



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/

Prevenió suïcidi infanto-juvenil

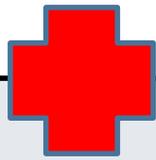
Observatori del Suïcidi

Nicole Haber Eterovic - Psicóloga clínica

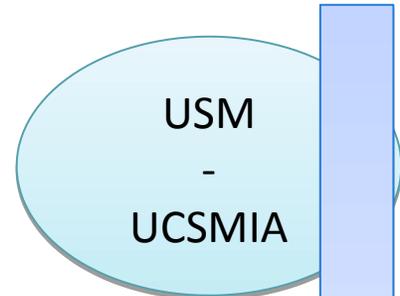
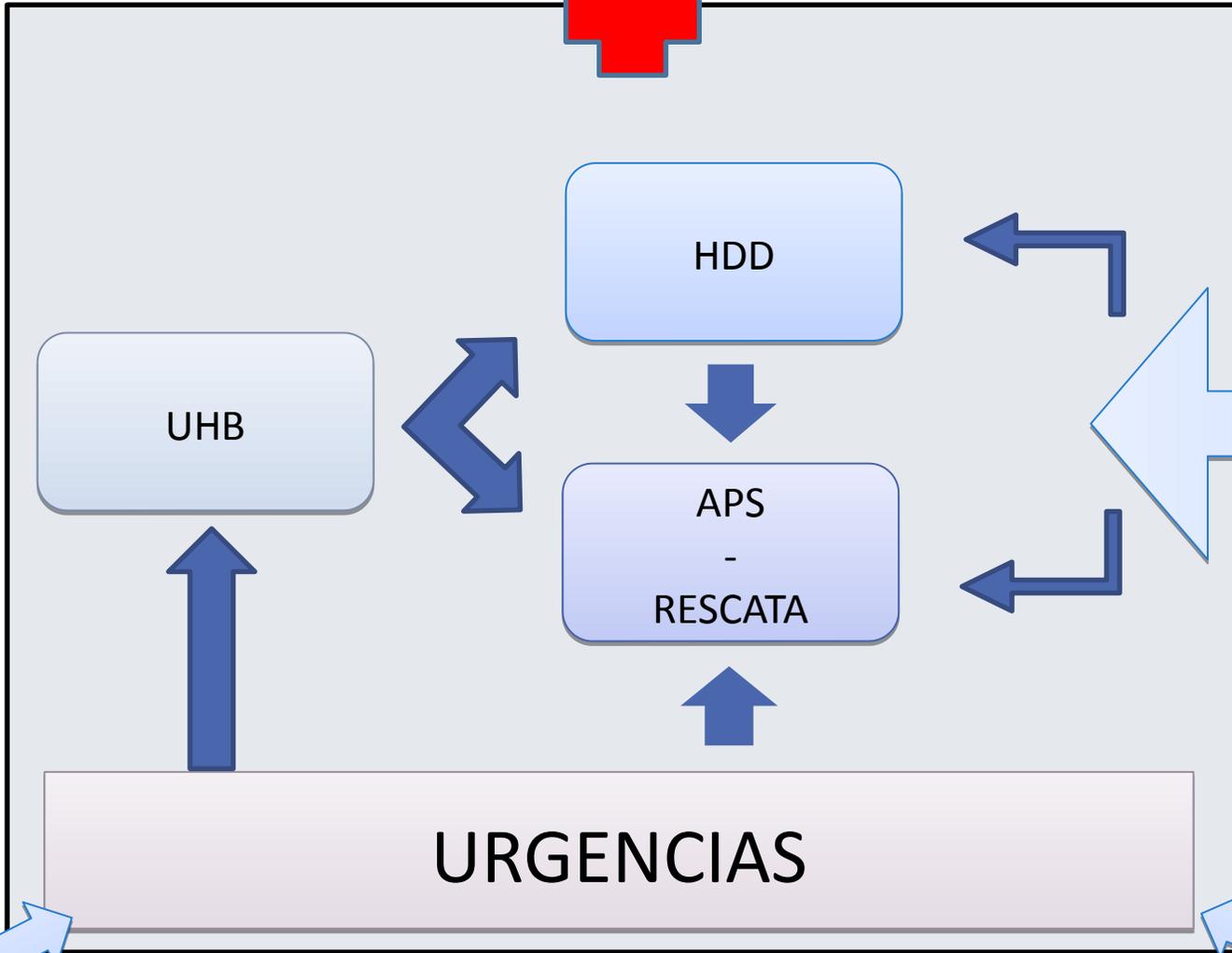
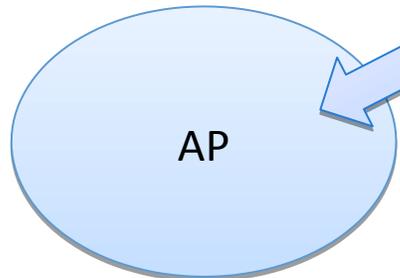
Coordinadora projecte autonòmic per a la prevenió de la conducta suïcida – Observatori del Suïcidi

nicole.haber@ibsalut.es

Conselleria d'Educació i Formació Professional, 29 de novembre 2021



G CONSELLERIA
 O SALUT I CONSUM
 I SERVEI SALUT
 B ILLES BALEARS





- **CREACIÓN DE UN SISTEMA DE RECOGIDA DE DATOS**

**DTIC + DPTO DE
INFORMÁTICA DE LAS
GERENCIAS DE LOS 6
HOSPITALES + AP + 061**



- **MEJORAR PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN**
- **MINIMIZAR LA PÉRDIDA DE LA PERSONA ATENDIDA
ASEGURANDO AL MÁXIMO SU SEGUIMIENTO**





Medio centenar de sanitarios se forman en detección de conductas suicidas

► El curso lo impartió en el Hospital Can Misses la responsable del Observatorio del Suicidio, Nicole Haber

EFEE EIVISSA

Unos 50 profesionales sanitarios de las Pitiüses asistieron ayer a un curso de evaluación, detección y manejo de la conducta suicida de la población general y de los grupos de riesgo en el Hospital Can Misses. El curso lo impartieron Nicole Haber, responsable del Observatorio del Suicidio, la psiquiatra Claire Teijeira y la psicóloga Elena García, estas dos últimas integrantes del Servicio de Atención al Paciente Suicida del Hospital Comarcal de Inca. Durante el curso se trataron temas como las muertes invisibles y los datos epidemiológicos, así como los métodos de intervención y los mitos sobre la persona que piensa en el suicidio, entre otros temas



Un momento de la jornada de formación. V. MARI

En el curso trataron las muertes invisibles y los mitos sobre quien piensa en el suicidio, entre otros temas

tar y evaluar esta conducta. Además, se abordó la intervención con el paciente suicida desde el punto de vista médico y psicológico, así como estrategias de asistencia telefónica y de intervención ante una situación de riesgo. Por último, detallaron aspectos como los suicidas recurrentes, la intervención con familiares y allegados del suicida, y las estrategias en la población general y con los grupos de riesgo específicos, como son las personas que padecen depresión.

Medio centenar de profesionales se forman para mejorar la detección del suicidio

► Los últimos datos recogen que en Balears se registra **un suicidio cada cuatro días** ► Nicole Hauber, una de las profesoras, asegura que «facilitar que hable es la mayor **prevención**»

Redacción | IBIZA

Medio centenar de profesionales sanitarios han participado en un curso de evaluación, detección y manejo de la conducta suicida de la población general y de los grupos de riesgo dirigido a profesionales de atención primaria, atención hospitalaria y emergencias que se celebró ayer en el hospital Can Misses.

