

# **Prevención e Intervención escolar ante actos autolíticos**

## **ESPAÑA- FINLANDIA**

---

**TRABAJO DE FINAL DE GRADO**

**FACULTAD EN PSICOLOGÍA**

**Autora: Kristina Jankuc**

**DNI: X8474038X**

**Tutor: Dr. José Manuel Gil Beltrán**

**Fecha de presentación Julio 2016**



## ÍNDICE

RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	4
EXTENDED SUMMARY .....	5
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I. SUICIDIO .....	10
1.1.  CONCEPTUALIZACIÓN.....	10
1.2.  TIPOS DE SUICIDIOS .....	11
CAPITULO II. ESTADO DE LA CUESTIÓN EN ESPAÑA.....	16
2.1. FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA.....	16
2.2. ESTADÍSTICAS .....	20
CAPITULO III. SUICIDIO EN EL CONTEXTO EDUCATIVO ESPAÑOL.....	23
3.1.  MODELO DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO .....	23
3.2.  ACTUACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO.....	25
CAPITULO IV. ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE EL SUICIDIO EN FINLANDIA	36
4.1. ESTADÍSTICAS .....	37
4.2. FACTORES .....	39
4.3. AYUDA EN CASO DE PRESENTAR PENSAMIENTOS SUICIDAS .....	40
4.5. MANUAL DEL BIENESTAR DEL ALUMNO EN TURKU.....	41
4.6. PROGRAMA KiVa EN FINLANDIA. ....	43
4.7. LA OPINIÓN SOBRE EL SUICIDIO DE ESTUDIANTES FINESSES. ....	45
CAPITULO V. RECURSOS PARA PADRES, ALUMNOS Y DOCENTES .....	47
CAPITULO VI. SÍNTESIS Y PROPUESTAS .....	56
BIBLIOGRAFÍA .....	59
ANEXOS .....	63

## **RESUMEN**

El fenómeno del suicidio representa un grave problema de salud pública a nivel mundial. La conceptualización del suicidio ha ido cambiando a lo largo de los años dando lugar a diferentes interpretaciones. En el presente trabajo, se lleva a cabo un estudio comparativo sobre el suicidio en dos países europeos, España y Finlandia, con el objetivo general de concienciar sobre la importancia de crear estrategias de prevención e intervención, así como protocolos en los centros escolares ante el suicidio, dirigidos tanto al alumnado, familia y docente escolar. Con la finalidad de dar respuesta a la problemática del acto autolítico dentro del contexto educativo y para una mejor comprensión del suicidio de ambos países, hemos analizado las diferencias en cuanto a los factores, las estadísticas y las actuaciones del sistema educativo. Ante la ideación suicida o la conducta autolítica, el sistema finlandés ofrece centros, webs y asociaciones en los que se pueden acudir en cualquier momento, así como el programa kiVa y su implementación a nivel mundial. Además, se han realizado entrevistas a nueve finlandeses para conocer la opinión sobre el suicidio en Finlandia.

**Palabras clave:** Suicidio, prevención e intervención, sistema educativo.

## **ABSTRACT**

The phenomenon of suicide is a serious public worldwide health problem. The concept of suicide has been changing over the years leading to different interpretations. In this work it's accomplished a comparative study of suicide between two European countries, Spain and Finland, with the general objective to make aware of the importance of developing, preventions and interventions strategies and protocols in schools to prevent suicide addressed to students, families and school teachers. In order to respond to the problem of suicide attempt within the educational context for a better understanding of suicide in both countries, we have analyzed different factors, statistics and performances of the education system. Facing the suicidal ideations or suicidal thought, the Finnish system provides centers, websites and associations where they can go at any time and also the program kiVa and its worldwide implementation. In Addition, nine Fins were interviewed to know the opinion about suicide in Finland.

**Keywords:** Suicide, suicide prevention and intervention, education system

## **EXTENDED SUMMARY**

According to the World Health Organization (2012), one person commits suicide every 40 seconds worldwide, and it is estimated that another one intends to every 2 seconds, which represents an amount of 1,000,000 deaths and 20,000,000 annual attempts, making the phenomenon of suicides a serious public worldwide health problem.

The concept of suicide has been changing over the years leading to different interpretations. Therefore, this work will explain two models that assist to a better understanding of the concepts. Model 1, based on the National Center for Injury Prevention and Control (CDC) and model 2, based on a review of the classification of O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney, and Silverman (1996).

Due to the fast growth of suicide rate, an urgent need to study has generated, promoting numerous investigations in recent years with the objective of raising awareness around the importance of developing preventions, interventions, strategies and protocols in schools to prevent suicide, being addressed to students, families and school teachers altogether.

This work accomplishes a comparative study of suicide between two European countries, Spain and Finland. In the absence of a plan, program or intervention strategy to autolytic act, we have relied primarily on the protocol by the government of Navarra (Prevention of and response to suicidal behavior, 2014) to carry out this task.

The role of factors associated with suicidal behavior are crucial. These are “risk factors”, “precipitating factors” and “protective factors”. The work is based on the statistics of suicide in 2013 at the National Institute of Statistics (INE) for Spain, and statistics of suicide in 2013 “Statistics Finland's PX-Web databases” for Finland.

Facing suicidal ideation, or suicidal behavior, Finland offers the following centers, websites and associations in which you can go at any time: National Crisis Line (The National Crisis Hotline), Local crisis centers, Health centers or hospital, SURUNAUHA and LINITY. We also considered decisive to acknowledge the opinion Finnish university students hold about suicides. For this goal, the working method used was a semi-structured interview consisting of 6 questions. This was carried out with nine (9) students from the University of Turku, within the age range of 23-26. Furthermore, we considered

necessary to discuss the KiVa program, as it aided to control and prevent the harmful consequences of bullying, which often leads to suicide.

Teachers involved in traumatic situations that may occur in education, must bear a set of unconditional tools to provide an adequate response. The actions schools must carry out in case an act is committed are decisive. This action is subdivided into four so-called performances, which occur before, during and after the detection of a suicidal behavior, and concern when to intervene and prevent suicide in its form of attempts, realization or ideation. These four performances are named after the subject that carries them out: teachers, students, families, and the guidance department.

This research also provides a series resources intended to be dispensed to pupils, parents and teachers, aiming to carry out an effective intervention in the problem of autolytic act and to expand knowledge, by answering any question on know how to intervene if an autolytic act occurs (guides, programs, projects and sites).

## INTRODUCCIÓN

Según Beautrais y Mishara, (2007), el suicidio corresponde a un importante problema de salud pública siendo una de las veinte primeras causas de muerte (Mathers, Boerma y Fat, 2009) y de carga de enfermedad para todas las edades. Ocupa el octavo lugar como causa de muerte en el grupo de individuos entre 15 y 44 años. (Mathers, 2008).

Según World Health Organization (2012), en el mundo, se suicida una persona cada 40 segundos y se calcula que otra lo intenta cada 2, lo que suponen del orden de 1.000.000 de muertes y 20.000.000 de intentos anuales. Cada acto suicida afecta a otras 6 personas de su entorno. Hay más muertes en el mundo por suicidios que por homicidios y por guerras juntos. Es la primera causa de muerte en varones de 25 a 34 años y la segunda, tras los tumores, en ambos sexos de esa franja de edad. (Estadísticas de defunción por causa de muerte 2012).

Salvador, Joanxich y Puigdollers (2008), señalan que la depresión, la ideación suicida, los intentos de suicidio y los suicidios consumados parecen incrementarse paulatinamente entre el colectivo en edad escolar, al mismo tiempo que los episodios de violencia en las escuelas.

Precisamente, Lorente (2016) indica que los Centros escolares, junto con el hogar, son dos de los lugares clave donde tiene lugar el desarrollo individual y social de las personas en sus estadios más tempranos, ejerciendo un importante papel en el desarrollo de la conducta y los valores sociales de la infancia, la adolescencia y la juventud. En los países desarrollados, y por tanto también en España, está aumentando la preocupación por la salud emocional de la población escolar.

A pesar de que la Educación para la Salud se considera materia transversal, la mayor parte de manuales escolares españoles no constituyen un referente suficiente ni un recurso adecuado para que el profesorado desarrolle la educación para la salud emocional en el aula, ya que no le prestan atención suficiente, y cuando lo hacen, sus orientaciones no son suficientes para movilizar actitudes y conductas. (Gavidia, 2003). Siendo por lo tanto como indican, Mytton, DiGuisseppi, Gough, Taylor y Logan (2006), la Promoción y Educación para la Salud desarrollada desde los Centros educativos, una de las herramientas clave de las intervenciones en salud.

En España existen políticas de seguridad ciudadana, políticas de seguridad vial y políticas contra la violencia de género. Pero no existen políticas contra el suicidio. Tal vez por eso, en 2012, las muertes por suicidio (3.539) hayan sido casi el doble de las producidas por accidentes de tráfico (1.915), 12 veces más que las producidas por homicidios (303) y 68 veces mayor que las producidas por la violencia de género (52), habiéndose convertido desde hace años en la

principal causa externa de muerte no natural después de los tumores. (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

A falta de un plan, programa o estrategia de intervención ante el acto autolítico, para la realización del trabajo nos hemos basado sobre todo en el protocolo realizado por el gobierno de Navarra (Prevención y actuación ante conductas suicidas, 2014). El Protocolo de prevención y actuación ante conductas suicidas es el mayor y mejor protocolo de planificación preventiva de la conducta suicida del que se dispone actualmente en España.

La elección de esta temática se dio ya que, al participar el año pasado en el programa de intercambio Erasmus+ en Finlandia por mi universidad de origen (Jaume I), observé que Finlandia era uno de los países con mayor número de suicidios, por lo que me pregunté ¿Por qué? Al volver este año 2016, durante tres meses, tanto a mi tutor de TFG como a mí, nos pareció una excelente idea aprovechar la estancia y realizar una búsqueda de información sobre actos autolíticos, tanto de España como de Finlandia.

El objetivo que nos planteamos en este TFG, ha sido analizar el estado de la cuestión de la prevención e intervención escolar ante actos autolíticos y buscar información sobre el suicidio en ambos países.

En este trabajo se aborda un tema que está cada vez más presente en la actualidad, siendo la información proporcionada tanto guías como protocolos de suicidios en los centros educativos insuficientes.

Con todo eso, podemos afirmar que para la prevención del acto autolítico, necesitamos una difusión apropiada de la información, estrategias de prevención e intervención y una campaña de sensibilización del problema, siendo elementos esenciales tanto para el sistema educativo como para las familias y las personas afectadas.

A continuación, se presenta la estructura del Trabajo de Final de Grado organizado en seis capítulos:

El capítulo I: *Suicidio*. En el que se lleva a cabo la explicación del término, la conceptualización y los tipos de suicidio.

Capítulo II: *Estado de la cuestión en España*. Se recogen todos los factores asociados a la conducta suicida. (factores de riesgo, factores precipitantes y los factores protectores), así como las estadísticas recogidas del Instituto nacional de estadística (INE), 2013.



Capítulo III: *Suicidio en el contexto educativo español*. En este capítulo de especial interés, destacamos la importancia que tiene crear estrategias de prevención e intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo, así como las actuaciones que tienen que llevar a cabo el sistema educativo ante un posible acto autolítico

Capítulo IV. *Estudio preliminar sobre el suicidio en Finlandia*. En este capítulo pretendemos ofrecer una aproximación global sobre el suicidio en Finlandia. Los factores más destacados, las estadísticas recogidas del *Statistics Finland*, las estrategias de prevención e intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo, el programa KiVa así como las opiniones sobre el suicidio de estudiantes fineses.

Capítulo V. *Recursos*. Se recogen una serie de recursos disponibles ante el acto autolítico, tanto para padres, alumnos y docentes.

Capítulo VI. *Síntesis y propuestas*. Se explica lo que hemos realizado en nuestro trabajo y lo que se podría realizar a partir de este en un futuro.

Al final del trabajo, se incluye la bibliografía y los anexos utilizados.

## CAPITULO I. SUICIDIO

En este capítulo, vamos a desarrollar el concepto de suicidio y los diferentes términos con el fin de determinar las características que lo definen, ya que, a pesar de ser una temática muy investigada a nivel clínico, los autores difieren en la conceptualización de este término.

### 1.1. CONCEPTUALIZACIÓN

Los conceptos del suicidio han ido cambiando a lo largo de los años, dando lugar a distintas interpretaciones según los siguientes.

Durkheim en 1897, definía suicidio de la siguiente manera `` *es toda muerte que resulta inmediata o mediatamente de un acto positivo o negativo llevado a cabo por la propia víctima que sabe que tal resultado ocurrirá* ``

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” , y parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”, (Bille-Brahe, 1998).

Lann (1989), define el suicidio como "muerte como resultado de un daño autoinfligido intencionadamente", con lo que considera tres componentes: la muerte por daño, conducta contra sí mismo y la intencionalidad.

Según el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia (1992), define el suicidio como voz formada desde un punto de vista etimológico (a semejanza de “homicidio”) del latín *sui*, (sí mismo) y *caedere* (matar): acción y efecto de suicidarse. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar a la persona que lo realiza.

Según Chinchilla, Correas y Vega (2003), consideran que el suicidio se mueve a lo largo de un *continuum* de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado).

## 1.2. TIPOS DE SUICIDIOS

Tal y como hemos observado, la conceptualización de la conducta suicida es compleja, siendo la dificultad de adoptar una terminología semejante uno de los grandes problemas, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos. Por lo tanto, en este trabajo nos basaremos en dos modelos que nos sirven para una mejor comprensión de los conceptos. El modelo 1, basado en el *National Center for Injury Prevention and Control (CDC)* y el modelo 2 basado en una revisión de la nomenclatura de O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney, y Silverman, 1996).

