

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y EL MANEJO DE CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN POBLACIÓN INFANTO- JUVENIL

Ignacio Redondo Garcia

ignacior@sescam.jccm.es

Coordinación Regional de Salud Mental
Dirección General de Asistencia Sanitaria, SESCAM

Toledo, 26 de noviembre de 2024



INDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción. Epidemiología de la conducta suicida en población infantojuvenil.
2. Antecedentes: Estrategia de SM en el SNS. Actuaciones en otras CCAA. Estrategias de prevención del suicidio y conductas autolíticas en CLM
3. Creencias erróneas sobre el suicidio. Factores de riesgo, de protección y señales de alarma.
4. Actuaciones desde el ámbito sanitario: Red sanitaria de atención a la salud mental infanto-juvenil.
5. Actuaciones desde el ámbito educativo: Prevención y detección precoz, intervención, postvención.
6. La elaboración de protocolos educativos de prevención y manejo de la conducta suicida. Recomendaciones

1. Introducción. Epidemiología de la conducta suicida en población infantojuvenil.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL
Y DEPORTES



Castilla-La Mancha

Epidemiología y Características de la adolescencia

EPIDEMIOLOGÍA

- Aunque el suicidio es muy inusual entre niños menores de 15 años, la cantidad de suicidios e intentos de suicidio aumenta significativamente durante la adolescencia
- Es la **segunda causa de muerte** entre jóvenes de 15 a 29 años, según el INE, después de los tumores.
- Se cree que en población adolescente se hacen **al menos entre 10 y 50 intentos por cada suicidio consumado**.

Navarro-Gómez, N. (2016). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. Clínica y Salud, 28, 25-31.

CARACTERÍSTICAS ADOLESCENCIA

- **Periodo de cambios importantes** a nivel corporal, psíquico, afectivo, familiar y social
- Sentimientos de angustia, inestabilidad, inseguridad, ...
- Escasos recursos psicológicos y de afrontamiento ante el estrés y situaciones traumáticas
- Importancia de fenómenos sociológicos más amplios, como presión social, problemas económicos y crisis, pocas perspectivas de inserción laboral, acceso a sustancias, etc...)



Algunas cuestiones previas: El concepto de la muerte en el niño y en el adolescente

- La muerte como fenómeno universal, natural, irreversible, inevitable y que supone el final de la vida.
- Concepto muy abstracto.
- Elaboración previa:
 - Distinción entre lo animado y lo inanimado.
 - Completo dominio de la constancia del objeto
 - Diferenciación del “yo” -sí mismo- del no yo (todo lo que no es el mismo).
 - Concepto del tiempo (pasado, presente, futuro).
- **Concepto de muerte a los 4 o 5 años.**
- **Desarrollo de tres etapas:**
 - La muerte concebida como una desaparición reversible:
 - Aparece a los 5 y 9 años.
 - La muerte se concreta, se materializa:
 - Sobre los 8 y 9 años y de los 12 a los 13.
 - Adquisición plena del concepto de muerte
 - Adolescencia: se completa con el desarrollo de los conceptos abstractos.
- **Ideación autolítica frecuente en adolescentes: variante de la normalidad.**

Epidemiología de la conducta suicida en población infantojuvenil

Defunciones según la Causa de Muerte en el año 2022 (datos definitivos)

Causas externas según edad y sexo. Año 2022

Valores absolutos

		Todas las edades	Menores de 20 años	De 20 a 39 años	De 40 a 64 años	De 65 y más años
Suicidio	Ambos sexos	4.227	87	702	2.144	1.294
	Hombres	3.126	53	516	1.608	949
	Mujeres	1.101	34	186	536	345
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	Ambos sexos	4.108	79	152	478	3.399
	Hombres	2.096	64	128	346	1.558
	Mujeres	2.012	15	24	132	1.841
Caídas accidentales	Ambos sexos	3.788	31	117	486	3.154
	Hombres	2.093	24	94	404	1.571
	Mujeres	1.695	7	23	82	1.583
Accidentes de tráfico	Ambos sexos	1.815	93	467	745	510
	Hombres	1.411	68	385	622	336
	Mujeres	404	25	82	123	174

Nota: INE (19 de diciembre de 2023). Defunciones según la Causa de Muerte Primer semestre 2023 (datos provisionales) y año 2022 (datos definitivos). https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf

Epidemiología de la conducta suicida en población infantojuvenil

Defunciones según la Causa de Muerte Primer semestre 2023 (datos provisionales)

Causas externas

- De enero a junio de 2023 hubo 8.444 fallecimientos por causas externas. Por sexo, fallecieron 5.359 hombres y 3.085 mujeres.
- El **suicidio** se mantuvo como **primera causa de muerte externa**, con 1.967 fallecimientos (el 75,2% de ellos fueron hombres y el 24,8% mujeres).
- Por detrás se situaron las **caídas accidentales** (1.811 muertes), el **ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales** (1.794) y los accidentes de tráfico (760).
- **Los datos del primer semestre 2023 son provisionales y se difundirán como definitivos en 2024**

Nota: INE (19 de diciembre de 2023). Defunciones según la Causa de Muerte Primer semestre 2023 (datos provisionales) y año 2022 (datos definitivos). https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf

CONDUCTA SUICIDA Y SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ESPAÑA (2012-2022)

 **SOLO EL 44%**
recibe tratamiento
psicológico

**EL 70,2% LO
SUFRE
DIARIAMENTE**

**EL 68,4%
LLEVA MÁS DE UN
AÑO CON EL PROBLEMA**

3.097
nos llamaron
habiendo ya iniciado
el intento de suicidio.

9.637

MENORES DE EDAD AYUDADOS

EL 63,8%
de casos
concentrados en los
últimos 3 años
(post pandemia).

Los intentos de
suicidio se han
multiplicado por

25,9

en la última década

Las ideas
suicidas se han
multiplicado por

23,9

en la última década

589.255 LLAMADAS ANALIZADAS

**LA TECNOLOGÍA
IMPLICADA EN EL
51,5% DE LOS CASOS**

**COLECTIVOS MÁS
VULNERABLES**



Menores de 10 años



Adolescentes con discapacidad



**Niños/as y adolescentes
de familias migrantes**



Niños/as y adolescentes LGTBI

PERFIL MÁS COMÚN: 71,7%

Mujer

13-17 años

Familia migrante

Víctima de agresión sexual

Antecedente de fuga

Se autolesiona

Cuando nos llamó ya había
iniciado el intento de suicidio

En menores de 12
años el motivo
principal es el
acoso escolar y
tienen rendimiento
escolar alto

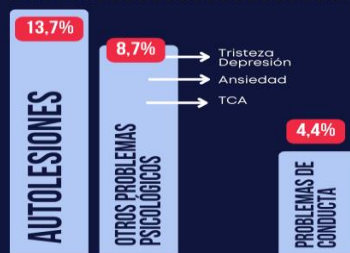
PROBLEMAS ASOCIADOS

(No existe una motivación para el
suicidio pero sí problemas
asociados que no saben resolver)

VIOLENCIA: 60,9%



PROBLEMA DE SALUD MENTAL: 27,4%



Tristeza
Depresión
Ansiedad
TCA

 **FUNDACIÓN
ANAR**

RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

Recomendación 1.1. Dotar con los **recursos necesarios y la formación adecuada a los distintos actores** clave en la prevención y detección temprana de los problemas de salud mental infantojuvenil.

Recomendación 1.2. **Difundir y promover la utilización de servicios** como el Teléfono de la Esperanza y otros servicios **de atención urgente**

Recomendación 1.3. Implementar **programas de prevención y promoción en salud mental en los centros educativos** donde existen buenas prácticas sobre diferentes tipos de programas: Programas de aprendizaje social y emocional, programas de terapia basados en la evidencia para mejorar la gestión del malestar, con la colaboración de profesorado y sanitarios (en el ámbito escolar), promoción de la salud mental a través del fomento de hábitos y estilos de vida saludables (actividad física, alimentación equilibrada, deshabituación tabáquica, etc.).

Recomendación 1.4. Multiplicar los esfuerzos y la financiación pública a la **reducción en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas** entre la población de niños, niñas y adolescentes en España

Recomendación 2.2. Fomentar la **coordinación entre entidades**, instituciones sanitarias, educativas y sociales.

Recomendación 3.2. **Formación del personal educativo en prevención y detección temprana** de comportamientos suicidas en el ámbito escolar.

Recomendación 3.3. Redacción de **protocolos específicos por parte de las Consejerías de Educación** de cada comunidad autónoma para lograr avances significativos en la prevención del suicidio en los centros educativos.



Save the Children (2021).
Crecer Saludablemente. Un
análisis sobre la salud mental y
el suicidio en la infancia y la
adolescencia.

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludable_mente_DIC_2021.pdf

2. Antecedentes:

Actuaciones a nivel nacional y en otras CCAA. Estrategias de prevención del suicidio y conductas autolíticas en CLM.



Castilla-La Mancha

PROGRAMA FINANCIADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL Y DEPORTES



Ámbito nacional (SNS)



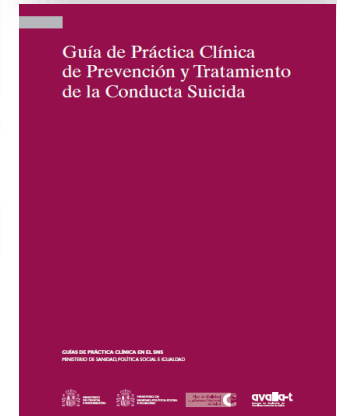
■ Plan Nacional de Prevención del Suicidio: NO EXISTE.

- PNL presentada en noviembre 2017 en la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados: para instar al Gobierno a elaborarla en 6 meses; en diciembre de 2022 se presentó una moción. .

■ Estrategia en Salud Mental del SNS

- Elaborada en 2006, evaluada y actualizada en 2009-2013. Sin objetivo específico de PS
- Varias Proposiciones no de Ley (PNL) desde 2012 solicitando su actualización.
- La prevención del suicidio se integra dentro de la prevención de los trastornos mentales
- Revisada finalmente en 2022: **Estrategia en Salud Mental del SNS 2022-2026 y Plan de Acción 2022-2024.**

- **PORTAL GUÍA SALUD:** Publicación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia: **Guía de PC para la prevención y tratamiento de la CS (2012) y la Guía de Evaluación y Manejo de autolesiones en la adolescencia (2022).** **Se incluyen factores de riesgo, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre búsqueda de ayuda profesional**



Ámbito nacional (SNS)

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida

La GPC ha sido revisada en Septiembre de 2020. La revisión ha concluido que las recomendaciones y otros contenidos clínicos relevantes continúan siendo vigentes. El procedimiento para la revisión de la GPC puede consultarse en: <https://bit.ly/2ZEyBJx>

Está previsto valorar la necesidad de actualización de la GPC transcurridos 5 años desde la última revisión.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



guiasalud.es

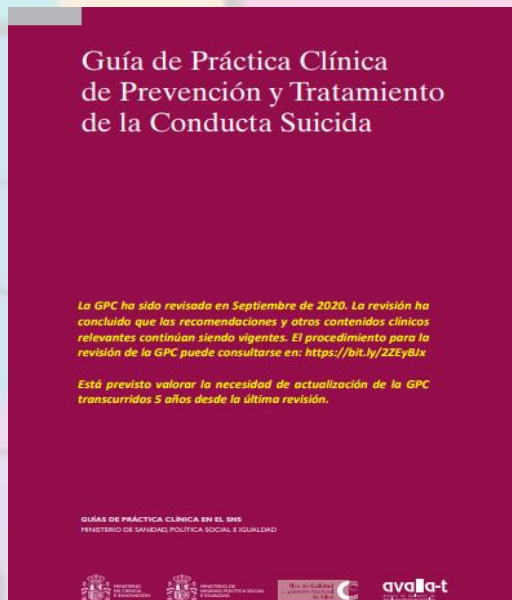


- ❑ Conjunto de recomendaciones claves fruto de la revisión de estudios relevantes de la literatura. Versión completa y resumida.
- ❑ Ofrece niveles de evidencia y fuerza de las recomendaciones del **SIGN** (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2001)
- ❑ Dos grandes apartados:
 - ❑ Evaluación y tratamiento
 - ❑ Aspectos preventivos
- ❑ La prevención en niños y adolescentes debe considerarse una prioridad, y el **ámbito más adecuado es el escolar**. Los programas desarrollados para prevención de la conducta suicida en escuelas, universidades o centros de menores mejoran significativamente el nivel de confianza, la percepción de habilidades y el conocimiento sobre el suicidio. Los resultados se mantienen hasta 18 meses si se realizan sesiones de esfuerzo de la formación inicial.

