

Guía para la prevención de la conducta autolítica y las autolesiones en Centros de protección



Revisión: Marzo 2022

SUBVENCIÓN 07% IRPF:



**Comunidad
de Madrid**



INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. FINALIDAD	6
3. DEFINICIÓN - ¿QUÉ ES LA CONDUCTA AUTOLITICA Y LAS AUTOLESIONES?	7
4. ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA AUTOLITICA Y LAS AUTOLESIONES	9
5. ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN ANTE CASOS DE CONDUCTA AUTOLITICA Y LAS AUTOLESIONES	16
6. ANEXOS	21



1. INTRODUCCIÓN

Esta guía se presenta a los/as educadores/as de los Centros del Sistema de Protección de Menores, como herramienta útil en la detección, prevención e intervención antes las conductas autolíticas y ante el suicidio. Aunque entraremos más adelante con mayor profundidad, entendemos que la conducta suicida incluye el suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida, que son vistas por la persona como la única salida para afrontar un sentimiento de desesperación profundo, cuando no posee mecanismos eficaces para su autorregulación emocional.

El suicidio es una conducta, no es una enfermedad mental, no es hereditario ni existe un gen del suicidio. No es un problema solo sanitario sino también social.

Esta Guía está organizada de la siguiente manera para buscar ser lo más práctica y útil para quien la utilice: definiremos los objetivos que pretendemos con ella, así como las características concretas de la conducta a trabajar, hablaremos de las señales a las que deberemos prestar especial atención, así como de las estrategias dentro de los Centros de Protección que ayuden a crear un ambiente preventivo dentro de los mismos. Ofreceremos pautas de intervención a los/as educadores/as que les sean útiles cuando ya se ha detectado un problema y por último la guía ofrecerá actividades a nivel grupal para poder trabajar con los niños, niñas y adolescentes las conductas a tratar.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) declara el suicidio como la segunda causa de defunción más común entre los/as jóvenes de entre 15 y 29 años y, la tercera en los/as jóvenes de entre 15 y 19 años, solo superada por muerte por tumores. Según estos datos, cada 40 segundos hay un fallecido por suicidio, es decir, causa más muertes que la mortalidad total producida por la guerra y los homicidios. Según el Observatorio del Suicidio en España en 2020 hubo 3.941 muertes por suicidio, de los cuales el 74% fueron hombres y el 25.7% mujeres, lo que supone 11 suicidios al día. Respecto a los datos del 2019 supone un incremento del 7.35% en hombres y de un 5.74% en mujeres, llegando a máximos históricos desde que se tienen registros (1906).

Fonseca-Pedrero et al. (2018) realizaron un estudio sobre la ideación suicida de los/as adolescentes españoles, en éste encontraron que, aproximadamente, el 4 % de los/as adolescentes, efectúan al menos una tentativa de suicidio a lo largo de su vida y, el 6'9 % refiere tener un elevado nivel de ideación suicida, estos mismos pueden verse en aumento en adolescente en riesgo de exclusión. También vieron que las adolescentes mujeres tienen una prevalencia mayor que los adolescentes hombres de ideación suicida, pero no de intentos previos. Por último, hay que destacar que los/as adolescentes que informaron de ideación y/o tentativa suicida, refirieron sufrir malestar emocional e insatisfacción con la vida y mayor número de dificultades emocionales y conductuales en comparación con el grupo control. Los autores no encontraron diferencias significativas en función de la edad de los/as adolescentes.

Del informe del Observatorio del suicidio en España del año 2020, podemos extraer algunos datos interesantes: en 2020 hubo un aumento de 270 suicidios respecto al 2019 (3 de cada 4 fueron hombres), alcanzando máximos históricos.

Durante los últimos 20 años se ha producido una importante reducción significativa de muertes por accidentes de tráfico, asociada a los planes de sensibilización e información a la población general, aspecto que no sucede respecto al suicidio, donde carecemos en la mayoría de las Comunidades Autónomas de planes o estrategias específicas en prevención. En el 2020 el suicidio fue la principal causa de muerte externa en España triplicando las muertes por accidentes de tráfico, multiplicando por 14 los homicidios y por 85 las muertes por violencia de género. Todo esto teniendo en cuenta que muchas de las muertes por suicidio pasan a las estadísticas como motivadas por otras causas (ej accidentes).

Cuando hablamos de autolesiones, las debemos entender como un acto autolesivo sin intención de provocar la muerte, con una finalidad más de reducir un dolor psicológico a través del dolor físico, una petición de ayuda en muchos casos. Tampoco podemos olvidar que las personas con antecedentes de actos autolesivos tienen más riesgo suicida a largo plazo.