El primer modelo, basado en el *National Center for Injury Prevention and Control (CDC)*, recoge una unificación en la terminología. A mediados de los años 1980, el *Center for Disease Control (CDC)* desarrolla una serie de términos para designar las conductas suicidas que cristalizan en 1988 en los *Operational Criteria for the Determination of Suicide (OCDS)*. Destacamos así los siguientes conceptos:

**Violencia autoinfligida:** Comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones, o la posibilidad de lesiones. No incluye actividades de alto riesgo que, si bien probablemente ponen en peligro la vida, no son reconocidas por el individuo como una conducta destinada a dañarse.

Según Rosenberg M (1988), podríamos definir dos tipos dentro de violencia autoinfligida suicida:

- *Explícito:* totalmente revelado o expresado sin vaguedad o ambigüedad, no dejando ninguna duda sobre el significado o la intención.
- *Implícito:* Sin dudas ni reservas, aunque no expresado directamente; inherente en la naturaleza de algo.

Podemos destacar así dos tipos de violencia autofingida.

- **Violencia autoinfligida no suicida:** Comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones, o la posibilidad de lesiones. No existen pruebas, ya sean implícitas o explícitas, de intenciones suicidas.
- **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 indeterminado:** Comportamiento autodirigido que, deliberadamente causa lesiones o la posibilidad de lesiones a uno mismo. El intento suicida no está claro en base a la evidencia disponible.

**Conductas suicidas sin resultado de muerte (Intento de suicidio):** Comportamiento potencialmente perjudicial, no fatal, autodirigido, con cualquier intención de morir como resultado de la conducta. Un intento de suicidio puede o no resultar en lesiones. Las conductas de autolesión pueden abarcar desde gestos comunicativos sin intención definida de muerte, hasta tentativas tan severas (“intentos abortados”) que constituyen verdaderos suicidios frustrados.

**Intento de suicidio interrumpido:** Se divide en dos definiciones.

- **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 (por ejemplo, la compra de un arma de fuego o la preparación para la propia muerte por suicidio (por ejemplo, escribir una nota de suicidio, regalar cosas etc.).

Según O’Carroll y cols. (1996), plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EEUU, y considerada como una de las más operativas con el objetivo operacional de definir claramente y sin ambigüedad una serie de términos básicos de la conducta suicida. En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado.

Posteriormente se han publicado varios artículos sobre la adecuación de la terminología empleada para el suicidio, dando lugar así al segundo modelo sintetizado por Silverman, Berman, Sanddal, O’Carroll y Joiner (2007). Estos autores propusieron una revisión de la nomenclatura de O’Carroll y cols. (1996), en la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta. En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida, y, además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida.

**Tabla 1.** Revisión de la nomenclatura de O'Carroll y cols. (1996), propuesta por Silverman y cols. (2007).

<p><b>Ideación suicida</b></p>	<p>a. Sin intencionalidad suicida  b. Con grado indeterminado de intencionalidad  c. Con alguna intencionalidad suicida</p>
<p><b>Comunicación suicida</b></p>	<p>a. Sin intencionalidad suicida:  1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I)  2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I).  b. Con grado indeterminado de intencionalidad  1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II)  2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)  c. Con alguna intencionalidad suicida  1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III)  2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)</p>
<p><b>Conducta suicida</b></p>	<p>a. Sin intencionalidad suicida  1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I)  2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II)  3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)  b. Con grado indeterminado de intencionalidad  1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I)  2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II)  3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)  c. Con alguna intencionalidad suicida  1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I)  2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II)  3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)</p>

**Notas:** Comunicación suicida:

Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida por lo tanto no provoca lesiones, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y si provoca lesiones

Tipo III cuando existe alguna intencionalidad.

Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

**Ideas y deseos suicidas (Ideación suicida):** Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones). Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida a la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte o fantasías de suicidio.

**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 suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría 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.** Conducta en la que existe alguna intención de morir. (Hawton, K y Van Heeringen, K. 2009).

- **Autolesión/gesto suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita de que la persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).
- **Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad). Incluye el Intento de suicidio y el Suicidio.
- **Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- **Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

**Tabla 2.** La conducta relacionada con el suicidio

TERMINOLOGIA		Intención de morir por suicidio	RESULTADO		
			sin lesiones	lesiones	muerte
Daño auto provocado Sin intencionalidad suicida	sin lesiones	No	X		
	con lesiones	No		X	
	Muerte	No			X
Conducta sin determinar la intencionalidad suicida	sin lesiones	Indeterminado	X		
	con lesiones	Indeterminado		X	
	Muerte	Indeterminado			X
Actos suicidas Con intencionalidad suicida	sin lesiones	Si	X		
	con lesiones	Si		X	
	Muerte	Si			X

**Fuente:** Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. y Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.

## **CAPITULO II. ESTADO DE LA CUESTIÓN EN ESPAÑA.**

En el presente capítulo vamos a poner de manifiesto el papel de los factores asociados a la conducta suicida en España. Así mismo, teniendo en cuenta las estadísticas sobre el suicidio de 2013 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), llevaremos a cabo un análisis de aquellas que estén relacionadas con nuestro tema de investigación.

### **2.1. FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA.**

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases. La primera, la idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio, la segunda, duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos y por último la decisión en la que ya se pasa a la acción. (Jalón y Peralta, 2002).

Por lo tanto, en el siguiente apartado, hablaremos sobre los factores que intervienen en la conducta suicida: factores de riesgo, factores protectores y factores precipitantes que se presentan en un alumno/a con el objetivo de detectar si nos encontramos ante un posible caso de comportamiento suicida. Esta labor es tanto del profesorado, alumnado como de las familias. Con esto pretendemos concienciar sobre la importancia que tienen estos factores, con el objetivo de prevención e intervención ante la conducta autolítica.

#### **I. Factores de riesgo**

Según la American Psychiatric Association (2006), el suicidio constituye un importante problema de salud pública, estimándose que es la causa de casi la mitad de todas las muertes violentas. Por lo tanto, resulta fundamental evaluar mediante el juicio clínico el potencial suicida que pueda tener una persona en un momento determinado de su vida, tomando en consideración los factores de riesgo. (Barrero y Mosquera, 2006).

Así mismo, American Psychiatric Association (2006), afirma que el nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros.

Según Hawton y Van Heeringen (2009), la identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta.

Bobes, Giner y Sáiz, (2011), clasifican los factores de riesgo de conducta suicida en modificables e inmodificables.



Los factores modificables, se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico.

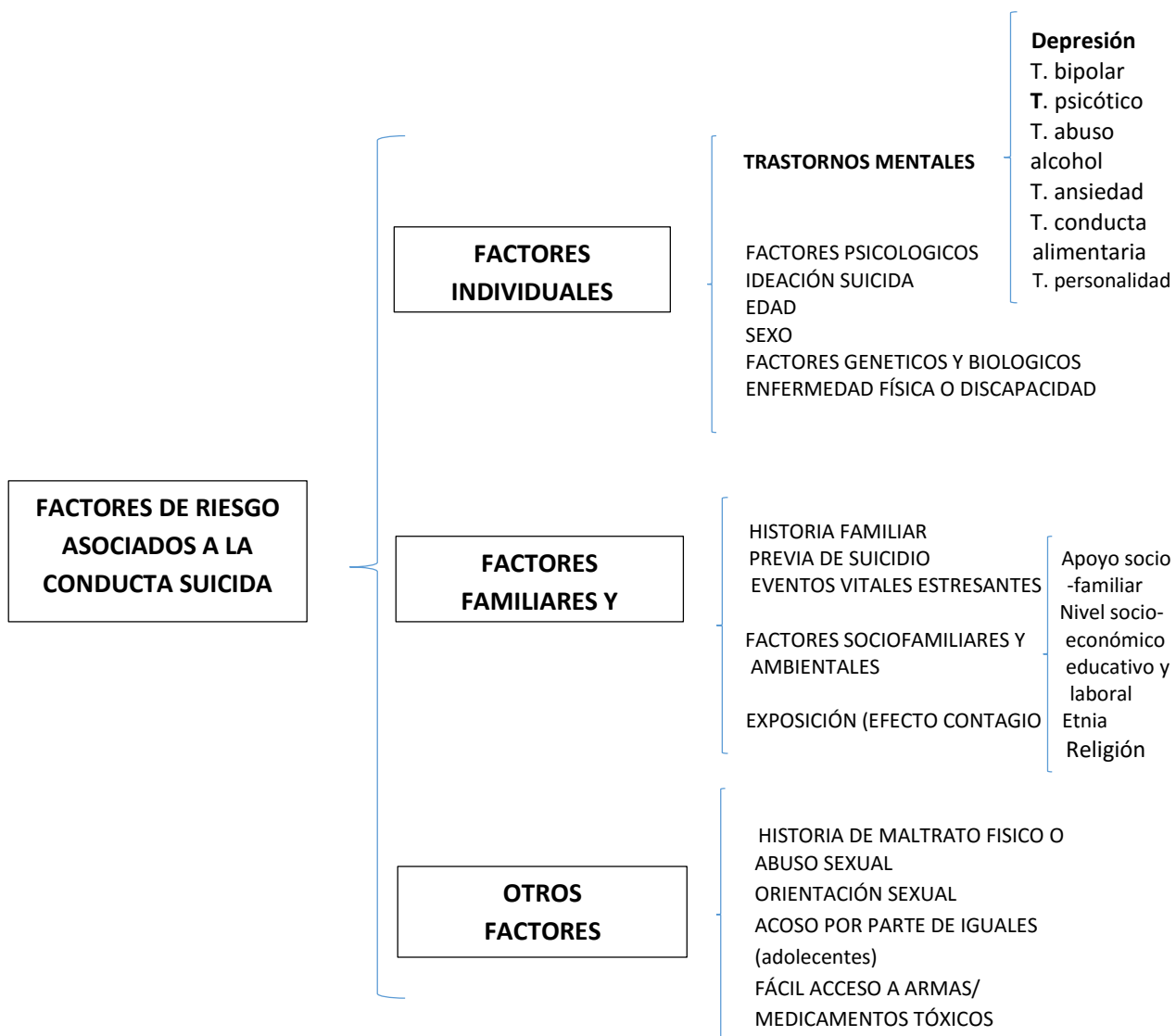
**Tabla 3.** *Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificable*

<u>Modificables</u>	<u>Inmodificables</u>
Trastorno afectivo	Heredabilidad
Esquizofrenia	Sexo
Trastorno de ansiedad	Edad:
Abuso de sustancias	- Adolescentes y adultos jóvenes
Trastorno de personalidad	- Edad geriátrica
Otros trastornos mentales	Estado civil
Salud física	Situación laboral y económica
Dimensiones psicológicas	Creencias religiosas
	Apoyo social
	Conducta suicida previa

**Fuente:** Bobes, J., Giner, J. y Sáiz, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. *Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela.

Otra manera de clasificar los factores de riesgo de la conducta suicida es estructurándola en el campo, biológico, psicológico, social, familiar o ambiental. (World report on violence and health, 2002. Geneva: WHO).

Según la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012, hemos elaborado el siguiente esquema para explicar los factores con suficiente evidencia científica de riesgo asociados a la conducta suicida.



**Fuente:** Atienza, G., Ferrer-Gómez, E., Alvarez-Ariza, M., Rozas, M. y Triñanes Pego, Y. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento.

#### - **Factores de riesgo individuales**

Según Dumon y Portzky (2014), el incremento de la probabilidad de que una persona intente cometer o cometa un suicidio se deben a los factores de riesgo. Estos no son estáticos a lo largo de la vida y pueden ser diferentes de un país a otro.

Los factores de riesgo individuales son, en primer lugar, los trastornos mentales, presentes el 90% de los suicidios. (Harris y Barraclough, 1997; Beautrais, 1996). Siendo la depresión mayor el trastorno más comúnmente asociado con la conducta suicida, (Beautrais, Collings, Ehrhardt, y Henare, 2005), ciertos rasgos psicológicos y la presencia de intentos previos de suicidio. A ellos se unen factores como la edad, el sexo e incluso factores genéticos, biológicos y enfermedades físicas o discapacidad.

#### - **Factores sociofamiliares y ambientales**

Las personas que viven solas, divorciadas o que carecen de apoyo social y familiar, suelen presentar mayor tasa de suicidio, además factores como, un bajo nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo propician este hecho. En cuanto a la religión y etnia, se ha demostrado que la creencia y la práctica religiosa parece ser un factor protector ante el suicidio.

### **II. Factores precipitantes**

Los factores precipitantes, como acontecimientos vitales estresantes, por ejemplo, problemas interpersonales, dificultades laborales, separaciones o pérdidas, problemas económicos etc. (Hawton y cols, 2009), factores psicológicos individuales (Kann y cols, 2000), o el fácil acceso a medios de suicidios, son factores importantes que facilitan el suicidio.

### **III. Factores protectores**

Los factores personales y los factores sociales o ambientales, parecen disminuir la probabilidad de conducta suicida ante la presencia de factores de riesgo. (Nock, Borges y cols, 2008). Entre los factores personales destacan, la habilidad en la resolución de conflictos o problemas, la autoconfianza, las habilidades sociales e interpersonales o la flexibilidad cognitiva y el hecho de tener hijos sobretodo en mujeres (Beautrais y cols, 2005; Guo y Harstall, 2002; Yang, 2010). Entre los factores sociales o medioambientales destacan un fuerte y cálido apoyo sociofamiliar, una buena integración social, las creencias y prácticas religiosas y espirituales, adoptar valores culturales etc, (Nock y cols, 2008; Sullivan, Bongar, 2009; Beautrais y cols, 2005; Sakinofsky, 2007 y Guo, 2002).

## 2.2. ESTADÍSTICAS

Las Estadísticas de Suicidio, 2013 en los que nos vamos a basar para hacer la comparación al ser es el último año del que existen cifras oficiales, se han realizado a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), disponibles en su web: [www.ine.es](http://www.ine.es), obteniendo así la siguiente información.

