

# La conducta autolítica en el entorno escolar

## Herramientas para la prevención, detección e intervención

**Oscar Puigardeu**

CRETDIC-BCNciutat

**Juan Carlos Barroso**

Técnico y Coordinador del grupo de emergencias psicosociales CEB

**Josep Amorós**

CRETDIC-BCNciutat

### Resumen

#### La conducta autolítica en el entorno escolar

#### Herramientas para la prevención, detección e intervención

Las autolesiones y el suicidio son un problema de salud pública (OMS,2014) que resulta especialmente alarmante cuando afecta a menores o adolescentes. Esta realidad y la preocupación que genera no son ajenas al entorno educativo. Son muchas las preguntas, las ansiedades y los miedos que despierta en los equipos docentes. Presentamos una propuesta de abordaje de las conductas autolíticas en el entorno escolar fruto del trabajo de reflexión realizado por el CRETDIC de Barcelona ciudad y el equipo emergencias psicosociales del Consorcio de Educación de Barcelona con el objetivo de aportar elementos y herramientas para la prevención, la detección y la intervención ante situaciones de riesgo o actos autolíticos en los centros escolares.

**Palabras clave:** Autolesión, suicidio, prevención suicidio, riesgo suicida, salud mental.

### Abstract

#### Autolytic behaviour in the school environment

#### Tools for prevention, detection and intervention

Self-harm behaviours and suicide are a public health problem (WHO, 2014) which in turn is alarming and worrying especially when it happens amongst infants and adolescents. This reality and the concern it generates are not alienated to the school environments. There are many questions, concerns and fears that this reality generates amongst teachers. We present a proposal to approach these autolytic behaviours in the school environment as a result of a work of observation and reflection carried out by CRETDIC from Barcelona city and the psychosocial emergency team from the Consorcid'Educació de Barcelona (CEB) with the aim to contribute with elements and tools for prevention, detection and intervention when facing situations of risk or of autolytic acts in the educational institutions.

**Key words:** self-harm, suicide, suicide prevention, suicide risk, mental health.

## Introducción

Las dificultades de ajuste socioemocional son una de las principales problemáticas que refieren los propios adolescentes (Ortuño-Sierra, Aritio-Solana y Fonseca-Pedro, 2018). Uno de los datos que evidencian estas dificultades es que los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad asociada y carga de enfermedad entre

hombres y mujeres de 10 a 24 años (Gore, et al. 2011). Entre los problemas de salud mental en adolescentes destacan, por la alarma que generan y por su gravedad, los actos autolíticos y el suicidio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que este es un problema de salud pública (OMS, 2014) y por este motivo son diversos los esfuerzos para su prevención. (Soto, et al. 2019).

Los centros educativos, como institución universal con un objetivo inclusivo, no pueden ser ajenos a las dificultades socio-emocionales del alumnado. Es un hecho que los centros de enseñanza secundaria, y todo el personal docente, son conscientes de estas dificultades. Dicha problemática se manifiesta en los centros en forma de dificultades de aprendizaje, de convivencia, de regulación de la conducta y un largo etcétera. En los últimos años los centros de secundaria cada vez son más conscientes del sufrimiento expresado por los y las adolescentes y por este motivo incorporan a su labor diaria elementos destinados a la promoción de la salud mental, la prevención y la detección de situaciones de riesgo.

Una de las expresiones más impactantes y preocupantes del malestar de los y las adolescentes son las autolesiones en todas sus expresiones y el suicidio. Estas conductas, inevitablemente, generan alarma en los centros educativos. Por este motivo es importante que las escuelas e institutos tengan a su alcance información y formación en este ámbito que les permita afrontar estas situaciones con elementos para la reflexión.

Este artículo pretende dar herramientas a los centros educativos, a sus orientadores y docentes ante la sobrecogedora realidad de la conducta autolítica en una de las etapas del desarrollo en que nuestra sociedad espera un estallido de vida. Estas orientaciones son fruto de la reflexión y la experiencia del CRETDIC (Centro de Recursos educativos para alumnos con Trastornos del Desarrollo y la Conducta) de Barcelona Ciudad y el grupo de emergencias psicosociales del CEB (Consortio de educación de Barcelona) en el abordaje de las conductas autolíticas en el entorno educativo.

## **Autolesiones y suicidio. Delimitación conceptual y mitos**

Entendemos por autolesión todo acto que tiene como finalidad dañar el propio cuerpo. La mayor parte de las conductas autolesivas no tienen un objetivo letal. Es decir, el sujeto tiene intención de hacerse daño, pero no pretende terminar con su vida (Mosquera, 2008). En este concepto de autolesión englobamos un conjunto amplio y complejo de conductas que suponen hacerse marcas en el cuerpo como cortes, erosiones y otros con el fin de dañarlo. Por otra parte, entendemos que aquellas marcas en el cuerpo que tienen fines estéticos o son señales de pertenencia a un grupo no las consideraremos como autolesiones ya que no tienen como objetivo dañar al cuerpo, sino que a menudo buscan embellecerlo, a pesar de que su realización pueda generar dolor físico.

De forma general, podríamos afirmar que estas autolesiones tienen como finalidad disminuir, atenuar el malestar emocional o comunicarlo. En ocasiones, son un intento de gestionar un malestar e incluso, una forma de evitar un intento suicida más lesivo. Pero también puede ser una especie de autosanción o tener una intención vengativa (Kleindienst et al., 2008).

La idea de la muerte es un tema recurrente y frecuente durante la adolescencia. En este momento evolutivo toman conciencia de la propia mortalidad y no resulta infrecuente que se sientan atraídos por actividades de riesgo. El interés por la muerte durante la adolescencia es por ello habitual y, de forma general, no sería un elemento de preocupación. La preocupación debe aparecer cuando el adolescente contempla la propia muerte como una posible solución a alguno de sus problemas (OMS, 2014).

Sólo cuando la finalidad del acto es acabar con la propia vida hablaremos de conducta suicida. La conducta suicida engloba una serie de conceptos según su naturaleza que se podrían clasificar de la siguiente forma:

- Ideación suicida: el sujeto contempla la muerte como una forma de resolver una situación
  - o Deseo de muerte: el sujeto preferiría estar muerto
  - o Ideación suicida: el sujeto contempla la posibilidad del suicidio
  - o Plan suicida: el sujeto tiene pensada alguna o varias formas concretas de suicidarse.
- Comunicación suicida
  - o Amenazas de suicidio: el sujeto comunica que podría suicidarse
  - o Comunicación verbal: el sujeto comunica que se suicidará
  - o Comunicación no verbal: el sujeto con algún escrito o con un acto comunica que se suicidará
- Acto suicida
  - o Intento sin resultado de muerte
  - o Intento con resultado de muerte

El suicidio en nuestra sociedad ha sido y es todavía un tabú y de ahí que muchas personas en situación de riesgo tienen importantes dificultades para pedir ayuda. También este tabú dificulta a los adultos afrontar las situaciones de riesgo suicida. Son muchos y diversos los mitos sobre el suicidio que dificultan las intervenciones de las instituciones educativas. Citemos algunos de estos mitos (Fonseca-Pedrero y Díez Gómez, 2018):

- *Mito 1:* Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse, puede incitarle a hacerlo.  
 Evidencia: Está demostrado que preguntar y hablar con la persona sobre la presencia de pensamientos suicidas disminuye el riesgo de cometer el acto.
- *Mito 2:* La persona que expresa su deseo de terminar con su vida nunca lo hará

Evidencia: A menudo, la mayor parte de las personas que han intentado suicidarse, previamente expresaron su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.

