



Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad  
CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES

Guía de Actuación y Manejo para la Prevención del Suicidio para  
Profesionales de la *Red de Atención Social a Personas con  
enfermedad mental grave y duradera.*

dirección General de Atención a Personas con Discapacidad

Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.

Comunidad de Madrid

Esta Guía ha sido elaborada entre los años 2021 y 2022 por profesionales del **Grupo de trabajo de Prevención del Suicidio en la Red**:

Coordinadora los años 2020, 2021 y 2022: M.<sup>a</sup> Esther Cantero Recio, Centro de Día Collado Villalba, gestionado por Grupo5

Adriana Sobrino Bazaga, Centro de Rehabilitación Laboral Arganzuela, Fundación Buen Samaritano

Alba Redondo Martínez, Centro de Día de Fuencarral, Intrass Aralia

Carmen Feolí Álvarez, Centro de Rehabilitación Psicosocial de Carabanchel, Fundación Buen Samaritano

Carlos Salamero Platas, Centro de Rehabilitación Psicosocial de Martínez Campos, Intress

Dolores Benito Ibañez, Miniresidencia de Torrejón de Ardoz, Fundación Manantial

Gemma de Frutos Alonso, Miniresidencia de Aranjuez, Grupo5

Gema Herradón Parra, Centro de Rehabilitación Carabanchel, Fundación Buen Samaritano

Laura Díaz Cano, Miniresidencia Carabanchel, Hermanas Hospitalarias

Paloma Martínez Heras, Grupo EXTER

Paloma Santiago García, Asociación de Salud Mental Madrid Norte (AFAEM5)

Mar Segovia Cifuentes, Miniresidencia Getafe, Intress

# INDICE

1.	JUSTIFICACIÓN.....	5
1.1.	JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	6
1.2.	DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA Y TÉRMINOS RELACIONADOS.....	8
1.2.1.	CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	9
1.3.	MITOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA .....	11
2.	EVALUACIÓN .....	16
2.1.	DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA Y RIESGO SUICIDAS .....	17
2.2.	MÉTODOS DE EVALUACIÓN .....	18
2.2.1.	ENTREVISTA.....	19
2.2.2.	OBSERVACIÓN DIRECTA .....	20
2.2.3.	ESCALAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	21
3.	INTERVENCIÓN .....	24
3.1.	PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN Y RECOMENDACIONES (23).....	25
3.2.	PLAN DE SEGURIDAD .....	27
3.3.	RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN BASE AL RIESGO, (22) y (26).....	28
3.4.	PAUTAS CONCRETAS PARA INTERVENCIONES EN CRISIS.....	31
3.4.1.	INTERVENCIÓN EN CRISIS (26).....	31
3.4.2.	INTERVENCIÓN TELEFÓNICA ANTE UNA CRISIS SUICIDA (26).....	32
4.	POSTVENCIÓN.....	34
4.1.	GENERALIDADES .....	35
4.2.	EL DUELO.....	35
4.2.1.	DUELO NORMAL VS DUELO COMPLICADO .....	36
4.2.2.	DUELO POR SUICIDIO .....	37
4.3.	INTERVENCIÓN EN LA POSTVENCIÓN .....	38
4.3.1.	SUICIDIO CONSUMADO DENTRO DEL RECURSO.....	39
4.3.2.	ACTUACIÓN CON LOS/AS PROFESIONALES Y ALLEGADOS/AS.....	40
4.4.	CONCLUSIONES.....	42
5.	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>43</b>
6.	ANEXOS .....	48
	<b>ANEXO I. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>49</b>
	<b>ANEXO II. INFOGRAFÍAS G.P.S. DE LA RED .....</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXO III. ENTREVISTA A.P.A. (15).....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXO IV. FACTORES DE RIESGO, DESENCADENANTES Y PROTECTORES .....</b>	<b>63</b>



**Comunidad  
de Madrid**

Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad

CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES

<b>ANEXO V. EJEMPLO DE “PLAN DE SEGURIDAD” .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO VI. LISTADO DE RECURSOS NACIONALES Y DE LA COMUNIDAD DE MADRID .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO VII. ENLACES DE INTERÉS SOBRE SUICIDIO. ....</b>	<b>72</b>



Dirección General  
de Atención a Personas  
con Discapacidad  
CONSEJERÍA DE FAMILIA,  
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES

# 1. JUSTIFICACIÓN

## 1.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El Grupo de Prevención del Suicidio en la Red (en adelante, G.P.S. de la Red) nace en diciembre de 2015, por la iniciativa de algunas/os de las/os profesionales de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera y contando con el apoyo continuo del Equipo Técnico de la Consejería de la Comunidad de Madrid.

Los objetivos finales que velan todas nuestras actuaciones son:

1. Reducir la mortalidad por suicidio en personas atendidas en la Red Pública de Atención Social a personas Afectadas por Trastornos Mentales Graves de la Comunidad de Madrid
2. Mejorar la respuesta de las/os profesionales en la atención a la:
  - a. Prevención
  - b. Intervención
  - c. Postvención
3. Elaborar un perfil de las personas en riesgo más ajustado para optimizar la intervención en estos tres niveles.

Siendo nuestros objetivos generales y específicos:

1. Prevenir la conducta suicida en la población diana:
  - a. Aumentar el conocimiento de las conductas suicidas.
  - b. Sensibilizar sobre este fenómeno a las/os profesionales de la Red.
  - c. Mejorar la detección del riesgo mediante formación y el desarrollo de protocolos de evaluación
2. Intervenir de forma eficaz desde los diferentes dispositivos de rehabilitación:
  - a. Facilitar el desarrollo de procedimientos o protocolos de actuación en diferentes momentos de riesgo, y abordando los diferentes contextos.
  - b. Incluir a las personas del entorno de las personas afectadas.
3. Establecer el seguimiento adecuado de las personas en riesgo:
  - a. Garantizar la continuidad de la atención.
  - b. Ofrecer atención y asesoramiento a las personas “supervivientes” tras el suicidio de un allegado: Familia, amigos/as, profesionales.
4. Coordinar los diferentes recursos sociosanitarios implicados en la prevención:

- a. Establecer canales de comunicación entre los diferentes dispositivos de la Red.
- b. Consensuar un marco general para la prevención y actuación ante las conductas suicidas.
- c. Facilitar el desarrollo de protocolos de intervención en los diferentes dispositivos y equipos de atención de la Red.

La presente Guía pretende constituirse como un soporte que oriente y apoye nuestras intervenciones aumentando nuestro conocimiento sobre la conducta suicida, acerca de cómo abordarla y, sobre todo, cómo adquirir herramientas que promuevan su prevención.

Edwin Schneidman (1), uno de los padres de la suicidiología moderna y creador del Centro Internacional de Investigación en suicidiología en EEUU, decía: *“el suicidio es una solución eterna para lo que, a menudo, no es más que un problema temporal”*.