La investigación sobre la estadística del suicidio en España se viene realizando en el Instituto nacional de estadísticas (INE), desde comienzos del siglo XX, en cumplimiento de lo dispuesto en la Real Orden de 8 de septiembre de 1906, interrumpidamente hasta 2006. Los datos proceden de la Estadística de Suicidio hasta 2006 y de la Estadística de Defunciones según causa de muerte de 2007 en adelante.

Hasta el 31 de diciembre de 2006, la fuente primaria para su elaboración era la información facilitada por los Juzgados de Instrucción y los Juzgados de 1ª Instancia e Instrucción, cumplimentando con periodicidad trimestral un boletín por cada supuesto. Con periodicidad anual, ha recogido información tanto de los suicidios consumados como de las tentativas, estudiando el acto del suicidio con todas las circunstancias de tipo social que puedan tener interés.

Desde 2007, siguiendo los estándares internacionales, se ha adoptado la decisión de suprimir los boletines del suicidio, y obtener la información estadística relativa al suicidio a partir de la información que ofrece el boletín de defunción judicial que se utiliza para la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte.

El número de suicidios estatales y autonómicos, así como las tasas estatales de suicidio, son las publicadas el 27 de febrero de 2015 por el INE en las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2013. Las tasas de suicidio autonómicas son brutas y están elaboradas a partir de las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2013 y del Padrón Municipal a 1 de enero de 2013. Los datos se refieren siempre a residentes, independientemente de dónde se haya producido la muerte.

Según la INE, al tener acceso a los datos del Instituto Autonómico Forense de Madrid, se ha modificado significativamente el número de muertes tanto en la comunidad como en el total de muertes causadas por suicidios. Esto acceso ha dado lugar a una mejora metodológica, permitiendo así asignar de forma más precisa la causa de defunción en las muertes con intervención judicial ya que sin el efecto de esta variación metodológica, el aumento habría sido del 2,7%.

Debido a la limitación de espacio en el trabajo, hemos decidido no incluir las gráficas realizadas a partir del Instituto Nacional de Estadística (INE), 2013, siendo estas las siguientes:

- Número de suicidios en España por género y año, 1993-2013
- Total, número de suicidios en España, 2013
- Suicidios por edad y género, España, 2013
- Tasa de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo, España, 2013
- Número de muertes por causas externas en España, 2013
- Métodos de suicidios más empleados por sexo y edad en España, 2013
- Suicidios por meses en España, 2013

A continuación, en base a las gráficas obtenidas del INE 2013, hemos obtenido una conclusión general sobre la situación de suicidio en España.

Desde 1993 con un total de 3013 suicidios, el número ha ido aumentando a lo largo de los años, observando en 2004 un total de 3507, suicidios. Durante los años siguientes hasta 2011 se registró una disminución de muertes por suicidio con un total de 3180, pero ha ido incrementando en 2012 y 2013, hasta alcanzar en 2013 la mayor cifra de su historia tanto en hombres como en mujeres con un total de 3870 suicidios, siendo prevalente el número de suicidios en hombres con un total de 2911, mientras que para las mujeres el número es mucho menor, un total de 959.

En cuanto a suicidios por edad y género, la edad en la que se produce un mayor número de suicidios oscila entre los 30-39 años, con un total de 518 suicidios y entre 50-54 con un total de 450 suicidios tanto para hombres como para mujeres.

La tasa de suicidios al año por 100.000 habitantes es de 8,3 (12,7 para los hombres) y (4 para las mujeres).

Entre el número de muertes por causas externas en España en 2013, el suicidio y las lesiones autoinflingidas siguen siendo las principales causas externas de muerte después de los tumores.

En cuanto a los métodos de suicidios más empleados por sexos en España, destacan el, estrangulamiento o sofocación siendo el medio más utilizado, con un total de 1843 suicidios de las cuales 1561 son hombres y 282 son mujeres. Es el método más utilizado por los hombres mientras que para las mujeres el método principal es saltar desde un lugar elevado. En segundo lugar, las mujeres usan mucho más la ingesta de fármacos y envenenamientos mientras que los hombres utilizan las armas de fuego como métodos letales.

Para ambos sexos saltar desde un lugar elevado es el segundo método más utilizado, con un total de 951 personas, de las cuales 599 son hombres y 352 son mujeres.

En cuanto a la temporalización, al día se producen de media 10,6 suicidios, aunque varía ligeramente según los meses. Se registra con un total de 363 suicidios en el mes de junio, seguido con un total de 359 suicidios en el mes de marzo y en tercer lugar con un total de 357 el mes de julio.

Es muy interesante la diferencia entre mujeres y hombres en cuanto a los periodos de tiempo. Los hombres cometen más suicidios en el mes de junio con total de 280 suicidios, seguido de 273 suicidios en el mes julio, mientras que las mujeres cometen más suicidios en el mes de enero con un total de 94 suicidios y en el mes de mayo con un total de 92 suicidios.

Para concluir, podemos comentar que España a pesar de poseer unas tasas de suicidio significativamente menores que otros países, sigue siendo la causa principal causa de muertes no natural después de los tumores y delante de los accidentes de tráfico siendo esta diferencia más visible en hombres que en mujeres. Las mujeres presentan mayor número de intentos e ideación suicida, mientras que los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumados, además de utilizar métodos más letales como el estrangulamiento y el uso de armas, mientras que las en las mujeres es saltar desde un lugar elevado. La edad en la que se producen más suicidios oscila entre los 30-39 años y entre 50-54, tanto para hombres como para las mujeres. Los meses en los que se registran un menor número de suicidios, son los meses de invierno mientras que los meses en verano son los meses con más registros de suicidios.

Es muy importante comentar que, la tasa de suicidios en España está en aumento siendo este incremento con las tasas más altos de Europa y del mundo. (Krug, Mercy, Dahlberg, y Zwi, 2002).

## **CAPITULO III. SUICIDIO EN EL CONTEXTO EDUCATIVO ESPAÑOL**

En este capítulo hablaremos sobre el plan de prevención e intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo, así como de las actuaciones que tiene que llevar un centro educativo en caso de que se cometa un acto autolítico, ya que podríamos decir que una de las situaciones más difíciles de afrontar en el ámbito escolar es el suicidio de un alumno. Con esto pretendemos mostrar la gran importancia que tiene hoy en día el crear estrategias de prevención e intervención. Para desarrollar este capítulo nos hemos basado en el protocolo realizado por el gobierno de Navarra (Prevención y Actuación ante conductas suicidas, 2014).

### **3.1. MODELO DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**

Los docentes ante las situaciones traumáticas que puedan ocurrir en el ámbito educativo, deben contar con herramientas necesarias para poder dar una respuesta adecuada a las necesidades que se van generando. La prevención del suicidio, debe incluir una gran variedad de estrategias de prevención que actúen en distintos niveles del ámbito escolar:

- Dirigidas al alumnado (especialmente los más vulnerables).
- Dirigidas al Profesorado y Dirección.
- Dirigidas al entorno escolar en su conjunto.

Casullo (1998), expone que, para intervenir y prevenir eficazmente en el suicidio, los intentos de suicidio y la ideación suicida en el ámbito escolar, es de vital importancia reconocer que existe un problema global en aumento y que no sólo tiene que ver con factores individuales, sino que también influyen aspectos familiares, escolares y sociales. El primer paso para ello es levantar el tabú que existe sobre el tema y convertirlo en objeto de reflexión e investigación en las instituciones educativas.

Así mismo según la OMS (2001), la formación tanto teórica como práctica para profesores, orientadores, familia y de los alumnos, es muy importante a la hora de aumentar la conciencia y comprensión del riesgo de suicidio haciendo así que se adquiera un mayor número de habilidades y recursos tanto para la comprensión del suicidio, como para su prevención y capacidad de afrontamiento.

Siendo por lo tanto, necesarias estrategias de intervención y prevención, ya que los jóvenes emplean una considerable cantidad de su tiempo en el ámbito escolar, siendo así el entorno educativo uno de los más importantes a la hora de prevenir y detectar las diferentes manifestaciones de riesgo de suicidio, por lo que en los casos de tentativas y de ideaciones

suicidas los "gatekeepers" del ámbito escolar (dirección, profesorado y orientadores escolares), son las personas de referencia para cualquier iniciativa de actuación.

En el ámbito educativo se debe desarrollar un plan de prevención y actuación de la conducta suicida siguiendo las siguientes funciones:

- Intervención atendiendo al plan del propio centro.
- Acogida, escucha y atención al alumnado y a las personas cercanas, con la mayor rapidez posible.
- Coordinación con los diferentes profesionales y responsables, de la comunidad educativa y/o externos, tanto antes, cómo durante o después de un comportamiento suicida.
- Ofrecimiento de apoyo afectivo a las personas próximas con el alumnado.
- Seguimiento cercano de la evolución de la persona implicada y/o del alumnado afectado.

La intervención de cada uno de los alumnos se realizará con sensibilidad, confidencialidad y rapidez, dependiendo del momento (antes, durante o después) de la realización del suicidio, los intentos de suicidio y la ideación suicida. Es muy importante que todos los profesionales se coordinen de manera rápida y eficaz, tanto el profesorado, profesorado-familias, profesorado-alumnado, así como los demás profesionales de la comunidad educativa.

Mediante entrevistas y el seguimiento del alumnado tanto en el aula como en el centro, los profesionales analizarán los indicadores de riesgo según el plan establecido en cada centro. También a la hora de detectar situaciones de riesgo en los alumnos es muy efectivo utilizar un mensaje visible de fondo en la dirección de que "SIEMPRE HAY SALIDA".

Por otro lado, la comunicación, el apoyo y la colaboración de la institución con la familia es fundamental, especialmente cuando se identifiquen crisis personales y/o familiares, además el alumnado puede desarrollar redes de apoyo identificando situaciones de riesgo a través del grupo de amigos/as o alumnos/as mediadores/as o ayudantes.



### 3.2. ACTUACIÓN EN EL SISTEMA EDUCATIVO

Los profesores y los orientadores escolares desempeñan un papel importante en la detección de personas con riesgo de suicidio. Se ha demostrado que la formación de profesores y orientadores escolares en el reconocimiento de los factores de riesgo y signos de alarma de conductas suicidas y en la intervención y consulta en situaciones de crisis constituye una estrategia de prevención de suicidio eficaz. (Cimini, Rivero, Bernier, Stanly, Murray, Anderson, Wright y Bapat, 2014).

Detectar los factores de riesgo y de protección que se presenten en el alumno o alumna son básicos a la hora de detectar si nos encontramos ante un posible caso de comportamiento suicida. (Atienza y cols, 2012). Estos factores los hemos expuesto en el punto anterior (factores de riesgo, precipitantes y protectores). Cualquier persona que detecte un posible caso de intento de suicidio, profesional docente, familiar, amigo debe informar inmediatamente a orientación o dirección. Además, pedirá la colaboración del profesorado de referencia que cada centro tenga establecido.

A continuación, se refleja una serie de medidas del proyecto Euregenas, "Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar" organizadas en tres momentos: antes, durante y después de la detección de algún comportamiento de riesgo suicida.

- Estrategias de intervención, describiendo cómo identificar los estudiantes en riesgo de suicidio y cómo interactuar con ellos. (Antes del riesgo autolítico)
- Estrategias de postvención, para utilizarlas tras el intento de suicidio o suicidio de un estudiante incluyendo un prototipo para un plan de crisis. (Durante: riesgo de ideación suicida).
- Guías para la conversación en clase tras un suicidio o intento de suicidio de un estudiante. (Después del intento o el acto autolítico).

Cada una de las partes se divide en cuatro actuaciones a la hora de intervenir y prevenir el suicidio, los intentos de suicidio y la ideación suicida.

- Actuaciones del profesorado
- Actuaciones del alumnado
- Actuaciones de las familias
- Actuaciones del Departamento de Orientación

## **Antes del riesgo autolítico**

El aspecto más importante a la hora de prevenir el suicidio, como hemos comentado anteriormente, es el reconocimiento temprano en jóvenes que se encuentren en situación de riesgo suicida.

Para lograr este objetivo se debe poner un énfasis particular en la situación del equipo escolar y de los estudiantes afectados. Se debe proporcionar formaciones a todo el equipo institucional, en la capacidad de hablar entre ellos y con los estudiantes sobre cuestiones relativas a la vida y la muerte, mejorar sus habilidades para identificar la depresión y el comportamiento suicida, y aumentar el conocimiento sobre el apoyo disponible.

### *Actuaciones del Profesorado:*

Primeramente, es esencial asegurar el equilibrio y bienestar de los docentes y el resto del personal institucional. A la hora de analizar los factores protectores y de riesgo, es muy importante establecer entrevistas de tutorías con las familias y con el alumnado, además el equipo docente con periodicidad trimestral debe realizar registros individuales para tener información sobre el alumnado.

Para que el alumno en riesgo pueda expresarse libremente sobre lo que le ocurre, es muy importante que las tutorías con el profesorado se hagan en un espacio cómodo, tranquilo y que permita la confidencialidad, disponiendo del tiempo que sea necesario para la escucha del alumnado.

Las tutorías grupales y otras actividades dirigidas a fomentar competencias emocionales como resiliencia, asunción del fracaso, tolerancia a la frustración, autoconocimiento, autonomía, generación de metas, satisfacción personal, automotivación, afectividad, establecimiento de vínculos positivos, habilidades sociales de comunicación y de resolución de conflictos, expresión de emociones, así como la autoestima son básicas para el alumnado en riesgo de suicidio. Además, se tiene que incidir en los contenidos relacionados con la Inclusión de la educación emocional, (por ejemplo, a través de redacciones, películas, dinámicas de aula, exposiciones y debates, todos ellos con su correspondiente desarrollo didáctico).

En cuanto a la formación para el alumnado, se debe crear una red de apoyo entre iguales u otros programas de ayuda (alumnado ayudante, mediación, círculos de convivencia, tutoría entre iguales, etc).