Si hablamos de autolesiones, destacaremos que se ha producido un aumento considerable en el número de adolescentes que realizan este tipo de prácticas. Las cifras muestran que los/as jóvenes en población general que realizan conductas autolíticas son entre un 7-8 % preadolescentes y entre un 12-28 % adolescentes, llegando hasta el 40-80 % de adolescentes en muestras clínicas (Washburn et al., 2012). La edad de inicio se sitúa entre los 11 y los 15 años, siendo la media los 12.5 años (Nixon et al., 2008). En cuanto a la reincidencia, el 70-93 % repite 3 o más veces, mientras que un 7-29 % sólo presenta un episodio (Wilkinson, 2011).

Swannell et al. (2008), realizaron un estudio en el que obtuvieron que los/as participantes, los cuales eran adolescentes, se autolesionaban como forma de regulación emocional, para castigarse, para buscar atención o para buscar emociones. De esta forma, “los mecanismos subyacentes son el reforzamiento negativo (a través de la reducción del malestar emocional), el reforzamiento positivo (por el aumento de endorfinas y la atención del entorno) y, por último, el modelado, a través de un factor de contagio social” (Mollá et al., 2015).

El suicidio se puede prevenir, es necesario políticas y programas de prevención. Es importante que se hable de ello y que sea considerado como un problema de Salud pública. Debemos acabar con el oscurantismo y el estigma asociado al suicidio, aportando información veraz y científica.

Por todos estos motivos es relevante la implantación de un plan de prevención, detección e intervención, más aún en los Centros del Sistema de Protección de Menores, donde los niños, niñas y adolescentes que viven allí han pasado por circunstancias complicadas y son una



población especialmente vulnerable y con riesgo de llevar a cabo conductas suicidas o autolíticas.

Que los/as profesionales que se encuentran a cargo de estos niños, niñas y adolescentes estén preparados y correctamente formados para afrontar estas conductas, poder prevenirlas y detectarlas de manera precoz, es fundamental para que los niños, niñas y adolescentes tengan una mejor calidad de vida.

Además, todas las intervenciones que se llevan a cabo dentro de los Hogares están enmarcadas en un contexto de buen trato y de un entorno protector, es un espacio seguro de participación, expresión y desarrollo para los niños, niñas y adolescentes que viven en ellos, sensible a cualquier manifestación de violencia hacia ellos/as y que establece mecanismos para una detección precoz, así como la intervención eficaz de estos riesgos.

2. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es informar, ayudar y proporcionar herramientas a los equipos educativos de los centros de protección, para la prevención de conductas suicidas y de las autolesivas. Se trata de tener a su disposición un instrumento para facilitar una mejor atención y buen trato a los niños, niñas y adolescentes, ofreciendo unas pautas al equipo profesional a cargo de los mismos.

De forma más concreta, se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Mejorar la atención prestada en los centros de protección.
- Ofrecer información a los Equipos Educativos sobre las conductas suicidas y las autolesivas
- Establecer estrategias para detectar de manera precoz este tipo de conductas
- Generar estrategias preventivas dentro de los centros de protección.
- Ofrecer herramientas de intervención adecuadas y adaptadas a los niños, niñas y adolescentes de los centros de protección



3. DEFINICIÓN DEL SUICIDIO Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el suicidio se define como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

En muchos casos el suicidio se presenta como la solución a estados de desesperanza, dolor, vacío emocional...sin tener en cuenta que estos estados son temporales y la medida para solucionarlos se puede tornar como definitiva.

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad (2012), explica que el suicidio se mueve en un espectro que va desde la ideación (pensamientos de muerte, deseos de muerte o planes de suicidio) hasta la conducta de suicidarse en diferentes niveles de gravedad como; las amenazas, gestos, intentos y suicidio consumado.

Es conveniente distinguir, como apunta la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, también del Ministerio de Sanidad (2009), entre conducta suicida e ideación suicida. La primera se refiere a cualquier conducta con desenlace fatal o no, que incluyen tentativa de suicidio o no. La segunda se define por los pensamientos que pueden variar desde pensamientos pasajeros de no querer vivir, hasta planes bien desarrollados y establecidos sobre cómo morir.

Principalmente hay dos pensamientos distorsionados que las personas con ideación suicida creen como reales: Por un lado, consideran que su sufrimiento, su desesperanza, siempre va a continuar. Por otro lado, consideran que sus seres queridos superarán fácilmente su pérdida, y que incluso estarán mejor sin ellos/as.

El suicidio puede ser el resultado de un acto planificado o de un acto repentino e impulsivo. Si bien es cierto que para llevarlo a cabo necesita de esa impulsividad del momento. Esa impulsividad no persiste indefinidamente, nadie mantiene en su cabeza esos pensamientos constantemente. La impulsividad del momento tiende a desaparecer.

La mayoría de las personas que piensan en suicidarse realmente no quieren morir, lo que desean es liberarse de sus condiciones de vida de ese momento, que le provocan sufrimiento emocional, mental y/o físico.

No podemos olvidar el papel de la familia, los amigos, los/as educadores/as...así como el resto de profesionales, tanto sanitarios, como los/as facilitadores sociales. Son todos ellos/as un factor importantísimo de protección ante la conducta y/o ideación suicida.