La conceptualización del suicidio y su manera de abordarlo ha ido variando a lo largo de la historia y en función de las distintas culturas. En la actualidad existen diferentes legislaciones en distintos países, llegando a estar penado en algunos de ellos.

Teniendo en cuenta los datos (2), el panorama actual a nivel mundial es que cada 40 segundos hay un suicidio consumado, alguien muere por suicidio y cada 2 segundos alguien lo intenta. Estas tasas aumentan con la edad, es decir, que se consuma el 50% de los intentos, o lo que es lo mismo, de cada 2 personas mayores que intentan suicidarse, al menos 1 lo consigue. Entre los/as jóvenes, de 200 intentos, 1 lo consigue.

En España, según datos del INE de 2020 (3), el suicidio es la primera causa de muerte no natural, casi el triple que las víctimas de accidentes de tráfico, situándose 14 veces por encima de los homicidios y casi 85 veces más que las muertes por violencia de género.

A nivel mundial sólo 38 países cuentan con un Plan nacional de prevención del suicidio (4), por lo que se hace necesario disponer de una Guía que, además de recoger los avances que se van desarrollando en el conocimiento de esta problemática, aporte luz en cuanto a la manera de intervenir, recogiendo recomendaciones en la atención, haciendo especialmente hincapié en su prevención. Para ello, hay que empezar por derribar los mitos entorno a la conducta suicida,

visibilizándola, invirtiendo en su detección y en su atención. Es importante invertir en la prevención de suicidio porque, como mantiene Celso Arango (5), presidente de la Asociación Española de Psiquiatría: “...*hay países que han reducido los suicidios un 25% con políticas agresivas de inversión... y que, por cada euro gastado en prevención, se recuperan 20*”.

Y terminar aludiendo nuevamente a que: “*el suicidio es una solución eterna para lo que a menudo, no es más que un problema temporal*”. Así pues, nuestro objetivo ha de ser contribuir a visibilizar esta problemática y reducir la estadística, partiendo de la idea de que todos/as somos agentes de cambio. Porque, como dice Pedro Martín – Barrajón (6): “*el suicidio no es culpa de nadie, pero es responsabilidad de todos*”.

## 1.2. DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA Y TÉRMINOS RELACIONADOS.

La conducta suicida es un fenómeno complejo y multidimensional, resultado de una interacción de factores sociales, biológicos, genéticos, psicológicos, ambientales, sociológicos y culturales (7).

No existe una nomenclatura universal y consensuada sobre la conducta suicida y sus diferentes términos afines para la práctica clínica y para la investigación, desafortunadamente.

La intencionalidad o no de algunos de los actos autolíticos es una de las mayores controversias. Si bien en muchos casos se opta por excluir de la conducta suicida las lesiones autoinfligidas sin intencionalidad suicida, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) opta, por lo contrario, para así incluir en la definición “*intento de suicidio*”: la “*lesión autoinfligida no mortal sin intención suicida*”, ateniéndose a que la intención suicida puede ser difícil de evaluar porque puede estar rodeada de ambivalencia (8).

Debido a esta controversia no resuelta, para la elaboración de la presente Guía hemos conceptualizado una definición del término conducta suicida compartida y consensuada por todos y cada uno de los autores. Así pues, desde el Grupo de Prevención del Suicidio en la Red entendemos por conducta suicida aquella ideación, comunicación y actos suicidas, consumados o no, que puede llegar a autoinfligirse una persona en algún momento de su vida, aún a pesar de no distinguirse claramente una intencionalidad de muerte.

### 1.2.1. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La clasificación de la conducta suicida la podemos realizar haciendo referencia a su **naturaleza**. Atendiendo a esta discriminación diferenciamos entre:

#### a. **Ideación suicida.**

Hace referencia a los pensamientos que tiene una persona sobre el suicidio/muerte. Dichas cogniciones pueden ser casuales, transitorias, pasivas, activas o persistentes.

- ✓ Deseo, fantasías o Ideas de Muerte sin plan elaborado.
- ✓ Deseo, fantasías o Ideas de Muerte con Plan Suicida<sup>1</sup>.

#### b. **Comunicación suicida.**

Por comunicación suicida entendemos aquella declaración interpersonal en la que un sujeto transmite sus pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Implica un punto intermedio entre ideación y el acto suicida.

- ✓ Amenaza Suicida: Acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- ✓ Expresiones verbales
- ✓ Expresiones no verbales.

#### c. **Acto suicida**

Hace referencia a aquella acción potencialmente lesiva y autoinflingida, donde hay evidencia implícita o explícita con grado variable de daño físico o intencionalidad suicida<sup>2</sup>. Podemos distinguir entre:

- ✓ Parasuicidio o Gesto suicida: Tentativa autolítica donde la persona no presenta un deseo de muerte (puede provocar o no lesiones, e incluso la muerte). El

---

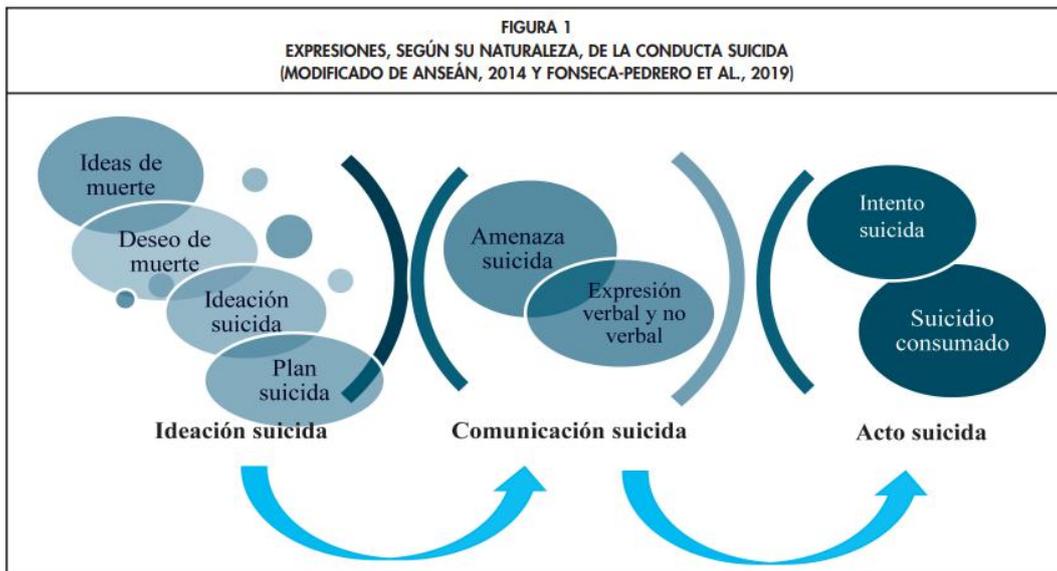
<sup>1</sup> Cuando hablamos de Plan nos referimos a la elaboración de: QUÉ pretende la persona, CÓMO (el método elegido), CUÁNDO, y DÓNDE va a atentar contra la vida de uno mismo.