- *Mito 3:* La persona que quiere suicidarse no lo dice.

Evidencia: De cada diez personas que se suicidan, nueve expresan claramente sus propósitos y la otra deja entrever sus intenciones de terminar con su vida. Es importante saber que sólo un escaso número de suicidios se produce sin aviso. La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones.

- *Mito 4:* El suicidio es impulsivo y la mayoría de los suicidas no avisa.

Evidencia: El suicidio puede ser el resultado de un acto impulsivo repentino o de una planificación muy cuidadosa. En ambos casos, casi siempre hay signos directos o indirectos, verbales o no verbales, pistas o advertencias de riesgo suicida.

- *Mito 5:* Sólo las personas con problemas graves se suicidan.

Evidencia: El suicidio es multicausal. Muchos problemas pequeños pueden llevar al suicidio, además, lo que para unos es algo nimia, para otros puede ser algo catastrófico.

## Factores de protección y factores de riesgo

La tarea de prevención de las conductas autolesivas y suicidas en el entorno educativo requiere de la identificación de los factores protectores y de los factores de riesgo de estas conductas. Identificar los factores protectores nos permite poner en marcha los programas e intervenciones que en el ámbito escolar pueden ser útiles para maximizarlos, realizando así una tarea de prevención. De igual forma la identificación de los factores de riesgo nos permitirá actuar con el objetivo de minimizarlos con el objetivo de reducir el riesgo autolítico.

Se pueden identificar diferentes elementos como factores de riesgo de aparición de conductas autolíticas (Anseán, 2014):

- Individuales
  - o Trastorno mental
  - o Rigidez cognitiva y alta autoexigencia
  - o Dificultades en las habilidades sociales y la resolución de problemas
  - o Impulsividad
  - o Baja autoestima
  - o Antecedentes de intentos autolíticos
- Familiares
  - o Antecedentes de TM e intentos de autolisis
  - o Entorno desestructurado y falta de atención
  - o Violencia domiciliaria o situaciones de abuso

- Rigidez y perfeccionismo
- Sociales
  - Situaciones de estrés con sentimiento de indefensión
  - Acoso o abuso
  - Minorías en situación de exclusión social.

También se han identificado los siguientes elementos como factores protectores (Anseán, 2014):

- Individuales
  - Buena capacidad regulación emocional
  - Habilidades sociales
  - Resolución asertiva de problemas
  - Buena autoestima y sensación autocompetencia
  - Proyecto vital
- Familiares
  - Cohesión y vínculo emocional
  - Capacidad de diálogo
  - Soporte y consistencia
- Sociales
  - Grupo de iguales de referencia
  - Aceptación y cohesión grupal
  - Seguridad y clima de resolución positiva de conflictos

En muchas ocasiones podemos identificar factores detonantes en las conductas autolíticas (Fonseca-Pedrero y Diaz, 2018), es decir aquellos factores que no siendo los causantes de la conducta son los que propician que ésta se inicie y realice. Son aquellos acontecimientos vitales que el sujeto tiende a identificar como insostenibles y que generan la puesta en acción de una conducta autolítica ya latente.

Por otro lado, muchas familias en su afán de proteger a sus hijos e hijas de cualquier malestar, acto totalmente comprensible, pueden llegar a sobreprotegerlos en lugar de acompañarlos durante su camino de aprendizaje en la vida. Esto puede generar carencias de recursos, habilidades o estrategias de afrontamiento en los niños y adolescentes para hacer frente a situaciones adversas que seguro se encontrarán en un momento u otro. Esto puede provocar que, en algunas ocasiones, el / la adolescente pueda vivir ese evento como infranqueable o insostenible y empiece a pensar en la muerte como posible alternativa para afrontar lo que la vida le ha puesto delante de su camino y que debe resolver o superar.

## La prevención

En nuestra sociedad tenemos muy incorporada la prevención en relación con la salud física y la consideramos esencial para evitar enfermedades a corto, medio y largo

plazo. Respecto a la salud mental en las últimas décadas se ha visto también la necesidad de realizar una labor preventiva con la población. En relación a las conductas autolíticas ha ido tomando más relevancia la prevención a partir de los datos que año tras año se han ido publicando sobre muertes por suicidio. Esta preocupación ha dado lugar, entre otros, al proyecto Euregenas de la Unión Europea para la prevención del suicidio (<https://www.euregenas.eu/>).

Actualmente, el suicidio es la primera causa de muerte no natural entre los 16 y 35 años. (Vega et al. 2018). Además, en los últimos años, los profesionales de la salud han empezado a detectar que las ideaciones suicidas y las tentativas están bajando de edad; apareciendo algunos casos concretos ya en el ciclo superior de primaria. Los estudios muestran que los centros educativos son uno de los mejores contextos para implementar programas de prevención en salud mental (Neil y Christiansen, 2009).

A continuación, describiremos diferentes herramientas para la prevención de las conductas autolíticas. Las organizaremos según el criterio que se siguen en otros ámbitos de la salud: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

### **Herramientas para la prevención primaria.**

La prevención primaria de la conducta autolítica es aquella que está dirigida de una forma inespecífica a reducir la posibilidad de que el alumnado realice estas conductas. Por lo tanto está dirigida a la potenciación de los factores de protección en el entorno educativo así como en la detección e intervención temprana sobre los factores de riesgo. En este apartado y en posteriores realizaremos algunas propuestas de programas o actividades, estas tienen una función simplemente ejemplificadora.

La prevención primaria es una estrategia universal que los centros educativos deben desplegar de forma continuada y sistemática en todas las etapas educativas. Veremos que muchas de las herramientas que proponemos son en realidad herramientas destinadas a la promoción de la salud de forma genérica, la resolución positiva de los conflictos y el desarrollo psicosocial y emocional del alumnado. Muchos de estos elementos el centro los desarrolla y se encuentran recogidos en su Proyecto de Convivencia (PdC); dentro de su Proyecto Educativo de Centro (PEC).

### **Herramientas para potenciar los factores de protección.**

Primero presentaremos estrategias dirigidas al alumnado de forma individual. Uno de los primeros elementos protectores es la sensación de autocompetencia y la capacidad de afrontar los retos que supone la escolarización. En este sentido todas las estrategias dirigidas a garantizar el éxito en los procesos de enseñanza-aprendizaje resultan protectoras en tanto que potencian el sentimiento de competencia del alumnado. Pero también el éxito escolar es un aporte importante en el establecimiento de un proyecto de vida en el adolescente. En esta línea, organizar la enseñanza-aprendizaje a partir de los 7 principios de aprendizaje (OCDE, 2018) refuerza estos factores de protección.