Referencia:

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

Ámbito nacional (SNS)



I. Evaluación y tratamiento

1.1. Factores asociados con la conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

1.2. Evaluación y manejo de la ideación y conducta suicidas en **atención primaria**. Criterios de derivación

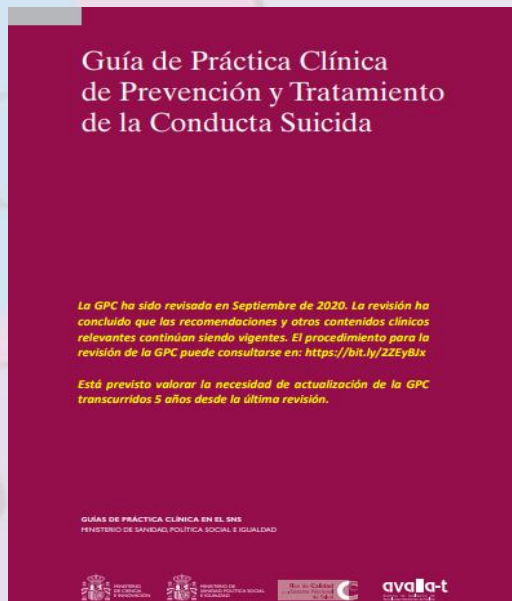
1.3. Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el **servicio de urgencias**. Criterios de ingreso.

1.3. Tratamiento de la conducta suicida en **atención especializada-Salud Mental**

Referencia:

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

II. Aspectos preventivos



2.1. Medidas generales

2.2. Cribado del riesgo

2.3. Conducta suicida en grupos de riesgo

- **Infancia y adolescencia.**
- Personas mayores,
- Con gran dependencia o enfermedad somática grave, incapacitante o con dolor crónico.
- Población penitenciaria.
- Víctimas de Violencia de género.
- Situaciones de riesgo laboral
- Cuidadores no profesionales

2.4. Intervenciones en familiares, allegados y profesionales tras un suicidio.

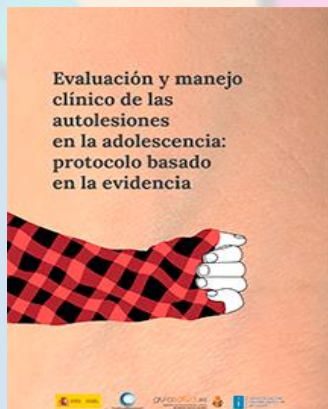
2.5. Programas clínicos: Barcelona, Sabadell y Ourense.

2.6. Aspectos legales.

2.7. Anexos: Algoritmos, Guías para pacientes y familiares, etc.

Referencia:

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

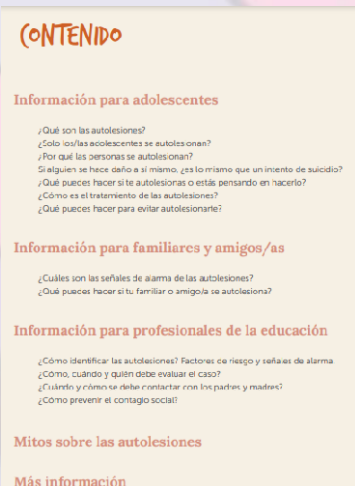
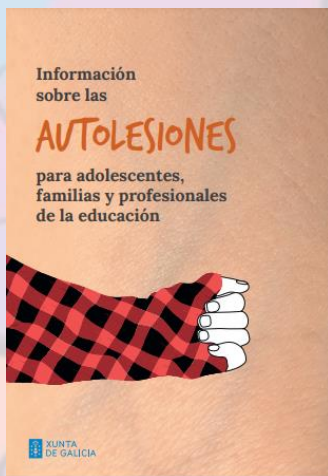


Incremento progresivo de las autolesiones en la adolescencia en los 10 últimos años, en parte, relacionado con el estrés psicológico y distanciamiento social causado por la pandemia por COVID-19.

Acciones de difusión de información y elaboración de guías:

Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia (2022). Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia.

Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión de Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/02/2020_avalia-t_opbe_autolesionesadolesc_def_nipo_doi-1.pdf

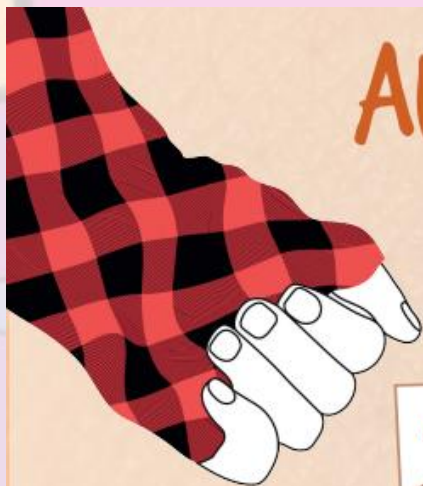


Enlace a guía para adolescentes, familias y profesionales educativos:

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/02/2020_avalia-t_opbe_autolesionesadolesc-infopac_def.pdf

Enlace a infografía:

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/02/2020_avalia-t_opbe_autolesionesadolesc-infografia_esp.pdf



AUTOLESIONES:

si pides ayuda,
puedes superarlo

¿QUÉ SON LAS AUTOLESIONES?

Las autolesiones consisten en hacerse daño físico intencionalmente con diferentes motivaciones, por ejemplo:

- Dejar de sufrir o manejar el sufrimiento.
- Reducir el malestar emocional.
- Hacerse daño como forma de autocastigo.
- Poder sentir alguna emoción,

Son peligrosas porque nos impiden enfrentarnos a los problemas de forma saludable y porque aumentan el riesgo de suicidio.

Cualquier persona puede verse afectada, aunque son más frecuentes la adolescencia y la juventud.

Las personas no se lastiman a sí mismas por las amistades que tienen, la música que escuchan o porque les guste, sino para aliviar su sufrimiento.



cam

PLAN DE
SALUD MENTAL

¿QUÉ PUEDO HACER SI ME AUTOLESIONO O ESTOY PENSANDO EN HACERLO?

**Si te estás autolesionando o piensas en hacerlo, es el momento de pedir ayuda.
Ese es el primer paso para empezar a sentirte mejor y solucionarlo.**



Habla con un familiar o con alguien de tu confianza para que te acompañe al centro de salud. Si no estás preparado/a para hablarlo con nadie de tu entorno, confía en los/las profesionales de la salud.



Los/Las profesionales evaluarán tu situación para poner en marcha las actuaciones y el tratamiento que te permitirán superarlo.

¿CUAL ES EL TRATAMIENTO?



1. Psicológico

Te permitirá eliminar o disminuir la conducta autolesiva modificando los pensamientos negativos, entendiendo tus emociones y aprendiendo formas saludables de reducir el malestar.



2. Farmacológico

A veces será recomendable que tomes medicinas, siempre bajo prescripción médica y especialmente cuando te diagnostiquen trastornos como depresión.



1+2. Combinado

Si es necesario, te indicarán ambos tratamientos.

¿QUÉ PUEDES HACER PARA EVITAR AUTOLESIONARTE?

Estrategias de regulación emocional

- Identificar lo que causa tu malestar y relacionarlo con las emociones que te provoca.
- Poner nombre a las emociones que sientes.
- Identificar los pensamientos que acompañan a esas emociones (por ejemplo, "no valgo para nada").
- Buscar alternativas saludables para hacer frente a las emociones y pensamientos negativos.



Hábitos saludables y rutinas

- Hacer deporte, dar un paseo.
- Cuidar tu alimentación y tus hábitos de sueño.
- Leer un libro.

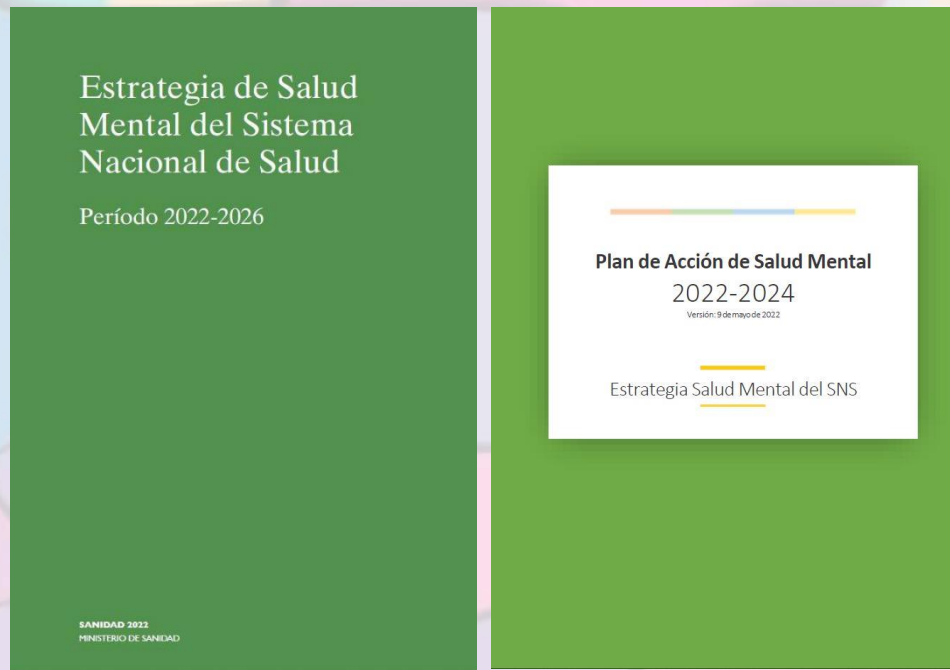
Actividades relajantes

- Hacer ejercicios de respiración y de relajación.
- Escuchar música, ver un vídeo.
- Darse un baño.

Búsqueda de apoyo

Elegir a una persona a la que acudir en momentos de crisis, como un amigo/a, tu pareja, un familiar, un orientador/a escolar, un profesor/a o un /una profesional sanitario/a.

Ámbito nacional (SNS)



Estrategia de SM y Plan de Acción

Líneas estratégicas:

1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona
2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental
3. **Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida**
4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario
5. **Salud mental en la infancia y en la adolescencia**
6. Atención e intervención familiar
7. Coordinación
8. Participación de la ciudadanía
9. Formación
10. Investigación, innovación y

Asociacionismo en España



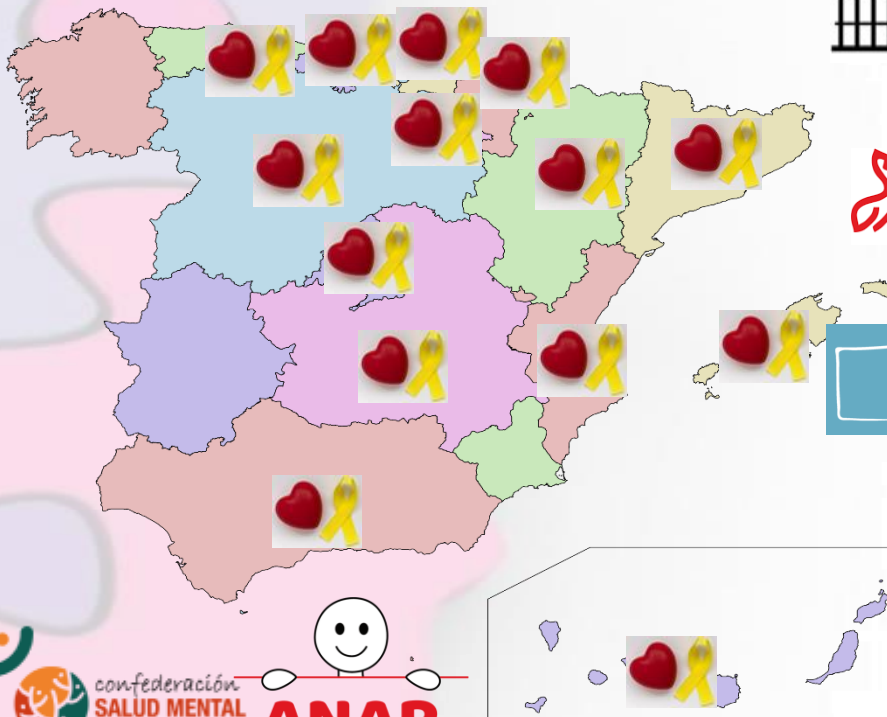
confederación
SALUD MENTAL
españa



PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025



Sociedad Internacional



Asociacionismo internacional: Sociedad internacional de la Autolesión

Castilla-La Mancha



PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

Sociedad Internacional



de Autolesión



En España, no se han desarrollado planes integrales en Asturias, Cantabria y Murcia.