<sup>2</sup> En una misma persona puede fluctuar tanto el grado como su intencionalidad autolesiva.

objetivo final es una modificación del entorno a través de la conducta. Este concepto se ampliará en el capítulo de Evaluación e Intervención.

- ✓ Intento o Tentativa suicida: Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- ✓ Suicidio Consumado: Muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte

Figura 1. Expresiones, según su naturaleza, de la conducta suicida.



Fuente: Modificado de Anseán, 2014 (9) y Fonseca-Pedrero et al., 2019 (10).

Atendiendo al **grado de riesgo de su potencial letalidad** estos mismos términos los podemos clasificar:

- ✓ Ideas de muerte
- ✓ Ideas de suicidio
- ✓ Expresión suicida
- ✓ Amenaza suicida
- ✓ Plan suicida
- ✓ Intento suicida
- ✓ Suicidio consumado

### 1.3. MITOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

Los principales mitos asociados a la conducta suicida, tal y como recogimos desde el G.P.S. de la Red Pública de Atención Social a Personas con Trastorno Mental Grave de la Comunidad de Madrid (2019), en la elaboración y posterior difusión de diez infografías (Anexo I), (11), son los siguientes:

**Mito 1: “Hablar del suicidio incita a las personas a consumarlo”.**

Realidad:

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

Es muy importante permitir la expresión de la idea suicida.

Lo que está en nuestras manos:

- Habla sobre ello, no lo evites.
- Si una persona es nueva en el servicio, evaluar si alguna vez ha pensado o ha intentado quitarse la vida.
- Preguntar por la cuestión tanto a la persona como a sus familiares y/o a sus personas cercanas.
- Evalúa el riesgo de manera continua. Recuerda que, tras un intento, los periodos que rodean las salidas hospitalarias (p. e. permisos de fin de semana, días inmediatos...) son de especial riesgo.

**Mito 2: “Las personas que se autolesionan, sólo quieren llamar la atención, no quieren quitarse la vida”.**

Realidad:

Las autolesiones son una estrategia no adaptativa de autorregulación, las personas lo realizan para aliviar una situación de intenso sufrimiento y frustración.

Los estudios nos indican que puede haber una evolución de la letalidad en los intentos.

Lo que está en nuestras manos:

- Empatizar, no juzgar.
- Hablar con la persona para que identifique los motivos que le ha llevado a tomar esa decisión.

- Ayudar a la persona para que baraje modos más saludables de pedir ayuda. Por ejemplo: pedir ayuda a personas cercanas y a los profesionales. Expresar los sentimientos, si no tiene nadie cerca puede escribirlo o dibujarlo...
- Dar apoyo más continuado y flexible dentro de un encuadre. Por ejemplo: citas más frecuentes y de menor duración, procurando que sean los mismos profesionales quienes las realicen.
- Es muy importante el trabajo en equipo y la toma de decisiones conjunta.
- Es importante observar la evolución del grado de letalidad de la historia de la persona.

**Mito 3: “Si alguien quiere suicidarse, realmente no hay nada que se pueda hacer”.**

Realidad:

Toda persona que quiere suicidarse no quiere morir, sino aliviar un intenso sufrimiento.

La desesperanza provoca una constricción en la visión de sí mismo, del entorno y de su vida, facilitando una visión en túnel.

Debemos tener en cuenta que los estados de ánimo son transitorios.

Lo que está en nuestras manos:

- Escuchar y acompañar.
- Ayudarle a descubrir razones para vivir.
- Reflexionar sobre las consecuencias del suicidio en su entorno.
- A medio/ largo plazo, ayudar a construir un nuevo sentido de sí mismo.

**Mito 4:” El que lo dice, no lo hace”.**

Realidad:

La casi totalidad de las personas que tienen una tentativa han hablado de ello, y el resto lo han dejado entrever por cambios en su comportamiento.

Lo que está en nuestras manos:

- Ofrecer un espacio para hablar del suicidio alivia y reduce el riesgo.
- Que una persona nos hable del suicidio nos da la oportunidad de intervenir directamente.

**Mito 5: “Cuando se mejora después de una tentativa, ya no hay riesgo “.**

Realidad:

Durante los 90 días posteriores el riesgo de suicidio tras una tentativa continúa siendo alto. Incluso al alta hospitalaria, el riesgo sigue presente en las semanas y meses posteriores.

Lo que está en nuestras manos:

- Es fundamental, favorecer el establecimiento de citas en la primera semana tras la tentativa o alta hospitalaria y programar un seguimiento continuado.
- Tras la crisis es importante el apoyo social (familia, amigos, asociaciones, etc.).

**Mito 6: “El que se suicida es un cobarde/valiente”.**

Realidad:

El suicidio no tiene nada que ver con la cobardía o la valentía, sino con el sufrimiento y la desesperanza. La valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se miden por el número de intentos de suicidio. Es un error equiparar el suicidio con la valentía, pues lo justifica al hacerlo sinónimo de una cualidad positiva y susceptible de querer ser imitado.

Lo que está en nuestras manos:

- Escuchar en vez de juzgar.
- Acompañar en el sufrimiento y la desesperanza.
- Superar la polaridad.
- Ayudar a generar alternativas de solución.
- Ofrecer comprensión

**Mito 7: “Si se reta a un suicida, no lo intenta”.**

Realidad:

La persona que piensa en el suicidio es una persona que está sufriendo intensamente y a quien le han fallado sus mecanismos de afrontamiento para resolver o hacer frente a su situación.

Retar a una persona en situación de riesgo suicida es un acto irresponsable.

Como profesionales, transmitimos falta de comprensión y capacidad para manejar la situación.

Lo que está en nuestras manos:

- Escuchar activamente.
- Mostrar comprensión y dar veracidad.
- Valorar el riesgo.

- Tener presente siempre que la persona está sufriendo y se puede estar sintiendo desesperanzada.
- Si no sabemos cómo actuar o manejar la situación, podemos pedir ayuda a otros profesionales o derivar a otros apoyos.

**Mito 8: “Las personas que se van a suicidar nunca emiten señales de lo que van a hacer”.**

Realidad:

Este mito hace que se minimicen las señales de alerta y contribuye a que el riesgo de suicidio se asocie con “chantajes”. Lo cierto es que:

- 6 de cada 10 personas piden ayuda en la misma semana del suicidio consumado.
- 2 de cada 10 personas piden ayuda el mismo día que realizan el suicidio.