El segundo elemento que puede resultar preventivo de las conductas autolíticas es aquello que habitualmente los centros educativos engloban bajo el paraguas del concepto educación emocional (Puigardeu, 2017). La mayor parte de los centros educativos tiene un programa sistemático dirigido a ayudar al alumnado en el proceso que supone identificar los propios sentimientos y emociones y poderlos nombrar y comunicar. También supone el trabajo sobre las habilidades de gestión de las propias emociones y el trabajo de la asertividad como herramienta de comunicación de los propios deseos y necesidades.

Un tercer elemento al servicio de la promoción de la salud mental es la formación en habilidades sociales y la capacitación del alumnado en técnicas de resolución no violenta y eficaz de los problemas interpersonales consustanciales a la convivencia, así como el trabajo de las y los tutores/as de las dinámicas de grupo a través de la acción tutorial. Actualmente son varios los programas y recursos existentes para realizar este trabajo, los Centros de Recursos Pedagógicos (CRP) disponen de multiplicidad de recursos que pueden resultar de utilidad a los centros. En una línea similar todos los trabajos dirigidos a la tolerancia ya la inclusión de colectivos con especiales dificultades o en riesgo de exclusión también se convierte en un factor protector.

También hay que citar la tarea de orientación académica y vocacional como una herramienta primordial de esta tarea preventiva. La orientación no debe ser una tarea limitada a los cursos de traspaso entre etapas, sino una labor continuada que ayuda al alumnado a tener perspectivas de futuro que le pueden ayudar en la tarea de ir elaborando un proyecto de vida.

Es importante también considerar como los aspectos organizativos de los centros educativos también ayudan al fomento de los factores de protección. Así, un plan de acogida adecuada ayuda a que el alumnado recién llegado se incorpore a la vida del centro y del grupo clase de una manera satisfactoria. Tener establecidos canales de comunicación fluidos y eficientes dentro del centro hace que el alumnado los pueda utilizar cuando tiene una inquietud o una preocupación; pero estos canales también sirven para comunicarse entre los / las docentes dentro del centro, con las familias y, en su caso, con los / las profesionales de los servicios externos (CDIAP, CSMIJ, EAP, Servicios Sociales, ...) cuando se detectan situaciones que favorezcan factores de riesgo para reconducirlas colaborando las personas implicadas. La participación del alumnado en el centro es una manera de generar sentimiento de comunidad, de no encontrarse solo, que su opinión y sus aportaciones sean escuchadas; creando un ambiente inclusivo y participativo en la escuela o instituto.

Quisiéramos añadir la resiliencia a los elementos que fomentan los factores de protección. Según Henderson y Milstein (2003), el centro educativo puede contribuir al cultivo de la resiliencia a partir de ofrecer un vínculo afectivo y de apoyo (incentivando la cooperación y la solidaridad), estableciendo y transmitiendo expectativas elevadas y, por último, brindando oportunidades de participación significativa.

Finalmente, cabe citar que el conocimiento del sistema sanitario y los diferentes puntos de acceso al mismo, ya sea a través de pediatría, del programa salud escuela o de otros programas similares, así como la experiencia de recibir apoyo y ayuda por parte de tutores/as y orientadores/as de centro cuando el alumnado expresa la necesidad, es también un elemento protector.

### **Intervención sobre los factores de riesgo.**

Los centros educativos realizan de forma habitual una tarea destinada a la minimización de potenciales factores de riesgo, esta tarea suele estar orientada en dos direcciones. La primera es la intervención sobre los factores de riesgo que se producen dentro del entorno educativo. La segunda dirección de trabajo está dirigida a aquellos factores que se dan fuera del centro educativo.

Las escuelas e institutos realizan una tarea de gestión de grupos destinada a la detección de posibles situaciones de dificultades interpersonales significativas o de situaciones de acoso (Ortegón y Egea, 2019). Desde hace tiempo, los centros son cada vez más sensibles a la detección e intervención sobre estos fenómenos grupales y realizan un trabajo de prevención e intervención, cuando resulta necesario. Esta tarea se debe realizar de una forma especialmente intensa con colectivos de mayor vulnerabilidad y riesgo de exclusión. El seguimiento del alumnado por parte de los tutores/as y las tutorías individualizadas también tienen como finalidad la detección de posibles situaciones de riesgo. En estos procesos de detección el trabajo en equipo de los docentes y el asesoramiento o intervención de los y las orientadoras de centro tienen una importancia capital.

La detección de posibles trastornos de aprendizaje y la adopción de las medidas curriculares pertinentes así como la detección precoz de síntomas compatibles con trastorno mental y su derivación a la red de salud son una herramienta de prevención de situaciones de riesgo de primera magnitud. El EAP y los orientadores de centro pueden ofrecer apoyo y orientación al personal docente en este proceso.

Pero el centro educativo también puede realizar una importante labor de detección de factores de riesgo que se dan fuera del centro. La identificación de entornos familiares con dificultades en la crianza de sus hijos debido a una falta de información o de habilidades parentales permite a los centros educativos a través de las Asociaciones de Familias de los centros, la organización de actividades que ayudan a la prevención. En situaciones de mayor gravedad y riesgo como las de violencia intrafamiliar, de situaciones de sospecha de abuso o maltrato, el centro, a través de la comisión social con el asesoramiento de los profesionales trabajadoras sociales del EAP, pueden activar la red de servicios sociales para que inicie la intervención que valoren necesaria (Síndic de Greuges de Cataluña, 2006).

Bajo la óptica de la promoción de la resiliencia, la escuela o instituto puede mitigar estos factores de riesgo enriqueciendo los vínculos prosociales, fijando límites claros y firmes y enseñando "habilidades para la vida" (Henderson y Milstein, 2003).



### **Prevención específica.**

La tercera herramienta de la que disponen los centros educativos en este trabajo son los programas específicos para la promoción de la salud mental. Algunos de estos programas que tienen como objetivo la prevención y desestigmatización de los trastornos mentales mientras que otros están específicamente destinados a la prevención del suicidio.

Existen diferentes programas específicos de prevención del suicidio y las conductas autolesivas (Bustamante y Florenzano, 2013. Soto et al., 2019). Destaca por la evidencia de su efectividad el programa SOS (Signs of Suicide), centrado en formar al alumnado en la detección de compañeros en situación de riesgo y ofrecerles herramientas para reaccionar ante esta situación. También destacamos el programa CARE (Care, Asesoría, responde, Empower) que pretende la creación de una red de apoyo entre el alumnado, los docentes y las familias para acompañar a los adolescentes con alto riesgo autolítico. Finalmente, mencionar el programa "Gatekeepers" desarrollado en Canadá en que se realiza una formación para alumnos elegidos/as por su liderazgo positivo en el grupo para que sean detectores precoces de situaciones de riesgo. Estos programas de prevención suelen complementarse con cribados poblacionales con la intención de mejorar su eficacia en la prevención de la conducta autolítica.

