

Guía para la prevención de la conducta suicida Castilla-La Mancha

DIRIGIDA A
DOCENTES



Castilla-La Mancha





El presente documento obedece a la Línea Estratégica 1 (Actuación 1.1.3.) dentro de las **Estrategias para la Prevención del Suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas en Castilla-La Mancha**. A su vez, dichas estrategias se hallan enmarcadas en el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025 (DL: To 1432018), en las líneas de acción 11 y 12 del objetivo 6.2 del Eje III. Sostenibilidad, prevención y promoción.

La guía es una adaptación de las recomendaciones internacionales y nacionales que se referencian en la bibliografía, junto con las aportaciones realizadas por los componentes del grupo de trabajo. El documento puede ser libremente revisado, resumido o reproducido en parte o en su totalidad con fines formativos o docentes.

Elaboración

Grupo de Trabajo para la Prevención del Suicidio e Intervención ante Conductas Autolíticas en Castilla-La Mancha.

Coordinación

Ignacio Redondo García

Revisión

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA).

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA).

Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha.

Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental (ECORSAM)

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

Consejería de Sanidad. JCCM. Toledo, 2020.

Contenido

| | |
|---|----|
| Conceptos clave | 7 |
| Sobre el suicidio... en niños y adolescentes..... | 7 |
| Mitos sobre la persona con ideación suicida | 9 |
| Factores de riesgo | 10 |
| Factores de riesgo generales..... | 10 |
| Factores de riesgo específicos | 12 |
| Factores de riesgo familiares | 12 |
| Factores de riesgo personales / sociales..... | 12 |
| Factores de riesgo en el entorno escolar | 12 |
| Evaluación del riesgo de suicidio | 15 |
| Cómo prevenir | 17 |
| Señales y signos de alarma | 17 |
| Factores de protección | 18 |
| Factores de protección personales..... | 18 |
| Factores de protección social..... | 19 |
| Factores de protección familiar..... | 19 |
| Factores de protección en el entorno educativo | 19 |
| Clasificación del riesgo | 20 |
| Estrategias generales en el aula tras un intento de suicidio..... | 29 |

| | |
|---|----|
| Estrategias en el ámbito familiar | 37 |
| Guías y protocolos de prevención y abordaje del suicidio | 55 |
| Anexos | 57 |
| Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores | 57 |
| Agradecimientos | 70 |

Conceptos clave

Sobre el suicidio... en niños y adolescentes

El suicidio es un drama vital provocado por la imbricación de diversos factores, tanto culturales, sociales y psicológicos, como clínicos y biológicos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un serio problema de Salud Pública que origina unas 800.000 muertes anuales en todo el mundo. En las últimas décadas se ha observado un aumento significativo, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en España en la etapa de 15 a 29 años según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística. Según las estadísticas de 2017, Castilla-La Mancha posee una tasa de suicidios por 100.000 habitantes de 7,3. Según la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (Estadísticas 2014), aunque el riesgo de suicidios aumenta con la edad, en nuestra comunidad el mayor número de suicidios se produjo en hombres mayores de 79 años seguidos del grupo de 40 a 49 años. Sin embargo, el mayor número de suicidios en mujeres se produjo en el grupo de 15 a 29 años.

En la infancia y adolescencia suele haber ocasionalmente pensamientos suicidas, pero entran dentro de un proceso normal del desarrollo. Se vuelven peligrosos cuando son vividos como la única alternativa al sufrimiento. Anterior a los 15 años el suicidio es poco frecuente, aunque va aumentando alarmantemente en los últimos años. “En general, los varones adolescentes cometen suicidio más a menudo de lo que lo hacen las mujeres, sin embargo, la tasa de intentos de suicidio es dos o tres veces mayor entre las mujeres. Las jóvenes sufren de depresión más a menudo que los varones, pero también es más fácil para ellas hablar de sus problemas y solicitar ayuda (OMS). La

adolescencia es una etapa de riesgo importante a tener en cuenta a la hora de buscar medidas para prevenir el comportamiento suicida.

Conocer los factores de riesgo y cómo abordarlo se convierte en una tarea importante de todo el entorno del adolescente. Con frecuencia pueden aparecer dos pensamientos distorsionados que las personas con ideación suicida creen como reales:

- Pensar que siempre van a seguir sufriendo igual. Este pensamiento se denomina desesperanza.
- Que su pérdida será fácil de superar para sus familiares y seres queridos.

La conducta suicida tiene la misma definición en la infancia y en la edad adulta. Con independencia del concepto de la muerte que se pueda tener a edades tempranas, el objetivo es dejar de sufrir, y la conducta suicida causa un daño irreversible en uno mismo. Si bien, en la infancia, puede no comprenderse la letalidad del método empleado, debido a la poca experiencia vital y la poca o insuficiente reflexión sobre los actos, conviene tener en cuenta consideraciones de carácter evolutivo, como la edad del menor, a la hora de evaluar el riesgo.

Otros aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de evaluar el riesgo son la existencia de:

- a. Ideación suicida: La idea suicida consistente en el pensamiento de acabar con la propia existencia.
- b. Comunicación suicida: Acto dirigido hacia otras personas en que el sujeto transmite pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. No implica por sí mismo la existencia de un plan elaborado.

-
- c. Conducta suicida: Conducta lesiva y autoinflingida en la que hay evidencia de que, por un lado, la persona desea usar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad y por otro lado, la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida.

Mitos sobre la persona con ideación suicida

Reflexionar sobre algunos mitos vinculados a la ideación suicida puede favorecer la identificación de indicadores de riesgo o prevenir conductas suicidas. Así:

1. **Hablar del suicidio incita a ello** → No solo es falso, sino que poder hablar sobre ello sin sentirse juzgado disminuye el riesgo de cometer el acto al facilitar el desahogo.
2. **Quien realmente se quiere suicidar, no lo cuenta** → Siempre debemos tomarnos en serio cualquier amenaza suicida
3. **Sólo las personas con graves problemas se suicidan** → No podemos valorar desde nuestro punto de vista lo que para otros es grave o no, y además, no debemos olvidar que el suicidio es multicausal.
4. **Las personas que se suicidan o lo intentan siempre tienen un trastorno mental** → Aunque la enfermedad mental sea un factor de riesgo importante, el suicidio no por qué siempre ir relacionado con ésta.
5. **Cuando una depresión grave mejora, ya no hay riesgo de suicidio** → Un gran porcentaje de los actos suicidas se cometen tras los primeros meses de mejoría, cuando la persona tiene más recursos y fortaleza para cometer el acto.

-
6. **Quien se suicida quiere matarse** → No es verdad: no quiere morir, y mucho menos matarse; quiere dejar de sufrir.

Factores de riesgo

En muchos casos varios factores de riesgo tienen efecto acumulativo, aumentando la vulnerabilidad de la persona.

La adolescencia es un periodo de búsqueda y afianzamiento de la propia identidad y determinante en el proceso de individuación. Lo que amenace estos procesos puede ser vivido como un fracaso, como un conflicto insoportable, y el adolescente se puede sentir indefenso para encontrar recursos y resolverlo. Situaciones de vivencias de fracaso y humillación, pueden ser factores precipitantes.

Factores de riesgo generales

Según la OMS (2018) “si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular los trastornos relacionados con la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, tales como los problemas financieros, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicos”. Añade que “además, las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación...”. Pero el principal factor de riesgo de suicidio es un intento previo de suicidio.

-
- La presencia de un trastorno mental subyacente es un importante factor de riesgo.
 - Presentar un trastorno mental diagnosticado. Entre los más frecuentes están los trastornos del estado de ánimo, trastornos incipientes de personalidad, trastornos psicóticos, y trastornos de la conducta alimentaria.
 - El consumo de sustancias, sobre todo alcohol.
 - Pensamientos o verbalizaciones suicidas.
 - Tentativas previas.
 - Comportamientos suicidas dentro de la familia y/o entorno.
 - Dificultades de comunicación o habilidades sociales. Conducta antisocial.
 - Experimentar estados de desesperación y/o comportamientos impulsivos, incluyendo agresiones.
 - Rigidez cognitiva, baja tolerancia a la frustración.
 - Baja autoestima.
 - Antecedentes de abusos sexuales y/o maltrato físico y/o psicológico.
 - Aislamiento y/o rechazo social. Escasa red de apoyo.
 - Presencia de acontecimientos vitales estresantes.
 - Bajos niveles socioeconómicos.