LÍNEAS COMUNES DE LOS PLANES AUTONÓMICOS

- **Sistemas de información sanitaria**, análisis de datos y estudios epidemiológicos e epidemiológicos e investigación. Páginas web.
- **Formación de profesionales** en los diferentes ámbitos y sectores implicados.
- **Coordinación y colaboración interinstitucional** entre los sectores implicados.
- **Promoción de la salud mental positiva**, bajo diferentes enfoques en las actuaciones actuaciones indicadas.
- **Prevención de la conducta suicida**, desarrollada en formatos diversos (primaria-primaria-secundaria, universal-selectiva-indicada).
- **Manejo de la conducta suicida en la detección y atención** a la misma, bajo diversas diversas estrategias: sectorial, desglosada en el sector sanitario, postvención y atención atención a colectivos vulnerables. Código Riesgo Suicidio (CRS)

Necesidades de Formación

DIFICULTADES TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none">➤ Falta de recursos.➤ Falta de formación específica: conocimientos teóricos y prácticos➤ Miedo a no evaluar adecuadamente el riesgo suicida, falta de instrumentos específicos➤ Falta de conocimientos sobre recursos, falta de colaboración interinstitucional.➤ Falta de protocolos de intervención .
DIFICULTADES EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none">➤ Dificultad para tomar distancia cognitiva➤ Angustia, miedo a que la persona se suicide, cuestionamiento de las competencias para ayudar.➤ Conservar su propio bienestar.➤ Burnout.
DIFICULTADES DE RELACIÓN Y COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none">➤ Tener empatía con la persona, aceptación incondicional.➤ Aproximación al tema de la muerte.➤ Cómo dialogar sobre el tema.➤ Falta de confianza por parte de la pesona.
DIFICULTADES CON LA FAMILIA Y DE COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none">➤ Falta de tiempo.➤ Obtener colaboración de la familia.➤ Ajuste inadecuado➤ Falta de estructura social de ayuda➤ Trabajar con la familia . Aportación de un soporte a la familia .➤ Ausencia de equipo multidisciplinar .

Ámbito autonómico: MADRID



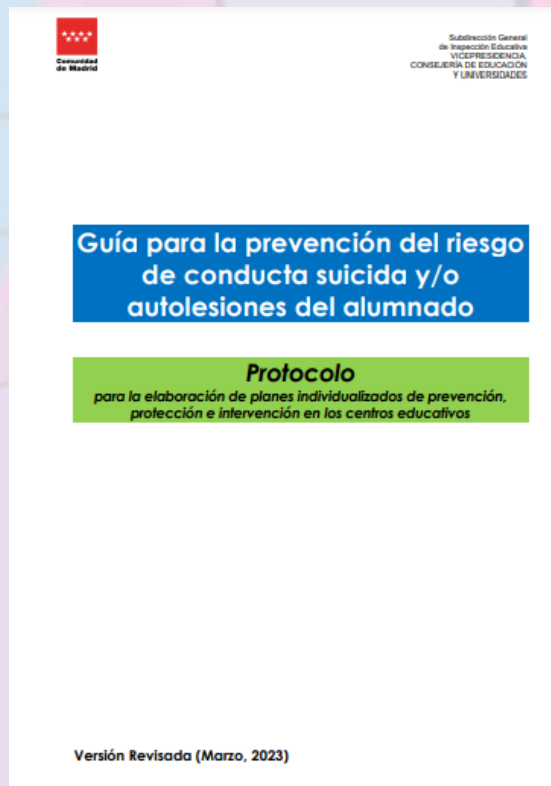
- ❖ **Proyecto de Investigación PsiCE (Psicología en Contextos Educativos)** realizado en colaboración entre Universidad de la Rioja y División de Psicología Educativa del COP de Madrid.
- ❖ **Objetivo:** Prevenir los problemas emocionales en contextos educativos y mejorar ajuste socioemocional y procesos de aprendizaje en personas de 12 a 17 años.
- ❖ **Evaluar la eficacia del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Problemas Emocionales en Adolescentes (UP-A; Ehrenreich-May et al., 2018)**

Referencias:

Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2018). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: Therapist guide*. Oxford University Press.

Fonseca-Pedrero, E. et al. (2023). PSICE Project Protocol: Evaluation of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment for Adolescents with Emotional Symptoms in School Settings. *Clínica y Salud*, 34(1), 15 - 22.

Ámbito autonómico: MADRID



RECOMENDADO

Incluye:

- ☐ PROTOCOLO para la elaboración de planes individualizados en alumnado
- ☐ ANEXOS – Documentos para el centro escolar (en Word)
- ☐ APÉNDICE – Guía teórica sobre prevención del riesgo de conducta suicida y autolesiones del alumnado

Estrategias de prevención del suicidio y conductas autolíticas en CLM



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL
Y DEPORTES



Castilla-La Mancha

MARCO DE REFERENCIA



**PLAN DE
SALUD MENTAL**
DE CASTILLA-LA MANCHA

2018/25



Castilla-La Mancha

**Estrategia de Prevención
DEL SUICIDIO**



Estrategias para la prevención del suicidio
y la intervención ante tentativas autolíticas

Castilla-La Mancha

SUPRE (OMS, 2014)

PREVENCIÓN UNIVERSAL

- Acceso a la atención a la Salud Mental.
- Políticas para reducir el consumo de alcohol.
- Limitar acceso a medios utilizables para el suicidio.
- Promover información responsable por los medios de comunicación.

PREVENCIÓN SELECTIVA

(Dirigida a grupos vulnerables)

- Población afectada por conflictos y desastres.
- Familiares de suicidas.
- Servicios de ayuda (líneas telefónicas).

PREVENCIÓN INDICADA

(Dirigida a personas específicas vulnerables)

- Seguimiento de personas dadas de alta de las Unidades de Hospitalización Breve de Salud Mental.
- Formación del personal de salud en la evaluación y gestión de conductas suicidas.
- Mejora en la identificación del riesgo entre personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo.

PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

PUBLIC HEALTH
ACTION FOR THE
PREVENTION OF
SUICIDE

A FRAMEWORK



4 LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- L1. Generación y gestión del conocimiento
- L2. Población adulta
- L3. **Población infanto-juvenil**
- L4. Población adulta mayor y personas frágiles

14 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

44 ACCIONES

Línea Estratégica 3. Población infantojuvenil

A) COORDINACION **SANIDAD Y EDUCACION**

B) COORDINACION ENTRE **SANIDAD, AMBITO SOCIAL Y CORPORACIONES LOCALES**

C) COORDINACION ENTRE **ATENCION PRIMARIA Y SALUD MENTAL**



IMPORTANCIA DEL ENFOQUE MULTISECTORIAL

Castilla-La Mancha



3. Creencias erróneas sobre el suicidio. Factores de riesgo, de protección y señales de alarma.

¿Por qué hablar de los Mitos?

Aspectos clave



Conocer los mitos no asegura que no condicionen nuestras actitudes, pero ignorarlos las condiciona irremediabilmente. Es importante identificarlos y debatirlos para desmontarlos.

A CONTINUACIÓN, LOS PRINCIPALES MITOS Y REALIDADES....



PREGUNTAR SOBRE SUICIDIO A UNA PERSONA PUEDE INCITARLE A QUE LO REALICE

REALIDAD

Hablar de suicidio con una persona en riesgo, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca al sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

MITO COLATERAL:

Si el suicidio se hace público por las noticias, puede haber efecto contagio, es mejor no hablar del tema.

Efectos Werther y Papageno

EL QUE SE QUIERE MATAR, NO AVISA A NADIE

REALIDAD

9 de cada 10 personas que se suicidan hablaron de sus propósitos o dejaron entrever sus intenciones.

MITO COLATERAL:

El que lo dice, no lo hace.

Las personas que hablan de suicidio no se harán daño de verdad, sólo quieren llamar la atención.

**LOS QUE INTENTAN SUICIDARSE Y FRACASAN NO QUERÍAN MATARSE, SÓLO ERA
UNA ALARDE**

REALIDAD

Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es prejuicioso tildarles de alardear.

Son personas, cuyos mecanismos de defensa han fallado.

MITO COLATERAL:

Los suicidas de verdad están decididos a matarse.

La persona que quiere morir, lo logrará se haga lo que se haga.

***** La mayoría de personas cuando comunican sus pensamientos suicidas, éstos son sinónimo de ambivalencia, no de intención irrevocable de matarse.

EL SUICIDIO NO PUEDE PREVENIRSE, PUES OCURRE POR IMPULSO Y SIN ADVERTENCIAS.

REALIDAD

El suicidio puede parecer impulsivo, pero muchas personas dan algún tipo de señal acerca de las intenciones de hacerse daño.

MITO COLATERAL:

El suicida convencido siempre se cuidará de no dar pistas ni hacer nada que lo delate.

**CUANDO UN INDIVIDUO DA SEÑALES DE MEJORÍA O SOBREVIVE A UN INTENTO,
ESTÁ FUERA DE PELIGRO**

REALIDAD

Uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis. Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consultaron posteriormente, lo hicieron en los 3 primeros meses tras la tentativa fallida.

Entre el 1 y el 2% de los que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10% y el 20% lo consumarán a lo largo de su vida. El resto supera esas ideas.

**LAS PERSONAS QUE SE SUICIDAN O LO INTENTAN SIEMPRE TIENEN UN
TRASTORNO MENTAL**

REALIDAD

Si bien el número de suicidios es mayor en personas con trastorno mental que en la población general, hay casos en los que no había ningún trastorno mental evidente (8-10%)

EL SUICIDIO SE HEREDA GENÉTICAMENTE, TODO EL QUE SE SUICIDA ESTÁ DEPRIMIDO.

REALIDAD

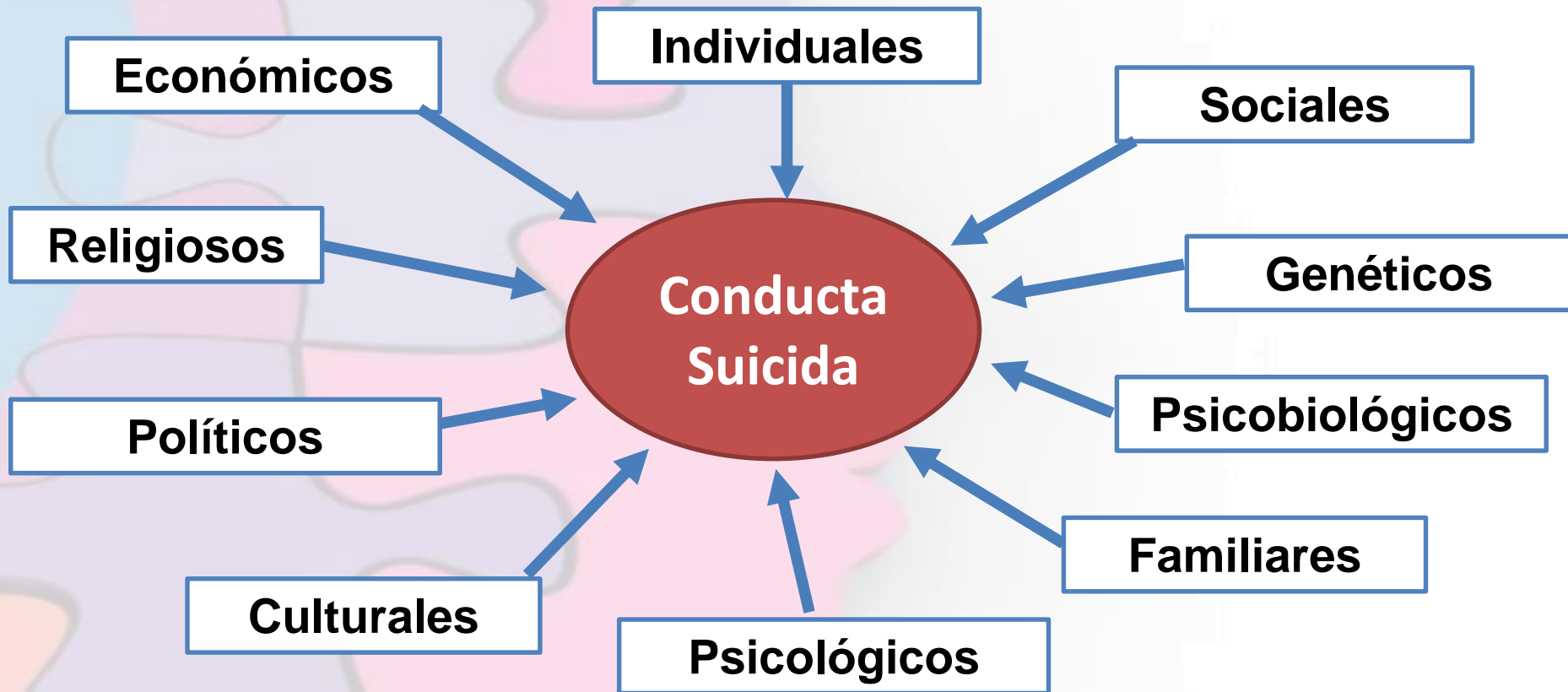
No todo suicidio se puede relacionar con la herencia. Sin embargo, el historial familiar de suicidio es un factor de riesgo importante del comportamiento suicida, particularmente, en familias, en que la depresión es común.