Debemos tener en consideración que resulta bastante habitual que el hecho de trabajar en el aula un programa de prevención del suicidio haga que el alumnado hable abiertamente sobre el tema. Los docentes deben estar preparados para esta situación y contar con el asesoramiento del orientador/a del centro, ya que muy probablemente requerirá apoyo para poder diferenciar el normal interés de los adolescentes por el tema de la finitud de lo que podrían ser indicadores de riesgo de conducta autolítica.

### **Herramientas de prevención secundaria.**

La prevención secundaria es aquella destinada a identificar y poder intervenir en aquellos y aquellas alumnas que presentan indicadores de riesgo que hacen temer la posibilidad de una actuación autolítica. Por este motivo, debemos recordar que la mayor parte de menores que realizan un acto autolítico presentan con anterioridad indicadores que podrían ser detectados en el centro docente. Dividiremos estos signos de alerta en dos grupos. Los primeros son los signos de alerta indirectos, es decir aquellos que nos están indicando que es posible la existencia de dificultades preocupantes en el alumnado. Pasaremos posteriormente a hablar de los signos de alerta directos.

Signos de alerta indirectos (Dumon y Portzky, 2014):

- Aislamiento de familiares o amigos
- Bajada rendimiento escolar
- Incremento del consumo de tóxicos

- Signos de malestar emocional (desazón, rabia, inestabilidad, dejadez hacia él mismo ...)
- Dificultades en el sueño o alimentación
- Sentimientos de culpa, ira o necesidad de venganza
- Falta de proyecto

Es importante no considerar aisladamente y superficialmente cada uno de estos indicios indirectos sino que se ha de explorar su origen y ver si van acompañados de otros de estos indicadores. Por ejemplo, una bajada del rendimiento escolar por si sola puede deberse a diferentes causas y no la consideraremos un signo de alerta a no ser que se presente acompañada de otros signos.

Por ello, ante la presencia de signos indirectos de alerta, los docentes deben consultar a los orientadores/as de centro que juntamente con el asesoramiento del Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP) valorarán qué hay detrás de lo observado, su gravedad y cuál es la intervención más oportuna en cada caso. Sin perjuicio de la intervención decidida este alumno/a debe ser considerado como alumnado en situación de vulnerabilidad y que requiere de una especial atención por parte del centro educativo y de un seguimiento tutorial de mayor intensidad.

Signos directos de alerta (Dumon y Portzky, 2014):

- Deseo de desaparecer, morir o matarse
- Desesperación y falta de sentido
- Sentimiento de estar atrapado, falta de salida, indefensión
- Dolor insoportable e incapacidad para afrontar la vida
- Sensación de ser una carga o sobrar
- Investigación de métodos letales

Los signos directos de alerta nos están alertando de una situación de riesgo autolítico. Ante esta situación hay que recordar que ninguna ideación autolítica o ninguna comunicación en esta dirección debe ser ignorada o menospreciada. Ante la presencia de signos directos de riesgo de autolisis es necesario activar los procedimientos habituales de derivación a los servicios de salud. Esta derivación debe ir acompañada con una entrevista con la familia del alumno/a para transmitir nuestra preocupación por su sufrimiento y la necesidad de contemplar la necesidad de una intervención de los servicios en salud mental. Será competencia de los servicios clínicos valorar si el signo de alerta observado por el centro educativo es o no compatible con un trastorno mental susceptible de recibir tratamiento y si es un indicador o no de riesgo autolítico.

No resulta inusual que la detección de los signos de alerta sea también realizada entre el propio alumnado. En ocasiones es un compañero/a quien alerta a una persona adulta que cree que una amiga o amigo necesita ayuda. En el momento que un adolescente realiza este paso a menudo es porque los intentos informales que ha realizado tanto él o ella y su grupo de referencia para ayudar a este compañero/a no han

sido exitosos y por ello solicitan la intervención de un adulto. En estos casos, a pesar de que podemos intentar garantizar el anonimato de la persona que lo comunica, debemos explicarle que no podemos mantener la confidencialidad de la comunicación ya que el alumno se encuentra en una situación de riesgo. Por este motivo y por el bien superior del menor y su derecho a la salud el deber de confidencialidad no puede detener nuestra intervención, a pesar de que intentaremos ser cuidadosos para mantener el anonimato de la fuente, siempre que sea posible. Finalmente hay que agradecer la comunicación recibida y explicitar que nosotros, como adultos y profesionales, nos hacemos cargo de su angustia y de las intervenciones que haya que realizar, liberando así al alumnado comunicador de toda responsabilidad en el seguimiento e intervención sobre su compañero/a.

Hablar del suicidio con el alumnado adolescente puede ser una tarea compleja y que genere inquietud, de forma comprensible, en los y las docentes. Tener en consideración las siguientes premisas puede resultar de ayuda:

- Mantener la calma.
- Mostrar y expresar interés y preocupación. Debe saber que nos hemos dado cuenta de que algo le preocupa o que no se encuentra bien.
- Permitir la expresión abierta sin culpabilizar ni minimizar. Es decir, sin juzgar.
- Escuchar mucho y hablar poco. Debe percibir que alguna persona escucha en el sentido amplio de la palabra. La escucha activa es básica en esta conversación.
- No contar experiencias personales sobre el tema.
- Evitar dar consejos paternalistas u opiniones personales.
- Evitar confrontar al alumno/a. Ni le vamos a contradecir ni le daremos la razón.
- Centrar la atención en el alumno/a como persona y no tanto en la autolisis. Por ejemplo, mostrarse empático con su sufrimiento sin potenciarlo.
- Evitar prometer confidencialidad sobre el contenido de la conversación si esto implica un riesgo para la vida del alumno/a o la de otros. El alumno/a puede no encontrarse en condiciones de pensar adecuadamente debido al sufrimiento que le invade. Por lo tanto, en estas situaciones prevalece la seguridad del alumno sobre la confidencialidad o la posible ruptura del vínculo con nosotros.
- Evitar prometer que todo irá bien. Pero si podemos comentar que haremos todo lo posible para ayudarlo a encontrarse mejor.
- Mostrar al alumno/a que puede recibir ayuda y que encontraremos cómo y quién le ayudará.
- Potenciar los factores protectores. El abordaje de los factores de riesgo, especialmente los de mayor gravedad, es mejor que lo realicen los servicios clínicos.
- Centrar nuestro trabajo en aspectos educativos, de prevención, detección y derivación.
- Pedir ayuda al orientador/a de centro y los servicios educativos.
- Mantener una comunicación y una colaboración fluida con las familias.

- Ser consciente de que la valoración del riesgo y el tratamiento indicado corresponde a los profesionales de salud.
- Apoyarnos en la red: servicios educativos, servicios sociales, servicios sanitarios...

### **Prevención terciaria.**

Desgraciadamente, en los centros educativos algunos/as alumnos pueden llevar a cabo actuaciones autolíticas. En este apartado ofreceremos herramientas para afrontar aquellas situaciones en que un/a alumno/a verbaliza una amenaza de suicidio o realiza un intento autolítico o consume un suicidio con resultado de muerte. El Consorcio de Educación de Barcelona ha realizado últimamente un esfuerzo para poder ofrecer herramientas y orientaciones para ayudar a los centros educativos en la toma de decisiones ante estas situaciones.