Factores de riesgo específicos

Factores de riesgo familiares

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Historia de abuso de sustancia en la familia.
- Psicopatologías de los padres.
- Violencia en el entorno familiar.
- Altos niveles de exigencia.

Factores de riesgo personales / sociales

- Ausencia o pérdida de la red de iguales.
- Acontecimientos vitales negativos: muerte de personas queridas, ruptura de pareja.
- Redes sociales (Ciberacoso).
- Retos virales en redes sociales.
- Falta de apego social.
- Acceso a productos o artículos letales.

Factores de riesgo en el entorno escolar

- Sufrir acoso escolar o violencia entre iguales.
- Sentir rechazo por sentirse diferente por cualquier causa.
- Estigmatización por orientación y /o identidad sexual.
- Altos niveles de exigencia académica.
- Estigmatización del alumno después de un intento de suicidio.
- Inacción, por miedo a una nueva conducta suicida, por parte de la comunidad educativa. Aspectos relacionados con la apariencia física.

NOTA: LA OMS TAMBIÉN DIFERENCIA LOS FACTORES PRECIPITANTES QUE ES NECESARIO TENER EN CUENTA.

En ocasiones, los acontecimientos negativos de la vida cotidiana pueden actuar como disparadores del comportamiento suicida. Generalmente se observa en niños y adolescentes suicidas, una susceptibilidad marcada frente al estrés, junto al estilo cognitivo y los rasgos de personalidad arriba mencionados (debido a factores genéticos hereditarios y también a patrones de familia y situaciones estresantes negativas experimentadas muy temprano en la vida). Esta susceptibilidad, hace difícil manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada y el comportamiento suicida está precedido, a menudo, de algún acontecimiento estresante. Se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios.

CÓMO IDENTIFICAR AL ALUMNO EN RIESGO

Situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio (sin serlo necesariamente cuando son evaluadas objetivamente). Los niños y adolescentes vulnerables pueden percibir aún acontecimientos triviales como altamente dañinos y reaccionar con ansiedad y comportamiento caótico, mientras que los jóvenes con conductas suicidas perciben estas situaciones como amenazas directas contra su propia imagen y sufren un sentimiento de dignidad personal herida:

-
- problemas familiares;
 - conflictos interpersonales o pérdidas; separación de amigos, de la pareja, de los compañeros;
 - muerte de una persona querida u otra persona importante;
 - problemas legales o disciplinarios;
 - presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos;
 - sometimiento y victimización;
 - decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios;
 - altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes;
 - falta o dificultad de acceso al empleo y problemas económicos;
 - embarazo no deseado, aborto, infección con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual;
 - enfermedad física grave, desastres naturales.

CÓMO IDENTIFICAR ESTUDIANTES AFLIGIDOS Y CON POSIBLE RIESGO DE SUICIDIO

Identificación de la aflicción

Cualquier cambio repentino o dramático que afecta el desempeño de un niño o de un adolescente, su concurrencia al centro escolar o su comportamiento personal

deben ser considerados seriamente. Es el caso de:

- falta de interés en las actividades cotidianas, y/o disminución del esfuerzo;
- descenso general en las calificaciones;

-
- comportamiento inadecuado en la clase;
 - ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso;
 - fumar excesivamente, uso de drogas psicoactivas.
 - incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía.

Estos factores ayudan a identificar los estudiantes en riesgo de aflicción mental y social que puedan albergar pensamientos de suicidio que finalmente conduzcan a comportamientos suicidas.

Si estos signos fueran identificados por un profesor o personal del centro educativo, debería alertarse al equipo docente del Centro. Este deberá recomendar las acciones a emprender y llevar a cabo una evaluación minuciosa del estudiante.

Evaluación del riesgo de suicidio

Cuando el personal del Centro educativo evalúe el riesgo de suicidio, deberá considerar que estos problemas son siempre multidimensionales, es decir la presencia de múltiples factores que puedan converger y no solamente alguno o uno solo.

Intentos de suicidio previos. Los antecedentes de intentos de suicidio previos son los factores de riesgo más significativos. Los jóvenes afligidos tienden a repetir sus actos.

Depresión. Otro factor importante de riesgo es la depresión. El diagnóstico de la depresión debe ser hecho por un médico o preferentemente un especialista en Salud Mental infantil-juvenil, pero los profesores y los otros miembros del equipo escolar,

deben poder darse cuenta de la variedad de síntomas que forman parte de la enfermedad depresiva.

La dificultad de constatar la depresión está relacionada con el hecho de que durante el desarrollo adolescente es frecuente que aparezcan algunos rasgos comunes con la depresión. La adolescencia es un estado normal y durante su curso son comunes algunos rasgos tales como baja autoestima, pesimismo, problemas de concentración, fatiga, y problemas con el sueño. Son rasgos comunes con la depresión como enfermedad, pero no son causa de alarma hasta que aparezcan como persistentes y progresivos. Comparado con los adultos deprimidos, el joven tiende a actuar más, (en el sentido de expresar conductas), comer (en lugar de pedir ayuda) y dormir más (como forma de eludir o evadir). Los pensamientos depresivos pueden presentarse normalmente en la adolescencia y reflejar el proceso normal de desarrollo, siendo el momento en el que los jóvenes se preocupan por cuestiones existenciales.

La intensidad de los pensamientos suicidas, su profundidad y duración, el contexto en el cual surgen, la imposibilidad de distraer a un niño o joven de estos pensamientos (por ejemplo, su persistencia) son los rasgos que distinguen a un joven saludable de uno que se encuentra al margen de una crisis suicida.

Situaciones de riesgo. Otra tarea importante es identificar situaciones ambientales y acontecimientos negativos, de acuerdo a lo esbozado previamente, que activen los pensamientos suicidas y así aumenten el riesgo de suicidio.

Cómo prevenir

Señales y signos de alarma

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

La mayor parte de los factores señalados son fácilmente detectables en el ámbito educativo, de ahí la importancia de hacer una detección temprana de los mismos para poner en marcha los mecanismos multidisciplinares que favorezcan la prevención de conductas suicidas.

- **Hablar (o escribir) sobre el deseo de morir, herirse o matarse (o amenaza con herirse o matarse).**
- **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.**

Señales Directas de Alarma

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

Señales Indirectas de Alarma

Factores de protección

A mayor presencia de factores de protección, menor es la posibilidad de que se cometa un acto suicida, si bien, la presencia de estos factores, no implica que la persona no lleve a cabo un intento de suicidio.

Cada situación debe tratarse individualmente y para cada caso hay que tener una estrategia claramente definida.

Factores de protección personales

- Habilidades sociales, de comunicación y de resolución de problemas.
- Capacidad de autorregulación emocional.
- Facilidad para buscar ayuda en el entorno.

-
- Apoyo social y familiar. Autoestima positiva. Valores positivos (respeto, solidaridad, cooperación, justicia y amistad).

Factores de protección social

- Presencia de red de iguales consistente.
- Buenas relaciones con su círculo de adultos, profesores, maestros, monitores de actividades extraescolares, entrenadores, etc.
- Tener una o varias personas de confianza para hablar de temas más íntimos o delicados.
- Sentirse escuchado y querido.

Factores de protección familiar

- Alta cohesión y apoyo familiar.