Factores de riesgo de la conducta suicida

Castilla-La Mancha



PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025



<div>FACTORES INDIVIDUALES</div>	<div> <div>■ Factores psicológicos : desesperanza , rigidez e impulsividad. “Va a ser siempre igual”, “no van a sentir mi pérdida”, SUFRIMIENTO.</div> <div>■ Trastornos mentales : depresión , tr bipolar , tr psicóticos, tr ansiedad , TCA , Tr personalidad.</div> <div>■ Abuso de alcohol y otros tóxicos.</div> <div>■ Ideación suicida.</div> <div>■ Enfermedad física e incapacitante : enfermedades neurológicas, tumorales , sistémicas ...</div> <div>■ Intentos previos de suicidio</div> <div>■ Factores genéticos y biológicos : disfunción serotoninérgica central .</div> <div>⚡ Edad: adolescentes y mayores.</div> <div>⚡ Género: hombre.</div> <div>⚡ Historia de maltrato físico o abuso sexual .</div> </div>												
<div>FACTORES FAMILIARES</div>	<div> <div>■ Historia familiar previa de suicidio</div> <div>□ Falta de apoyo sociofamiliar</div> </div>												
<div>FACTORES CONTEXTUALES AMBIENTALES SOCIALES</div>	<div> <div>□ Fácil acceso a armas , medicamentos , tóxicos</div> <div>□ Dificil acceso al sistema sanitario</div> <div>⚡ Nivel socioeconómico , educativo</div> <div>⚡ Etnia</div> <div>⚡ Religión</div> <div>⚡ Estado civil</div> <div>⚡ Notificaciones de los medios de comunicación</div> <div>⚡ Aislamiento social</div> <div>⊕ Eventos vitales estresantes</div> <div>⊕ Estigma</div> <div>⊕ Acoso por parte de iguales</div> <div>⊕ Desempleo</div> <div>⊕ Migración</div> <div>⊕ Efecto contagio</div> </div> <table> <tr> <td>■</td><td>Clínico , modificable , predisponente</td></tr> <tr> <td>■</td><td>Clínico , modificable , precipitante</td></tr> <tr> <td>■</td><td>Clínico , inmodificable , predisponente</td></tr> <tr> <td>□</td><td>No clínico , modificable , precipitante</td></tr> <tr> <td>⚡</td><td>No clínico , inmodificable , predisponente</td></tr> <tr> <td>⊕</td><td>No clínico , inmodificable , precipitante</td></tr> </table>	■	Clínico , modificable , predisponente	■	Clínico , modificable , precipitante	■	Clínico , inmodificable , predisponente	□	No clínico , modificable , precipitante	⚡	No clínico , inmodificable , predisponente	⊕	No clínico , inmodificable , precipitante
■	Clínico , modificable , predisponente												
■	Clínico , modificable , precipitante												
■	Clínico , inmodificable , predisponente												
□	No clínico , modificable , precipitante												
⚡	No clínico , inmodificable , predisponente												
⊕	No clínico , inmodificable , precipitante												

FACTORES ESPECÍFICOS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA: VICTIMIZACIÓN

PLAN DE
SALUD MENTAL
CÁDIZ- LA MANCHA
2018-2025

ACOSO ESCOLAR - BULLING (OMS / 1ª causa –adolescencia)

- En 2017, España > 1000 víctimas.
- Entre 2012-2017 , un total de 2853 menores .
- Comunidades autónomas (Madrid y Andalucía).
- Franja de edad (12 -14 años)
seguidos por los de (15-17) , (9-11) y (6-8) .



**(2) veces más
riesgo**

CIBERACOSO O CIBERBULLING

- 1:4
- Perfil : chicas , mayores de 13 años (*) , whatsapp.

SEXTING

- 1:7 jóvenes envía mensajes de contenido sexual y 1:4 los recibe .
- Práctica en aumento.
- Entre los 10-12 años , menor conciencia riesgo.
- Victimización : venganza , abuso , chantaje ... Los casos de suicidio en menores de 12 años , son poco frecuentes .

Consecuencias : enfermedades físicas por estrés , abuso sustancias , ansiedad , aislamiento , tristeza , soledad , miedo , baja autoestima , abandono estudios , trabajo y , un 10% sufre autolesiones o intentos de suicidio.

LGTBI

- Cifras : 50 suicidios consumados y 950 intentos / año – España.
- Causas : la falta de apoyo en el entorno familiar, social y escolar, el bullying y los conflictos de autoaceptación y autoconfianza.

Factores de protección

INDIVIDUALES

- Mujer.
- HH SS y de comunicación.
- HH Resolución problemas.
- Autorregulación emocional
- Búsqueda de apoyo.
- Receptivo a ayuda.
- Autoestima alta.
- Sentirse querido .
- Valorarse como persona
- Valores Positivos (respeto, solidaridad, cooperación, justicia, amistad).

FAMILIARES

- Apoyo familiar.
- Fuerte apoyo entre miembros.
- Sentirse escuchado, respetado, sin ser juzgado por alguna persona significativa.



SOCIALES

- Integración social.
- Relaciones interpersonales (compañeros, etc).
- Confianza para hablar de temas difíciles con otros.
- AMIGOS.
- Religión.
- Adoptar valores culturales.
- Acceso a mecanismos de ayuda.
- Acceso a servicios sanitarios.
- Acceso restringido a medios de suicidio.

FACTORES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICOS EN EL ENTORNO EDUCATIVO

- Existencia Protocolo de Actuación.
- Campañas Tolerancia Cero Acoso escolar.
- Programas Resolución de conflictos.
- Promover conductas de apoyo entre iguales.
- Formación al personal docente.
- Disponibilidad documentación para los alumnos.
- Programas HHSS. Gestión Emocional. Autoestima.
- Programas de Resolución de conflictos entre iguales.



SEÑALES DE ALERTA

IN DE
NTAL
MANCHA
1-2025

SEÑALES VERBALES

- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida. Sentirse una carga, desesperanza.
- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre el futuro.
- Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte. Amenazas
- Despedidas verbales o escritas y/o comunicaciones especiales de agradecimiento o buenos deseos.

SEÑALES CONDUCTUALES

- Cambios repentinos de conducta : irascibilidad , irritabilidad , consumo de alcohol vs período de calma inusual (tranquilidad siniestra).
- Aparición de laceraciones recientes. AUTOLESIONES
- iNterés inusual por la muerte, búsqueda de métodos,
- Deterioro en el rendimiento escolar, absentismo.
- Problemas de conducta, rebeldía, violencia, fugas, cambios de personalidad o carácter
- Procurarse u ocultar objetos con fines autolesivos o suicidas.
- Conductas de ensayo suicida.
- Rechazo abierto e encubierto del tratamiento, o a recibir ayuda en general
- Regalar objetos personales y queridos, cerrar asuntos
- Intento de fuga , desaparición u ocultamiento.
- Deterioro de apariencia física,
- Cambios en alimentación o sueño
- Conductas de riesgo. Abuso de sustancias..



SEÑALES DE ALERTA

IN DE
NTAL

OTROS SIGNOS

- Aburrimiento persistente, dificultad de concentración, y disminución de la calidad del trabajo académico.
- Quejas físicas frecuentes, como dolores de estómago, de cabeza, fatiga, etc., siempre relacionados con estados emocionales.
- Pérdida de interés en actividades que previamente le resultaban placenteras. Falta de esfuerzo. Descenso del rendimiento escolar.
- Intolerancia para el elogio o las recompensas.
- Comentario despectivos hacia sí mismo, su vida, la sociedad y/o el futuro.
- Aumento súbito del estado de ánimo o la calma después de un tiempo de tristeza o agitación.



MOTIVOS MÁS FRECUENTES

ADOLESCENTES: sensación de no control, psicosis, primeros episodio psicóticos, entre los dx principales, se encuentra la anorexia nerviosa como el mayoritario. También acoso, identidad de genero, problemas sociales ,bullying y cyberbullying, exigencias familiares o académicas, o autoexigencia, psicopatología de los padres, exposición al suicidio en medios, manipulación paterna...

ADULTOS: problemas de pareja, problemas de trabajo, económicos.

MAYORES : sensación de que son un estorbo, que ya no sirven, soledad, dolencias crónicas que cursan con dolor.

Siempre **posponer** la decisión
no rebatir ni cuestionar

*Muy Importante contener el riesgo de
forma inmediata, independientemente
de las características del intento.

4. Actuaciones desde el ámbito sanitario: Red sanitaria de atención a la salud mental infanto-juvenil.



Castilla-La Mancha

Medidas de PREVENCIÓN del Suicidio - GENERALES

Castilla-La Mancha



PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

Detección,
evaluación,
factores
protectores,
tratamiento,...

pesticidas,
medicamentos,
armas de
fuego,...

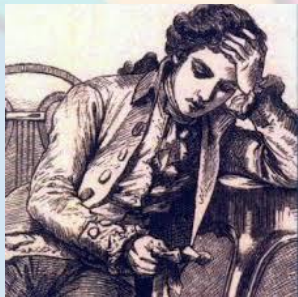
Ideación suicida,
señales,
depresión,
fracasos...

Cuatro Medidas generales:

1. **Potenciar factores protectores y resiliencia.**
2. **Restringir el acceso a métodos letales.**
3. **Tratamiento responsable en medios de comunicación.**
4. **Formación de profesionales en prevención de conductas suicidas.**

- No sensacionalismo.
- No detalles.
- Información precisa, responsable y ética.
- Aprovechar para educar
- Informar sobre recursos de ayuda.
- Tener en cuenta el impacto en familiares.

Efecto WERTHER:



*“Las penas del
joven Werther”*
Goethe

(Suicidio por efecto contagio)

Novela epistolar de un joven artista sensible y enamorado, a su amigo Guillermo, en la que se suicida por amor no correspondido de Charlotte.

*(Se suicidaron por imitación unos
40 lectores)*

Efecto PAPAGENO:

“La Flauta Mágica”
Mozart

(Efecto de protección)

Papageno es disuadido del suicidio por tres niños que le muestran alternativas de vida.



QUÉ NO HACER

(Puede producir o potenciar el efecto Werther)

- Tratar de forma sensacionalista y acentuar el dramatismo.
- Publicar en portada.
- Describir de manera detallada y la forma de acceder al mismo.
- Acompañar fotografías de la víctima y la escena.
- Presentar el suicidio como un logro.
- Justificar el acto.
- Presentarlo como solución válida para afrontar problemas personales.
- Mostrar como causa simplista (enferm. mental, desahucio...)
- Emplear términos que indiquen *éxito, honor* o comprensión del acto.
- Emplear eufemismos, estereotipos o términos estigmatizantes.
- Emplear calificativos como suicidio *rápido, sencillo, indoloro, o exitoso*.
- Asociar ideas de heroicidad, romanticismo o valentía.

QUE SÍ HACER

(Puede producir o potenciar el efecto Papageno)

- Información precisa, veraz, responsable y fidedigna.
- Publicación en páginas interiores.
- Presentar el suicidio como un hecho.
- Tener en cuenta el impacto de la información en familiares y allegados.
- Emplear lenguaje preciso, equilibrado y respetuoso.
- Aprovechar para educar: factores de protección, de riesgo, señales de alarma, mitos...
- Información sobre recursos preventivos y de ayuda disponibles: teléfonos de emergencias, sanitarios, asociaciones... (112, Teléfono de la Esperanza, etc.)
- Respetar la intimidad de familiares y amigos.
- Separar el suicidio de los méritos artísticos, deportivos... *(Un buen modelo como cantante no es un buen modelo como suicida)*

Potenciación de factores protectores y Resiliencia.

Implica **detectar** los factores de riesgo y los factores de protección, de **forma temprana**, evaluar y poder intervenir con el tratamiento más adecuado.

Factores Individuales

- Habilidades de la persona como son las Habilidades Sociales y de comunicación.

- Habilidades de Resolución de problemas.

- Búsqueda de apoyo, ante situaciones de crisis.

- Ser receptivo a la ayuda (no todos lo son, la sociedad nos impele a ser autosuficientes).

- Tener una buena Autoestima y autoconcepto.

- Sentirse querido. Es un factor clave que previene la soledad y la desesperanza.

- Valorarse como persona.