### **Orientaciones para la intervención ante la detección de signos indirectos o directos.**

Cuando se detecta algún signo de alerta indirecto deberá compartir esta situación a la Comisión de Atención a la Diversidad del centro educativo (CAD). En este espacio se valorará y se decidirá si el alumno/a se deriva al EAP para hacer la valoración psicopedagógica oportuna. Si esta valoración implica una derivación al servicio de salud mental en el proceso de devolución de la valoración con la familia se orientará su derivación. En caso de que ya reciba apoyo de un profesional de la salud mental se le compartirá las conclusiones de la valoración a través de la familia o mediante las coordinaciones que ya se estén realizando entre el centro educativo y el profesional.

En el caso de detección de signos directos, se propondrá lo antes posible una reunión conjunta entre tutor/ay EAP con la familia a fin de transmitir la situación y la propuesta de derivación a servicio de salud mental, de acuerdo con los procedimientos previstos. En caso de que ya reciba apoyo para un profesional de la salud mental se le compartirá esta información a través de la familia o mediante los canales de comunicación previamente establecidos entre el centro educativo y el profesional.

### **Orientaciones para la intervención ante una verbalización de intencionalidad de autolisis o suicidio.**

Las amenazas de autolisis o suicidio no se deben minusvalorar en ningún caso. Consideraremos una amenaza de autolisis o suicidio que un sujeto explicita de forma verbal su intención de hacerse daño de forma intencionada. Cuando se produce esta situación hay que extremar la supervisión de forma constante sobre el alumno/a en cuestión y limitar de forma inmediata su acceso a medios de autolesión, no dejaremos solo al alumno/a hasta que su familia se haga cargo del mismo. Será necesario avisar de forma inmediata a su familia y recomendar que, en la mayor brevedad posible, y siempre antes de la finalización de la jornada escolar, se personen en el centro ya que no debemos dejar al alumno sin la supervisión de un adulto referente. Es importante que

mientras la familia se encuentra de camino al centro, la actitud con el alumno/a debe ser desde la preocupación comedida, sin agobiarlo con preguntas y/o comentarios relacionados con la situación vivida y, por supuesto, sin mostrar angustia ante la situación.

Cuando la familia se persone en el centro comentaremos nuestra preocupación por el sufrimiento que manifiesta el alumno y recomendaremos por escrito la consulta de forma urgente a un servicio de salud. El apoyo del orientador/a de centro puede ser de gran utilidad en todo este proceso. En caso de que el alumno esté en tratamiento en algún servicio de salud mental, daremos aviso a su clínico de referencia de la situación. Como en todas las situaciones excepcionales que se producen en los centros educativos documentaremos el incidente tal como el centro tenga previsto e informaremos a los agentes que requieren disponer de la información sobre situaciones extraordinarias (como, por ejemplo, en nuestro inspector/a de educación)

### **Orientaciones para la intervención ante una conducta de autolesión.**

Cuando un/a alumno/a realiza un acto autolesivo que tenga como resultado una herida o lesión objetivable en el centro educativo, como podría ser realizarse cortes de forma intencionada, aislamos el alumno/a del resto de compañeros con el objetivo de evitar la exposición de sus compañeros y compañeras a la situación. Llamaremos al 112 para explicar la situación con la intención que los servicios de emergencias valoren si es necesario desplazar personal sanitario para atender al alumno en el centro o si es mejor que éste se dirija con su familia un servicio de urgencias. Inmediatamente después de la llamada al 112 llamaremos a la familia. Es importante transmitir a la familia que el o la menor se encuentra bien físicamente pero que requiere que los servicios clínicos valoren la situación y que, por ello, hemos llamado al 112. Pediremos a la familia que, de forma urgente, se persone en el centro educativo o en el hospital; en caso de que haya un traslado por parte de los servicios de emergencia. Mientras esperamos a los servicios de emergencias o a la familia, el alumno siempre estará acompañado por un miembro del equipo docente con el que tenga un vínculo personal. Este tiempo de acompañamiento debe estar destinado a garantizar que el alumno/a se encuentra en una situación lo menos incómoda posible. Escucharemos lo que nos quiera comentar, pero nos abstendremos de hacer comentario o valoración sobre el acto autolesivo, ni intentaremos animarle. En estos casos el apoyo del orientador/a del centro con el soporte de los asesores psicopedagógicos del EAP puede ser de gran utilidad.

### **Orientaciones para la intervención ante un intento de suicidio potencialmente letal en el centro educativo.**

En un intento de suicidio potencialmente letal, tanto si genera alguna lesión o no, el sujeto requiere la valoración inmediata por parte los servicios de urgencias psiquiátricas. Por este motivo siempre será necesario llamar a los servicios de emergencias para que valoren la situación a la vez que solicitaremos la presencia urgente de un familiar en el centro educativo. En esta última llamada nos mantendremos

en la máxima calma. Nuestro objetivo no es asustar ni alarmar la familia, pero sí que le explicaremos que necesitamos que venga a la mayor brevedad al centro educativo y que se trata de una situación grave. En ocasiones, podemos plantear la posibilidad que esta llamada la realice una persona que no tiene toda la información sobre lo sucedido con el objetivo de evitar darla por teléfono. Debemos tener en consideración que mientras realizamos la llamada no sabemos si el familiar está realizando alguna actividad peligrosa y el hecho de dar ese momento toda la información podría tener consecuencias no deseadas, como, por ejemplo, un accidente de tráfico si se está conduciendo.

Durante el tiempo que esperamos la llegada de los servicios de emergencias el alumno/a siempre debe estar acompañado por dos miembros de la comunidad educativa, preferiblemente con los que él tenga vínculo y siempre que estos se sientan capaces de acompañar al alumno en esta situación. Durante este tiempo de espera el objetivo es acompañar y tranquilizar al alumno. No haremos ningún comentario sobre las causas de sus lesiones ni ningún reproche hacia su actuación. Sólo le acompañaremos intentando que el tiempo de espera sea lo menos dificultoso posible para él o ella. El acompañamiento se debe procurar realizar desde la naturalidad; evitando mostrar nerviosismo que suele generar una vigilancia rígida que nos puede conducir a reducir la distancia interpersonal de tal manera que puede resultar incómoda para el alumno/a. Debemos ser conscientes que el nerviosismo se transmite que es lo que menos necesita el alumno/a en este momento.

En caso de que el 112 no crea necesario el traslado del alumno a un centro sanitario recomendaremos a la familia que se ponga en contacto de forma urgente con los servicios de salud para que valoren su situación. Por este motivo es necesario que después de un intento de suicidio del alumno/a esté acompañado por su familia cuando abandone el centro educativo.

En caso de que el alumno/a resulte herido, se debe conservar la calma para poder actuar con serenidad y rapidez. Debemos retirar el objeto utilizado para lesionarse o alejarlo del espacio donde se produjo el intento, siempre teniendo en consideración que si se ha producido alguna lesión de gravedad puede ser recomendable no mover la persona. Debemos tranquilizarlo y evitar aglomeraciones alrededor de él / ella para no agobiarse ni exponer a las personas a esta situación.