El curso ha sido impartido por Nicole Haber, responsable del Observatorio del Suicidio, junto a las docentes Claire Teijeira, psiquiatra, y Elena García, psicóloga clínica, ambas miembros del Servicio de Atención al Paciente Suicida (APS) del Hospital Comarcal de Inca y Máster en Conducta Suicida de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. En Balears se han contabilizado 92 suicidios en 2016, último año del que se tienen datos recogidos,



Éxito en la convocatoria. El curso que se celebró ayer en Can Misses tendrá una segunda edición a partir del año que viene dado el interés suscitado por los profesionales para formarse acerca de la evaluación, detección y manejo de la conducta suicida. Foto: DANIEL ESPINOSA

taron temas como las muertes invisibles y los datos epidemiológicos, los mitos sobre la persona con ideación suicida y la

esa evaluación, valoración del riesgo suicida inmediato y remoto y de los gestos suicidas. Las docentes han explicado los

telefónica y de intervención ante una situación de riesgo, además del suicidio como urgencia/emergencia y su manejo a

CURSO El Observatori del Suïcidi da un curso de prevenció para los profesionales de salud

► Mañana se imparte en el Hospital Mateu Orfila el curso sobre la prevención y manejo de la conducta suicida, dirigida a los profesionales del Área de Salut de Menorca. Organizado por el Observatori del Suïcidi de Balears, serán la psiquiatra Claire Teijeira y la psicóloga Elena García, quienes lo impartan.



**ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y
AMIGOS SUPERVIVIENTES
POR SUICIDIO DE LAS ISLAS
BALEARES
(AFASIB)**

Asociación creada por supervivientes y para supervivientes de las Islas Baleares, para proporcionar orientación, información y voz a todas las personas que están padeciendo o han padecido la pérdida de un ser querido por suicidio.

asociacionafasib@gmail.com

657716340

HORARIO DE ATENCIÓN

PRESENCIAL:

Sábados, de 9:00 a 13:00 hrs

Carrer Son Ordre, 3, 1º

INCA

Reuniones de grupo de ayuda mutua

«En el suicidio no es verdad que quien lo comenta no lo hace»

► Profesionales sanitarios destacan que se reduce el número de hombres que se suicidan mientras aumenta el de mujeres ► Abogan por hablar de ello y «romper el tabú» sobre las víctimas y familiares

MARTA TORRES MOLINA EIVISSA

■ «En el caso del suicidio no es verdad que quien lo comenta no lo hace». Es uno de los mitos que desmontó ayer Nicole Haber, psicóloga clínica y responsable del Observatorio del Suicidio del Ibs-Salut, durante un taller sobre la conducta suicida celebrado ayer en el aula Pere Catany del Hospital Psiquiátrico de Palma y que pudo seguirse en Eivissa a través de una videoconferencia.

En la jornada, destinada especialmente a profesionales de los medios de comunicación, desde el observatorio plantearon la necesidad de extremar las precauciones a la hora de informar sobre estos casos que, durante años, se han omitido en la prensa para, según las propias recomendaciones de los profesionales, evitar el efecto llamada. Desde hace un tiempo, sin embargo, buena parte de los propios especialistas sanitarios consideran que debe abrirse un debate sobre si es bueno o no silenciar estos casos. En este sentido, Haber destacó que hay que tener cuidado, especialmente, al difundir los «lugares nuevos» que escogen quienes acaban con su vida así como con «magnificar» los casos de personas famosas.

Los profesionales recordaron que el suicidio es la principal causa de muerte entre los adolescentes y detalló que en 2016 en Baleares se registraron 92 suicidios, «uno cada cuatro días». De la misma manera, señalaron que así como los suicidios de hom-



Imagen de los asistentes en Eiv

Nicole Haber insiste en que una muerte por suicidio no tiene «una única causa»

bres han disminuido, en mujeres «se registra una cifra histórica superando la máxima de 2014».

N.M. | IBIZA

El Observatorio del Suicidio del Servei de Salut de les Illes Balears organizó ayer un taller para el tratamiento de la conducta suicida en los medios de comunicación. Y es que, según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte a nivel global y está entre la segunda y la tercera causa de muerte entre los jóvenes.

En este sentido, los expertos invitados al taller explicaron la necesidad de que los medios de comunicación «normalicen» el tema con el objetivo de que deje de ser un tema tabú.

A su juicio, una cobertura responsable y adecuada de la noticia es «preventiva» y puede ayudar a cambiar la «percepción incorrecta» de la población acerca de la conducta suicida corrigiendo mitos, incluso animando a las personas a pedir ayuda.

Desde el Observatorio del Suicidio del Ibs-Salut, se destacó que una noticia sea muy

Al taller, que tuvo lugar en Palma, acudió la consellera balear de Salut, Patricia Gómez. Foto: IBSALUT

explicita con el método de suicidio, con titulares o imágenes dramáticas o asocie la muerte con un logro «cuando no lo es» puede conseguir

Las cifras
8,12

Suicidios por cada 100.000 habitantes

► La media de suicidios se sitúa en Baleares en 8,12 por cada 100.000 habitantes, tasa que supera la media estatal, que es de 7,46, según detalla la documentación que distribuyeron ayer los profesionales que impartieron el taller para el tratamiento de la conducta suicida, que se celebró en Palma.

92

Salut quiere que la «muerte por suicidio» deje de ser un tema tabú en los medios

que hacen muchos periodistas

Expertos en el tema criticaron la cobertura sensacionalista



Al taller, que tuvo lugar en Palma, acudió la consellera balear de Salut, Patricia Gómez. Foto: IBSALUT

un «efecto contagio» en personas que estén pasando por una situación difícil. Asimismo, dijeron que la persona

que se quita la vida por este motivo, no lo hace por un único motivo, como por ejemplo que le hayan dado un diagnóstico o haya sufrido bullying, sino que es producto de una «compleja» interacción de muchos factores.

Desde Salut también recordaron que existe la app 'Prevenstuit', impulsada por la Fundación Salut Mental España y con el aval de la Sociedad Española de Psiquiatría, a la que pueden acceder personas con riesgo suicida, sus allegados y profesionales sanitarios. Entre las herramientas que da está un Plan de Seguridad que usa funcionalidades como Google Maps o Whatsapp.

Discrepancias

Por su parte, los periodistas de Palma, Ibiza y Menorca que acudieron al taller mostraron su oposición a muchas de las cuestiones planteadas por el Observatorio.

Estos profesionales se defendieron diciendo que el objetivo de un suceso es contar qué ha pasado dónde, cuándo, por qué y a quién sobretodo cuando compiten «constantemente» por ser el primer medio que publique la información.

También achacaron que, en ningún momento, pretenden «dañar» con sus publicaciones a los familiares afectados por una noticia de este calibre y que muchas veces saber el motivo por el que ha habido una muerte por suicidio puede ayudar a «recapitar» a diferentes organizaciones.

«...vergüenza y...»
«...salto hasta he pensado si...»
«...tan mal?»
«...puede ampliar a 34 años...»
«...es un problema muy grave, 92 fallecidos en un año significa una...»

Nicole Haber Responsable Observatorio del Suicidio

«El suicidio rara vez tiene una causa directa, hay mil razones detrás»

La psicóloga aconseja más comunicación en la familia y que los padres no trivialicen los problemas de los adolescentes

Revista. Nicole Haber es psicóloga clínica de la Oficina de Salud de Baleares y dirige el Observatorio del Suicidio. Foto: JAVIER COLL



«...cuatro...»
«...hablar y dejar que hable el paciente, que puede venir a la consulta por una diabetes u otro problema...»