Dispositivos y programas de salud mental infanto juvenil:

Castilla-La Mancha



PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

1-Unidad de salud mental infanto juvenil. (USMIJ)

Es el dispositivo ambulatorio de referencia para la evaluación y el tratamiento de menores de edad, de 0 a 17 años con problemas de salud mental. Desarrolla actuaciones preventivas y de interrelación con otros recursos sanitarios, sociales y educativos.

2-Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDI-J).

Es el dispositivo asistencial específico para el tratamiento ambulatorio intensivo de niños y adolescentes con trastornos mentales severos, que no precisan hospitalización completa. Para el desarrollo de las actividades terapéuticas dispone de personal propio, compartido con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y el apoyo de profesionales del sistema educativo.

3-Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil. (UHBIJ)

Se crean como un dispositivo asistencial específico para el tratamiento intensivo de niños y adolescentes que precisan hospitalización completa.

Hospitales en Castilla-La Mancha a 31 de diciembre de 2016. (Entre paréntesis figura el nº de camas.)

Nº de hospitales

20  SESCAM

4  Otros públicos

8  Privados

H. Virgen de la Salud (622)
H. Geriátrico Virgen del Valle (155)
H. Prov. Ntra. Sra. de la Misericordia (146)
Unidad de traumatología (30)
H. Nacional de Paraplégicos (210)
C. Tto. de drogodependientes El Alba (30)
Hospital Laboral SOLIMAT (10)

Quiron Salud Toledo (118)

H. Universitario de Guadalajara (432)
Instituto de Enferm. Neurológicas (147)
URR de Enfermos Psíquicos Alcohete (165)

Clinica La Antigua (57)
Clinica Dr.Sanz Vázquez (40)

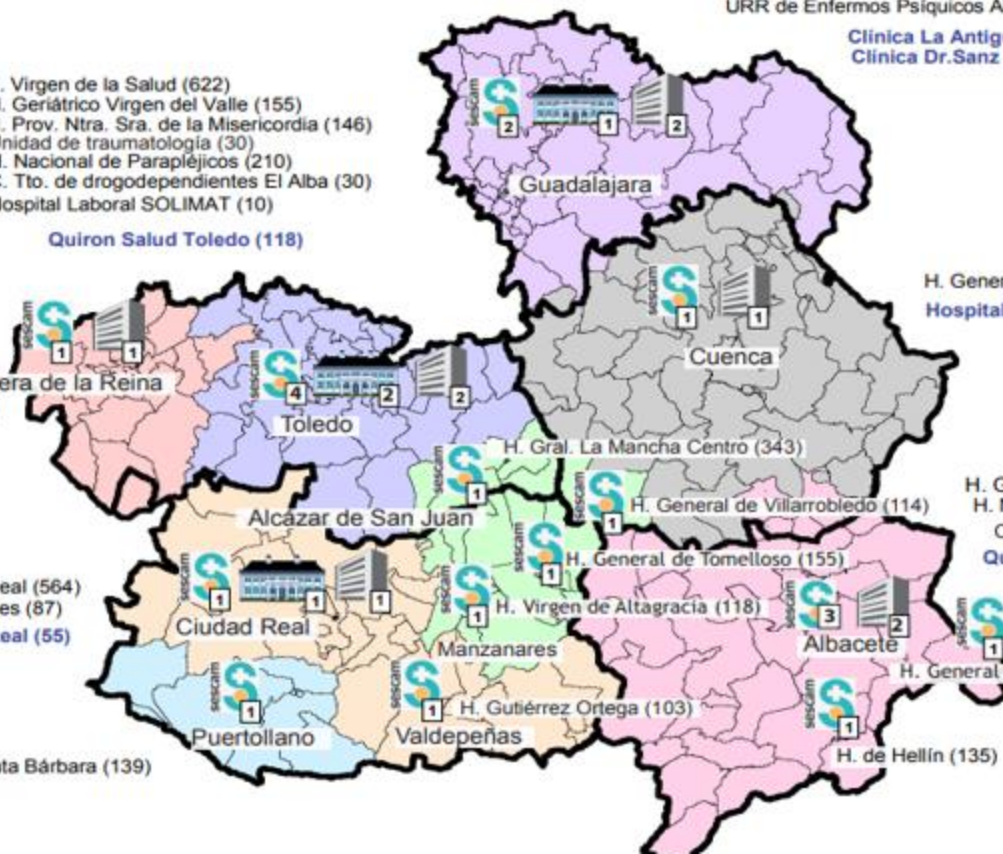
H. General Virgen de la Luz (395)
Hospital Recoletas Cuenca S.L.U. (60)

H. Gral. Ntra. Sra. del Prado (310)
Clinica Marazuela, S.A. (15)

H. General Universitario de Albacete (505)
H. Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro (169)
Centro de Atención a la Salud Mental (62)
Quironsalud Hospital Albacete (65)
Clinica Santa Cristina Albacete (42)

H. General de Ciudad Real (564)
Servicios Sanitarios y Asistenciales (87)
H. Quirónsalud Ciudad Real (55)

H. Santa Bárbara (139)



La red de salud mental de Castilla La Mancha esta constituida por el SESCAM, Fundación sociosanitaria de Castilla La Mancha, consejería de Sanidad y algunas entidades provinciales que todavía están pendientes de transferir alguna competencia al SESCAM.

La atención en el área de salud mental esta dividida en dos grupos de población:

- Población infantil.
- Población adulta.

Las áreas de salud mental para la organización de los recursos no se corresponde exactamente con el mapa sanitario, existiendo 7 áreas de salud mental.

DISPOSITIVOS SANITARIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL



DISPOSITIVOS SOCIO-SANITARIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL



¿Por qué es importante la SMIJ?

Consecuencias

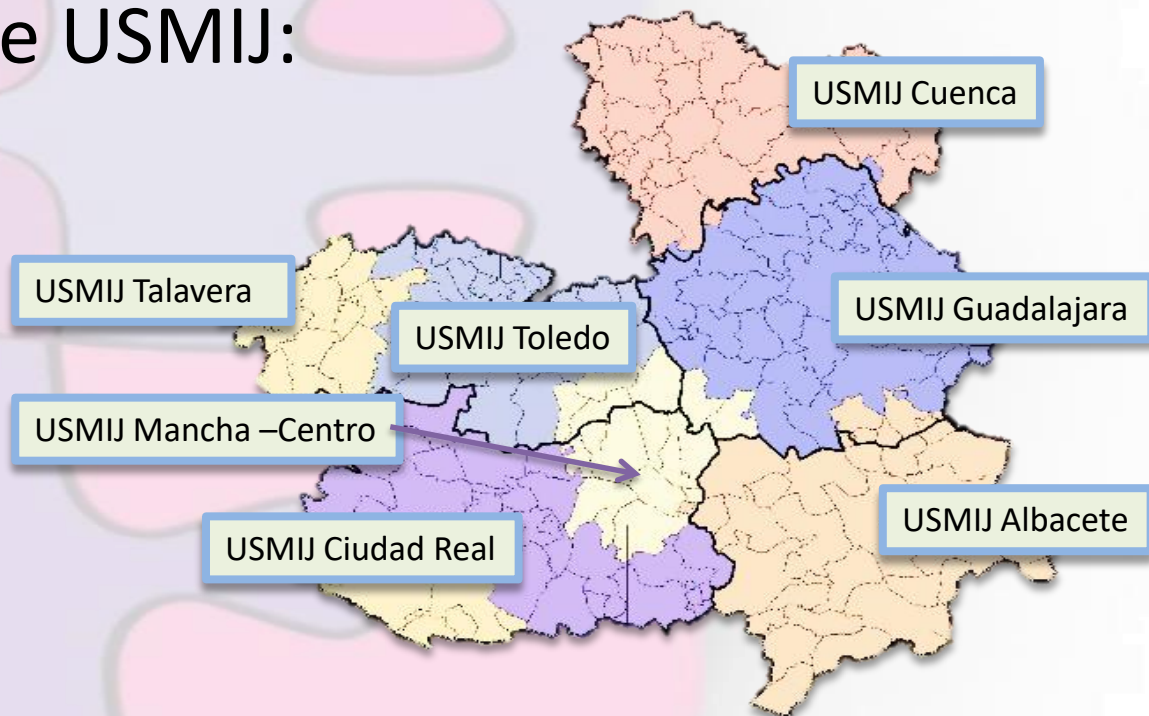


- Niño/adolescente
- Familia
- Entorno
- Escolar /nivel laboral
- Económicas

El **70 %** de los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta tienen su origen en la infancia o adolescencia”

USMIJ DISPOSITIVOS

- Siete USMIJ:



USMIJ Dispositivos

(7) USMIJ

CAEM Centro
atención especial
menor 13 plazas

Hospitalización
de día

- Unidades de Hospitalización de día o parcial Infanto Juvenil [H.D. I-J].
- Existen 3 , situadas en Alcázar, Albacete Y Guadalajara.

Hospitalización
breve

- Unidad de Hospitalización Breve Infanto Juvenil [H.B.IJ]. Existe uno, en Ciudad Real . 15 camas

USMIJ

Asociaciones

Educación

Hospital

USMIJ

Atención primaria

Justicia

Servicios Sociales

CAEM



Coordinación/ derivaciones a otros recursos

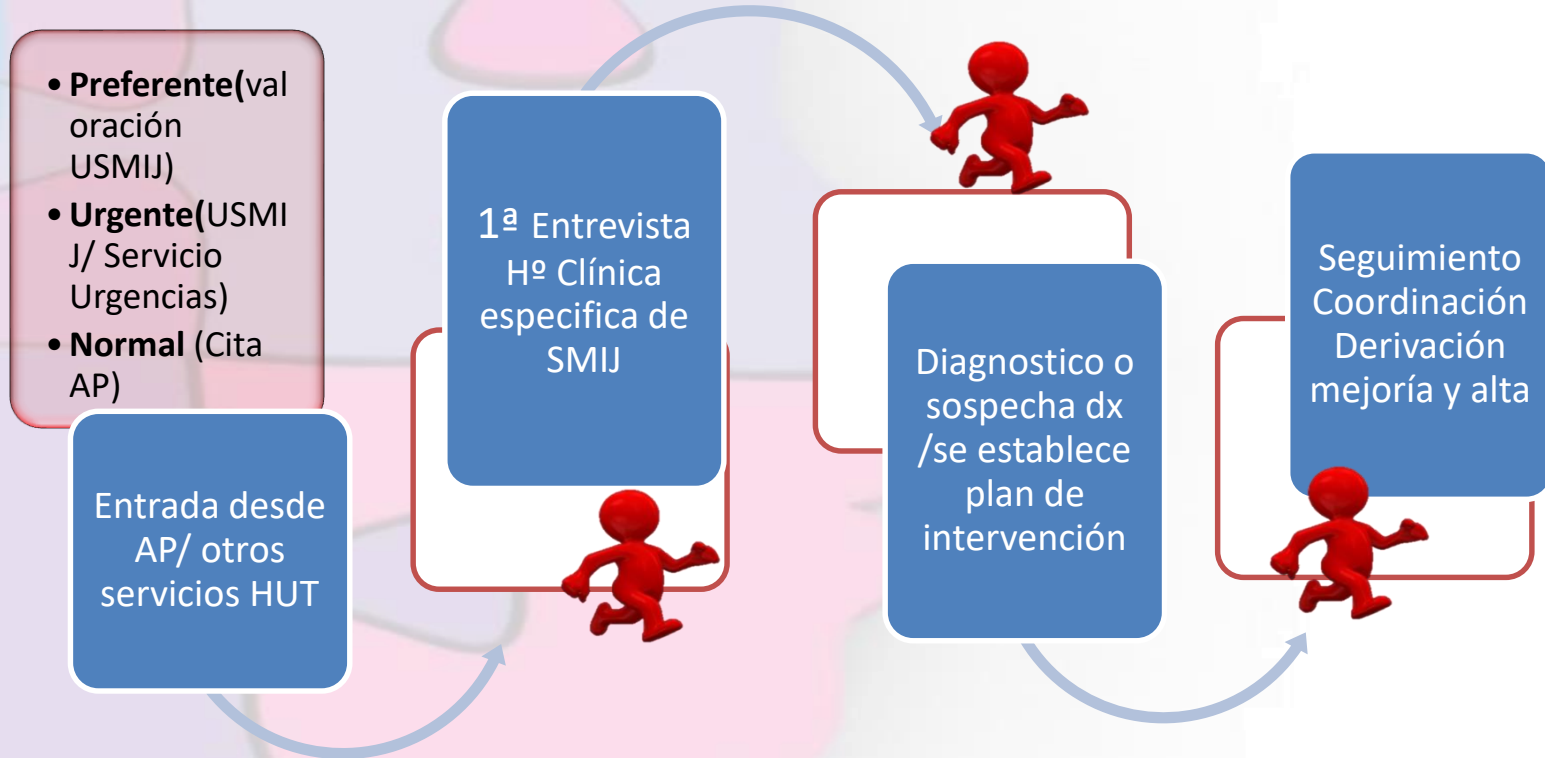
- **U.V.A.S.I.** Unidad de **valoración** de abuso sexual infantil de CLM.
- **REVELAS-m.** Programa de prevención e **intervención** en abuso sexual infantil.
- **CMIF.** Centro de **Mediación** e Intervención **familiar** CLM.