Es importante que el centro notifique con la mayor brevedad posible a la inspección educativa lo que ha pasado y documente el incidente. También es importante que se ponga en contacto a la mayor brevedad con el EAP para recibir su asesoramiento y que conjuntamente con la ayuda del orientador /a del centro puedan planificar los siguientes pasos a realizar. Habrá que valorar qué información hay que hacer llegar a la comunidad educativa y si todos sus miembros deben recibir esta información o sólo una parte de ella. En este proceso de información se debe tener en consideración el derecho a la privacidad del alumno afectado y su familia; acordando con ellos la información a comunicar.

### **Orientaciones para la intervención ante un suicidio con resultado de muerte dentro del horario lectivo.**

La situación de muerte por suicidio en el centro educativo es quizás una de las situaciones más graves que un centro educativo pueda tener que afrontar. Se trata de un evento potencialmente traumático para toda la comunidad educativa. Por este motivo es importante que el centro solicite la ayuda inmediata a los diferentes servicios de la red que pueden colaborar en estos momentos. Lógicamente lo primero que hay que hacer es llamar inmediatamente a los servicios de emergencias. De forma simultánea hay que aislar de la situación a todos los miembros de la comunidad educativa para limitar al máximo su exposición a la misma. De forma también inmediata se informará a la Inspección de educación y los servicios territoriales para que se activen otros apoyos complementarios a los que se desplegarán al llamar al 112. En estos primeros momentos es importante limitar al máximo las personas que tengan acceso a la información sobre lo que ha sucedido. Es importante que el centro cuente con el apoyo de personal especializado para planificar y realizar la comunicación a la familia de la situación así como planificar de la información que se dará a la comunidad educativa. Este apoyo posiblemente se desplegará a partir de la llamada al 112, a la Inspección o a los servicios territoriales de educación.

Hay varios servicios en el territorio que, de forma conjunta con los servicios educativos de zona (SEZ), pueden apoyar el centro educativo para afrontar el duelo y ayudar a la comunidad educativa a elaborar el difícil duelo que supone la muerte por suicidio. A pesar de las dificultades, sabemos que la inmensa mayoría de las personas que deben afrontar una situación potencialmente traumática tan grave como ésta, pueden superarla sin secuelas en un cierto tiempo, pese que en algunas ocasiones algunas personas requieren acompañamiento psicológico para poder retomar su vida con normalidad. Los SEZ también pueden acompañar al centro educativo si el acto autolítico o suicida sucede fuera del horario lectivo.

---

## **Postvención**

Todo acto autolítico o suicida provoca un fuerte impacto en el entorno. Toda actuación autolítica genera sufrimiento en la familia del alumno/a, pero también en toda la comunidad educativa. Tras una actuación autolítica los centros educativos tienen que hacer frente a varios retos educativos. El primero es la tarea de contener y acompañar a los compañeros del alumno que ha realizado la actuación autolítica. Este acompañamiento, que se conoce como postvención, supone poder crear un espacio para atender las preocupaciones de los compañeros/as con el objetivo de minimizar el potencial traumático. El centro educativo debe elaborar una narración de lo sucedido lo más compartida posible por los miembros de la comunidad educativa. Hay que estructurar un discurso de lo ocurrido y de cómo actuaremos, una especie de versión

oficial compartida de lo sucedido permitiendo las expresiones de las emociones vividas por los y las compañeras.

La vivencia de una situación de tipo autolítico puede propiciar la aparición de dos efectos contrapuestos que se pueden dar de forma simultánea en el centro, dependiendo de las características de personalidad y del nivel de vulnerabilidad del alumno. Estos dos efectos son los conocidos como efecto Werther y efecto Papageno.

Conocemos como efecto Werther aquel efecto de imitación que puede generar tener conocimiento de una situación de suicidio. El nombre de este fenómeno está relacionado con el aumento de suicidios posteriores a la publicación de la obra de Goethe. David Philips (1974) descubrió como tras la publicación de una noticia en portada de un suicidio se producía un incremento de suicidios en la población. El efecto Werther tiene dos elementos fundamentales que generan su aparición: el primero está relacionado en cómo es tratada la noticia de un suicidio. En función de cómo sea este tratamiento la noticia puede incrementar o disminuir este efecto contagio. El segundo elemento tiene relación con la vulnerabilidad de las personas que reciben la noticia, a mayor vulnerabilidad mayor es riesgo de que se produzca este efecto. De ahí la importancia de planificar i realizar una buena gestión de la información sobre una conducta autolítica y la planificación de la atención a las personas vulnerables que tienen contacto con conductas autolíticas. Estos dos elementos fundamentales para minimizar el efecto Werther.

Pero también tenemos conocimiento del efecto Papageno, que debe su nombre al famoso personaje de la opera la Flauta Mágica de Mozart. Este efecto es el contrario al efecto Werther. Es decir, tener conocimiento de testimonios de personas que se habían planteado la posibilidad de suicidarse y que finalmente han descartado esta idea al haber encontrado mejores alternativas para afrontar sus dificultades y para seguir viviendo genera una disminución de las tasas de suicidio.

### **Intervención en el centro educativo.**

Siempre que hay un acto autolítico hay que tener en consideración que será necesario un trabajo posterior en la comunidad educativa. El centro puede contar para esta tarea con el apoyo de los servicios educativos de zona, pero también puede pedir apoyo a servicios educativos específicos como el Centro de Recursos Educativos para alumnos con Trastornos del desarrollo y de la Conducta (CRETDIC) u otros agentes.

Este trabajo deberá tener en consideración la vulnerabilidad del alumnado del centro, la gravedad del intento y el nivel de exposición de los alumnos. Entendemos como gravedad del intento la potencial letalidad del acto suicida. El nivel de exposición de los alumnos lo podemos medir a través de dos elementos. El primero es la proximidad emocional de cada alumno/a con respecto a la persona que ha realizado el acto autolítico, Es decir, el nivel de exposición será muy superior en un alumno/a que se encuentra en el círculo de amistad más próximo del compañero/a que ha realizado la acción autolítica que el que se encuentra más lejos de este círculo, por ejemplo, un