Cuando se identifican las señales de alarma, es importante que el orientador escolar y en algunos casos el profesor, tenga una primera conversación con el alumno, pero antes de comenzar la conversación, es fundamental tener los datos de contacto de los servicios de ayuda a nivel local y

nacional, preparados para derivarlo en el caso necesario a los recursos de ayuda disponible. Estos son los tres mensajes claves.

1. Mostrar interés de apoyo
2. Hacer las preguntas de valoración
3. Apoyar y contactar/ derivar

Se tiene que confirmar una señal de alarma en las siguientes situaciones:

- Cuando cualquier docente detecte varios factores de riesgo, entre ellos destacaría (falta de interés en las actividades cotidianas, descenso general en las calificaciones, disminución del esfuerzo, comportamiento inadecuado en la clase, ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso, fumar excesivamente, beber o uso inadecuado de drogas, incluyendo cannabis, incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía).
- Cuando el orientador al aplicar la guía de evaluación del riesgo autolítico, vea que hay un posible riesgo de suicidio.
- Cuando una familia trasmita su preocupación sobre la situación emocional o la salud mental de su hijo/a.
- Cuando se produzca una verbalización o se presenten comportamientos con riesgo de suicidio.

Además de las señales anteriores, existen señales de alarmas directas de que el alumno está pensando o planificando un suicidio o está preocupado por la muerte. Estas pueden ser verbales, aparecer en trabajos de clase redes sociales, etc., por lo que destacarían las siguientes.

- Hablar (o escribir) sobre el deseo de morir, herirse o intento de suicidio.
- Hablar (o escribir) sobre sentimientos de desesperanza o de no tener razones para vivir.
- Hablar (o escribir) sobre sentirse atrapado, bloqueado o sufrir un dolor insoportable.
- Hablar (o escribir) sobre ser una carga para otros.
- Buscar modos para matarse, tales como buscar métodos de suicidio en Internet o intentar acceder a armas de fuego, pastillas u otros medios de suicidio.

Una vez que en el centro educativo se haya dado una situación de riesgo o la señal de alarma, se tiene que activar el plan de prevención y actuación de la conducta suicida que el centro contiene, además se tiene que establecer la comunicación y coordinación entre los diferentes recursos asistenciales que atienden al alumno y, en su caso la activación de la comisión interinstitucional de seguimiento y toma de decisiones.

### *Actuaciones del Alumnado:*

El alumnado ante cualquier señal de alarma, se tiene que comunicar inmediatamente de con el profesorado de referencia buscando el apoyo necesario. En el caso de que no se establezca una figura específica, será su tutor/a o su orientador/a la persona con quien tratará abiertamente las situaciones que le preocupen.

Todos los alumnos que necesiten o quieran dar ayuda, pueden participar en la red de apoyo entre iguales, siendo siempre supervisado por el asesoramiento de un docente.

### *Actuaciones de las Familias*

Para que haya una buena relación y comunicación con el centro, es muy importante que las familias colaboren de una manera positiva y abierta si lo necesitan. En el caso en el que haya un problema familiar que afecte de manera directa al alumno, es preciso que la familia se ponga en contacto con el centro educativo, generalmente con el orientador/a o el tutor/a.

En cuanto a la relación familia-alumno, la familia tiene que ser un punto de apoyo, en el cual haya diálogo y escucha hacia las inquietudes y dificultades de sus hijos/as. Además, es muy importante que la familia participe activamente en la formación sobre educación socio-emocional y en valores éticos.

### *Actuaciones del Departamento de Orientación*

El Departamento de Orientación, tiene la obligación de diseñar actividades formativas sobre los temas de duelo y prevención de conductas suicidas, para poder así formar anualmente al profesorado en el caso de que sea necesario, además de asesorar a las comunidades educativas. Por lo tanto, será necesario que facilite los recursos económicos necesarios con el fin de sensibilizar y ayudar a desarrollar su plan de prevención e intervención de la conducta suicida. Además de los recursos económicos, tiene que proporcionar los recursos personales para que en cada centro se pueda abordar el desarrollo de su Plan de prevención e Intervención de la conducta suicida.

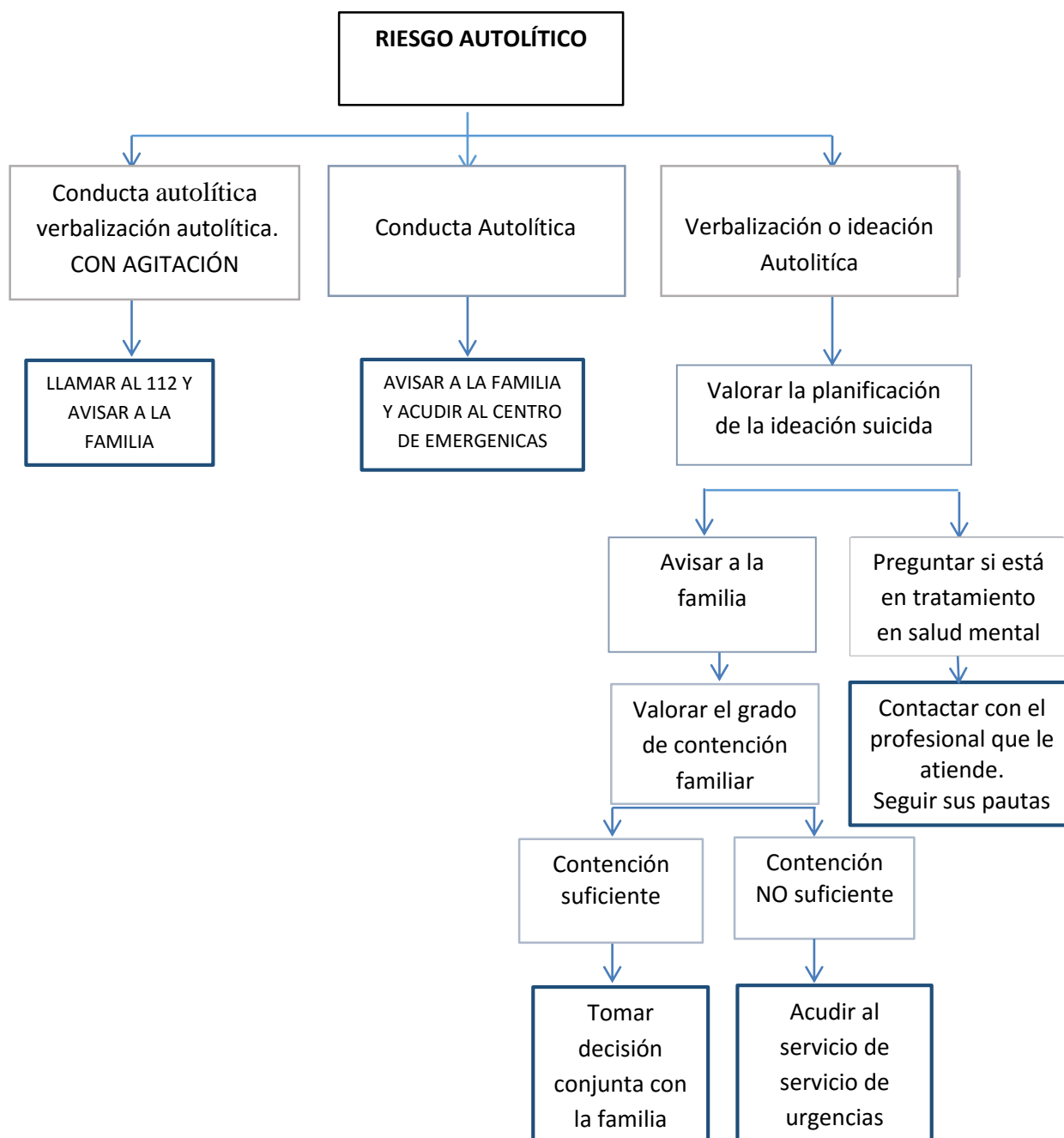
En los casos que se solicite, se pedirá asesoramiento a las comunidades educativas a través de la Inspección Educativa y de la Asesoría para la Convivencia

Para que se desarrollen medidas preventivas y recursos atencionales, además de sensibilizar, es muy importante que tanto los centros educativos como los profesionales especializados desarrollen medidas de colaboración.

A continuación, se mostrará dos flujogramas de gran importancia en el ámbito educativo, mediante las directrices necesarias a la hora de comunicar la tentativa o ideación suicida en un centro educativo. Además, para una mejora prevención e intervención consideramos de vital importancia la coordinación del sistema nacional de salud con el sistema educativo.

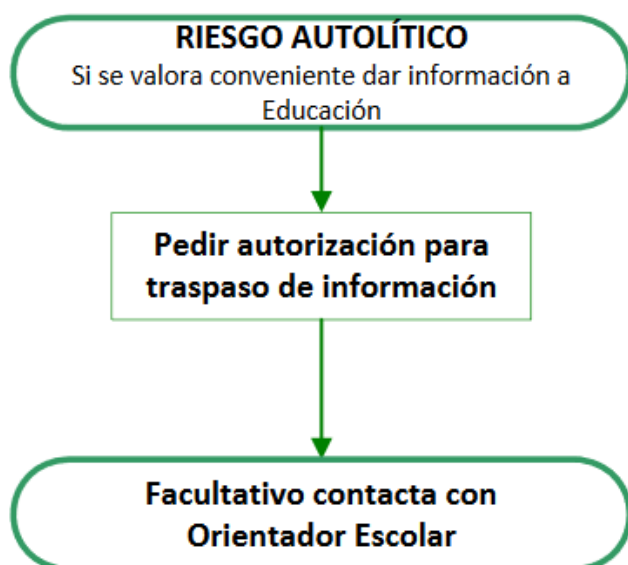
## FLUJOGRAMA

Flujograma 1. Actuación ante riesgo autolítico detectado en Educación.



**Fuente:** Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante Conductas Suicidas, Gobierno de Navarra 2014.

Flujograma 2. *Riesgo autolítico detectado por salud. Coordinación con Salud.*



**Fuente:** Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante Conductas Suicidas, Gobierno de Navarra 2014).

**Durante: Riesgo de Ideación suicida.**

Reconocer que un joven está en situación de riesgo y que necesita ayuda es muy importante, pero también lo es el saber cómo reaccionar y responder en caso de que se intente o se cometa suicidio. A la hora de tratar con el estudiante es fundamental que haya un balance entre proximidad y distancia y entre empatía y respeto.

*Actuación del profesorado*

Se ha de considerar riesgo de suicidio, en los casos en los que el alumno ha presentado comportamientos autolíticos en el pasado, o si en el presente curso se observan tres o más factores de riesgo, también si la familia comunica al centro de que existe riesgo, o si las personas del entorno próximo del alumno/a comunican su percepción de la existencia de riesgo al tutor/a, amigos/as, pareja, etc.

En el caso de que se identifique riesgo en alguna persona, el centro educativo actuará inmediatamente centrándose en la escucha, comunicación y aplicación del plan, que incluirá las siguientes acciones:

El primer paso será la comunicación de las sospechas por parte de cualquier miembro de la comunidad educativa al orientador/a del centro. Seguidamente el orientador/a procederá a la

evaluación del riesgo aplicando la “Guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores”. Si el orientador/a identifica riesgo lo comunicará a dirección y se activarán las estructuras escolares que han de asumir actuaciones dentro del plan de prevención e intervención de conductas suicidas del centro. En los casos de tentativas o de ideaciones suicidas, las personas de referencia tomarán las iniciativas de actuación necesarias (al menos, el orientador/a, los tutores/as y el equipo directivo), actuando de forma rápida y responsable.

Es muy importante mantener una actitud de calma, receptividad, escucha y apoyo, por parte del profesorado, sobre el alumno/a en situación de riesgo, como a las personas próximas afectivamente, además se debe cuidar en lo posible la confidencialidad de la información proporcionada por lo que se deben centralizar las intervenciones al orientador del centro.

En función del estado del alumno, el orientador informará a la familia sobre la conveniencia de derivar al alumno al Servicio de Salud Mental para la atención clínica y psicoterapéutica que precise o a otros posibles servicios que pudieran ser necesarios.

Tanto la vigilancia como las pautas de actuación se ajustarán en coordinación con los profesionales implicados y con la familia del alumnado identificado en situación de riesgo. Si fuera necesario, se solicitará ayuda y/o asesoramiento a Inspección Educativa o a la Asesoría para la Convivencia, del Departamento de Educación.

#### *Actuaciones del alumnado*

En el caso de que el alumno presente cualquier señal de alarma, que pueda considerarse como factor de riesgo es muy importante que se comunique con el profesorado de referencia de manera rápida y eficaz. El alumno tiene que mantener la calma, receptividad y escucha, así como mostrarse colaborador con los docentes que intervengan.

Mediante la utilización de la red de apoyo entre iguales se ayudará y acompañará al alumno, con el asesoramiento del profesorado que coordine el caso. El compañero/a en situación de una señal de alarma tienen la posibilidad de recurrir al profesorado de referencia o agente de ayuda.

#### *Actuaciones de los familiares*

Las familias, informarán al centro en el caso de una situación de riesgo para poder así trabajar conjuntamente, además pueden solicitar asesoramiento y orientación siempre que lo necesiten. Ante el momento del intento de suicidio, tiene que mantener la calma, dialogar y una actitud de escucha

Las familias también colaborarán con los diferentes profesionales intervinientes (servicio de urgencias, pediatría, salud mental, profesorado, servicios sociales etc.).

### Actuaciones del departamento de orientación

La Asesoría para la Convivencia se pondrá en contacto con el centro cuando se tenga constancia del intento de la conducta autolítica a través del protocolo interinstitucional de urgencias, además atenderá todas peticiones de ayuda que se formulen en el ámbito educativo. A través de la Inspección Educativa y de la Asesoría para la Convivencia, si se necesita se asesorará a las comunidades educativas.