Lo que está en nuestras manos:

Estar pendientes de las señales de alarma, como:

- Verbalizaciones directas o indirectas sobre la idea o posibilidad de suicidarse.
- Desarrollo de actividades compatibles con preparativos tras el fallecimiento: realización/arreglo de documentos de testamento, entrega o reparto de enseres personales, despedidas veladas.
- Conductas de aislamiento personal o social.
- Cambios bruscos de estado de ánimo o de comportamiento
- Adquisición de útiles o búsqueda de información para quitarse la vida.
- Expresión de sentimientos de desesperanza, impotencia o indefensión a la vida.
- Pérdida de intereses y abandono de obligaciones/ responsabilidades.

**Mito 9: “Sólo si tienes preparación puedes ayudar a una persona en riesgo suicida”.**

Realidad:

Lo que una persona en riesgo suicida necesita es compañía y escucha. La OMS recomienda como principal herramienta de protección y prevención permanecer cerca de la persona.

Lo que está en nuestras manos:

- Respetar, no juzgar y escuchar atentamente.
- Permanecer calmado.
- Comunicar al resto del equipo de trabajo lo que está ocurriendo y buscar apoyos dependiendo de si el riesgo es:

- ✓ Alto: Llamar a los Servicios Sanitarios de Emergencia (teléfono 112).
- ✓ Medio- alto: No dejar sola a la persona, organizar una red de soporte sanitario y social para aliviar y acompañar.
- ✓ Medio- bajo: Evaluar periódicamente el riesgo.
- Recordar el apoyo a las familias/amigos.

**Mito 10: “*Todo el que intenta el suicidio, estará en peligro toda la vida*”.**

Realidad:

Una crisis suicida tiene un inicio y un fin. Pese a que el principal factor predictor de suicidio son los intentos previos, la mayoría de las personas que lo han intentado no lo consumarán el resto de sus vidas. Es una respuesta a factores contextuales.

Lo que está en nuestras manos:

- Conocer los factores de riesgo y protección.
- Apoyar a la persona a detectar posibles desencadenantes.
- Ayudar a encontrar otras alternativas de solución de problemas.
- Establecer conjuntamente un plan de intervención en crisis.
- Infundir esperanza a la persona y a los allegados.



## 2. EVALUACIÓN

## 2.1. DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA Y RIESGO SUICIDAS

Con la finalidad de establecer cuándo y cómo evaluar y qué escalas e instrumentos son de ayuda en la detección y clasificación del riesgo de suicidio, se exponen a continuación estrategias y pautas para su evaluación.

Es importante tener en consideración que el riesgo de suicidio puede aparecer en diferentes momentos de la vida de una persona, siendo conveniente explorarlo en todo el proceso y no limitarse a una única evaluación.

Desde el primer momento, en las comisiones de derivación con los Servicios de Salud Mental (en adelante SSM), se recomienda consultar algunos de los factores de riesgo más significativos, por ejemplo, la existencia de ideación y/o tentativas previas y suicidios consumados en la familia.

También es aconsejable explorar el riesgo de suicidio si se detectan señales de alarma y en las siguientes situaciones:

- Durante el proceso de incorporación al recurso y la evaluación inicial.
- Ante cambios significativos, bruscos o repentinos de ánimo, actitud o conducta.
- Si se observa falta de mejoría o empeoramiento progresivo en el proceso de rehabilitación y consecución y/o alcance de los objetivos.
- Tras un alta hospitalaria.
- En previsión o experimentación de una pérdida personal o un estresor psicosocial importante (divorcio, pérdidas económicas, problemas judiciales, desempleo...).
- Al Inicio o diagnóstico de una enfermedad física, en particular, aquellas potencialmente mortales que lleven asociadas dolor intenso o generen dependencia.
- En procesos de salida del recurso.

## 2.2. MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Los métodos fundamentales para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista, la observación directa y las escalas psicométricas, (12). Estas últimas, en ningún caso sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento a la evaluación. Para hacer una valoración más precisa es imprescindible tener de base el continuo de la conducta suicida.

Figura 2. Continuo de la conducta suicida



Fuente: elaboración propia a partir de Rocamora, A. 2012. (12)

La actitud y las habilidades del profesional (*Tabla 1. Actitud profesional durante el proceso de evaluación*) son imprescindibles a la hora de obtener datos relevantes sobre la situación actual de la persona, debiéndose prestar atención tanto a los aspectos verbales como no verbales de la comunicación, siendo estos últimos de gran relevancia a la hora de proporcionar información (mirada, tono, postura, gestos, microexpresiones faciales...).

El establecimiento de un clima emocional es clave para que la persona atendida hable abiertamente de sus preocupaciones, malestar y miedos sin sentirse juzgada.

*Tabla 1. Actitud profesional durante el proceso de evaluación.*

- Mantener la calma, sostener una actitud relajada y tolerante.
- Escuchar de forma activa.
- Evitar el juicio o la crítica.
- Mostrar preocupación, cercanía e interés hacia la persona y su situación.
- Entender el suicidio como una opción, sin normalizarlo.
- Dirigir la conversación al lugar y momento actual.
- Facilitar la toma de decisiones.
- Eliminar los posibles elementos letales.

Fuente: Modificado de Froján, M. X. (2006) (13) y (14)

### 2.2.1. ENTREVISTA

La entrevista es el **instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio**.

Tiene como objetivos fundamentales:

1º) Favorecer el establecimiento de una relación de confianza con la persona que puede encontrarse en una situación de riesgo, siendo elemental promover un clima en el que la persona se sienta cómoda, escuchada, no juzgada y pueda poner palabras a su sufrimiento.

2º) Obtener información acerca de la persona y su contexto.

*Tabla 2. Áreas a explorar en la entrevista de riesgo de suicidio*

- Estado psicopatológico.
- Características de las ideas de suicidio.
- Factores de riesgo: edad, sexo, eventos vitales estresantes, intentos autolíticos previos, problemas de salud mental, adicciones, enfermedades crónicas, antecedentes familiares y situaciones personales.
- Factores de protección: valores, creencias, apoyos sociales y ambientales.
- Sentimiento de culpa, desesperanza.
- Planes de futuro y razones para vivir.
- Existencia de tentativas de suicidio: método empleado, gravedad, características (posibilidad de rescate), intencionalidad.
- Valorar el soporte familiar y social.

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. (14).

**Durante la entrevista NO se debe “tener miedo a preguntar” ya que hacerlo no provoca ideación suicida en quien no piensa en ello, ni empeora a quien la tiene.** Quizás sea la única oportunidad de que la persona tiene para hablar sobre cómo se encuentra.

Si no hay manifestación explícita realizar preguntas abiertas y directas ayudará en la detección del riesgo. Se recomienda empezar con cuestiones generales y progresar en otras más concretas y cerradas.

Recomendamos evitar la formulación de preguntas en negativo “¿**NO** habrás pensado en suicidarte o en hacer una tontería?” debido a que pueden transmitir

juicios.

La American Psychiatric Association en 2003 (en adelante APA) (15) nos proporciona también unas preguntas para la evaluación de la conducta suicida y su riesgo que pueden servirnos de estructuración y guía (Anexo III).