Factores de protección en el entorno educativo

- Existencia en el centro educativo de un protocolo de actuación para casos relacionados con suicidio que contemple tomar de inmediato medidas educativas de protección, poner la situación en conocimiento de la familia y de los profesionales de Atención Primaria de referencia y/o la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de su área.
- Campañas de tolerancia Cero al Acoso escolar en las que se informe de la gravedad que tienen las conductas de acoso y las posibles consecuencias.
- Programa de resolución de conflictos entre iguales.
- Promoción de conductas de apoyo entre iguales.
- Formación al personal docente.
- Disponibilidad para los alumnos de documentación e información basada en evidencia científica.

- Formación del alumnado en habilidades sociales, comunicativas, autorregulación y control emocional.
- Existencia de líneas de apoyos visibles y accesibles para crisis y emergencias.
- Programas de adquisición de una adecuada autoestima de los alumnos
- Promoción de la expresión de emociones y técnicas/ programas de resolución de conflictos (especialmente entre iguales dentro del centro escolar).

Cómo actuar: clasificación y estrategias de intervención

Clasificación del riesgo

Ideación Suicida

| Grado de riesgo | Perfil de riesgo de la ideación suicida |
|-----------------|--|
| Bajo | Ha tenido algunos pensamientos de muerte, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no tiene ningún plan. |
| Medio | Tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos. |
| Alto | Tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente. |

Intentos de suicidio

Valoraremos las características de la tentativa en base al método empleado y ciertas características del intento, como:

| Gravedad | Leve, moderada, grave. | | |
|-----------------|---|--|--|
| Intención letal | Tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos. | | |
| Rescatabilidad | Pide ayuda, deja pistas. | | |

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

Muy importante, aunque sea leve, nunca se puede descartar por completo.

*Contrastar información con la familia.

Obtener información e informar.

Valorar soporte familiar.

* Valorar experiencia vital y situación de sufrimiento.

Es importantísimo saber si hay intentos previos y si hay antecedentes familiares de conductas suicidas.

Estrategias básicas en situaciones de riesgo desde el ámbito educativo.

Recomendaciones preventivas en el centro escolar

- Tener elaborado un protocolo de actuación incluido dentro del plan de convivencia del centro, para casos de intento de suicidio o ideación suicida, en el que se incluyan estrategias de prevención y actuación durante y tras la conducta suicida contemplando:
- Teléfonos claros y en lugares visibles y accesibles de la familia y de los/as profesionales de referencia (Urgencias: 112, Pediatría, Salud Mental, Servicios Sociales, Asesoría para la Convivencia...), con el fin de llevar a cabo, de la forma más ágil posible, los contactos y la coordinación necesaria en cada caso.
- Relación del profesorado de referencia que el centro haya determinado como agente de ayuda, para que cada grupo de alumnos/as conozca a quién ha de dirigirse, tanto si percibe alguna situación de riesgo, como si ésta se produce.
- Determinación de las personas que se coordinarán para organizar la dinámica del centro después de que se haya producido una conducta suicida con impacto en la comunidad educativa.
- Herramientas de sensibilización y de detección del riesgo de conductas suicidas en menores a disposición del profesorado, del orientador/a, alumnado y familias.
- Concreción de la formación a llevar a cabo en el centro en esta temática.

Otras actuaciones preventivas, informativas y de sensibilización diseñadas por la comunidad educativa

- Decálogos, programas, evaluaciones, prevención selectiva (dirigida a grupos vulnerables), e indicada (dirigida a personas específicas vulnerables).
- Contemplar dentro del plan de convivencia del centro, el apoyo a la seguridad escolar y a la reducción del acoso escolar abordando el acoso escolar a través de campañas de sensibilización y medidas específicas en las que se incluyan canales de transmisión de información y búsqueda de ayuda.
- Abordaje transversal de educación emocional y habilidades de relación: habilitando capacidades individuales como la resiliencia, el autocontrol, la autoeficacia, la autoestima, estrategias de adaptación, habilidades de resolución de problemas y autoayuda.
- Formación específica para el alumnado, con el fin de crear una red de apoyo entre iguales u otros programas de ayuda (alumnado ayudante, mediación, círculos de convivencia, tutoría entre iguales, etc...).
- Promover la educación para la salud: Dado que con frecuencia el intento suicida puede asociarse con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, se abordará preventivamente como contenido escolar.
- Formación del profesorado en convivencia: resolución de conflictos, educación emocional, psicología positiva, así como afrontamiento del duelo y crisis personales.
- Sensibilización a la comunidad educativa.
- Disponibilidad para los alumnos y el profesorado de documentación e información basada en la evidencia científica (Guías, App y páginas web de confianza).

Tanto desde la perspectiva de la prevención, como de la intervención, el primer análisis que se debe realizar por el profesorado, alumnado y familias será la de los factores de riesgo y protección que presente el alumnado.

La prevención por parte del profesorado

El profesorado, asesorado por profesional de orientación del centro, puede observar los indicadores de riesgo en base al comportamiento y rendimiento

del alumnado tanto en el aula como en el centro, realizando, de ser necesario, una observación sistemática, entrevistas y seguimiento del alumnado, en el marco de la tutoría individual y de la orientación educativa. Algunas de las estrategias que se pueden utilizar para recoger información son el análisis del expediente escolar e informes previos; la observación directa en el aula; aplicación de alguna prueba colectiva para evaluar el clima de convivencia en el aula (alumnado con malestar psicológico y/o aislamiento social, posibles casos de acoso...), así como otros instrumentos más específicos para la evaluación del riesgo suicida.

En estas actuaciones es fundamental la comunicación, el apoyo y la colaboración con las familias.

El tutor y el desarrollo de la acción tutorial, va a permitir también establecer unos criterios de actuación con el equipo docente que pueden contribuir al desarrollo de estrategias de prevención:

- Creando un clima de convivencia positiva en el aula y en el centro educativo, en el que se favorezca el bienestar y el desarrollo emocional del alumnado.
- Transmitir a través del estilo educativo valores como la autoestima, empatía, solidaridad, expectativas positivas hacia todo el alumnado.
- Organizar tutorías grupales con los alumnos, asambleas y otras actuaciones dirigidas a consensuar normas de convivencia, fomentar competencias emocionales como la escucha activa, favorecer la expresión de los sentimientos y emociones, aprender a tomar decisiones eficaces y solucionar problemas, trabajar en equipo, aumentar la tolerancia a la frustración, reducir el estigma social asociado a la conducta suicida.
- Realizar entrevistas afectivas y con empatía en las tutorías individuales con las familias y con el alumnado, analizando factores protectores y de riesgo.
- Fomentar una formación específica al alumnado para crear redes de supervisión y apoyo entre iguales que puedan acompañar y ayudar a los compañeros y a las compañeras en situación de riesgo, tales como programas de tutoría entre iguales, mentoría, etc.
- Abordar la educación para la salud y la educación emocional, incluida en el currículo de las diferentes áreas, materias y módulos como contenido transversal.
- Fortalecer la autoestima de los estudiantes, utilizando estrategias como el refuerzo positivo, atención individualizada y destacando sus capacidades.
- Prevenir la violencia en el centro educativo, el acoso y ciberacoso.

La prevención por parte del Equipo directivo

El equipo directivo gestionará su liderazgo implicando a toda la comunidad educativa en las siguientes actuaciones de prevención:

- Promover la elaboración, dinamización, difusión, seguimiento y evaluación de un protocolo de actuación incluido dentro de los propios documentos programáticos del centro.
- Posibilitar y conformar comisiones o la designación de profesores de referencia, que puedan actuar de apoyo y mediador entre el alumno y el profesorado, alumnado y familia, en coordinación con el orientador y equipo directivo en el desarrollo de todo tipo de actuaciones de prevención información e intervención.
- Favorecer e impulsar la formación del claustro conjuntamente con la Centro Regional de Formación del Profesorado.
- Favorecer la coordinación del profesorado en el ámbito de la acción tutorial, los profesionales de la orientación, así como con otros los profesionales de apoyo externo de los ámbitos sociosanitarios.
- Favorecer la puesta en marcha de proyectos de educación para la salud a nivel de centro, así como el intercambio de experiencias y buenas prácticas con una visión interdisciplinaria.