Es importante diferenciar entre conducta suicida y conducta autolítica o autolesiones. El DSM-5 define la autolesión como una conducta que realiza el individuo para provocarse lesiones intencionadamente en la superficie corporal y pueden producir sangrado, dolor o hematomas. La intencionalidad de los niños, niñas y adolescentes en riesgo es la de generarse un leve o moderado daño físico con la expectativa de aliviar un sentimiento o cognición negativas, para resolver una dificultad interpersonal o para sentir un estado de ánimo positivo. El fin último de estas prácticas no es el de la muerte, ni el de pensamientos de que la vida no tiene sentido.

Este es un campo de estudio aún desconocido, como puntualizan Mollá et al. (2015) y hace falta más investigación respecto al tratamiento más adecuado para estos casos.

Según Villarroel et al. (2013), lo más frecuente es observar si los niños, niñas y adolescentes presentan cortes y magulladuras en las extremidades y abdomen, escoriarse la piel llegando al sangrado, quemarse o introducirse objetos bajo la piel. Los métodos y objetos utilizados suelen variar en cada ocasión. Las adolescentes normalmente prefieren cortarse superficialmente los antebrazos, y los adolescentes eligen golpearse o quemarse las extremidades.



4. ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN. ¿CÓMO EVALUAR EL RIESGO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS O AUTOLESIVAS?

Para poder detectar de forma precoz, es necesario tener conocimiento de cuáles son los factores de riesgo, es decir aquellos que hacen más probable que aparezca el problema, y cuáles son los factores de protección, aquellos que reducen el riesgo de las conductas.

Factores de Riesgo

La conducta suicida es un problema muy complejo, influido por factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales que pueden aumentar la probabilidad de aparición de los pensamientos, intentos y/o conductas suicidas. Cuantos más factores estén presentes en la vida de una persona, la probabilidad de suicidio será mayor, esto es algo en lo que los/as educadores/as deberán tener presente. Existen factores de riesgo que son importantes conocer:

- Factores individuales:
 - Depresión: La depresión está normalmente relacionada con la ideación suicida. La sintomatología de este trastorno aumenta el riesgo de suicidio en ambos sexos, tanto es así, que entre el 49 % y el 64 % de los/as adolescentes que se suicidan sufren trastornos depresivos.
 - Otros trastornos: Padecer otros trastornos mentales también es un factor de riesgo para los/as adolescentes, en particular los trastornos afectivos, aunque el abuso de sustancias y la conducta antisocial también participan de este riesgo. Los intentos de suicidio están altamente relacionados con trastornos de alimentación en mujeres, con trastornos de conducta en hombres y con el abuso de sustancias en ambos sexos. A mayor número de trastornos comórbidos, mayor riesgo de suicidio.
 - Factores psicológicos: Rigidez cognitiva, déficit de habilidades sociales o de resolución de problemas, estar más orientados al presente que al futuro o la desesperanza son factores que se han relacionado con intentos de suicidio. Además, la impulsividad, o la sensación de no controlar su propia vida, hace que los/as adolescentes tengan un riesgo añadido. Por otro lado, agregaremos los patrones de apego desestructurados, como los que se suelen dar en los Centros del Sistema de Protección.
 - Intento de suicidio previo: Es uno de los factores de riesgo más importantes y, sobre todo, en varones.
 - Edad: Es raro ver intentos de suicidio antes de la entrada en la pubertad, por motivos como la inmadurez cognitiva o el

desconocimiento de que el suicidio es un acto irreversible. Sin embargo, aumenta en la adolescencia.

- Sexo: Por lo general, el suicidio es más habitual en los varones, mientras que las mujeres realizan más intentos de suicidio. En España el suicidio en varones es tres veces mayor que en mujeres.
 - Factores genéticos y biológicos
- Factores familiares o contextuales:
- Psicopatología de los progenitores: Historia familiar de suicidio, psicopatología o abuso de tóxicos.
 - Estructura o funcionamiento familiar: Vivir apartado de los padres, como es el caso de los niños, niñas y adolescentes en los Centros de Protección aumenta la prevalencia del suicidio.
 - Acontecimientos vitales estresantes: Si padecen alguna psicopatología pueden percibir acontecimientos como más estresantes de lo normal, y a su vez, los sucesos estresantes pueden ser el resultado de su conducta desadaptativa.
 - Factores sociales y nivel educativo: un bajo estatus socioeconómico y bajo nivel educativo se relacionan con la conducta suicida. Así mismo, un bajo rendimiento académico y una actitud negativa hacia la escuela, se relacionan con la ideación suicida.
 - Exposición: Haber vivido casos de suicidio en el entorno cercano.
 - Red social: Las relaciones pobres con el grupo de iguales. Para las mujeres en concreto, las dificultades sentimentales son un riesgo, sobre todo para las de menor edad.
- Otros:
- Maltrato físico o abuso sexual: Haber estado expuestos a este tipo de abusos tiene una incidencia muy alta en la conducta suicida, mayormente en varones.
 - Orientación sexual: Está asociado a la ideación y conducta suicida, aunque hay que tener en cuenta que pueden influir otras variables.
 - Acoso escolar o bullying: relacionado con conducta suicida, con altos niveles de estrés y con ideación suicida. Consultar la Guía de Prevención del Bullying