*Tabla 3. Ejemplos de preguntas para la valoración del riesgo*

- ¿Cómo sueles sentirte en general?
- ¿Qué crees que te depara el futuro?
- ¿Cómo te ves dentro de tres meses?
- ¿Qué posibilidades existen de cambio?
- ¿Qué has intentado hasta ahora para solucionar el problema?
- ¿Por qué cosas te merece la pena vivir?
- ¿Con quién vives?
- ¿Cómo te sientes en este momento?
- ¿Te sientes triste? ¿Te sientes solo?
- ¿Sientes que tienes gente que se preocupa por ti?
- ¿Has pensado en que si no estuvieras nadie te echaría de menos o dejarías de ser una carga?
- ¿Has pensado en que estarías mejor muerto?
- ¿Has pensado en suicidarte?
- ¿Has pensado en cómo y cuándo suicidarte?
- ¿Dispones de medios para hacerlo?
- ¿Has intentado suicidarte?

Fuente: Entrevista Estructurada para la Evaluación de la Conducta Suicida (adaptada del C-SSRS). (16).

## 2.2.2. OBSERVACIÓN DIRECTA

Se prestará especial atención a aquellas manifestaciones verbales y no verbales que puedan ser indicadores del sufrimiento de la persona y del riesgo durante la evaluación.

*Tabla 4. Manifestaciones verbales y no verbales de la conducta suicida*

<b>Manifestaciones verbales</b>	<b>Manifestaciones no verbales</b>
---------------------------------	------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verbalizar ideas de suicidio, independientemente de que exista un plan o método de acción.</li> <li>● Relatar un plan o método concreto de suicidio.</li> <li>● Transmitir desesperanza, minimizar el impacto de acontecimientos graves o relativizar ideas de suicidio: “no puedo más”, “la vida no tiene sentido”, “estoy desesperado”, “no merece la pena seguir luchando”, “estarían mejor sin mí”, “si total para lo que me queda...”, “tampoco se me va a echar de menos”, “al final la gente sigue su vida”.</li> <li>● Expresar quejas sobre dolores crónicos o dolencias.</li> <li>● Formular comparaciones con otras personas que hayan podido suicidarse o con intentos del pasado.</li> <li>● Conversaciones de despedida con personas allegadas, familiares, compañeros del recurso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mostrar una expresión facial, tono y ritmo de voz que reflejen tristeza, soledad y/o desesperanza intensa.</li> <li>● Realizar conductas de riesgo (abuso de sustancias, conducción temeraria) o abandonicas.</li> <li>● Evitar responder a la presencia de pensamientos o planes de suicidio.</li> <li>● Planificar acciones para cerrar asuntos: regala pertenencias, quiere visitar a familiares o personas cercanas con las que tiene o ha tenido un vínculo afectivo, cambios bruscos y repentinos en el estado de ánimo (mejoría sin justificación aparente).</li> <li>● Dificultad para pensar claramente y/o tomar decisiones.</li> <li>● Presentar alteraciones del sueño, alimentación.</li> <li>● Referir problemas para trabajar y/o cumplir con funciones cotidianas.</li> </ul>
---	--

Fuente: Modificada de SUPRE de la OMS. (17).

### 2.2.3. ESCALAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Existen una gran diversidad de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio como complemento a las preguntas o entrevistas. Estos instrumentos pueden ser auto o hetero aplicadas y tienen la finalidad de valorar:

- Ideas/conductas suicidas y factores de protección y riesgo.
- Síntomas o síndromes asociados al suicidio, como la desesperanza o la depresión.

Dichos instrumentos en ningún caso sustituyen el juicio del profesional, sino que son un apoyo o complemento para la valoración del riesgo de suicidio.

**Algunas sugerencias de Escalas** son las siguientes:

- Escala de riesgo suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS) (18). Escala autoaplicada validada en España por Rubio et al. Evalúa el riesgo suicida por medio de 15 ítems que exploran la conducta suicida, la ideación suicida y la tendencia depresiva. Puntúa 1 o 0, dependiendo de si la respuesta es afirmativa o no. A mayor puntuación, mayor riesgo, considerándose que éste está presente a partir de los 6 puntos.
- Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI) (19): Escala semiestructurada heteroaplicada (sin validar en España). Explora las ideas y riesgo suicidas a través de 19 ítems que valoran las características e intensidad de la ideación y planificación suicidas. Los ítems poseen tres respuestas de 0 a 2. A mayor puntuación, mayor riesgo.
- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Escala, SIS) (20): Escala semiestructurada, validada en España. Explora las características del intento suicida a través de 20 ítems. A mayor puntuación, mayor gravedad del intento suicida.
- Escala MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Riesgo De Suicidio (International Mini Neuropsychiatric Interview) (21): Entrevista clínica heteroaplicada, validada en España y dividida en módulos identificados por letras. El módulo C corresponde a la evaluación del riesgo de suicidio que consta de seis preguntas de respuesta dicotómica. Cada respuesta positiva a una pregunta lleva anclada una puntuación. En función de la puntuación total se consideran los siguientes puntos de corte: riesgo leve, moderado y alto.
- Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) (16): Validada en población hispanohablante. En su versión abreviada como screening en atención primaria de salud evalúa sólo el ítem de severidad de la ideación a través de seis preguntas directas clasificando tres categorías de riesgo fundadas en un código de colores: rojo equivale a riesgo alto y requiere de medidas de prevención inmediatas; naranja es riesgo moderado y requiere evaluación por el equipo de salud mental a la brevedad para elección de medidas de precaución; y amarillo es riesgo leve.

En base a la información recabada durante todo el proceso, con los diferentes métodos, se debería poder determinar el grado de riesgo suicida. A continuación, se presenta los niveles de riesgo en tres niveles.

Tabla 5. Nivel de riesgo de la conducta suicida

Grado de riesgo	Características
Nivel riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ideación suicida frecuente</li> <li>Planificación vaga</li> <li>Intención poco firme</li> <li>Buen autocontrol</li> <li>Desesperanza moderada</li> <li>Más de un factor de riesgo</li> <li>Posibles intentos previos</li> <li>Contexto protector</li> </ul>
Nivel riesgo medio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ideación suicida frecuente, intensa y duradera</li> <li>Plan definido e intención</li> <li>Intentos previos</li> <li>Desesperanza severa</li> <li>Autocontrol deteriorado</li> <li>Impermeable al proceso</li> <li>Contexto inseguro</li> </ul>
Nivel riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ideación suicida frecuente, intensa y duradera</li> <li>Plan definida e intención</li> <li>Intentos previos</li> <li>Desesperanza severa</li> <li>Autocontrol deteriorado</li> <li>Impermeable al proceso</li> <li>Contexto inseguro</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia G.P.S. de la Red



## 3. INTERVENCIÓN

Para intervenir en la prevención de la conducta suicida, se debe tener en cuenta a la persona en su contexto y valorar el grado de riesgo actual en el que se encuentra.