La prevención entre iguales:

- Es importante promover la formación dirigida al alumnado sobre programas de mediación, ayuda entre iguales, solidaridad entre alumnado, habilidades para identificar señales o factores de riesgo de suicidio, así como en aspectos relacionados con depresión y riesgo de suicidio, así como el uso de los servicios de salud mental con el objeto de reducir el estigma social asociado a los problemas mentales.
- Destacar también el papel del alumnado a través de las redes de apoyo, que se puedan generar, identificando situaciones de riesgo a través del grupo de amigos/as, alumnos/as mediadores o alumnos ayudantes.

La prevención desde la familia:

La comunicación y colaboración entre la familia, el centro educativo y los servicios sociosanitarios resulta imprescindible para la prevención, detección y apoyo en la intervención del riesgo suicida.

- Es muy importante lograr la colaboración con el centro educativo, especialmente con el profesor tutor y orientador, para favorecer la comunicación e intervención conjunta.
- Transmitir lo relevante que es fomentar un estilo educativo familiar asertivo, que integre normas, diálogo y autonomía.

-
- La familia se ha de convertir en agente coordinador y canal de transmisión de la información de los profesionales de educación, sanidad y servicios sociales que realizan la intervención.

Estrategias generales ante una situación de riesgo

Informar y contactar inmediatamente con tutores legales. Ante cualquier nivel de riesgo o sospecha ponerse en contacto con la familia y recomendar valoración sanitaria (importante notificárselo al alumno).

- Tener disponibles teléfonos de los servicios de emergencia 112 y demás recursos de ayuda.
- Actitud de calma, receptividad, escucha y apoyo al alumnado en riesgo, así como de colaboración con el profesorado de referencia que intervenga.
- Nunca dejar solo al alumno o alumna y limitar el acceso a medios lesivos, incluyendo la posibilidad de suicidio por precipitación.
- Recordar la importancia de mantener el seguimiento del alumno o alumna una vez que se ha resuelto la situación de crisis.
- Potenciar factores de protección.
- Mejorar la comunicación con el alumno o alumna:
 - Hablar abiertamente y de manera serena sobre las ideas de suicidio, sin juicios ni reproches.
 - Mostrar nuestro interés y comprensión.
 - No minimizar la situación que está viviendo.
 - Buscar alternativas de ayuda.

Estrategias generales en el aula tras un intento de suicidio

Contactar con la familia y el alumno/a

- Manifestar preocupación y ofrecer ayuda.
- Preguntar qué información puede ser transmitida al profesorado y alumnado del colegio o instituto. También es importante transmitir a los progenitores y al alumno o alumna qué es lo que saben el profesorado y el alumnado, en caso de que haya rumores.
- Preguntar si ellos han sido testigos presenciales de alguna conducta o situación evidente de riesgo recientemente. Identificar si hay elementos en el contexto escolar que hayan generado problemas y que deben ser cambiados (p.e. en lo que respecta al acoso, presión escolar, apoyo escolar...).
- Preguntar si la ayuda (profesional) está disponible para el alumno/a.
- Considerar quién puede apoyarle (y hacer el seguimiento) en el colegio o instituto.
- Saber qué espera la familia y el alumno/a del centro escolar, y dejar muy claro qué es posible en el ámbito escolar y qué no.

Organizar una reunión para el personal escolar

Deben comunicarse todas las noticias a todo el personal del centro e informarles dónde pueden encontrar apoyo (muchos adolescentes prefieren más anonimato y que solo lo sepa el tutor... Es importante también pedir permiso o al menos explicarle esta actuación).

Organizar una charla en clase

- Si lo permiten el alumno/a y su familia, hablar en clase sobre el incidente. (Si no lo permiten, dejar claro dónde pueden conseguir apoyo y con quién pueden hablar si lo necesitan).
- Nunca deben darse detalles sobre el intento de suicidio (p.e. el método o el lugar).
- Hablar sobre la conducta suicida en general y los recursos disponibles para hacerle frente.
- Hay que tener en cuenta el punto de vista del alumnado, para partir de sus creencias o necesidades.
- Preguntar al alumno/a si prefiere asistir a la charla en el aula o no.

Preparar la vuelta al colegio

- La vuelta al colegio debe ser debatida y analizada con la familia, el o la orientador/a escolar, el profesorado y el alumno/a.
- Promover un seguimiento de su estado afectivo, ofreciéndole a menudo apoyo y compañía.
- Favorecer el trabajo en red con Salud Mental Infanto Juvenil y con Servicios Sociales (si procede).
- Mantener una actitud de normalidad por parte del equipo docente y solicitar por parte de la comunidad escolar máxima normalidad, explicitando y controlando que no serán toleradas muestras de repulsa, ridiculización o felicitación por el acto.

Estrategias generales después de un suicidio consumado

Paso 1: Coordinación de la crisis

- La dirección del centro educativo deberá tomar medidas para coordinar la crisis de forma inmediata y preparar una primera reunión con el equipo de crisis.
- Es necesario asegurarse que este equipo incluye a un miembro del Equipo Directivo, el profesorado del alumno/a, el o la orientadora escolar y un representante del personal laboral del centro, así como otros miembros que se consideren de interés.
- Hay que ser consciente de las propias limitaciones en cuanto a experiencia y capacidades y las del resto del profesorado. Se puede solicitar ayuda a personal de Salud mental o expertos en prevención de suicidio para el manejo de la situación.
- Es también útil contactar con el servicio de salud mental del área de salud, pedir asesoramiento y planificar cómo trabajar juntos durante la
- crisis.

Paso 2: Informarse de lo sucedido y contactar con la familia

OBTENCIÓN DE DATOS

- La dirección del centro debería primero verificar los hechos y estar seguro de la causa oficial de la muerte preguntando a la familia de la manera más cautelosa posible.
- Si las circunstancias que rodean a lo sucedido no están claras, el colegio debería comunicar que está siendo evaluado y que será comunicado tan pronto como haya más información.
- Reconocer que hay rumores (a menudo imprecisos) y recordar al alumnado que los rumores pueden ser profundamente hirientes e injustos para la persona fallecida/que falta, su familia y sus amistades.

CONSULTAR A LA FAMILIA

- La información sobre la causa de la muerte no debería ser revelada al alumnado hasta que la familia haya sido consultada y de su consentimiento. Hablar sobre la muerte y el suicidio con la familia puede ser una tarea difícil para el personal del colegio/instituto, que a menudo no están formados para hacerlo y la muerte y el suicidio suele ser temas tabúes, especialmente en determinadas culturas y religiones.
- En estos casos, considerar buscar asesoramiento profesional o ayuda de expertos.
- Si la muerte ha sido declarada como un suicidio, pero la familia no quiere divulgarlo, se designará a un miembro del personal que tenga una buena relación con la familia para ponerse en contacto con ellos, y explicarles que el alumno ya está hablando sobre la muerte, y que disponer de adultos en la comunidad escolar que puedan hablarles sobre el suicidio y sus causas, puede mantener el alumnado a salvo.

-
- Ofrecer en este caso a la familia ayuda de parte del colegio/instituto.
A corto plazo, hay que encargarse también de los temas administrativos, p.ej. asegurar que la familia no recibirá ninguna carta más del centro escolar (p.ej. sobre excursiones, notas, faltas de asistencia...)

Paso 3: Atender al profesorado y resto de personal: comunicación y apoyo

- Tan pronto como sea posible, organizar una reunión con el personal del centro, en la que se comuniquen los hechos con claridad, el personal sea informado sobre los pasos a seguir y dónde encontrar más información.
- También es importante informar al personal sobre dónde puede conseguir apoyo psicológico, si lo necesitan.