Coordinación/derivación a otros recursos

- **AMFORMAD.** Programa de Intervención en **violencia familiar.**
- **UCA.** Unidad de Conductas Adictivas
- **Atención Temprana/ C. Base.**
- **Centro de Atención a la Familia(C. Roja)**

USMIJ

PLAN DE
UD MENTAL
TILLA-LA MANCHA
2018-2025



CODIGO RIESGO SUICIDIO



SUBPROCESO DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN AP



RECOMENDACIONES PARA LA DETECCIÓN
DEL RIESGO Y LA INTERVENCIÓN ANTE LA
CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO DE
ATENCIÓN PRIMARIA

GRUPO DE TRABAJO para la PREVENCIÓN del SUICIDIO en CLM



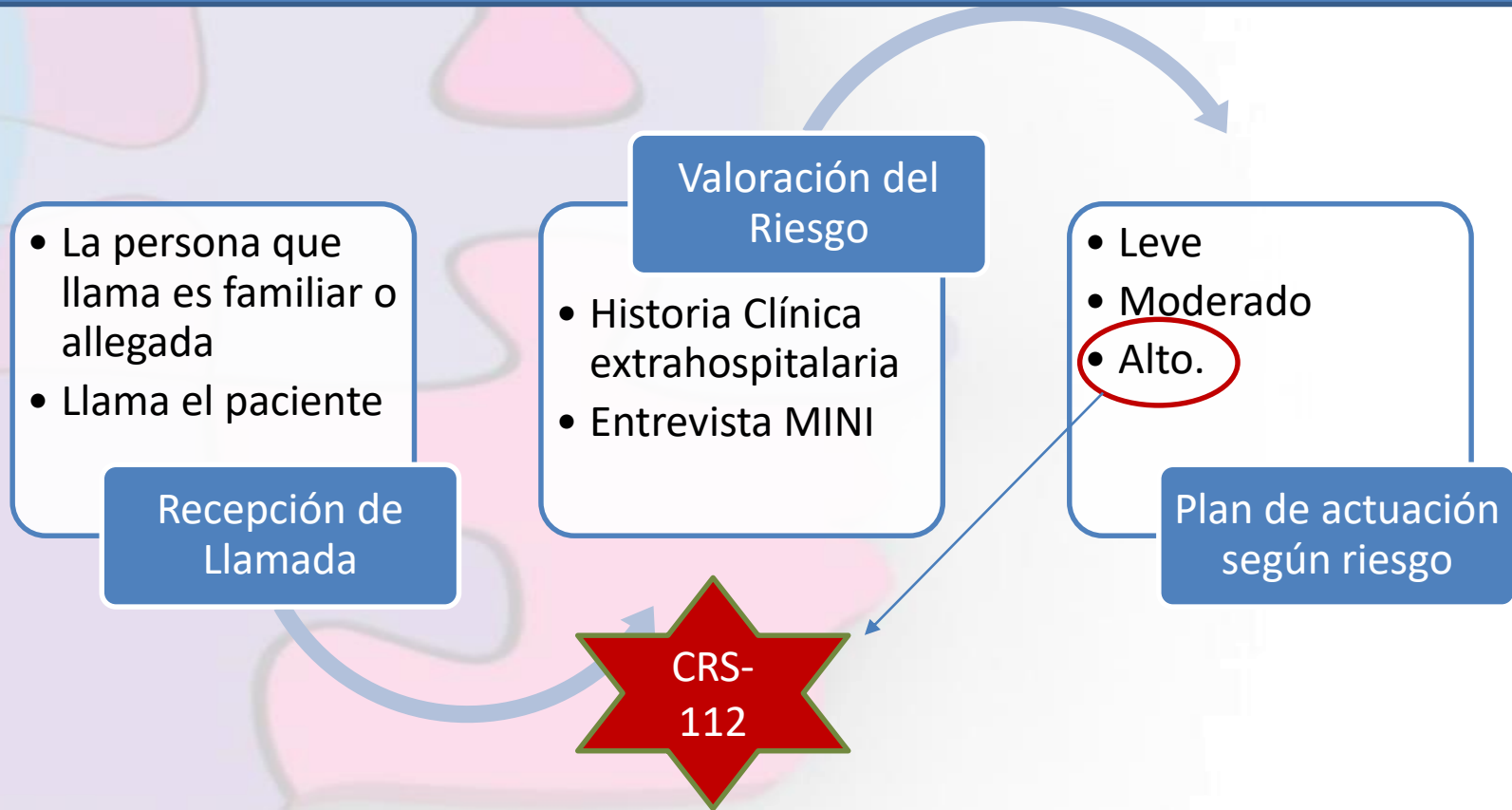
- Formación Previa y Equipos Colaborativos de Enlace.

TIEMPOS MAXIMOS PARA LA CITA LIGADA A LA
PRESTACIÓN CRS DEL CÓDIGO DE RIESGO DE
SUICIDIO:

Si el paciente es mayor de 18 años , cita en menos
de una semana

Si el paciente es menor de 18 años, cita en menos
de 72 horas.

SUBPROCESO Atención 112



SUBPROCESO ÁMBITO HOSPITALARIO

DESARROLLO - CRS

1. Un **INDICADOR, VINCULO ACTIVA EL PROTOCOLO de VALORACIÓN – INDICADOR Valoración riesgo suicidio (VRS)- BOTÓN: ¿Existe sospecha de riesgo de suicidio actualmente?- Si/no**
2. **Entrevista Clínica**
3. **MINI**
4. **FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN**
5. **IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL**
6. **ACTIVACIÓN CRS- cita en la prestación CRS-**

TIEMPOS MAXIMOS PARA LA CITA LIGADA A LA PRESTACIÓN CRS DEL CÓDIGO DE RIESGO DE SUICIDIO:

Si el paciente es mayor de 18 años , cita en menos de una semana

Si el paciente es menor de 18 años, cita en menos de 72 horas.

SEGUIMIENTO

- Programa 'RENACE'
 - Abordaje específico de la conducta suicida como problema.
 - Sistematizado.
 - Atención especial a las transiciones.
 - Posible seguimiento telefónico al alta.
- Seguimiento Pilotaje TR
 - Cada paciente tendrá una persona responsable del seguimiento que coordinará el PITR.
 - 12 MESES. Tres fases.
 - Valorar al año si CRS activo.

No temas hablar de suicidio.

1

No banalices, desprecies o infravalores su sufrimiento. Para ella y él es importante.



Habla con tu alumn@.

2

Presta atención a señales: seguimiento de asistencia, retrasos, ausencias injustificadas, conducta en recreos, y mantén la comunicación con la familia.



6. Actuaciones desde el ámbito educativo: Prevención y detección precoz, intervención, postvención.



Castilla-La Mancha

PROGRAMA FINANCIADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL Y DEPORTES

EL CRIBADO DEL RIESGO DE SUICIDIO

- Proceso para seleccionar personas con un alto riesgo de una condición clínica o enfermedad. En caso de resultar positivo, deben realizarse evaluaciones en profundidad para confirmarlo.
- Se recomienda cuando la enfermedad o condición clínica causa una gran morbilidad o mortalidad, existe un tratamiento efectivo, su prevalencia no es demasiado baja y su detección temprana es considerada crítica
- El riesgo de suicidio cumple estos requisitos si se asume la efectividad del tratamiento de la depresión, presente en un porcentaje muy elevado de los pacientes con conducta suicida.



CRIBADO POBLACIONAL / UNIVERSAL : filtrar a toda la población (supondría valorar a todo el alumnado de un Centro Educativo)

CRIBADO DE RIESGO / SELECTIVO : filtrar sólo a la población que presente riesgo

En centros educativos, la evidencia existente sobre la efectividad y el posible impacto en la conducta suicida no permite recomendar la implantación de programas de cribado poblacional .

No hay evidencia de que los programas de cribado de suicidio tengan un efecto iatrogénico sobre las personas, como aumentar el malestar emocional o generar ideación suicida.

TIPOS DE CRIBADO

IN DE
NTAL
MANCHA
-2025

2.1.1 CRIBADO POBLACIONAL

- No toda la población tiene riesgo de suicidio.
 - Todos los falsos positivos tendrían que ser reevaluados con pruebas diagnósticas más específicas.
 - Falta de recursos para su realización, gran carga.
- NO RECOMENDADO.



2.1.2 CRIBADO SELECTIVO

Detectar a las personas que tienen mayor riesgo dentro de un grupo poblacional:

- Personas que han realizado un intento de suicidio (últimos 6 meses-1 año).
- Personas que manifiestan ideación e intencionalidad suicida o que , negándola:
 - manifiestan una conducta potencialmente suicida (señales de alerta) .
 - Presenten factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, impulsividad...) o que presenten factores de estrés asociados (victimización, problemática familiar importante, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc..)

INSTRUMENTOS DE CRIBADO en población adolescente

AN DE
ENTAL
MANCHA
I-2025

- ☐ Escalas predictivas de DISC (DPS)
- ☐ Ask suicide-screening questions - ASQ Horowitz (2012)
- ☐ Cuestionario de Riesgo suicida (Risk of Suicide Questionnaire, **RSQ**)
- ☐ Escala de riesgo suicida de Plutchick (Plutchik Suicide Risk Scale - SRS)
- ☐ Escala de medición de riesgo (SPS)
- ☐ **Escala de valoración de gravedad de la conducta suicida de la Universidad de Columbia (Columbia Suicide Severity Rating Scale, **C-SSRS**)**
- ☐ Multi-Attitude Suicide tendency scale (MAST)
- ☐ Suicide Ideation Questionnaire - Junior (**SIQJR**)
- ☐ Fairy Tales Test (Orbach et al, 1983)

NOTA: Si se emplearan instrumento de cribado, éstos deberían ser breves, fáciles de utilizar y con sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) aceptables.

¿QUÉ EXPLORAMOS?



Pregunta sondeo

Pregunta sondeo

Pregunta sondeo

Pregunta sondeo

Pregunta sondeo

+

IDEACIÓN SUICIDA

- ☼ Grado de planificación y sistematización .
- ☼ Motivos (crisis puntual / estrés sostenido / trastorno mental)
- ☼ Frecuencia (alta / baja)
- ☼ Intensidad
- ☼ Interferencia

INTENTO DE SUICIDIO

- ☼ Circunstancias
- ☼ Pensamientos
- ☼ Finalidad (llamada socorro-petición ayuda , fines movilizadores , intención de morir)
- ☼ Método (letalidad)
- ☼ Previsión rescate (presencia de otros / solitario)
- ☼ Nota de despedida
- ☼ Grado de alivio
- ☼ Tratamiento recibido
- ☼ Nivel de arrepentimiento

+



LA ENTREVISTA



- En la Guía tenemos disponible la **“Escala de valoración de gravedad de la conducta suicida de la Universidad de Columbia (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)”**, que comprende la valoración de varias áreas de la conducta suicida.
- La exploración de cada área se inicia con una pregunta sondeo. Si resulta positiva se deberá profundizar en cada una.

❖ Recomendaciones sobre como preguntar:

- ❖ 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 cómo 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.



◆ 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 riesgo suicida.

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

1. ¿Has deseado estar muerto/a o dormirte y no volver a despertar?.
2. ¿Has pensado realmente en quitarte la vida?.
3. ¿Has estado pensando en cómo podrías hacerlo?.
4. ¿Has tenido estos pensamientos pero, además de pensarlo creías que ibas a hacerlo?.
5. ¿Tienes alguna idea de cómo lo harías? ¿Has empezado a preparar algún detalle sobre la forma de hacerlo?.
6. ¿Vas a llevar a cabo este plan? ¿Cuándo?.

◆ ¿Qué hacer tras finalizar estas preguntas clave?

1. *Mantener la calma, mostrar apoyo, disponibilidad y afecto positivo.*
2. *Retirar los medios peligrosos, si es posible (por ejemplo cutter, cuchilla, pastillas...)*
3. *Actuar comunicando la situación a la familia y a los profesionales, y obteniendo ayuda.*
4. *Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.*
5. *Continuar con las actuaciones correspondientes que figuren en el plan de prevención e intervención de la conducta suicida del centro.*

Evaluación del riesgo.