En cualquier caso, la persona que está interviniendo tendrá en mente tres tareas:

- Escuchar de la mejor forma posible
- Acompañar para la aceptación y disminución del malestar
- Acompañar en la construcción de sentido (desde los valores) a la persona

En una primera intervención, si la persona acude a pedir ayuda y aparece verbalización de deseo de morir, lo primero es acoger a la persona, ofreciendo apoyo, disponibilidad y tiempo para facilitar que exprese libremente lo que le ocurre. Se escuchará activamente, sin interrumpir, evitando todo tipo de juicios y críticas. Se trata de ir delimitando el origen del sufrimiento, las razones que tiene la persona para querer quitarse la vida y valorar el nivel de riesgo en que se encuentra, a la vez que se gana tiempo para reducir la impulsividad inicial (22).

### 3.1. PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN Y RECOMENDACIONES (23)

#### ¿Qué hacer ante alguien con riesgo suicida?

##### 1. Acoger:

- Tomarse en serio cualquier manifestación, amenaza o sospecha de conducta suicida.
- Respirar, conservar la calma. Transmitir tranquilidad, tanto con la comunicación verbal como no verbal.
- Mostrar empatía, preocupación y comprensión de su situación: *“dadas tus circunstancias, entiendo que estés deprimido y con mucha ansiedad”, “El suicidio no se elige. No conozco ninguna persona feliz que piense en el suicidio”*.
- Ganar todo el tiempo posible.

##### 2. Focalizar:

- Hablar poco y escuchar mucho. Dejar hablar y desahogarse. Utilizar preguntas abiertas y generales: “¿Qué está sucediendo?”, “¿Cómo puedo ayudarte?”, “¿hay alguien por quién valdría la pena vivir?”, “¿A quién sientes ahora más cerca de ti?”.
  - Retirar todo aquello que pueda servir para autolesionarse.
3. Valorar:
- Valorar el riesgo en base a la información sobre factores de riesgo y el análisis de la situación concreta.
  - Hablar directa y claramente de la situación con la persona en riesgo. En estas conversaciones valorar:
    - Cómo se siente: “¿tu situación actual te hace pensar que no vale la pena seguir viviendo?”.
    - Qué ideas suicidas tiene: “¿tienes pensamientos de muerte?”
    - Si ha hecho un plan, para cuándo, si ha pensado en un método: “¿Has hecho un plan específico para quitarte la vida?”.
    - Si ha realizado gesto o intento suicida antes: “¿Alguna vez has pensado en hacerte daño?”
    - Qué se lo impide o se lo impediría. Valorar factores del entorno, familia, red social, laboral, ..., que actúan como elementos saludables o factores de protección: “¿Hay alguna persona importante para ti?”, “¿Qué te diría esta persona?”.
4. Actuar:
- Ofrecer una propuesta de intervención encaminada hacia la intervención psicoterapéutica y/o psiquiátrica para el manejo del malestar.
  - Hacer un cierre cálido.

#### **¿Qué debemos evitar ante alguien con riesgo suicida?**

- No juzgar ni echar sermones sobre lo que pueda decir o hacer.
- No despreciar, banalizar ni desoír las amenazas: “cálmese”, “no pasa nada”, “tranquílcese”.
- No desafiar
- No mostrar nerviosismo, no reaccionar de manera exagerada. No gritar.
- No prometer secreto o inactividad respecto a la situación. En caso de escoger entre la confianza de la persona y su vida, escogeremos siempre su vida.

- No repetir tópicos, no dar consejos simplistas o enviar mensajes paradójicos, por ejemplo: “*con todo lo que tú tienes...*”, “*con lo bonita que es la vida...*”.
- No dejarle **nunca** solo/a.
- No considerarse omnipotente, compartir la situación y buscar ayuda con otras personas cercanas. Quien tomará la decisión de vivir o morir será la propia persona.

### 3.2. PLAN DE SEGURIDAD

El Plan de seguridad consiste en un escrito, con una lista priorizada de estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo que las personas pueden utilizar para aliviar una crisis suicida (24).

La elaboración del Plan de Seguridad consiste en una intervención muy breve que se tarda aproximadamente entre 20-45 minutos en completarse. La naturaleza colaborativa de esta intervención es esencial para desarrollar una seguridad eficaz.

Algunas personas pueden sentir que no pueden o no desean utilizar uno de los pasos en el plan de seguridad. En este caso, no deben sentir que deben hacerlo ya que la intención del plan de seguridad es ser útil y no una fuente de estrés o carga adicional.

Los componentes básicos del plan de seguridad:

- 1- El reconocimiento de las señales de advertencia de una amenaza de crisis suicida.
- 2- Emplear estrategias de afrontamiento internas.
- 3- Utilizar los contactos sociales como un medio de distracción de pensamientos suicidas.
- 4- Ponerse en contacto con miembros de la familia o amigos/as que pueden ayudar a resolver la crisis.
- 5- Contactar profesionales o servicios de salud mental.
- 6- Reducir el uso potencial de medios letales.

Los primeros 5 componentes se emplean cuando aparecen las señales de alarma.

El riesgo de suicidio se amplifica cuando las personas reportan un plan específico para quitarse la vida que implica un fácil método letal disponible (25). Incluso si las personas no identifican un plan específico, un componente clave de la intervención del Plan de Seguridad pretende limitar el acceso a cualquier medio potencialmente letal en el ambiente. Los/as profesionales pueden pedir a las personas que están elaborando el Plan de Seguridad que eliminen o restrinjan su acceso a estos métodos cuando no están experimentando una crisis.

Es importante que el Plan de Seguridad:

- Esté actualizado
- Esté accesible para la persona
- Las personas del contexto cercano tengan conocimiento de él.

### 3.3. RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN BASE AL RIESGO, (22) y (26)

#### 1. Riesgo bajo

- Estar alerta para detectar posibles factores de riesgo o precipitantes que puedan hacer variar el nivel de riesgo.
- Ofrecer apoyo emocional.
- Coordinación con el Servicio de Salud Mental y otros recursos de la Red de atención que atiendan a la persona, para el traslado de la evaluación obtenida y valoración de la intervención conjunta.
- Conocimiento por todo el equipo de profesionales de las pautas establecidas en el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).
- Hacer seguimiento por parte de todo el equipo de los compromisos de la persona en el recurso.
- Ofrecimiento a la persona de espacios de desahogo emocional ante acontecimientos ocurridos importantes o relevantes para ella.
- Trabajo con la persona para potenciar estrategias adecuadas de afrontamiento para resolución de problemas, desarrollo de fortalezas y factores de protección.
- Valoración de necesidades de apoyo específicas con la persona.

