de la vida del alumno/a. Manifestar pensamientos sobre el deseo de estar muerto/a o de no seguir viviendo, o preferir quedarse dormido/a y no volverse a despertar.

¿Has deseado estar muerto/a o dormirte y no volver a despertar?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

- 2.** Pensamientos activos de suicidio no específicos. Pensamientos generales no específicos de querer acabar con la propia vida, cometer suicidio (por ej. "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre la forma de matarse/métodos asociados, intención o plan.

¿Has pensado realmente en quitarte la vida?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

- 3.** Ideas activas de suicidio con cualquier método (sin plan) sin intención de actuar. El/la alumno/a manifiesta pensamientos de suicidio y ha pensado como mínimo en un método durante las últimas semanas. Se trata de algo distinto a un plan específico con hora, lugar o detalles del método (por ej. pensar en un método de matarse pero no en un plan específico). Se incluye a la persona que diría: "He pensado en tomar una sobredosis de pastillas pero nunca he hecho ningún plan específico sobre cuándo, dónde o cómo lo haría realmente.....y nunca lo llevaría a cabo".

¿Has estado pensando en cómo podrías hacerlo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

4. Ideas activas de suicidio con alguna intención de actuar, sin plan específico. Pensamientos suicidas activos de matarse y el/la alumno/a indica que ha tenido alguna intención de actuar según estos pensamientos, lo que sería manifestar: "He pensado en tomar las pastillas de mi padre o tirarme por la ventana"

¿Has tenido estos pensamientos pero, además de pensarlo creías que ibas a hacerlo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

5. Ideas activas de suicidio con intención y plan específico. Pensamientos de matarse con detalles del plan total o parcialmente elaborado y el/la alumno/a ha tenido alguna intención de llevarlo a cabo.

¿Tienes alguna idea de cómo lo harías? ¿Has empezado a preparar algún detalle sobre la forma de hacerlo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

6. Planificación y temporalización de la conducta suicida. Tiene un plan y además sabe cuándo lo va a llevar a cabo.

¿Vas a llevar a cabo este plan? ¿Cuándo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

¿Qué hacer tras finalizar estas preguntas clave?

- ▶ Tener presentes las indicaciones de la página 6 de este anexo y los factores de riesgo y de protección del alumno/a.
- ▶ Participación activa del profesional ante cualquier atisbo de ideación suicida. A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva y firme debe ser la actuación.
- ▶ Hasta la intervención de la familia y/o los profesionales:
 - Identificar apoyos personales y familiares.
 - Mantener la calma, mostrar apoyo, disponibilidad y afecto positivo.
 - Retirar los medios peligrosos, si es posible (por ejemplo cutter, cuchilla, pastillas...)
 - Actuar comunicando la situación a la familia y a los profesionales, y obteniendo ayuda.
 - Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.
- ▶ Continuar con las actuaciones correspondientes que figuren en el plan de [prevención e intervención de la conducta suicida del centro](#).