De manera sintética, a la hora de estructurar nuestra intervención en el contexto educativo después de que se haya cometido el acto autolítico, podríamos seguir las directrices de la Fundación Americana para la Prevención de Suicidio y el Centro de Recursos de Prevención de Suicidio

Flujograma 3. *Siete pasos después acto autolítico*



**Fuente:** Después del suicidio: una herramienta para colegios” de la Fundación Americana para la Prevención de Suicidio y el Centro de Recursos de Prevención de Suicidio. Teniendo en cuenta el documento de [www.euregenas.eu](http://www.euregenas.eu).

### Después de cometerse el acto autolítico.

#### Actuaciones del profesorado

Después de haber ocurrido el intento o la conducta autolítica, el centro educativo actuará el tiempo que sea necesario para las personas afectadas y la comunidad educativa, además proporcionará el apoyo docente necesario para que el alumnado pueda expresar sus preocupaciones y emociones. Esto favorece el proceso de duelo y reduce los riesgos de conductas imitativas.

El profesorado junto con los diferentes profesionales especializados, se mantendrán coordinados para el desarrollo de medidas asistenciales o de acompañamiento, según las necesidades de cada



uno. El profesorado proporcionará apoyo a las familias y la clase como las personas cercanas, adaptándose al nivel de cercanía y afectación con el alumnado.

Por último, se tiene que informar a la información de la Dirección a la Asesoría para la Convivencia de los casos de suicidios consumados, para que puedan ser contabilizados en el registro correspondiente.

#### *Actuaciones de los estudiantes*

El alumnado contará con el profesorado de referencia para compartir sus necesidades y preocupaciones. Los alumnos mantendrán una actitud de escucha, apoyo y solidaridad hacia el alumno/a en riesgo, así como hacia otras personas afectadas de su entorno próximo, además el uso de redes de ayuda entre iguales ayudará a conocer el estado anímico y el nivel de superación del impacto.

#### *Actuaciones de las familias*

En el caso de que se haya producido un intento autolítico, las familias tienen que mantener una actitud abierta, de escucha y dialogo.

Para posibles actuaciones futuras, colaboraran con el centro educativo y con diferentes profesionales o agentes de ayuda (pediatría, salud mental, profesorado, servicios sociales, etc.).

#### *Actuación del Departamento de Orientación*

La formación del profesorado en convivencia y resolución de conflictos es muy importante, destacando en educación emocional, psicología positiva, así como afrontamiento del duelo y crisis personales.

El orientador del centro después de haber ocurrido un acto autolítico, tiene que seguir 5 pasos muy importantes:

1. Preparación
2. Reunión de coordinación
3. Recogida de información
4. Trabajo con los alumnos
5. Intervención con la familia
6. Seminario de trabajo con la familia del centro

Paso 1. *Preparación.* Hay que hablar con el director y con jefe de estudios para que nos den más información sobre lo sucedido. Antes de que aparezcan demandas por parte de los padres y profesores el orientador tiene que tenerlo todo preparado, manteniendo informado al director en

cada momento. Al día siguiente del suceso todos los recursos necesarios tienen que estar disponibles para poder actuar.

Paso 2. *Reunión de coordinación.* Al acabar las clases se tiene que planificar una reunión con el profesorado del centro para hablar de lo sucedido. Esta reunión debe ser convocada por el director y jefe de estudios siendo la asistencia obligatoria. Los pasos a seguir son los siguientes:

- El director explicará el objetivo de la reunión con mayor detalle
- Es obligatorio abstenerse de dar información a los medios y remitir siempre al director para evitar rumores.
- Intentar seguir con la mayor normalidad en la que se encontraba el centro antes del incidente.
- El orientador tiene que ver que piensa el profesorado del caso y como lo van a abordar con los alumnos. A la hora de hablar con los profesores es conveniente hablar primero de la información que cada uno tiene para posteriormente indagar como les ha afectado emocionalmente. (llevar trípticos informativos de las reacciones normales de las personas a situaciones traumáticas y proporcionarles algunos recursos bibliográficos).
- Conocer las estrategias de intervención que van a usar los profesores con sus alumnos. En función de ello facilitar recursos y pautas de actuación
- Estar a disposición de los docentes para lo que pudieran necesitar

Paso 3. *Recogida de información.* Se recogerá como máximo en un día y medio toda la información necesaria de la familia a través del tutor u otros miembros de la comunidad educativa. Se tiene que localizar a los compañeros más cercanos del alumno.

Se hará una segunda reunión con el profesorado para proporcionar información más detallada relacionada con: El duelo entre niños y adolescentes, el tipo de reacciones, facilitar a los docentes registros de conductas (día, hora y nombre del niño o adolescente) para determinar el comportamiento de los alumnos, Responder a la pregunta "¿qué pueden hacer los docentes"?

4 paso. *Trabajo con los alumnos.* El papel del orientador en la intervención no va a ser directamente con los compañeros, se va a centrar en asesorar y guiar a los miembros del entorno educativo a realizar las intervenciones precisas. Solo en el caso de que el profesor no se viera preparado para abordar la noticia con sus alumnos se intervendrá conjuntamente con el profesor ya que no es recomendable intervenir solos ya que para los alumnos su punto de apoyo son los docentes.

5 paso. *Intervención con la familia.* Si esta es estructurada será más fácil de trabajar. Se tiene que orientar a la familia para que verbalicen la situación, expresar sus sentimientos, que esperan etc. Es importante conocer las relaciones de vinculación con otros familiares cercanos como primos, tíos, vecinos, etc. Se puede citar a los padres en el colegio o llamarlos por teléfono para visitarlos

en su casa. A parte de la información proporcionada para una mejor comprensión se les entregara trípticos informativos y recursos. A la hora de interaccionar con la familia se debe prestar mucha atención a la comunicación no verbal, conocer si necesitan o no contacto físico. Ante el desconocimiento, esperar la demanda a través de la mirada, del contacto (mano en la pierna), todo va a paso a paso, hasta el abrazo final. Poner especial atención a los silencios, respetándolos sin interrumpirlos.

6 paso. *Seminario de trabajo con la familia del centro.* El centro puede ponerse en contacto con un profesional que sea experto en la temática para que facilite algunas pautas, el orientador ofrecerá posteriormente la ayuda necesaria.

En los casos que se solicite, se pedirá asesoramiento a las comunidades educativas a través de la Inspección Educativa y de la Asesoría para la Convivencia.

Por último, se debe hacer el registro de los suicidios consumados del alumnado, así como el estudio de los mismos.

## **CAPITULO IV. UN ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE EL SUICIDIO EN FINLANDIA.**

En el presente capítulo de la misma manera que en España, vamos a poner de manifiesto el papel de los factores asociados a la conducta suicida en Finlandia. Así mismo, teniendo en cuenta las estadísticas sobre el suicidio de 2013 del ``Statistics Finland's PX-Web databases`` llevaremos a cabo un análisis de aquellas que estén relacionadas con nuestro tema de investigación

Para empezar, me gustaría primeramente citar una pequeña parte de una noticia que se publicó en el periódico ´el Confidencial´, en 2014. Se puede encontrar en el siguiente enlace: [http://www.elconfidencial.com/mundo/2014-05-08/suicidas-en-el-paraiso-del-desarrollo\\_127049/](http://www.elconfidencial.com/mundo/2014-05-08/suicidas-en-el-paraiso-del-desarrollo_127049/).

La elección de este párrafo refleja muy bien la mentalidad de la sociedad finesa, coincidiendo con esta opinión debido a mi experiencia y observación durante mi estancia en este país.

*“En este país existe un concepto difícil de traducir que ha sido muy importante en la cultura finlandesa”, cuenta a este diario Netta Mäki, investigadora y profesora de Sociología en la Universidad de Helsinki. Se refiere al pärjäämisen eetos, que puede traducirse como “el espíritu de afrontar y solucionar las cosas por uno mismo”. Sólo en finés existe un término para definir este fenómeno cultural. “El pärjäämisen eetos es sentir que tienes que ser fuerte si tienes un problema y resolverlo tú mismo sin molestar a nadie más”, explica.*

Finlandia debido al gran número de suicidios, a mediados de 1980 fue el primer país en desarrollar una *Estrategia Nacional de Prevención del suicidio*. La estrategia finlandesa se llevó a cabo en cuatro etapas, comenzando con un análisis exhaustivo de 1.397 suicidios para identificar el objetivo y el problema del grupo (1986-1991), y seguido por la creación de un programa de acción (1992), implantación del programa (1992-1996), y la evaluación (1997-1998). (Upanne, Hakanen y Rautava, 1999).

Si bien fue un programa realizado a nivel nacional (sobre toda la población, nivel universal), es mencionado como la primera intervención basada en la evidencia que demostró su efectividad disminuyendo la tasa de suicidios en más de un 20% en el país (Beskow, Kerkhof, Kokkola y Uutela, 1999).

Esta intervención consistió en tres etapas: Registro de los suicidios y análisis de autopsias psicológicas, (1987-1988), estudio de estos y elaboración de informes con propuestas de prevención (1989-1990), implementación de un programa nacional de prevención (*"Suicide can be Prevented"*).

Se enfatizó en la detección de personas con los factores de riesgo detectados en la etapa de autopsia psicológica: personas con depresión, con abuso de sustancias, personas en crisis o con enfermedades físicas, o que hubieran cometido suicidio. Además, se focalizaron los esfuerzos especialmente en la población entre 15 a 24 años por las altas tasas observadas, a través de programas de educación sobre salud mental, depresión y suicidio. Esto finalmente se tradujo en una disminución de la tasa en un 40% después de 15 años. (Lönnqvist, 1988; Lönnqvist y Wasserman, 2009).

El proyecto de prevención del suicidio (Suicide Prevention in Finland), identificó siete claves, que ahora forman la base de la prevención del suicidio en Finlandia, estos son: apoyo y tratamiento a las personas que han intentado suicidarse, mejorar la atención para el trastorno depresivo, aprender a prevenir el consumo de alcohol como sustituto para la resolución de problemas, aumentar el apoyo social y psicológico en el tratamiento de condiciones físicas, promover el apoyo mutuo y profesional en situaciones de crisis, prevención del aislamiento de los ciudadanos jóvenes ayudándoles a crear oportunidades, circunstancias y opciones para hacer frente a la vida y que tengan experiencias gratificantes, fomentar una mayor creencia y entusiasmo en la vida, así como la seguridad en sí mismos, la perseverancia y el apoyo mutuo. (Solin, Turpeinen, y Kuismin, 2011).

Según las estadísticas de Eurostat, los suicidios en Finlandia son una causa central de la muerte para los jóvenes, más de un tercio de los jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 24 que murieron habían cometido suicidios. Tiene una tasa de mortalidad de suicidios masculinos muy elevada, aunque en comparación con el resto de Europa Occidental, la mortalidad por suicidio también es bastante alta entre las mujeres. Entre las principales causas destacan, problemas de salud mental, especialmente depresión y problemas de alcohol, eventos negativos de la vida, la falta de apoyo social y las enfermedades somáticas graves.

#### **4.1. ESTADÍSTICAS**

Las Estadísticas de Suicidio, 2013 en los que nos vamos a basar, se han realizado a partir de los datos de las Estadísticas de Finlandia, ``Statistics Finland's PX-Web databases`` en la siguiente dirección: <http://tilastokeskus.fi/>. Produce estadísticas sobre las causas de la muerte y el desarrollo de la mortalidad. Los datos son recopilados a partir de los datos obtenidos por los certificados de defunción, que se complementan con los datos del sistema de información de la Población Centro de Registro. La estadística sobre causas de muerte registra las personas que han muerto en Finlandia o en el extranjero durante ese año y que en el momento de la muerte estaban domiciliados en Finlandia.

En 2013, los suicidios fueron cometidos por 887 personas. El mayor número de suicidios se cometió en 1990, con 1.500 suicidios. Desde entonces, mortalidad de suicidio ha disminuido en más del 40 por ciento en veinte años. En 2013, mortalidad de suicidio o el número de suicidios al año por 100.000 habitantes fue de 16.3 (25.4 para los hombres) y (8.1 para las mujeres), observando así que tres cuartas partes de los suicidios fueron cometidas por hombres. Hay mucha variación en la mortalidad por suicidio masculino, pero entre las mujeres se ha mantenido más o menos sin cambios, excepto por la duplicación de la mortalidad por suicidio en la década de 1950.

De la misma manera, que, en las estadísticas de España, debido a la limitación de espacio en el trabajo, hemos decidido no incluir las gráficas realizadas a partir de ``Finland Statistics`` Siendo la organización de la siguiente manera:

- Número de suicidios en Finlandia por género y año, 1993-2013
- Total, número de suicidios en Finlandia, 2013
- Suicidios por edad y género, Finlandia, 2013
- Tasa de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo
- Número de muertes por causas externas en Finlandia, 2013
- Métodos de suicidios más empleados por sexo y edad en Finlandia, 2013
- Suicidios por meses en Finlandia, 2013

A continuación, comentare cada una de ellas, obteniendo así una conclusión global sobre la situación de suicidio en Finlandia en 2013.

Desde 1993 con un total de 1397 suicidios, hasta 2013 con un total de 887, ha habido un descenso enorme de muertes por suicidios, es decir ha disminuido casi el 50% alcanzando así en 2013 el menor número de suicidios de la historia de Finlandia, tanto en hombres como en mujeres, siendo prevalente el número de suicidios en hombres con un total de 596, mientras que para las mujeres el número es mucho menor, un total de 291.

En cuanto a la edad en la que se producen más suicidios oscila entre los 15-29 años con un total de 187 suicidios y entre los 30-39, con un total de 142 suicidios, tanto para los hombres como para las mujeres.

La tasa de suicidios al año por 100.000 habitantes es de 16.3 (25,4 para los hombres) y (8.1 para las mujeres), observando así que tres cuartas partes de los suicidios fueron cometidas por hombres.

