Líneas de atención del suicidio

Ministerio de la Protección social y Naciones Unidas: 01 8000 113 113.

ICBF: 01 8000 91 80 80.

Número de Seguridad y emergencia: 123.

Línea de los niños (Bogotá, Cali y Medellín) 106.

Teléfono de la esperanza (571) 3 23 24 25.

Phono ayuda del minuto de Dios

(571) 5 87 44 40

http://www.redpapaz.org/prevencionsuicidio/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=96

Manual para la intervención

del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes.

Bogotá, Colombia.

Manual para la intervención del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes.

Todos podemos ayudar a salvar vidas.

Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)	V	F
Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las coas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que cambien en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		
PUNTUACIÓN TOTAL		

45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?

□ Si □ No

Escribe qué es

¿Con qué frecuencia te pasa?

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre 2

Los puntajes T para la interpretación de la prueba se pueden encontrar en la siguiente dirección electrónica:

http://scaswebsite.com/index.php?P =1_8

Escala de Desesperanza de Beck

(Hopelessness Scale, HS)

Nombre: _____

Fecha: _____

Institución:

_____

Instrucciones: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su Situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso (Bobes, García, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2002)

Manual para la intervención

del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes.

Impreso en Bogotá Colombia, 2013.

Primera Edición.

Se permite la reproducción total o parcial de este

documento previa autorización del autor.

Agradecimientos:

A la Doctora Devi Puerto del Instituto Nacional de Cancerología por el apoyo a este trabajo.

A la Universidad El Rosario por su apoyo en general.

A la Doctora Adriana Melissa Moncada Muñoz , y demás personal del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá por su colaboración.

A la Doctora Diana Lozano de la oficina de

Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección

Social.

40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado)

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

38. Me gusta como soy

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas)

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

Manual para la intervención del suicido en la población escolar de niños y adolescentes

Manual para la intervención

del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes

Autor:

Benjamín Palencia Gualdrón

Psicólogo, Universidad Católica de Colombia.

Magister en Administración en Salud, Universidad El Rosario.

Especialista en Psicología Médica y de la Salud, Universidad El Bosque.

Bogotá Colombia.

30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques)

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

31. Me siento feliz

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

32. De repente tengo mucho miedo sin motivo

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

33. Me dan miedo los insectos o las arañas

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

26. Soy una buena persona

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

Tabla de contenido

Presentación ……10-11

Introducción……12-13

Objetivo del Manual……14

Generalidades……14-19

Primera Parte……20

Estrategias para la promoción de la salud en los colegios……20

Objetivo……20

Sensibilización de la comunidad……20

Desarrollo de la inteligencia emocional……20

Manejo de la ansiedad……21

Autoestima positiva……21

Formación en valores……21

Cohesión familiar……22

Espiritualidad……22

Estilos de vida saludable……22

Desarrollo de habilidades para la resolución de problemas23

Proyecto de vida……23

Apoyo social……23

Aplicación de políticas en salud……24

Creación d espacios para la expresión de ideas, emociones, pensamiento crítico y reflexivo……24

Tabla de contenido

Manejo social de riesgo.....25

Niveles de intervención en el manejo social del riesgo...25

Segunda Parte 26

Herramientas para la prevención de la conducta suicida.....26

Primeros auxilios psicológicos de la conducta suicida.....27-29

Componentes para la identificación oportuna de la conducta suicida

en los colegios.....29

Objetivo.....29

Identificación de factores de riesgo de la conducta suicida.....29

Factores de riesgo modificables.....30

Factores de riesgo inmodificables.....30

Factores familiares.....30

Factores individuales.....31

Factores psicológicos.....31

Factores sociales.....31

Factores biológicos.....31

20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

21. De repente empiezo a temblar sin motivo

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

23. Me da miedo ir al médico o al dentista

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

15. Me da miedo dormir solo

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

17. Soy bueno en los deportes

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

18. Me dan miedo los perros

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas...

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

Tabla de contenido

Otros factores de riesgo.....32

Identificación de Factores protectores de la conducta suicida.32-33

Identificación de los niveles del riesgo suicida.....33

Riesgo leve.....33

Riesgo moderado.....34

Riesgo severo.....34

Riesgo extremo.....34

Recomendaciones para la identificación de una persona con riesgo Suicida.....35

Evaluación del riesgo suicida en un futuro inmediato.....35

En caso de observar ideación suicida en un estudiante, compañero, familiar o persona cercana.....36

Rol del personal docente y administrativo en el seguimiento y control de casos.....37

Objetivo.....37

Procedimientos para el manejo de rutas de atención de la conducta Suicida.....38

Reportes de Colegios Públicos de la Ciudad de Bogotá.....38

Riesgo leve.....38

Riesgo moderado.....39

Tabla de contenido

Riesgo severo y extremo……39

Reportes de Colegios Privados de la Ciudad de Bogotá……40

Riesgo leve……40

Riesgo moderado……40

Riesgo severo y extremo……41

Orientación y asesoría psicológica……41

Tercera parte……42

Componentes de valoración de la conducta suicida del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS)….42

Objetivo……42

Identificación de eventos de riesgo suicida. ……42

Valoración de la conducta suicida……42

Canalización (SISVECOS)……42

Acompañamiento del caso……43

Monitoreo del caso……43

Ruta 1. Detección y atención del riesgo suicida para colegios públicos de Bogotá……44

Ruta 2. Detección y atención del riesgo suicida para colegios privados de Bogotá……45

Ruta 3. Atenciones en suicidio, factores de riesgo y factores protectores para niños, niñas y adolescentes Escolares de Bogotá 46

10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo..

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

5. Tendría miedo si me quedara solo en casa

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

6. Me da miedo hacer un examen

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

7. Me da miedo usar baños públicos

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

Tabla de contenido

Ruta 1, 2 y 3.....47
Modelo de intervención temprana de la conducta suicida....48
Recomendaciones sobre el modelo de intervención.....49
Hallazgos científicos.....50-51
Mitos comunes acerca del suicidio.....52-56
Objetivo.....52
Glosario.....57
Recursos electrónicos.....58
Referencias.....59-66
Anexos.....67-91

Presentación

El fenómeno del suicidio se ha venido incrementando en la ciudad de Bogotá y en otras partes el páis en los últimos años, por lo cual se hace necesario centrar la atención en esta problemática con el fin de plantear intervenciones que disminuyan las tasas de mortalidad.

A través del contenido de este manual de prevención de la conducta suicida, se busca brindar los conocimientos básicos para su intervención, además de hacer un aporte a la salud, la educación y las familias, mediante estrategias y herramientas que disminuyan las tasas de mortalidad; estas estrategias son reconocidas en diferentes estudios como modelos de atención y prevención de los pensamientos y la conducta suicida.

El personal de docentes, personal administrativo y personal no especializado en salud de los colegios requiere fortalecer los conocimientos frente a la prevención del suicidio por su cercanía y la relación con los niños y adolescentes la mayor parte de su tiempo.

Las estrategias de promoción y prevención en las escuelas y colegios se justifican porque es en las edades tempranas y en estos escenarios donde se hace propicio el fortalecimiento de diferentes aprendizajes, el desarrollo de habilidades sociales y de la capacidad para resolver problemas, de manera que, al presentarse situaciones adversas en el futuro, se tenga una manera de afrontarlas con resiliencia y eficacia.

En este manual se hace una introducción donde se muestra el fenómeno del suicidio en la ciudad Bogotá en forma sucinta y el enfoque teórico sobre el manejo social del riesgo que sustenta este modelo de intervención.

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS)

Nombre _____

Fecha _____

Colegio_____

curso_____

Psicólogo _____

1. Hay cosas que me preocupan

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

2. Me da miedo la oscuridad

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

4. Tengo miedo

□ Nunca

□ A veces

□ Muchas veces

□ Siempre

27.

_ Me llevo bien con la gente

_ Me peleo muchas veces.

_ Me peleo siempre.

Puntuación directa D _____ + A _____

= Total depresión _____

FIN

La versión en español del Inventario de Depresión Infantil Kovacs (1992) se puede adquirir a través de la editorial el Manual Moderno o también en TEA Ediciones.

Después de esto se presentan algunas generalidades sobre la sobre la promoción y prevención de la conducta suicida. En la primera parte de este manual se dan a conocer estrategias para la promoción de la salud y su relación con la conducta suicida.

En la segunda parte se ponen a disposición de los colegios una serie de herramientas que se pueden utilizar para la prevención de la conducta suicida, como los primeros auxilios psicológicos y algunos aspectos recomendables en situaciones de crisis, además de los componentes para la identificación oportuna de la conducta suicida en los colegios. También se encuentra el rol que puede cumplir el personal docente y administrativo en el seguimiento y control de casos. De esta manera se ubican como actores en el manejo social del riesgo. Se dan a conocer los factores de riesgo del suicidio en los niños y los adolescentes, los factores protectores y los niveles de riesgo para facilitar los reportes y las intervenciones oportunas.

En la tercera parte del manual se dan a conocer los Componentes de valoración de la conducta suicida del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, las rutas de atención , un modelo de intervenciones tempranas y algunos hallazgos científicos.

Este Sistema de Vigilancia lo pueden utilizar los colegios como una herramienta de prevención y de acciones conjuntas para el reporte, seguimiento y control de casos. En los anexos del manual se ponen a disposición de los docentes algunos instrumento para el seguimiento y control de casos y para la detección del riesgo suicida.

La importancia de este manual estriba en que fortalece la vinculación de los colegios con los lineamientos del sector salud y educación para la promoción y prevención de la conducta suicida y facilita los procesos de intervenciones en crisis, el seguimiento y control de casos, evitando recaídas o desenlaces fatales.

Introducción

Este manual para la prevención del suicidio está dirigido al personal docente, administrativo y no especializado en salud de escuelas, colegios públicos y privados de la ciudad de Bogotá, con el fin de dar a conocer algunas herramientas par la promoción y prevención en salud en la población de niños, niñas y adolescentes.

Su fundamento está basado en la administración social del riesgo, desde donde se plantea que todas las personas a nivel individual o colectivo están expuestas a múltiples riesgos de diferente origen; por tanto, éste se puede prevenir con la participación de todos los actores en los diferentes sectores (Holzmann y Jorgensen 2000).

Teniendo en cuenta que la ciudad de Bogotá, dentro del Plan territorial de Salud apunta a la disminución del número de casos de suicidio consumado en 3,3 por cada 100.000 habitantes (Secretaría Distrital de Salud (2012), se pretende hacer un aporte para reducir el número de estos casos y alinear los esfuerzos con los planes distritales de salud.

En la ciudad de Bogotá se reportaron 247 suicidios, en el año 2010, de los cuales el 18% se presentó en edades de 10 a 19 años (Gil y Nope 2011). Para el año 2013 en la ciudad de Bogotá, el 40%, del total de la ciudad, 22 casos, fueron adolescentes y jóvenes (de 14 a 26 años), de estos, 6 casos fueron menores de edad (Nope 2013).

20.

_ Nunca me siento solo.

_ Me siento solo muchas veces

_ Me siento solo siempre

21.

_ Nunca me divierto en el colegio

_ Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.

_ Me divierto en el colegio muchas veces.

22.

_ Tengo muchos amigos

_ Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más

_ No tengo amigos

23.

_ Mi trabajo en el colegio es bueno.

_ Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.

_ Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24.

_ Nunca podré ser tan bueno como otros niños.

_ Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.

_ Soy tan bueno como otros niños.

25.

_ Nadie me quiere

_ No estoy seguro de que alguien me quiera

_ Estoy seguro de que alguien me quiere.

26.

_ Generalmente hago lo que me dicen.

_ Muchas veces no hago lo que me dicen.

_ Nunca hago lo que me dicen

14.

_ Tengo buen aspecto

_ Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.

_ Soy feo

15.

_ Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes

_ Muchas veces me cuesta ponerme a hacerlos deberes

_ No me cuesta ponerme a hacer los deberes

16.

_ Todas las noches me cuesta dormirme

_ Muchas noches me cuesta dormirme.

_ Duermo muy bien

17.

_ Estoy cansado de cuando en cuando

_ Estoy cansado muchos días

_ Estoy cansado siempre

18.

_ La mayoría de los días no tengo ganas de comer

_ Muchos días no tengo ganas de comer

_ Como muy bien

19.

_ No me preocupa el dolor ni la enfermedad.

_ Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad

_ Siempre me preocupa el dolor y la Enfermedad

El intento de suicidio en la ciudad de Bogotá en el 2012 en hombres la edad en la que más se registran casos es en las edades de 19 a 26 años 62%. En niños y niñas se registran casos entre los 6 a 12 años de edad en cerca de un 5%. (Secretaría de Salud de Bogotá 2012).

Debido a estos casos de suicidio que se presentan en la ciudad, se hace necesario la implementación de modelos de intervención que disminuyan la mortalidad.

El suicidio con un manejo social del riesgo presenta viabilidad para su manejo desde el ámbito escolar, mediante la detección de casos, su canalización para la atención en salud y el seguimiento necesario, para que una vez terminado el proceso de atención en salud, los estudiantes continúen con la vida escolar.

En estos procesos, el rol que pueden llegar a cumplir el personal docente y administrativo es muy importante para el control y seguimiento de casos, como para la reinserción en la vida escolar, debido a que en ocasiones los estudiantes vuelven a quedar expuestos ante los factores de riesgo y pueden recaer.

Bajo estos principios el personal de docentes puede cumplir un rol participativo en la promoción y prevención de la salud de los niños y adolescentes. Además se busca que se fortalezcan las habilidades para la vida, de manera que se puedan obtener resultados satisfactorios en cuanto a la promoción y prevención de la salud.

Objetivo del Manual

Dar a conocer algunas herramientas al personal de docentes, personal administrativo y no especializado en salud para la promoción, prevención del suicidio y su canalización en las escuelas, colegios públicos y privados de la ciudad de Bogotá.

Generalidades

Herramientas para la prevención y canalización del suicidio

El presente manual le permite a Los colegios de Bogotá contar con una serie de herramientas para la prevención y canalización de la conducta suicida, que hacen parte de la convivencia escolar y de las propuestas de promoción y prevención establecidos desde el sector de la salud, la educación y las leyes.

Definición

Las herramientas para la prevención y canalización del suicidio son elementos de trabajo que se utilizan de manera coordinada y establecen estrategias, procedimientos y actividades que se deben tener en cuenta con el propósito de disminuir el número de eventos adversos. La canalización de estos eventos determina las actividades, personas y recursos para el desarrollo de la atención y prevención del suicidio.

Estas estrategias procedimientos y actividades deben estar enmarcadas dentro de un contexto delimitado y

7.

_ Me odio

_ No me gusta como soy

_ Me gusta como soy

8.

_ Todas las cosas malas son culpa mía.

_ Muchas cosas malas son culpa mía.

_ Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9.

_ No pienso en matarme

_ pienso en matarme pero no lo haría

_ Quiero matarme.

10.

_Tengo ganas de llorar todos los días

_Tengo ganas de llorar muchos días

_ Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.

11.

_ Las cosas me preocupan siempre

_ Las cosas me preocupan muchas veces.

_ Las cosas me preocupan de cuando en cuando.

12.

_ Me gusta estar con la gente

_ Muy a menudo no me gusta estar con la gente

_ No quiero en absoluto estar con la gente.

13.

_ No puedo decidirme

_ Me cuesta decidirme

_me decido fácilmente

1.

_ Estoy triste de vez en cuando.

_ Estoy triste muchas veces.

_ Estoy triste siempre.

2.

_ Nunca me saldrá nada bien

_ No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.

_ Las cosas me saldrán bien

3.

_ Hago bien la mayoría de las cosas.

_ Hago mal muchas cosas

_ Todo lo hago mal

4.

_ Me divierten muchas cosas

_ Me divierten algunas cosas

_ Nada me divierte

5.

_ Soy malo siempre

_ Soy malo muchas veces

_ Soy malo algunas veces

6.

_ A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.

_ Me preocupa que me ocurran cosas malas.

_ Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles

Estrategias para la promoción de la salud en los colegios

En este manual se darán a conocer las siguientes estrategias de promoción de la salud que pueden contribuirá la prevención del suicidio en los colegios:

- Sensibilización de la comunidad
- Desarrollo de la inteligencia emocional
- Manejo de la ansiedad
- Autoestima positiva
- Formación en valores
- Cohesión familiar
- Espiritualidad
- Estilos de vida saludable
- Proyecto de vida
- Apoyo social
- Aplicación de políticas en salud
- Creación de espacios para la expresión de ideas, emociones, pensamiento crítico y reflexivo
- Manejo social del riesgo

Están estrategias se pueden implementar como parte del manejo del riesgo en forma proactiva desde la infancia, con el fin de fortalecer las habilidades para la vida, de manera que en el futuro permiten superar eventos adversos.

Estas estrategias requieren de capacitación y entrenamiento para que sean eficaces y pueden ser beneficiosas en todas las etapas de la vida.

Estas se encuentran alineadas con las políticas públicas para la prevención del suicidio y también son coherentes con los hallazgos sobre los factores protectores de la conducta suicida a nivel nacional e internacional.

En este nivel se hace necesaria la participación de todos los actores sociales para que las intervenciones se hagan más efectivas.

Herramientas para la prevención del suicido en los colegios

Primeros auxilios psicológicos de la conducta

Están diseñados para que sean aplicados por cualquier persona que haya sido entrenada en su aplicación, en caso de presentarse una emergencia.

Componentes para la identificación de la conducta suicida en los colegios

Estos componentes tienen como propósito el brindar herramientas que le permitan al colegio atender casos eventuales y logra el empoderamiento de estos para reducir los riesgos. En este nivel se toman en cuenta el conocimiento de los factores de riesgo y los factores protectores del suicidio, los niveles de riesgo, el rol de los docentes y del personal administrativo en los colegios frente a estos casos, las recomendaciones que se deben tener en cuenta al identificar los casos.

Manual para la intervención del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL)
Children´s Depression Inventory (CDI)

Autor: María Kovacs (1992)
Administración: individual (o colectiva)
Aplicación en niños de entre 6 a 17 años.
Nombre y apellidos

_____

Sexo: Varón_____ Mujer _____
Edad _____ años _____ Fecha _____ /_____/_____
Centro escolar _____
Examinador _____
Modalidad de aplicación: autoadministrado___
(Estos datos serán confidenciales. No se entregará información a nadie que no sea la persona que solicita el resultado del test y por la misma vía que lo requirió).

Instrucciones

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una rase que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describe mejor CÓMO TE HAS ENCONTRADO últimamente. Pon un aspa (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Ejemplo:
Leo libros muy a menudo
Leo libros de vez en cuando
Nunca leo libros

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las dos últimas semanas. De las tres frases que componen cada pregunta escoge sólo una, la que mejor se acerque a cómo eres o te sientes.

Las calificaciones de las subescalas se calculan sumando las puntuaciones de los ítems individuales en cada uno de los 6 grupos como se muestra a continuación:

- Ansiedad por separación: ítems 5, 8, 12, 15, 16 y 442.
- Fobia social: ítems 6, 7, 9, 10, 29 y 353.
- Trastorno obsesivo compulsivo: ítems 14, 19, 27, 40, 41 y 424.
- Pánico/agorafobia: ítems 13, 21, 28, 30 32, 34, 36, 37 y 39.
- Temor al daño físico: ítems 2, 18, 23, 25 y 36.
- Ansiedad generalizada: ítems 1, 3, 4, 20, 22 y 24.
- La puntuación máxima posible es de 114 en el puntaje directo.

Se sugiere el percentil 60 como punto de corte para indicar la presencia de un nivel alto de ansiedad. Desde el percentil 50 hasta el 59 como indicador de ansiedad subclínica e inferior a 50 como indicador de un nivel bajo de ansiedad en comparación con el puntaje directo.

Rol del personal docente y administrativo en el seguimiento y control de casos

Los profesores y el personal administrativo del colegio también pueden ser miembros activos en el seguimiento y control de casos. Deben procurar conectar a las familias con el proceso terapéutico, velar por la superación de la crisis y la reinserción a la vida cotidiana en el colegio de los estudiantes en proceso de recuperación.

Componentes de valoración de la conducta suicida del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS)

Estos componentes hacen parte de herramientas con las cuales pueden contar los docentes y personal administrativo en los colegios para la remisión oportuna al hospital de la localidad o su reporte al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVECOS).

Las rutas de canalización y atención y existentes para colegios públicos y privados de Bogotá, son herramientas del SISVECOS con las cuales pueden contar los colegios para la canalización de casos con la supervisión de este sistema para fortalecer el trabajo preventivo desde el sector de la salud.

Primera parte

1. Estrategias para la promoción de la salud en los colegios

Las estrategias de promoción de la salud deben ser parte de la formación de los niños y adolescentes con el fin de prepararlos para afrontar eventos vitales estresantes con resiliencia.

Objetivo: Dar a conocer algunas estrategias para la promoción de la salud en los colegios.

♦ Sensibilización de la comunidad

La sensibilización de la comunidad busca que se tome conciencia del problema del suicidio y se vincule como actor para su promoción y prevención. Es necesario el entrenamiento del personal de salud, líderes religiosos, profesores y comunidad en la detección de factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida para su prevención.

♦ Desarrollo de la inteligencia emocional

Mayer y Salovey (1997, citados por Extremera y Fernández 2004), proponen el desarrollo de cuatro habilidades que son: habilidades básicas: habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, habilidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento, habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional, habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Extremera y Fernández 2004; Fernández y Extremera 2009).

Escala de ansiedad para niños y adolescentes de Spence (SCAS)

La escala de ansiedad para niños y adolescentes de Spence (SCAS) Hernández Guzmán et al. (2010), versión en español consta de 38 ítems distribuidos en seis factores que son:

- ataque de pánico/agorafobia,
- ansiedad por separación,
- fobia social, miedo al daño físico,
- trastorno obsesivo compulsivo
- y ansiedad generalizada.

Esta es una escala tipo Likert que presenta cuatro opciones de respuesta: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3), donde además se incluyen 6 ítems positivos de relleno con el fin de contrarrestar el sesgo negativo de las demás preguntas, las cuales no se tienen en cuenta en la calificación ni en los análisis o interpretación de los datos (Hernández Guzmán, et al. 2010).

Los siguientes ítems usados como relleno positivos no se califican, ya sea en la puntuación total o la subescala: 11, 17, 26, 31, 38, y 43.

Se puede tomar la suma de la puntuación total o por subescalas para la calificación de puntajes directos.

La puntuación total directa se puede calcular a partir de la suma de todas las puntuaciones de las subescalas. .

Corrección e interpretación de La escala de desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:

Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).

Factor motivacional (pérdida de motivación).

Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20. La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8 (Bobes, García, Bascarán, Sáiz & Bousoño 2002).

La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:

- 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
- 0-3: ninguno o mínimo.
- 4-8: Riesgo leve. 9-14: Riesgo moderado.
- 15-20: Riesgo alto
- (Bobes, García, Bascarán, Sáiz & Bousoño (2002).

- **Manejo de la ansiedad**

Existen varios tipos de ansiedad, los cuales pueden variar en su sintomatología. Entre los más comunes está la sudoración, palpitaciones, nerviosismo, tensión muscular, mareos, ente otros (Organización Mundial de la Salud (1992). Algunos de ellos son causados por la exigencia a nivel académico, las presiones al interior de los grupos de pares, la violencia intrafamiliar, los ambientes inseguros, entre otros.

Autoestima positiva

La autoestima positiva se encuentra entre uno de los principales factores protectores contra la conducta suicida. La autoestima está relacionada con la capacidad de las personas en la resolución de problemas. No solamente se necesita poseer la habilidad para resolver problemas, sino que la persona debe creer en sus capacidades y sentirse como tal. De esta manera la autoestima se verá fortalecida. (Villalobos 2009).

Formación en valores

La Formación en valores culturales como la música, la danza, el teatro, o los tradicionales como la religión, la obediencia, el patriotismo, la conciencia dirigida a que los padres se sientan orgullosos, y los valores sociales como la solidaridad, el respeto y la justicia se constituyen en factores protectores de la conducta suicida porque fortalecen el sentido de pertenencia a un grupo y el valor por la vida. (Álvarez et al.; 2012; López 2008; Araujo y Moya 2009).

- **Cohesión familiar**

La cohesión familiar y el fortalecimiento de sus lazos se encuentran como principales factores protectores de la conducta suicida. Es necesario que desde el colegio se vincule a la familia en la formación de los estudiantes y se hagan partícipes en el conocimiento de estos factores de protección.

La disfunción de la familia se conecta con otros problemas como la autoestima negativa, el bajo rendimiento escolar, la pérdida del sentido de vida, la depresión y la ansiedad (Pavez, et al, 2009).

- **Espiritualidad**

Una de las principales razones para que la espiritualidad se constituya en un factor protector se debe a la creencia de que sólo Dios es dador de la vida y quien tiene la potestad de quitarla; por otra parte se contempla la vida como una oportunidad única de servicio a Dios y a los hombres, lo cual otorga satisfacción y mayor sentido de realización y razón de la existencia.

- **Estilos de vida saludable**

Los estilos de vida saludable forman todo un espectro de comportamientos que influyen en la salud física y mental de cada persona y están asociados de forma compleja a creencias, actitudes, valores, factores sociales y culturales, de manera que cada caso y cada contexto resultan diferentes (Costa y López 2008). Dentro de los estilos de vida saludable se encuentra la sexualidad responsable. La educación sexual deberá estar en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad (ley 115 de 1994, artículo 14).

Manual para la intervención del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes.

La escala de desesperanza de Beck Hopelessness Scale, HS)

La escala de desesperanza de Beck (Bobes, García, Bascarán, Sáiz, y Bousoño, 2002; Aliaga, Rodríguez ,Ponce, Frisancho, y Enríquez, 2006), que evalúa la forma como la persona percibe su futuro, consta de veinte ítems con dos opciones de respuesta de falso o verdadero. Los puntos de corte para evaluar los niveles de riesgo se consideran como 0-3, nivel de riesgo nulo o mínimo, 4-8 riesgo leve, 9-14 riesgo moderado o medio y 15-20 riesgo alto en la puntuación directa.

La escala de desesperanza de Beck ha mostrado de manera consistente su utilidad en la medición del riesgo suicida en sujetos depresivos o que han presentado intentos de suicidio (Beck y Steer 1988, citados por Aliaga Tovar, et al. 2006).

Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio. Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.

Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen un 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos. Esta escala es un instrumento autoaplicado (Bobes García, et al. 2002).

Pruebas diagnósticas para la detección del riesgo suicida.

Existen muchas pruebas de detección del riesgo suicidas, las cuales debe ser aplicadas, analizadas y evaluadas por profesional de la salud especializado antes de tomar decisiones. En este trabajo se sugiere la aplicación de algunas pruebas que ayuden al diagnóstico de la depresión, ansiedad y desesperanza, por encontrarse en muchos estudios como factores de riesgo. Sin embargo se debe tener en cuenta que el suicidio es un fenómeno complejo y por lo tanto es necesario observar el problema de manera holística.

Inventario de depresión infantil Kovacs (1992) Children´s Depression Inventory (CDI)

El inventario de depresión infantil de Kovacs (1992), es una prueba que consta de 27 ítems donde se evalúa el nivel de depresión en niños y adolescentes de 7 a 15 años. La prueba consta de una subescala que evalúa estado de ánimo disfórico y otra subescala que hace referencia a la autoestima negativa (Kovacs 1992; Bobes García, et al. 2011). Cada pregunta consta de tres ítems que se califican de cero a dos, siendo dos la puntuación más alta en cada uno.

El punto de corte que toman la mayoría de estudios para considerar un estado depresivo es de 19 puntos en la escala total del puntaje directo. En las tablas de baremos del manual de aplicación, los sujetos en el rango de percentiles inferiores a 85 son considerados sin sintomatología depresiva. A partir del percentil 90 se indica sintomatología depresiva.

Manual para la intervención del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes.

- **Desarrollo de habilidades para la resolución de problemas**

Desarrollar habilidades basadas en la resolución de conflictos favorece aprendizajes como identificar un problema, sus posibles causas y soluciones, ponerse en la perspectiva del otro, buscar y evaluar alternativas, usar el lenguaje en la negociación verbal, habilidades de razonamiento moral, desarrollo de la empatía , simpatía y comprensión emocional (Miller y Olson 2000; citados por Caycedo, Gutiérrez, Ascencio y Delgado 2005).

- **Proyecto de vida**

Las personas pueden elaborar su proyecto de vida de dos maneras: cuando no se tienen bases sólidas para la toma de decisiones, o de una manera más estructurada y prudente, a través del conocimiento y la valoración de alternativas disponibles (Santana y García 2009, 2012).

- **Apoyo social**

El apoyo social es la función que cumplen las redes que surgen de las interacciones de una familia, personas cercanas a esta y diferentes miembros de la comunidad, las cuales conforman un soporte emocional para la salud y el bienestar general; al ser significativas para la persona se constituyen en factor protector a la hora de sortear situaciones complejas, difíciles o negativas (Orcasita y Uribe 2010).

- **Aplicación de políticas en salud**

Ley 1616 de 2013 (Capítulo V, artículos, 23, 24, y 25; título VI, artículo 27 sobre la garantía de la participación).

A través de esta ley se fortalece el manejo social del riesgo frente a la conducta suicida en niños y adolescentes, ubicándolos como una población que requiere atención integral y preferente en salud mental (Capítulo V, artículos, 23, 24, y 25).

Además en el título VI, artículo 27 (sobre la garantía de participación) el Ministerio de Salud y Protección Social se compromete a "garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste para la construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, política pública nacional de Salud Mental y demás, en el ámbito de la salud mental".

- **Creación de espacios para la expresión de ideas, emociones, pensamiento crítico y reflexivo**

Mediante la guía de los profesores y orientadores de los colegios se busca que en estos espacios los niños puedan manifestar sus necesidades emocionales e inquietudes, logrando confianza en la comunicación (Organización Mundial de la Salud 2001); para esto también se puede vincular a las familias en la construcción de alternativas y soluciones de los intereses de los estudiantes.

Manual para la intervención del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes.

	Adherencia al tratamiento por Psicología			
10	Se ha indicado un tratamiento		Sí	No
	Asiste de manera autónoma o voluntaria		Sí	No
	Asiste con supervisión		Sí	No
	Sigue las instrucciones del tratamiento indicado		Sí	No
	Problema o necesidad			
11	Percepción del problema por parte de la familia	0 Sin problema		
		1 Problema leve		
		2 Problema moderado		
		3 Problema grave		
12	Percepción del problema por parte del estudiante	0 Sin problema		
		1 problema leve		
		2 Problema moderado		
		3 Problema grave		
13	Ayuda que necesita	0 Ninguna		
		1 Poca ayuda		
		2 Ayuda moderada		
		3 Mucha ayuda		
14	Otros problemas: ¿Cuáles?	0 Sin problema		
		1 Problema leve		
		2 Problema moderado		
		3 Problema grave		
15	Otras necesidades: ¿Cuáles?	0 Ninguna		
		1 Poca ayuda		
		2 Ayuda moderada		
		3 Mucha ayuda		
Sugerencias por parte de la familia				

Adaptado de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) (2010).

Formato para familiares sobre el seguimiento

y control de la conducta suicida en instituciones educativas

Nombre del colegio_____ _____Curso_____

Nombre del estudiante_____ Edad_____

Nombre del familiar _____Parentesco_____

Teléfono de la familia

Teléfono para asesoría psicológica___106___ . Emergencias__123___

Revisor_____

Fecha_____

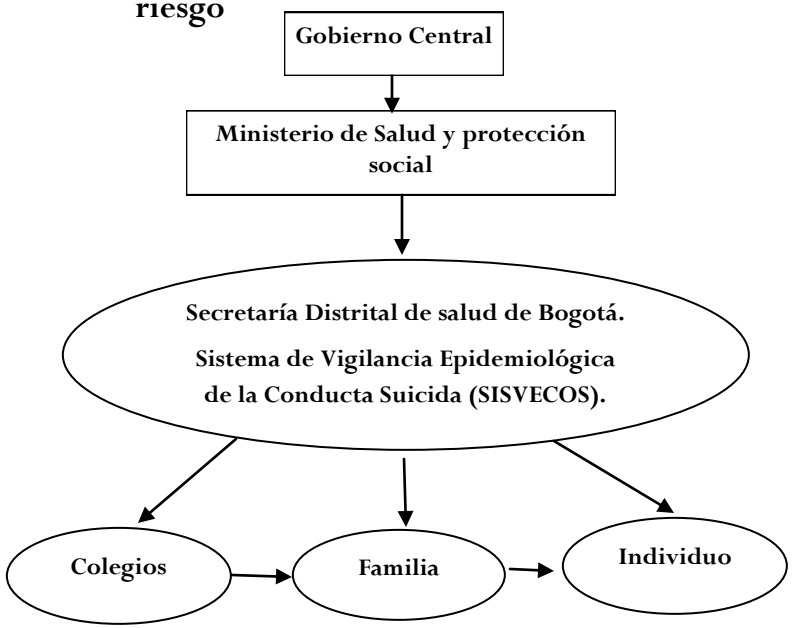
	Formato de seguimiento y control de la conducta suicida en la familia		
1	Presencia de indicadores de riesgo suicida del estudiante	sí	No
2	Presencia de comportamientos inadecuados	Sí	No
3	Problemas en las relaciones familiares	sí	No
4	Problemas en las relaciones fuera de la familia	Sí	No
5	Existe abandono, pasividad y retraimiento social	sí	No
	Adherencia al tratamiento farmacológico		
6	Se ha indicado un tratamiento	Sí	No
7	Asiste de manera autónoma o voluntaria	sí	No
8	Asiste con supervisión	Sí	No
9	Sigue las instrucciones del tratamiento indicado	Sí	No

♦ Manejo social del riesgo

La importancia del manejo social del riesgo radica en que se puede mejorar el bienestar individual y social en diferentes ambientes mediante el manejo de información para la prevención evitación, mitigación y superación de los riesgos (Holzmann y Jorgensen (2000).

Para que esto se pueda implementar, se hace necesario el compromiso de todos los actores, ya sean públicos o de la población en general, con participación de diferentes sectores: salud, educación, religión, ambiente, justicia, cultura, recreación y deporte, y todo aquel que pueda vincularse de alguna manera.

♦ Niveles de intervención en el manejo social del riesgo



Segunda parte

2. Herramientas para la prevención de la conducta suicida

2. Primeros auxilios psicológicos de la conducta suicida

Objetivo: Restablecer el enfrentamiento inmediato con el fin de brindar apoyo, buscar ayuda y reducir la probabilidad de un desenlace fatal. Para su aplicación se deben tener en cuenta los siguientes pasos.

2.1. Establecer contacto con la persona afectada

En este paso se debe actuar bajo el sentido común, tratando de generar un vínculo de manera empática. Este acercamiento debe mostrarse como una fuente de ayuda para la persona en riesgo.

2.2 Tratar de entender cuál es el problema

- Entender cuál es el problema

Para este paso es necesario tener claro que no se puede recurrir a rodeos. Es necesario ser claros y directos de una manera respetuosa. Los primeros auxilios psicológicos se fundamentan en la resolución de problemas.

2.3 Identificar las posibles soluciones

La persona que interviene actúa como directivo, debido a que el sujeto en crisis pierde la capacidad de hallar soluciones favorables. Debemos ser claros en que no

Anexos

Lista de chequeo para docentes

Sobre el control y seguimiento de la conducta suicida

en el colegio

Nombre del estudiante----------

Colegio----------

Fecha de aplicación----------

Responsable_____

1	Se notificó a la familia sobre el seguimiento y los controles por psicología	sí	No
2	Se citó a la familia un mes después para realizar seguimiento	Sí	No
3	La familia cumple la adherencia la tratamiento	sí	No
4	Se cumplieron las recomendaciones del psicólogo, o el personal de salud	Sí	No
5	El estudiante cumple la adherencia al tratamiento	sí	No
6	Se establecieron compromisos	Sí	No
7	Avances	sí	No
8	Hallazgos	Sí	No
9	El estudiante superó la crisis	Sí	No
10	El estudiante recibe apoyo en la reinserción al ambiente escolar por parte del docente.	Sí	No

Observaciones:

Recomendaciones:

Referencias

Spence, H. S. (2011). *Escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS).* Información para especialistas e investigadores. Recuperado de http://scaswebsite.com/index.php?P =1_8

Suárez, Colorado, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU, 3,* (1), 182 - 200. Recuperado de http://www.revistadepsicologiagepu.es.tl/La-Inteligencia-Emocional-como-Factor-Protector-ante-el-Suicidio-en-Adolescentes.htm

Taborda, R. L. C.; y Téllez, V. J. (2012). *El suicidio en cifras. Neurobiología, factores de riesgo y prevención,* p.p. 25-40. Recuperado de http://es.scribd.com/doc/56669903/2-EL-SUICIDIO-EN-CIFRAS-OK

Taha, N.; Florenzano, R.; Sieverson, C.; Carolina Aspillaga, C.; y Alliende, L. (2011). Spirituality and religiosity as a protective factor in depressive women with suicidal risk: expert consensus. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 49,* (4), 347-360. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art06.pdf

Uribe, A. F.; Orcasita, L. T.; y Aguillón, G. E. (2012). Bullying, redes de apoyo social y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa de Santander, Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina, 6,* (2), P.P. 83-89. Recuperado de http://www.usbbog.edu.co:8080/index.php/Psychologia/article/view/264/215

Villalobos G. H. (2009). *Ideación suicida en adolescentes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior.* (Tesis doctoral, Universidad de Granada, departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico). Recuperado de http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf

Zagurski, D., & Chang R. (2005). *Programa Nebraska de Entrenamiento en Primeros auxilios psicológicos.* Recuperado de http://www.unincca.edu.co/permanencia/primerosauxilios/textos%20de%20ayuda/texto.pdf

podemos solucionar todos los problemas, pero que existen otras alternativas. Debemos ayudar a jerarquizarlos de manera realista.

2.4 Realizar acciones concretas En este punto debemos negar el suicidio como una solución. No se deben dejar las acciones sólo en palabras.

Si la crisis es muy fuerte podemos llamar a un familiar o recurrir a las líneas de atención:

Para Bogotá la línea 123 en caso de urgencias.

A través de esta podemos hacer el reporte para la Remisión al Centro regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) en el hospital de la localidad.

También podemos recurrir a la línea amiga: 106 para obtener asesoría psicológica para los niños y adolescentes.

2.5 Realizar seguimiento

Generalmente se hace mediante llamadas telefónicas y se debe mostrar un interés genuino para que este no resulte contraproducente. Esto ayuda a que la persona se sienta escuchado y estimado, de modo que se refuerza la autoestima.

2.6 Principios Básicos

Se deben tener en cuenta los siguientes principios:

- Acercamiento
- Conservar la calma
- Mostrar un interés genuino
- Mantener una escucha activa Y actuar como orientadores o directivos.

Debemos permanecer con la persona hasta que llegue ayuda para disminuir el riesgo. Si no se recuerdan los pasos debemos recurrir al sentido común. No siempre habrán soluciones perfectas pero es importante prestar ayuda y conservar la calma (Carvajal, 2013; Zagurski y Chang, 2005).

2.7. Qué no hacer

- **No rehuir los problemas**

  No dejar a la persona sola si existe riesgo inmediato

- **No restar importancia ni desafiar**

  No se debe tratar con ligereza cualquier amenaza. No se debe minimizar la situación o la intensidad de las emociones y del malestar. Retar a que lo haga no es conveniente

- **No utilizar gritos ni reprimendas**

No se debe actuar de modo excesivo o culpabilizar por estar mal. En estos momento se necesita la motivación y los gritos no son una alternativa.

- **No temer hacer preguntas**

No se debe temer preguntar a la persona por qué está triste o deprimida, ni si se quiere hacer daño as sí misma.

los profesionales (Álvarez Ariza et al, 2012).

- **No dar soluciones simplistas**

Una solución obvia y simple puede ayudar a incrementar los sentimientos de incapacidad, vergüenza o soledad en la persona.

Referencias

Ortega, R.; Mora, M. J. A.; y Jäger, T. (2007). *Actuando contra el bullying y la violencia escolar. El papel de los medios de comunicación, las autoridades locales y de Internet* [E-Book]. P.P 13-24. Recuperado de en http://www.bullying-in-school.info

Pavez, P.; Santander, N.; Carranza, J.; y Vera, V. P. (2009). Familial risk factors for suicide among adolescents with depression. *Revista médica de Chile, 137;* (2), 226-233. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000200006&script=sci_arttext

Pérez. B. S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 34,* (3), p.p. 386-394. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634305

Santana, V. L. E.; y García, L. F. (2009). Dificultades en el proceso de toma de decisiones académico-profesionales: el reto de repensar la orientación en Bachillerato. *Revisa de Educación, 350,* p.p. 323-350. (Universidad de La Laguna. Facultad de Educación. Departamento de Didáctica e Investigación Educativa. Tenerife, España). Recuperado de http://www.revistaeducacion.educacion.es/re350/re350_14.pdf

Santana, V. L. E.; y García, L. F. (2012). Análisis del proyecto de vida del alumnado de educación secundaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 23,* (1), p.p. 26-38. Recuperado de http://www.uned.es/reop/pdfs/2012/23-1%20-%20Santana.pdf

Secretaría Distrital de Salud (2012). *Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016 Bogotá D.C.,* p.81. Recuperado de http://www.hospitalfontibon.gov. co/files/PLAN%20TERRITORIAL%20DE%20SALUD%20MAYO%202012%2002.PDF

Referencias

Ojeda, R. D. E.; y Villalobos, G. F. H. (2011). Elementos para Una Política Pública desde la Percepción del Suicidio en Nariño. *Revista Colombiana de Psicología, 20,* (1). p.p. 7-17. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.Php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Orcasita, P. L. T.; y Uribe, R. A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *PSYCHOLOGIA: avances de la disciplina, 4,* (2), 69-82. Recuperado de http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/182/159

Organización Mundial de la Salud (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. CIE10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Técnicas gráficas FORMA, S. A.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Trastornos mentales y cerebrales.* Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud Ginebra 2001. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

Organización Mundial de la Salud (2006). *Mitos comunes acerca de los comportamientos suicidas. Prevención del suicidio.* Recurso para Consejeros. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2011). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.* Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548 067_spa.pdf

- **No mantener todo en secreto**

Se debe informar a los familiares u otras personas que puedan ayudar.

- **No intentar ayudar sólo**

No excluir la ayuda de otras personas, incluyendo los profesionales.

- **No juzgar, ni comparar**

No se debe decir que lo que está haciendo es de cobardes o de valientes y que ella o él no lo es. No se le debe cosas como: "algo habrás hecho para estar así", de manera que se le responsabiliza de toda la situación, o señalar que está mucho mejor que otras personas. Esto suele incrementar los sentimientos de culpa y de malestar (Álvarez Ariza et al, 2012).

3. Componentes para la identificación oportuna de la conducta suicida en los colegios

Objetivo: Lograr el empoderamiento de los casos que se presenten en el colegio.

3.1 Identificación de factores de riesgo de la conducta suicida

Los factores de riesgo hacen referencia a aquellas características de la persona o del ambiente que aumentan la probabilidad de que sea consumado el acto suicida; en ocasiones podrían estar relacionados o tener mayor relevancia frente a otros en cada caso en particular (Mansilla 2010).

Los factores de riesgo se clasifican en dos grandes grupos que son: factores de riesgo modificables e inmodificables. Teniendo en cuenta lo anterior se han tomado los factores de riesgo que son susceptibles de modificación desde la administración social del riesgo los cuales se muestran a continuación.

- **Factores de riesgo modificables**

Son aquellos que son susceptibles de modificación como los factores psiquiátricos, trastornos afectivos, esquizofrenia, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad, trastornos de la personalidad, salud física, dimensiones psicológicas (impulsividad y agresividad, desesperanza, pensamiento dicotómico, rigidez cognitiva y el déficit en la resolución de problemas) (Bobes, Giner y Sáiz 2011).

- **Los factores de riesgo inmodificables**

Dentro de estos se encuentran los factores hereditarios, la edad, el sexo (Ayuso et al.; 2012; Bobes Giner y Sáiz 2011), estado civil, conducta suicida previa, antecedentes familiares de (Bobes Giner y Sáiz 2011), de su detección.

Aunque los factores de riesgo inmodificables no tienen un control directo a través del manejo social del riesgo se pueden reportar a los profesionales de la salud encargados en caso que exista alguna evidencia.

- **Factores familiares**

Familia disfuncional, historia de suicidio entre la familia, divorcio, falta de afecto y comprensión, violencia intrafamiliar, abuso sexual, físico y psicológico, desamparo, falta de comunicación (Del Castillo 2007).

Referencias

Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Médica de Clínica Las Condes, 23,* (5), 607-615. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media /Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/11_Dr--Alejandro-Gom ez-C.-4.pdf

Jiménez, S. A. Z. (2013). *Requerimiento 1036652 30034 del 15/08/2013.* Secretaría de salud de Bogotá. Plan Nacional de Salud Pública. Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Mental (PDA). Estrategia: Niños, Niñas y Adolescentes Transformando Realidades, p.p. 1-4

Kovacs, M. (1992). Inventario de depresión infantil. Adaptación española. Multi-health System.Toronto (Canadá). TEA Ediciones, S.A. Madrid (2011).

López, O. M. (2008). *Perfil valoral de los egresados de la educación secundaria en baja California.* (Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias educativas, Universidad Autónoma de Bja California). Recuperado de http://iide.ens.uabc.mx/blogs/mce/files/ 2010/10/Tesis-completa-encriptada.pdf

Moncada, M. A. M., & Alejo. A. H. (2013). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS, Guía Operativa.* Secretaría distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, Área de Vigilancia en Salud Pública, p.p. 1-62. Alcaldía Mayor de Bogotá. Recuperado de http://saludpublicabogota.org/wiki/images/7/73/GUIA_OPERATIVA_SISVECOS_ MARZO_2013.pdf

Nope, A. M. Y. (2013). Informe de seguridad en Bogotá. Comportamiento de las muertes violentas. *Veeduría Distrital.* Recuperado de http://www.veeduriadistrital.gov.co/veeduria/media/file/Publicaciones/42_Boletin_Ejecutivo_Muertes_violentas_primer_trimestre_2013.pdf

Referencias

Extremera, P. N.; y Fernández, B. P.; (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa, 6,* (2), p.p. 1-17. Recuperado de http:// redalyc.uaemex.mx/src/inicio /ArtPdfRed.jsp?i Cve=15 506205

Fernández, B. P.; y Extremera, P. N. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 66,* (23,3), 85-108. Recuperado de http://www.aufop.com/ aufop/uploadedfiles/articulos/1258 587746.pdf

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (2010). *Plan de Calidad 2006-2010,* P.P. 1-48. Recuperado dehttp:// www.faisem.es/ficheros/Plan_Calidad.pdf

Hernández, G. L; Bermúdez, O. G.; Spence, H. S.; González, M. M. J.; Martínez, G. J. I.; y Aguilar, V. J.; G. J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) *Revista Latinoamericana de Psicología, 42,* (1), 13-24. Recuperado de http:// openjournal.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/ view/431/302

Holzmann, R.; y Jørgensen, S. (2000). *Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá.* Recuperado de http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/ Resources/0006Spanis h.pdf

Gil, T. J. A., & Nope, A. M. Y. (2011). Condiciones de Seguridad en Bogotá D.C. año 2010, *Veeduría Distrital. Vivir en Bogotá, 34,* p.p. 22-27. Recuperado de http://www.veeduriadistrital.gov.co/veeduria/ media/file/ Publicaciones/ 3_SEGURIDAD%202010.pdf

- **Factores individuales**

Depresión, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastorno de abuso de alcohol, trastorno de abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, impulsividad, agresión (Álvarez et al, 2012).

- **Factores psicológicos**

Intentos previos de suicidio e ideación suicida, Pérdidas familiares, frustraciones intensas, baja autoestima, cambios bruscos en el estado de ánimo, alteraciones del sueño, abandono personal (Del Castillo 2007), desesperanza y rigidez cognitiva los cuales son de gran importancia por su influencia en el riesgo suicida (Álvarez et al., 2012)

- **Factores sociales**

Tensión social, cambio de posición socioeconómica, redes sociales de apoyo débiles, pérdidas personales, pérdida de empleo, catástrofes, aislamiento, exposición al suicidio de otras personas, violencia ambiental, de género e intergeneracional (Del Castillo 2007).

- **Factores biológicos**

Trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, edad avanzada, adolescencia, enfermedades y dolor crónico, enfermedades terminales, deterioro cognitivo (Del Castillo 2007).

- **Otros factores de riesgo**

La presencia de antivalores con alta aceptación e importancia social, ausencia de práctica religiosa, pautas de crianza inadecuadas, manejo de modelos de vida inadecuados en los medios de comunicación, ausencia de políticas y estrategias para el manejo del tiempo libre son otros factores de riesgo de gran importancia (Ojeda y Villalobos 2011), como también los conflictos entre estudiantes y profesores, bullying, matoneo o violencia escolar (Ojeda y Villalobos 2011; Ortega, Mora y Jäger 2007; Uribe, Orcasita y Aguillón 2012).

3.2 Identificación de Factores protectores de la conducta suicida

Entre los factores protectores en la niñez se encuentran: la familia estructurada y estable donde predomina una comunicación asertiva, las manifestaciones de afecto, comprensión y cariño, el fortalecimiento y cohesión de los lazos familiares entre sus diferentes miembros.

En la adolescencia se hace necesaria la estimulación de estilos de vida saludables como el deporte, el manejo de la sexualidad de la salud manera responsable, el control de hábitos perjudiciales para la salud como el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas y el manejo adecuado del tiempo libre (Mansilla 2010), asociaciones religiosas, participación en clubes y otras actividades, apoyo de personas relevantes y buenas relaciones con sus compañeros, profesores y adultos (Organización Mundial de la Salud 2011).

Manual para la intervención del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes.

Referencias

Colombia. Congreso de la República. Ley 115. (9, febrero, 1994). "Por la cual se expide la ley general de educación". Recuperado de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

Colombia. Congreso de la República. Ley 1616. (21, de enero, 2013). "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". Recuperado de http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/ LEY %201616%20DEL% 2021%20DE%20ENERO% 20DE%202013.

Costa, C. M.; y López, M. E. (2008). Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables, p.p. 44, 370-371. Madrid: Ediciones Pirámide

Del Castillo, R. (2007). Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay, Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud Mental. Recuperado de https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Pik83MKR21gJ:www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx%3F5712,21634+&hl=es&gl=co&pid=bl&srcid=ADGEESgdOzfEPGTvVdempinxQQY9qXVNTKlDiE2Nv80k94NiZPuZC_qjpGFh0n6ULz-w2EHVo_sowPGsj0uUBXK1yS_0nplTnUZkELhpJ7XnuWc3FREtoUOVembiR4Fa0-Hp9XjaaVxv&sig=AHIEtbR32etJqwJ2i8soU2RYEU4Gnap4YA

Díaz, A. F.; Prados, C. M.; y Ruiz, V.M. (2004). Bullying, depression and suicidal ideation in adolescents. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 4,* (1); 10-19. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4 /art4.pdf

Referencias

Basaluzzo, T. S.; Benito, R. O; Calvo, A. M.; Cantarero, V. M.; Cerezo, C, I.; Corredera, G. M. A.; González, A. E. M.; López, N. M.; Perea, B. J. M.; Pérez, C. L.; Rodríguez, M. E. M.; Rueda, L. F. R.; Ruiz, R. M.; y Zafra, J. R. (2010). Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. Servicio Andaluz de Salud Consejería de Salud. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/390/pdf/RecomendacionesDPI_Conducta_Suicida.pdfwhqlibdoc.who.int/publications/ 2011/9789243548 067_spa.pdf

Bobes, G. J.; Giner, U. J. y Saiz, R. J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida.* [Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental]. Editorial Triacastela. Recuperado de http://www. fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_ Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf

Bobes, García, Bascarán, Sáiz, Bousoño (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, segunda edición, p. 59*. [Versión de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental]. Recuperado de http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/informes/Banco_de_Instrumentos_Bxsicos_para_la_Prxctica_de_la_Psiquiatrxa_Clxnica.pdf

Carvajal. G.C. (2013). Mitos: Enemigos de la prevención del suicidio. Primer Congreso Internacional de la Red Nacional de Suicidiología, Bogotá

Caycedo, C.; Gutiérrez, C.; Ascencio, V.; y Delgado, A. P. (2005). Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. Suma Psicológica, 12, (2), p.p. 157-173. Recuperado de http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1342/134219278002.pdf

Hay muchos estudios que muestran la importancia de la espiritualidad o afiliación religiosa como factor protector frente a la conducta suicida.

Los expertos consideran que se debe enfatizar en estos elementos para un mejor manejo de la depresión frente al riesgo suicida, debido a que los hallazgos encontrados en muchos estudios destacan la espiritualidad y religiosidad en el bienestar físico y mental.

Otros factores de gran relevancia son el desarrollo de la inteligencia (Goleman 1995; Mayer y Salovev 1990, 1997; citados por Suárez 2012).

El poseer habilidad en la resolución de conflictos o problemas, tener confianza en uno mismo, desarrollo de habilidades sociales e interpersonales, presentar flexibilidad cognitiva, tener hijos, (especialmente en las mujeres), nivel educativo medio-alto, locus de control interno, autoestima, inteligencia y sistemas de apoyo y recursos (Álvarez et al., 2012).

3.3. Identificación de los niveles del riesgo suicida

- **Riesgo leve**

Cuando no se han presentado intentos suicidas, la ideación es de frecuencia, intensidad y duración bajas. No existe intención suicida ni planificación de intentos. Los síntomas son leves y la persona mantiene el autocontrol. Los factores de riesgo son escasos y existen factores protectores identificables.

- **Riesgo moderado**

Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro (Del Castillo 2007). La familia debe estar dispuesta a solicitar atención de urgencia si es necesario. La indicación de hospitalización estará abierta.

Se sugieren la aplicación de los instrumentos de valoración presentados en este manual por su facilidad de aplicación para identificar y canalizar las personas con conductas de riesgo. En este manual se presentan las subescalas que los componen y su interpretación. En la parte de anexos encontramos las pruebas.

- **Riesgo severo**

Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro (Del Castillo 2007). La familia debe estar dispuesta a solicitar atención de urgencia si es necesario. La indicación de hospitalización estará abierta.

- **Riesgo extremo**

Se presentan depresión severa, planes de suicidio elaborados, su mayor deseo es morir. Inexistencia de factores protectores. Se hace necesaria la internación voluntaria o involuntaria y deben tomarse medidas bien definidas de vigilancia y protección para evitar la consumación del suicidio (Gómez 2012).

Referencias

Alejo, A . H., & Cardona, G. G. D. P. (2011). Guía Operativa Plan de Intervenciones Colectivas. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Recuperado de http://saludpublicabogota.org/wiki/images/c/c1/GO_SISVECOS.pdf

Álvarez, A. M.; Atiensa, M. G.; Canedo, M. C.; Castro, B. M.; Combarro, M. J.; De las Heras, L.E.; Ferrer, G. V. E.; García, C. A.; González, G. A.; Guitián, R. D.; Maceira, R. M. C.; Martínez, A. B.; Mazaira, C. J.; Mosteiro, A. M. L.; Pérez, M. L.; Reijas, R. T.; Triñanes, P. Y. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf

Aliaga, T. J.; Rodríguez, R. L.; Ponce, D. C.; Frisancho, L. A.; y Enríquez, V. J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Revista de investigación en psicología, 9,* (1), 69-79. Recuperado de http://pepsic.bvsalud. org/scielo.php?pid=S160974752006000100005&script=sci_arttext

Araujo, J. S.; Moya, R. F. S. (2009). Paco y los valores sociales, cartilla básica (paz, acción, convivencia). *Cruz Roja Colombiana,* p.p. 3-42. Recuperado de http://www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/Cartilla%20Paco_1372010_103353.pdf

11. Recursos electrónicos

Organización Mundial de la Salud. Suicidio:

http://www.who.int/topics/suicide/es/

Organización Mundial de la Salud (2001). Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Trastornos mentales y cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud Ginebra 2001:

http://www.fundamor.humanet.com.co/entrevista.htm

Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses. FORENSIS Datos por la vida. Suicidio.

http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/estadisticas/forensis

Ministerio de la Protección Social,, Dirección General de Salud Pública, República de Colombia, Universidad CES de Medellín, oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC): http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1142214_ANALISIS-ESPECIAL-SUICIIDIO-Y-DEPRESION.pdf

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS:

http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/SISVECOS.aspx

http://saludpublicabogota.org/wiki/images/c/c1/GO_SISVECOS.pdf

Escala de Ansiedad de Spence (SCAS): http://www.scaswebsite.com/index.php?p=1_8

3.4 Recomendaciones para la identificación de una persona con riesgo suicida

- La organización Mundial de La Salud (1996, citada por Bobes García, et al. 2011, p.p. 99-100) refiere las siguientes recomendaciones:

- **Evaluación del riesgo suicida en un futuro inmediato**

- Ideación suicida (esporádica versus persistente)
- determinación (si el suicidio es una posibilidad o una determinación firme)
- Plan suicida (a mayor nivel de elaboración se aumenta el riesgo)
- Soledad (la falta de apoyo social o familiar incrementa el riesgo)
- Consumo de alcohol u otras sustancias
- Dificultades sociales (marginación, desempleo, falta de expectativas)
- Evaluación cuando existe un intento suicida reciente:
- Peligrosidad del método elegido
- Grado de convicción sobre eficacia del método elegido
- Posibilidad de ser descubierto
- Grado de alivio al ser salvado
- Propósito del comportamiento suicida (intentaba transmitir un mensaje o morir).

3.5 En caso de observar ideación suicida en un estudiante, compañero, familiar o persona cercana:

- Álvarez Ariza, et al. (2012, p.p. 325-326), recomiendan lo siguiente:
- "Hablar con la persona afectada y con otras que le conozcan para brindar apoyo
- Mostrar interés en su necesidad y comunicarle que hay personas que le pueden brindarle ayuda y que en un futuro se sentirá mejor.
- Eliminar el acceso a cualquier método de suicidio y no dejar a la persona sola.
- Conservar la calma.
- Ponerse en contacto con los centros de ayuda que aquí se presentan (líneas telefónicas de atención del suicidio)
- Valorar el riesgo. si existe un plan o los medios para ejecutarlo
- Estar atento y actuar de inmediato para mayor seguridad
- Tratar de no actuar de forma exagerada" (Álvarez et al, 2012).

10. Glosario

Conducta suicida

Conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que existe evidencia que el sujeto tiene la aparente intención de morir con algún propósito, o que presenta algún grado de intención de quitarse la vida (Álvarez Ariza, et al. 2012).

Amenaza suicida

Expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo (Álvarez Ariza, et al. 2012).

Intento suicida

Según Durkheim (1897, 1989, citado por Villalobos, 2009), es el acto suicida en sí, que había sido detenido por otra persona, de tal manera que se había evitado la muerte

Ideas o intenciones de suicidio

La persona expresa pensamientos acerca de suicidarse y además manifiesta la intención de materializarlos pero aún no tiene un plan concreto ni ha estado próximo a cometer el acto suicida (Basaluzzo Tamborini, et al. 2010).

Ideación suicida

Esta se identifica cuando un sujeto presenta pensamientos o planes de cometer suicidio, durante al menos dos semanas, donde se realiza algún plan y se identifican los medios para cometerlo (Mingote, et al. citados por Villalobos, 2009).

Parasuicidio

Según Kreitman (1977, citado por Mansilla, 2010) es el conjunto de conductas autolesivas no letales y conscientes, donde no existe una intención de quitarse la vida, sino que más bien se busca llamar la atención.

Suicidio consumado

Es el acto suicida donde la persona acaba con su vida (Mansilla, 2010).

9.14 Mito: La persona que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.

Criterio científico: Casi la mitad de las personas que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado.

9.15 Mito: Si se reta a un suicida, éste no lo intenta.

Criterio científico: Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está frente a una persona vulnerable, en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos de autodestruirse.

9.16 Mito: Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio. Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente ideático.

Criterio científico: Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado.

Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo. (Organización Mundial de la Salud 2006; Pérez 2005;).

Manual para la intervención del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes.

4. Rol del personal docente y administrativo en el seguimiento y control de casos

Objetivo

Lograr el empoderamiento del colegio sobre los casos que se presenten para prevenir desenlaces fatales.

El colegio puede utilizar las siguientes herramientas con el fin de fortalecer el control y seguimiento de casos y no desligarse de un trabajo conjunto con el Sistema de Educación y Salud.

Se recomiendan las siguientes pautas para el cumplimiento de este objetivo:

- Establecer un comité de vigilancia y control para los casos que se hayan presentado y la aparición de nuevos casos.
- Hacer un reporte de casos cada 3 meses
- El colegio debe notificar a la familia acerca del control por psicología o psiquiatría y del seguimiento del caso.
- Notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológico de la Conducta Suicida para que estos realicen el seguimiento y control.
- Establecer una reunión de seguimiento cada mes
- Velar porque el estudiante supere la situación de riesgo (si se ha cumplido con las recomendaciones del proceso terapéutico, y si los padres están cumpliendo con la adherencia al tratamiento).

- Verificar si el estudiante superó la crisis
- Apoyar al estudiante para que pueda retomar el ambiente escolar.

5. Procedimientos para el manejo de rutas de atención de la conducta suicida

Estas son otras herramientas que tienen a disposición los colegios para la prevención del suicidio junto con El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida, de La Secretaría de Salud de Bogotá.

La mayoría de las personas reportan o dejan ver señales de alerta que los sitúa en alguno de los niveles de riesgo, pero en algunos casos no son fáciles de reconocer; por lo tanto, se debe tener en cuenta cambios del comportamiento que no se ajustan a la normalidad de la persona.

Para esto es importante conocer los factores de riesgo y los factores protectores descritos en este manual.

5.1 Reportes de Colegios Públicos de la Ciudad de Bogotá

5.1.1 Riesgo leve

- Se debe realizar la notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS) de la Secretaría de Salud de Bogotá, a través de la ficha técnica para su seguimiento y control.
- Teléfono de contacto: 3 64 90 90. Extensiones 6610-6611- 9941 y 9943. .
- Para información: La línea de atención 195.

9.10 Mito: Mito: sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.

Criterio científico: No son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención.

19.11 Mito: el que intenta el suicidio es un cobarde.

Criterio científico: Los que intentan suicidarse no son cobardes, sólo son personas que sufren.

9.12 Mito: El que intenta el suicidio es un valiente.

Criterio científico: Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que usted se quita la vida o se la respeta.

9.13 Mito: El suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso.

Criterio científico: Antes de intentar suicidarse, toda persona evidencia varios síntomas que se han definido como síndrome presuicidal, consistentes en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad (la cual ya no es dirigida hacia otras personas y se reserva para sí) y existencia de fantasías suicidas, todo lo cual se puede detectar a su debido tiempo, a fin de evitar que esta persona lleve a cabo sus propósitos.

Criterio científico: No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos, lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.

9.7 Mito: Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.

Criterio científico: Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

9.8 Mito: Una vez que una persona ha intentado suicidarse, nunca volverá a intentarlo otra vez.

Criterio científico: De hecho, los intentos de suicidio son un pronóstico fundamental de suicidio.

9.9 Mito: Mito: el acercarse a una persona en crisis suicida sin la correspondiente preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.

Criterio científico: Si el sentido común hace que otros puedan asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.

5.1.2 Riesgo moderado

Se debe Enviar a la persona al hospital de la localidad con la notificación a través de la ficha técnica de remisión de conducta suicida del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida de la Secretaría Distrital de Salud (Bogotá).

En este caso también se debe realizar la notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS) de la Secretaría de Salud de Bogotá para su seguimiento y control.

5.1.3 Riesgo severo y extremo

En casos de presentarse casos de riesgo severo o extremo se debe llamar de inmediato a :

la línea telefónica 123 :

Con el fin de realizar la remisión urgente al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) del hospital de la localidad. Se enviará una ambulancia y se hará una valoración por psiquiatría. A partir de estos se realizará la toma de decisiones mediante un equipo interdisciplinario.

En estos niveles de riesgo se recomienda no dejar a la persona sola y se puede recurrir al uso de los primeros auxilios psicológicos.

5.2 Reportes de Colegios Privados de la Ciudad de Bogotá

5.2.1.Riesgo leve

- Después de haber efectuado la identificación del caso se debe hacer el reporte a la unidad de atención por psicología en el plantel educativo para su manejo y control de primera instancia.
- En este caso al igual que en los colegios públicos se debe realizar la notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS) de la Secretaría de Salud de Bogotá, a través de la ficha técnica para su seguimiento y control.

5.2.2 Riesgo moderado

- La canalización se puede realizar mediante la Entidad Promotora de Salud (EPS).

Se podrá realizar la notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS) de la Secretaría de Salud de Bogotá, a través de la ficha técnica para su seguimiento y control.

Teléfono de contacto: 3 64 90 90. Extensiones 6610- 6611- 9941 y 9943.

Para información: La línea de atención 195.

.

Criterio científico: Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.

9.4 Mito: Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren. Éste es un criterio equivocado que refleja la agresividad que generan estos individuos en aquellos que no están capacitados para abordarlos. de morir y de vivir. El método

Criterio científico: Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa).

9.5 Mito: Los niños no se suicidan porque no entienden la finalidad de la muerte y son intelectualmente incapaces de suicidarse.

Criterio científico: Los niños sí se suicidan y cualquier gesto, a cualquier edad, se debe tomar en serio.

9.6 Mito: Mito: el suicidio se hereda. Criterio equivocado que tiende al nihilismo terapéutico, pues se cree erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.

9. Mitos comunes acerca del suicidio

Los mitos son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas (Pérez 2005).

Objetivo: Dar a conocer los mitos del suicidio en los colegios con el fin de evitar errores en el manejo, seguimiento y control de casos que se presenten.

9.1 Mito: Las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño pues sólo quieren llamar la atención. Mito: el que se quiere matar no lo dice.

Criterio científico: De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

9.2 Mito: El que lo dice no lo hace. Criterio equivocado que conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc. Mito:

9.3 Mito: Los que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde. Criterio equivocado, porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.

5.2.3 Riesgo severo y extremo

- La canalización para estos casos se puede realizar a través de:
- El traslado a la Institución Promotora de Salud del estudiante por parte del colegio
- La remisión urgente al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) del hospital de la localidad, el cual facilitará el envío de una ambulancia:

Línea de atención telefónica 123.

5.3 Orientación y asesoría psicológica

Los colegios de la ciudad de Bogotá también tienen a su disposición: **Línea de atención 106:**

Para niños, niñas y adolescentes con riesgo suicida.

A través de esta Los niños, niñas y adolescentes tendrán la oportunidad de expresar sus sentimientos, necesidades afectivas, soledad, frustraciones y temores o problemáticas frente al sistema familiar (Jiménez 2013).

Se podrá solicitar:

- Orientación y asesoría psicológica en casos de conducta suicida.
- Recibir fortalecimiento de factores protectores.
- Psicoeducación en pautas de crianza adecuada y fortalecimiento de la resiliencia.
- Fortalecimiento de habilidades sociales para vivir.
- Construcción y acompañamiento individual o grupal.

Tercera parte

6. Componentes de valoración de la conducta suicida del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS)

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida de la ciudad de Bogotá reporta la valoración en los siguientes componentes: identificación del caso, valoración, canalización, Acompañamiento y monitoreo del caso.

Objetivo: Poner a disposición de los colegios otras herramientas para el reporte, seguimiento y control de casos.

6. 1 Identificación de eventos de riesgo suicida.

Identificación del caso: Se realizará por cada uno de los casos identificados. El referente del sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida al conocer el caso debe corroborar y completar la información, por medio del primer contacto telefónico (Secretaría de Salud de Bogotá 2012).

6.2 Valoración de la conducta suicida

El psicólogo deberá hacer un análisis funcional del comportamiento para analizar las dimensiones del problema con el fin de confirmar el caso sospechoso, identificar la conducta suicida, su riesgo, evento desencadenante, establecer los recursos (a nivel individual, social y económico), la red social de apoyo y los factores protectores (Alejo y Cardona 2011).

6.3 Canalización (SISVECOS)

Pasos a seguir :

El apoyo familiar, las buenas relaciones con su compañeros, la confianza en sí mismo y en sus propios logros, la integración social como la participación en deportes o asociaciones religiosas, clubes y otras actividades también son factores protectores muy importantes (Organización Mundial de la salud 2001).

Taha, Florenzano, Sieverson Aspillaga y Alliende (2011), reportaron que existe consenso entre los expertos y las diferentes investigaciones donde se consideran la espiritualidad y religiosidad como elementos que se pueden utilizar en las intervenciones psicosociales tradicionales, para lograr un mejor manejo de los cuadros depresivos con riesgo suicida.

Además del creciente interés de la psicología de la religión la cual hace énfasis en la espiritualidad y religiosidad como factores protectores de la conducta suicida y como fuente de bienestar físico y mental.

También se ha encontrado que existe correlación entre autoestima y la capacidad de las personas en la resolución de problemas según Villalobos (2009), por lo tanto estos aspectos se deben tratar conjuntamente en la prevención del suicidio.

8. Hallazgos científicos

Brent et al.; (2002, citados por Taborda y Téllez 2012) encontraron que los hijos de quienes intentaron el suicidio presentan seis veces más posibilidades de intentar el suicidio comparados con los hijos de pacientes deprimidos que no intentaron suicidarse.

En el ámbito escolar, fenómenos como el bullying, maltrato entre pares, acoso escolar o matoneo, pueden generar ideación o actos suicidas cuando la victimización no tiene control. El estudio realizado por Díaz, Prados y Ruíz (2004), muestra que tanto los agresores como las víctimas de acoso o violencia escolar manifiestan síntomas depresivos, en tanto que en las víctimas se presenta una mayor ideación de muerte.

El estudio realizado por Extremera y Fernández (2004), recopila evidencia de diferentes estudios que muestran los beneficios que brindan las habilidades sociales en el contexto escolar.

También se ha reportado evidencia donde los estudiantes que desarrollan estas habilidades presentan mejores niveles de ajuste psicológico y bienestar emocional, mejores redes de apoyo interpersonales y de apoyo, presentan menores conductas desadaptativas o violentas, además de lograr un mayor rendimiento escolar por su capacidad para afrontar el estrés y de ingerir menores cantidades de sustancias adictivas como el alcohol, el tabaco u otras sustancias.

6.3.2 Registro de el caso al referente de la intervención psicosocial. Se debe referenciar la fecha, nombre y hora del acontecimiento, y establecer si es necesaria una intervención prioritaria.

Se debe hacer entrega dela ficha de notificación del caso y los instrumentos de valoración diligenciados que se hayan utilizado.

6.4 Acompañamiento del caso

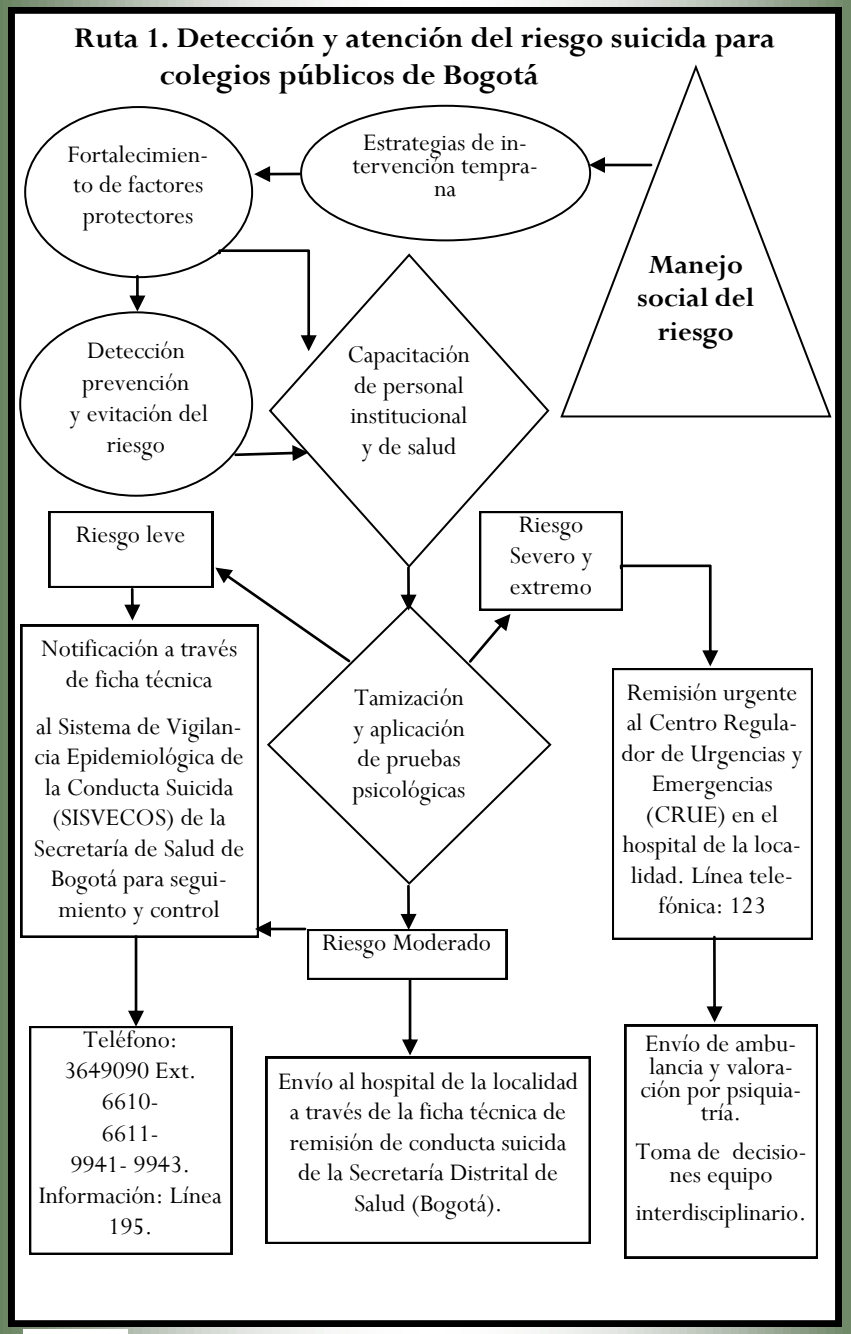
Este se realiza en dos pasos:

- Mediante seguimiento: Se hace al plan de acción propuesto por el referente SISVECOS por la intervención psicosocial del ámbito familiar. Para lo cual el SISVECOS apoyará mediante el suministro de la información que se requiera.
- A través de monitoreo de casos tres meses después del cierre de la intervención psicosocial por parte de los profesionales del SISVECOS para lo cual se tendrá 1 hora para el monitoreo (Alejo y Cardona 2011).

6.5 Monitoreo del caso

Se hace con el fin de verificar los resultados de la intervención psicosocial; se espera que el caso haya superado la crisis, esté estable emocionalmente y haya retomado el desarrollo de sus actividades diarias, para evitar recaídas o un suicidio consumado. Este paso Se realizará tres meses después del cierre de la intervención psicosocial, con el acompañamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológico de la Conducta Suicida.

Ruta 1. Detección y atención del riesgo suicida para colegios públicos de Bogotá



7.1. Recomendaciones sobre el modelo de intervención

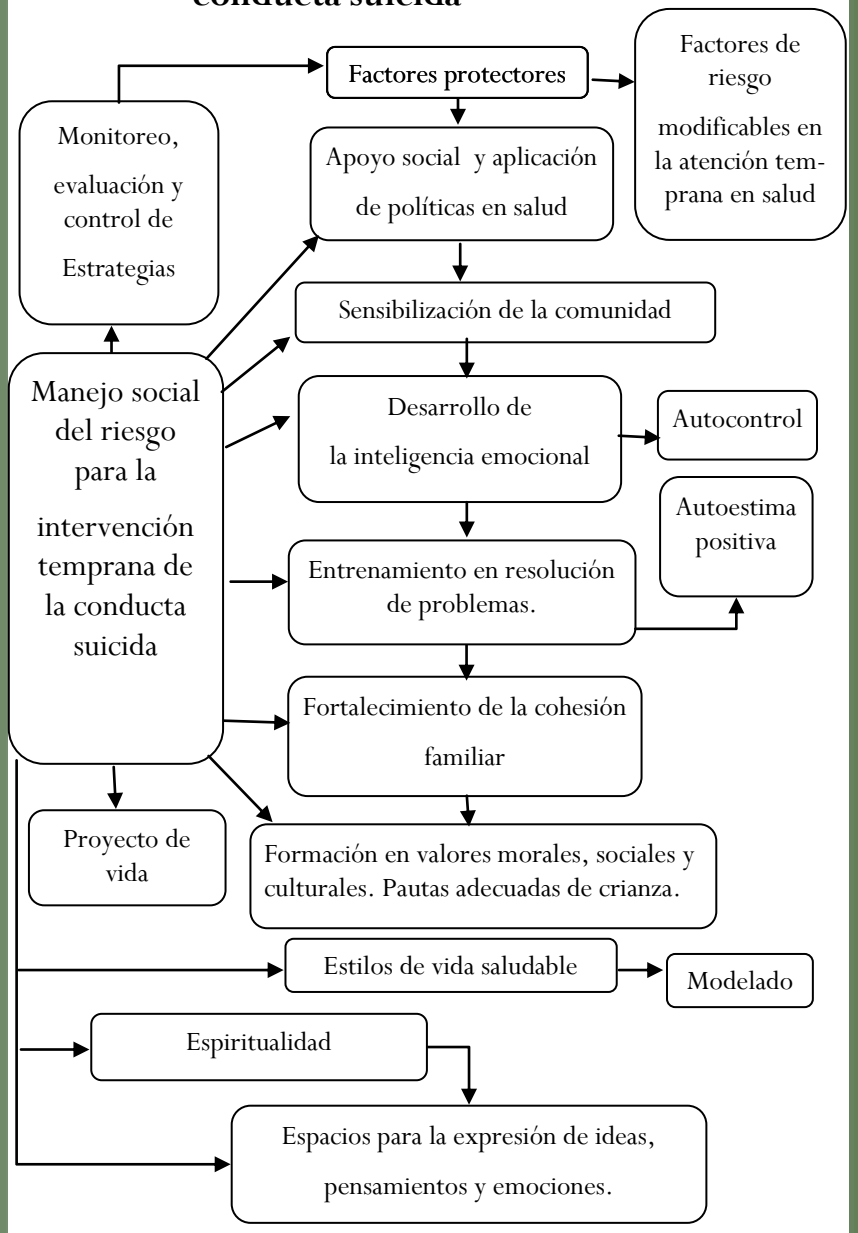
En este manual de prevención del suicidio sobre la población escolar de niños y adolescentes se sugieren estas estrategias de promoción de la salud y prevención de la conducta suicida.

Es importante tener en cuenta los aspectos socioculturales de acuerdo a cada contexto y las diferencias individuales en cada caso. Al implementar estas estrategias se fortalecen y aumentan los factores protectores, reduciendo la probabilidad de que se presenten conductas suicidas.

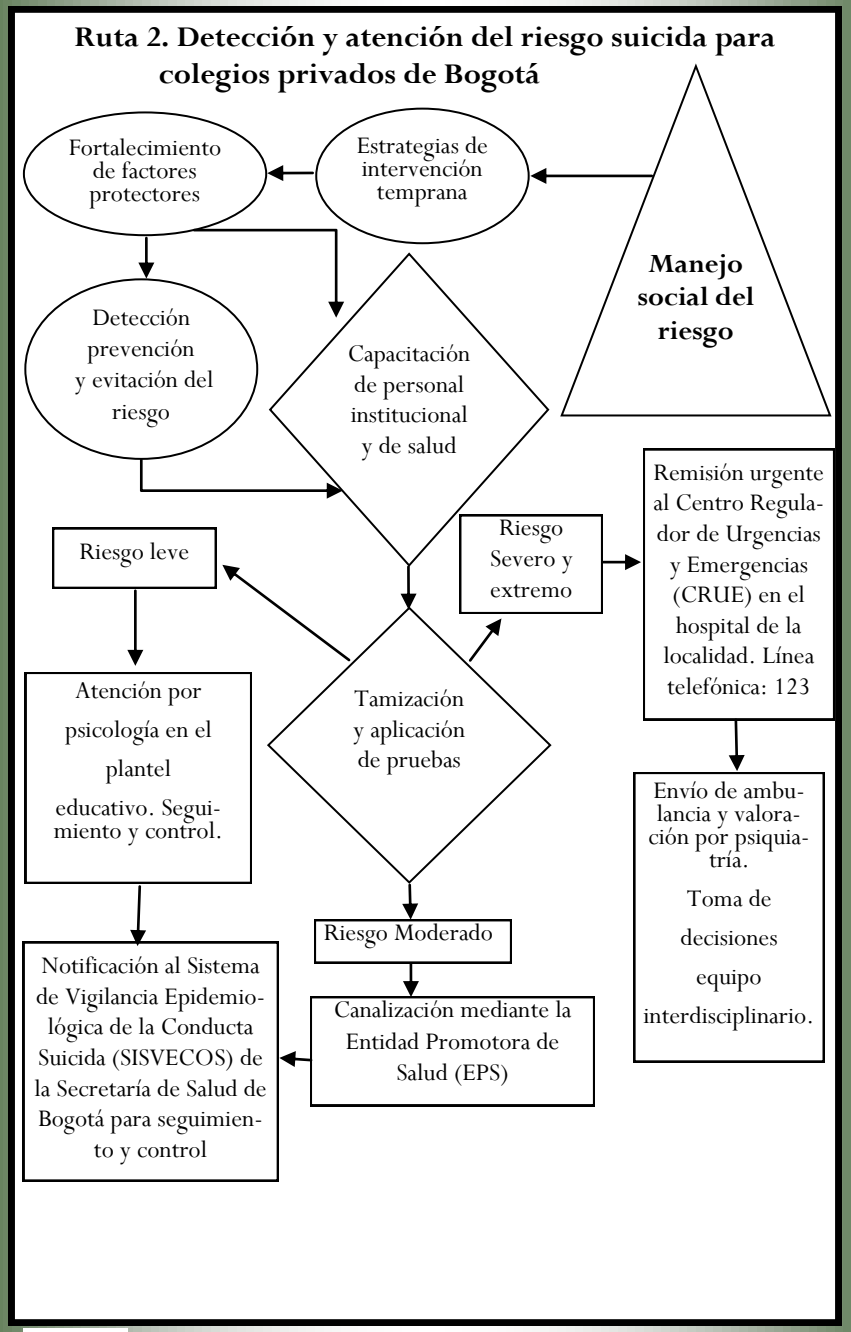
Es necesario el trabajo coordinado de todos los sectores implicados para que las estrategias tengan impacto. Los esfuerzos aislados hacen más difícil la detección o reducción del riesgo debido a la complejidad del fenómeno.

También se recomienda hacer capacitación en la aplicación de las estrategias y una evaluación, monitoreo y seguimiento con el fin de mejorar de manera constante la curva de aprendizaje y experiencia.

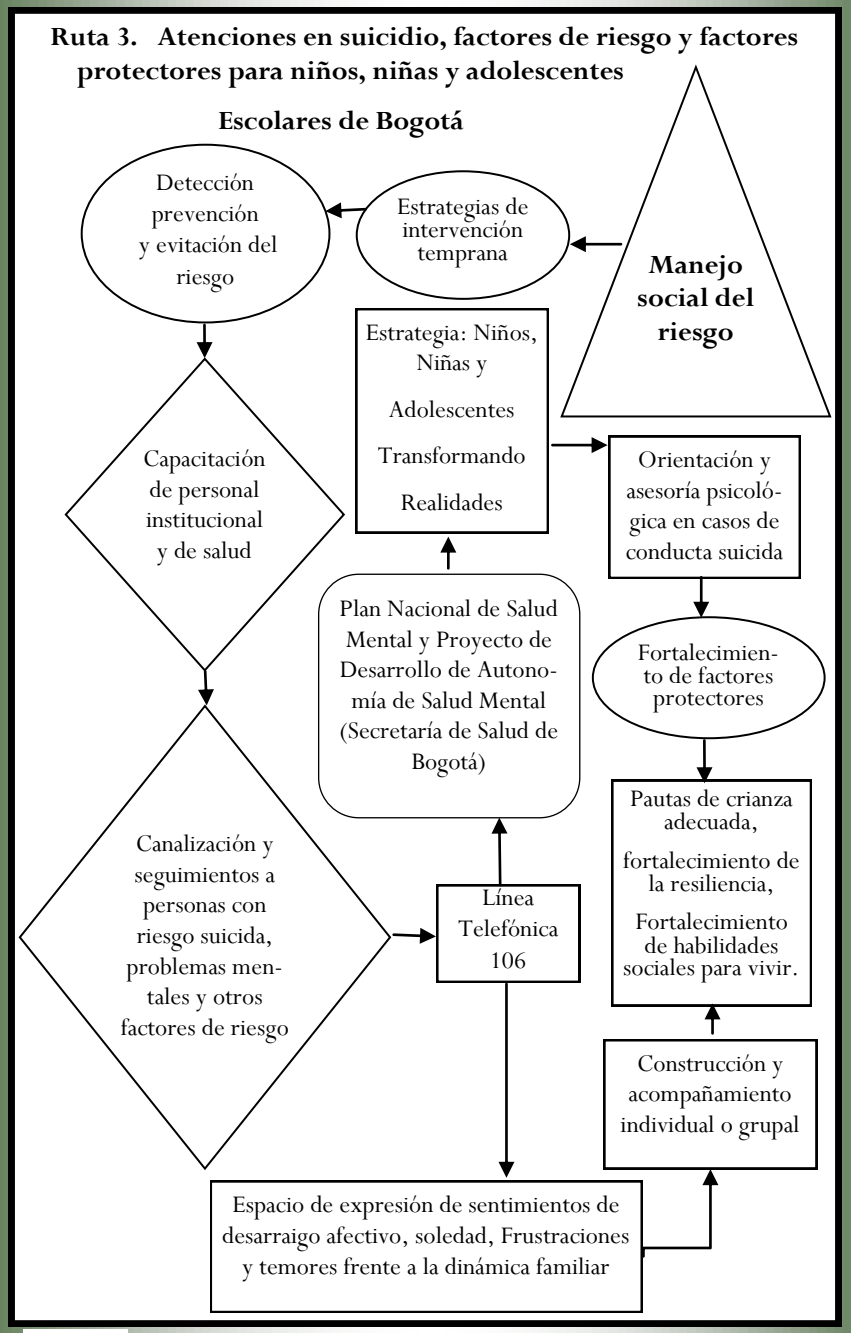
7.Modelo de intervención temprana de la conducta suicida



Ruta 2. Detección y atención del riesgo suicida para colegios privados de Bogotá



Ruta 3. Atenciones en suicidio, factores de riesgo y factores protectores para niños, niñas y adolescentes Escolares de Bogotá



Ruta 1 y 2

Adaptada de Álvarez et. al, (2010), Bryan y Rudd (2006, citados por Gómez 2012) sobre clasificación del riesgo suicida, y la ruta actual de atención en suicidio de la secretaría de Salud de Bogotá (2013) para colegios públicos y privados.

Los colegios de Bogotá pueden adquirir la ficha técnica de notificación que hace referencia la ruta 1 y 2 de detección y atención del riesgo suicida mediante inscripción en forma gratuita a través de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS).

Ruta 3

Adaptada de la ruta actual de atención en suicidio de la Secretaría de Salud de Bogotá y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS (Jiménez 2013; Moncada y Alejo 2013).

En la actualidad existe un documento sobre ruta de atención para conducta suicida en escolares en la Secretaría de Salud de Bogotá, el cual se encuentra en proceso de validación.

Las rutas de atención en suicidio para la población escolar presentadas en este manual han sido modificadas y diseñadas teniendo en cuenta el manejo social del riesgo, con un énfasis en los factores de riesgo modificables, el fortalecimiento de los principales factores protectores y la no linealidad expuesta desde las ciencias de la complejidad. Las estrategias de intervención que se han propuesto en este modelo de atención temprana se muestran en la gráfica a continuación.