Factores de protección

Existen situaciones sociales, familiares y personales que ayudan a disminuir el riesgo de aparición de ideación o conducta suicida. Cuantos más factores de protección tenga el niños, niñas y adolescentes, disminuirá la probabilidad de que realice un intento o conducta suicida. Algunos factores protectores son (Anseán, 2014):

- Factores de protección personal:

- ✓ Habilidades de comunicación.
- ✓ Habilidades en resolución de problemas de forma adaptativa.
- ✓ Habilidades sociales.
- ✓ Extroversión, que genere búsqueda de consejos y ayuda.
- ✓ Alta autoestima, confianza en uno mismo.
- ✓ Actitudes y valores positivos, respeto, solidaridad, cooperación, justicia, amistad...
- ✓ Sentirse querido.
- ✓ Locus de control interno
- Factores de protección familiar:
 - ✓ Apoyo familiar, con alta cohesión entre sus miembros.
 - ✓ Ambiente familiar donde se fomente la conversación y la expresión de emociones.
 - ✓ Ser facilitadores de cariño y apoyo.
- Factores de protección social:
 - ✓ Apoyo social de calidad y consistente.
 - ✓ Buenas relaciones y buena comunicación con profesores/as, familiares, iguales y/o personas de confianza.
 - ✓ Confianza para poder hablar de temas difíciles con al menos una persona.
 - ✓ Sentirse escuchado, sin ser juzgado por lo menos por una persona.
 - ✓ Red de amigos/as como factor importante de protección, sobre todo en la adolescencia.
- Factores de protección residencial y/o escolar
 - ✓ Existencia de un protocolo de actuación, que incluya estrategias de prevención y actuación, así como de seguimiento de la situación.
 - ✓ Formación para mejorar las habilidades de comunicación entre adultos y niños, niñas y/o adolescentes.
 - ✓ Crear líneas de apoyo accesibles para crisis y emergencias.
 - ✓ Disponer de un adulto de referencia, con quien el niños, niñas o adolescentes esté vinculado, y a quien pueda recurrir.
 - ✓ Tener un sistema de coordinación eficaz con todos los agentes implicados en la vida del niños, niñas y adolescentes: profesores/as, entrenadores/as, médicos.
 - ✓ Establecer un sistema de valoración y/o seguimiento de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos, así como la eficacia de los mismos.
 - ✓ Formación continua de los equipos de profesionales que tengan contacto con los niños, niñas y adolescentes.

Es especialmente importante fomentar todos los factores de protección que sean posibles, y evitar los factores de riesgo, cuantos más mejor, ya que es la forma más efectiva y eficaz de reducir el riesgo de que aparezcan estas conductas, ya que estaremos empoderando

emocionalmente a los niños, niñas y adolescentes. Es conveniente estar atentos a los cambios que puedan producirse en la conducta del niños, niñas o adolescentes para detectar, lo antes posible, si está en riesgo y poder tomar medidas.

Señales de alarma

Previamente a la ideación o a conducta suicida, suelen darse determinadas señales o síntomas que nos pueden indicar que los niños, niñas o adolescentes que los presentan están en riesgo. Saber cuáles son estas señales es fundamental para reducir el riesgo de suicidio como se indica en la Guía para la Detección y Prevención de la Conducta Suicida para Profesionales Sanitarios y Facilitadores Sociales (2016) y en la Guía para la prevención de la conducta suicida dirigida a docentes. Enseñales a vivir (2016), ambos textos de la Comunidad de Madrid junto a la información aportada por la Fundación Española para la prevención del suicidio a través de su app Prevensuic (2021) nos puede dar una idea de cuales son algunos indicadores a tener en cuenta:

Expresiones sobre la vida y su futuro

- De cansancio vital
- De insatisfacción, frustración o fracaso
- De dolor
- De infelicidad
- De sufrimiento
- De anhedonia
- De desinterés
- De soledad
- De malestar
- De desesperanza

Expresiones sobre sí misma

- De culpabilidad
- De odio hacia si mismo
- De vergüenza
- De impotencia
- De inutilidad
- Miedo a “perder la cabeza”
- Temor a dañar a otros
- De despedida

Expresiones sobre su muerte o el suicidio

- De huida
- De liberación
- de tener las ideas claras
- de tener la forma para resolverlo todo