En cuanto a los métodos de suicidios más empleados por sexos en Finlandia, destacan el, estrangulamiento siendo el medio más utilizado, con un total de 306 suicidios de las cuales 253 son hombres y 53 son mujeres. Es el método más utilizado por los hombres mientras que para las mujeres el método principal es el uso de drogas. El segundo método más utilizado por los hombres es uso de armas de fuego, mientras que las mujeres es el estrangulamiento.

Los meses en los que se registran un menor número de suicidios, son los meses de invierno (febrero y noviembre), mientras que los meses de inicio de primavera (marzo), en verano (junio y julio) y en Otoño (septiembre) son los meses con más registros de suicidios

Para concluir, podemos comentar que Finlandia a pesar de poseer unas tasas de suicidio relativamente alta en comparación con otros países europeos (Eurostat 2014, Estadísticas de Finlandia 2013), la tasa de suicidios es cada vez menor tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres presentan mayor número de intentos e ideación suicida, mientras que los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumados además de utilizar métodos más letales como el estrangulamiento y uso de arma, y las mujeres el principal método es el uso de drogas. En invierno ocurren menos actos autolíticos mientras que en verano se registran más actos autolítico.

## **4.2. FACTORES**

Según Brent y cols. (1999); Steele y Doey (2007), los factores de riesgo de intentos de suicidio y suicidios en los jóvenes son multifactoriales y complejos. En la mayoría de los estudios empíricos se ha demostrado que no hay ninguna diferencia en cuanto al género en los factores de riesgo tanto en el suicidio como en el intento de suicidio.

Los factores de riesgo incluyen características que aumentan la probabilidad de que un individuo intente o cometa el suicidio. Destacan los trastornos mentales, especialmente la depresión, trastornos del estado de ánimo, enfermedades somáticas, experiencias negativas, eventos estresantes, desesperanza acciones impulsivas y autolesiones, familia desestructurada, conducta suicida en la historia familiar, abuso físico o sexual, la dependencia, el abuso del alcohol y a las drogas, ser excluido, el comportamiento violento hacia los demás. (Brent y cols, 1999; Marttunen y cols, 1991; Portzky y cols, 2005; Renaud y cols, 2008; Shaffer y cols, 1996).

Se ha demostrado que el intento de suicidio y autolesiones previas son los factores de riesgo más importantes en la adolescencia (Brent y cols, 1999; Grøholt y cols, 1997; Shaffer y cols, 1996).

Los factores protectores destacan una imagen positiva de sí mismo habilidades de afrontamiento adecuadas, resolución de problemas y apoyo social.

Una revisión sistemática concluyó que el uso de Internet puede tener efectos tanto positivos siendo este una red de apoyo como negativos como como la normalización de las autolesiones y el aumento de la ideación suicida y la desesperanza, en los jóvenes que están en riesgo de autolesión o suicidio (Daine y cols, 2013).

#### **4.3. AYUDA EN CASO DE PRESENTAR PENSAMIENTOS SUICIDAS**

Ante la ideación suicida o la conducta autolítica, Finlandia ofrece los siguientes centros, webs y asociaciones en los que se pueden acudir en cualquier momento.

**La Línea de Crisis Nacional (The National Crisis Hotline).** Esta línea le permite a la persona en riesgo de suicidio hablar de sus pensamientos, sentimientos y las situaciones de la vida que le preocupa con un trabajador de crisis o un voluntario capacitado. La conversación telefónica puede ayudar a mirar hacia el futuro y ver más allá de su situación actual. La línea de crisis también proporciona instrucciones y consejos para solicitar más ayuda.

**Centros de crisis locales.** Ofrecen ayuda y apoyo a los ciudadanos en situaciones difíciles. Se puede hablar de forma confidencial sobre la situación de vida con un trabajador de crisis o un voluntario capacitado.

**Los centros de salud u hospital.** Cada ciudad tiene un hospital que está disponible las 24 horas del día. Al buscar ayuda en un centro de atención de la salud o en la sala de emergencia, se debe hacer saber al personal que está teniendo pensamientos suicidas y necesita ayuda. El Servicio Nacional de Salud Teléfono 24 horas 10023 puede informar dónde se encuentra el hospital de guardia más cercana.

**SURUNAUHA.** Es una asociación para las familias y los amigos de las personas que han cometido suicidio. Entre otras cosas, organiza cursos para ayudar en la recuperación y mantiene una comunicación directa para el apoyo de los compañeros, así como foros de discusión en Internet. <https://surunauha.net/>

**LINITY.** Proyecto en Finlandia 2013-2017 en SOS-Centro de Crisis tiene como objetivo prevenir y reducir los intentos de suicidio y los suicidios en Finlandia ofreciendo apoyo a las personas en riesgo de suicidio. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi>.



#### **4.5. MANUAL DEL BIENESTAR DEL ALUMNO EN TURKU**

En el siguiente punto, explicaremos como actúa el alumnado y el centro educativo ante una posible ideación suicida y/o acto autolítico. La información proporcionada se ha realizado a partir de entrevista personal con profesores de la universidad de Turku.

##### **Durante: Riesgo de Ideación suicida**

###### *Actuación del estudiante*

El alumno tiene que hablar con alguien inmediatamente cuando se dé cuenta de su situación, no tiene que quedarse solo

Mantener la calma y decir que es lo que le preocupa

Ofrecerse para hablar sobre el problema con alguien sin intentar resolverlo por sí mismo

Escuchar, tener cuidado de no culparse

##### **Amenaza de un suicidio**

###### *Actuación del centro educativo. (orientador y profesorado)*

Cuando se descubre que un estudiante tiene pensamientos de suicidio, se le habla estudiante directamente.

Todos los indicios de suicidio tienen que ser tomados seriamente, hablando directamente con el alumno.

El secreto profesional no se aplica cuando existe riesgo de muerte.

El caso se lleva urgentemente a salud escolar y se comunica al equipo de bienestar de los estudiantes.

Contactar con los padres la escuela

Hablar con el estudiante sobre el problema, no tratar de resolverlo sino escuchar y no menospreciar o juzgar el problema, ya que un intento de suicidio no se puede resolver inmediatamente

No dejarle solo

Crear un grupo de bienestar en el cual los estudiantes puedan compartir sus sentimientos.

Se debe asegurar que el estudiante reciba ayuda profesional.

La situación se seguirá de cerca y se controlará cuando sea necesario.

## **Después de cometerse el acto autolítico**

### *Actuación del centro educativo (orientador y profesorado)*

El suicidio siempre afecta a toda la comunidad escolar. Es muy importante reflexionar porque el suicidio aumenta el sentimiento de culpa.

Se tiene que informar al director del centro para que informe al resto de profesorado y al grupo de crisis.

El director informara a toda la comunidad educativa, primeramente, se tiene que informar al profesorado sobre lo ocurrido para así posteriormente el profesorado informara a los alumnos.

El director tiene que contactar con la familia, ponerse de acuerdo con la familia sobre cómo actuar, pedir permiso para informar sobre los hechos ocurridos para así prevenir rumores.

El director contactara además con el equipo de crisis y también con la iglesia en el caso de que la iglesia desee estar presente.

El trabajo del equipo de crisis es ofrecer apoyo especial a los amigos más cercanos, a los alumnos y al personal, además si es necesario contactar con asistencia externa.

Si se precisa contactar con el cuidado de Salud ocupacional.

Informar a los estudiantes de manera cuidadosa sobre lo ocurrido.

Observar al alumnado en caso de que necesiten ayuda externa

Recordar el fallecimiento tanto en el colegio como en las clases.

Tener cuidado en el caso de que algún alumno presente algunos síntomas de suicidio del estudiante.

Participar en los funerales si la familia está de acuerdo.

Poner la bandera en el caso de que el suicidio se haya cometido antes de mediodía, en el caso de que no, se hará al día siguiente.

El equipo de crisis tiene que prestar atención a la prevención y a la posibilidad de que se cometan otros suicidios. La información es la mejor manera de prevenir nuevos casos de suicidio.

#### **4.6. PROGRAMA KiVa EN FINLANDIA.**

Me gustaría hablar sobre el programa KiVa ya que tiene como objetivo controlar y prevenir las consecuencias perjudiciales del acoso escolar, entre ellos el suicidio.

He considerado oportuno hacer un apartado con este programa, ya que a nivel educativo ha tenido mucho impacto, siendo hoy en día, en el ránking de listas de clasificación de la OCDE, el sistema educativo escandinavo mejor considerado del mundo.

KiVa es un programa basado en la investigación para prevenir y enfrentar el acoso (bullying) en los colegios. Ha sido desarrollado por la Universidad de Turku en Finlandia con la financiación del Ministerio de Educación y Cultura de Finlandia. El programa está dirigido al personal de toda la escuela, las familias, los estudiantes y las comunidades locales, como un instrumento educativo. Siendo así "KiVa" el nombre que la Universidad de Turku asigna a su programa anti-bullying, ya que KiVa significa "bienestar" por lo tanto un "KiVa koulu" (Escuela) "es una" Escuela de bienestar.

El programa KiVa implica tanto acciones universales como otras dirigidas específicamente a la prevención del acoso y poder intervenir en los casos en los que se presenten signos de acoso. Las acciones universales están dirigidas a todos los estudiantes del colegio, enseñando a todos los jóvenes la capacidad de comportarse de forma constructiva, asumir responsabilidades para no fomentar el acoso y apoyar a las víctimas.

Se compone de tres unidades, de las cuales las unidades 1 y 2 se encuentran actualmente disponibles fuera de Finlandia. Unidad 1 está diseñado para niños de 6-9 años de edad. Unidad 2 es adecuado para niños de 10-12 años de edad. Unidad 3 está destinado a ser utilizado después de la transición de la escuela media / secundaria inferior escuela. Actualmente, Unidad 3 sólo está disponible en Finlandia.

A nivel internacional, las escuelas que han adoptado e implementado el programa fuera de Finlandia, lo han realizado con el objetivo de controlar y prevenir las consecuencias perjudiciales del acoso escolar como el aislamiento social, la frustración, la falta de la autoestima, depresión, dificultades de aprendizaje, enfermedades mentales, el ausentismo, cambios de personalidad, y el suicidio. Los materiales e información local sobre la implementación y el uso del programa KiVa está disponible en UK, US, Estonia, Bélgica y Holanda, lo que demuestra que KiVa es tan efectiva tanto en Finlandia como fuera del país.

En cuanto al programa en España, *el* Colegio Escandinavo de Madrid, es uno de los primeros colegios en registrarse en el programa KiVa, siendo este como una asignatura nueva en primaria,

así como en Málaga en el *Colegio Internacional Torrequebrada (CIT)*. Además, en España el día 26 de mayo de 2016, se celebró en la Universidad de Lleida la Mesa Redonda: “Violències i convivències” en la que participó el **Instituto Escalae**. (Institución privada internacional que da lugar a la mejora de la calidad de la Enseñanza-Aprendizaje, comprometida con la investigación y desarrollo de soluciones para garantizar la innovación pedagógica sostenible en el ámbito de la educación y de la formación), presentando el Programa antiacoso escolar **Kiva**: en qué consiste, de dónde surgió y en general, las acciones entorno a las que actúa Kiva para reducir el acoso escolar.

Por último, los datos finlandeses de más de 1000 colegios que comenzaron a instaurar KyVa en otoño de 2009, mostraron que después del primer año tras la implementación, tanto los acosadores como las víctimas se redujeron significativamente (Kärnä, Voeten, Little, Poskiparta, Alanen y Salmivalli, 2011)

*Comentar por si es de interés que, en Barcelona, España, noviembre 17-19 (fecha exacta será anunciada). 2016, se realizará el speaker in II International Congress of Clinical Psychology on Children and Adolescents por el Professor Christina Salmivalli*

#### **4.7. LA OPINIÓN SOBRE EL SUICIDIO DE ESTUDIANTES FINESSES.**

Teniendo en cuenta el objetivo de nuestro trabajo, consideramos importante conocer la opinión que estudiantes universitarios fineses tenían sobre el suicidio. Para ello utilizamos como método de trabajo, una entrevista semiestructurada que constaba de 6 preguntas. Esta se llevó a cabo con 9 estudiantes de la universidad de Turku, siendo el rango de edad de los mismos de 23-26 años.

Las seis cuestiones que conforman el eje de la entrevista son:

- 1- ¿Crees que la palabra suicidio es un tabú en tu país?**
- 2- ¿Cuál es la principal causa de suicidio en tu país?**
- 3- ¿Crees que el bullying (acoso escolar) es una de las causas de suicidio?**
- 4- ¿Sabrías decirme qué medidas se toman en Finlandia ante el suicidio?**
- 5- ¿Crees que las estaciones del año influyen en el suicidio?**
- 6- ¿Crees que la educación que se le da a los jóvenes es tan exigente hasta tal punto de llevarlos al suicidio?**

El resultado de dichas entrevistas, que fueron grabadas y transcritas, llevamos a cabo una valoración global por cada cuestión planteada. De este modo tenemos:

##### **1. ¿Crees que la palabra suicidio es un tabú en tu país?**

La mayoría han contestado que no opinan que la palabra en si lo sea, pero en cuanto a hablar sobre el tema si lo es, ya que, en Finlandia tanto en las noticias como en los centros educativos, no es un tema sobre el que se habla libremente. Esto es debido a la vergüenza, incomodidad o miedo por falta de comprensión y especialmente si alguien cercano ha cometido suicidio, ya que en Finlandia las personas son mucho más cerradas tanto a nivel familiar como social. También comentaron que las personas mayores no hablar sobre el tema, pero entre los jóvenes se habla cada vez más debido a que tiene una mentalidad más abierta.

##### **2. ¿Cuál es la principal causa de suicidio en tu país?**

Los entrevistados opinan que las dos causas principales del suicidio es la depresión y el uso alcohol. Entre otras causas destacan: romper con la pareja, al aislamiento y sentimiento de soledad, desempleo. También la mayoría opina que búsqueda de ayuda mental es vista como una debilidad.