- Primera evaluación:
 - Determinar la intencionalidad.
 - La rescatabilidad.
 - El riesgo de muerte.
 - La persistencia de ideas.
 - Probabilidad de volver a cometer el acto suicida.
- Considerar:
 - Factores de riesgo.
 - Factores de protección.
 - Desencadenantes.





- La mejor intervención en la prevención.
 - Intervención del daño.
 - Conductas de riesgo que tengan los adolescentes.
- Uso de estrategias que combinen aquellas dirigidas a los factores de vulnerabilidad y el fortalecimiento de factores protectores.



1. Prevención primaria:

- Reducir la incidencia de nuevos casos de suicidio en la población general.
- Instituciones educativas.

2. Prevención secundaria:

- Encargada de ubicar a la población que se encuentra en riesgo.
- Objetivo: reducir la existencia de conductas suicidas.
- Coordinación entre sanidad, educación y servicios sociales.

3. Prevención terciaria:

- Manejo de las crisis que se generan ante un intento de suicidio o un suicidio concretado.
- Supervivientes de un suicidio.

7. La elaboración de protocolos educativos de prevención y manejo de la conducta suicida. Recomendaciones



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL
Y DEPORTES



Castilla-La Mancha

PROGRAMA FINANCIADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL Y DEPORTES



- Recomendación por parte de diferentes organismos y estudios donde se ha encontrado **eficacia en las acciones preventivas y de abordaje**.
- **Aumento de tasa de suicidio** especialmente en jóvenes de 15-24 años, siendo la segunda causa de muerte (según la OMS). Además, la conducta suicida tiene diferentes características (p.ej. Más impulsiva, más dependiente de la disponibilidad de métodos, menos frecuente la psicopatología grave asociada o deseo de muerte).
- **Necesidades de formación** identificadas y dificultades manifestadas por profesionales de todos los ámbitos. Importancia del manejo de reacciones emocionales por los profesionales.
- Importancia de **conocer otros programas educativos** antes de iniciar la planificación y desarrollo de programas propios.
- Trasladar la necesidad de **Implantación de Protocolos** para la prevención, detección, y abordaje del riesgo suicida, que sean conocidos y adecuadamente implantados.

Características de la formación en función de los destinatarios en el contexto educativo

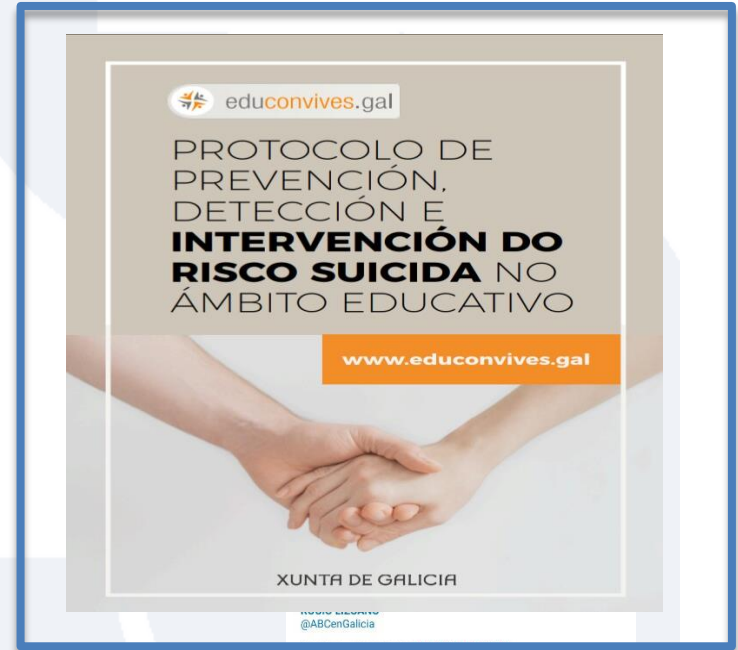
Aspectos generales importantes:

- Aprender a reconocer claramente señales de alerta: [Guía de evaluación disponible \(ANEXO\)](#)
- Estrategias de actuación muy claras y disponibles: [Plan de suicidio específico.](#)
- Importancia del conocimiento de [factores específicos de riesgo y protección](#) de la institución escolar, y más aún de [señales de alerta](#) generales y específicas en población infanto-juvenil.
- Importancia de contar con personas de referencia en cada centro, que serán profesores/tutores, orientadores y equipo directivo: **figuras clave («gatekeeper»)**.
- No olvidar el papel de los padres o representantes legales de los alumnos.
- Actuaciones antes, durante y después del comportamiento autolítico.
- Actuaciones diferenciadas para personal del centro, familias y alumnos.



Importancia del conocimiento de factores específicos de riesgo y protección de la institución escolar

- Necesidad de implementación de **Protocolos para la prevención, detección y abordaje del riesgo suicida en el ámbito escolar**, adaptado a las particularidades autonómicas y locales: **PLANES DE SUICIDIO ESPECÍFICOS**.
- Figurará en el Plan de convivencia del centro.
- Contendrá actuaciones preventivas, interventivas y postventivas claras, teléfonos con contactos claros y accesibles (urgencias, salud mental, pediatría, SS, etc), profesorado de referencia para cada acción y **GUÍA DE EVALUACIÓN DE RIESGO ESPECÍFICA**



Actuaciones diferenciadas por destinatario y por momento en relación al comportamiento autolítico.



POR DESTINATARIO

- Personal del centro
- Familias
- Alumnos



POR MOMENTO

- Antes
- Durante
- Después

Actuaciones diferenciadas por destinatario

ANTES:

Prevención

Acciones para la prevención y mejora del entorno, que faciliten su detección, principalmente dirigida a la **potenciación de factores de protección y minimización de factores de riesgo**:

- Talleres y cursos PARA TODO EL PERSONAL, formato breve, ofertado y planificado al inicio del curso escolar, y con el apoyo de la dirección del centro (Gibbons y Studer, 2008).
- Protocolo elaborado
- Campañas de sensibilización, disponibilidad de información, y programas transversales al alumnado.
- Mejora de canales de comunicación con familias (p.ej. en situaciones de riesgo, como violencia familiar o conductas de abuso)
- Establecer canales para el asesoramiento, comunicación y colaboración con intervinientes

DURANTE:

Intervención

Cuando cualquier docente detecte varios factores de riesgo,
el orientador u orientadora aplique la guía de evaluación y constate el riesgo,
cuando una 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 o se presenten acontecimientos autolíticos

Muy Importante contener el riesgo de forma inmediata, independientemente de las características del intento.

PERSONAL DEL CENTRO

DESPUÉS

Postvención

- Asegurar una buena coordinación y comunicación con otros profesionales intervinientes
- Mantener el apoyo al resto de alumnos y familias, especialmente aquellos más implicados, durante el tiempo necesario, favoreciendo la comunicación, la expresión de sentimientos, dudas, minimizando sobre todo el estigma asociado



ACTIVACIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN

Actuaciones diferenciadas por destinatario

**PERSONAL DEL
CENTRO**



1) Observación y
Sospecha de riesgo
suicida

2) Valoración, confirmación
y determinación del nivel
de riesgo: GUÍA DE
VALORACIÓN

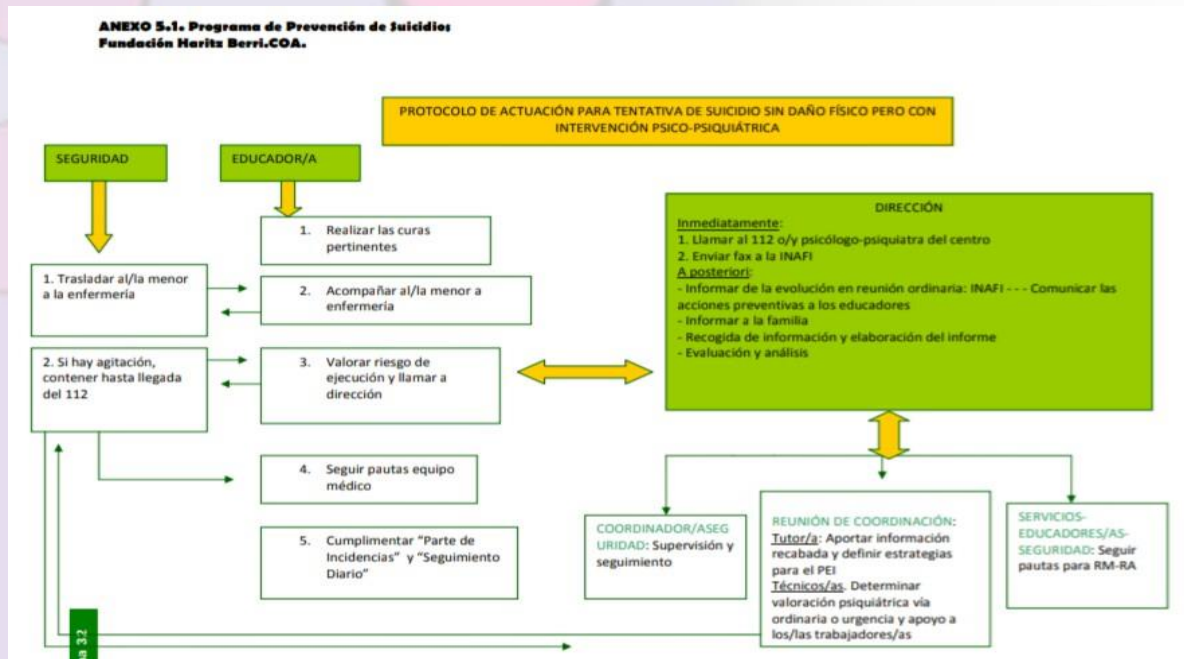
3) Puesta en marcha de Medidas
para disminuir el riesgo (dentro o
no de un Protocolo de actuación)

- Considerar factores de riesgo/protección y señales de alarma, generales y específicos (temas 2 y 3)

- Escalas de detección y evaluación: en general, no validadas al castellano.
- Podemos encontrar una Guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores presente en Anexos de la Guía de prevención de CLM

Actuaciones diferenciadas

Cómo elaborar un PROTOCOLO DE ACTUACIÓN: Básicamente se trata de establecer: **QUÉ, QUIÉN, CUÁNDO Y CÓMO**. Un ejemplo:



Importancia de conocer otros protocolos (ver Material complementario. Ámbito educativo: Guías, planes, programas)



Actuaciones diferenciadas por destinatario

Qué debe contener un PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

PERSONAL DEL
CENTRO



A) RECOMENDACIONES PREVENTIVAS EN EL CENTRO

B) ESTRATEGIAS GENERALES ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO

C) ESTRATEGIAS GENERALES EN EL AULA ANTE UN INTENTO DE SUICIDIO

D) ESTRATEGIAS GENERALES ANTE UN SUICIDIO CONSUMADO

E) ESTRATEGIAS EN EL AMBITO FAMILIAR

A) RECOMENDACIONES PREVENTIVAS EN EL CENTRO ESCOLAR

-Tener elaborado un **protocolo de actuación** para casos de intento de suicidio o ideación suicida, en el que se incluyan estrategias de prevención y actuación durante y tras la conducta suicida.

-Abordaje del acoso escolar a través de **campañas de sensibilización** y medidas específicas en las que se incluyan canales de transmisión de información y búsqueda de ayuda.

-Abordaje transversal de **educación emocional y habilidades de relación**.

- Disponibilidad para los alumnos de **documentación e información** basada en la evidencia científica

(Guías, App y páginas web de confianza).

B) ESTRATEGIAS GENERALES ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO

- **Nunca dejar solo** al alumno y limitar el acceso a medios lesivos (p.ej. Posibilidad precipitación).
- Ante cualquier nivel de riesgo o sospecha, **contactar con la familia** del menor de forma inmediata, para obtener información, valorar soporte, y acordar las medidas a tomar, recomendando siempre valoración sanitaria (pediatra).
- Contactar con el servicio de **emergencias 112**.
- Recordar la importancia de **mantener el seguimiento** del alumno una vez que se ha resuelto la situación de crisis
- **Potenciar factores de protección** comentados.
- **Mejorar comunicación** con el alumno:
 - **Hablar** abiertamente y de manera serena sobre las ideas de suicidio sin juicios ni reproches.
 - Mostrar nuestro **interés** y comprensión.
 - **No minimizar** la situación que está viviendo.
 - Buscar **alternativas** de ayuda.



CÓMO ACTUAR

1 Evaluar

***2. Clasificar la
conducta suicida***

***3. Manejo en el
centro o derivación***

¿QUÉ EXPLORAMOS?



Pregunta sondeo

Pregunta sondeo

Pregunta sondeo

Pregunta sondeo

Pregunta sondeo

+

IDEACIÓN SUICIDA

- ☼ Grado de planificación y sistematización .
- ☼ Motivos (crisis puntual / estrés sostenido / trastorno mental)
- ☼ Frecuencia (alta / baja)
- ☼ Intensidad
- ☼ Interferencia

INTENTO DE SUICIDIO

- ☼ Circunstancias
- ☼ Pensamientos
- ☼ Finalidad (llamada socorro-petición ayuda , fines movilizadores , intención de morir)
- ☼ Método (letalidad)
- ☼ Previsión rescate (presencia de otros / solitario)
- ☼ Nota de despedida
- ☼ Grado de alivio
- ☼ Tratamiento recibido
- ☼ Nivel de arrepentimiento

+



CLASIFICAR

IDEACIÓN SUICIDA

GRADO DE RIESGO	PERFIL
BAJO	Ha tenido algunos pensamientos de muerte, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no tiene ningún plan.
MEDIO	Tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos
ALTO	Tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente

Intentos de suicidio

- Valoraremos las características de la tentativa en base al método empleado y ciertas características del intento, como:
- Gravedad: leve, moderada, grave.
 - Intención letal.
 - Rescatabilidad: pide ayuda, deja pistas.

MANEJO EN EL CENTRO O DERIVACIÓN: USMIJ vs URGENCIAS

- No existe un plan suicida concreto.
- El cuadro psicopatológico está tratado.
- Bajo nivel de ansiedad.
- Apoyo familiar y social adecuado.
- Compromiso de “no suicidio” (contrato terapéutico).
- Aceptación por parte del paciente del tratamiento.
- Prescripción de fármacos con la menor toxicidad.
- Abordaje psicoterapéutico.
- Participación de medidas psicoeducativas y psicosociales: servicios sociales, red de apoyo informal, grupos de autoayuda, teléfonos de ayuda.
- Facilitación de atención urgente en el propio Centro de Salud o urgencias psiquiátricas en caso de intensificación de sentimientos suicidas.

T A
R M
A B
T U
A L
M A
I T
E R
N O
T I
O O

C) ESTRATEGIAS GENERALES EN EL AULA ANTE UN INTENTO DE SUICIDIO

- Si la información ha trascendido en el aula, es importante **no silenciarlo** siempre que se cuente con el consentimiento del propio adolescente y su familia.
- **Evitar juicios de valor**, rumores y transmitir respeto hacia el/la compañero/a que ha realizado el acto.
- **Hablar** sobre la conducta suicida en general y los recursos disponibles para hacerle frente.
- Fomentar el **apoyo entre iguales**.
- Recomendar tratar con normalidad a su compañero/a desde el **respeto**.

D) ESTRATEGIAS GENERALES ANTE UN SUICIDIO CONSUMADO

- No silenciar el acto.
- Obviar los detalles morbosos.
- Dedicar tiempo de reflexión y permitir la expresión de sentimientos (dibujos, coloquios...)
- Permitir manifestaciones de duelo espontáneas o dirigidas por el profesor.
- Prestar atención a posibles sentimientos de culpa o comentarios que ensalcen al compañero que se ha quitado la vida por su conducta suicida.
- Transmitir el suicidio como una conducta que no es valiente ni cobarde. Sino una actuación multifactorial y desesperada que puede abordarse y prevenirse.
- Transmitir disponibilidad para poder hablar en privado sobre el tema.
- Transmitir la importancia de comentar las ideas suicidas para poder conseguir ayuda.
- Solicitar ayuda de personal experto en caso de ser necesario.

E) ESTRATEGIAS EN EL AMBITO FAMILIAR

- Fomentando y facilitando la creación y estabilización de familias estructuradas en base a una buena relación y comunicación entre los miembros, contando con una adecuada red de apoyos familiares y comunitarios.
- Dar guías y recomendaciones claras
- Dar apoyo a las familias
- Es muy importante que los niños y adolescentes cuenten con **apoyo, vínculos y seguridad** como parte del plan de prevención del suicidio.

DAR RECOMENDACIONES Y GUÍAS

(Guías de ayuda y autoayuda)

A continuación se muestran diferentes formas en las que usted y otras personas pueden ayudar a su niño:

- Evite que su hijo sienta que lo está juzgando. No le diga a su hijo que su suicidio será duro para usted o para otras personas. Díglele a su hijo que está allí para apoyarlo y ayudarlo.
- Escuche a su hijo cuando quiere hablar.
- Ayúdele a su hijo a buscar soluciones para sus problemas.
- Ayude a su hijo a hacer una lista de cosas que puede hacer.
- Dele a su hijo la información de contacto de los servicios que pueden ayudarlo.
- Ayúdele a su hijo a pasar tiempo con sus familiares y amigos.
- Ayúdele a su hijo a llevar a cabo rutinas sanas.
- Anime a su hijo a tomar los medicamentos e ir a terapia tal como se lo indiquen los profesionales que lo atienden.

App

- Prevensuic.
- Calma
- Mas + caminos



Mecanismos de escudo:

Estrategias que se pueden utilizar en momentos de crisis, guías para afrontar la ansiedad, un plan de seguridad ante conductas suicidas y un banco de imágenes positivas que acerca a la vida. Además, la aplicación pregunta por el estado de ánimo y hace un registro diario del mismo y avisa de las citas con el terapeuta.

Facebook e Instagram ofrecen un mensaje de ayuda, cuando se realiza una búsqueda con la palabra SUICIDIO

A screenshot of a mobile app interface. At the top, there is a signal strength indicator (four vertical bars of increasing height) and the word 'movis' in a large, black, sans-serif font.

Contactos de interés

- **Servicio de Atención de Urgencias 112**
- Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil
- Teléfono de la Esperanza: **925 23 95 25**

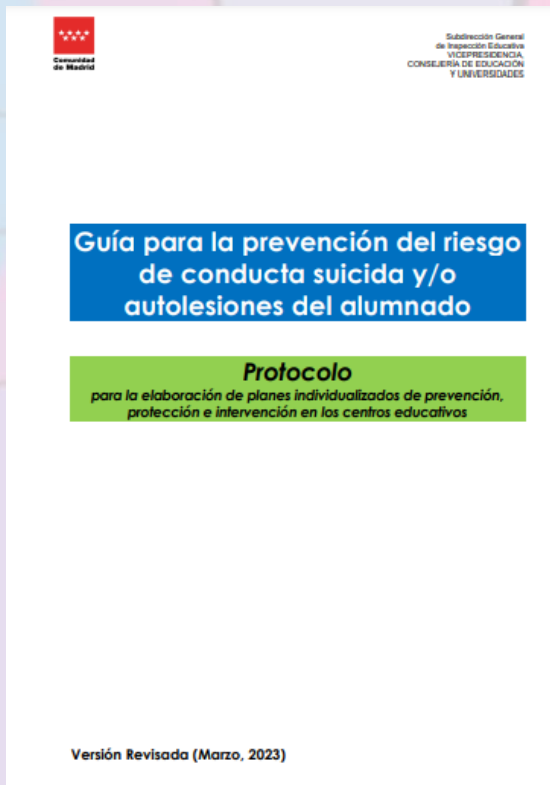
<http://telefonodelaesperanza.org/toledo>



- **Teléfono atención al menor: 900 20 20 10 / 116111**
- **Programas de Participación ciudadana de la Policía Nacional y la Guardia Civil**
seguridadescolar@policia.es
participa@policia.es
sugerencias@guardiacivil.org
- **Teléfono de atención adulto responsable del menor: 600 50 51 52**
<https://www.anar.org/necesitas-ayuda-telefono-adulto-familia/>
<https://www.anar.org/necesitas-ayuda-telefono-adulto-familia/>



Como elaborar un protocolo. Modelo de Madrid



Incluye:

- ☐ PROTOCOLO para la elaboración de planes individualizados en alumnado
- ☐ ANEXOS – Documentos para el centro escolar
- ☐ APÉNDICE – Guía teórica sobre prevención del riesgo de conducta suicida y autolesiones del alumnado

GRADO DE CONSECUCIÓN	conseguido	Parcialmente	Insuficiente	NOTAS
1. Has integrado lo aprendido en el curso y seguido las recomendaciones con respecto a cómo se elabora un plan de prevención en un centro educativo.			x	
2. Has realizado un análisis previo de la realidad de tu centro de cara a establecer actuaciones adaptadas a la realidad de tu centro. En este sentido, has identificado datos relevantes a la hora de elaborar un protocolo: tamaño del centro, características sociodemográficas de la población, presencia de alumnado en situación de vulnerabilidad, estructura física del centro (alturas sin protección, dotación de elementos potencialmente peligrosos)	x			
3. Has consultado y/o referenciado documentos relevantes, como el Proyecto Educativo del Centro u otros documentos)		X		Resulta recomendable incluir el marco legal, así documentos, planes y/o programas relevantes a nivel local (como proyecto educativo del centro, plan de convivencia o plan de acción tutorial), regional, no solo del ámbito educativo (programa regional de inteligencia emocional, de prevención del acoso escolar, ...), también social (p.ej. Plan de Atención a la infancia y la familia de Bienestar Social) y sanitario (p.ej. Guía de Prevención de la conducta suicida para docentes en CLM). Lo citas.
4. Has justificado adecuadamente la implantación y desarrollo de un plan preventivo en tu centro.			x	
5. Has elaborado un plan de sensibilización y recogida de propuestas previo, de cara a la elaboración del plan			x	No es algo imprescindible, solo recomendable. P.ej., la participación de personal educativo, familias, alumnado u otras entidades y elaboración colaborativa, puede fomentar la implicación en su desarrollo, por sentirlo “propio”, y no impuesto.
6. Has definido los objetivos generales y específicos del plan.		x		No hay una sección específica.
7. Has incluido información relevante sobre datos generales sobre conducta suicida, factores de riesgo y protección, señales de alerta, recomendaciones para la valoración y el manejo del riesgo etc, bien en el propio plan, bien en			x	

8. Has incluido actuaciones a todos los niveles (universal, selectivo, indicado), antes, durante, después de la conducta suicida, y con los diferentes agentes implicados (personal del centro, familias, alumnado).			x	SOLO SE INCUYE LA DESCRIPCIÓN DE DOS TALLERES
9. Has considerado acciones que ya se están llevando a cabo en el centro que contribuyen a la potenciación de factores de protección o eliminación y reducción de factores de riesgo de conducta suicida, y otras que no se están realizando pero sería recomendable desarrollar			X	Es muy importante considerar programas y actuaciones que ya se están llevando a cabo, quizás incluyéndolo en el apartado de análisis descriptivo del centro. Se citan los programas, únicamente
10. Has designado figuras concretas para llevar a cabo las diferentes actuaciones (referentes del plan)		x		Es importante también especificar las responsabilidades concretas de cada uno de los referentes
11. Has previsto la coordinación con otras entidades para el desarrollo de actuaciones (atención primaria, salud mental, bienestar social, asociaciones, etc).		x		Muy importante la inclusión de teléfonos y recursos de interés
12. Has estructurado el Plan en base a las instrucciones dadas: 1. Introducción; 2. Objetivos generales y específicos; 3. Actuaciones generales y específicas preventivas, interventivas y postventivas; 4. Referentes (personas concretas, y forma de contacto); 5. Anexos			x	
13 Has incluido un Protocolo individualizado de intervención en alumnado de riesgo, especificando actuaciones en caso de detección de riesgo.			x	Incluido de manera esquemática en Anexos.
14 Has elaborado un plan de comunicación y difusión posterior del plan, para conocimiento de toda la comunidad educativa y otras entidades			x	Muy recomendable
15 Has elaborado un cronograma para la implantación de acciones			x	
16. Has incluido un apartado dedicado a la evaluación de actuaciones, con indicadores específicos para medir la consecución de objetivos			x	

Algunas CONCLUSIONES

El suicidio es un PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Es multicausal, multifactorial y SE PUEDE PREVENIR

ATENCIÓN PRIMARIA es clave para su Detección e Intervención

Conocer y eliminar MITOS salva vidas (Hablar de suicidio no mata)

Es importante detectar Factores de Riesgo, Factores de Protección y Señales de Alarma

Disponemos de las *“Estrategias para la Prevención del Suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas en Castilla-La Mancha”* y Recomendaciones para docentes.

ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS son eficaces. Conviene conocerlos y revisar los potencialmente peligrosos

Importancia de la coordinación multisectorial y elaboración de protocolos educativos.

La ESCUCHA y la COMUNICACIÓN adecuada con la persona en riesgo puede salvar vidas



LO QUE HOY PARECE
UN HURACÁN EN TU VIDA...

Mañana comprenderás
que solo era el viento,
abriéndote un
NUEVO CAMINO



PROGRAMA FINANCIADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL Y DEPORTES



ignacior@sescam.jccm.es