«Los médicos de Primaria están en primera línea. El mensaje es que pregunten y escuchen al paciente»

«Es un problema grave. ¿Fallados en un año significa una muerte cada cuatro días?»

«Una depresión te puede hacer sentir que sobras aunque tengas una familia que te adora»

«...este momento no veía más soluciones, estaba en un túnel...»

«¿Qué puede haber detrás?»
«... Pueden coincidir situaciones vitales negativas, pero además suele haber depresión o vulnerabilidad, personas hipersensibles que no manejan bien sus emociones, o tienen pocos recursos sociales y apoyo, o que los han ido «aparrando» precisamente por su psicología, y que acaban en aislamiento. Ninguno es determinante, es una suma...»

«¿Por qué afecta tanto a la generación Z?»
«...Pitmeo hay que tener en cuenta que entre jóvenes no hay tanta mortalidad en general, por eso el suicidio se convierte en la primera causa de muerte cuando cuentan algo de su vida privada, sea buena o mala. Directe ayuda aunque sea admitiendo tu incapacidad, y acudir a un especialista, llevarlo a su psiquiatra, a su médico, o a un psicólogo o a un psiquiatra si hace falta...»

«¿Cómo pueden las familias ayudar en la prevención?»
«...Hay que hablar con los hijos, si éstos les dicen que tienen un problema que no le quiten importancia, que demuestren interés y validen lo que sienten cuando cuentan algo de su vida privada, sea buena o mala. Directe ayuda aunque sea admitiendo tu incapacidad, y acudir a un especialista, llevarlo a su psiquiatra, a su médico, o a un psicólogo o a un psiquiatra si hace falta...»

«¿Cómo deben abordar este problema los médicos de Primaria?»
«...Ellos son la frontera, están en primera línea, tanto para jóvenes como adultos. Un mensaje básico que se les da es que pregunten, que no tengan miedo de hablar con el paciente. Unas cuantas preguntas básicas pueden servir para ver si sigue sus rutinas, o si empieza a no disfrutar, si duerme bien o no... hay cambios que son una señal de alerta. Hay que hablar y dejar que hable el paciente, que puede venir a la consulta por una diabetes u otro problema...»

«¿Cuál es el consejo para evitar a un desenlace fatal?»
«...El primero es ganar tiempo. Porque lo que hoy se ve negro, en una hora, un día o una semana se puede ver blanco. Una depresión te puede hacer sentir que sobras aunque tengas una familia que te adora, llevarte a un estado de despegue emocional; luego hay otros casos que son por impulsividad...»

«¿Hay intentos que son llamados de atención?»
«...Cuidado, una llamada de atención siempre esconde algo...»

«¿Qué consejos da a los padres de adolescentes?»
«...No hay que trivializar algo que para ellos es un drama...»

«¿Está construyendo su personalidad, y es más vulnerable. Si tiene un entorno habilitado en la solución de problemas, aprende. Pero si no es así, o no está presente, o si sus relaciones se cumplen sólo en los redes sociales...»

«...Luego en el caso de los hombres, les afecta más la falta de comunicación...»

«...No hay que trivializar algo que para ellos es un drama...»

«...No hay que trivializar algo que para ellos es un drama...»

«...No hay que trivializar algo que para ellos es un drama...»

«...No hay que trivializar algo que para ellos es un drama...»

«...No hay que trivializar algo que para ellos es un drama...»

«...No hay que trivializar algo que para ellos es un drama...»

PROGRAMA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN SUICIDIO (APS)

Equipos multiprofesionales de atención ambulatoria

- ✓ **tratamiento específico e intensivo** centrado en la prevención del suicidio (de **3 a 6** meses).
- ✓ **Individual y grupal**
- ✓ **Atención al familiar** y al entorno cercano
- ✓ **Complementa y apoya la actividad asistencial** que la persona recibe o pueda recibir en el conjunto de los dispositivos que conforman la red de Salud

Derivación

- ✓ **Urgencias** y en algunos casos otros dispositivos de Salud Mental
- ✓ El equipo **entra en contacto con el paciente en las siguientes 24-72 horas** tras recibir la derivación
- ✓ **Primera visita de valoración máximo a 7-10 días**
- ✓ Se mantiene **seguimiento telefónico** desde el mes 1, al mes 3, al mes 6, al mes 9 y al mes 12.
- ✓ **Voluntario**



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS





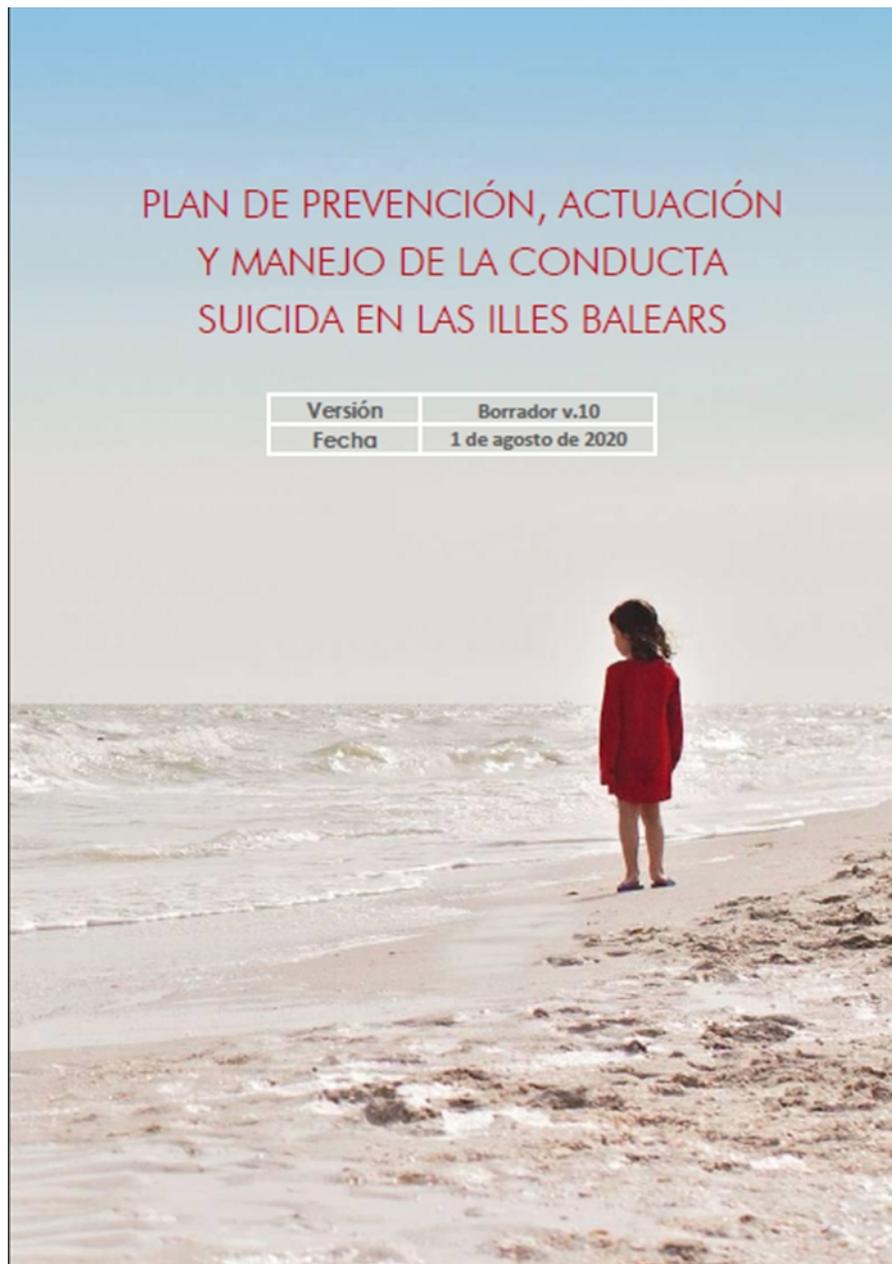
Equipo de profesionales del 061 especializados e implicados en la prevención y atención de la conducta suicida.

- ✓ **línea directa con psiquiatría de urgencias** del hospital para referir información del paciente.
- ✓ **seguimiento telefónico de las tentativas hasta vinculación con salud** (primaria o especializada) antes de cerrar el servicio del CCUM.
- ✓ **coordinación con Cooreducasalutmental** para derivación de casos atendidos de población infantil y juvenil

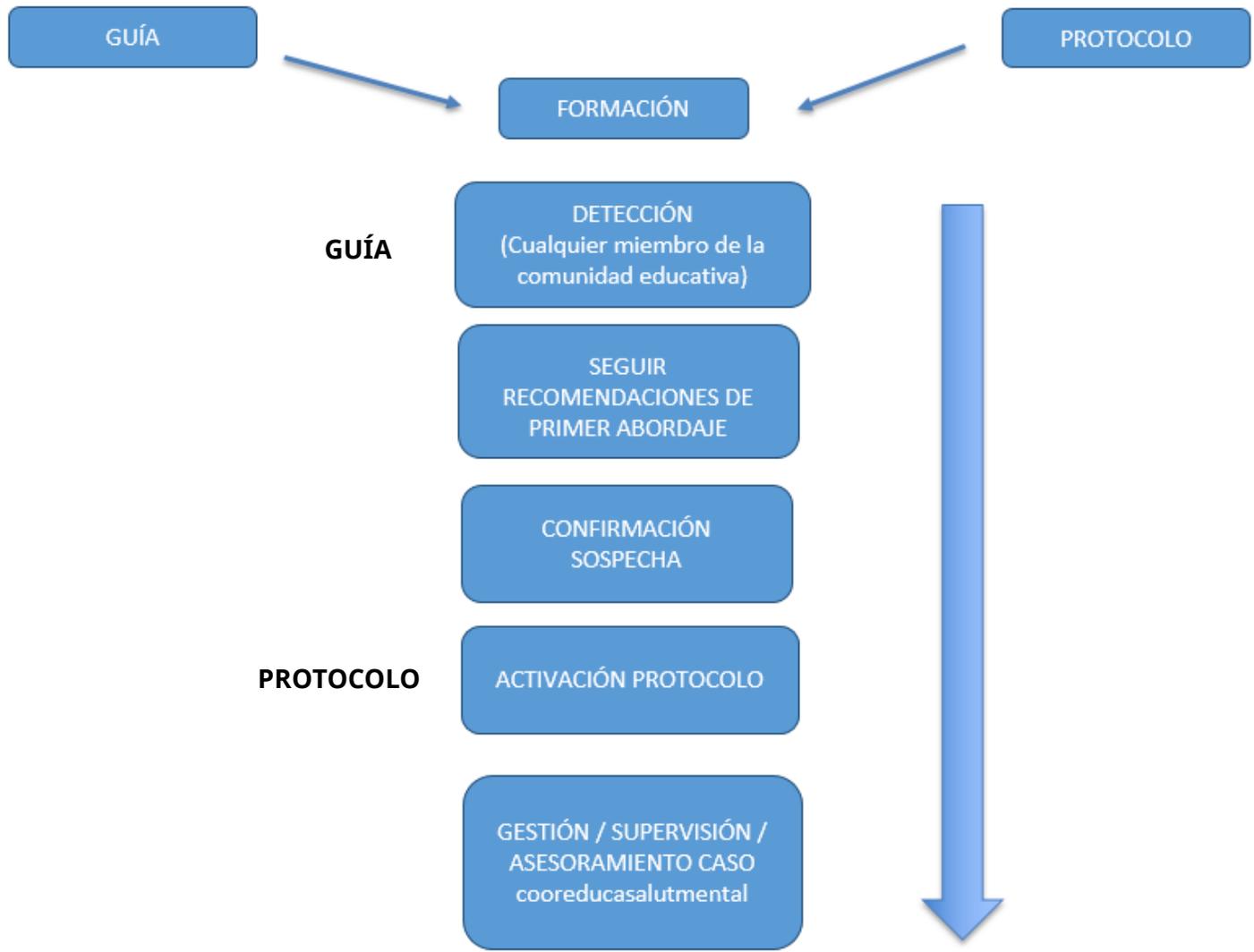
EQUIPO APS061

PLAN DE PREVENCIÓN, ACTUACIÓN Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS ILLES BALEARS

Versión	Borrador v.10
Fecha	1 de agosto de 2020









G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

COOREDUCASALUTMENTAL

Pilar Gallego

[Gapm.cooreducasalutmental@
ibsalut.es](mailto:Gapm.cooreducasalutmental@ibsalut.es)

649 101 773

Asesoramiento a orientadores y profesorado ✓

- ✓ Primer abordaje y valoración del riesgo
- ✓ Manejo de casos complejos
- ✓ Coordinación con salud mental y atención primaria.

Ayuda en el seguimiento del caso

- ✓ Comprobar que acuden a los servicios tras derivación.
- ✓ Asesoramiento en el seguimiento del alumno en el centro escolar siguiendo pautas de salud.
- ✓ Intercambio de información entre salud y educación.

Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS



Índice de contenidos

1. Introducción.....	9
2. Definición del problema.....	10
3. ¿Qué se puede hacer en los centros educativos?.....	11
Promoción de los factores de protección.....	11
Identificación de las personas en riesgo.....	12
Señales que alertan de la intención suicida.....	16
4. Primer abordaje en caso de sospecha.....	19
Referentes responsables del centro educativo.....	19
Recomendaciones en el primer abordaje: ¿cómo hemos de actuar al sospechar que está pasando algo?.....	20
5. ¿Cómo hemos de actuar si confirmamos la sospecha?.....	24
6. Recursos.....	25
7. Webs de asociaciones y otros documentos de interés.....	28
Referencias bibliográficas.....	31
Anexo 1. Autolesiones.....	33
Anexo 2. Glosario.....	35



- **CITA PRÈVIA:** [Consulteu els canvis en l'assistència sanitària en els centres de salut i hospitals per la crisi del COVID-19.](#)
- **DONACIÓ DE MATERIAL SANITARI I SERVEIS:** Formulari per a la donació de material sanitari i serveis en la situació de crisi sanitària COVID-19.

SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS

AL SERVEI DE LES PERSONES

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
Com s'organitza el Servei de Salut de les Illes Balears

RECEPTE ELECTRÒNICA
Servei de prescripció i dispensació electrònica de medicaments

LLISTES D'ESPERA
Dades obertes en salut: consultes externes i quirúrgiques

TARGETA SANITÀRIA
Document necessari per a l'assistència sanitària pública

OPOSICIONS

BORSA ÚNICA

CONVOCATÒRIES ESPECÍFIQUES

PLANS, PROGRAMES,
ESTRATÈGIES I PROTOCOLS

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13

Protocol d'actuació en cas de risc
autolític detectat als centres
educatius de les Illes Balears



en la infància, i serveis socials i de protecció de menors. Així mateix, alguns centres d'educació secundària disposen de Consulta Jove, en la qual es poden detectar alumnes en risc autolític i emprendre les actuacions oportunes quan s'identifiquin casos, coordinant-se amb l'equip de salut, CoorEducaSalutMental o altres dispositius.

Aquesta guia pretén facilitar informació sobre la conducta suïcida, facilitar les claus per reconèixer-ne els factors de risc, donar a conèixer els factors protectors, mostrar la manera d'afrontar el problema i indicar com actuar en cada situació que es detecti, tot això en l'àmbit dels centres educatius de les Illes Balears.

Descarregar la Guia per a la prevenció i el primer abordatge de la conducta suïcida als centres educatius de les Illes Balears

◀ Anterior

Següent ▶





G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS



ROMPAMOS EL TABÚ

Y

HABLEMOS DE ELLO...



MITO 1

FALSA CREENCIA

Hablar del suicidio con alguien en situación de riesgo y preguntarle si ha previsto esa posibilidad puede inducirle a hacerlo

La REALIDAD es que si preguntamos a alguien si fuma, bebe alcohol o toma drogas no aumentaremos el riesgo de que lo haga. De la misma manera, si le preguntamos si le han rondado ideas como «Me gustaría desaparecer», «Soy una carga para los demás», «Nunca dejaré de sufrir», «Quiero acabar con esto», «Desearía estar muerto» e incluso si ha pensado en cómo hacerlo, **abriremos un canal de comunicación que ayudará a reducir el aislamiento y la angustia** y a evidenciar su necesidad de ayuda. Hablar **es la única manera de poder detectarlo y, por lo tanto, de rescatarlo.**



MITO 2

FALSA CREENCIA

La persona que expresa el deseo de acabar con su vida no lo hará

La REALIDAD es que, a menudo, **la mayor parte de las personas que han intentado suicidarse han manifestado previamente su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.**

Estas verbalizaciones nunca deben ser consideradas como un desafío, un chantaje o una manipulación —lo que solemos llamar *llamadas de atención*— para obtener un fin determinado. Esto contribuye a infravalorar las peticiones de auxilio que, de manera más o menos consciente, hacen las personas que se encuentran en esa situación. **Detrás de las llamadas de atención siempre hay un problema.**

Una amenaza de suicidio es un indicador de alto riesgo



MITO 3

FALSA CREENCIA
El suicidio es impulsivo y la mayoría de los suicidas no avisan

La REALIDAD es que 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, sobre los que podemos actuar. La mayoría de las personas fallecidas por suicidio habían dado señales de alerta, descritas en el apartado «Señales que alertan de la intención suicida» (pág. 16). **Cuanto más conscientes seamos de que el suicidio es una posibilidad y una realidad, más receptividad y sensibilidad tendremos a la hora de detectar estas señales.**

Hay que prestar
atención
a las señales



MITO 4

FALSA CREENCIA
Hay problemas graves y problemas menos graves

La REALIDAD es que el suicidio es multicausal. Los problemas graves o no graves —o la suma de varios— no son su causa directa. Tiene un papel importante la percepción de la persona que los sufre. **Nunca debemos juzgar la validez del dolor que siente otra persona.**

Valorar desde nuestro punto de vista lo que para otras personas puede ser grave o menos grave puede llevar a subestimar el dolor que les puede causar. Y ello puede fomentar el aislamiento, la sensación de no ser comprendidas y que oculten el sufrimiento. Es un hecho que ocurre a menudo en la población infantil y adolescente.

No deben
subestimarse las
preocupaciones y
los problemas



MITO 5

FALSA CREENCIA

La prevención del suicidio es tarea solo de los profesionales de la psiquiatría y de la psicología

Es cierto que los profesionales de la psiquiatría y de la psicología son experimentados en detectar y abordar el riesgo de suicidio, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. **Cualquier persona puede identificar signos de alarma y actuar para prevenir la conducta suicida.**

Entre todos
podemos evitar
el suicidio



MITO 6

FALSA CREENCIA

La persona que quiere suicidarse quiere morir

La REALIDAD es que los sentimientos acerca de la vida o la muerte son confusos, ambivalentes. Lo que desea la mayor parte de las personas con conducta suicida es liberarse definitivamente del sufrimiento emocional y anímico que padecen. **Los sentimientos de vida y de muerte se mezclan, hasta que pueden llegar a imponerse estos últimos. Desean morir porque no quieren seguir viviendo del modo en que viven.**

NO QUIEREN SEGUIR
VIVIENDO DEL MODO
EN QUE VIVEN

BIOGRAFÍA
(Hª DE
APRENDIZAJES)

VULNERABILIDAD
BIOLÓGICA

RUPTURA O FALTA
DE VÍNCULOS

CIRCUNSTANCIAS
SOCIOECONÓMICAS

DESESPERANZA

Hª FAMILIAR

CONDUCTA
SUICIDA

ACONTECIMIENTO/S
VITAL/ES

CIRCUNSTANCIAS
CULTURALES

TRASTORNO
MENTAL

RASGOS DE
PERSONALIDAD

Factores de riesgo

Aunque sea importante y orientativo conocer los factores de riesgo, no es menos importante tener en cuenta que la mejor forma de saber si una persona está en riesgo de suicidio es preguntarle. Los factores de riesgo no son determinantes.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS





1) Factores de riesgo personales

- Antecedentes de otros intentos de suicidio; este tipo de riesgo empeora si ha habido mayor número de tentativas, más gravedad y/o mayor ocultación.
- Antecedentes de autolesiones.
- Padecimiento de una enfermedad, un dolor o una discapacidad.
- Trastorno del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar...).
- Consumo de sustancias y/o alcohol.
- Manifestación de desesperanza, impulsividad, rigidez cognitiva, perfeccionismo, baja tolerancia a la frustración y pensamiento dicotómico (blanco o negro).
- Dificultad en la identidad u orientación sexual.
- Fácil acceso a medicamentos, tóxicos o armas.



2) Factores de riesgo familiares y contextuales

- Historia familiar de suicidio.
- Antecedentes psiquiátricos familiares.
- Ausencia de vínculo sociofamiliar.
- Historia de maltrato físico o abuso sexual.
- Sistema familiar rígido. Predomina la dicotomía de *todo o nada*.
- Dinámica familiar invalidante del malestar emocional.
- Presencia o acumulación de eventos vitales estresantes (abandono de la pareja, separación de los padres, muerte de una persona significativa, etc.).
- Antecedentes de suicidios en el entorno.
- Exposición al efecto contagio (muerte por suicidio de un compañero, de una persona significativa o admirada).
- Sufrir una situación de acoso escolar y/o ciberacoso.
- Excesiva exigencia académica o percepción subjetiva de ello.
- Pertenencia a algún colectivo vulnerable: personas migradas o refugiadas, etc.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Factores de protección

Existen ciertas situaciones sociales, familiares y personales que reducen la probabilidad de aparición de los pensamientos, los intentos y/o las conductas suicidas



1) Factores de protección personales

- Habilidades para la comunicación emocional. Comprensión y expresión de nuestras emociones.
- Gestión de las emociones.
- Solución de problemas.
- Técnicas de autocontrol.
- Asertividad.
- Habilidades sociales.
- Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades.
- Receptividad hacia conocimientos nuevos.
- Metacognición: ser conscientes de qué pensamos y de cómo pensamos.
- Confianza en sí mismo.



2) Factores de protección familiares

- Buena relación con los miembros de la familia.
- Apoyo de la familia.
- Sentirse útil y/o necesario para alguien.

3) Factores de protección sociales

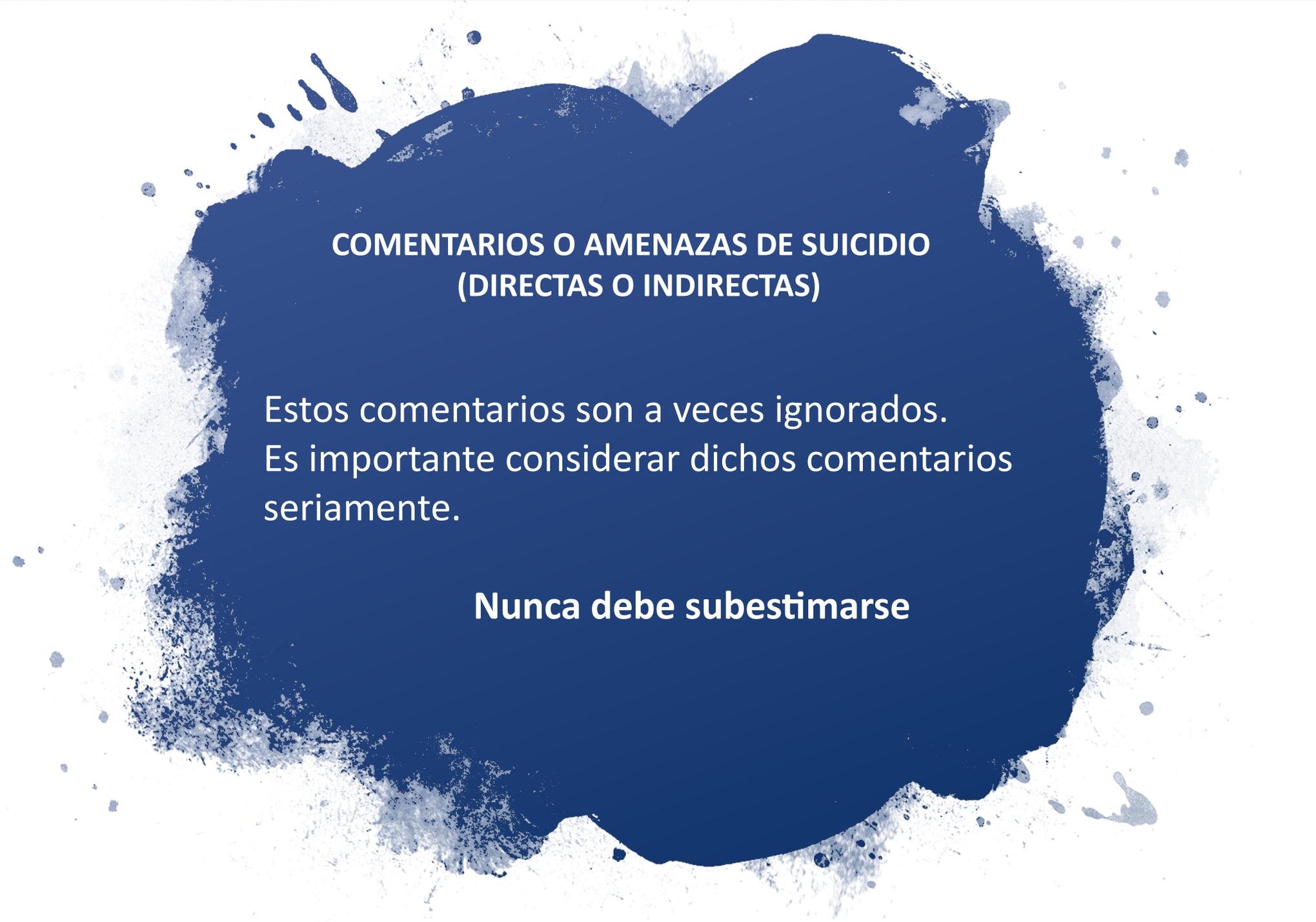
- Integración social, con participación en actividades deportivas, asociaciones, etc.
- Buenas relaciones con sus amistades.
- Buenas relaciones en el trabajo o en la escuela.
- Contar con al menos una persona significativa.
- Tener una mascota que depende de él/ella.

Señales de alerta

La mayoría de la gente que muere por suicidio muestra dos o más de las señales que se mencionan a continuación dentro de un período de dos meses antes de pasar al acto.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/



**COMENTARIOS O AMENAZAS DE SUICIDIO
(DIRECTAS O INDIRECTAS)**

Estos comentarios son a veces ignorados.
Es importante considerar dichos comentarios
seriamente.

Nunca debe subestimarse

PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE Y LA FALTA DE ESPERANZA

Suelen hablar de la muerte más de lo usual:

“desearía estar muerto”

“esto sería mucho más fácil si yo ya no viviera”

“dejaría de ser una carga” ...

Esto también puede expresarse en forma
escrita o dibujos.

CONSUMIR DROGAS O ALCOHOL

La mitad de la gente que se suicida se encuentra bajo los efectos del alcohol o de drogas en el momento de su muerte. Este riesgo se incrementa al 80% entre los adolescentes y adultos jóvenes menores de 25 años de edad.

DESHACERSE DE SUS POSESIONES MÁS QUERIDAS O “DEJAR COSAS ARREGLADAS”

En preparación para su muerte, algunas personas se deshacen de sus mascotas, recuerdos familiares y otras pertenencias personales valiosas, dándoselas a sus familiares o amigos. Pueden hacer testamento.

DECIR ADIÓS O DESPEDIRSE

Muchas personas piden perdón por algo que hayan hecho en contra de alguien y se despiden de sus familiares, amigos y seres queridos.

INCREMENTO DE SU AISLAMIENTO

No contestar llamadas telefónicas.
Permanecer en casa o encerrados.
Dejar de participar en actividades que solían disfrutar.
Saltarse citas con médicos y especialistas que habían solicitado anteriormente.

CAMBIOS EXTREMOS DE SU CONDUCTA

- **ESTADO DE ÁNIMO** - incremento de la desesperanza. La persona se muestra diferente. Decaída o agresiva y nerviosa o fría y distante.
- **ACTIVIDAD** - incremento o disminución del nivel de actividad.
- **APETITO** - comiendo mucho o muy poco.
- **SUEÑO** - durmiendo mucho o muy poco.

QUEJAS SOBRE EL ESTADO DE SU SALUD FÍSICA

El estrés emocional se puede manifestar a través de:

dolores de cabeza, musculares, de las articulaciones, de espalda, problemas gastrointestinales y otros problemas físicos.

AUTOLESIONES (CORTES Y QUEMADURAS INEXPLICABLES, “ACCIDENTES” ...)

El hacerse daño a uno mismo no siempre significa un intento de suicidio, es un signo de gran dolor emocional y necesidad de ayuda.

Los pensamientos suicidas pueden estar o no presentes. Hay miedo de ser rechazado o de que crean que uno está loco o loca por hacerse daño a uno mismo.

Nunca juzgar a la persona afectada.

MEJORA REPENTINA DE SU ESTADO EMOCIONAL

Esta señal de alerta es muy difícil de detectar ya que la persona aparenta haber salido de la crisis. La persona que de repente se muestra muy feliz después de sentirse triste y aislada, puede que en realidad ha tomado la decisión de pasar al acto.

15 A 29 AÑOS DE EDAD

La adolescencia es un periodo de transición difícil tanto para los propios adolescentes como para los padres y los demás familiares.

Debemos estar atentos a ideas preconcebidas erróneas, como que las alteraciones del estado de ánimo y la irritabilidad son situaciones normales en esta fase de la vida.

Nunca debe subestimarse

TRAS UNA CRISIS SUICIDA

Se requiere especial seguimiento.

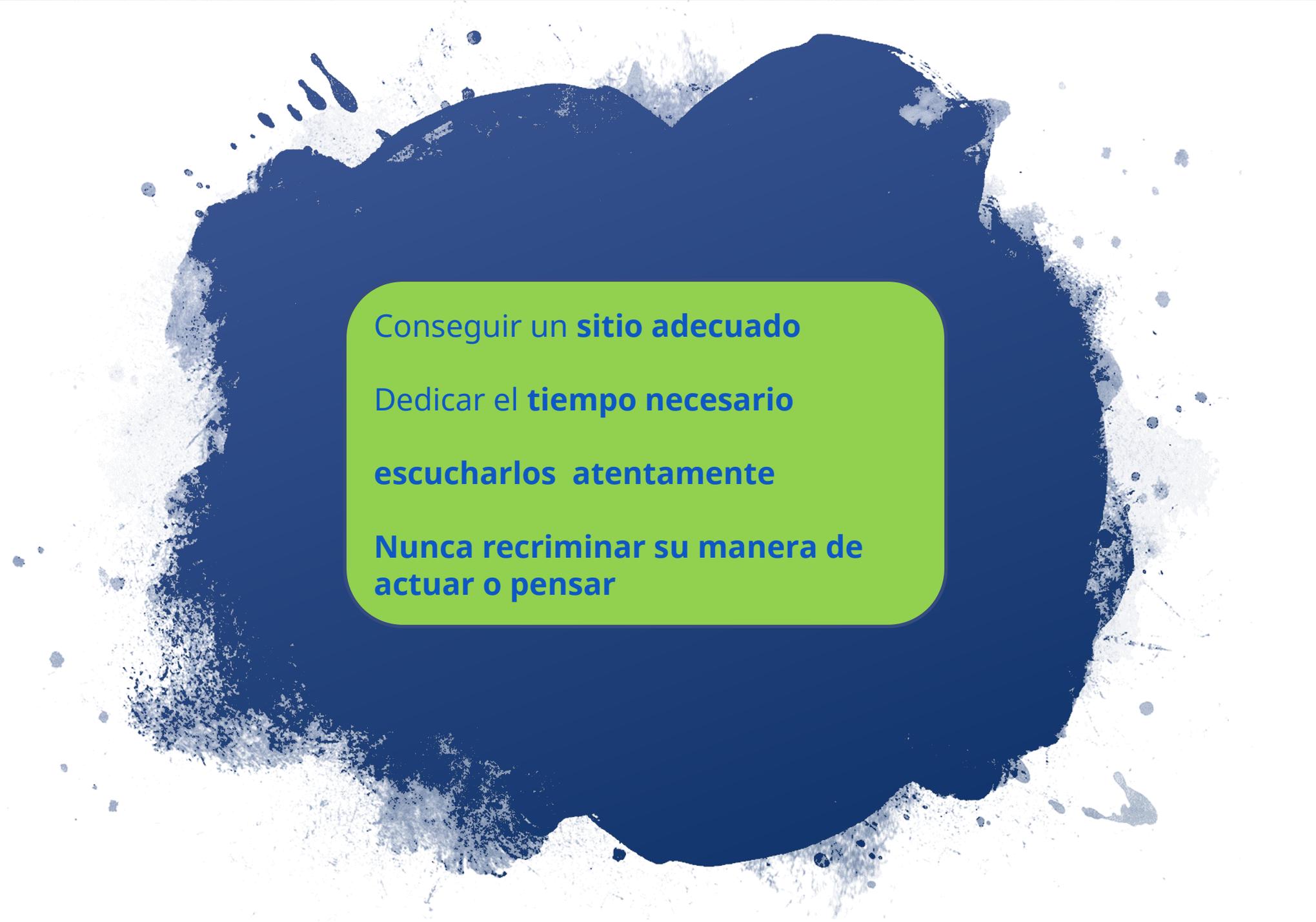
Existe mayor riesgo de repetir la conducta durante las siguientes 4 o 6 semanas del intento.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

¿Cómo abordarlo?

primer manejo de la situación



Conseguir un **sitio adecuado**

Dedicar el **tiempo necesario**

escucharlos atentamente

**Nunca recriminar su manera de
actuar o pensar**

Nuestra ACTITUD

No juzgar por cómo se siente. No cuestionar o minimizar su sufrimiento. No escandalizarnos.
Validar sus sentimientos.

No reprochar sus pensamientos sobre la muerte.

Intentar entender qué le provoca que esté pensando así.

Nuestra ACTITUD

Dar importancia a lo que nos está explicando.

No discutir las ideas, ironizando o desafiando. Hay que hacer que sienta que estamos entendiendo. Hay que **tomar en serio** lo que le sucede.

No interrumpir. Procurar utilizar frases cortas y facilitadoras.

Nuestra ACTITUD

Ofrecer seguridad y contención.
No angustiarnos ni contagiarnos emocionalmente.

Mostrarnos **preocupados pero tranquilos** y "con control.

Trasmitir esperanza: "la verdad es que esto que me cuentas es muy triste, hay momentos en los que uno parece no ver salida, lo que no significa que no la haya..."

¿Qué expresamos?

Expresarle abiertamente nuestra preocupación porque observamos hechos que nos hace pensar que lo está pasando mal :

Me preocupas...

Llevas unos días... nervioso/aislado/triste/
callado/agitado...

He observado que...y me preocupa →

Demuestra que estamos pendientes de él/ella, **que no pasa desapercibido/a y que es estimado/a.**

¿Qué expresamos?

Preguntarle directamente qué es lo que necesita y ofrecernos para poder ayudarle

¿Qué puedo hacer para ayudarte...?
¿Necesitas ayuda? →

Demuestra interés por hacer algo por él/ella

¿Qué expresamos?

Preguntarle que si tiene alguien de confianza con quién hablar de sus preocupaciones

¿Le has contado a alguien lo que te pasa?
¿Tienes a alguien en quien sueles confiar...?→

Le estamos indicando otras puertas posibles de ayuda, la necesidad y la importancia de hablar con alguien y que si no quiere confiarnos sus problemas debería hacerlo con alguien.

¿Qué expresamos?

No crear falsas expectativas. No asegurarle que va a dejar de sentirse mal. Nunca prometer lo que no podremos cumplir. Pero hacerle sentir que estamos con él.

No sé si podré ayudarte pero estoy aquí para lo que necesites...podemos buscar ayuda juntos...podemos buscar la manera de afrontar esta situación... →

Validamos su problema y no lo banalizamos ya que asumimos que no es fácil de solucionar y que puede incluso que no tenga solución pero que **no está solo/a para afrontar la situación.**

¿Qué expresamos?

Intentar hacerle visible que cuenta con habilidades valiosas que ahora no es capaz de apreciar

Te he visto resolver cosas en el pasado...tienes buenas habilidades para...ahora te sientes sobrepasado y necesitas dejar que te ayuden.... →

validamos sus capacidades que seguramente él/ella mismo/a no ve en este momento. **Disminuimos su sensación de inutilidad y/o fracaso.**

¿Qué expresamos?

Siempre todo desde la validación

Por lo que me estás contando entiendo que lo debes estar pasando muy mal...



validamos y no juzgamos su dolor. Es importante que se sienta comprendido/a y escuchado/a.

Qué NO DEBEMOS DECIR NUNCA

Eso no es nada, son tonterías... →

Esto es invalidar.

¡No lo dices en serio! → Esto es

banalizar.

Hay cosas más importantes... → Esto

es invalidar. *"Hay cosas más bonitas...pero a mí me gusta esto", "hay chicos más guapos...pero a mí me gusta este", "hay cosas que duelen más...pero a mí me duele esta".*

Qué NO DEBEMOS DECIR NUNCA

¡Qué cosa más ridícula dices! →
Esto es banalizar. Puede ser interpretado como una falta de respeto a una persona que se debate entre matarse o seguir sufriendo con la esperanza de que mejore la situación.