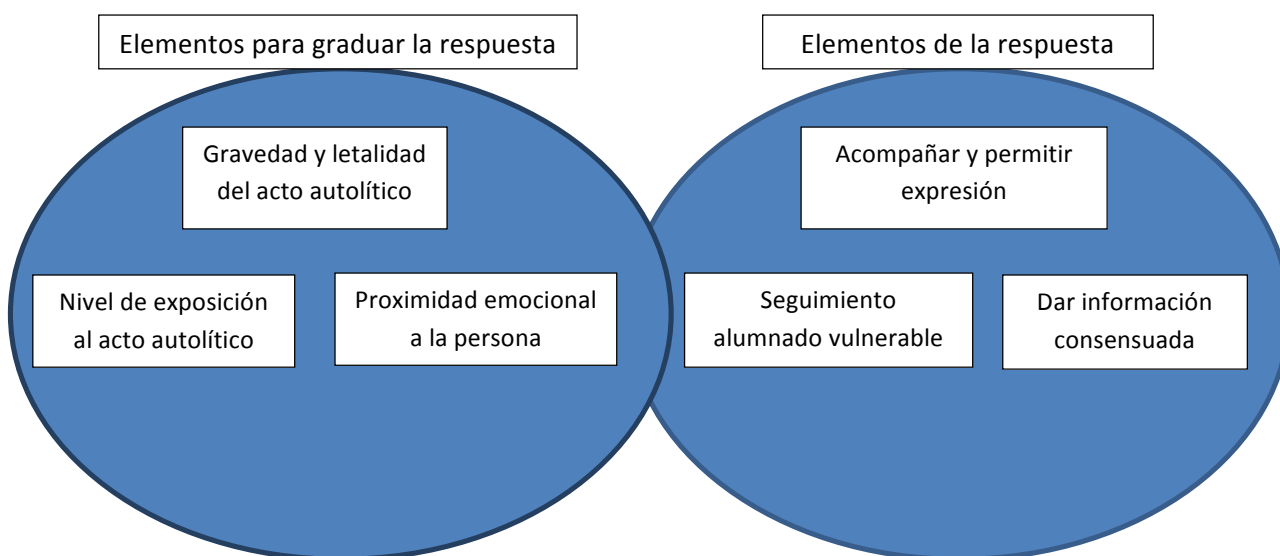


compañero del mismo nivel pero de diferente grupo. El segundo elemento que considerar es la proximidad al acto, un alumno/a que ha presenciado el intento suicida tiene un nivel de exposición más alto que el que lo visiona en Instagram, que a su vez se encuentra más expuesto que aquel que ha tenido conocimiento porque se han contado de forma verbal.

En definitiva, y siguiendo la metáfora de la gota que cae en un charco y las ondas de la caída que se van disipando a medida que se alejan, cuando más lejos se encuentra física y emocionalmente del alumno/a que ha hecho el intento menos probabilidades de sufrir el impacto emocional potencialmente traumático. Sin embargo, esta valoración debe ser complementada por la vulnerabilidad de los alumnos que está en relación al nivel de factores de riesgo de cada uno de los alumnos. Así, a pesar de que un alumno/a pueda encontrarse muy lejos del hecho traumático, por ejemplo en otro curso, si recientemente ha tenido una vivencia similar o una pérdida de una persona de su círculo familiar más próximo el suicidio de un compañero le puede hacer revivir aquella situación traumática y volver a reactivar ese malestar emocional.

La primera tarea de postvención a realizar por el centro educativo es planificar la respuesta del centro educativo. Esta planificación (fig.1) debe empezar por identificar los siguientes elementos para graduar la respuesta: valorar el nivel de gravedad del acto, identificar al alumnado más expuesto al mismo así como aquellos que tienen una mayor proximidad. Estos tres elementos ayudarán a planificar y graduar la intervención con el alumnado del centro.

**Fig. 1** Planificación de la respuesta educativa.



Para estructurar la respuesta a un intento autolítico puede ser adecuado dividir la intervención en tres momentos. El primer momento es la intervención inmediatamente posterior al hecho. En este momento la intervención debe estar centrada en dar una información consensuada con la familia, estructurada, veraz y respetuosa sobre lo ocurrido. Esta narración ayudará a los alumnos a entender qué ha pasado. Después habrá que dar espacio a la expresión de sus emociones, estas situaciones generan diferentes emociones en el alumnado, todas ellas posibles. En algunos casos el sentimiento de miedo y de angustia puede ser preponderante mientras que en otros la tristeza y preocupación pueden estar más presentes. También habrá parte del alumnado que necesitará mostrarse más distanciado de la situación e incluso puede bromear con el fin de alejarse de la angustia que le genera la situación. Finalmente el tercer momento es el seguimiento y atención al alumnado especialmente vulnerable o que ha estado muy expuesto a la situación autolítica. Entendemos por alumnado potencialmente vulnerable aquel alumnado con Necesidades Educativas Específicas (NEE), con trastorno mental, o que han sufrido pérdidas importantes recientemente. Este seguimiento se puede articular a través de la tutoría individual y debe estar dirigido a la potenciación de los factores de protección y a la vigilancia de los signos de alerta. En este proceso se puede valorar la intervención de los orientadores de centro, especialmente en los casos de especial vulnerabilidad y alta exposición. Es importante tener presente que en estas situaciones poder expresar los pensamientos y sentimientos que se sienten en los momentos posteriores con las amistades o con los adultos referentes puede ayudar a elaborar la situación vivida y realizar un proceso de duelo sano. Por ello, procurar espacios de escucha entre ellos/as y con los/las docentes del centro con quienes tienen vínculo es clave para poder minimizar los efectos potencialmente traumáticos. En estos momentos difíciles resulta habitual detectar signos de preocupación en otro alumnado que nos pueden hacer sospechar que muestran dificultades. En caso de que se detecten dificultades habrá que consultar al EAP y valorar la posible derivación del alumno al Servicio de Salud mental.

Por suerte, la mayor parte de las personas que realizan actos autolíticos e intentos de suicidio no mueren en los mismos, se recuperan y no vuelven a realizar nuevos intentos ya que pueden superar la crisis vivida. Sin embargo, es cierto que este proceso es largo y no siempre ausente de recaídas y de nuevas situaciones difíciles. Después de un intento de suicidio en Cataluña los servicios de salud activan el código riesgo suicidio, un programa del Departamento de Salud que supone una atención especial y un seguimiento específico de estos pacientes. En ocasiones este proceso requiere un ingreso hospitalario. Pero no debemos olvidar que lo que más ayuda en la recuperación de una situación de suicidio es el contacto con la vida y con el proyecto vital; por esta razón no siempre es indicado un ingreso después de una actuación autolítica. Son los y las profesionales de las urgencias psiquiátricas o los servicios de salud mental que atienden a la persona los que deben valorar la estrategia terapéutica que será más ayuda en cada caso.

Pero incluso cuando un adolescente requiera un ingreso hospitalario el centro educativo puede contribuir de forma significativa al proceso de mejora del paciente. El centro educativo y su alumnado es uno de los elementos que más conecta al alumno con la vida. Siempre que los servicios clínicos así lo propongan y permitan, puede ser una gran ayuda que el alumno ingresado pueda mantener contacto con sus compañeros/as y con las tareas académicas; en definitiva, con la vida del centro. En este trabajo compartido es especialmente importante la coordinación con los docentes hospitalarios de los servicios de salud. Mantener el contacto con el centro educativo supone para el alumno/a ingresado mantener el contacto con su entorno, su rutina, la normalidad y con su proyecto de vida. Algo muy importante en este momento.