Paso 4: Atender al alumnado: comunicación y apoyo

- Los centros educativos deben ofrecer al alumnado la oportunidad para expresar sus emociones e identificar estrategias para manejarlas, con lo que el centro pueda volver a centrarse en su objetivo principal que es la educación.
- El alumnado debe haber sido informado sobre cómo pueden conseguir ayuda y apoyo, tanto en el centro como fuera del mismo (servicios de ayuda). Tan pronto como sea posible y tras la reunión del personal, el profesorado debería preparar una charla en clase:
 - Dedicar tiempo de reflexión y permitir la expresión de sentimientos (dibujos, coloquios...)
 - Permitir manifestaciones de duelo espontáneas o dirigidas por el profesor.
 - Prestar atención a posibles sentimientos de culpa o comentarios que ensalcen al compañero que se ha quitado la vida por su conducta suicida.
 - Transmitir el suicidio como una conducta que no es valiente ni cobarde. Sino una actuación multifactorial y desesperada que puede abordarse y prevenirse.
 - Transmitir disponibilidad para poder hablar en privado sobre el tema.
 - Transmitir la importancia de comentar las ideas suicidas para poder conseguir ayuda.

En momentos críticos...

Si el suicidio se ha realizado delante de los compañeros:

- Avisar al 112. No deben facilitarse datos a medios de comunicación, a riesgo de vulnerar derechos fundamentales.
- Separar al resto del alumnado del lugar donde está el cuerpo del fallecido.
- No tocar el cuerpo, ni el escenario.
- En cuanto puedan, los tutores o los docentes designados, deben comunicar al alumnado lo que ha sucedido, para intentar controlar el alto impacto emocional que están sintiendo todos.
- Ayudarles a manifestar lo que están sintiendo y ofrecerles ayuda.
- Rebajar la tensión emocional y atender a aquellos alumnos o alumnas con crisis de ansiedad.
- Evitar que se sientan culpables. Hablar sobre ello.
- Solicitar ayuda de personal experto.

Los profesores deberán tener en cuenta los signos de alarma de conducta suicida en el resto del alumnado y tener en cuenta especialmente a aquellos más vulnerables, como los amigos cercanos, pero también a otros compañeros con quienes el alumno o alumna podía haber tenido conflictos.

Paso 5: Los medios de comunicación

EL suicidio de un estudiante puede provocar que los medios de comunicación pongan mucha atención y énfasis en el suceso. Por lo tanto, es importante que los centros escolares designen a un portavoz del colegio o instituto. Es importante advertir a todo el personal que sólo el portavoz está autorizado para hablar con los medios y aconsejar al alumnado que evite entrevistas con los medios de comunicación. El portavoz debe ser consciente de los efectos que la información sobre el suicidio puede tener y que es importante comunicar de forma responsable para convertir esta acción en una oportunidad de carácter social preventivo.

En www.euregenas.eu está disponible una guía de actuación para una divulgación responsable.

Paso 6: Seguimiento y evaluación

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

Estrategias en el ámbito familiar

- **Se considera necesario que las familias estén estructuradas en base a una buena relación** y comunicación entre los miembros, contando con una adecuada red de apoyos familiares y comunitarios.
- Es muy importante que los niños y adolescentes cuenten con apoyo, vínculos y seguridad como parte del plan de prevención del suicidio.
- También lo es transmitir a la familia pautas claras:

- Evite que su hijo sienta que lo está juzgando. No le diga a su hijo que su suicidio será duro para usted o para otras personas. Dígale a su hijo que está allí para apoyarlo y ayudarlo.
- A continuación, se muestran diferentes formas en las que usted y otras personas pueden ayudar al menor:
 - Escúchelo cuando quiera hablar.
 - Comprender o tratar de comprender la situación vital por la que está atravesando.
 - Ayúdele a buscar soluciones para sus problemas.
 - Ayude a su hijo a hacer una lista de cosas que puede hacer.
 - Dele la información de contacto de los servicios que pueden

Indicaciones y pautas para tratamiento ambulatorio

- Si no existe un plan suicida concreto.
- El cuadro psicopatológico está tratado. Partir siempre de la historia personal y del sufrimiento del menor.
- Hay un bajo nivel de ansiedad.

-
- Cuenta con apoyo familiar y social adecuado.
 - Aceptación por parte del menor del tratamiento.
 - Compromiso de “no suicidio” (contrato terapéutico).
 - Abordaje psicoterapéutico. Si hay que usar fármacos, usar aquellos con la menor toxicidad.
 - Participación de medidas psicoeducativas y psicosociales: servicios sociales, red de apoyo informal, grupos de auto ayuda, teléfonos de ayuda.
 - Facilitación de atención urgente en el propio Centro de Salud o urgencias psiquiátricas en caso de intensificación de sentimientos suicidas.

Instrumentos de valoración del riesgo suicida de utilización más frecuente en infancia y adolescencia

En el ámbito sanitario:

Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son:

- La entrevista clínica y las escalas de evaluación
- Graduación del riesgo adaptada de la Guía Práctica Clínica

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012)

- Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores

Protocolo de colaboración interinstitucional Prevención y actuación ante conductas suicidas (Gobierno de Navarra, 2014)

Bibliografía

- Annerbäck, E.M., Sahlqvist, L. y Svedin, C.G (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden-Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 36, 585-595. doi: 10.1016 / j.chiabu.2012.05.006
- Barnes, A.J., Eisenberg, M.E. y Resnick, M.D. (2010). Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics*, 125, 889-895. doi: 10.1542 / peds.2009-1814.
- Baumann, A.A., Kuhlberg, J.A., Zayas, L.H. (2010). Familism, mother-daughter mutuality, and suicide attempts of adolescent Latinas. *Journal of Family Psychology*, 24, 616-624. doi: 10.1037 / a0020584.
- Benjet, C., Hernández-Montoya, D., Borges, G., Méndez, E., Medina-Mora, M.E. y Aguilar-Gaxiola, S. (2012). Youth who neither study nor work: Mental health, education and employment. *Salud Pública Mexicana*, 54, 410-417.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52, 292-304.
- Bouteyre, E. y Loue, B. (2012). Compliance among adolescents with a chronic illness: review. *Archives de Pédiatrie*, 19, 747-754. doi: 10.1016 / j.arcped.2012.04.010.
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R. y Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x.

Coker, T.R., Austin, S.B. y Schuster, M.A. (2010). The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents. *Annual Review of Public Health, 31*, 457-477. doi: 10.1146 / annurev.publhealth.012809.103636.

Conner, K.R., Beautrais, A.L., Brent, D.A., Conwell, Y., Phillips, M.R. y Schneider, B. (2012). The Next Generation of Psychological Autopsy Studies Part II. Interview Procedures. *Suicidie and Life- Threatening Behavior, 42*, 86-103. doi: 10.1111 / j.1943-278X.2011.00073.x.

Dodig-Curkovic K. , Curkovic, M. , Radić, J., Degmečić, D. y Filekovic, P. (2010). Suicidal behavior and suicide among children and adolescents-risk factors and epidemiological characteristics. *Collegium Antropologicum, 34*, 771-777.

Flanagan, P. y Compton, M.T. (2012). A comparison of correlates of suicidal ideation prior to initial hospitalization for first-episode psychosis with prior research on correlates of suicide attempts prior to initial treatment seeking. *Early Intervention in Psychiatry, 6*, 138-144. doi: 10.1111 / j.1751-7893.2011.00320.x.

Ganz, D. y Sher, L. (2009). Suicidal behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse. *Minerva Pediatrica, 61*, 333-347.

Gastaminza, X., Herreros, O., Ortiz, V. y Sánchez, F. (2005). Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: revisión e intervenciones terapéuticas. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 3*, 110-117.

Gelder, M., López-Ibor, J. y Andreasen, N. (2003). *Tratado de psiquiatría*. Tomo II. Barcelona: Ars Médica.

Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental 26*, 66-74.

Gracia, P., Barrera, A. y Bel, M.J. (2006). Factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes: una revisión bibliográfica. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1-3-4, 33-38.

Greydanus, D.E. y Calles. J.Jr. (2007). Suicide in children and adolescents. *Primary Care*, 34, 259-273.

Greydanus, D., Patel, D. y Pratt, H. (2010). Suicide risk in adolescents with chronic illness: implications for primary care and specialty pediatric practice: a review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52, 1083-1087. doi: 10.1111 / j.1469-8749.2010.03771.x.

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

Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS.

-
- Guan, K., Fox, K.R., Prinstein, M.J. (2012). Nonsuicidal Self-Injury as a Time-Invariant Predictor of Adolescent Suicide Ideation and Attempts in a Diverse Community Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 842-849.
doi: 10.1037 / a0029429.
- Hallfors, D., Brodish, PH., Khatapoush, S., Sánchez V., Cho H., Steckler A. (2006). Feasibility of screening adolescents for suicide risk in "real-world" high school settings. *American Journal of Public Health, 96*, 282-287. doi: 10.2105 / AJP.2004.057281.
- Hepburn, L., Azrael, D., Molnar, B. y Miller, M. (2012). Bullying and Suicidal Behaviors Among Urban High School Youth. *Journal of Adolescent Health, 51*, 93-95. doi: 10.1016 / j.jadohealth.2011.12.014
- Hernández, D.S. y Benjet, C. (2012). Los NINI"s como problema emergente para la salud pública. *Revista Mexicana de Pediatría, 79*, 40-45.
- Hernández-Cervantes, Q. y Gómez-Maqueo, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 23*, 45-52.
- Hibbard, R., Barlow, J. y Macmillan, H. (2012). The Committee on Child Abuse and Neglect and American academy of child and adolescent psychiatry and Child maltreatment and violence committee. *Psychological Maltreatment Pediatrics, 130*, 372-378. doi: 10.1542/peds.2012-1552

Isohookana, R., Riala, K., Hakko, H. y Räsänen, P. (2012). Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 13-22. doi: 10.1007 / s00787-012-0311-8

Iwata, K. (2012). Approaches for suicide prevention in Osaka Psychiatric Medical Center: the importance of multi-disciplinary cooperation and partnerships with other organizations. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 114, 1432-1437.

Jolin, E., Weller, E. y Weller, R. (2007). Suicide risk factors in children and adolescents with bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9, 122-128. doi: 10.1016 / j.encep.2017.01.003.

Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. 8ª edición. Madrid: Panamericana - Williams & Wilkins.

Lemstra, M.E., Nielsen, G., Rogers, M.R., Thompson, A.T. y Moraros, J.S. (2012). Risk indicators and outcomes associated with bullying in youth aged 9-15 years. *Canadian Journal of Public Health*, 103, 9-13.

Mínguez, L., García, I. y De la Gándara, J.J. (2010). Suicidio, el último verso de un poeta. *Norte de Salud Mental*, 8, 143-152.

Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 3, 9-18.

Pandey, G.N (2011). Neurobiology of adult and teenage suicide. *Asian Journal of Psychiatry*, 4, 2-13. doi: 10.1016 / j.ajp.2011.01.008.

Park, M.H., Kim, T.S., Yim, H.W., Jeong, S.H., Lee, C., Lee, C.U., Kim, J.M., Jung, S.W., Lee, M.S. y Jun, T.Y. (2010). Clinical characteristics of depressed patients with a history of suicide attempts: results from the CRESCEND study in South Korea. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 748-754. doi: 10.1097 / NMD.0b013e3181f4aeac.

Pérez, S.A. (2005). Los padres y el suicidio. *Avances pediátricos*, 29, 39-46.

Plumed J.J. y Rojo L. (2012). La medicalización del suicidio en España del siglo XIX: aspectos teóricos, profesionales y culturales. *Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 64,147-166. doi: 10.3989/asclepio.2012.v64.i1.516

Rodríguez, H., García, I. y Ciriacos, C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños. *Revista Médica del Uruguay*, 21, 141-150.

Shaffer, D. y Gould, M.S. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of general psychiatry*, 53, 339-48. doi: 10.1001 / archpsyc.1996.01830040075012.

Scocco, P., Toffol, E., Pilotto, E. y Pertile, R. (2012). Psychiatrists emotional reactions to patient suicidal behavior. *Journal of Psychiatric Practice*, 18, 94-108. doi: 10.1097 / 01.pra.0000413275.09305.d5.

Szombat, M. y François, A. (2012). Violence in schools, adolescents suffering. *Revue Médicale de Bruxelles*, 33, 22-25

Van Tilburg, M.A., Spence, N.J., Whitehead, W.E., Bangdiwala, S. y Goldston, D.B. (2011). Chronic pain in adolescents is associated with suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Pain*, 12, 1032-1039. doi: 10.1016 / j.jpain.2011.03.004.

Vidal, L.E., Pérez, E. y Borges, S. (2006). Algunas consideraciones sobre la autopsia psicológica. Recuperado de <https://psiquiatria.com/psiquiatria-legal/algunasconsideraciones-sobre-la-autopsia-psicologica/>

Vijayakumar, L., Kumar, M.S., Vijayakumar, V. (2011). Substance use and suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 197-202. doi: 10.1097 / YCO.0b013e3283459242.

World Federation for Mental Health (2010). Enfermedad mental y suicidio: guía para la familia para encarar y reducir los riesgos. USA. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Enfermedad-Mental-Suicidio.pdf>

World Health Organization (WHO). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.

World Health Organization (WHO) (2001). Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Programa SUPRE de la OMS/ WHO para la prevención del suicidio. Ginebra: WHO Ginebra. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

World Health Organization (WHO) (2009). Los accidentes de tránsito, el suicidio y las afecciones maternas figuran entre las principales causas de muerte de los jóvenes. Ginebra: WHO. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/adolescent_mortality_20090911/es/index.

Yi, S., Yi, Y. y Jung, H.S. (2011). Factors on the suicidal attempt by gender of middle and high school student. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41, 652-662. doi: 10.4040 / jkan.2011.41.5.652.

Zahra, P., Khadigeh, D., Mogtaba, Y., Hossein, T. y Hamideh, D. (2010). Study of the rate of Hopelessness and its associated factors in Youth of Yazd city, Iran.

Procedia Social and Behavioral Sciences, 5, 2108-2112. doi:

10.1016/j.sbspro.2010.07.422

Recursos de interés

Ámbito educativo

Inspección Educativa

El Servicio de Inspección Educativa debe conocer todas aquellas situaciones que perturben la normal convivencia de un centro. El inspector o inspectora debe estar al tanto de las mismas para prestar su apoyo en la adopción de las medidas oportunas.

Centro de formación del profesorado

Prestan formación continua al profesorado en diversos temas de interés.

Fuerzas y cuerpos de seguridad

El centro puede y debe solicitar la colaboración de guardia civil, policía nacional y municipal.

Servicios Sociales

Es un recurso público y de carácter comunitario gestionado por el municipio con el que el centro escolar debe colaborar.

Ámbito sanitario

Servicio de Atención de Urgencias 112

Centro de salud o consultorio de tu zona

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de tu área de salud

• Albacete

Hospital Perpetuo Socorro

C/ Seminario, 4. 02006 Albacete

Tfno.: 967 59 76 45. Fax: 967 597 624

• Ciudad Real

C/ Ronda Del Carmen, s/n 13002 Ciudad Real

Tfno.: 926 229 840. Fax: 926 229 840

• Cuenca

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil - Cecu

Avda. Música Española S/N 16005 Cuenca Teléfono

centralita: 969 17 99 34.

• Guadalajara

Unidad de Salud Mental

C/ Ferial, 31-2º19002 Guadalajara

Tfno.: 949 225 719. Fax: 949 254 477

• Mancha Centro

Hospital General La Mancha Centro

Avda. de la Constitución 3 13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Tfno.: 926 58 06 96. Fax: 926 541 750

• Talavera de la Reina

Hospital General Nuestra Señora Del Prado

Ctra. De Extremadura, Km 114, 45600 Talavera De La Reina, Toledo.

Teléfono Centralita: 925 80 36 00.

• Toledo

Hospital Virgen de la Salud

C/ Barcelona, s/n - Módulo 3 45004 Toledo

Tfno.: 925 223 851. Fax: 925 214 351

Otros contactos de interés

Guardia Civil 062

Policía Nacional 091

Programas de Participación ciudadana de la Policía Nacional.

seguridadescolar@policia.es participa@policia.es

Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del suicidio (Red AIPIS):
info@redaipis.org <https://www.redaipis.org/>

Teléfono de la Esperanza: 925 23 95 25

Teléfono de la Esperanza para toda España: 717 003 717

<http://telefonodelaesperanza.org/toledo>

Teléfono atención al menor: 900 20 20 10 / 116111

Teléfono de atención adulto responsable del menor: 600 50 51 52

<https://www.anar.org/necesitas-ayuda-telefono-adulto-familia/>

Teléfono ANAR del Adulto y del Menor: 600 50 51 52

Consejería y Direcciones Provinciales de Educación, Cultura y Deportes

- Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Dirección General de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional. Bulevar del Río Alberche s/n; 45071 Toledo. Teléfono: 925 247 400

- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Albacete. Avda. de la Estación, 2; C.P. 02001 Albacete Teléfono: 967 596 300

- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Ciudad Real. Avda. de Alarcos, 21; C.P. 13071 Ciudad Real

Teléfonos: 926 279 124 / 926 279 071 / 926 279 072

- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Cuenca. Avda. de la República Argentina, 16; C.P 16002 Cuenca Teléfono: 969 176 300

- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Guadalajara. C/ Juan Bautista Topete 1y3; C.P 19071 Guadalajara Teléfono: 949 887 900

- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Toledo. Avda. de Europa 26; C.P. 45003 Teléfono: 925 259 600

Consejería y Direcciones Provinciales de Bienestar Social

- Consejería de Bienestar Social. Dirección General de Familias y Menores Avda. / de Francia, 4; 45071 Toledo. Teléfono: 925 287 096
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Albacete. Paseo Pedro Simón Abril, 10; 02071 Albacete Teléfono: 967 558 000
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Ciudad Real. C/ Paloma, 21; 13071 Ciudad Real Teléfono: 926 276 200
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Cuenca. C/ Lorenzo Hervás y Panduro, 1; 16071 Cuenca Teléfono: 969 176 800
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Guadalajara. C/ Julián Besteiro, 2; 19071 Guadalajara Teléfono: 949 885 800
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Toledo. C/ Río Guadalmena, 2; 45071 Toledo Teléfono: 925 269 069

App prevención de Suicidio

Prevensuic. <https://www.prevensuic.org/>



Calma <https://www.appcalma.com/>

Más + caminos <http://www.mascaminos.org/>



Estas aplicaciones cuentan con los denominados “Mecanismos de escudo”, que son estrategias que se pueden utilizar en momentos de crisis, guías para afrontar la ansiedad, un plan de seguridad ante conductas suicidas y un banco de imágenes positivas que acerca a la vida. Además, la aplicación pregunta por el estado de ánimo y hace un registro diario del mismo y avisa de las citas con el terapeuta.

#Tú cuentas



Programa de la D.G. de Infancia y Familia de Castilla-La Mancha destinado a menores y jóvenes que puedan sufrir acoso o ciberacoso con el objetivo principal de plantear un canal de recepción y atención de los casos.

El programa ofrece:

Atención telefónica 24 horas. Tfno.: **116111**

Chat de atención a niños, niñas y adolescentes a través de la página de la Fundación ANAR (www.anar.org), disponible todos los días del año de 16:00 a 00:00 horas

Equipos de atención: 6 equipos (uno por provincia más Talavera de la Reina). Formados por psicólogos/as especializados/as y educadores/as sociales/trabajadores/as sociales.

Para más información: Teléfono 012 / 925274552 / tucuentas@jccm.es

Guías y protocolos de prevención y abordaje del suicidio

Guías recomendadas para la prevención y abordaje del suicidio

- SNS (2012). Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Documento disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
- Servicio Andaluz de Salud (2010). Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta suicida. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. Documento disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>
- Grupo de Salud mental del PAPPs (2001). Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Revisada en 2008. Documento disponible en: <http://www.papps.es/upload/file/publicaciones/guiaRevisada2008-salud-mental.pdf>

Otras guías para la prevención y abordaje del suicidio

- ¡NO ESTAS SOLO! Enséñales a vivir. Guía para la prevención de la conducta suicida. Dirigida a docentes. Comunidad de Madrid. 2016. Documento disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017853.pdf>
- Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental grave. Comunidad de Madrid. Documento disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017097.pdf>
- Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes. Comunidad de Madrid. Consejería de Educación, Salud y Deporte. 2018. Documento disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf>

Los protocolos publicados más recientes son:

- Gobierno del Principado de Asturias (2018) - Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Documento disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/225127/PROTOCOLO+SUICIDIO+def.pdf/48775c44-b688-961e-be16-f81511d4eba2>
- Castilla y León: SACYL (2018) - Proceso de prevención y atención de la conducta suicida. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesosasistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencionconducta-suicida.ficheros/1110258-PROCESO%20DE%20PREVENCION%20Y%20ATENCION%20DE%20LA%20CONDUCTA%20SUICIDA.pdf>
- Gobierno Vasco (2019). Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/e_s_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf
- Gobierno de La Rioja (2019). I Plan de Prevención del suicidio en La Rioja. Disponible en: http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/PLAN_PREVENCION_CONDUCTA_SUICIDA_DEF.pdf

Anexos

Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores

Ref: Protocolo de colaboración interinstitucional 'Prevención y actuación ante conductas suicidas', Gobierno de Navarra, julio 2014. Adaptada por la Asesoría de Convivencia del Departamento de Educación a partir de:

- ❖ Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), de Posner, K., Brent, D., Lucas, C. et al. (2012).
 - ❖ Escala de riesgo de suicidio en niños y adolescentes de la Universidad de la Habana, de Aguilera, M., Cala, A., Walkquer, M. Muñiz, S. y López, JC.
- En el ámbito educativo esta guía deberá ser utilizada por el orientador u orientadora del centro.
- En el ámbito sanitario esta guía puede ser utilizada por pediatría y Salud Mental Infanto-Juvenil.

| GUÍA PARA EVALUAR LA CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS/AS | Puntos |
|--|---------------|
| 1 Progenitores demasiado jóvenes o inmaduros | 1 |
| 2 Dificultades en la captación y control prenatal | 1 |
| 3 Enfermedad psiquiátrica de los progenitores | 2 |
| 4 Niño poco cooperador en la consulta | 1 |
| 5 Niño que manifiesta cambios en su comportamiento | 3 |
| 6 Violencia en el hogar y sobre el niño | 3 |
| 7 Antecedentes familiares de conducta suicida (padres, hermanos, abuelos) o amigos con dicha conducta | 2 |
| 8 Antecedentes personales de autodestrucción | 2 |
| 9 Manifestaciones desagradables de los progenitores en relación con el niño | 3 |
| 10 Situación conflictiva actual (hogar roto recientemente, pérdidas, fracasos escolares, etc.) | 2 |

INDICACIONES:

- En caso de obtenerse una puntuación superior a 10, es necesario formular al alumno/alumna las “Preguntas Clave” que se detallan en la parte inferior de esta guía.
- Así mismo, si es mayor de 10 puntos, además de continuar con el plan de actuación, hay que garantizar en breve plazo que sea atendido desde salud mental y/o urgencias.
- Si la suma es menor de 10, pero refleja sospechas, el orientador/a valorará si procede la comunicación de la situación a la familia para que el alumno o alumna sea atendida por profesionales especializados.

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

INDICACIONES:

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

RECOMENDACIONES SOBRE CÓMO PREGUNTAR:

Se presentan a continuación las recomendaciones sobre la forma de preguntar y las preguntas concretas a realizar, acerca de los diferentes aspectos de la ideación y conducta suicidas, esta parte es común para la evaluación de niños y adolescentes.

Cómo preguntar y con qué actitud:

- ❖ Afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal.
- ❖ Transmitir que queremos ayudarle. Puede que no sepas qué decirle, pero eso no importa, lo que necesita es tu presencia y escucha incondicional.
- ❖ Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes (no aleccionar).

-
- ❖ Evitar tratar de convencerle de que su conducta es una equivocación. Evita también frases del tipo: “Yo sé cómo te sientes”.
 - ❖ Mostrar calma y seguridad. Dejarle hablar a su propio ritmo.
 - ❖ Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitando preguntas innecesarias y morbosas.
 - ❖ Cuidar la confidencialidad y no generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes.
 - ❖ Evitar siempre el sarcasmo y la ironía.
 - ❖ Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz y a posibles incongruencias entre lo verbalizado y la expresión corporal.
 - ❖ Formular las preguntas de forma oral (no escrita) y una vez que se ha establecido empatía y la persona se siente comprendida.
 - ❖ Cuando el alumno o alumna se sienta cómodo/a expresando sus sentimientos. Cuando el alumno o alumna está en el proceso de expresar sentimientos de soledad, impotencia.

Preguntas iniciales para conocer el grado de desesperanza:

¿Te sientes infeliz o desgraciado/a?

¿Has perdido toda esperanza?, ¿Crees que las cosas no van a cambiar?

¿Te sientes incapaz de afrontar cada día?

¿Sientes la vida como una carga pesada?

¿Sientes que merece la pena vivir?

¿Sientes deseos de cometer un suicidio?

PREGUNTAS CLAVE

PARA VALORAR EL NIVEL DE RIESGO DE IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

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

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

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

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

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

¿Has pensado realmente en quitarte la vida?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

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

¿Has estado pensando en cómo podrías hacerlo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

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

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

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

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

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

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

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

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

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

¿Qué hacer tras finalizar estas preguntas clave?

- ❖ Tener presentes las indicaciones de este anexo (según sea etapa de niñez o adolescencia) y los factores de riesgo y de protección del alumno/a.
- ❖ Participación activa del profesional ante cualquier atisbo de ideación suicida. A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva y firme debe ser la actuación.
- ❖ Hasta la intervención de la familia y/o los profesionales:
 - Identificar apoyos personales y familiares.
 - Mantener la calma, mostrar apoyo, disponibilidad y afecto positivo.
 - Retirar los medios peligrosos, si es posible (por ejemplo, cutter, cuchilla, pastillas...)
 - Actuar comunicando la situación a la familia y a los profesionales, y obteniendo ayuda.

-
- Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.
 - ❖ Continuar con las actuaciones correspondientes que figuren en el plan de prevención e intervención de la conducta suicida del centro.

Autoría

GRUPO DE TRABAJO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN CASTILLA LA-MANCHA

- Ana Isabel Martín Ruiz. Jefa de servicio de Inclusión Educativa y Convivencia. Dirección General de Inclusión Educativa y Programas. Consejería de Educación Cultura y Deportes de Castilla-La Mancha.
- Lola Domínguez Guerra. Asesora técnico docente de Inclusión Educativa y Convivencia. Dirección General de Inclusión Educativa y Programas. Consejería de Educación Cultura y Deportes de Castilla-La Mancha.
- Carlos Martínez González. Asesor técnico docente de Inclusión Educativa y Convivencia. Dirección General de Inclusión Educativa y Programas. Consejería de Educación Cultura y Deportes de Castilla-La Mancha.
- Rocío Rodríguez Martín. Delegada Provincial de Sanidad. Toledo.
- Margarita Lucia Pascual López. Psiquiatra. Miembro del Comité Consultivo de la Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental. Consejería de Sanidad. de Castilla-La Mancha.
- Victoria Muñoz Martínez. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve Infanto Juvenil, Hospital General Universitario de Ciudad Real.
- María Belmonte Honrubia. Educadora social en Centro de Menores.
- Eva Sáez Torralba. Enfermera Centro de Salud de Buenavista. Voluntaria ONG Teléfono de la Esperanza. Coordinadora de docencia EIR especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Ricardo del Castillo Redondo. Técnico de medio abierto. Servicio de Infancia y Familia. Delegación Provincial de Bienestar Social de Toledo.
- Marta Palomo Alonso. Técnica de medio abierto. Servicio de Familia y Menores. Dirección Provincial de Toledo. Consejería de Bienestar Social.

-
- Jorge Mármol Luengo. Director Centro de Atención Especializada al Menor (CAEM) Fundación Socio Sanitaria de Castilla La Mancha (FSSCLM).
 - Luz María Béjar Villamor. Coordinadora de medio abierto. Servicio de Familia y Menores. Delegación Provincial de Toledo. Puesto actual; Trabajadora social en la sección de Adopción en el Servicio de Atención a la Infancia de la Dirección General de Infancia y Familia. Consejería de Bienestar Social.
 - M^ª del Mar Guerrero Guerrero. Psicóloga Servicio de Atención y Acompañamiento al Menor Dirección General de las Familias y Menores
 - Cristina de Prada Nieto. Técnico Servicio Atención y Acompañamiento al Menor. Dirección General de Familias y Menores.
 - Juan Carlos Sánchez Fernández. Psicólogo. Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias. Dirección General de las Familias y Menores. Consejería de Bienestar Social de Castilla-La Mancha.
 - Estibaliz García Sánchez. Jefa de sección. Servicio de Adicciones, Formación y Calidad. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.
 - Cesar Fernández Buey. Enfermero asesor técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SESCAM
 - Miriam Mayoral Morena. Psicóloga. Centro de Atención Especializada al Menor. CAEM. FSSCLM
 - Pedro Padilla Romero. MIR de Psiquiatría. Gerencia de Área Integrada de Talavera de la Reina.
 - Manuel Espada Largo. Psicólogo clínico. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Toledo. SESCAM.
 - Laura Torres Gómez-Hidalgo. Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil. Hospital de Talavera de la Reina.
 - Francisco Ramón Martínez Luna. Unidad de Hospitalización Breve Infanto Juvenil, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

-
- José Fernando Calvo Mauri. Psicólogo clínico. Unidad de Conductas Adictivas de Toledo.
 - M^a del Pilar Alvites Ahumada. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil. Hospital de Talavera de la Reina.
 - Marta Alonso Sánchez. Psicóloga. Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia. Dirección General de las Familias y Menores. Consejería de Bienestar Social de Castilla-La Mancha.
 - Ignacio Redondo García. Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SESCAM. Miembro del Comité Consultivo de la Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

REVISIONES

A la mejora de esta guía han contribuido de manera decisiva las sugerencias, aportaciones y opiniones de:

- Ana María Jiménez Pascual. Miembro de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA).
- María Dolores Moreno. Presidenta de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNIA).
- Begoña Losada Pinedo. Vocal por Toledo de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha.
- Juan Ríos Laorden. Vocal por Albacete de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha.
- Fernando Sánchez Perales. Presidente de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha.
- Javier Jiménez Pietropaolo. Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Facultativo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Cuerpo Nacional de Policía.

-
- Teresa Rodríguez Cano. Coordinadora Regional de Salud Mental. SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
 - Beatriz Vallejo Sánchez. Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Coordinación Regional de Salud Mental. SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
 - M^a del Pino Morales Socorro. Psiquiatra. Coordinación Regional de Salud Mental. SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

DISEÑO PORTADA

Beatriz Gómez de las Heras

DISEÑO CONTRAPORTADA

Manuel Espada Largo

MAQUETACIÓN

Maribel del Cerro del Cerro

Agradecimientos

- Consejería de Sanidad. JCCM.
- Fundación Sociosanitaria. FSCLM.
- Consejería de Educación, Cultura y Deportes. JCCM.
- Consejería de Bienestar Social. JCCM.
- Red de Personas Expertas y Profesionales de Salud Mental de Castilla-La Mancha.
- Teléfono de la Esperanza.
- Cruz Roja Española.
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
- Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Castilla-La Mancha.

“Da el primer paso con fe. No tienes por qué ver toda la
escalera. Basta con que subas el primer peldaño”

Martin Luther King