- de dejar de subir
- de agradecimiento

Señales de alerta no verbales

- Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad; aumento de agresividad; no respetar límites; insomnio o problemas para dormir.
- Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. Esa aparente tranquilidad puede ser debida a que ya ha tomado una decisión para acabar con su sufrimiento.
- Cambios en los horarios habituales y formas de vida. Gasto de dinero injustificado
- Falta de interés en las actividades escolares con las que antes disfrutaba. No implicarse en ninguna actividad o grupo. Anhedonia desinteresado generalizado. Falta de concentración
- Actitud pasiva en clase, apatía, tristeza.
- Despreocupación por la higiene e imagen
- Aislamiento. Puede volverse retraído y distante.
- Consumo inusual de alcohol u otras drogas. Se puede utilizar como medio desinhibidor para realizar la conducta suicida.
- Descenso general en las calificaciones, disminución del esfuerzo, ausencias injustificadas, comportamiento inadecuado, cuando no es habitual.
- Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- Despedidas inusuales (p.ej. siempre te querré) mediante cualquier medio de comunicación, whatsapp, mail, redes sociales... o bien en persona (p.ej. un abrazo inesperado e intenso, no habitual).
- Cerrar cuentas de Facebook, Twitter, etc...
- Resolver asuntos pendientes.
- Indiferencia a elogios y refuerzo. Autocritica autohumillación
- Agotamiento, cambios bruscos de humor, falta de interés por la vida, trastornos del sueño (Pérdida del sueño o dormir mucho)
- Acciones temerarias. Discusiones y peleas
- Acumulación de fármacos
- Sospecha de autolesiones leves
- Agravamiento de los síntomas de trastornos mentales que pueda sufrir

Puede sentir...

Que la vida no merece la pena, que nadie puede ayudarle, que nada va a cambiar y que la única manera de acabar con el sufrimiento y con los problemas es dejar de vivir...

***Es importante que le animes a ponerse en manos de profesionales.
También estar cerca por si quiere comunicar su malestar.***

La Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2009), nos sugiere que cuando tenemos sospechas, que lo ideal es hablar con el niños, niñas o adolescentes sobre los temas que le preocupan para, poder así, buscar soluciones entre ambas partes. También describe un modelo de entrevista destinado a realizar las preguntas correctas para llegar a saber con certeza si hay un riesgo real de conducta suicida, y lógicamente buscar ayuda profesional en Salud Mental ya que ante la más mínima sospecha de riesgo debemos apoyarnos en los especialistas, aunque como educadores/as sigamos siendo un pilar importante para poder dar apoyo emocional a los niños, niñas y adolescentes:

Durante la entrevista es importante:

- Realizar la entrevista en un lugar separado donde se les interrumpa
- Hablar clara y directamente de la situación
- Transmitir tranquilidad tanto en la comunicación verbal como corporal
- Crear un clima relajado, rebajando en al máximo la tensión, fomentando un ambiente de confianza
- Demostrar interés, preocupación, comprensión y empatía
- Es importante centrarse más en lo emocional que en lo racional
- Escuchar más que hablar
- No dar muestra de banaliza la situación ni de exagerarla
- No juzgar, recriminar, reprobar, ni ridiculizarle ...
- No forzar el momento
- Preguntar de manera gradual, como, por ejemplo: ¿Estás triste?, ¿Sientes que no le importas a nadie?, ¿Sientes que no merece la pena vivir?, ¿Piensas en el suicidio?

Que debemos evaluar durante la entrevista:

- Tenemos que conocer los factores de riesgo
- Las señales de alerta que presenta
- La planificación: existencia de un plan y de un método, letalidad y accesibilidad.
- Evaluar si el contenido de la ideación suicida es más o menos impulsivo, si tiene en cuenta las consecuencias...

Llevar a cabo esta entrevista cuando tenemos sospechas de que el niño, niña o adolescente presenta ideación suicida, nos dará una estimación de la situación, NUNCA debemos minimizar el riesgo.

En ocasiones la evaluación que hacemos del riesgo suicida está tamizada por una serie de ideas predeterminadas que pueden afectar a nuestra visión de la situación, provocando que la infravaloremos. Es necesario que valoremos cual es nuestra posición respecto a estas ideas o mitos:

- MITO 1 “Hablar del suicidio incita a las personas a consumarlo”: es muy importante permitir la expresión de la idea suicida, de hecho, está comprobado que reduce el riesgo de cometer el acto