Tras la intervención de los servicios clínicos, el alumnado que ha realizado un acto autolesivo o un intento suicida retornará al centro educativo con el seguimiento de un profesional de los servicios de salud mental. El momento del retorno es lógicamente un momento importante en el proceso de recuperación del alumnado que nos ocupa. Debemos planificar su acogida de forma coordinada con los profesionales clínicos que atienden al alumno/a. Las compañeras docentes hospitalarias y el EAP pueden ayudar en este proceso, en el que también será bueno tener en consideración las inquietudes, dudas y necesidades que el alumno/a concreto puede manifestar en este momento. Es bueno anunciar a sus compañeros/as el retorno de del alumno y explicar que este necesitará ayuda para ponerse al día y que seguramente agradecerá su ayuda. Así como que es probable que haya cosas que los querrá contar y otras que no, cosa que habrá que comprender y respetar. Es recomendable que cuando se hable en el grupo se focalice la conversación desde la empatía, reflexionando con el grupo sobre cómo les gustaría ser acogidos cuando vinieran en el instituto, qué actitudes y comentarios necesitarían para sentirse bien en su reincorporación al centro si hubieran vivido una situación difícil.

Los docentes y el personal que trabaja en un centro educativo es importante que tengan en consideración que cuando un alumno/a, tras un intento de suicidio, retorna al centro es porque los servicios clínicos que lo atienden creen que esta es la mejor opción para favorecer su recuperación y para prevenir la reaparición de conductas autolíticas. En este sentido, se entiende que el centro no debe tomar precauciones especiales con el alumno/a, a menos que éstas sean prescritas explícitamente por los servicios clínicos. A pesar de ello, lógicamente, el centro se mostrará especialmente atento a su evolución y se coordinará de forma periódica con los servicios de salud mental a los que hará conocer cualquier situación que les preocupe y cualquier signo de alerta que pueda aparecer para que hagan la correspondiente valoración.

### **La autolesión y su impacto en el equipo docente.**

Los y las docentes de los centros educativos no han sido formados para hacer frente a situaciones tan complejas y conmovedoras como las autolesiones y los intentos de suicidio. Por este motivo, y porque tampoco son ajenos al tabú del suicidio ya la poca

presencia de la muerte en nuestra sociedad, pueden verse afectados a nivel personal ante estas situaciones. Por este motivo es muy importante la confianza en su entorno y que puedan contar con el apoyo tanto en los profesionales de orientación de su centro, de los servicios educativos en especial el EAP, como de servicios externos, especialmente los de salud mental.

Es necesario que los y las docentes que intervienen en estas situaciones sepan que están ante una situación anómala y excepcional que lógicamente puede tener impacto en su persona y en sus emociones. Por este motivo es normal que durante la intervención o posteriormente a la misma, presenten emociones, pensamientos o conductas poco habituales en ellos y que sientan angustia o tristeza. Estas reacciones son las normales y esperables ante una situación de gran impacto emocional como puede ser una autolisis. También serán normales los sentimientos de culpa o de impotencia. Es normal que, a posteriori y revisando sus actuaciones, el personal docente pueda recordar comentarios o conductas que en aquel momento no relacionó con lo que luego pasó; sobre todo en cuanto a los signos indirectos. Tomar consciencia de ello puede generar un profundo malestar en los profesionales del centro. Ante estas situaciones es bueno que el docente pueda compartirlo con personas de su confianza. También puede acudir a los orientadores del centro o a los servicios educativos. En caso de que estos síntomas perduren en el tiempo más allá de 3 o 4 semanas, o su intensidad dificulte de forma significativa la vida diaria del docente este debería consultar a un servicio especializado para valorar la necesidad de un apoyo específico.

## Referencias Bibliográficas

- Anseán, A. (2014). Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida (2a edició). Madrid. Ed: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.
- Bustamante V, F. & Florenzano U, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 51(2), 126-136. Disponible a: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>.
- Departament d'Educació. Projecte de convivència i èxit educatiu. Disponible a: [Data de consulta 26/04/2020]  
<http://xtec.gencat.cat/web/.content/centres/projeducatiu/convivencia/documents/PdC.pdf>
- Dumon, E. i Portzky, G (2014) Prevención de la conducta suicida e intervencions tras el suicidio. Recomendaciones para el ámbito escolar. Disponible a: <https://www.euregenas.eu/publications/>

- Fonseca- Pedrero, E. i Díez Gómez, A. (2018) Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *A Revista de estudios de juventud*. 120: 35-46.
- Gore, F. M.; Bloem, P. J.; Patton, G. C.; Ferguson, J.; Joseph, V.; Coffey, C.; ... Mathers, C. D. (2011). "Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis". *Lancet*, 18, 2093–2102
- Henderson, H.; Milstein, M. (2003). *La resiliencia en la escuela*. Barcelona. Ed.: Paidós
- Kleindienst N, Bohus M, Ludäscher P, Limberger MF, Kuenkele K, Ebner-Priemer UW, et al. (2008). Motives for no suicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment. Dis.* 196:230–6.
- Mosquera, D. (2008). *La autolesión: el lenguaje del dolor*. Madrid. Ediciones Plèyades
- Neil, A. L. i Christiansen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early interventions programs for anxiety. *Clinical psychology review*. 29(3), 208-215.
- OEDC (2018). *Manual per a entorns d'aprenentatge innovadors*. Barcelona. Ed: UOC
- OMS (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global* (2014). Disponible a: <https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-suicidio-imperativo-global>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo mundial*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortegón, R. Egea, A. (2019). L'escola com espai de salut i benestar: cap a un abordatge integral en la prevenció de l'assetjament escolar. *Perspectiva Escolar*. 404. Disponible a: <https://www.rosasensat.org/revista/assetjament-escolar-num-404/monografic-lescola-com-espai-de-salut-i-benestar-cap-a-un-abordatge-integral-en-la-prevencio-de-lassetjament-escolar/>
- Ortuño-Sierra, J.; Aritio-Solana, R. ; Fonseca-Pedrero, E. (2018). "Mental health difficulties in children and adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011–2012". *Psychiatry Research*, 259, 236-242.
- Phillips, D. P. (1974). The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*. Vol. 39 , 340-354.
- Puigardeu, O. (2017). Educar en la competencia emocional. *Infància*. 215:7-11.
- Síndic de Greuges de Catalunya (2006). *Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors*. Disponible a: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2017/03/Protocol-maltractaments-greus.pdf>
- Soto-Sanz, V. Ivorra-González, Alonso, J. Castellvi, P. Rodríguez-Marín, J. i Piqueras, JA. (2019) Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitària. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Vol. 6 nº. 3 pp 62-75.
- Soto-Sanz, V. Ivorra-González, D. Alonso, J. Castellvi, P. Rodríguez-Marín, J. I Piqueras, J.A. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del

suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 6( 3), 1-14.

Vega, D. Sintés, A. Fernández, M. Puntí, J. Soler, J. Santamarina, P. Soto, A. Lara, A. Méndez, I. Martínez-Giménez, R. Romero, S. Pascual, JC. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Esp Psiquiatria*. 46(4):146-55.

**Correspondencia con los autores:** *Oscar Puigardau*. E-mail: [opuigard@xtec.cat](mailto:opuigard@xtec.cat). *Juan Carlos Barroso*. E-mail: [jbarros3@xtec.cat](mailto:jbarros3@xtec.cat). *Josep Amorós*. E-mail: [jamoros4@xtec.cat](mailto:jamoros4@xtec.cat)