### **3. ¿Crees que el bullying (acoso escolar) es una de las causas de suicidio?**

En general creen que el bullying es una causa del suicidio, la mayoría creen que, si se trata de niños o adolescentes, suele ser una de las causas principales debido a que en edades tempranas tiene efecto tanto a nivel psicológico como a nivel personal.

### **4. ¿Sabrías decirme qué medidas se toman en Finlandia ante el suicidio?**

Todas las respuestas han coincidido en que existen líneas telefónicas a las que se puede llamar 24 horas, así como la sanidad pública, pero en general no poseen la suficiente información sobre el tema, considerando que es necesario que en el ámbito educativo los docentes estén más cualificados, a la hora de proporcionar información.

### **5. ¿Crees que las estaciones del año influyen en el suicidio?**

Todos ellos consideran que las estaciones del año, influyen en el suicidio siendo un factor decisivo, debido a la poca cantidad de luz que se da durante los largos periodos de invierno, lo que causa depresión. Explican un término llamado "*kaamos masennus*", que significa ``depresión de invierno``, causado por la falta de sol.

### **6. ¿Crees que la educación que se le da a los jóvenes es tan exigente hasta tal punto de llevarlos al suicidio?**

La mayoría opinan sobre si la educación es tan exigente hasta el punto de llevar al suicidio, es negativa. La mayoría opinan que la educación en Finlandia se considera muy importante y muy exigente, pero creen que no daría lugar al suicidio. También comentaron que en el ámbito educativo el suicidio no suele ser un tema sobre el que hablar.

## CAPITULO V. RECURSOS PARA PADRES, ALUMNOS Y DOCENTES

En este capítulo, se pretende ofrecer una serie de recursos distribuidos para alumnos, padres y docentes, para poder llevar a cabo una intervención eficaz ante la problemática del acto autolítico. Presentando a continuación diversas guías, programas, proyectos y webs así para ampliar los conocimientos o para poder consultar cualquier tipo de cuestión y conocer cómo intervenir en caso de que se produzca el acto autolítico.

Por último, mediante material audiovisual, documentales y reportajes se pretende concienciar del daño que puede llegar a causar este fenómeno tanto a las personas que intentan cometer suicidio como a las personas cercanas.

**Tabla 1.** *Recursos disponibles para padres y alumnos*

RECURSOS	PADRES Y ALUMNOS
<b>Programas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar.</li><li>- “Conectando educación y concienciación sobre depresión y suicidio (LEADS)”.</li><li>- “Signos de Suicidio (SOS)”</li></ul>
<b>Libros</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Déficit de autoestima: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia.</li><li>-La depresión en niños y adolescentes: una perspectiva educativa.</li></ul>
<b>Guías</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Guía para familiares.</li><li>-Prevención del suicidio ¿Qué puedo hacer? Guía de Autoayuda.</li><li>-Guía para la prevención del suicidio para las personas con ideación suicida y sus familiares.</li></ul>

-Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. [Anexo1. Anexo 2.](#)

---

**Webs**

- <http://www.kivaprogram.net/parents/>
  - [www.nasponline.org](http://www.nasponline.org)
  - <http://www.euregenas.eu/>
  - <http://www.ine.es/>
  - <http://telefonodelaesperanza.org/>
  - <https://www.savethechildren.es/search?text=SUICIDIO>
  - <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml>
  - <http://www.suicidepreventionlifeline.org/>
  - <http://www.fsme.es/>
- 

Tabla 2. *Recursos disponibles para docentes*

---

**RECURSOS**

**DOCENTES**

---

**Instrumentos de evaluación y diagnóstico**

- Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS).
- CAS. Cuestionario de Ansiedad infantil
  
- Escala de Afecto Positivo y Negativo para Niños y Adolescentes (PANASN). *Bonifacio Sandín*
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y Steer, 1987).
- La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck y cols, 1974)
- M. Lang y Tisher CDS. Cuestionario de depresión en la infancia y adolescencia. TEA EDICIONES.



- Test de la figura humana (DFH), de Goodenough.
  - Test del dibujo de la familia, de Corman
  - Test del dibujo del árbol, de Koch
- 

## **Programas**

- Programa de Educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes.
  - “Conectando educación y concienciación sobre depresión y suicidio”
  - “Más que triste”
  - Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional.
- 

## **Guías**

- Guía de prevención de la conducta suicida para docentes 'Enséñales a vivir'.
  - Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores.
  - Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional.
  - Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar.
  - Guía cómo actuar frente al ciberbullying y cómo maximizar la privacidad de los escolares.
- 

## **Webs**

- <http://www.kivaprogram.net/>
- [www.nasponline.org](http://www.nasponline.org)
- <https://mentalhealthscreening.org/programs/youth/>
- [www.save.org](http://www.save.org)
- <http://www.euregenas.eu/>
- <http://www.ine.es/>
- <http://afsp.org/our-work/education/more-than-sad/>

[-http://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml](http://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml)

[-http://www.suicidepreventionlifeline.org/](http://www.suicidepreventionlifeline.org/)

[-http://www.fsme.es/](http://www.fsme.es/)

---

## **PROGRAMAS**

Díaz-Aguado M J. (1997). **Programa de Educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes**. Madrid: INJUVE MEC.

- Este programa propone un modelo de intervención pedagógico y apoya a que se tome conciencia de la necesidad de incluir el desarrollo de habilidades socio-personales como objetivo educativo favoreciendo la convivencia en el centro escolar y la preparación del alumnado para la vida social. Ofrece así mismo estrategias de intervención para conseguir estos objetivos.

LEADS for Youth: A Suicide Prevention Education Program **“Conectando educación y concienciación sobre depresión y suicidio”**

- LEADS Para Jóvenes es un programa para estudiantes y profesionales de educación, diseñado para incrementar los conocimientos sobre depresión y suicidio, aumentar los conocimientos sobre los recursos para la prevención de suicidio y mejorar las intenciones de desarrollar conductas de búsqueda de ayuda.

**“Signos de Suicidio (SOS)”**,

- SOS, es un programa centrado en mejorar las habilidades para identificar señales de depresión y suicidio. El programa enseña a los estudiantes cómo identificar los síntomas de depresión y riesgo de suicidio en ellos mismos y en sus amigos, y favorece la búsqueda de ayuda a través del uso de la técnica ACT\*: Reconocer que hay un problema; permitir que tus amigos sepan que te Preocupa; y después contárselo a un adulto de tu confianza.

**“Más que triste”**

- Es un programa que se basa en educación en prevención de suicidio para profesores y otros profesionales del colegio que ha sido desarrollado por la Fundación Americana para la Prevención del suicidio y diseñada para ayudar a los educadores a comprender mejor las conductas de suicidio en los adolescentes, incluyendo las causas, el tratamiento y la prevención.

## **LIBROS:**

Bermúz MP. **Déficit de autoestima: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia.** Madrid: Pirámide, 2000.

- Esta obra enseña a padres, educadores, pedagogos a detectar, identificar y prevenir la aparición del déficit de autoestima, expone las principales técnicas que se utilizan para evaluarlo, presenta los factores de riesgo relacionados con el origen y el mantenimiento de este déficit y ofrece estrategias para tratarlo y corregirlo cuando ya existe el problema.

Zorraquino J. (2001). **La depresión en niños y adolescentes: una perspectiva educativa.** Madrid: San Pablo.

- Esta obra tiene como objetivo vencer la depresión, determinar su origen, conocer sus causas y saber atajar el problema desde todos los frentes, mediante el apoyo del entorno familiar y educativo y con técnicas y terapias adecuadas.

## **GUÍAS:**

Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., Pérez-Íñigo, J. L., Robles, J. I., Santiago, P. y Torras, A. (2012). **Detección y prevención de la Conducta Suicida en personas con una enfermedad mental.** *Guía para familiares.* Madrid.

- Esta guía de prevención de la conducta suicida está dirigida especialmente a los familiares de las personas que se puedan encontrar en riesgo de atentar contra su propia vida, proporcionarles información clara y objetiva sobre la conducta suicida.

Jiménez, J., Martín, S., Tabuenca, T., García, P. (2014). **Prevención del suicidio ¿Qué puedo hacer? Guía de Autoayuda.** Comunidad de Madrid.

- El objetivo que persigue esta Guía es proporcionar información clara y objetiva sobre la conducta suicida, ayudar a identificar cuáles son las señales de alerta y proponer distintas habilidades de afrontamiento validadas para su pronta identificación y prevención.

López, F. (2010). **Guía para la prevención del suicidio para las personas con ideación suicida y sus familiares.** Servicio Andaluz de Salud.

- Esta guía sobre la prevención de suicidio es un anexo al documento "Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la Conducta Suicida" y va dirigida a personas con ideación suicida y sus familiares. Detalla las creencias erróneas y explica los indicios a vigilar. Describe cómo actuar ante pensamientos suicidas y como seguir adelante tras un intento de suicidio. Además, da información práctica sobre dónde buscar ayuda, tanto para la propia persona como para los familiares.

Jiméne, J., Montes, M., Jiménez, A., García, A., Escudero, J, L., Cid, E. (2016). **Guía de prevención de la conducta suicida para docentes 'Enséñales a vivir'**. Comunidad de Madrid.

- Es una Guía, práctica, que proporciona a los docentes herramientas para reconocer y abordar las conductas suicidas en el entorno escolar a través de los principales factores de riesgo, tanto personales (problemas de identidad, sentimientos de fracaso o de indefensión, ser víctima de abusos sexuales y de maltrato físico y psicológico), familiares, sociales (como el rechazo o la marginación por parte de sus iguales) y específicos del entorno escolar.

Bertolote, J. L. (2001). **Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional**. *Preventing Suicide: a resource series*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- El documento describe brevemente las dimensiones del comportamiento suicida en la adolescencia, presenta los principales factores protectores y de riesgo detrás de este comportamiento y sugiere cómo identificar y conducir a los individuos en riesgo y también cómo actuar cuando el suicidio se intenta o se comete en la comunidad escolar.

Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores. (2014). En: Protocolo de colaboración interinstitucional. *Prevención y actuación ante conductas suicidas*. Anexos. Pamplona: Gobierno de Navarra.

- El Gobierno de Navarra ha elaborado un Protocolo de Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas, cuyo objetivo es reducir la mortalidad derivada de estas conductas y mejorar su prevención y tratamiento mediante actuaciones coordinadas de los servicios sociales, de salud, educativos y de protección civil de Navarra.

Dumon, E. y Portzky, G. (2014). **Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar**.

- El objetivo de estas directrices de actuación es proporcionar una herramienta para la prevención, la intervención y la postvención del suicidio en el ámbito escolar. El documento pertenece Al proyecto Euregenas.

**Guía cómo actuar frente al ciberbullying y cómo maximizar la privacidad de los escolares**. Proyecto Daphne.

- “European Superkids Online” es un proyecto integrado en el Programa Daphne III, financiado por la Comisión Europea, que tiene como principal objetivo el

fortalecimiento de los menores contra la violencia online, a través de módulos e-learning

Atienza Merino, G., Ferrer Gómez del Valle, E., Alvarez-Ariza, M., Rozas, M. y Triñanes Pego, Y. (2012). **Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.**

**I. Evaluación y Tratamiento.** Anexo 1 y 2

## **PROYECTOS:**

A nivel europeo y con participación española a través de la Junta de Andalucía y de la Fundación Intrás de Valladolid se desarrolló el proyecto Euregenas.

### **El proyecto Euregenas**

- Tiene como objetivo contribuir a la prevención de pensamientos y conductas suicidas en Europa, a través del desarrollo y la implementación de estrategias para la prevención del suicidio a nivel regional, que posteriormente puedan ser utilizadas en la Unión Europea como ejemplo de buenas prácticas.
1. Prevención del suicidio.
  2. Reducir/eliminar el estigma de los trastornos mentales.
  3. Promoción de la salud entre los jóvenes

### **El proyecto SEYLE**

- Es un proyecto de 12 países europeos (Alemania, Austria, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Rumania y Suecia) para reducir el suicidio entre adolescentes a través de la psicoeducación en el ámbito escolar dirigida a educadores, alumnos y familiares. España participa a través de la Universidad de Oviedo.
- El objetivo general del proyecto SEYLE es disminuir la frecuencia de comportamientos suicidas y su tasa de repetición en adolescentes europeos. Como objetivos específicos se pueden señalar:
  - Información sobre estado de salud/bienestar de los adolescentes europeos.
  - Realización de intervenciones que generen un mejor estado de salud a través de la reducción de comportamiento de riesgo y suicidas.
  - Evaluar las intervenciones frente a grupo control. Recomendar modelos de promoción de salud en adolescentes.

## WEBS

- Acoso escolar: <http://www.kivaprogram.net/>
- Ayudar a familias y educadores a prevenir el suicidio juvenil: [www.nasponline.org](http://www.nasponline.org)
- Instituto Nacional de Salud Mental, Recursos para la Prevención del Suicidio: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml>
- Línea Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline): <http://www.suicidepreventionlifeline.org/>
- Programa de prevención del suicidio en las Escuelas Secundarias. High School Suicide Prevention Program: <https://mentalhealthscreening.org/programs/youth/>
- Conciencia del Suicidio, Voces de Educación (Suicide Awareness/Voices of Education, SAVE: [www.save.org](http://www.save.org)
- Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. <http://www.fsme.es/>
- Prevención del suicidio (ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio: Euregenas. (European Regions Enforcing Actions Against Suicide): <http://www.euregenas.eu/>
- Instituto Nacional de Estadística (INE): <http://www.ine.es/>
- Fundación americana para prevención del suicidio: <http://afsp.org/our-work/education/more-than-sad/>
- Teléfono de la esperanza Murcia: <http://telefonodelaesperanza.org/>
- Asociación de supervivientes de una muerte por suicidio. <http://www.suicidioprevencion.com/?lang=es>

## DOCUMENTALES Y REPORTAJES.

No podemos encontrar un gran número de material audiovisual sobre el problema del suicidio ya que sigue siendo un tema ``tabú`` siendo además difícil encontrar información en los medios de comunicación, pero, aun así, se está tomando cada vez más conciencia.