#### 2. Riesgo medio, moderado

Ante las situaciones de **riesgo medio**, la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no planes de cometer suicidio inmediatamente. Las acciones por parte de los profesionales irán orientadas en ese caso a:

- Realización de evaluación completa a través de entrevista, escalas,
- Elaboración del Plan de Seguridad y su actualización inmediata.
- Conocimiento por parte de todo el equipo del Plan de Seguridad elaborado. Valorar la posibilidad de que otras personas del entorno lo conozcan.
- Coordinación de la intervención con el equipo estableciendo pautas específicas por escrito.
- Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas.
- Usar la ambivalencia. El/la profesional deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, para fortalecer gradualmente el deseo de vivir.
- El/la profesional deberá tratar de explorar las diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con el objetivo de que la persona las considere.
- Orientar a contactar con la familia, amigos/as y/o colegas y conseguir su apoyo, u ofrecer acompañamiento.
- Coordinar con SSM la intervención y el Plan de Seguridad por vía telefónica y/o mail en la mayor brevedad posible, preferiblemente en presencia de la persona y mantener seguimiento continuado con la persona y SSM.
- Promover el contacto inmediato por parte de la persona con el SSM para la solicitud de cita en el menor tiempo posible.

### 3. Riesgo alto

- Ofrecer apoyo para que la persona ponga en marcha su Plan de Seguridad.
- Asegurar que el equipo conoce el Plan de Seguridad y que está actualizado, además de las pautas de intervención en crisis.
- Repaso con el equipo de las medidas de seguridad (alejar los medios potenciales de suicidio si los hubiera, por ejemplo: utensilios cortantes, despachos/salas con cerrojo, cables).
- Coordinar con SSM por vía telefónica y/o mail con inmediatez, preferiblemente en presencia de la persona. Comunicar el aumento del riesgo y acordar con ellos los criterios para un posible ingreso hospitalario o la asistencia a Servicio de Urgencias de forma inmediata.

- Mantener seguimiento continuado con la persona y SSM.

Tabla 6. Acciones recomendadas en función del nivel de riesgo.

Grado de riesgo	Características	Acciones
Nivel riesgo bajo	<p>Ideación suicida frecuente. Planificación vaga. Intención poco firme. Buen autocontrol. Desesperanza moderada. Más de un factor de riesgo. Posibles intentos previos. Contexto protector.</p>	<p>Detectar posibles factores de riesgo. Ofrecer apoyo emocional. Coordinación con SSM y otros recursos de la persona. Todo el equipo conoce el PIR. Seguimiento de compromisos en el recurso. Ofrecer espacios de desahogo emocional. Potenciar estrategias de afrontamiento. Valoración apoyos específicos de la persona.</p>
Nivel riesgo medio	<p>Ideación suicida frecuente, intensa y duradera. Plan definido e intención. Intentos previos. Desesperanza severa. Autocontrol deteriorado. Impermeable al proceso. Contexto inseguro.</p>	<p>Evaluación completa del riesgo. Elaboración Plan de Seguridad (PS) y actualizaciones. Todo el equipo conoce el PS. Coordinación de la intervención del equipo. Apoyo emocional. Usar la ambivalencia de la persona. Explorar las diferentes alternativas al suicidio. Contactar con el entorno de la persona, ofrecer apoyo. Coordinación con SSM la intervención y el PS. Promover contacto inmediato con SSM.</p>
Nivel riesgo alto	<p>Ideación suicida frecuente, intensa y duradera. Plan definido e intención. Intentos previos. Desesperanza severa. Autocontrol deteriorado.</p>	<p>Ofrecer apoyo para poner en marcha PS. Intervención del equipo en base al PS. Coordinación con SSM con inmediatez. Valorar posible ingreso hospitalario o asistencia de Servicio de urgencias. Mantenimiento continuado con la persona y SSM.</p>

Impermeable al proceso.  
Contexto inseguro.

Fuente: Elaboración propia del G.P.S. de la Red.

### 3.4. PAUTAS CONCRETAS PARA INTERVENCIONES EN CRISIS

Las intervenciones en crisis o en suicidio en curso son, probablemente, las que despiertan más angustia en los/las profesionales. El objetivo principal de las intervenciones en crisis es escuchar y ganar tiempo. Es necesario advertir que, aunque el/la profesional actúe de forma correcta, no siempre el resultado es el esperado, y en ocasiones la persona pasa al acto o puede consumir el suicidio. Es importante recordar que, en última instancia, la decisión la ha tomado la persona.

La seguridad del profesional y, si es posible, de la persona es la primera cuestión a tener en cuenta durante una intervención en crisis. Es muy importante en estas situaciones: ponerse a una distancia prudencial de la persona, realizar movimientos suaves, avisar cuando vamos a acercarnos a la persona y pedir permiso antes de realizar estos movimientos.

#### 3.4.1. INTERVENCIÓN EN CRISIS (26).

1. Respirar. Es normal sentir miedo. Es una situación de máxima dificultad.
2. Expresar algo similar a: “*Ahora mismo esto es lo más importante y tengo todo el tiempo del mundo para ti*”. Cuanto más tiempo esté hablando con el/la interlocutor, más se reducirá el impulso de quitarse la vida y se facilita el componente de reflexión.
3. Hablar con claridad: hablar del suicidio no lo provoca.
4. Empezar por facilitar a la persona que exprese libremente lo que le ocurre, sin interrumpir. Hablar poco y escuchar mucho. Evitar todo tipo de juicio y reproche.
5. El suicidio es un intento desesperado de escapar de un sufrimiento que es intolerable e insoportable. Escuchar.
6. Ir de lo general a lo concreto. ¿Cuáles son los motivos para querer quitarse la vida?
7. Investigar razones para morir y razones para vivir. Suele haber un conflicto profundo sobre si acabar o no con la vida, y un deseo de encontrar otra alternativa.

8. Investigar si hay planificación. Valorar si ha habido consumo de tóxicos (puede ser también un precipitante) y si hay síntomas.
9. Observar: en estos últimos días ¿ha estado especialmente triste?, ¿ha expresado querer morirse, no querer ser una carga?, ¿ha entregado alguna carta o nota de despedida?, ¿ha regalado algunos objetos valiosos?, ¿se ha despedido de algún amigo o familiar de alguna manera, como por ejemplo ir a visitarle, agradecerle algo?, ¿se ha notado falta de apetito o problemas para dormir?... Pueden ser señales de alarma de riesgo de suicidio.
10. La intervención inicial sirve para contener el impulso inicial, ganar tiempo, favorecer el vínculo posterior y proteger del peligro inminente. Lo más importante es no dejarle solo. Después se puede llamar o acompañar a urgencias y derivar al psicólogo de referencia para que comience una intervención más específica.

#### 3.4.2. INTERVENCIÓN TELEFÓNICA ANTE UNA CRISIS SUICIDA (26)

Cuando alguien llama pidiendo ayuda está buscando una solución a su situación crítica. Es importante la escucha y la empatía del interlocutor para procurar un alivio inmediato del malestar.