- MITO 2 “Las personas que se autolesiones sólo quieren llamar la atención, no quieren quitarse la vida”: las autolesiones son una respuesta no adaptativa de autorregulación emocional para aliviar el sufrimiento y el dolor. Los estudios indican que pueden evolucionar hacia conductas de mayor letalidad
- MITO 3 “Si alguien quiere suicidarse realmente no hay nada que se pueda hacer”: las personas cuando quieren suicidarse su fin último no es morir sino aliviar su intenso sufrimiento. La desesperanza provoca una constricción en la visión de sí mismo, del entorno y de su vida, facilitando la visión de túnel. Los estados de ánimo son transitorios.
- MITO 4 “El que lo dice no lo hace”: casi la totalidad de las personas que tiene una tentativa han hablado de ello y el resto lo han dejado entrever por cambios en su comportamiento.
- MITO 5 “Cuando se mejora después de una tentativa, ya no hay riesgo”: durante los 90 días posteriores el riesgo suicida tras una tentativa continúa siendo alto, por lo que hay que extremar las precauciones.
- MITO 6: “El que se suicida en un cobarde/valiente”: el suicidio no tiene nada que ver con la valentía ni la cobardía, tiene que ver con el sufrimiento y la desesperanza.
- MITO 7: “Si se reta a un suicida no lo intenta”: las personas que piensan en suicidarse son personas que están experimentando un intenso dolor y sufrimiento, a quienes les han fallado todos sus mecanismos de afrontamiento para resolver la situación. Retar a una persona en estas condiciones es un claro acto de irresponsabilidad, así como de incapacidad profesional.
- MITO 8: “las personas que se van a suicidar nunca emiten señales de lo que van a hacer”: este mito hace que se minimicen las señales de alerta y contribuyan a que el riesgo de suicidio se asocie con chantaje, la realidad es que 6 de cada 10 personas pidieron ayuda en la semana donde realizaron su intento suicida y 2 de cada 10 el mismo día.
- MITO 9: “Solo si tienes preparación puedes ayudar a una persona en riesgo suicida”: Lo que la persona en riesgo suicida necesita es compañía y escucha, siendo esta la herramienta más eficaz en prevención y protección
- MITO 10: “Todo el que intenta el suicidio estará en riesgo toda la vida”: Una crisis suicidada tiene un inicio y un fin. Pese a que el principal factor predictor de suicidio son los intentos previos, la mayoría de personas que lo han intentado no lo consumaran el resto de sus vidas. Es una repuesta mas relacionada con factores contextuales.

5. ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN EN CONDUCTAS AUTOLITICAS Y AUTOLESIONES

Desde los recursos de Protección debemos hacer un trabajo de prevención para todos los niños, niñas y adolescentes que residen en ellos. El Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida propone una serie de medidas y acciones que los/as profesionales encargados de los Centro de Protección podrán llevar a cabo, en diferentes niveles:

A) Estrategias de prevención para todos los niños, niñas y adolescentes de los centros de protección:

- Mejorar la atención de Bullying y Cyberbullying, puede consultar la Guía de prevención del Bullying.
- Potenciar la realización de talleres específicos para fomentar un desarrollo emocional positivo.
- Trabajar la sensibilización de los niños, niñas y adolescentes hacia la conducta suicida.
- Debemos fomentar la autoestima, la resiliencia, las capacidades de relación personal y las habilidades sociales.
- Debemos potenciar y fomentar las relaciones sociales de los niños, niñas y adolescentes, y animarles a realizar actividades en grupo.
- Debemos evitar los estigmas, marginaciones o discriminaciones. El ambiente en el Centro ha de ser de inclusividad.
- Mejorar la lucha contra el estigma de los problemas de salud mental.

B) Estrategias de prevención y cuidado para aquellos niños, niñas o adolescentes que presentan ideación suicida (o sospechamos que pudiera presentarla).

En este nivel ya tenemos identificado a un niño, niña o adolescentes que en diferente grado presenta ideación suicida, por lo que trabajaremos con el/ella de una forma más directa.

Estrategia 1: sociosanitaria:

- Es necesario que el niño, niña o adolescente cuente con apoyo terapéutico, si no lo tienen ya. La coordinación entre el equipo educativo y los profesionales de salud mental deberá ser estrecha y constante.
- La intervención terapéutica debe ser frecuente en el tiempo y entre sesiones. De igual forma se acudirá a los servicios de urgencias siempre que sea necesario

Estrategias 2: Infraestructura y contexto:

- Debemos extremar las precauciones en el entorno físico, con la finalidad de salvaguardar su integridad.
- Retirar de su alcance aquellos materiales que pudieran ser potencialmente peligrosos: cuchillos, productos de limpieza, cuchillas. En el caso de no poder retirarlos del todo, deberemos conocer en todo momento donde esta y quien lo está utilizando.
- Medicación bajo llave.
- Control del dinero que pudiera gastar en compra de algún tipo de método
- Aberturas de ventanas bajo el control del educador/a.
- Asi como cualquier otro control estimular del ambiente.

Estrategias 3: Prevención

- Ayudar a establecer con el niño, niña o adolescente y su terapeuta un Plan de seguridad. Un Plan de seguridad es un instrumento que identifica las personas, lugares, ideas o acciones que facilitan la superación de la ideación suicida.
- Acompañarle emocionalmente en este momento ayudándole a establecer herramientas que pueden serle de ayuda, como son:
 - ✓ Mis señales de alerta, que ayuda a que sea consciente de los desencadenantes
 - ✓ Mis razones para vivir, establece una serie de frases de autoayuda que ofrecen ideas para generar frases propias
 - ✓ Consejos rápidos
 - ✓ Mis fotos de vida

Estas herramientas y el Plan de seguridad, están extraídas de la App Prevensuic (2021) de la Fundación Española para la prevención del suicidio y se recogen como guía en el Anexo I y II

El sentimiento de soledad y de rechazo es uno de los riesgos vinculados a la ideación suicida; por lo que es importante la vigilancia si fuera posible y activar la figura de compañero/a o educador/a de confianza.

Estrategia 4: mejorar las habilidades de comunicación y escuchar

Escuchar al niño, niña o adolescente sobre sus pensamientos y emociones relacionadas con la conducta suicida aliviará su tensión, le haremos ver que nos preocupa y que deseamos ayudarle.

- *¿Qué hacer para mejorar la comunicación?*

- ✓ Hablar con serenidad de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor (descartando el mito de que por ello, nosotros le vamos a dar la idea de suicidarse).
 - ✓ Escuchar desde el respeto, la sensibilidad y la comprensión. Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
 - ✓ Lograr la confianza en la comunicación es de vital importancia.
 - ✓ Emplear términos y frases amables (*p. ej. Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte*).
 - ✓ Respetar los silencios, ya que seguramente le cueste hablar de lo que piensa o siente.
 - ✓ Mostrarle nuestra preocupación por lo que le pudiera ocurrir. Transmitirle que nos importa.
 - ✓ Hacerle entender que todas las cosas y las situaciones, salvo la muerte, cambian.
 - ✓ Centrarse en hacerle ver todas las virtudes y capacidades que tiene como persona. Hacerle ver su valía como ser humano diferente a todos los demás.
- *¿Qué NO hacer?*
 - ✓ Nunca juzgarle, ni verbalmente, ni de manera no verbal o gestual.
 - ✓ No reprocharle su manera de pensar o actuar. (*p. ej. ¿cómo puedes decir eso?*).
 - ✓ No criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos. Tomar sus amenazas en serio. (*p. ej. ¡Anda!, no digas tonterías*).
 - ✓ No minimizar la situación que está viviendo. (*p. ej. No será para tanto. Es normal, ya se te pasará*).
 - ✓ No entrar en pánico, no mostrar nuestro miedo. Si no sabemos cómo actuar, lo que si podemos hacer es escuchar con calma y buscar apoyo especializado en cuanto podamos.
 - ✓ Procurar NO utilizar argumentos como *p. ej. "Vas a hacer mucho daño a tu hermano, tus padres o tu novia"*, si no conocemos la relación con estas personas, porque quizás es eso precisamente lo que pretende conseguir. Argumentar en positivo acerca de lo importante que él o ella es para nosotros y para otras personas, sobre todo si conocemos quién o qué es lo que más le importa.

Estrategia 5: Como tratarlo con el resto del grupo

¿Qué debemos transmitir a los/as compañeros/as?, ¿qué deben hacer en caso de detectar ideación suicida en algún/a compañero/a?

Es muy probable que sean los/as compañeros/as del grupo los que detecten un cambio radical en el comportamiento de su compañero/a, o que esta persona, en algún momento exprese a alguno de ellos/as su idea de querer morir.

Es importante enseñar a los/as compañeros/as que si algún/a compañero/a le habla de su sufrimiento deben comunicárselo a su Educador/a de confianza.

Es fundamental concienciar a los/as adolescentes que una intervención rápida, también por parte de ellos/as, puede salvar la vida de su amigo/a o compañero/a

C) Estrategias en el momento de Crisis Suicida: donde el riesgo de pasar de la ideación al acto es alta

Estrategia 1: Tener disponibles teléfonos de emergencia o ayuda

Es muy importante contar con el apoyo de los distintos agentes que integran la red preventiva del suicidio: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, familiares y amigos.

En caso de riesgo:

- Llamar a los Servicios de Emergencias Médicas a través del 112 (SUMMA, SAMUR).
- Teléfono de atención a personas con riesgo suicida en España 024
- Acudir a Urgencias del Hospital más cercano.
- En caso de que el niño, niña o adolescente en riesgo reciba tratamiento psiquiátrico, ponerse en contacto inmediato con su especialista de referencia.
- Retirar de su entorno todo tipo de material susceptible de ser utilizado potencialmente con finalidad suicida.
- Pensar siempre, si ha fracasado en un intento previo, que utilizará un método más letal al previamente usado.
- Tener cuidado con los domicilios en pisos altos.

Estrategia 2: No dejarle/a solo/a (principalmente a la espera de ayuda profesional)

- Lograr que se sienta acompañado/a física y emocionalmente
- No cuestionarlo/a. no intentar convencer de lo inadecuado de su decisión
- Validar lo que siente
- No tener prisa por resolver el problema. En 90 minutos suele disminuir el impulso (aunque en algunos casos la medicación lo alarga)
- Evitar el rol de experto/a. Tratar de ganar confianza
- Facilitar el desahoga emocional
- No hacer promesas que no se puedan cumplir. No mentir
- No es buen momento para opinar o aconsejar

- Sembrar la ambivalencia respecto a su decisión
- Ayudarle a rescatar “sus razones para vivir”

Estrategia 3: Avisar a Director/a del Centro de Protección y a su profesional de salud mental de referencia.

Los equipos hacéis frente a muchas situaciones emergencias, en el caso de riesgo de suicidio exige una actuación con todos los agentes implicados; para pensar mejor y apoyarnos unos a otros.