Los siguientes documentales recogen testimonios y opiniones, dirigida por médicos y expertos, para combatir las causas del suicidio. Tanto las víctimas como los familiares y especialistas, narran en primera persona sus experiencias. Todos ellos coinciden en la necesidad urgente de instalar el suicidio en el debate público. Además, podemos ver también entrevistas a familiares de suicidas donde expresan cómo conviven con el dolor de la pérdida de un ser querido.

- Aprendiendo a bailar bajo la lluvia (2015).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/aprendiendo-a-bailar-bajo-la-lluvia/>
- Al límit (2014).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/allimit/>
- La muerte silenciada. Suicidio, el último tabú (2013).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/la-muerte-silenciada/>
- El suicidio (2014).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/el-suicidio-2014/>
- Volver a vivir (2013).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/volver-a-vivir/>
- Supervivientes (2013).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/supervivientes/>
- 'El dolor després d'un suïcidi s'ha d'expressar' (2013).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/el-dolor-després-d-un-suïcidi-s-ha-d-expressar/>
- Suicidios: la ley del silencio (2012).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/suicidios-la-ley-del-silencio/>
- El suicidio (2011).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/el-suicidio-2011/>
- El suicidio se puede evitar (2009).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/el-suicidio-se-puede-evitar/>
- El suicidio (2004).  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/el-suicidio-2004/>
- La indignación desesperada.  
<http://www.fsme.es/videos-sobre-conducta-suicida/suicidios-la-ley-del-silencio/>

## CAPITULO VI. SINTESIS Y PROPUESTAS

Teniendo en cuenta, de manera general, el estudio que hemos llevado a cabo en esta investigación sobre el suicidio, estamos en condiciones de decir que, el suicidio consiste en la muerte causada por el comportamiento lesivo autodirigido, con intención de morir como resultado de la conducta. Tras su rápido incremento, se ha generado la urgente necesidad de su estudio y ha potenciado la realización de numerosas investigaciones en los últimos años. La importancia de crear herramientas, protocolos, guías para la prevención e intervención ante el acto autolítico en el ámbito educativo se hace cada vez más urgente.

¿Para cuándo campañas de prevención del acto autolítico en España?, ¿Para cuándo programas asistenciales de prevención del acto autolítico? ¿Para cuándo recursos específicos para la intervención y postvención del acto autolítico en el ámbito escolar? Para responder a todas estas preguntas necesitamos crear programas y protocolos de prevención de la conducta suicida en los centros educativos, además de aumentar la capacidad de detección y las estrategias de intervención ante el riesgo suicida en el entorno familiar, siendo muy importante detectar y reconocer un intento de suicidio y garantizar el seguimiento del tratamiento. Es, además, de vital importancia fomentar y apoyar el estudio de la investigación de la conducta suicida y su prevención.

En cuanto a la comparación de ambos países podemos apreciar respecto a los campos analizados, los siguientes aspectos:

El centro educativo de ambos países, tienen a disposición un sistema de actuación muy parecido, además ambos países, necesitan la creación de programas y protocolos de prevención de la conducta suicida, así como fomentar un mayor conocimiento dentro del ámbito educativo tanto del profesorado, orientador y el resto de personal docente, sobre la detección y las estrategias de intervención ante la ideación suicida y el acto autolítico.

Las estadísticas de ambos países se diferencian en cuanto a la tasa de suicidios. En Finlandia a pesar de poseer una tasa significativamente mayor en comparación con España y otros países, cada año se está produciendo un descenso de muertes por suicidio, mientras que en España a pesar de poseer una tasa de suicidios significativamente baja en comparación a otros países, el número de muertes por suicidio está en aumento, además de ser la causa central de muerte no natural por delante de los accidentes de tráfico.

Otra diferencia entre ambos países es la diferencia en cuanto a la edad. En España la edad en la que se producen más suicidios oscila entre 30-39 y 50-54 años para hombres y mujeres, mientras que en Finlandia ocurren más suicidios entre 15-29 y 30 y 39 tanto para hombres como para



mujeres. La gran diferencia se observa también entre las edades 15-29, ya que en Finlandia son las edades con mayor tasa de suicidios mientras que en España ocupan el quinto lugar.

En cuanto a hombres y mujeres, ambos países coinciden en que las mujeres presentan mayor número de intentos e ideación suicida, mientras que los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumados utilizando métodos más letales. El método más utilizado por ambos países es el estrangulamiento o sofocación, siendo el método más utilizado por los hombres. El segundo método es el uso de armas de fuego

Mientras en ambos países no hay diferencia en cuanto a los métodos utilizados por los hombres, sí que se puede observar diferencias en las mujeres. En España para las mujeres el método principal es saltar desde un lugar elevado mientras que en Finlandia es la ingesta de fármacos. El segundo método en España para las mujeres es la ingesta de fármacos mientras que en Finlandia es el estrangulamiento.

En ambos países los meses en los que se registran un menor número de suicidios, son los meses de invierno mientras que los meses de inicio de primavera y verano son los meses con más registros de suicidios.

Una cuestión que ha quedado patente en nuestro trabajo y que nos genera mucha preocupación es que el tema del suicidio no es abordado en el contexto educativo español de una manera clara precisa y eficiente. De ahí que creemos importante que, esta investigación sea un punto de partida para poder establecer estrategias de prevención y de intervención en los centros escolares. De este modo planteamos dos propuestas de trabajo que darían continuidad a lo planteado hasta el momento.

La primera, consistiría en crear una línea y web de ayuda específicas para la prevención del suicidio. Esta web podría formar parte dentro de la página de Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, en el apartado de Innovación y calidad educativa-Convivencia e igualdad-PREVI (Centros de Formación, Innovación y Recursos Educativos) en el siguiente enlace:<http://www.ceice.gva.es/web/convivencia-educacion/observatorio-para-la-convivencia-escolar>. Dentro de este apartado incluiríamos, Actuación del acto autolítico, (A.C.C), para padres, alumnos, profesores y orientadores. ACC estaría a disposición para todo el público, para su rápida prevención e intervención.

La segunda, iría dirigida a mejorar los conocimientos y capacidades entre los docentes, psicólogos, orientadores, y profesores necesitamos formaciones permanentes sobre el acto autolítico, como seminarios, cursos de formación, grupos de trabajo, auto-formaciones, proyectos, jornadas y congresos a través de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte (CEFIRE), estaría a disposición de todos los agentes educativos, <http://cefire.edu.gva.es/>.

En definitiva, la prevención e intervención del suicidio, sólo es posible mediante un estudio continuo del tema y un seguimiento constante del acto autolítico y el intento suicida, siendo de vital la importancia la recogida de información lo más completa y precisa posible.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006*. American Psychiatric Pub.
- Anseán, A. (2014). Suicidios: las muertes invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS. In *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 27-34). Fundación Salud Mental España.
- Atienza, G., Ferrer-Gómez, E., Alvarez-Ariza, M., Rozas, M. y Triñanes Pego, Y. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento.
- Barrero, S. A. P. y Mosquera, D. (2006). El suicidio, prevención y manejo: *memorias de un curso necesario*.
- Beautrais, A. L. (1996). *Serious suicide attempts in young people: a case control study*. Doctoral dissertation, University of Otago.
- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P. y Henare, K. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. *Wellington: Ministry of Health*, 82.
- Beautrais, A. L. y Mishara, B. (2007). World Suicide Prevention Day-September 10, 2007 “Suicide Prevention Across the Life Span”. *Crisis*, 28(2), 57-60.
- Beskow, J., Kerkhof, A., Kokkola, A. y Uutela, A. (1999). Suicide prevention in Finland 1986–1996: External evaluation by an international peer group. *Psychiatria Fennica*.
- Bille-Brahe, U. (1998). *Suicidal behaviour in Europe*. World Health Organization/Regional Office for Europe.
- Bobes, J., Giner, J. y Sáiz, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. *Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela.
- Brezo, J., Paris, J. y Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180-206.
- Casullo, M.M. (1998). *Adolescentes en Riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Chinchilla, A., Correas, J. y Vega, M. (2003). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson.

- Cimini, M.D., Rivero, E.M., Bernier, J.E., Stanly, J.A., Murray, A.D., Anderson, D.A., Wright, H.R. y Bapat, M. (2014). Implementing an Audience Specific Small Group Gatekeeper Training Program to Respond.
- Día Jiménez, P. (2013 mayo 8). Suicidas en el paraíso del desarrollo... ¿Por qué la tasa es tan alta en Finlandia? *El Confidencial*. Recuperado de [http://www.elconfidencial.com/mundo/2014-05-08/suicidas-en-el-paraiso-del-desarrollo\\_127049/](http://www.elconfidencial.com/mundo/2014-05-08/suicidas-en-el-paraiso-del-desarrollo_127049/).
- Diekstra, RFW. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.*,371,9-20.
- Dumon, E. y Portzky, G. (2014). Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio.
- Fernández-Cuenca, R., Llácer, A., López-Cuadrado, T. y Gómez-Barroso, D. (2014). Mortalidad por causas externas en España. *Boletín epidemiológico semanal*, 22(6), 56-71.
- Garlow, S., Rosenberg, J., Moore, J., Haas, A., Koestner, B., Hendin, H. y Nemeroff, C. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American foundation for suicide prevention college screening project at memory University. *Depression And Anxiety* 25, 482-488.
- Gavidia Catalán, V. (2003). La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Revista española de salud pública*, 77(2), 275-285.
- Guo, B. y Harstall, C. (2002). *Efficacy of suicide prevention programs for children and youth*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Harris, E. C. y Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hawton, K y van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*.373, 1372-81.
- INE (2012). Recuperado el febrero de 2016, de Estadísticas de defunción por causa de muerte. Instituto Nacional de Estadísticas INE: <http://www.ine.cl>
- Jalón, E. G. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. Suicide and risk of suicide. In *ANALES Sis San Navarra*.
- Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B. I., Ross, J. G., Lowry, R., Grunbaum, J. A. y Kolbe, L. J. (2000). Youth risk behavior surveillance-United States, 1999. *Journal of School Health*, 70(7), 271-285.

- Kärnä, A., Voeten, M., Little, T. D., Poskiparta, E., Alanen, E. y Salmivalli, C. (2011). Going to scale: A nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for grades 1–9. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 796.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. y Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Lann, I. S. (Ed.). (1989). *Strategies for studying suicide and suicidal behavior*. Guilford Press.
- Lönnqvist, J. (1988). National suicide prevention project in Finland: A research phase of the project. *Psychiatria Fennica*.
- Lorente, L. M. (2016). La educación para la salud en la escuela en la adquisición de estilos de vida saludables. *Revista Internacional de Educación y Aprendizaje*, 1(1).
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819-828.
- Mathers, C. D., Fat, D. M. y Boerma, J. T. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.
- Mathers, C. D., Boerma, J. T. y Fat, D. M. (2009). Global and regional causes of death. *British medical bulletin*, 1dp028.
- Mytton, J., DiGiuseppi, C., Gough, D., Taylor, R. y Logan, S. (2006). School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane database of systematic reviews*, 3(2).
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud.[accedido 14 de mayo 2014]. Disponible en:[www.who.int/entity/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf)
- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL. y Silverman M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 26(3):237-52.

- Real Academia Española. (1992). *Diccionario histórico de la lengua española*. Madrid.
- Sakinofsky, I. (2007). Treating suicidality in depressive illness. Part I: current controversies. *Canadian journal of psychiatry*, 52(6), 71S.
- Salvador Llivina, T., Joanxich, S. y Puigdollers Muns, E. (2008). Guía para las administraciones educativas sanitarias: Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo.
- SAMHSA'S National Mental Health Information Center. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Rockville (MD): SAMHSA Health Information Network; 2010 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA013517/appendix.aspeng.pdf>
- Sanidad, M. (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. A Coruña: *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Avalia-t*.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. y Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Solin, P., Turpeinen, T. y Kuismin, R. (2011). European Regions enforcing actions against Suicide Project-Results of needs analysis in Finland. *POHDINTOJA ITSEMURHIEN EHKÄISYÄ*, 8.
- Upanne, M., Hakanen, J. y Rautava, M. (1999). Can Suicide Be Prevented?
- World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 [citado 18 ene 2010]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_chap7\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf).
- Willman, R, entrevista personal, 22 de marzo de 2016.
- World Health Organization. (2001). Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional.
- World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework.
- Yang, C. Y. (2010). Association between parity and risk of suicide among parous women. *Canadian Medical Association Journal*, 182(6), 69-572.

## **ANEXOS**

**Anexo 1.** Información para pacientes, familiares y personas cercanas sobre algunas cuestiones acerca del suicidio, mitos e ideas erróneas, señales de alerta y sucesos o circunstancias que podrían precipitar la conducta suicida.

**Anexo 2.** Información para familiares y personas cercanos sobre el duelo tras un suicidio: Consiste en explicar cuáles son las reacciones más frecuentes cuando alguien pierde a un ser querido o alguien cercano a causa de un suicidio y pretende servir de ayuda para afrontar estas situaciones.

**Anexo 3.** Entrevista estructurada para la Evaluación de la Conducta Suicida (adaptada del Colombia- Suicide Severity Rating Scale C-SSRS). Evalúa el proceso de la conducta suicida y la ideación suicida.

**Anexo 4.** Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores. Se utiliza tanto en el ámbito educativo como en el ámbito sanitario.

**Anexo 5.** Guía para la prevención de la conducta suicida, dirigida a docentes. ¡No estás solo! Enséñales a vivir.

**Anexo 6.** Programa anti acoso escolar KiVa. Programa basado en prevenir y enfrentar el acoso (bullying) en los colegios.