Al sentirse ridiculizada, la balanza puede inclinarse más hacia el lado negativo.

¡No me cuentes eso! Deja de culpar a los demás... → Esto es abandonar. La persona puede sentirse sola y más aislada.

Qué NO DEBEMOS DECIR NUNCA

Vas a hacer mucho daño a (...tu hermano, tu madre, tus compañeros...), sin saber qué relación mantiene con la/s persona/s y cuál es el foco del problema. →

Poner el dolor de los que se quedan en la balanza a favor de seguir viviendo con la esperanza de que mejore la situación es una intervención que puede ser adecuada, pero es tan delicada que **sólo se debería hacer en el marco de una intervención psicoterapéutica** en la que se valoren en profundidad los motivos para morir y seguir viviendo.

Qué NO DEBEMOS DECIR NUNCA

¡¿Qué, estás loco?! → Esto es invalidar y ofender.

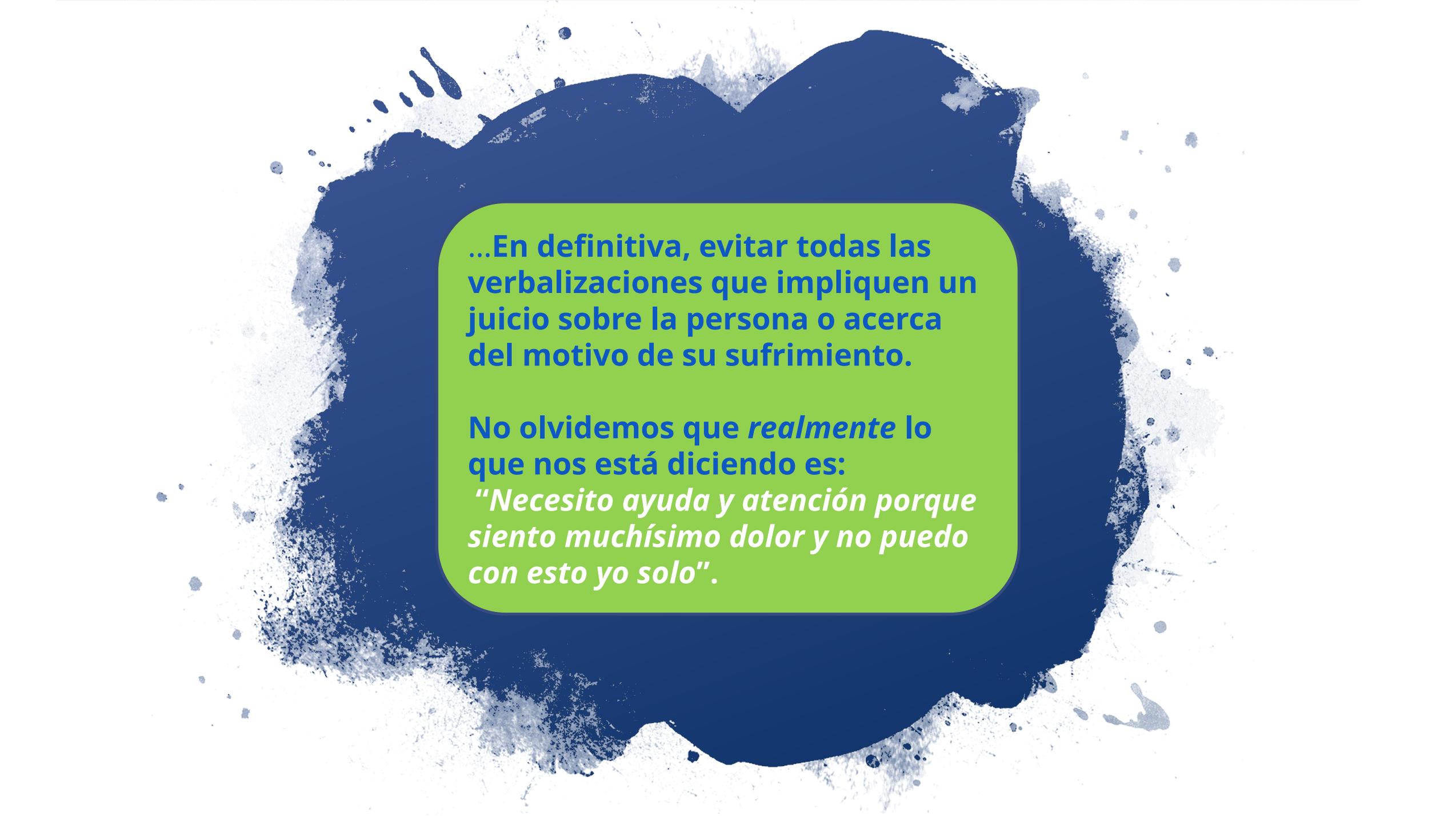
Me haces sentir mal, me ofende, lo estás haciendo aposta, me estás chantajeando... → Esto es invalidar, ofender, culpabilizar, abandonar, aislar...

No se puede tener todo... → Esto es banalizar.

Qué NO DEBEMOS DECIR NUNCA

Todo pasa... → Esto es banalizar. Si lo que pretendemos es transmitir esperanza es necesario argumentar con más peso... "la verdad es que esto que me cuentas es muy triste, hay momentos en los que uno parece no ver salida, lo que no significa que no la haya... "

Estás exagerando... → Esto es invalidar, banalizar, ofender, abandonar, aislar...



...En definitiva, evitar todas las verbalizaciones que impliquen un juicio sobre la persona o acerca del motivo de su sufrimiento.

No olvidemos que *realmente* lo que nos está diciendo es:

"Necesito ayuda y atención porque siento muchísimo dolor y no puedo con esto yo solo".

Qué NO HAY QUE HACER

Ignorar la situación → De esta manera se puede incrementar la sensación del alumno/a de que pasa desapercibido, que es "transparente" y que no le importa a nadie. Eso potencia la ocultación del problema.

Entrar en pánico → El pánico transmite agitación e incrementa la angustia.

Mostrarse consternado o avergonzado → fomenta la sensación de incomprensión y fomenta la ocultación y el sentimiento de culpabilidad.

Qué NO HAY QUE HACER

Decir que todo estará bien → Nunca mentir ni crear falsas esperanzas. Es más importante hacerle saber que estamos con él/ella.

Decir que no se le cree → Esto es invalidar y aislar. Aumenta su vivencia como víctima.

Hacer parecer el problema como algo trivial → Esto es banalizar e ignorar la situación.

Qué NO HAY QUE HACER

Nunca mentir

NO dar falsas garantías → no crear falsas esperanzas. Es más importante hacerle saber que estamos con él/ella.

NO jurar guardar secreto → Es importante que entienda que no está solo y que necesita pedir ayuda y que el primer paso puede ser contarlo.

¿...y la CONFIDENCIALIDAD?

Es importante hacerle entender que por su seguridad y porque su vida es importante para nosotros necesita ponerse en manos de otros profesionales que le podrán ayudar.

Convencerle para que hable con su padre, madre o tutor/a legal o que nos deje hacerlo en su lugar. También podemos ofrecerle acompañarle en la comunicación.

¿...y la CONFIDENCIALIDAD?

En caso de que la fuente de conflicto sean los padres no forzar la situación, se puede ir paso a paso. Se puede empezar por alguien cercano con quien vincula bien (hermano/a, primo/a, tío/a, amigo/a de la familia...)

El secreto es un riesgo inasumible y es fallarle a la persona que ha depositado su confianza en ti.



ABRIR LOS OJOS Y TENDER LA MANO
PUEDE SALVAR UNA VIDA



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

TODOS PODEMOS AYUDAR