Estrategia 4: Autocuidado del personal educativo.

Esta estrategia debe estar presente durante cualquier proceso de ayuda a una persona con riesgo suicida.

Puede ser recomendable que los/as educadores/as que están implicados activamente soliciten ayuda especializada, no debiendo adoptar el papel de profesionales de la salud.

Es importante que el Equipo educativo se apoye en el Equipo técnico.

En relación a las conductas autolesivas debemos tener en cuenta algunas consideraciones: Que se hagan daño no quiere decir que quieran desaparecer; significa que es la estrategia que conocen para manejar su angustia.

Nadie que está en bienestar se lesiona; por lo que sería conveniente informar a su profesional de salud de referencia; y animarle a recibir ayuda psicoterapéutica si todavía no lo hace. También debe saberlo el Director/a del Centro de Protección.

Es importante que aprenda maneras más constructivas de expresar la angustia y de manejarse con ella. Por ejemplo:

- Con una persona de confianza con quien pueda hablar de lo que le causa angustia.
- Respirar profundamente.
- Visualizar algo placentero.
- Escribir.
- Realizar deporte para liberar adrenalina.

Es importante preguntarles acerca de si les son útiles las estrategias propuestas y animarlos a que se entrenen en el uso de las mismas.

6. ANEXOS

ANEXO I: Plan de Seguridad

Contactar con:

Profesionales que conocen mi situación

Mi psiquiatra:

Mi psicólogo/a:

Mi educador/a:

Mi Educador/a:

Mi profesor/a:

Otros profesionales:

Familiares y amigos

Nombre y contacto:

Nombre y contacto:

Nombre y contacto:

Otros contactos

Nombre y contacto:

Nombre y contacto:

Acudir a:

Centros de atención

Hospital:

Centro de Salud:

Otros recursos:

Otros recursos:

Lugares que me distraen

Dirección:

Dirección:

Dirección:

Dirección:

Lugares de familiares o amigos

Dirección:

Dirección:

Dirección:

Pensar Hacer:

Pensar en cosas que me ayudan

Escribe la idea

Escribe la idea

Escribe la idea

Escribe la idea

Pensar en cosas que no me ayudan

Escribe la idea

Escribe la idea

Escribe la idea

Escribe la idea

Cosas que me ayudan

Escribe la acción

Escribe la acción

Escribe la acción

Escribe la acción

Cosas que no me ayudan

Escribe la acción

Escribe la acción

Escribe la acción

Escribe la acción

ANEXO II: Herramientas de Apoyo

CONSEJOS RAPIDOS

- ✓ Tomate un tiempo. No decidas ahora
- ✓ No consideres una solución definitiva para un problema temporal o una emoción transitoria
- ✓ Aunque no lo parezca las cosas cambian y mejoran y tu estado de ánimo también
- ✓ No consumas alcohol o drogas
- ✓ Si estas en tratamiento mantenlo en la misma forma que te lo han prescrito no lo abandones
- ✓ Aléjate de cualquier medio o lugar en el que te puedas hacer daño
- ✓ Busca compañía, llama alguno de tus contactos del plan de seguridad revisa tus razones para vivir
- ✓ Habla no calles tus ideas. Busca ayuda profesional para superarlas
- ✓ Haz caso a los tuyos

Mis Señales de Alerta

Cosas que pienso cuando tengo ideas suicidas:

Cosas que digo cuando tengo ideas suicidas

Cosas que hago cuando tengo ideas suicidas

Cosas que no hago cuando tengo ideas suicidas

MIS RAZONES PARA VIVIR

Sobre mí y mi situación

- Sé que esta situación es dura, pero también pasajera
- No voy a tomar una decisión definitiva para un problema temporal
- Soy suficientemente fuerte para superar esta situación. Puedo con esto
- Sé que con tiempo encontraré La forma de disfrutar de la vida
- Seguro que encontraré otras formas de solucionar todo esto
- Realmente no quiero morir
- Me da miedo la muerte
- Por dolorosas que sean, estas cosas son inherentes a la vida y debemos asumirlas.
- Me quiero y valoro lo suficiente como para no acabar conmigo
- Aunque para unos es más fácil que para otros, la vida conlleva dificultades y etapas dolorosas
- Tengo miedo a lo desconocido
- El futuro no tiene por qué ser siempre oscuro
- Ni siquiera es seguir que lo consiga y tengo que pensar en las nefastas consecuencias que eso puede conllevar
- Siempre lo puedo dejar para otro momento
- Va en contra de mis principios ideológicos o religiosos

Sobre los demás

- No puedo hacerles esto a los míos ni quiero hacerles sentir culpables
- Personas a las que quiero no tienen la culpa ni tienen que pagar por su sufrimiento
- No puedo abandonar mis responsabilidades y dejárselas a otros
- No voy a dar ese gusto a algunos/as
- ¿Qué iba a ser de las personas a las que quiero

Mis otras razones