##### 1. Respetar la decisión de hablar con el/la profesional que demande:

“¿Con quién hablo?”, “¿Con quién quieres hablar?”

##### 2. Escucha activa.

Usar frases cortas para que pueda expresar lo que quiera y así conocer su estado emocional, con una actitud de cercanía y empatía.

##### 3. Obtener información.

- ✓ Realizar preguntas abiertas y generales. “¿Qué tal estás?”, “¿Cómo te encuentras?”.
- ✓ Realizar preguntas que le hagan sentirse cuidado: “¿Necesitas algo?”, “¿Estás cansado/a?”.
- ✓ Conocer su situación física actual y seguir indagando su estado emocional.

##### 4. Primar el aquí y ahora.

“Ahora estoy contigo, no estás solo/a”; “Cuéntame...”.

##### 5. Indagar sobre su intencionalidad.

- ✓ Valorar si hay planificación y si está pensando concretamente cómo hacerlo
- ✓ Explorar fortalezas, apoyos en su entorno, apoyos emocionales, recursos personales...

#### **6. Buscar ambivalencias.**

“¿Crees que esto solucionará tus problemas?”, “¿Qué razones tienes para hacer esto?”, “¿Puede que haya otras salidas?”, “¿Has pensado en que otras personas te quieren?”.

#### **7. Ofrecer alternativas de cambio.**

“¿Qué puedo hacer por ti?”, “¿Podemos ayudarte para que esto no vuelva a ocurrir?”.

#### **Si desiste:**

Procurar que no se quede solo/a.

Si lo está, ofrecerle compañía: “¿Quieres que llamemos a alguien para que esté contigo?”, “¿Quieres que vayamos?”, “¿Necesitas que llamemos al servicio de urgencia?”.

#### **Si sigue con la intención:**

Avisar a los servicios de urgencia y mantener la comunicación hasta que éstos lleguen: “No dejes de hablar conmigo”, “déjame que te ayude”, “piensa que si lo haces no hay vuelta atrás”, “sabes que no estás solo/a”.



## 4. POSTVENCIÓN

## 4.1. GENERALIDADES

La postvención hace referencia a aquel conjunto de intervenciones ofrecidas a familiares y allegados/as de personas fallecidas por suicidio (supervivientes) así como a aquellas personas que han cometido un intento suicida (sobreviviente); cuyo objetivo es que las personas afectadas puedan ir gestionando de manera adaptativa las consecuencias físicas, cognitivas, emocionales y trascendentales que el proceso de duelo conlleva.

Se llama duelo a la reacción que se produce tras el fallecimiento de un ser querido. La muerte de un/a familiar, persona en atención o allegado/a es una de las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona. Si la muerte se produce por un suicidio causa un dolor intenso y prolongado, único en cada persona. Se caracteriza por cuestionarse aspectos relacionados con la persona fallecida y la búsqueda de una explicación.

Ante la pérdida, el duelo es una respuesta normal de resignificación de lo ocurrido (27), que forma parte del proceso de aceptación.

El duelo de las personas afectadas por suicidio puede ser más prolongado (el shock y la culpa pueden ser mayores), se suelen dar actitudes negativas y/o culpabilizadoras que ocasionan el aislamiento y la estigmatización. Frente a la población general los/as supervivientes presentan:

- Un mayor riesgo de desarrollar trastornos como la depresión o el trastorno por estrés postraumático (28)
- Un incremento entre 2 y 10 veces más de riesgo suicida (29). Un 26% presentan ideación suicida en los primeros meses del duelo (30), y este riesgo seguirá presente en las fechas próximas a los aniversarios (31)

## 4.2. EL DUELO

El conocimiento del fenómeno del duelo y de los medios de ayuda que pueden proporcionarse a las personas que se enfrentan a él es importante, ya que nos faculta para realizar actuaciones que faciliten el que éste pueda llevarse a cabo de una manera satisfactoria.

Cada persona vive su proceso de duelo, que depende de la relación con la persona fallecida, la forma en que se produjo la muerte, las experiencias pasadas, el carácter y la existencia o no de apoyo familiar y/o social.

El duelo es aquel proceso de elaboración (32) en el que una persona, pone en marcha una serie de tareas frente a la pérdida de algo importante para ella (la pérdida de una persona que ha fallecido o de la que se ha separado, la salud o el empleo...) a fin de poder adaptarse, aceptar y poder vivir sin ello (33). Es importante conocer que la mayoría de las personas no precisan ayuda profesional para la elaboración de éste.

Constituye una experiencia de fragmentación de la identidad producida por la ruptura de un vínculo afectivo: una vivencia multidimensional que afecta no sólo a nuestro cuerpo físico y a nuestras emociones, sino también a nuestras relaciones con los/as demás y con nosotros/as mismos/as, a nuestras cogniciones, creencias y a nuestro mundo interno existencial o espiritual (34).

Se estima que cada suicidio afecta a 6 personas, si se da en el ámbito laboral aumenta a 20. Situación que puede poner en riesgo a personas allegadas por el efecto contagio que puede llegar a producirse, siendo fundamental en el eje de la prevención la evaluación continua en aquellas personas con ideación o riesgo de conducta suicida (ver apartado evaluación).

Existen distintos modelos explicativos del duelo, apareciendo diferentes propuestas con el paso del tiempo. Los tres grupos principales han sido los modelos descriptivos (35), los modelos basados en tareas (36) y los integrativos (34).

#### 4.2.1. DUELO NORMAL VS DUELO COMPLICADO

El duelo normal abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. Las manifestaciones más frecuentes son (37):

- Sentimientos: algunos/as de ellos/as serían tristeza, irritabilidad, enfado hacia los/as demás o contra sí mismo/a, culpa, ansiedad, soledad, indiferencia, indefensión, shock, alivio, anestesia emocional.
- Sensaciones físicas: principalmente síntomas relacionados con la ansiedad (molestias gástricas, dificultad para tragar o articular, o presión en el pecho, hipersensibilidad al ruido, sensación de falta de aire, debilidad muscular...).
- Cogniciones: incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, pensamientos repetitivos y/o intrusivos con

imágenes del fallecido/a, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia.

- Conductas: alteraciones en la alimentación y sueño, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación o visita reiterativa de lugares significativos, inquietud, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido/a.

La mayoría de las personas interiorizan el proceso de duelo como una estrategia natural e intrínseca, pasándola en compañía de sus seres cercanos. Sin embargo, otras personas no evolucionan favorablemente, con serias dificultades para retomar su vida. Este hecho se denomina duelo complicado (en adelante DC), siendo necesaria la ayuda profesional especializada. El indicador principal de DC es el sentimiento de anhelo, con una búsqueda reiterativa del ser amado/a.

#### 4.2.2. DUELO POR SUICIDIO

El duelo por suicidio presenta una serie de características, que aumentan la probabilidad de DC constituye una muerte violenta, inesperada, traumática e innombrable (27). