



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Detección temprana y factores de riesgo del  
suicidio: un análisis en el entorno escolar

Early detection and risk factors of suicide:  
an analysis in the school environment

Autor/es

**Paula Lavilla Júdez**

Director/es

**Alicia Monreal Bartolomé**

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2024/2025

## **Agradecimientos**

En primer lugar, quiero dar mi sincero agradecimiento a la Dra. Alicia Monreal Bartolomé por su valiosa guía, profesionalidad, disposición y paciencia infinita con este trabajo. Me ha sabido orientar en todo momento, ofreciéndome ayuda y pautas que me servirán en el futuro. De igual forma, a la Universidad de Zaragoza y a todo el profesorado por facilitarme los medios posibles para llevar a cabo el trabajo.

A mis queridos amigos y amigas, por calmarme en mis momentos de mayor inseguridad, y por compartir mañanas y tardes de risas, lloros y esfuerzo. Gracias por vuestro apoyo incondicional y por estar siempre a mi lado, aunque yo no esté.

A mi pareja Hugo, por animarme a ver las cosas desde otra perspectiva, por ayudarme a buscar la solución del problema, soportarme cuando todo lo veo negro y por creer en mí más que yo misma.

A mi familia, en especial a mis padres por darme la oportunidad de estudiar este grado, transmitirme su fortaleza, constancia y dedicación, y por hacer mis sueños posibles. Gracias por vuestra paciencia en estos días en los que todo parecía más difícil.

A mi hermano, por entendernos sin hablar.

Y como no, a todos los que sufren en silencio, no estáis solos, siempre quedará mañana.

## Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. Planteamiento del problema y justificación del tema.....	7
2. MARCO TEÓRICO .....	9
2.1. Definición y conceptualización del suicidio.....	9
2.2. Epidemiología del suicidio en España y Aragón.....	12
2.3. Mitos y realidades.....	15
2.4. Teorías y modelos explicativos del comportamiento suicida .....	17
3. OBJETIVOS .....	20
4. MÉTODO .....	20
4.1 Estrategias de búsqueda y selección.....	21
4.2 Criterios de selección.....	21
4.3 Análisis y extracción de datos .....	22
5. RESULTADOS .....	22
5.1 Factores de riesgo y señales de alerta.....	22
Factores del individuo .....	23
Factores familiares.....	25
Factores escolares .....	27
Factores sociales .....	29
Señales de alerta .....	29
5.2 Factores de protección .....	32
Factores personales.....	32
Factores Familiares.....	32
Factores escolares y sociales .....	32
5.3 Prevención del suicidio en la escuela .....	33
5.3.1. Programas de prevención en el ámbito educativo.....	33
Estrategia 1. Programas Universales de Prevención del Suicidio. ....	35
Estrategia 2. Programas Selectivos de Prevención del Suicidio.....	36
Estrategia 3. Programas Indicados de Prevención del Suicidio.....	37
Estrategia 4. Programas Escolares de Prevención y Efectividad.....	38
Estrategia 5. Restricción del acceso a métodos letales. ....	40

5.4	Intervención y estrategias de actuación en el ámbito escolar .....	41
	Estrategias de intervención temprana .....	41
	¿Qué no hacer? .....	41
	¿Qué hacer? .....	42
	Riesgo inminente de conducta suicida.....	42
	Riesgo no inminente de conducta suicida.....	43
	Tras la detección de la posibilidad de ideación suicida.....	43
5.5	Recursos en Aragón.....	46
5.6	El duelo.....	48
6	DISCUSIÓN .....	51
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
8.	ANEXOS .....	63

Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.

## **Título del TFG**

**Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.**

## **Title (in english)**

**Early detection and risk factors of suicide: an analysis in the school environment.**

- Elaborado por Paula Lavilla Júdez.
- Dirigido por Alicia Monreal Bartolomé.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de febrero del año 2025.
- Número de palabras (sin incluir anexos): 16.305

## **Resumen**

El suicidio en la infancia y adolescencia es una problemática en aumento que requiere una detección temprana y estrategias de intervención eficaces en el entorno escolar. La presencia de factores de riesgo individuales, familiares, escolares y sociales aumenta la vulnerabilidad de los menores, mientras que ciertos factores de protección pueden disminuir este riesgo. El centro escolar tiene un papel imprescindible en identificar señales de alerta y en implementar programas de prevención. El objetivo principal de este trabajo es analizar los factores de riesgo asociados al suicidio en el entorno escolar, con el fin de identificar estrategias de detección temprana que permitan prevenir este fenómeno. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, examinando la eficacia de los programas de prevención del suicidio en educación primaria, analizando modelos de intervención en el ámbito educativo. Los resultados evidencian la importancia de la formación del profesorado, la integración de protocolos en los centros educativos y la colaboración con los profesionales de la salud mental. Aunque se han mostrado mejoras significativas, se necesitan más estudios que mejoren las intervenciones y medidas efectivas para la prevención del suicidio en el entorno escolar.

## **Palabras clave**

Suicidio, Salud Mental, Detección temprana, Factores de riesgo, Intervención educativa.

## **Abstract**

Suicide in childhood and adolescence is an increasing issue that requires early detection and effective intervention strategies within the school environment. The presence of individual, family, school, and social risk factors increases minors' vulnerability, while certain protective factors can reduce this risk. Schools play a crucial role in identifying warning signs and implementing prevention programs. The main objective of this study is to analyze the risk factors associated with suicide in the school environment to identify early detection strategies that help prevent this phenomenon. A literature review has been conducted, examining the effectiveness of suicide prevention programs in primary education and analyzing intervention models in the education field. The results highlight the importance of teacher training, the integration of protocols in educational institutions, and collaboration with mental health professionals. Although significant improvements have been observed, further studies are needed to enhance interventions and develop effective measures for suicide prevention in schools.

## **Keywords**

Suicide, Mental Health, Early Detection, Risk Factors, Educational Intervention.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El suicidio es un fenómeno que actualmente ha aumentado en el ámbito escolar y educativo, influyendo la salud mental y el bienestar del alumnado. Este trabajo de fin de grado tiene como objetivo, analizar los diferentes factores que influyen en el comportamiento suicida, además de identificar estrategias de intervención y prevención en el contexto escolar.

Se destacará la atención a las señales de alerta que pueden indicar la presencia de la ideación suicida y a las teorías que explican este comportamiento. Dentro del ámbito educativo se discutirán los factores de protección que puedan afectar, así como los programas de prevención efectivos.

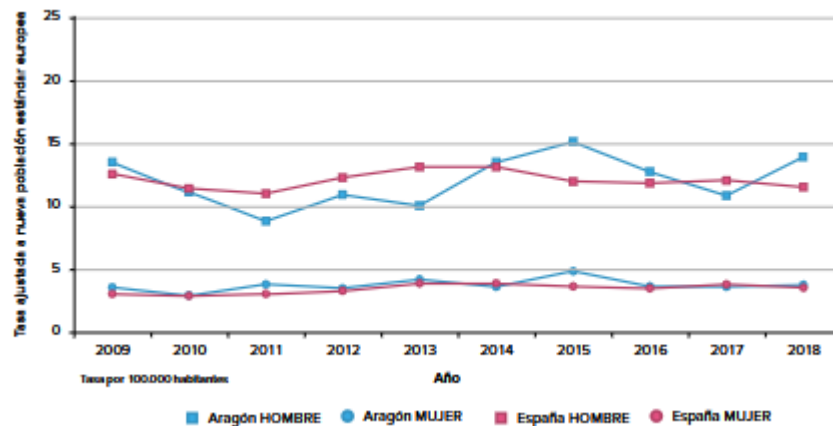
Además, se plantearán estrategias de intervención, enfatizando en lo que se debe y no se debe hacer al enfrentar casos de riesgo suicida en el centro escolar. Se tratará el proceso del duelo dentro del aula, enfocado a aquellos que han perdido a un ser querido por suicidio, un tema que no es tratado frecuentemente al hablar de esta problemática.

Por último, se planteará una visión general de los recursos en Aragón, destacando la importancia de la colaboración entre la comunidad, las familias y profesionales de la salud. Con este trabajo se busca contribuir en la comprensión y proporcionar estrategias para la prevención del suicidio en los centros.

### **1.1.Planteamiento del problema y justificación del tema**

Según el Gobierno de Aragón (2021), el suicidio entre la población más joven es una preocupación alarmante, en todo el mundo, y por ello en Aragón. Se ha situado entre las tres causas más frecuentes de muerte en jóvenes de 15 y 25 años, y la quinta causa de 5 a 14 años. Los suicidios por debajo de los 15 años son de naturaleza impulsiva, mientras que por encima de esta edad son por factores mentales o por consumo de tóxicos. Según el informe de Mortalidad publicado por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón (2020), las estadísticas revelan que en Aragón en 2018 los suicidios se encuentran entre las causas con mayor número de Años Potenciales de Vida Perdidos, y presentan una evolución irregular. De 2009 a 2018, ha habido un aumento del 3,1% en hombres y del 3,7% en mujeres (ver Figura 1).

Figura 1. Mortalidad por suicidios en Aragón y España (2009- 2018).



Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón (2020).

En el ámbito escolar, se debe identificar y responder a las señales de alerta que pueden indicar riesgo de suicidio. Sin embargo, la falta de formación específica y el estigma asociado a la salud mental dificulta la detección temprana y con ello una intervención efectiva.

La elección de investigar acerca del suicidio escolar en educación primaria se justifica por varias razones. En primer lugar, destacaría la importancia de la salud mental entre el alumnado más joven para desarrollar su bienestar. En segundo lugar, la identificación y comprensión de los factores de riesgo asociados permitirá diseñar e implantar programas de prevención específicos y efectivos. Por último, abordar el siguiente tema acotando a educación primaria, ayuda a centrar concretamente la atención del problema, buscando la prevención del suicidio escolar en estas edades tan vulnerables.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Definición y conceptualización del suicidio**

En la introducción a “El suicidio”, Émile Durkheim (1989) plantea que: “Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado”. En cuanto a la explicación sociológica, para Durkheim (1989), el suicidio era un hecho social que solo se puede explicar mediante otros hechos sociales.

Toda aquella conducta, generalmente consciente, que va encaminada hacia la destrucción, por acción u omisión, del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independientemente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida (Gutiérrez-García et al., 2006; Tovilla-Zárate y Genis Mendoza., 2012).

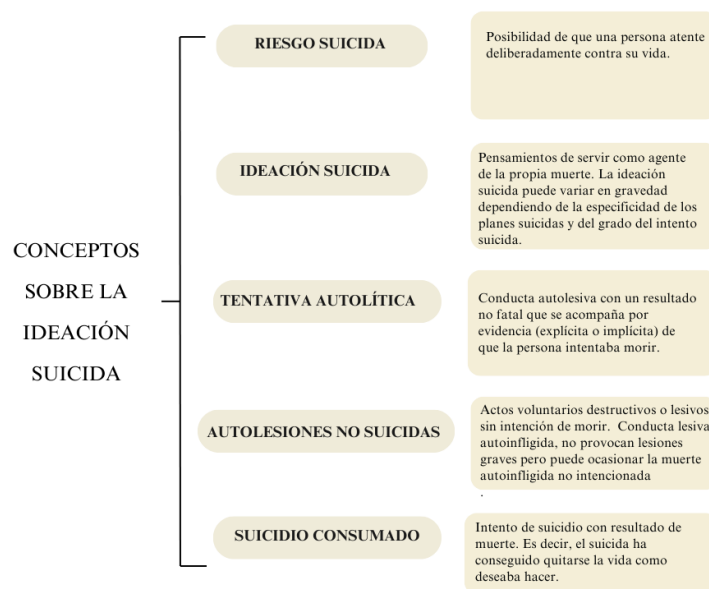
Según Abad y Granada (2024) el suicidio es un constructo artificial judicial, ya que se dicta a través de un forense,... Es una conducta que tiene detrás, o es expresión de un pensamiento, de unas emociones que existen. Se puede ver una parte aparente que llama mucho la atención, pero tras esto hay una realidad por debajo con un volumen importante y mucho más grande. Por ello, si solo vemos o atendemos lo aparente, a la conducta del malestar o del sufrimiento, fallamos en esa planificación de tener éxito. Es un fenómeno muy complejo, del cual no nos aproximaremos nunca a la totalidad de cada uno, es como una nebulosa, son muy individuales.

Cuando se aborda el tema del suicidio, se encuentra una realidad que involucra diversos fenómenos. Por ello, según el Centro de Atención Psicológica (CAPS Manizales, s.f.) es fundamental aclarar ciertos conceptos y establecer una terminología coherente, los cuales se muestran en la Figura 2 y se explican a continuación:

Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.

- *Riesgo de suicidio*: posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.
- *Ideación suicida*: pensamientos de servir como agente de la propia muerte. La ideación suicida puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad de los planes suicidas y del grado del intento suicida.
- *Tentativa autolítica*: conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir.
- *Suicidio consumado*: intento de suicidio con resultado de muerte. Es decir, el suicida ha conseguido quitarse la vida como deseaba hacer.
- *Autolesiones no suicidas*: actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos sin intención de morir. Es una conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia implícita de que la persona no tiene intención de matarse, puede no provocar lesiones graves o producir una muerte autoinfligida no intencionada. Se relaciona con la conducta parasuicida.

Figura 2. Conceptos sobre la ideación suicida



Nota. Estos conceptos describen distintos términos del suicidio abordando diversas realidades de este fenómeno. Elaboración propia.

Según García-Haro et al. (2020) el suicidio es una realidad que extravasa lo sanitario, es decir, se tiende a asimilar a una enfermedad mental, es cierto que hay ciertas enfermedades mentales que pueden favorecer a su conducta, pero no siempre va a ser así. La asociación entre suicidio y trastorno mental se debate desde la Organización Mundial de la Salud (2014) la cual expone que el 90% de los suicidios se deben a un trastorno mental.

Sin embargo, el trastorno mental no es una condición necesaria ni suficiente para el suicidio, que exista relación entre psicopatología y conducta suicida no autoriza a concluir que la psicopatología sea la “causa” del suicidio (Insel y Cuthbert, 2015).

Según Durkheim (1989), “el suicidio es un hecho social y, por ello, existen ciertos tipos de personas que son más proclives a suicidarse que otras... los índices de suicidio dependen de fuerzas sociales externas al individuo, y de la integración y regulación social”. Así distingue entre tres tipos de suicidio, el *suicidio egoísta*, el *altruista* y el *anómico*.

En primer lugar, el *suicidio egoísta*, se caracteriza por su vínculo con las causas sociológicas, llegando a la conclusión de: “El suicidio varía en razón inversa del grado de integración de la sociedad religiosa, doméstica, política... El suicidio varía en razón inversa del grado de integración de los grupos sociales de los cuales forma parte el individuo... si se conviene en llamar egoísmo a este estado en el que yo individual se afirma con exceso frente al yo social y a costas de este último, podemos dar el nombre de egoísta al tipo particular de suicidio que resulta de una individualización desmesurada. El individualismo no solo tiene por resultado favorecer la acción de las causas suicidógenas; es, por sí mismo, una causa de este tipo” (Durkheim, 1989).

El *suicidio altruista*, se define a partir del tipo de relación entre el individuo y la sociedad, según Durkheim (1989): “una individualización excesiva conduce al suicidio, una individualización insuficiente produce los mismos efectos. Cuando un hombre está separado de la sociedad, se mata fácilmente, y también se da “muy frecuente en los pueblos primitivos”. El suicidio altruista para Durkheim surge de una individuación rudimentaria, la escasez de individuación no significa que el suicidio altruista sea impuesto por la sociedad, sino que es facultativo, que el individuo puede llevarlo o no a la práctica. Este tipo de suicidio se caracteriza por tener un móvil de escasa relevancia:

“en estas mismas sociedades o en otras del mismo tipo, se observa frecuentemente que hay suicidios cuyo móvil inmediato y aparente es del más fútil” (Durkheim, 1989).

En cuanto al tercer tipo de suicidio, se trata del *anómico*, que según Durkheim (1989), requiere que un poder externo ejerza un control sobre las pasiones, control que solo puede ser moral. Cuando la sociedad está sacudida, no puede ejercer dicho control, lo que incrementa la tasa de suicidios. Según comenta Durkheim, cuando la sociedad está alterada, ya sea por un motivo doloroso o feliz, no puede ejercer la acción moral que controla al individuo, es entonces que se produce un alza brusca de suicidios, y un estado de desajuste en que las pasiones no pueden ser disciplinadas.

Durkheim (1989) concluye que “no hay un suicidio, sino suicidios... Las causas que lo determinan no son de la misma naturaleza en todos los casos : son incluso, a veces, opuestas entre ellas”.

En cuanto al elemento social del suicidio, es necesario destacar para comprender las misiones suicidas. Durkheim (1989) cita:

Se puede admitir que, en circunstancias idénticas, el degenerado se mate más fácilmente que el sujeto sano, pero no se mata necesariamente en virtud de su estado. La potencialidad que existe en él no puede traducirse en actos más que bajo la acción de otros factores, que es preciso investigar”.

Los suicidas no se matan necesariamente porque sufran alguna enfermedad, o porque se encuentren en una situación anómala respecto a su comunidad, requiere que esa situación se dé en el contexto social que determina que se pase al acto.

## **2.2. Epidemiología del suicidio en España y Aragón**

Ballesteros et al. (2022) muestra que, en 2019, el suicidio fue la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de los 15 a los 29 años a nivel mundial, con un total de 167.971 suicidios (10.196 en niños menores de 15 años y 157.751 en jóvenes entre 15 y 29 años). Esto representa una preocupante realidad que afecta a personas jóvenes en todo el mundo, aunque los suicidios no se limitan a los países de altos ingresos, más del 77% de los casos ocurrieron en naciones de ingresos bajos y medianos. Además, se ha observado un incremento leve en suicidios entre varones menores de 15 años durante 2015 y 2019.

Hablando de Europa, España ocupa el puesto 25 entre los países que proporcionan datos sobre suicidios en jóvenes de 15 a 19 años y el puesto 20 en suicidios entre menores de 15 años. Entre 2015 y 2020, los suicidios en menores de 29 años aumentaron un 3,3% en España, especialmente entre los menores de 15 años, registrándose en 2020 un total de 314 suicidios, incluyendo 14 en niños/as menores de 15 años y 300 jóvenes de 15 a 29 años. Aunque no se dispone de datos específicos para 2021, la Fundación ANAR atendió a 748 casos de menores de edad que estaban intentando quitarse la vida, evitando así un aumento significativo en la tasa de suicidios en estos grupos vulnerables.

En los últimos cuatro años disponibles (2017-2020), se han contabilizado 13, 7, 7 y 14 muertes por suicidio en menores de 15 años, mientras que en el grupo de 15 a 29 años se registraron 273, 268, 309 y 300 suicidios. Durante este mismo periodo, la Fundación ANAR pudo ayudar a 2.736 niños/as y adolescentes con conducta suicida (ideación e intento), de los cuales 930 ya habían iniciado la autolisis suicida cuando se pusieron en contacto con ANAR, evitando así un aumento significativo en la tasa de suicidios consumados en estos colectivos.

Por ello, es fundamental seguir trabajando en la prevención y el apoyo a quienes enfrentan situaciones de crisis emocional y riesgo suicida.

Respecto a cifras del 2021 en España, se registró un número histórico de suicidios, superando los 4.000 suicidios en un año, y duplicando el suicidio de menores de 15 años. En cuanto a chicos menores de 15 años, se duplicaron las cifras respecto a 2020, registrando 14 defunciones por suicidio (frente a 8 en el caso de las chicas). Entre los jóvenes de 15 a 29 años, hubo un total de 316 casos de suicidio, 237 hombres y 79 mujeres, entre este colectivo el suicidio es la principal causa de muerte frente a las 295 debidas a tumores o 299 por accidentes de tráfico (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022).

A las respectivas muertes por suicidio se deben añadir los intentos y la ideación suicida, según cálculos de la OMS, existirían unos 20 intentos por cada suicidio, significando que en un año podrían producirse 80.000 intentos de suicidio en España y entre dos y cuatro millones de personas tendrían ideación suicida. Además, el confinamiento provocado por el COVID-19 ha provocado un gran declive de la salud mental, como es en el caso de los niños y adolescentes. El confinamiento perjudicó a estos

grupos vulnerables con el exceso de los medios de comunicación o la pérdida de rutina, afectando así a su salud mental (Pedreira Massa, 2020).

En 2022, los suicidios de varones superaron las 3.000 defunciones, respecto a 2021 donde registraron un 2,3% más. Afortunadamente, han disminuido casi a la mitad los suicidios de niños menores de 15 años, de 22 en 2021 a 12 en 2022, algo destacable (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2023). Por otro lado, según datos del INE, se ha producido un aumento del suicidio adolescente (15 a 19 años), de modo que en 2021 se produjeron 53 suicidios (28 chicos y 25 chicas), mientras que en 2022 fueron 75 los jóvenes que fallecieron por esta causa (44 chicos y 21 chicas). También es preocupante el aumento de suicidios entre las mujeres de 15 a 29 años, aunque las muertes por caídas accidentales superan las producidas por suicidios, los datos definitivos vuelven a situarlos como la principal causa de muerte externa en España (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022).

Según el Instituto aragonés de la juventud (s.f), en su Guía de Detección, Prevención e Intervención en Casos de Ideación Suicida en el Ámbito del Ocio y Tiempo Libre, el suicidio en población joven no muestra una distribución equitativa según comunidades autónomas, donde de media más jóvenes se suicidan son Aragón, Cantabria y La Rioja, y donde menos, Extremadura, Andalucía y Cataluña. Además el Suicidio afecta tanto a personas de nacionalidad española como a personas extranjeras, en el 2022 se suicidaron 261 personas menores de 30 años de nacionalidad española (73,93%) y 92 personas menores de 30 años de procedencia extranjera (26,06%).

El análisis de casos del curso 2021-2022 (Gobierno de Aragón, 2021), muestra que el 70% de los casos es un perfil femenino con una media de edad de 13,7 años, donde los antecedentes por salud mental suponen el 71% de los casos, no siempre por patología. Se notifican 246 casos en la ESO lo que supone un 60%, con una gran tendencia en aumento en 2º de la ESO y gran caída en 1º de Bachillerato. Se debe destacar los seis cursos de primaria, donde la curva se desplaza hacia la izquierda, y la transición de 4º a 5º de primaria aumenta. Además se deberá atender a diferentes riesgos como la desestructuración familiar que supondrán el 43%, el acoso escolar que supone un 29%, el desarraigo sociocultural un 28%, la violencia un 23%, y la identidad de género un 11% (ver Figura 3).

Figura 3. Análisis de casos 2021-2022



Nota. Extraído de Gobierno de Aragón 27.04.2023, *08 Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo aragonés*, vídeo de YouTube.

### 2.3. Mitos y realidades

En relación con la problemática de la conducta suicida, especialmente entre los jóvenes, existen muchas creencias erróneas que distorsionan la comprensión del suicidio. Estas creencias, que no tienen ninguna base científica, deben ser eliminadas para que no perjudiquen la prevención del suicidio. Por lo tanto, se recogen los falsos tópicos relacionados con el suicidio infantil y adolescente.

Según Castellvi-Obiols et al. (2017), las ideas principales a trabajar son las siguientes:

- I. “Una vez que una persona ha tenido una tentativa de suicidio siempre será un suicida”.

Según M.<sup>a</sup> Ángeles Sánchez (2022), aunque los pensamientos suicidas puedan reaparecer no son constantes ni permanentes, además, el riesgo elevado de suicidio está ligado a situaciones específicas y tiende a ser temporal. Una persona con pensamientos suicidas o intentos suicidas en el pasado puede llevar una vida saludable y satisfactoria.

II. “Hablar sobre suicidio es una mala idea ya que puede desencadenar más suicidios”.

Según Jesús Padilla (2024), conferencia “Gritos de silencio: el suicidio entre adolescentes” de la Asociación Aragonesa de Psicopedagogía, para conseguir una adecuada prevención del suicidio, se ha de evitar abordar este tema de manera inexperta tal como “informar el método, el lugar, simplificar las causas” con la finalidad de no afectar a colectivos vulnerables.

III. “Solo las personas con trastornos mentales manifiestas conductas suicidas o todas las personas que se suicidan están deprimidas”.

Según el Gobierno de Aragón (2021), esta población sufre con mayor frecuencia suicidios que la población general, pero no toda persona suicida padece una enfermedad mental.

IV. “La mayoría de suicidios suceden de forma repentina y brusca sin ningún tipo de aviso o advertencia previa”.

M.<sup>a</sup> Ángeles (2022), afirma que la mayoría de suicidios son anticipados con señales de aviso, ya sean comportamentales o verbales. Aunque también suceden suicidios sin previo aviso.

V. “La persona que se suicida quiere morir o está determinada a morir”.

Según Prevensuic, un programa de divulgación formación y prevención de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, quien se suicida quiere dejar de sufrir, no quiere morir ni matarse, por ello la muerte es su única salida.

VI. “La gente que habla sobre suicidio no quiere decir que quiera hacerlo o, dicho de otro modo, quien amenaza con suicidarse nunca se suicida”.

Según Jesús Padilla (2024), conferencia “Gritos de silencio: el suicidio entre adolescentes” de la Asociación Aragonesa de Psicopedagogía, 8 de cada 10 personas que se han suicidado lo habían advertido previamente, por ello cuando existe sospecha se debe indagar tomando en serio las advertencias, sin considerarlo nunca un chantaje o manipulación, ya que si se escucha de manera asertiva encontrará un lugar seguro donde pedir ayuda.

Cuando estas falsas creencias en relación al suicidio infantil y adolescente han sido clarificadas y eliminadas del pensamiento común, es imprescindible identificar los distintos factores de riesgo y de protección, ya que la conducta suicida aumenta con los factores de riesgo y disminuye con los de protección.

#### **2.4. Teorías y modelos explicativos del comportamiento suicida**

Según ANAR (2022) en el estudio sobre la conducta suicida en la infancia y la adolescencia, existen diferentes teorías explicativas que abordan esta problemática, social, biológica y psicológica. Durkheim fue pionero en explicar el suicidio desde la teoría social, enfocándose en el nivel de integración y regulación de las personas en la sociedad. En el ámbito biológico, se sostiene que hay una predisposición que desencadena la conducta suicida en presencia del estrés psicosocial, destacando el papel de la noradrenalina y la serotonina. Desde la psicología, las explicaciones varían: la teoría psicoanalítica sugiere que el suicidio proviene de los impulsos inconscientes y un deseo de escapar del dolor psicológico. La psicología cognitiva del comportamiento, concretamente el enfoque de Beck considera el suicidio como un espectro entre el deseo de morir y en el de vivir, analizando la conexión entre depresión, desesperanza y pensamientos negativos. Por último, se propone que el suicidio puede ser aprendido y está relacionado con la depresión que resulta de experiencias y patrones de pensamientos negativos (Ordóñez Carrasco, 2021; Soto-Sanz et al., 2019).

Según la teoría interpersonal del suicidio (Van Orden et al., 2010) el suicidio aparece ante la idea del individuo de ser una carga para sí mismo, o para los demás, además comenta que falta una sensación de pertenencia, es decir se siente desconectado de cualquier círculo social o familiar. Con esto se incluye una especificación de una vía causal para el desarrollo del deseo suicida y de llevar a cabo intentos letales o casi letales.

Por su parte, el modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio (O'Connor y Kirtley, 2018) se divide en tres fases:

Fase pre-motivacional: esta fase se compone de factores biológicos, el ambiente y eventos vitales. Otro factor sería el perfeccionismo social, es decir, las expectativas irreales que creemos que otros tienen de nosotros. Según este modelo este perfeccionismo puede hacer que el individuo se sienta derrotado, relacionados con el dolor emocional.

Fase motivacional: aparición de la ideación suicida e ideación suicida. Esta se produce ante la percepción de sentirse derrotado, pérdida, humillación social, etc. Si esta sensación no se supera, aumenta la probabilidad de sentir atrapamiento, que implica desmotivación para escapar del estrés o la amenaza, lo que puede llevar a considerar el suicidio como una salida. En este paso de la derrota al atrapamiento hay factores que pueden intensificar como tener experiencias negativas previas, o mitigar, al ver una visión más positiva del futuro.

Fase volitiva: esta última fase identifica factores moderadores volitivos, encargados de regular la ideación o intención suicida a la acción. Estos factores pueden ser ambientales (disponibilidad de métodos para llevar a cabo el suicidio), sociales (influencia de otras personas que han intentado suicidarse) o psicológicos (antecedentes de autolesiones).

Otra teoría explicativa es la teoría de los tres pasos de Klonsky y May (2015). Esta teoría subraya la relevancia de la relación de la persona con su entorno en el comportamiento suicida. En los dos primeros pasos se explica cómo se desarrolla la ideación suicida, mientras que el tercero aborda la transición hacia la acción suicida. Los pasos son los siguientes:

Primer paso: Desarrollo de la ideación suicida .

El desarrollo de la ideación suicida comienza con el dolor, independientemente de su origen, este puede ser psicológico o emocional. Sin embargo, el dolor por sí solo no es suficiente para producir ideación suicida. La combinación de dolor y desesperanza es lo que hace que se desarrolle la ideación suicida, la desesperanza y el dolor son las dos motivaciones más comunes en los intentos de suicidio.

Segundo paso: Ideación fuerte e Ideación moderada.

Un gran paso hacia una conducta potencialmente letal es la falta de conexión, ya sea con otras personas, con el trabajo, etc. La ideación suicida puede aumentar según este grado de conexión, por otro lado también puede actuar como protección, al tener una buena conexión con la familia, amigos, intereses, esta ideación suicida no aumentará. El objetivo principal de esta conexión es proteger de la fuerte ideación suicida en aquellos que tienen un alto riesgo debido a ese dolor y desesperanza.

### Tercer paso: Progresión de la ideación a los intentos.

Tras el deseo de una persona de terminar con su vida, el siguiente paso es si hará un intento, el determinante clave de esto es si la persona tiene la capacidad para hacerlo. Se indican tres factores que contribuyen a esta capacidad:

- Disposicionales: impulsadas por la genética, como la sensibilidad al dolor o la fobia a la sangre.
- Adquiridos: habituación de una persona a sucesos relacionados con el dolor, miedo y la muerte a través de experiencias como abusos físicos, autolesiones.
- Prácticos: estos se relacionan con el acceso a medios letales, como el conocimiento farmacológico o las armas de fuego.

Por último, encontramos la teoría del Caos (Guerra Cid, 2018). Esta teoría se refiere a un sistema organizado con múltiples variables, por lo que no se puede prever el resultado final debido a una falta de relación entre la causa-efecto. En otros sistemas, el caos surge de interacciones, conexiones y retroalimentaciones, así como de micro procesos. Se puede ver que una acción puede tener varias consecuencias posibles, pero al interactuar con numerosas variables, el resultado es incierto. Se ilustra esto a través de “el efecto mariposa”, donde un pequeño evento puede desencadenar grandes cambios en el sistema, personales o familiares.

En la teoría del caos, cualquier circunstancia puede contribuir con el suicidio, si la persona no tiene la capacidad de manejarla adecuadamente. Un fracaso académico, una ruptura amorosa, o la muerte de un ser querido, pueden afectar a través del efecto mariposa, a provocar un colapso emocional y con ello la autodestrucción.

Lo más importante es como la persona enfrenta y vive esta situación, más que lo que desencadena. Alejandro Rocamora Bonilla (2022) sostiene que la conducta suicida es un proceso complejo y no lineal, que avanza y retrocede. Un factor desencadenante puede parecer trivial, pero la forma que se viva esa situación y como se afronte, puede ser decisivo para un suicidio.

Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.

Por ello, las razones que llevan al suicidio son diversas y no se reducen a una sola causa, lo que lleva al suicidio, son situaciones de soledad, desesperanza, angustia, etc. por lo que solo contempla la muerte como única.

### **3. OBJETIVOS**

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado (TFG) es analizar los factores de riesgo asociados al suicidio en el entorno escolar, con el fin de identificar estrategias de detección temprana que permitan prevenir este fenómeno.

Algunos de los objetivos específicos en los que se centrará el trabajo son:

1. Identificar los principales factores de riesgo asociados al suicidio en el entorno escolar.
2. Investigar los programas de prevención disponibles en los centros educativos de Aragón.
3. Plantear estrategias para la intervención y actuación del suicidio en el ámbito escolar.
4. Proponer herramientas de postvención ante el suicidio.

### **4. MÉTODO**

El diseño de este TFG corresponde a una revisión bibliográfica de tipo cualitativo, cuyo propósito es analizar los factores de riesgo asociados al suicidio en el entorno escolar y proponer estrategias de detección temprana y prevención. Este enfoque metodológico permite sintetizar y analizar la información existente en la literatura y comunidad científica, académica y profesional sobre el tema, ofreciendo una visión integral y fundamentada que pueda servir como base para futuras intervenciones en el ámbito educativo. Para abordar los objetivos planteados, se adoptará un enfoque descriptivo y analítico, identificando los temas recurrentes, relevantes y las tendencias, así como aquellos vacíos y controversias en la literatura.

#### **4.1 Estrategias de búsqueda y selección**

Para el diseño de este proyecto se ha realizado una búsqueda bibliográfica dotando de sentido al marco teórico de este trabajo de final de Grado, elaborando la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al suicidio y qué programas de prevención y estrategias de actuación existen en educación primaria?

Posteriormente se establecieron criterios para limitar la búsqueda, filtrando los artículos seleccionados para no alejar las referencias del objetivo general. Se añadieron a la búsqueda documentos sobre factores de riesgo, señales de alerta y estrategias de prevención e intervención en suicidio. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo de junio de 2024 a enero de 2025, a través de Guías, Protocolos de actuación y Jornadas. Por otro lado, se fueron excluyendo artículos relacionados con el suicidio en adultos.

#### **4.2 Criterios de selección**

Los estudios incluidos son estudios originales, basados en la evidencia y en experiencias prácticas relevantes, disponibles en Guías, Protocolos y Jornadas del Ministerio y Gobierno de Aragón. Además, estos resultados se ajustaron más incluyendo filtros en estas bases, utilizando límites de búsqueda como artículos por idioma (inglés y castellano), publicados desde el 2010 al 2024 y basados en alumnado de educación primaria.

Estos artículos seleccionados muestran distintos factores de riesgo, las estrategias a seguir, además de los programas de intervención.

Los criterios de selección aplicados fueron los siguientes:

- En relación con los participantes, la selección de la edad, buscando estudios relacionados con educación primaria descartando la adolescencia y la edad adulta.
- Descartando páginas web o foros, centrando la atención en documentos, jornadas, congresos, artículos y libros.
- Los estudios y artículos han sido seleccionados según el idioma, castellano e inglés, (aplicando el filtro mencionado anteriormente), de modo que si los

artículos en inglés trataban temas generales eran válidos, pero no lo eran si contenían datos concretos de esa región.

### **4.3 Análisis y extracción de datos**

En esta sección se describen los procedimientos empleados para analizar y extraer la información relevante de las fuentes seleccionadas durante la revisión bibliográfica. El objetivo fue identificar y organizar los datos necesarios para responder a los objetivos planteados en el trabajo. Así, los estudios se clasificaron según su relación con los factores de riesgo del suicidio en educación primaria, los programas de prevención disponibles, y las estrategias de intervención, actuación y postvención. Además, se empleó un análisis de contenido cualitativo, mediante el cual se identificaron patrones, tendencias y conceptos clave en las fuentes revisadas. Los datos fueron desglosados en unidades de análisis (frases, párrafos o secciones relevantes) y codificados según las categorías establecidas.

Para garantizar la calidad y pertinencia de los datos, se tuvo en cuenta la relevancia de la información (datos directamente relacionados con los objetivos del TFG), la evidencia científica (priorizando artículos revisados por pares, informes institucionales y documentos basados en investigaciones empíricas) y la contextualización (datos específicos del entorno educativo en España, con especial atención a la Comunidad Autónoma de Aragón, complementándolos con información de contextos internacionales que resulten comparables). Así, a partir de esta revisión, se elaborará una síntesis crítica que permita responder a los objetivos específicos del TFG, con especial énfasis en proponer estrategias prácticas para la detección temprana, prevención y postvención en el entorno escolar.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Factores de riesgo y señales de alerta**

La identificación de los factores que potencian notablemente el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la relación que tienen con la conducta del alumnado. Se ha de destacar que el hecho de que no presente ningún factor de riesgo no lo excluye de que presente esta conducta.

El suicidio y su tentativa se presenta en mayor medida en la adolescencia, y se nota un incremento a medida que los niños y niñas alcanzan esta franja de edad. En una encuesta realizada por Save the Children (2022), el porcentaje de niños y niñas entre 4 y 8 años con pensamientos suicidas era de un 2%, triplicando esta fracción en la adolescencia, alcanzando un 6% en niños/as de 13 y 16 años. Otro factor a tener en cuenta según Save the Children (2022) es el sexo, ya que los pensamientos suicidas incrementan con la edad, siendo más frecuentes en niñas a partir de los 13 años, un 7% de niñas frente a un 5% de niños.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2024) muestra estadísticas donde los varones presentan mayor número de suicidios frente a las mujeres con más tentativas. Exceptuando China, los hombres se suicidan más, pero las mujeres lo intentan en mayor medida. Según la OMS el rol femenino presenta factores protectores en lo que al suicidio respecta, como expresión emocional, verbalización de problemas, petición de ayuda (Puig de la Bellacasa Marfagón, s.f.).

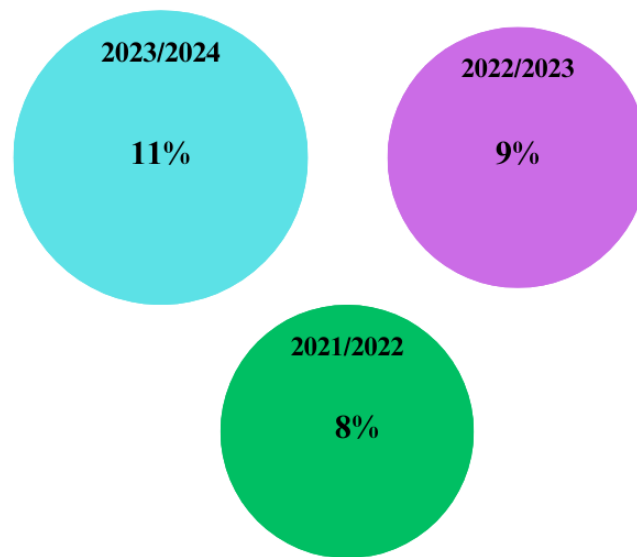
Según diversos artículos científicos publicados en revistas internacionales se observó que los factores que generan mayor riesgo son tener un trastorno afectivo previo, un intento de suicidio previo, el abandono escolar, consumo de alcohol o sustancias, ideación suicida previa, absentismo escolar, antecedentes familiares con el suicidio, trastorno de ansiedad, trastorno familiar con el consumo de alcohol o sustancias y ser víctima de maltrato infantil (Castellví et al., 2017).

### *Factores del individuo*

Estos factores implican que él o la joven haya sufrido algún acontecimiento vital estresante, como ser víctima de un abuso o maltrato.

La diversidad sexual influye en el riesgo de suicidio en niños y niñas, hay mayor incidencia de esta en varones que pertenecen al colectivo LGTBI o que entran en transiciones de género (Abad y Granada, 2024). Como se muestra en la Figura 6, esto ha aumentado en los últimos años.

Figura 6. Aumento de notificaciones por diversidad sexual 2021-2024.



Nota. Creación propia. Canva.

Según el Gobierno de Aragón (2021), se presentan distintos factores de riesgo personales que llevan al suicidio.

- La conducta suicida previa.
- Búsqueda de soledad y no participación en actividades grupales
- Dificultades para comunicarse en grupo
- No expresión de sentimientos u opiniones
- Dificultad para controlar los impulsos y baja tolerancia a la frustración.
- Presencia de enfermedad y/o dolor crónico.
- Discapacidad física
- Trastorno mental incipiente o diagnosticado, siendo más frecuentes los trastornos de ánimo, de conducta alimentaria, etc.

Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.

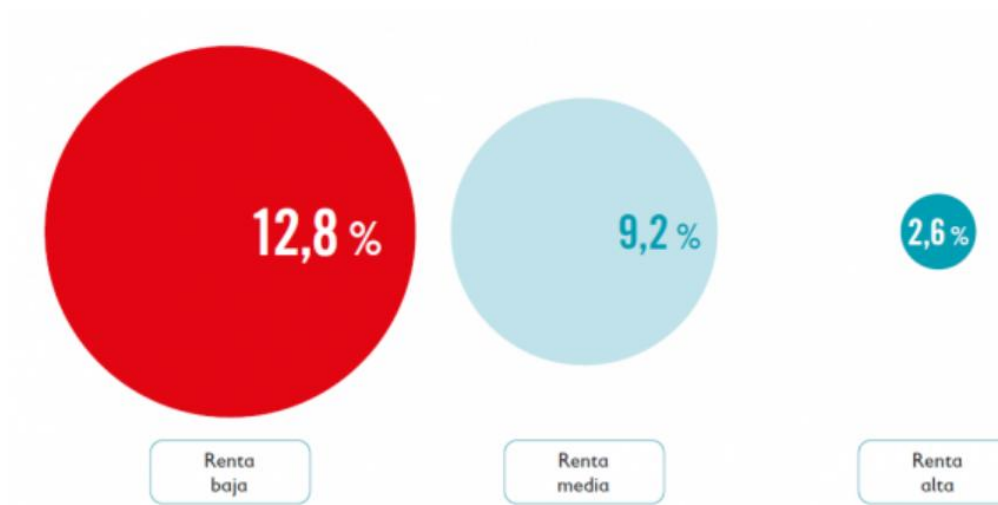
- Antecedentes de abusos sexuales, maltrato físico, psicológico.
- Embarazo no deseado.
- Acceso a medios o métodos letales (psicofármacos, armas, vehículos, maquinaria, productos tóxicos...).
- Autolesiones.
- Sucesos vitales estresantes: Muerte o pérdida de una persona querida, de un famoso al que admire, discusión o ruptura de pareja, de una relación de amistad.
- Consumo de alcohol y otras drogas.

### *Factores familiares*

Según Abad y Granada (2024), la desestructuración familiar conlleva un 51% de riesgo de suicidio, implicando separación o divorcios complejos, el fallecimiento de los progenitores, familias reconstituidas, la negligencia en los cuidados, etc. Además, también pueden influir los antecedentes de suicidio en la familia, que el entorno sea muy exigente, o que abusen de sustancias nocivas.

Save the Children (2022) destaca otro factor de riesgo preocupante con el suicidio del alumnado, el nivel de renta familiar. En los hogares con rentas más altas, el porcentaje de niños y niñas que han manifestado su intención de suicidarse es de 1,25%, este porcentaje se triplica al 4% en familias con rentas bajas (ver Figura 8).

Figura 8. Porcentaje de niños/as y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta por nivel de renta.



Nota: Extraído de: Save the Children (2022). Suicidios en Adolescentes en España: Factores de riesgo y datos.

En el “Estudio Longitudinal Nacional de la Salud Adolescente de los Estados Unidos”, realizado por Keyes et al., (2013), encontraron que el intento de suicidio era más común entre los adoptados en relación con los niños y niñas no adoptados. Los jóvenes adoptados pueden mostrar un deterioro del ajuste social asociado al escaso apego a las familias adoptivas, y en el caso de los niños y niñas adoptados internacionalmente, a la pérdida de la identidad cultural y a la discriminación étnica.

El intento de suicidio es más común entre los adolescentes que viven con padres adoptivos que entre los adolescentes que viven con padres biológicos (Slap et al., 2001).

Sin embargo, es importante destacar que la gran mayoría de los jóvenes adoptados no intentan suicidarse, y que los jóvenes adoptados y los no adoptados en este estudio, no difirieron en otros aspectos de la salud emocional y conductual. Además, es necesario recalcar que una alta conexión familiar disminuye la probabilidad de intentos de suicidio, independientemente del estatus adoptivo, y representa un factor protector para todos los niños y adolescentes (Slap et al., 2001).

Por su parte, el Gobierno de Aragón (2021), cita los siguientes factores de riesgo:

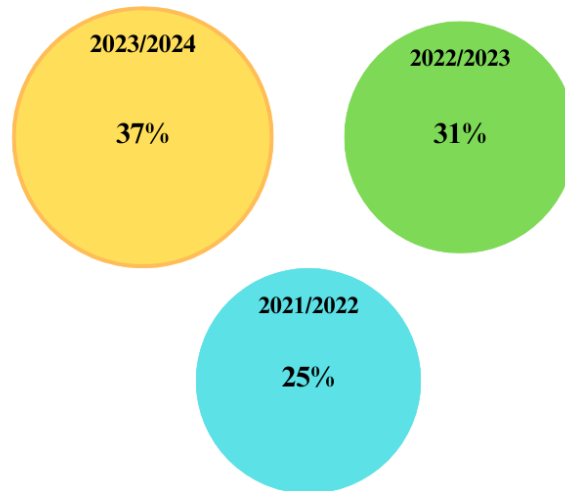
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Abuso de alcohol o sustancias en la familia.
- Historial familiar de trastornos de salud mental.
- Violencia en el ámbito familiar.
- Ruptura de los vínculos familiares.
- Factores de comunicación negativos dentro de la familia.
- Familia con altos niveles de exigencia y perfeccionismo.
- Pérdida traumática reciente de un miembro de la familia o de personas cercanas

En cuanto al impacto de la violencia familiar en la ideación suicida, se destaca que todo tipo de violencia, especialmente la que sucede dentro del contexto familiar, ejerce como factor de riesgo elevado para manifestar una conducta suicida durante la etapa adolescente (Ortiz et al., 2019). Esta idea fue apoyada por Kim (2021), ya que de diferentes variables estudiadas (la violencia escolar, la ira, la agresión y la depresión) la que más se asoció a la ideación suicida es la violencia doméstica.

#### *Factores escolares*

Según Abad y Granada (2024) en su Protocolo detección e ideación suicida en el ámbito educativo y al igual que se observaba en los anteriores factores, la violencia es un factor de riesgo del 37%, incluyendo en esta el abuso sexual (intrafamiliar), la violencia de género y el maltrato infantil. Incrementando cada año como se muestra en la Figura 4.

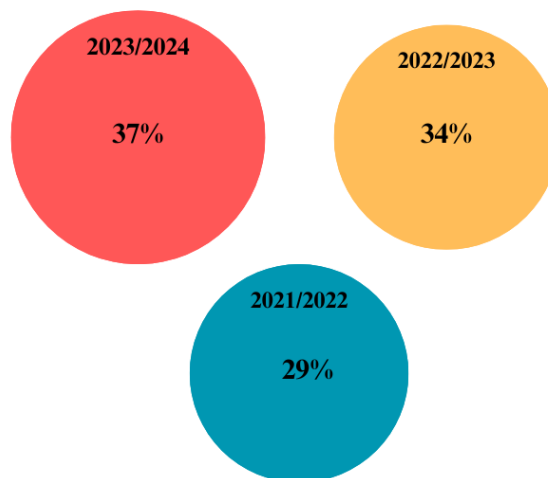
Figura 4. Diferencias en la frecuencia de la violencia en Aragón del 2021 al 2024.



Nota. Elaboración propia.

Se ha demostrado que el acoso entre iguales causa un 37% de riesgo, aumentando las alarmas ya que este acoso no termina cuando acaba la jornada si no que sigue a través de las redes sociales, potenciando y generando situaciones dolorosas para las víctimas. (Abad y Granada, 2024). Como se muestra en la Figura 5, el acoso entre iguales ha aumentado los últimos años.

Figura 5. Aumento del acoso entre iguales en Aragón desde 2021 hasta 2024.



Nota. Creación propia.

Por otro lado, según (Wang et al., 2019) el predictor más fuerte de suicidio en la adolescencia fue el aislamiento/rechazo de los pares, seguido de la negligencia emocional y luego el bajo nivel socioeconómico.

### *Factores sociales*

Es importante mencionar el factor de riesgo emergente que presentan las nuevas tecnologías, especialmente las redes sociales, no solo referido al *cyberbullying*, si no a la información, a los retos y juegos que están al alcance de los niños y niñas. Esta información puede ser peligrosa para los jóvenes más influenciables o que se encuentran en un momento de vulnerabilidad, exponiéndolos a violencia online, existen canales que sirven de formación, pero deben verse con un adulto para debatir del tema y explicar por qué a los más jóvenes (Save the Children, 2022).

### *Señales de alerta*

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010), las señales de alerta pueden proporcionarnos la oportunidad tanto a familia como a amigos e incluso a los profesionales, de intervenir y prevenir el suicidio de la persona.

Siguiendo lo recogido en el Gobierno de Aragón (2021), existen señales de alerta verbales y no verbales. Es importante identificar distintos síntomas y signos que pueden detectar el riesgo de suicidio, para poder aplicar pautas de prevención.

Las señales de alerta nos indican que la persona está teniendo pensamientos de quitarse la vida y su planificación de llevarlo a cabo. Se hace una clara distinción entre las verbales y las no verbales.

- Señales verbales:

1. Sentimientos de desesperanza con una visión de que no hay futuro o muy negativa.

“No va a mejorar nunca”, “ No tiene solución”

2. Sentimientos de desesperación de que no se puede soportar o tolerar más una situación o estado vital.

“La vida es un asco”, “No le veo sentido”.

3. Sentimientos de desamparo, considerando que no es importante para nadie, que estorba o que las cosas estarían mejor sin él o ella. Se siente culpa, vergüenza y odio hacia sí mismo.

“No sirvo para nada”.

4. Comentarios relacionados con la muerte.

“Me gustaría desaparecer”, “ Mi vida no tiene sentido”.

5. Conversaciones reiterativas sobre la muerte, realizar despedidas inusuales orales o escritas.

“Siempre te querré”, “ Últimamente me has ayudado mucho”.

6. Expresión abierta y directa sobre sus deseos de quitarse la vida, amenazando de hacerse daño o matarse.

Este pensamiento se manifiesta a distintos grados:

- No plantea la acción.
- Método indeterminado.
- Método específico, pero sin planificar.

Plan suicida concreto (alto riesgo suicida).

- Señales no verbales:

Una persona puede no verbalizar sus ideaciones suicidas, pero aun así pueden llegar a aparecer señales que indiquen su posible intención. Como pueden ser:

- La presencia de un evento desencadenante.
- Un cambio repentino en su conducta habitual, provocando mayor agresividad o por otro lado un periodo de calma o tranquilidad.
- Existencia previa de intento de suicidio. Mayor riesgo entre los tres a los seis meses posteriores.

Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.

- Búsqueda de mecanismos para hacerse daño.
- Actitud pasiva, aislamiento.
- Descuido apariencia física.
- Cerrar asuntos pendientes.
- Señales que puede presentar el alumnado tras el suicidio de un compañero/a:

Tras la pérdida de un compañero por suicidio, es crucial que los docentes estén atentos a las señales emocionales y conductuales que presente el alumnado. Entre las más usuales están el sentimiento de culpa, donde los alumnos se sienten responsables de la muerte y es necesario abordar estos pensamientos de manera inminente, ofreciendo apoyo y aclarando que no tienen la culpa. También pueden observarse cambios en el comportamiento, por lo que deben ser vigilados sin generar una alarma excesiva, pero acompañando constantemente.

El aislamiento social es otra señal frecuente, ya que algunos alumnos pueden volverse más reservados evitando actividades. Este comportamiento puede ser temporal y forma parte del proceso de luto, por lo que hay que ofrecer apoyo sin presionar. En casos más graves algunos alumnos pueden idealizar el suicidio, considerándolo algo valiente, lo cual debe corregirse, clarificando que el suicidio es una expresión de desesperación, no un acto heroico.

Otras señales de alarma incluyen hablar constantemente de la muerte, mostrando interés en métodos de suicidios, regalar objetos personales significativos o despedirse de manera inusual de sus amigos, indicando una crisis emocional. Estas conductas deben ser intervenidas por un profesional de manera inmediata. Gobierno de Aragón (2021).

## **5.2 Factores de protección**

Hernández et al. (2022) afirman que hay diversas circunstancias personales, familiares y sociales que reducen la probabilidad de que una persona tenga pensamientos, pueda intentar o lleve a cabo la conducta suicida. Cuantos más factores de protección presente una persona, menor será el riesgo de que intente suicidarse. Por ello, es fundamental fomentar estos factores para prevenir el suicidio.

Por su parte, el Gobierno de Aragón (2021), recoge los siguientes factores:

### *Factores personales*

- Fomentar competencias socioemocionales. Habilidades de comunicación, de resolución de problemas.
- Autoestima positiva.
- Impulsar respeto, solidaridad, cooperación.
- Sentimiento de aceptación y pertenencia a un grupo.
- Percepción de control.

### *Factores Familiares*

- Apoyo familiar, cohesión alta.
- Entorno familiar con personas de apego.

### *Factores escolares y sociales*

- Presencia de relación entre iguales.
- Relación positiva entre el docente y las personas de su entorno.
- Accesibilidad y confianza para hablar de temas complicados sin sentirse juzgado con su entorno social.
- Realizar actividad física, artística, etc.

### **5.3 Prevención del suicidio en la escuela**

#### **5.3.1. Programas de prevención en el ámbito educativo**

El Gobierno de Aragón (2021), argumenta que los centros educativos son entornos clave para la prevención y detección de conductas suicidas. Por ello, cada institución debe integrar protocolos, adaptándolos según sus características, en su Plan de Convivencia. Es esencial que los centros educativos comprendan la realidad de esta problemática, reconozcan sus factores de riesgo y señales de alarma, además de conocer procesos a seguir donde se incluyan quiénes deben actuar, cómo y cuándo. Para finalizar se debería implementar medidas generales que promuevan la prevención y el bienestar emocional del alumnado y de toda la comunidad educativa.

A continuación se enumeran actuaciones que favorecen el bienestar emocional del alumnado y la comunidad educativa (Gobierno de Aragón , 2021).

- Plan de Acción tutorial: incluye actividades educativas que complementan la enseñanza y promueven el desarrollo de los alumnos, centrándose en sus competencias socioemocionales, como la resolución de problemas. Con esto se ayuda al alumnado a mejorar su socialización, llevando a cabo acciones específicas relacionadas con dicho plan, como prevención de conductas suicidas recomendadas en el Anexo IX.
- Plan de Formación dirigido a los profesionales del ámbito educativo: que forma parte de la Estrategia general de Prevención del Suicidio en Aragón y tiene en cuenta tanto la Red Integrada de Orientación como al resto de profesorado.
- Estructuras de apoyo: se facilita la formación y seguimiento de estructuras de apoyo, como tutorías individualizadas o afectivas, así como alumnos ayudantes, Hermano mayor, Alumno Mediador, añadiendo así la figura del alumno de confianza.
- Educación inclusiva: este proceso está orientado a responder a la diversidad, incrementando la participación y reduciendo la exclusión.

- Educación emocional: se debe presentar de manera permanente en toda la formación a lo largo de la vida, logrando que el alumnado adquiriera mejor conocimiento de sus propias emociones e identifique las de los demás.
- Percepción del éxito académico: valorar más el esfuerzo que los resultados, entendiendo el éxito como el progreso en el aprendizaje que lleva al crecimiento y desarrollo personal, no como la obtención de sobresalientes calificaciones.
- Programas educativos que refuerzan la relación profesorado-alumnado: la participación del alumnado con baja autoestima y con ello bajo rendimiento escolar, mejora su bienestar emocional y su proceso de enseñanza aprendizaje.
- Apoyo institucional: planes de prevención y formación en la evaluación del riesgo suicida.
- Coordinación con otras administraciones y servicios: se relaciona con el ámbito del menor, la salud mental, para la sensibilización del centro educativo, favoreciendo así señales de alarma, en coordinación con otras entidades.

Planes de promoción de la salud escolar, por el gobierno de Aragón.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), la investigación ha mostrado la importancia de la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en los comportamientos suicidas. Así como la epidemiología ha ayudado a identificar factores de riesgo y de protección, observando variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio aumentando comportamientos suicidas o protegiendo contra estos.

En cuanto a políticas, 28 países tienen estrategias nacionales de prevención de suicidio, un ejemplo de ello es El Día Mundial para la Prevención del Suicidio organizado por la Asociación internacional para la prevención del suicidio cada 10 de septiembre. Además, muchos países han despenalizado el suicidio, lo que ha facilitado que, quienes tengan ideación suicida o bien realicen este comportamiento, soliciten ayuda.

Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.

Según Dumon y Portskey (2014), desarrollar programas de prevención de suicidio con el fin de ser eficaz y global, se debe integrar en la política de salud escolar y en el enfoque escolar integral.

La política de prevención de suicidio debe incluir estrategias de prevención que actúen a distintos niveles del entorno escolar:

- Alumnado: enfocado especialmente a los más vulnerables, a través de psicoeducación, de formación de habilidades, seguimiento de su salud, etc.
- Profesores/as y personal escolar: mediante la formación de responsables académicos, tutores, proporcionando un lugar de trabajo seguro y saludable.
- Entorno escolar: restringir el acceso a métodos letales, mantener una estrecha relación con los servicios de Salud Mental, mejorando el ambiente escolar (colaborando alumnado y familias).

Según Goldsmith (2002), existen estrategias de prevención escolar del suicidio (PSSP) que se categorizan en tres tipos:

1. Universales: programas dirigidos a toda la población escolar, de concienciación.
2. Selectivos: programas enfocados en identificar y atender a alumnado en riesgo.
3. Indicados: intervenciones específicas para alumnos/as con alto riesgo o comportamientos suicidas.

Por otro lado, según el Modelo de Tres niveles de Walker et al. (1996), existen 3 niveles superpuestos que representan un continuo de intervenciones que aumentan en intensidad de satisfacer las necesidades individuales de los alumnos/as.

#### *Estrategia 1. Programas Universales de Prevención del Suicidio.*

Según Mazza y Reynolds (2008), los programas universales de prevención del suicidio son los más utilizados en las escuelas y se centran en:

- Incrementar la conciencia sobre el suicidio.
- Proporcionar información sobre factores de riesgo y señales de advertencia.
- Desmentir mitos sobre el suicidio.

Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.

- Enseñar respuestas apropiadas a pares que puedan estar en contacto con alguien en riesgo.
- Identificar a jóvenes que puedan estar en riesgo de comportamiento suicida

Están diseñados para todo el alumnado, independientemente de su nivel de riesgo, el objetivo es aumentar las derivaciones para recibir tratamiento (Hendin et al, 2005).

La mayoría de los estudios sobre programas universales de prevención del suicidio se centraron en programas curriculares dirigidos a estudiantes. Aunque el espacio limita una discusión extensa de estos estudios, la mayoría de los programas fueron implementados dentro del contexto de clases de educación en salud (Ciffone, 1993, 2007; Kalafat y Elias, 1994; Shaffer et al., 1991).

Según Miller et al. (2009) aunque estos programas son ampliamente implementados, los programas universales revisados presentaban debilidades metodológicas, ya que solo el 30% utilizaban medidas fiables y válidas.

#### *Estrategia 2. Programas Selectivos de Prevención del Suicidio.*

Los programas selectivos de prevención se centran en subgrupos de alumnos/as que pueden tener mayor riesgo de comportamiento suicidas (Mazza y Reynolds, 2008).

- Adolescentes con problemas de salud mental.
- Varones nativos americanos.
- Jóvenes que tienen acceso a armas de fuego en casa.
- Estudiantes en riesgo de abandonar la escuela.
- Estudiantes que tienen familiares con trastornos afectivos o antecedentes de comportamientos suicidas

Existen programas como:

1. Columbia TeenScreen (Shaffer et al., 2004): cuestionario general autoaplicado, que evalúa los factores de riesgo de suicidio
2. Signs of Suicide (SOS): signos de suicidio mejora las habilidades para identificar señales de depresión y suicidio (Aseltine y DeMartino, 2004).

Según Randell et al. (2001), hablando de la calidad metodológica, los programas selectivos revisados demostraron características más sólidas en comparación con los programas universales. El programa Coping and Support Training (CAST) analizado

por Randell, Eggert y Pike (2001), demostró mejoras significativas en la autoestima, el control personal y el apoyo familiar.

### *Estrategia 3. Programas Indicados de Prevención del Suicidio.*

Según King et al., (2006), los programas indicados están dirigidos a los jóvenes que han mostrado comportamientos suicidas, intentos de suicidio previos o ideación suicida. A diferencia de los programas universales y selectivos, los programas indicados son más individualizados y específicos, aunque no hay estudios empíricos que evalúen estos programas en un contexto escolar.

Mazza y Reynolds (2008) desarrollan los siguientes programas:

1. Estrategias adaptativas para tomar decisiones: enseñar al alumnado a tomar decisiones saludables durante periodos de estrés.
2. Acceso a ayuda de emergencia: garantizar al alumnado asistencia inmediata en situación de crisis.
3. Soporte continuo durante la crisis: ofrecer seguimiento cercano y apoyo sostenido para prevenir nuevos intentos de suicidio.
4. Identificación de un adulto de confianza: ayudar al alumnado a identificar al menos un adulto confiable en la escuela al que pueda recurrir en momentos de necesidad.

Es importante destacar que, aunque no hay programas indicados específicos Mazza y Reynolds (2008), mencionan recursos que podrían adaptarse:

- Personalización basada en evidencia: terapia cognitivo conductual (TCC), ha demostrado ser eficaz en la reducción de ideación suicida.
- Protocolos de postvención: ofrecer pautas detalladas para manejar crisis después de un suicidio. Brock (2002).
- Entrenamiento de habilidades: programas de regulación emocional Mazza y Reynolds (2008).

Los programas indicados suelen ser individualizados, lo que dificulta investigaciones sistemáticas en contextos escolares, además, muchos de estos programas se llevan a cabo en entornos clínicos lo que supondría mayor exclusión en este contexto.

Según el estudio de Walsh et al. (2022), los programas escolares de prevención del suicidio (PSSP) son efectivos para reducir tanto la ideación suicida (SI) como los intentos de suicidio (SA) entre adolescentes. Comparados con los grupos de control:

- Las intervenciones redujeron la probabilidad de ideación suicida entre un 13% y 15%.
- Las probabilidades de intentos de suicidio disminuyeron entre un 28% y 34%.

La introducción de PSSP durante la adolescencia temprana puede abordar factores de riesgo como el inicio de problemas de salud mental y reducir las tasas de depresión escolar (Jozefowicz-Simbeni, 2008).

#### *Estrategia 4. Programas Escolares de Prevención y Efectividad.*

Los colegios pueden hacer uso de los programas de prevención existentes, con el objetivo de promover la salud mental y prevenir los suicidios.

- Question, Persuade and Refer (QPR): programa desarrollado en Estados Unidos que capacita a profesores y personal escolar para identificar comportamientos suicidas en estudiantes, mejorar sus habilidades de comunicación y motivar a los estudiantes en riesgo a buscar ayuda profesional. Incluyó presentaciones en PowerPoint, un manual de 34 páginas y tarjetas con contactos de servicios locales de salud (Tompkins et al., 2010).
- Youth Aware of Mental Health Programme (YAM): intervención universal diseñada para todos los estudiantes, que incluye: Este programa busca concienciar sobre la salud mental, abordar factores de riesgo y protección relacionados con el suicidio, y desarrollar habilidades para enfrentar situaciones de estrés y eventos adversos (Wasserman et al., 2012).
- Screening by Professionals (ProfScreen): intervención selectiva que utiliza respuestas de un cuestionario inicial para identificar a estudiantes en riesgo, quienes fueron evaluados por profesionales de salud mental y, si era necesario, derivados a servicios clínicos (Kaess et al., 2014).

- Linking Education and Awareness of Depression and Suicide, (LEADS): For Youth: conectando educación y concienciación sobre depresión y suicidio, mejorando los conocimientos sobre ello (Leite et al., 2011).
- Signs of Suicide (SOS): signos de suicidio mejora las habilidades para identificar señales de depresión y suicidio (Aseltine y DeMartino, 2004).
- More Than Sad (MTS): programa que educa en prevención del suicidio para profesorado y otros profesionales del colegio, diseñada para ayudar a comprender mejor las conductas suicidas de los niños/as, incluyendo causas, el tratamiento y la prevención. Se construye en base a dos DVDs de 25 minutos (American Foundation for Suicide Prevention, 2025).
- TeenScreen Program: consiste en un cuestionario general autoaplicado, que evalúa los factores de riesgo de suicidio de todo el alumnado del colegio (Columbia University, 1999). Se ofrece un cuestionario validado, que valorará el riesgo de padecer una enfermedad mental como el del suicidio. Cuando se identifica algún alumno/a con posible riesgo de suicidio, se evalúa por un profesional y finalmente se deriva a los servicios de salud mental. Un estudio de Gould et al. (2005) mostró que no había evidencia de efectos adversos en el cribado de suicidio y que podía ser considerado un componente seguro en la prevención del suicidio. Posteriormente (Gould et al., 2009), encontró que el cribado parecía incrementar la probabilidad de que los alumnos/as recibieran tratamiento si estaban en riesgo de trastornos de salud mental o suicidio.

El estudio de Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) (Wasserman et al., 2010), muestra la efectividad de los programas de prevención del suicidio ampliamente utilizados en las escuelas.

El programa YAM (Youth Aware of Mental Health), fue significativamente efectivo para reducir los intentos de suicidio y la ideación suicida severa, con más del 50% de reducción en ambos resultados a los 12 meses, en comparación con el grupo control. Por otro lado, ninguna de las otras dos intervenciones, QPR (Question, Persuade, and Refer) o ProfScreen (Screening by Professionals), mostró efectos significativos en la reducción de estos resultados (Wasserman et al., 2012).

Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.

El programa Signs of Suicide (SOS), había mostrado reducciones significativas en intentos de suicidio, pero solo a corto plazo (3 meses) y sin efectos claros en la ideación suicida (Aseltine y DeMartino, 2004). En comparación, YAM demostró un impacto sostenido hasta los 12 meses tanto en intentos como en ideación suicida severa, subrayando su eficacia a largo plazo (Tidemalm et al.2008).

Según Gould et al. (2009), las limitaciones del programa QPR, afectan a su efectividad debido a los signos de riesgo suicida, ya que a menudo son internos y no observables. Por otro lado, ProfScreen, se ve limitado por el estigma asociado a los problemas de salud mental, lo que reduce que el alumnado participe.

Los resultados de GBG, han sido positivos tanto a corto como a largo plazo, ya que reduce comportamientos agresivos, además de reducir factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Los alumnos/as que recibieron la intervención tenían la mitad de probabilidad de experimentar ideación e intentos suicidas en comparación con el grupo control. Este programa retraso el inicio de intentos de suicidio en mujeres y una disminución del riesgo en un 30% de intentos de suicidio (Wilcox et al., 2008).

La combinación de estos programas será más eficaz en la prevención del suicidio (Euregenas, 2014).

#### *Estrategia 5. Restricción del acceso a métodos letales.*

Es importante destacar la importancia de prestar atención al grupo vulnerable, vigilar su salud y proporcionar una atención extra, esto debe dirigirse tanto a alumnado como a profesores/as y personal del colegio (Euregenas, 2014).

Además, la posvención después del suicidio es una estrategia indispensable que aplicar para prevenir suicidios adicionales o comportamientos suicidas a futuro, ya que se puede reducir la probabilidad de otros suicidios si se aplican procedimientos adecuados de posvención. (Etzersdorfer y Sonneck, 1998; Gould, 2001). Por ello, restringir el acceso a métodos letales de suicidio es una de las acciones de prevención del suicidio con mayor apoyo de evidencia para la reducción de las tasas de suicidio (Mann et al., 2005; Sarchiapone et al., 2011).

En el contexto escolar es importante garantizar la limitación del acceso a métodos con los que el alumnado pueda cometer el suicidio (Euregenas, 2014):

- Prohibir el acceso a tejados y/o instalar vallas de protección.
- Hacer los pasillos y escaleras lo más seguros posibles.
- Asegurar las ventanas limitando la apertura o instalando bloqueos.
- Reducirlas posibilidades de acceder sustancias químicas o medicinas sin supervisión.

#### **5.4 Intervención y estrategias de actuación en el ámbito escolar**

##### *Estrategias de intervención temprana*

El suicidio es un fenómeno complejo, que abarca un aspecto privado y otro social, por un lado el aspecto privado constituye el derecho a la intimidad y el respeto a la situación que vive la familia y el grupo de referencia, y por otro, el aspecto social involucra a las instituciones relacionadas con la comunidad, las cuales deben estar correctamente informadas para establecer correctas acciones de prevención.

##### *¿Qué no hacer?*

Existen algunas líneas que no se deben cruzar, ya que ante una ideación suicida pueden empeorar la situación. (UNICEF Argentina, 2021).

Siempre se tomará en serio la información y las amenazas, sin minimizar y sin alarmar. No hay que dejar de tomar en serio ninguna información, ni minimizar el riesgo, aludiendo a que son llamadas de atención o que el tiempo hará que desaparezcan. Destacar que el trato hacia el alumno/a debe ser desde el entendimiento, no desde el reproche, evitando la crítica, los sarcasmos, o incluso el reto a hacerlo. No se debe juzgar ni verbalmente ni la manera verbal o no verbal, con comentarios como:” “Vas a hacerle mucho daño a tu familia...”, “No lo estas diciendo en serio”. Se debe evitar mostrar nuestro propio temor, aunque no se sepa cómo actuar, lo importante es hacer sentir a la persona escuchada y que se busque ayuda en cuanto pueda. Además, nunca se puede ocultar la información a la familia, aunque se solicite confidencialidad. Se deberá obtener el consentimiento del alumno/a mostrándole que se le va a ayudar. Por último, si ha habido una tentativa de suicidio las intervenciones en grupo no deben realizarse sin una formación adecuada (Gobierno de Aragón, 2021).

### *¿Qué hacer?*

Según la OMS (2014), formar a los profesionales para la detección de las señales de advertencia, bloquear el acceso a los medios para suicidarse, la intervención temprana de los trastornos mentales asociados (como la depresión o el alcoholismo) o sensibilizar a la población sobre el problema para reducir el estigma son, algunas de las principales medidas de prevención del suicidio a implementar a nivel global.

El estudio de Zalsman et al (2016) indica que existen una serie de actuaciones preventivas, concluyendo que no existe una estrategia única que supere a las demás, sino que es una combinación. Estas incluyen psicoeducación para reducir así el estigma y aumentar los conocimientos sobre el suicidio, ayudando a desarrollar habilidades para afrontar y buscar ayuda a la hora de resolver y reducir el riesgo del suicidio. Estos programas se realizan en la escuela, lugar clave para implementar estas estrategias, además de destacar la importancia de incluir en el proceso a los padres (Zalsman et al., 2016).

Una vez identificadas las distintas señales de alarma se debe distinguir entre situaciones de riesgo inminente y no inminente.

### *Riesgo inminente de conducta suicida*

El riesgo inminente de conducta suicida, implica que el alumno/a tenga un plan definido, acceso a medios para llevarlo a cabo y una ideación de realizarlo inmediatamente.

Existen distintos casos: por un lado, con agitación y rechazo a la comunicación y a recibir ayuda, y, por otro lado, sin agitación y con ello receptivo a la comunicación y a recibir ayuda (Gobierno de Aragón, 2021).

- Con agitación, rechazo a la comunicación y a recibir ayuda, deberemos actuar de la siguiente manera:

Según el Gobierno de Aragón (2021), el primer paso sería avisar al 112, durante el periodo de espera de llegada del 112 se recomiendan distintas actuaciones como: ofrecer un entorno seguro alejando de los medios lesivos, que solo una persona hable con el alumno, mantener constante contacto visual con el alumno, pedir permiso al acercarse, es decir, no invadir el espacio del alumno, no perder de vista su conducta no verbal ya que

pueden indicar un peligro, preguntarle que necesita, mantener una escucha activa y empática, mostrar que se le escucha y comprende. También se recomienda evitar que otros alumnos estén presentes. Como último paso se debería avisar a la familia o a sus representantes.

- Sin agitación, receptivo a la comunicación y a recibir ayuda, se deberá seguir los siguientes pasos.

En primer lugar avisar a la familia o representantes, durante la espera se recomiendan las siguientes actuaciones: acompañar a un espacio seguro y privado, que solo una persona hable con el alumno o alumna, el profesor/a de confianza u orientador/a. Se le debe preguntar qué necesita y no perder de vista sus conductas no verbales, además de mantener una escucha activa y empática, evitando que otros alumnos interfieran en la situación. Por último, se deberá derivar al servicio de urgencias del hospital de su sector y a Atención Primaria para que lo remitan a la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de referencia.

#### *Riesgo no inminente de conducta suicida.*

El alumno/a tiene ideación suicida pero no tiene un plan definido, tampoco cuenta con acceso a medios para llevarlo cabo ni tiene una idea de realizarlo de forma inmediata.

Por ello, se deberá notificar de manera inmediata al equipo directivo, que será el encargado de derivar el caso a la Red Integrada de Orientación y lo comunicará a Inspección de Educación y al Equipo de Orientación en Convivencia Escolar. Se deberá dejar por escrito esta derivación.

Tras realizar esta notificación, la orientadora o el docente de confianza hará una entrevista con el alumno/a. Tras haber valorado la situación y el riesgo suicida, la dirección del centro lo trasladará por correo a inspección de educación y al equipo de orientación educativa en convivencia escolar.

#### *Tras la detección de la posibilidad de ideación suicida.*

Si finalmente se ha detectado riesgo de ideación suicida, se implementarán inmediatamente medidas provisionales para garantizar la seguridad del alumno o alumna (ver Anexo I y Anexo II).

Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.

Se llevará a cabo una entrevista con la familia para trasladarles la información recogida, entregándoles una copia, en este se reflejará si se han observado pensamientos con planificación, pero no inmediatos, la derivación se realizará al servicio de urgencias del hospital de su sector, remitiendo a Atención Primaria para que deriven a la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de referencia. (Ver Anexo IV).

Por otro lado, si se han observado algunos pensamientos suicidas, pero no inmediatos y además sin planificación, se remitirá a Atención Primaria, para que se le derive a la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil.

Además, se deberá crear un equipo de seguimiento formado por; un miembro del equipo directivo, un profesional de la red integrada de orientación educativa, el profesor del alumno.

Por último, se diseñará, para su posterior implementación, un plan de supervisión, protección y apoyo del alumno, teniendo en cuenta tanto a nivel de centro como a nivel de alumnado (ver Anexo V).

#### *Intervenciones pertinentes para el sistema de salud*

La Organización Mundial de la Salud (2014), enumera las siguientes intervenciones:

##### 1. Políticas de salud mental

Se hace hincapié en proporcionar servicios de salud mental y asistencia social en entornos comunitarios, fortalecer los sistemas de información y la investigación sobre salud mental. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

##### 2. Políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol

Se presentan medidas para una prevención eficaz de suicidios, dando respuestas de los servicios de salud, políticas sobre la conducción de vehículos en estado de ebriedad, políticas de precios, reducción de consecuencias negativas de beber alcohol y de la intoxicación alcohólica. Actividades escolares de promoción de la salud o información dirigida a las personas vulnerables a través de profesionales de la salud ayuda a concienciar a la población (Organización Mundial de la Salud, 2014).

### 3. Acceso a la atención de salud

Cho et al. (2013) ofrece un tratamiento adecuado, inmediato y accesible de los trastornos mentales puede reducir el riesgo de comportamientos suicidas. Los conocimientos sobre salud mental deben estar incluidos en las estrategias y políticas de conocimientos sobre la salud.

### 4. Restricción del acceso a medios utilizables para suicidarse

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), los medios más frecuentes para cometer suicidios son intoxicaciones con plaguicidas, ahorcarse, disparar un arma de fuego o saltar desde cierta altura. por ello Yip et al. (2012) dice que restringir los accesos a estos medios es eficaz en la prevención, sobre todo en los suicidios impulsivos, ya que da más tiempo a la reflexión a quienes piensan en el suicidio.

### 5. Información responsable de los medios de difusión

World Health Organization (2010) comenta que el trato responsable de la información sobre suicidios en los medios ha demostrado la reducción de tasas de suicidio. Según la Organización Mundial de la Salud (2008), los principales aspectos para tratar dicho tema son; evitar dar descripciones detalladas de actos suicidas, evitar sensacionalismo y la exaltación, utilizar un lenguaje responsable, minimizar la prominencia de los informes de suicidio, evitar simplificaciones excesivas, educar al público acerca del suicidio y de los tratamientos disponibles y ofrecer información sobre los sitios donde se ayuda. Pirkis (2009) analiza la colaboración de los medios en la difusión de prácticas responsables de información es esencial para reducir la imitación de actos suicidas. Estas mejoras se consiguieron en Australia y Austria (Bohanna y Wang, 2012). Internet y las redes sociales pueden ser una estrategia universal en la prevención del suicidio, algunos sitios web ya están mostrando resultados pero hay pocos datos científicos sobre su eficacia de prevenir suicidios (Collin et al., 2011).

## **5.5 Recursos en Aragón**

Es de necesaria importancia conocer que en Aragón existen diversos recursos y servicios dedicados a prevenir el suicidio, tanto a nivel institucional como a través de organizaciones no gubernamentales.

Algunos de especial relevancia son:

Según el Gobierno de España. Ministerio de Sanidad (s.f.) la Línea 024 de atención a la conducta suicida, es un recurso que ayuda a las personas con pensamientos, ideaciones y riesgos de conducta suicida. Asimismo, se implica con la contención emocional de sus familiares a través de la escucha activa. Es un servicio de alcance nacional, gratuito y confidencial, disponible las 24 horas del día y los 365 días del año. El Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (2024), comenta que a través de la línea 024 se puede derivar al usuario al 112 si se detecta una crisis inminente. Existen casuísticas donde se contempla la activación de emergencias para preservar la salud y seguridad de la persona o de terceras personas, autolesiones no suicidas, verbalizaciones de riesgo vital para una tercera persona, sobre ingesta de medicación sin intención suicida, etc.

Teléfono de la esperanza Aragón: 976 232 828 que ofrece atención emocional las 24h del día. A continuación se enunciarán y explicarán distintas asociaciones sin ánimo de lucro dedicadas a cuidar la salud mental y prevenir el suicidio en Aragón.

La asociación LIANA trabaja en Aragón aplicando técnicas de Prevención del Suicidio y Conductas autolesivas. Esta asociación nace tras la creciente problemática que supone el suicidio en la salud pública, especialmente como la principal causa de muerte en la juventud. Además, se constata la ausencia de recursos psicológicos especializados en suicidio en la región. Esta asociación ofrece formación, charlas preventivas, terapia tanto individual como grupal, dirigida a las personas afectadas y sus familiares. Algunos de estos servicios son financiados por la propia asociación mientras que otros deben ser cubiertos por las personas interesadas.

En cuanto a la asociación Aragonesa pro Salud mental (ASAPME), esta fue impulsada por las familias de personas con enfermedades mentales. Su fin es proporcionar una respuesta integral, tanto sanitaria como social, a las personas afectadas por trastornos, sensibilizando a la sociedad y recordando a los poderes públicos la responsabilidad de

promover una atención global en salud mental. La asociación atiende a más de 1.200 personas, impulsando programas innovadores que fomentan su inclusión social y laboral. Su objetivo es divulgar conocimientos sobre la salud mental, ofreciendo una imagen realista de las personas afectadas y promoviendo hábitos saludables que contribuyan al bienestar mental.

AFDA (Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Trastornos Afectivos), es una entidad sin ánimo de lucro dedicada a mejorar el bienestar emocional y físico de las personas. Su objetivo principal es dar apoyo psicoterapéutico a quienes sufren de ansiedad, depresión y otras dificultades emocionales, ayudándoles a afrontar sus problemas de manera integral.

Por otro lado, la Asociación Paso a Paso Aragón está compuesta por personas sensibilizadas con la salud mental, incluyendo familiares y personas que atraviesan problemas relacionados con este ámbito. Su propósito es ofrecer apoyo a aquellos que tienen dificultades emocionales, promoviendo la visibilidad de la salud mental y del suicidio. Entre sus actividades destacan los grupos de ayuda mutua (GAM), especialmente para aquellos que están atravesando un duelo tras la pérdida de un ser querido por suicidio.

El grupo de madres y mujeres Arcoíris tiene como objetivo ofrecer apoyo a las madres y familias que han sufrido la pérdida de un ser querido, con especial atención a las madres que hayan perdido a un hijo. Este grupo ofrece apoyo emocional, moral y psicológico, ayudando a las personas afectadas a aprender a vivir sin la presencia de su ser querido. Entre las actividades que realizan se incluyen sesiones de relajación, talleres de crecimiento personal, charlas y actividades para fortalecer la autoestima, así como atención psicológica individual y grupal. (Asociación Aragonesa Madres y Mujeres ArcoIris, 2008).

## 5.6 El duelo

El duelo es la respuesta natural del ser humano ante la muerte de un ser querido, es un proceso complejo, una mezcla de sentimientos e ideas que lleva a un estado de confusión a los adultos y en especial a los/as niños/as (Brisach García y García Calvo, 2012).

La American Psychiatric Association (2005) define el duelo como una reacción a la muerte de una persona querida acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (tristeza, insomnio, pérdida de apetito, pero el estado de ánimo depresivo es considerado normal).

Según Echeburúa et al. (año) existen 4 fases del duelo:

Figura 8. Fases del duelo

FASES	MOMENTO	SÍNTOMAS
<i>Shock</i> o parálisis	Inmediato a la muerte	<ul style="list-style-type: none"><li>• Embotamiento afectivo</li><li>• Apatía</li><li>• Agitación</li></ul>
Dolor y alivio	Dos primeras semanas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aceptación de la muerte</li><li>• Pena y dolor</li><li>• Resignación</li></ul>
Resentimiento	Dos semanas a cuatro meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Depresión</li><li>• Ansiedad</li><li>• Irritabilidad</li></ul>
Recuerdo	Tres a doce meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inseguridad</li><li>• Reminiscencias del fallecido</li><li>• Pena</li></ul>

Nota: Recuperado de La resistencia humana ante los traumas y el duelo.

En los procesos de duelo el/la niño/a vive la comprensión de lo que significa la muerte de distinta manera según la edad y su nivel de razonamiento, se pueden manifestar sensaciones de angustia a la muerte, sentimientos de ira, deseos de que la persona fallecida regrese, etc. Si los/as niños/as tratan de negar la pérdida para evitar el dolor, conviene explicarles que es normal estar triste o llorar, que no es malo, si no natural y que puede aliviar (Egea Cid, 2011).

### - *El duelo en el aula*

Según Brisach García y García Calvo (2012), el momento en el que se produce la pérdida de algún ser querido se debe saber cómo dar la noticia a los/as niños/as y estar

alerta a sus demandas y necesidades. La muerte de un/a alumno/a o de un/a profesor/a afecta a los miembros del centro, causando gran impacto emocional, por ello, en estas situaciones hay que priorizar el apoyo de la comunidad educativa y de la red familiar. En algunos casos se opta por evitar contar a los alumnos/as estas experiencias traumáticas, llegando a apartarlos con el fin de proporcionarles un escenario de falsa protección, sabiendo que la realidad es que su ritmo de vida se modifica por completo.

“Poder llorar la muerte de un ser querido adecuadamente y afrontar la pérdida antes de que se produzca, en el momento en que ocurre y sobre todo después, hace que el niño/a no pueda sentirse culpable, deprimido, enojado o asustado. Cuando ayudamos a nuestros hijos a curarse del dolor que produce la herida emocional más profunda de todas –la muerte de un ser querido –, los estamos dotando de unas capacidades y una comprensión importantes, que le servirán para el resto de sus vidas” (Kroen, 2002).

Bolwby (1997), expuso que es habitual que después de una pérdida los niños/as manifiesten ansiedad, ya que estos temen volver a sufrir una nueva pérdida de alguna figura de referencia.

El centro escolar debe atender de manera inmediata a las necesidades del alumnado y por ello los/as profesores/as deben estar capacitados para coordinarse con las familias, escuchar sus sentimientos, fomentar espacios de comunicación, etc. Es conveniente que todo el profesorado conozca la situación, así el/la menor tendrá la ayuda de saber que sus profesores/as están cerca y puede contar con ellos/as. (Brisach García y García Calvo, 2012). Aspectos sobre cómo tratar el duelo en cada ciclo según Brisach García y García Calvo (2012):

Alumnado de Primer y Segundo ciclo:

- Comunicar la muerte lo antes posible, crear un clima de escucha y de tranquilidad antes de dar la noticia.
- Profesorado comparta sus sentimientos con el alumnado, para que los niños/as expresen los suyos.
- Evitar frases de: “los niños no lloran”, “ya eres mayor”, “tienes que ser valiente”, “no te pongas así”, “ahora tu eres el hombre de la casa”...

#### Alumnado Tercer ciclo:

- Ser paciente si los/as alumnos/as se muestran enfadados/as.
- Mostrar disponibilidad para que puedan expresarse.
- Animarles a seguir con su vida cotidiana.
- Asegurarles que vas a seguir cuando te necesiten.

Es imprescindible acompañar a la persona que sufre el duelo, esto puede resultar difícil ya que presentará emociones como ansiedad o tristeza, por ello hay que darle su espacio pero mostrarse disponible, evitando frases que puedan minimizar sus sentimientos. Valera Alcocer, López, Ramírez Bores et al., (s.f)

Además es necesario mantener la normalidad en el aula pero con flexibilidad, es fundamental tener en cuenta que su capacidad de atención y concentración va a disminuir a consecuencia de su dolor, por lo que su rendimiento probablemente sea menor, el/la profesora/a puede ayudar adaptando plazos de entregar o exámenes, esto será comunicado con todo el centro y la familia. (Egea Cid, 2011).

Por otro lado es imprescindible saber cómo dar la noticia, valorar qué persona es la más conveniente para comunicarlo, valorar el espacio, que sea tranquilo y privado, se deben respetar los silencios y los tiempos de asimilación, dejando que expresen sus sentimientos y facilitando un espacio para preguntas y dudas, adaptando el tiempo a sus estados de ánimo. Comunicar a un niño/a el suicidio de una persona especial de su entorno, donde quizá el docente este afectado puede suponer una tarea difícil, por ello, dudamos en usar la palabra “suicidio” para contarlo al alumnado. Los niños y niñas afrontan mejor la noticia cuando se les da la información de manera sincera, adaptando el vocabulario a su edad, siendo mejor si esta se la proporciona una persona en la que confía. Es importante que reciban una explicación sincera, ya que los/as niño/as tienden a crear sus propias historias, creando más confusión y miedo. Una explicación sincera aporta tranquilidad de que el suicidio no fue culpa suya, y calma sus pensamientos de haberlo podido impedir. Cortina (s.f)

## 6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo permitió analizar la detección temprana y los factores de riesgo del suicidio en el entorno escolar, destacando la importancia de identificar señales de alerta y de implementar estrategias de intervención y prevención.

Los resultados confirman que el suicidio es un fenómeno multifactorial influenciado por factores individuales, familiares, escolares y sociales. Estudios demuestran que la presencia de trastornos de la salud, antecedentes familiares de suicidio, violencia, acoso escolar y acceso a métodos letales constituyen factores de riesgo significativos (Castellví et al., 2017; OMS 2014). A nivel escolar, los programas de prevención escolar subrayan la necesidad de formar al profesorado y establecer protocolos claros de intervención (Goldsmith, 2002; Mazza y Reynolds, 2008).

El papel de la familia, el apoyo emocional dentro de la escuela y el desarrollo de habilidades socioemocionales en el alumnado han demostrado ser factores clave en la prevención. Por ello, estrategias de intervención como la educación emocional y la detección temprana han demostrado ser eficaces en la reducción de la ideación y los intentos de suicidio de la población joven (Hernández et al., 2022; Walsh et al., 2022).

Sin embargo, algunos estudios cuestionan la aplicabilidad de estos programas debido a diferencias contextuales, culturales y estructurales entre las instituciones educativas (Zalzman et al., 2016). Además, existe un debate sobre si la detección temprana puede generar un efecto contraproducente, estigmatizando al alumnado en riesgo o incrementando su angustia (Gould et al., 2009). Los resultados también han mostrado que la formación específica del profesorado es imprescindible, por lo que es fundamental que las instituciones educativas reciban apoyo institucional, fomentando la colaboración entre familias, profesionales de la salud mental y educadores/as. En las limitaciones del trabajo destaca la dependencia de fuentes bibliográficas y la ausencia de datos empíricos propios, ya que no se ha podido evaluar directamente la efectividad de los programas en un contexto educativo.

Para futuras líneas de investigación, sería beneficioso centrarse en desarrollar programas de formación específicos para el profesorado centrados en la detección temprana, estos deberían incluir metodologías de intervención adaptadas a la edad del alumnado, implementando herramientas tecnológicas que permitan monitorear

indicadores de riesgo de manera eficaz. Asimismo, sería fundamental que estuvieran basados en la evidencia y tomaran en cuenta los hallazgos de la presente revisión.

En conclusión, es fundamental seguir investigando estrategias de intervención adaptadas a las necesidades del alumnado, así como fomentar la colaboración interdisciplinaria para mejorar la efectividad de los programas de prevención en el ámbito educativo.

## 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, C., y Granada, M J.,(2024). Protocolo de detección ideación suicida en el ámbito educativo. [Conferencia] 1ª Jornada Análisis protocolo ideación suicida, Zaragoza, España. Recuperado de:  
<https://www.youtube.com/live/u0I3iG6S2WQ?si=uuBcGRkTS8ogcBdC>
- American Foundation for Suicide Prevention. (2025). More than sad. Recuperado de:  
<https://afsp.org/more-than-sad/>
- American Psychiatric Association. (2005). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) American Psychiatric Publishing.
- ASAPME (s.f) *Asociación Aragonesa Pro-Salud Mental*. Recuperado de:  
<https://asapme.org/>
- Aseltine, R. H., y DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446 -451.  
<https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.446>
- Asociación Aragonesa Madres y Mujeres ArcoIris. (2008). *Asociación Aragonesa Madres y mujeres Arcoiris*. Recuperado de:  
<https://madresymujeresarcoiris.blogia.com/>
- Asociación AFDA (s.f). *Inicio*. Asociación AFDA. Recuperado de:  
<https://asociacionafda.com/>
- Asociación Aragonesa de Prevención del Suicidio y la Conducta Autolesiva. (s.f). LIANA. Recuperado de: <https://suicidioaragon.es/>
- Ballesteros, B. et al (2022). *Estudio sobre conducta suicida en la infancia y la adolescencia 2012-2022*. ANAR. Recuperado de: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/12/Estudio-sobre-Conducta-Suicida-en-la-Infancia-y-la-Adolescencia-2012-2022.pdf>.
- Bohanna, I., y Wang, X. (2012). Media guidelines for the responsible reporting of suicide: A review of effectiveness. *Crisis*, 33(4), 190-198.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000137>
- Bowlby, J. (1997). *Pérdida: tristeza y depresión* (Vol. 3.) Paidós.
- Brock, S. E. (2002). School suicide postvention. En S. E. Brock, P. J. Lazarus, y S. R. Jimerson. *Best practices in school crisis prevention and intervention* (pp. 211–223). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Brisach García y García Calvo (2012). *Guía del duelo en el ámbito escolar*.

- Carr, W. (1995). Education and democracy: confronting the postmodern challenge. *Journal of Philosophy of Education*, 29, 75-91. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9752.1995.tb00342.x>
- Castellví, P.; Lucas-Romero, E.; Miranda-Mendizábal, A.; Parés-Badell, O.; Almenara, J.; Alonso, I.; Blasco, M. J.; Cebrià, A.; Gabilondo, A.; Gili, M.; Lagares, C.; Piqueras, J. A.; Roca, M.; Rodríguez-Marín, J.; Soto-Sanz, V., y Alonso, J. (2017). “Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis”, *Journal of Affective Disorders*, Jun;215:(37-48). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>
- Centro de Atención Psicológica (CAPS Manizales). (s.f.). *Glosario en la ideación suicida*. Recuperado de: <https://capsmanizales.com/files/3a.-Glosario-en-la-ideacion-suicida.pdf>
- Ciffone, J. (1993). Suicide prevention: A classroom presentation to adolescents. *Social Work*, 38, 197–203.
- Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Social Work* 52 (1), 41–49. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.41>
- Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH, Kim, C., Shin, D. C., y Jung, S. H. (2013) Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46 (3), 147-154. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.3.147>
- Collin PJ, Metcalf AT, Stephens-Reicher JC, Blanchard ME, Herrman HE, Rahilly K y Burns, J. M. (2011). ReachOut.com: the role of an online service for promoting help-seeking in young people. *Advances in Mental Health*, 10 (1), 39-51. <http://dx.doi.org/10.5172/jamh.2011.10.1.39>
- Columbia University TeenScreen Program. (s.f.) Columbia TeenScreen Program. The Carmel Hill Center at the Division of Child and Adolescent Psychiatry, Columbia University. Recuperado de: <https://cdn.ymaws.com/www.safestates.org/resource/resmgr/imported/CS1-Columbia%20Teen%20Screen%20Program.pdf>
- Cortina (s.f) Guía y orientaciones para la atención al duelo desde los centros educativos. Ministerio de Educación Cultura y Deporte, Gobierno de España.

- Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón (2020). *Mortalidad en Aragón 2018*. Recuperado de: <https://www.aragon.es/-/registro-de-mortalidad>
- Dumon, E., y Portskey, G. (2014). *Euregenas. Directrices de actuación para la prevención, intervención y postvención del suicidio en el entorno escolar*. Asociación Española de Psicología y Salud. Recuperado de: <https://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2016/09/Guia-prevencion-suicidio-entornos-escolares.pdf>
- Durkheim, É. (1989). *El suicidio*. Ediciones AKAL
- Echeburúa, E., Corral, O., y Amor, J. (1995). *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, Ardurra Paliatiboetarako Euskal Elkarte; Fundación Paliativos sin Fronteras. Recuperado de: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/RESISTENCIA-A-LAS-PERDIDAS-ECHEBURUA-1.pdf>
- Egea Cid, A. (2011). *Explícame que ha pasado, Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños*. Fundación Mario Losantos del Campo. Recuperado de: [https://www.psie.cop.es/uploads/GuiaDueloFMLC\[1\].pdf](https://www.psie.cop.es/uploads/GuiaDueloFMLC[1].pdf)
- Etzersdorfer, E., y Sonneck, G. (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Vietnamese experience. *Archives of Suicide Research*, 4, 67–74. <https://doi.org/10.1080/13811119808258290>
- Fundación Española para la prevención del suicidio. (2013). *Observatorio del suicidio 2022*. Fundación de la salud mental y la educación. Recuperado de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>
- García-Haro et al., (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 139-148. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- Gobierno de Aragón (2021). *Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo. Guía para centros escolares protocolo de actuación inmediata*. *Septiembre de 2021*. Gobierno de Aragón. Recuperado de: <https://educa.aragon.es/documents/20126/1903385/Gu%C3%ADa+Preveni%C3%B3n+Suicidio+FINAL+web.pdf/e47b2d60-4079-404f-0976-e10b2790b58a?t=1632811010706>
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad (2024). *Informe mensual abril 2024 Línea 024*. Recuperado de: [https://www.sanidad.gob.es/linea024/docs/Informe\\_abril\\_2024.pdf](https://www.sanidad.gob.es/linea024/docs/Informe_abril_2024.pdf)

- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. (s.f.). *Línea 024: Teléfono contra el suicidio y la autolesión*. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Consultado en diciembre de 2024. Recuperado de: <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>
- Goldsmith, S.K. (2002). Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: a meta-analysis and meta-regression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (3), 331-348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13598>
- Gould, M. S. (2001). Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 200-224. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05807.x>
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., et al. (2005). Evaluating inatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293 (13), 1635-1643. <https://doi.org/10.1001/jama.293.13.1635>
- Gould, M.S., Marrocco, F.A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L. y Altschuler, E. (2009). Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 48(2), 114-119. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181bef6d5>
- Guerra Cid, L. R. (2018). *Palos en las ruedas: Una perspectiva relacional y social sobre porqué el trauma nos impide avanzar*. (1a ed). Octaedro.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., y Orozco- Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.
- Hendin, H., Brent, D. A., Cornelius, J. R., Coyne-Beasley, T., Greenberg, T., Gould, M., et al. (2005). Youth suicide. In D. L. Evans, E. B. Foa, R. E. Gur, H. Hendline, C. P. O'Brien, M. E. P. Seligman, y B. T. Walsh (Eds.), *Treating and preventing adolescent depression and suicidal behaviors*. (pp. 121-140). Oxford University Press.
- Hernández Briongos, N., Gómez Romero, M., Caballero Escalada, R. y Diez Saiz, J. (2022). *Guía de prevención del suicidio. Protocolo de actuación en conductas autolíticas*. Federación Salud Castilla y León. Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/guia-prevencion-suicidio-salud-mental-cyl/>

- Insel, T.R. y Cuthbert, B.N. (2015). Brain disorders, precisely. *Science*, 348 (6234), 49-50. <https://doi.org/10.1126/science.aab2358>
- Jozefowicz-Simbeni, D. M. H. (2008). An ecological and developmental perspective on dropout risk factors in early adolescence: Role of school social workers in dropout prevention efforts. *Children & Schools*, 30(1), 49–62. <https://doi.org/10.1093/cs/30.1.49>
- Kaess M., Brunner, R., Parzer, P., et al. (2014). Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 23, 611–20. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0490-y>
- Kalafat, J., y Elias, M. (1994). An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 224 –232.
- Keyes, M., Malone, S., Sharma, A., Iacono, W., y McGue, M. (2013). Risk of suicide attempt in adopted and nonadopted offspring. *American Academy of Pediatrics*, 131(4), <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3251>
- King, C. A., Kramer, A., Preuss, L., Kerr, D. C., Weisse, L., y Ventkataraman, S. (2006). Youth-nominated support team for suicidal adolescents (Version 1): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 518 –520. [10.1037/0022-006X.74.1.199](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.199)
- Kim, J. M. (2021). Development of Structural Model on Suicidal Ideation in Adolescents Exposure to Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3215. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063215>
- Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015). *The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “Ideation-to-Action” framework*. International. *Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/3ST.pdf>
- Kroen, W. C (2002). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. Ediciones Oniro, S.A.
- Leite, A., Idzelis, M., Reidenberg, D., Roggenbaum, S., y LeBlanc, A. (2011). *Linking Education and Awareness of Depression and Suicide (LEADS): An evaluation of a school-based suicide prevention curriculum for high school youth*. Suicide Prevention Resource Center. Recuperado de: <https://sprc.org/wp-content/uploads/2023/01/LEADS-For-Youth-NREPP-Legacy-Listing.pdf>
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz,

- W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Värnik, A., Wasserman, D., Yip, P., y Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies, A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Mazza, J. J., y Reynolds, W. M. (2008). School-wide approaches to prevention of and intervention for depression and suicidal behaviors. In B. Doll y J.A. Cummings (Eds.), *Transforming school mental health services* (pp. 213–241). Corwin Press.
- Miller, D. N., Eckert, T. L., y Mazza, J. J. (2009). Suicide prevention programs in the schools: A review and public health perspective. *School Psychology Review*, 38(2), 168-188. <https://doi.org/10.1080/02796015.2009.12087830>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2010). La conducta suicida. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Laconductasuicida.pdf>
- O'Connor, R.C. y Kirtley, O.J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Organización Mundial de la Salud; (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. OMS. Recuperado de: <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/prevencion-suicidio-oms.pdf>
- Ordóñez Carrasco, J. (2021). *Ideación suicida: Conceptualización y aspectos de la medida*. (p. 1) [Tesis doctoral, Universidad de Almería]. Universidad de Almería. Recuperado de: <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/12138/01.%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ortiz, E., Meza, M. y Cañón, S. (2019). Determinación de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Collection of Articles on Medicine*. Recuperado de: [https://www.scipedia.com/public/Ortiz\\_et\\_al\\_2019a](https://www.scipedia.com/public/Ortiz_et_al_2019a)

- Padilla, J. (Dir.) (2024). *Gritos de silencio: el suicidio entre los adolescentes*. [Vídeo]. Asociación Aragonesa de Psicopedagogía. Celebrado en Zaragoza, 21 de marzo de 2024. Recuperado de: <https://youtu.be/J4ut8-nkkLk?si=0pO8WwUjRwkprkfW>
- Pedreira Massa, J. L. (2020). *Salud Mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la salud pública*. Ministerio de Sanidad. Recuperado de: [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/revista/vista\\_cdrom/VOL94/C\\_ESPECIALES/RS94C\\_202010141.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista/vista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202010141.pdf)
- Pirkis J. (2009). Suicide and the media. *Psychiatry*, 6(1), 29-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.04.009>
- Puig de la Bellacasa Marfagón, E. (s.f.). Suicidio y género. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de: [https://copmadrid.es/webcopm/recursos/Suicidio\\_y\\_genero.pdf](https://copmadrid.es/webcopm/recursos/Suicidio_y_genero.pdf)
- Randell, B. P., Eggert, L. L., y Pike, K. C. (2001). Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(1), 41– 46. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.41.21308>
- Rocamora, A. (2022). *Las tres caras de la conducta suicida*. RedAIPIS-FAeDS. Recuperado de: <https://www.redaipis.org/las-tres-caras-de-la-conducta-suicida-alejandro-rocamora>
- Sánchez, M. A (2022). Suicidio en adolescentes: lo que deben saber los progenitores. *Pymes Magazine*. Recuperado de: <https://pymesmagazine.es/actualidad/suicidio-en-adolescentes-lo-que-deben-saber-los-progenitores/>
- Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., y Roy, A. (2011). Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(12), 4550-4562. <https://doi.org/10.3390/ijerph8124550>
- Save the Children. (2022, febrero 8). Suicidio en Adolescentes en España: Factores de riesgo y datos. *Save the Children*. Recuperado de: <https://www.savethechildren.es/actualidad/suicidios-adolescentes-espana-factores-riesgo-datos>
- Shaffer, D., Garland, A., Vieland, V., Underwood, M., y Busner, C. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 588-596. <https://doi.org/10.1097/00004583-199107000-00010>

- Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., Maslow, C., Hicks, R., Lucas, C. P., et al. (2004). The Columbia suicide screen: Validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 71–79. [10.1097/00004583-200401000-00016](https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00016)
- Slap, G., Goodman, E., y Huang, B. (2001). Adoption as a Risk Factor for Attempted Suicide During Adolescence. *Pediatrics*, 108(2), e30. <https://doi.org/10.1542/peds.108.2.e30>
- Soto-Sanz V., Piqueras, J.A., Rodríguez-Marín, J., Pérez-Vázquez, T., Rodríguez-Jiménez, T., Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Blanco, M.J., Cebriá, A., Gabilondo, A., Gili, M., Roca, M., Lagares, C., Alonso, J., (2019) Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema*, 31(3):246-254. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.339>
- Tidemalm D, Langstrom N, Lichtenstein P, Runeson B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*, 337: a2205. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2205>
- Tompkins TL, Witt J y Abraibesh, N. (2010). Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 506-515. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.506>
- Tovilla-Zárate, C. A., y Genis Mendoza, A. D. (2012). Los genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 52-58.
- UNICEF Argentina. (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias*. Argentina. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/11246/file/Abordajeintegraldelsuicidioenlasadolescencias.pdf>
- Valera Alcocer, López, Ramírez Boreas et al., (s.f) *Duelo en el ambiente escolar*. *Servicios de Atención psiquiátrica*. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/816624/DUELO\\_EN\\_EL\\_AULA.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/816624/DUELO_EN_EL_AULA.pdf)

- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., y Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Walsh, E.H., McMahon,J., y Herring,M.P. (2022). Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: a meta-analysis and meta-regression. *Journal of Child Pshycology and Psychology and Psychiatry*, 63(2), 127-138. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13598>
- Wang, Y., Sun, J., Lin, P., Zhang, H., Mu, G., y Cao, F. (2019). Suicidality among young adults: Unique and cumulative roles of 14 different adverse childhood experiences. *Child Abuse y Neglect*, 98, 104183. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104183>
- Walker, H. M., Horner, R. H., Sugai, G., Bullis, M., Sprague, J. R., Bricker, D., et al. (1996). Integrated approaches to preventing antisocial behavior patterns among school-age children and youth. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4(4), 193–256. <https://doi.org/10.1177/106342669600400401>
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Bracale, R., Brunner, R., Bursztein-Lipsicas, C., Corcoran, P., Cosman, D., Durkee, T., Feldman, D., Gadoros, J., Guillemin, F., Haring, C., Kahn, J. P., Kaess, M., Keeley, H., Marusic, D., Nemes, B., Postuvan, V., Reiter-Theil, S., Resch, F., Sáiz, P., Sarchiapone, M., Sisask, M., Varnik, A., y Hoven, C. W. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 192.<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-192>
- Wasserman, C., Hoven, C.W., Wasserman, D., et al. (2012) Suicide prevention for youth—a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12: 776 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-776>
- Wilcox, H.C., Kellam, S.G., Brown C.H., Poduska, J., Ialongo, N.S., Wang, W., & Anthony, J.C. (2008). The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend*, 95(3), 206-217. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.01.005>

- World Health Organization. (2008). *Preventing suicide: A resource for media professionals*. World Health Organization. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076846>
- World Health Organization. (2010). *Towards evidence-based suicide prevention programmes*. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Recuperado de: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/207049/9789290614623\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/207049/9789290614623_eng.pdf?sequence=1)
- Yip, P.S., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S.S., Wu, K.C.C. y Chen, Y.Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*, 379(9834), 232-241. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60521-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60521-2)
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Hoschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30030-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30030-x)

Detección temprana y factores de riesgo del suicidio: un análisis en el entorno escolar.

## 8. ANEXOS

### ANEXO I

## COMUNICACIÓN AL EQUIPO DIRECTIVO DE UN POSIBLE CASO DE IDEACIÓN SUICIDA

DESCÁRGALO EN: <https://educa.aragon.es/web/guest/-/documentosprevencionsuicidio>



Guía de actuación inmediata  
ante posible caso de Ideación  
suicida en el ámbito escolar

### ANEXO I

#### COMUNICACIÓN AL EQUIPO DIRECTIVO DE UN POSIBLE CASO DE IDEACIÓN SUICIDA

CENTRO:	CÓDIGO:
LOCALIDAD Y PROVINCIA:	CURSO ESCOLAR:
Breve descripción de los hechos:	
Fecha de detección del riesgo:	
Persona que comunica el caso:	
<input type="checkbox"/> Alumno/a.	<input type="checkbox"/> Familia o tutores legales.
<input type="checkbox"/> Profesor/a tutor/a.	<input type="checkbox"/> Orientador/a.
<input type="checkbox"/> Profesor/a.	<input type="checkbox"/> Otro (especificar)
<input type="checkbox"/> Personal de Administración y Servicios.	<input type="checkbox"/> Anónimo.
Datos de identificación de persona en riesgo (Indicar NOMBRE, APELLIDOS, ETAPA/CURSO, EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO)	
Observaciones y otros datos de interés	
Se adjunta documentación: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Indicar tipo:	

D/D:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Firma:

REGISTRO DE ENTRADA	RECEPCIÓN DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO
	En _____, a _____ de _____ de 20____  Fdo. El/a Director/a del centro  D/D:

La Dirección del centro remitirá copia a Inspección de Educación y al Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar	
Inspección de Educación	Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar
Zaragoza: <a href="mailto:inszaragoza@aragon.es">inszaragoza@aragon.es</a> Huesca: <a href="mailto:stlebu@aragon.es">stlebu@aragon.es</a> Teruel: <a href="mailto:edulns.teruel@aragon.es">edulns.teruel@aragon.es</a>	<a href="mailto:equipoconvivencia@aragon.es">equipoconvivencia@aragon.es</a>

ANEXO I - COMUNICACIÓN AL EQUIPO DIRECTIVO DE UN POSIBLE CASO DE IDEACIÓN SUICIDA

## ANEXO II

### VALORACIÓN DE LA POSIBLE SITUACIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA

DESCÁRGALO EN: <https://educa.aragon.es/web/guest/-/documentosprevencionsuicidio>



Guía de actuación Inmediata  
ante posible caso de ideación  
suicida en el ámbito escolar

#### ANEXO II VALORACIÓN DE LA POSIBLE SITUACIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA

DENOMINACIÓN DEL CENTRO			
CÓDIGO		LOCALIDAD Y PROVINCIA	
CORREO ELECTRÓNICO			

DATOS DEL ALUMNO/A			
NOMBRE	APELLIDOS	CURSO Y GRUPO	EDAD
Nº GIR del ALUMNO/A:			
¿Ha repetido curso? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cursif?:			
Es usuario/a de asistencia sanitaria privada <input type="checkbox"/>			

(Este informe es confidencial)

Fecha de detección del riesgo:
Comunicación a la Dirección del centro (ANEXO I) de una posible situación de ideación suicida en fecha:
Envío a Inspección de educación del Anexo I en fecha:
Comunicación al Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar del anexo I en fecha:

Para facilitar la coordinación se solicita al Equipo directivo del centro que envíen este documento a la Dirección de Inspección Educativa y al Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar	
Dirección de Inspección Educativa	Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar
<a href="mailto:dle@aragon.es">dle@aragon.es</a>	<a href="mailto:equipocomvivencia@aragon.es">equipocomvivencia@aragon.es</a>

ASPECTOS CLAVE SITUACIÓN DETECTADA		
<b>FACTORES RIESGO</b>		
<b>NIVEL PERSONAL</b>	<input type="checkbox"/> Conducta suicida previa. <input type="checkbox"/> Búsqueda de soledad y no participación en actividades grupales. <input type="checkbox"/> Dificultades para comunicarse en grupo. <input type="checkbox"/> No expresión de sentimientos u opiniones. <input type="checkbox"/> Dificultad para controlar sus impulsos y baja tolerancia a la frustración. <input type="checkbox"/> Presencia de enfermedad y/o dolor crónico. <input type="checkbox"/> Discapacidad física.	<input type="checkbox"/> Trastorno mental incipiente o ya diagnosticado. <input type="checkbox"/> Antecedentes de abusos sexuales y/o de maltrato físico y/o psicológico. <input type="checkbox"/> Embarazo no deseado. <input type="checkbox"/> Acceso a medios o métodos letales. <input type="checkbox"/> Autolesiones. <input type="checkbox"/> Sucesos vitales estresantes. <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol y otras drogas.
<b>NIVEL FAMILIAR</b>	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de suicidio. <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o sustancias en la familia. <input type="checkbox"/> Historia familiar de trastornos de salud mental. <input type="checkbox"/> Violencia en el ámbito familiar.	<input type="checkbox"/> Ruptura de los vínculos familiares. <input type="checkbox"/> Factores de comunicación negativos dentro de la familia. <input type="checkbox"/> Familia con altos niveles de exigencia y perfeccionismo. <input type="checkbox"/> Pérdida traumática reciente de un miembro de la familia o de personas cercanas.
<b>NIVEL SOCIAL Y EDUCATIVO</b>	<input type="checkbox"/> Ausencia o pérdida de una red social de apoyo, aislamiento social, dificultades para relacionarse con los iguales. <input type="checkbox"/> Situación de desarraigo sociocultural (cambio de país, ciudad, entorno...). <input type="checkbox"/> Acoso escolar, tanto en alumnado víctima como agresor.	<input type="checkbox"/> Sentimiento de rechazo. <input type="checkbox"/> Procesos de tránsito en la Identidad sexual o de expresión de la orientación sexual no aceptado. <input type="checkbox"/> Elevada autoexigencia y perfeccionismo, que conllevan sentimientos de fracaso personal, desesperanza, baja autoestima.
<b>FACTORES DE PROTECCIÓN</b>		
<b>NIVEL PERSONAL</b>	<input type="checkbox"/> Competencias socioemocionales: Habilidades sociales, de comunicación, de resolución de problemas y adaptación. <input type="checkbox"/> Autoestima positiva. <input type="checkbox"/> Actitudes y valores prosociales: Respeto, solidaridad, cooperación, justicia, amistad.	<input type="checkbox"/> Sentimiento de aceptación y pertenencia a un grupo o comunidad de referencia. <input type="checkbox"/> Percepción de control sobre los acontecimientos vitales (Locus de control interno).
<b>NIVEL FAMILIAR</b>	<input type="checkbox"/> Relaciones y vínculos familiares satisfactorios, adecuados niveles de comunicación, expresividad emocional y atención en el ámbito familiar.	<input type="checkbox"/> Personas de apego y/o de referencia dentro del entorno familiar.
<b>NIVEL SOCIAL Y EDUCATIVO</b>	<input type="checkbox"/> Relaciones de amistad entre iguales. <input type="checkbox"/> Relaciones positivas con el profesorado y personas relevantes de su entorno. <input type="checkbox"/> Accesibilidad y confianza para poder hablar de temas difíciles con, al menos, alguna persona de su entorno social y escolar.	<input type="checkbox"/> Expectativas positivas de desarrollo socio-personal y educativo. <input type="checkbox"/> Gestión adecuada del ocio y tiempo libre.
<b>SEÑALES DE ALERTA</b>		
<b>VERBALES (ORALES O ESCRITAS)</b>	<input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperanza con una visión de que no hay futuro o muy negativa. <input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperación, de que ya no se puede soportar o tolerar más una situación o estado vital. <input type="checkbox"/> Sentimientos de desamparo, como considerar que no es importante para nadie, que estorba o que las cosas estarían mejor sin él o ella. Sentimientos intensos y abrumadores de culpa, vergüenza y odio. <input type="checkbox"/> Comentarios relacionados con la muerte. <input type="checkbox"/> Conversaciones reiterativas sobre la muerte, realizar despedidas inusuales. <input type="checkbox"/> Expresión abierta y directa sobre sus deseos de quitarse la vida, amenazando sobre querer hacerse daño o matarse. Este pensamiento se manifiesta con distintos grados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin planteamiento de la acción.</li> <li>- Con un método indeterminado.</li> <li>- Con un método específico, pero no planificado.</li> <li>- Plan suicida concreto.</li> </ul>	

<b>NO VERBALES</b>	<input type="checkbox"/> Presencia de un evento desencadenante o precipitante. <input type="checkbox"/> Observación de un cambio repentino en su conducta habitual. Este cambio puede ir en dos sentidos: - Aumento significativo de la irritabilidad, mayor agresividad; no respetar límites. - Período de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. <input type="checkbox"/> Existencia de un intento previo de suicidio. <input type="checkbox"/> Conducta imprudentemente temeraria, búsqueda de mecanismos para hacerse daño. <input type="checkbox"/> Actitud pasiva, apatía, falta de energía, tristeza, aislamiento, retraimiento social. <input type="checkbox"/> Incapacidad para experimentar placer con actividades habituales. <input type="checkbox"/> Descuido en la apariencia personal. <input type="checkbox"/> Dificultades en la concentración, desatención y, como consecuencia, pérdida de la memoria. <input type="checkbox"/> Alteraciones en los patrones de sueño o alimentación. <input type="checkbox"/> Cerrar asuntos pendientes.
--------------------	--

RIESGO DETECTADO ESTIMACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DETECTADO	
<b>ALTO:</b> Riesgo inminente de conducta suicida	<input type="checkbox"/>
<b>MEDIO:</b> Pensamientos, ideación y planes suicidas no inmediatos	<input type="checkbox"/>
<b>BAJO:</b> Pensamientos e ideación suicidas no inmediatos y sin planificación	<input type="checkbox"/>
<b>NO SE ESTIMA</b> ideación suicida en el momento actual	<input type="checkbox"/>

OTROS DATOS RELEVANTES

PROPUESTA DE MEDIDAS DE SUPERVISIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO INMEDIATAS	
Acciones, recursos, responsables y medios que han de aplicarse de forma inmediata y mantenerse activos para garantizar el bienestar y seguridad del alumno/a. En la aplicación de este procedimiento participarán el profesorado, el alumnado, el personal no docente y las familias o tutores/as legales.	
<input type="checkbox"/> Crear un equipo de seguimiento formado por un miembro del Equipo directivo, un/a profesional de la Red Integrada de Orientación y el tutor/a.	
<input type="checkbox"/> Especificar un procedimiento para que el alumno/a no permanezca sin supervisión, especialmente durante los recreos, entre clase y clase o en los desplazamientos a aulas-materia, gimnasio, laboratorios, etc.	
<input type="checkbox"/> Establecer vigilancia por el profesorado/personal responsable en lugares donde se desarrollan servicios complementarios:	
<input type="checkbox"/> Transporte escolar <input type="checkbox"/> Entradas y salidas <input type="checkbox"/> Cambios de clase <input type="checkbox"/> Pasillos <input type="checkbox"/> Baños	<input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Actividades extraescolares <input type="checkbox"/> Dormitorio/residencia <input type="checkbox"/> Otros. Especificar:
<input type="checkbox"/> Proporcionar al alumno/a un lugar seguro (despacho de Dirección o Jefatura de Estudios, Departamento de Orientación, Sala de tutorías, etc.) al que pueda acudir, en caso de necesidad, estando siempre debidamente acompañado/a.	
<input type="checkbox"/> Analizar situaciones de riesgo en los espacios y materiales utilizados por la alumna o alumno.	
<input type="checkbox"/> Realizar un seguimiento infernoivo por parte de un profesor o profesora de confianza, que el alumno o alumna acepte, por mayor empatía o cercanía comunicativa o afectiva.	
<input type="checkbox"/> Informar al equipo docente y servicios complementarios (personal del comedor, de actividades extraescolares, coordinadores del PIEE, transporte, residencias, etc.) de la situación, siempre en coordinación con el tutor o tutora del alumno/a.	
<input type="checkbox"/> Adoptar medidas de protección en plataformas e-learning, blogs, etc. gestionados por el centro.	
<input type="checkbox"/> Controlar de manera exhaustiva la asistencia del alumno/a y comunicar inmediatamente en caso de ausencia no justificada a la familia o tutores/as legales durante el tiempo que dure la situación de riesgo.	
<input type="checkbox"/> Favorecer el acompañamiento del alumno/a por uno o varios compañeros/as de su confianza durante el tiempo que se considere oportuno. Su labor será la de prestarle apoyo y comunicar al profesorado cualquier incidencia que ocurra.	
<input type="checkbox"/> Promover la detección y seguimiento de posibles situaciones de riesgo en grupos de mensajería instantánea y redes sociales a través de los sistemas de ayuda entre iguales.	
<input type="checkbox"/> Establecer un apoyo específico en el aula de otro docente o un compañero/a.	
<input type="checkbox"/> Coordinarse y comunicarse de manera fluida con la familia o tutores/as legales del alumno/a.	
<input type="checkbox"/> Coordinarse con otros servicios. Especificar:	
<input type="checkbox"/> Otros:	

DERIVACIÓN	
<input type="checkbox"/> <b>NO PROCEDE DERIVACIÓN</b> A OTROS SERVICIOS EXTERNOS AL CENTRO EDUCATIVO	
<input type="checkbox"/> <b>PROCEDE DERIVACIÓN</b> A OTROS SERVICIOS EXTERNOS AL CENTRO EDUCATIVO:	
<b>A SERVICIOS SANITARIOS:</b>  Servicios de urgencia <input type="checkbox"/>  Atención Primaria <input type="checkbox"/>  Continuar con la Atención en Salud Mental <input type="checkbox"/>  <small>*En caso de tercer nivel.</small>	<b>A OTROS SERVICIOS:</b>  Servicios Sociales <input type="checkbox"/>  Otros servicios sociocomunitarios <input type="checkbox"/>

Vº Bº E/La Director/a	E/La Orientador/a
Fdo.	Fdo.

D/Dña.

como padre, madre o representante legal de

Quedo informado/a de la valoración de la posible situación de Ideación suicida que manifiesta mi hijo/a.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Padre, madre, representante legal	Padre, madre, representante legal
Fdo.	Fdo.

El responsable del tratamiento de los datos personales es la Dirección General de Planificación y Equidad.

La finalidad de este tratamiento es recabar los datos necesarios para identificar y prevenir posibles situaciones de ideación y tentativa suicida entre el alumnado de los centros escolares de Aragón.

La legitimación para realizar el tratamiento de datos nos la da la necesidad para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física. Podrás ejercer tus derechos de [acceso](#), [rectificación](#), [supresión](#) y [portabilidad](#) de los datos o de [limitación](#) y [oposición](#) a su tratamiento, así como [a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas](#); a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles.

Podrás consultar la información adicional y detallada sobre esta actividad de tratamiento en [https://aplicaciones.aragon.es/hd/inf\\_inpd\\_pub/destalk.action?moduleId=944](https://aplicaciones.aragon.es/hd/inf_inpd_pub/destalk.action?moduleId=944)

## ANEXO III

# PAUTAS E INDICACIONES PARA LA ENTREVISTA CON EL ALUMNO O LA ALUMNA



Guía de actuación inmediata  
ante posible caso de ideación  
suicida en el ámbito escolar

### ANEXO III

#### PAUTAS E INDICACIONES PARA LA ENTREVISTA CON EL ALUMNO O LA ALUMNA

##### CUÁNDO PREGUNTAR

En el momento en que se han detectado indicios e indicadores que alertan de un posible caso de ideación suicida hay que buscar que la alumna o el alumno se sienta con la comodidad suficiente como para expresar sus sentimientos mostrando empatía, respeto e interés y escuchando de forma activa y sin juzgar.

También tenemos que hablar con el alumnado cuando detectemos signos de alarma y no solo como posible caso de ideación suicida.

##### CÓMO PREGUNTAR

Las preguntas se realizarán de forma oral y en un espacio adecuado que permita la privacidad y contar con el tiempo necesario y suficiente para realizar la entrevista.

Para lograr una buena comunicación con el alumnado adolescente es necesario desterrar determinadas expresiones como las siguientes:

*"Tú tienes que...".* Ha de aprender a encontrar sus propias soluciones.

*"Muchos a tu edad...".* Debemos aceptarlas y aceptarlas tal como son.

*"Cuando tenía tu edad...".* Así se provoca rivalidad. La opción correcta consiste en invitarlo a dialogar sobre el tema que consideramos problemático.

*"Yo en tu lugar haría...".* Es preferible preguntar qué piensa hacer.

Las cuestiones deben plantearse de forma gradual, empezando desde las más generales para ir especificando hasta profundizar en el tema con detalle y de forma abierta en los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitando preguntas innecesarias y morbosas.

En la exploración de la ideación suicida es necesario observar la siguiente secuencia de preguntas, ya que cuanto más planificada esté la idea suicida mayor es el riesgo de cometer suicidio:

¿Cómo has pensado suicidarte? ¿Cuándo has pensado suicidarte? ¿Dónde has pensado hacerlo? ¿Por qué lo has pensado? ¿Para qué?

##### QUÉ PREGUNTAR

**PREGUNTAS INICIALES GENERALES** sobre el estado mental, la esperanza, el futuro, (el significado de) la vida. Algunos ejemplos:

*"¿Cómo te encuentras en este momento?"*

*"¿Cómo ves el futuro? ¿Qué planes tienes para el futuro?"*

*"¿Piensas que la vida es demasiado complicada para ti? ¿Piensas que la vida no merece la pena?"*

*"¿Esperas que esto vaya a mejorar?"*

**PREGUNTAS ESPECÍFICAS** sobre pensamientos de planes suicidas. Algunos ejemplos:

*"¿Alguna vez has pensado en la muerte, en querer acabar con tu vida? ¿Has pensado en hacerte daño o suicidarte?"*

*"¿Has pensado en acabar con tu vida ahora? ¿Has considerado el suicidio?"*

*"¿Qué pensamientos has tenido? ¿Desde cuándo tienes esos pensamientos? ¿Has pensado mucho en ello las últimas semanas? ¿Con qué frecuencia tienes estos pensamientos a lo largo del día?"*

*"¿Qué te hace pensar en el suicidio?"*

*"¿Tienes un plan específico en mente? ¿Cuál es tu plan? ¿Qué método habías pensado utilizar? ¿Has hecho preparativos?"*

*"¿Habías tenido antes estos pensamientos o sentimientos? ¿Qué los había provocado? ¿Has intentado alguna vez acabar con tu vida?"*

Adaptación de la Guía de recursos de intervención en la prevención de suicidio en entornos escolares de Euzkadi y del Protocolo de colaboración interinstitucional para la prevención y actuación ante conductas suicidas del Gobierno de Navarra.

## ANEXO IV

# PAUTAS E INDICACIONES PARA LA ENTREVISTA CON LA FAMILIA O REPRESENTANTES LEGALES



Guía de actuación inmediata  
ante posible caso de ideación  
suicida en el ámbito escolar

### ANEXO IV

#### PAUTAS E INDICACIONES PARA LA ENTREVISTA CON LA FAMILIA O REPRESENTANTES LEGALES

La adolescencia constituye, en sí misma, un factor de vulnerabilidad psicológica, durante la cual se está adquiriendo la identidad propia, se establecen nuevas formas de relacionarse con la familia y los iguales. Es una etapa de nuevas sensaciones, experimentación y búsqueda de su propia independencia.

Neurológicamente, es la etapa de maduración de las áreas prefrontales del cerebro encargadas de los procesos que tienen que ver con la evaluación de las situaciones, toma de decisiones y autocontrol. La impulsividad, incluso la rebeldía, forman parte de la psicología del adolescente.

##### COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO INMINENTE DE CONDUCTA SUICIDA

Ante una situación de riesgo inminente de conducta suicida de una alumna o alumno hay que avisar a la familia lo antes posible para que acuda al centro educativo.

Esta **primera comunicación** debe de ser lo más directa y escueta posible, sin dar información de la situación ocurrida. Por ejemplo: "¿Es usted la madre/padre de... (nombre y apellido)? Necesitamos que acudan al centro a la mayor brevedad posible para un asunto relacionado con su hijo/hija". Si preguntan qué ha pasado, responderemos que se les informará cuando lleguen al centro y que deben venir lo antes posible. Sin embargo, en el caso de que el alumno o la alumna esté bien, podemos decir: "Su hijo/hija se encuentra bien, pero debe acudir al centro lo antes posible."

**Explicaremos al alumno o a la alumna**, si su estado físico y emocional lo permite, lo que ocurrirá a continuación (recordemos que debe estar acompañado/a en todo momento). Es necesario que esta comunicación sea cercana, que sienta nuestro apoyo y que no juzguemos su comportamiento. Es fundamental no "interrogar"; se tratará de un acompañamiento no solo físico sino emocional.

**Cuando lleguen la familia o representantes legales al centro** deben ser atendidos en un entorno confidencial, sin estar o/lla menor, para explicarles lo ocurrido y los pasos a seguir. Preferiblemente, deberían ser informados por el tutor o tutora y el orientador u orientadora, además de alguna persona del Equipo directivo.

**Durante la entrevista** debemos explicar los hechos y las actuaciones que se han realizado desde el centro (si se ha llamado al centro de emergencias, por ejemplo). En todo momento hay que procurar mantener la calma, cediéndonos a los hechos, antes de ver a su hijo/a. Evitaremos hacer juicios de valor, ya que hay que informar y calmar, pero evitando frases del tipo: "Todo irá bien, no se preocupen".

Indicaremos que mantengan la calma ante su hijo/a. Lo más importante es que se sienta apoyada/o, no es el momento de hacer preguntas, de culpabilizar o de dramatizar. El alumno/a puede estar en shock o en estado de ansiedad, por lo que hay que transmitirles que ya habrá tiempo para hablar después de que haya sido atendido o atendida por el personal sanitario y que recibirán las pautas necesarias.

##### COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA ANTE UNA SITUACIÓN DE SOSPECHA DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA

Si existe sospecha de ideación suicida, debemos concertar una visita con la familia o tutores/as legales lo antes posible.

**Cuando acuda la familia o tutores/as legales al centro** deben ser recibidos en un entorno tranquilo y confidencial. Preferiblemente, deberían estar presentes el tutor o tutora y el orientador u orientadora.

**Durante la entrevista** les comunicaremos que se han observado cambios conductuales y/o emocionales en el alumno o alumna, trasladaremos la información recogida en el Anexo II y contrastaremos si estas observaciones coinciden con la información de la familia. Por ejemplo: "Os hemos llamado porque llevamos observando unos cambios conductuales y/o emocionales en vuestra hija/hijo que queremos compartir con vosotros/as y contrastar si las habéis observado en casa también."

- Relataremos los factores de riesgo, de protección y las señales de alarma observadas en el centro.
- Informaremos de los pasos a dar a partir de este momento, según la valoración recogida en el Anexo II: Entrevista con el pediatra, posibilidad de derivación a Salud Mental, a otros servicios sociocomunitarios, etc.
- Solicitaremos su colaboración para realizar el seguimiento del caso y la necesaria coordinación entre familia, centro escolar y profesional sanitario.

#### **PAUTAS PARA DAR A LA FAMILIA**

- Ofrecer una escucha activa, escuchar a su hijo/a, aunque no hable.
- No poner en duda, no culpabilizar, no juzgar.
- Permitir que exprese sus sentimientos de forma natural, así como los suyos propios. No juzgar las emociones negativas, todas las emociones son necesarias.
- Nunca ignorar las amenazas de suicidio. Cualquiera de estas llamadas de auxilio requiere nuestra atención y acción inmediata.

**Transmitir la información a la familia o tutores/as legales sin valoraciones personales, sin culpabilizar y sin alarmar.  
Mantener la calma, pero sin transmitir mensajes que minimicen la gravedad de la situación.  
Informar, contrastar y dar pautas a seguir.**

## ANEXO V

# PLAN DE SUPERVISIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO ANTE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA

DESCÁRGALO EN: <https://educa.aragon.es/web/guest/-/documentosprevencionsuicidio>



Guía de actuación inmediata  
ante posible caso de ideación  
suicida en el ámbito escolar

### ANEXO V

#### PLAN DE SUPERVISIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO ANTE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA

- Crear un equipo de seguimiento formado por un miembro del Equipo directivo, un/a profesional de la Red Integrada de Orientación y el tutor o tutora.
- Especificar un procedimiento para que el alumno o la alumna no permanezca sin supervisión, especialmente durante los recreos, entre clase y clase o en los desplazamientos a aulas-materia, gimnasio, laboratorios, etc.
- Establecer vigilancia por el profesorado/personal responsable en lugares donde se desarrollan servicios complementarios:
  - Transporte escolar
  - Entradas y salidas
  - Cambios de clase
  - Pasillos
  - Baños
  - Comedor
  - Actividades extraescolares
  - Dormitorio/Residencia
  - Otros. Especificar:
- Realizar un seguimiento intensivo por parte de un profesor o profesora de confianza que el alumno o alumna acepte por mayor empatía o cercanía comunicativa o afectiva.
- Proporcionar al alumno/a un lugar seguro (despacho de Dirección o Jefatura de Estudios, Departamento de Orientación, Sala de tutorías, etc.) al que pueda acudir en caso de necesidad, siempre debidamente acompañado/a.
- Analizar situaciones de riesgo en los espacios y materiales utilizados por la alumna o alumno.
- Informar al equipo docente y servicios complementarios (personal de comedor, actividades extraescolares, PIEE, transporte, residencias, etc.) de la situación, en coordinación con el tutor/a.
- Adoptar medidas de protección en plataformas e-learning, blogs, etc. gestionados por el centro.
- Controlar de manera exhaustiva la asistencia del alumno/a y comunicar inmediatamente en caso de ausencia no justificada a la familia o tutores/as legales durante el tiempo que dure la situación de riesgo.
- Favorecer el acompañamiento del alumno/a por uno o varios compañeros/as de su confianza durante el tiempo que se considere oportuno. Su labor será prestarle apoyo y comunicar cualquier incidencia.
- Promover la detección y seguimiento de posibles situaciones de riesgo en grupos de mensajería instantánea y redes sociales a través de los sistemas de ayuda entre iguales.
- Establecer un apoyo específico en el aula de otro/a docente o un compañero/a.
- Coordinarse y comunicarse de manera fluida con la familia o tutores/as legales del alumno/a.
- Desarrollar en el aula actuaciones de gestión de emociones, estrés e información de la situación.
- Coordinarse con otros servicios. Especificar:
- Otros:

## ANEXO VI

### REGISTRO DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EQUIPO DOCENTE

DESCÁRGALO EN: <https://educa.aragon.es/web/guest/-/documentosprevencionsuicidio>



Guía de actuación inmediata  
ante posible caso de ideación  
suicida en el ámbito escolar

#### ANEXO VI

#### REGISTRO DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EQUIPO DOCENTE

DATOS DEL ALUMNO/A			
NOMBRE:		APELLIDOS:	
CURSO:		GRUPO:	
EDAD:		TUTOR/A:	

DOCENTE DE LA MATERIA, ÁREA O MÓDULO: HORARIO EN EL QUE OBSERVA AL ALUMNO O LA ALUMNA:			
NOMBRE:		APELLIDOS:	

SEÑALES DE ALERTA OBSERVADAS (Marcadas las SEÑALES DE ALERTA determinadas en el Anexo II por el orientador o la orientadora del centro)	
VERBALES (ORALES O ESCRITAS)	<input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperanza con una visión de que no hay futuro o muy negativa. <input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperación, de que ya no se puede soportar más una situación o estado vital. <input type="checkbox"/> Sentimientos de desamparo: Considerar que no es importante para nadie, que estorba o que las cosas estarían mejor sin él o ella. Sentimientos intensos y abrumadores de culpa, vergüenza y odio. <input type="checkbox"/> Comentarios relacionados con la muerte. <input type="checkbox"/> Conversaciones reiterativas sobre la muerte, realizar despedidas inusuales. <input type="checkbox"/> Expresión abierta y directa sobre sus deseos de quitarse la vida, amenazando sobre querer hacerse daño o matarse. Este pensamiento se manifiesta con distintos grados: - Sin planteamiento de la acción. - Con un método indeterminado. - Con un método específico, pero no planificado. - Plan suicida concreto.
NO VERBALES	<input type="checkbox"/> Presencia de un evento desencadenante o precipitante. <input type="checkbox"/> Observación de un cambio repentino en su conducta habitual. Este cambio puede ir en dos sentidos: - Aumento significativo de la irribilidad; mayor agresividad; no respetar límites. - Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. <input type="checkbox"/> Existencia de un intento previo de suicidio. <input type="checkbox"/> Conducta imprudentemente temeraria, búsqueda de mecanismos para hacerse daño. <input type="checkbox"/> Actitud pasiva, apatía, falta de energía, tristeza, aislamiento, retraimiento social. <input type="checkbox"/> Incapacidad para experimentar placer con actividades habituales. <input type="checkbox"/> Descuido en la apariencia personal. <input type="checkbox"/> Dificultades en la concentración, desatención y, como consecuencia, pérdida de la memoria. <input type="checkbox"/> Alteraciones en los patrones de sueño o alimentación. <input type="checkbox"/> Comar asuntos pendientes.

## ANEXO VII

### REGISTRO DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTO

DESCÁRGALO EN: <https://educa.aragon.es/web/guest/-/documentosprevencionsuicidio>



Guía de actuación Inmediata  
ante posible caso de ideación  
suicida en el ámbito escolar

#### ANEXO VII REGISTRO DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTO

DATOS DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTO	
Equipo directivo:	
Orientación:	
Tutor/a:	
Otros:	

DATOS DEL ALUMNO/A			
Nombre:		Apellidos:	
Curso:		Grupo:	
Edad:		Tutor/a:	

INFORMACIÓN A ANALIZAR	DOCUMENTOS
Valoración y revisión del riesgo de la Red Integrada de Orientación Educativa	Anexo II
Entrevistas realizadas al alumno o alumna	
Información aportada por la familia o tutores/as legales	
Plan de supervisión, protección y apoyo	Anexo V
Información aportada por el Equipo docente	Anexo VI
Información aportada por otros/as integrantes de la comunidad educativa	
Otras (especificar):	

<b>Fecha:</b> Tras el análisis de la información aportada, el Equipo de seguimiento considera que: <input type="checkbox"/> Es necesario mantener el seguimiento habitual dentro del Plan de Acción Tutorial. <input type="checkbox"/> Es necesario mantener el seguimiento establecido en el plan de protección.
<b>Motivación de la decisión:</b>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.	Fdo.	Fdo.
------	------	------

La Dirección del centro remitirá copia a Inspección de Educación y al Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar	
Inspección de Educación	Equipo de Orientación Educativa en Convivencia Escolar
Zaragoza: <a href="mailto:inspzaragoza@aragon.es">inspzaragoza@aragon.es</a> Huesca: <a href="mailto:sitohue@aragon.es">sitohue@aragon.es</a> Teruel: <a href="mailto:edutrs.teruel@aragon.es">edutrs.teruel@aragon.es</a>	<a href="mailto:sequipoconvivencia@aragon.es">sequipoconvivencia@aragon.es</a>

ANEXO VII - REGISTRO DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTO

## ANEXO VIII

# CÓMO ACTUAR DESDE EL CENTRO EDUCATIVO TRAS UN INTENTO DE SUICIDIO

DESCÁRGALO EN: <https://educa.aragon.es/web/guest/-/documentosprevencionsuicidio>



Guía de actuación inmediata  
ante posible caso de Ideación  
suicida en el ámbito escolar

### ANEXO VIII

## CÓMO ACTUAR DESDE EL CENTRO EDUCATIVO TRAS UN INTENTO DE SUICIDIO

#### ANTES DE LA REINCORPORACIÓN AL CENTRO:

La Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría Infantojuvenil contactará, previo consentimiento familiar, con Educación y facilitará las indicaciones de acogida y medidas a realizar con el alumno o la alumna que ha llevado a cabo la tentativa para los primeros días tras el alta.

El Equipo directivo y el orientador/a mantendrán una entrevista inicial con la familia e informarán de las medidas recogidas en el plan de protección diseñado para el o la menor (comunicación inmediata en caso de no asistencia al centro, acompañamiento en las entradas y salidas, en desplazamientos, a la hora de ir al servicio, restricción de acceso a determinadas zonas del recinto...).

Se creará el Equipo de seguimiento (miembro del Equipo directivo, orientador u orientadora y tutor o tutora) y se informará al equipo docente del incidente, de la reincorporación del alumno/a, de las necesidades identificadas y de la planificación de estrategias de acompañamiento y supervisión precisas.

#### EN EL MOMENTO DE LA REINCORPORACIÓN AL CENTRO:

Antes de su incorporación al grupo-clase, bien el mismo día o el día anterior, el tutor/a y el orientador/a se entrevistarán con el/la alumno/a para transmitirle los recursos que ponemos a su disposición: persona a la que acudir en caso de malestar emocional, formas de contacto, lugar en el que poder sentirse acompañado/a. Consensuaremos con el alumno o alumna el grado de información a compartir con sus compañeros y compañeras. Por lo tanto, nos aseguraremos de que tenga plenamente identificadas a las personas (profesorado y alumnado) que le pueden prestar acompañamiento en algún momento y qué formas de comunicarse con ellas están disponibles. Estas personas le mostrarán su apoyo e interés, siempre sin juzgar, reprochar o criticar, de forma confidencial, aunque sin olvidar nunca la obligación de informar sobre lo sucedido.

La reincorporación al centro en general y al grupo-clase en particular se realizará según la planificación establecida. La situación del alumno o la alumna se evaluará durante los primeros días y se harán, en su caso, los ajustes necesarios en la planificación de medidas que se haya determinado.

Se plantearán sesiones con el grupo-clase adaptando el Plan de Acción Tutorial para priorizar contenidos que favorezcan la cohesión de grupo, la expresión y gestión de las emociones y el estrés, siempre sin dar detalles sobre el incidente en sí. A nivel de centro se realizarán, a su vez, acciones de sensibilización e información relacionadas con la prevención de conductas suicidas (Anexo IX).

#### SI EL INTENTO DE SUICIDIO HA TRASCENDIDO PÚBLICAMENTE:

Podemos encontrar ante situaciones como:

- Estigmatización por temor o desconocimiento sobre cómo actuar.
- Confusión por parte del adulto debido a la ambivalencia del o la joven entre aceptar o rechazar la ayuda que se le ofrece.
- Rechazo por la angustia que puede generar la conducta suicida.
- Silencio y aumento de la tensión por temor infundado a impulsar una nueva conducta suicida.

#### NO SILENCIAR EL ACTO

Debemos centrarnos en la necesidad de poder recibir ayuda, sin dar detalles ni entrar en el acto concreto de la conducta autolítica. Aclaremos conceptos y aportaremos recomendaciones con normalidad, manteniendo una actitud de escucha respetuosa y activa, respetando sus silencios, dejando que cuente lo que quiera, sin interrupciones.

#### SESIÓN PREVIA EN EL AULA

Realizaremos una sesión, sin que esté el alumno o la alumna presente, para que los compañeros y compañeras se puedan expresar libremente, siempre desde el respeto, hacia quien ha intentado quitarse la vida, evitando juicios de valor y, sobre todo, los "chismes".

Es fundamental dejar muy claro al alumnado que el centro educativo no va a permitir ninguna muestra de ridiculización, ni tampoco avergonzar o felicitar a quien se ha intentado quitar la vida.

## ANEXO IX

### RECURSOS PARA LA EDUCACIÓN EMOCIONAL DEL ALUMNADO

DESCÁRGALO EN: <https://educa.aragon.es/web/guest/-/documentosprevencionsuicidio>



Guía de actuación inmediata  
ante posible caso de ideación  
suicida en el ámbito escolar

#### ANEXO IX

#### RECURSOS PARA LA EDUCACIÓN EMOCIONAL DEL ALUMNADO

##### PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA E INTERVENCIONES TRAS EL SUICIDIO: RECOMENDACIONES PARA EL ÁMBITO ESCOLAR (EUREGENAS, EVA DUMON & PROF. DR. GWENDOLYN PORTZKY):

[https://aidatu.org/wp-content/uploads/2018/07/Herramienta-colegios\\_def.pdf](https://aidatu.org/wp-content/uploads/2018/07/Herramienta-colegios_def.pdf)

El objetivo de este documento es proporcionar recomendaciones para el ámbito escolar sobre actuaciones preventivas e intervenciones tras el suicidio. Resultan especialmente interesantes para utilizar desde el Plan de Acción Tutorial las herramientas prácticas destinadas a alumnado de Educación Primaria, Secundaria y Bachillerato:

- Información clave sobre la conducta suicida desde la página 30.
- Estrategias de intervención describiendo cómo identificar al alumnado en riesgo y cómo interactuar desde la página 35.
- Estrategias de intervención tras el suicidio, o intento de suicidio, de un o una alumna (o miembro del personal del centro), incluyendo una propuesta para un plan de crisis desde la página 39.
- Guías para la conversación en clase tras un suicidio, o intento de suicidio, de un alumno o alumna (o miembro del personal del centro) desde la página 46.

##### PROGRAMA TALDEKA PARA LA CONVIVENCIA ESCOLAR, (LUIS DE LA HERRÁN, 2010):

Se trata de un programa de convivencia escolar flexible y adaptarse a la realidad de cada dentro educativo, en el que familias o representantes legales, profesorado y alumnado son parte indispensable para propiciar una satisfactoria convivencia escolar. Más allá de su uso en materia de convivencia, aporta una serie de dinámicas divididas por etapas educativas para fomentar la cohesión grupal, la resolución de conflictos y la inteligencia emocional.

- **Actividades grupales para Educación Primaria:** páginas 55 a 95. Especialmente interesantes resultan "El fichaje imposible", "El cuento en positivo", "Cerditos los tres", "Mis derechos" o "Siento, siento... ¿qué sientes?".
- **Actividades grupales para ESO y Bachillerato:** páginas 99 a 139. Especialmente interesantes resultan "El inmigrante", "El hombre de pelo en pecho", "Reunión en la carpintería", "El globo" o "Los mineros".

##### ACTIVIDADES DEL PROGRAMA PIAM-RS (PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA DESTINADO A MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO):

<http://scielo.escill.es/pdf/inter/v22n1/01.pdf>

Constituye un programa con una metodología de trabajo participativa, actividades individuales y grupales que se realizan dentro y fuera del aula, que intenta implicar a todas las personas relevantes del contexto de los y las menores.

- "¿Quién soy yo y cómo me gustaría ser?": Autoconcepto y autoconocimiento.
- "Otros significativos": Núcleos de apoyo, relaciones significativas.
- "¿Qué hago yo para merecer esto?": Atribuciones causales de éxitos y fracasos.
- "Autocomunicación positiva": Comunicación con uno/a mismo/a. Lenguaje positivo y motivador.
- "Los otros y yo": Empatía, asertividad y habilidades sociales.

##### MATERIALES RECOPIADOS POR GIPEC-COPPA (GRUPO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES DEL COLEGIO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA DE ARAGÓN):

<https://moodle.catodu.es/course/view.php?id=939#section-1>

Recursos recopilados para el curso de formación "Cerca en la distancia: Bienestar emocional docente" del Gobierno de Aragón. Todo este material es de libre acceso y se presenta dividido en bloques temáticos, entre los que destacan los siguientes relacionados con el bienestar emocional del alumnado, del profesorado y de la comunidad educativa en general:

- Autoevaluación y pautas básicas para el autocuidado psicológico del personal docente.
- Pautas básicas para la comunicación y la escucha.
- Emociones.
- Técnicas básicas para gestionar la propia ansiedad y la del alumnado.
- Pautas básicas para facilitar la convivencia escolar postcrisis coronavirus.
- Pautas básicas para observar la situación personal del alumnado: aspectos a indagar y formas de hacerlo.

**OTROS RECURSOS AUDIOVISUALES PARA TRABAJAR LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN Y EL SUICIDIO:**

- *Estoy bien* (Cortometraje): <https://www.youtube.com/watch?v=XeUJlh4HXQ0>
- *Friends* (Cortometraje)
- *El club de los Poetas Muertos*.
- *Pequeña Miss Sunshine*.
- *Una historia casi divertida*.
- *Las ventajas de ser un marginado*.

FORMACIÓN AL ALUMNADO SOBRE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO				
ACCIONES PREVIAS	Análisis de la realidad del aula/centro.			
	Valoración de necesidades (determinación de la intensidad de la intervención).			
	Valoración de los conocimientos de las personas docentes para determinar si procede formar al formador.			
	Si se determina la acción formativa como necesaria, valoración de los conocimientos previos del alumnado sobre la problemática del suicidio.			
	Valoración de las características del grupo a formar (edad, curso y otras variables que hagan necesaria la adaptación de contenidos y metodología).			
	OBJETIVO	METODOLOGÍA	TIEMPO	EVALUACIÓN
TALLER 1	Introducción a la materia de los talleres y explicación de los objetivos de los mismos (15'). Identificación de emociones que al alumnado hacen sentir mal o bien (35').	- Charla docente. - Reflexión individual. - Puesta en común. - Proyección de material audiovisual. - Propuesta de expresión por escrito.	50'	Encuesta de satisfacción con la sesión.
TALLER 2	Evaluación de la autoestima, el autoconcepto y la percepción que tienen sobre el concepto de los demás (familia, amigos y amigas, profesorado).	- Reflexión individual - Puesta en común - Proyección de material audiovisual.	50'	Encuesta de satisfacción.
TALLER 3	Proporcionar información sobre la ideación suicida, sus causas y sus consecuencias. Identificar los factores de riesgo y de protección.	- Charla docente. - Proyección de material audiovisual.	50'	Encuesta de satisfacción.
TALLER 4	Recoger opiniones del alumnado. Resolución de dudas.	- Charla docente - Participación de los alumnos de forma verbal o por escrito.	50'	Valoración de conocimientos del alumnado sobre el suicidio tras la formación, aplicando la misma encuesta.
TALLER 5	Proporcionar herramientas de protección y recursos de ayuda.	- Charla docente con recomendaciones y pautas de conducta ante la detección de una sospecha de ideación y ante su propia ideación. - Entrega de material escrito (decálogo, infografía, teléfonos de interés, etc.).	50'	Encuesta de satisfacción final.

## ANEXO X

### TELÉFONOS DE APOYO PARA AFRONTAR EL DUELO EN EL CENTRO ESCOLAR

DESCÁRGALO EN: <https://educa.aragon.es/web/guest/-/documentosprevencionsuicidio>



Guía de actuación inmediata  
ante posible caso de ideación  
suicida en el ámbito escolar

#### ANEXO X TELÉFONOS DE APOYO PARA AFRONTAR EL DUELO EN EL CENTRO ESCOLAR

Los siguientes contactos corresponden a las personas responsables de la coordinación por parte de las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil con los centros educativos en caso de duelo por suicidio.

<b>SECTOR ZARAGOZA I</b>
USMJ ACTUR OESTE 976 547 500
<b>SECTOR ZARAGOZA II</b>
USMJ SAGASTA 976 258 021
<b>SECTOR ZARAGOZA III</b>
USMJ INOCENCIO JIMÉNEZ 976 344 000 EXT 566115
USMJ CALATAYUD 976 882 460
USMJ CINCO VILLAS/TARAZONA 976 662 624
<b>SECTOR HUESCA IV</b>
USMJ HUESCA 974 247 286
USMJ BARBASTRO/MONZÓN/FRAGA 974 315 131
<b>SECTOR TERUEL V</b>
USMJ TERUEL 978 654 103
USMJ ALCAÑIZ 978 870 995

## ANEXO XI

### DIRECTORIO DE SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES Y COMARCALES



Guía de actuación inmediata  
ante posible caso de ideación  
suicida en el ámbito escolar

#### ANEXO XI DIRECTORIO DE SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES Y COMARCALES

HUESCA		
ALTO GALLEGO	C/ Secorún, 35 - 22600 Sabiñánigo (Huesca)	974 483 311
BAJO CINCA/ BAIX CINCA	Avda. Aragón, 1 - 22520 Fraga (Huesca)	974 472 147
CINCA MEDIO-MONZÓN	Avda. del Pilar, 47 - 22400 Monzón (Huesca)	974 403 593
HOYA DE HUESCA/PLANA DE UESCA	C/ Coso Alto, 18 - 22003 Huesca	974 233 030
LA JACETANIA	Ferrocarril s/n - 22700 Jaca (Huesca)	974 356 768
LA LITERA/LA LLITERA	Ctra San Esteban, km 1300 - 22500 Binéfar (Huesca) C/ Galileo, 7 - 22500 Binéfar (Huesca)	974 430 561 974 431 022
MONEGROS	Plaza de España, 1, 2ª Planta - 22200 Sariñena (Huesca)	974 570 701
RIBAGORZA	Plaza Mayor, 17 - 22430 Graus (Huesca)	974 541 186
SOBRARBE	Avda. Ordesa, 79 - 22340 Boltaña (Huesca)	974 518 026
SOMONTANO DE BARBASTRO	Avda. de Navarra, 1 - 22300 Barbastro (Huesca)	974 306 332
TERUEL		
ANDORRA-SIERRA DE ARCOS	Paseo de las Minas s/n (esq. c/ Arifio) - 44500 Andorra (Teruel)	978 843 853
BAJO ARAGÓN	C/ Mayor, 22 - 44600 Alcañiz (Teruel) Plaza Compromiso, 9 - 50700 Caspe (Zaragoza)	978 834 386 976 639 027
BAJO MARTÍN	Carretera de Alcañiz, 72 - 44530 Hija (Teruel)	978 820 126 625 277 004
COMUNIDAD DE TERUEL	C/ Tomprado 4 - 44001 Teruel	978 617 280
CUENCAS MINERAS	C/ Constitución s/n - 44760 Utrillas (Teruel)	978 756 795
GÚDAR-JAVALAMBRE	C/ La Comarca, s/n - 44400 Mora de Rubielos (Teruel)	978 800 008
JILOCA	C/ Melchor de Luzón, 6, 3ª Planta - 44200 Calamocha (Teruel)	978 730 637
MAESTRAZGO	C/ García Valtío, 7 - 44140 Cantavieja (Teruel)	964 185 242
MATARRAÑA	Avda. Cortes de Aragón, 7 - 44580 Valderrobres (Teruel)	978 890 884 978 890 882
SIERRA DE ALBARRACÍN	C/ Catedral 5 - 44100 Albarracín (Teruel)	978 704 027
ZARAGOZA		
ARANDA	Plaza del Castillo, s/n - 50250 Illueca (Zaragoza)	976 548 090
CALATAYUD	Plaza de la Comunidad, 1 - 50300 Calatayud	976 883 075
CAMPO DE BELCHITE	Ronda de Zaragoza, s/n - 50130 Belchite (Zaragoza)	976 830 186
CAMPO DE BORJA	C/ Nueva - 655540 Borja (Zaragoza)	976 852 858
CAMPO DE CARIÑENA	Avda de Goya, 23 - 50400 Cariñena (Zaragoza)	976 620 817
CAMPO DE DAROCA	C/ Mayor 60-62 - 50360 Daroca (Zaragoza)	976 545 030
CENTRAL	C/ Molino 1 - 50180 Utebo (Zaragoza)	623 306 223 876 441 219
CINCO VILLAS	C/ Justicia Mayor de Aragón, 20 - 50600 Ejea de los Caballeros (Zaragoza)	976 677 559 649 763 002
RIBERA ALTA DEL EBRO	C/ Almogávares, 51 - 50630 Alagón (Zaragoza)	976 612 329
RIBERA BAJA DEL EBRO	Avenida Constitución, 16 - 50770 Quinto (Zaragoza)	976 179 230
TARAZONA Y EL MONCAYO	Avda. La Paz, 6-Portal 8, Local 1 - 50500 Tarazona (Zaragoza)	976 644 640
VALDEJALÓN	Avda. María auxiliadora, 2 - 50900 La Alfranca de Dª Godina (Zaragoza)	976 811 759 976 811 880

<b>ZARAGOZA URBANA</b>	
<b>Actur:</b> 976 732750	<b>La Magdalena:</b> 976 290626
<b>Almozara:</b> 976 404693	<b>Las Fuentes:</b> 976 724000
<b>Arrabal:</b> 976 510892	<b>Oliver:</b> 976 349563
<b>Casco Viejo:</b> 976 445066	<b>San José:</b> 976 496868
<b>Centro Hernán Cortés:</b> 976 220666	<b>Torrero:</b> 976 259155
<b>Delicias:</b> 976 312828	<b>Universidad:</b> 976 721760
<b>La Jota:</b> 976 473327	<b>Valdefierro:</b> 976 753809
<b>ZARAGOZA RURAL</b>	
<b>Rurales Norte I:</b> 976 732750	<b>Rurales Oeste I:</b> 976 333282
<b>Rurales Norte II:</b> 976 732750	<b>Rurales Oeste II:</b> 976 333282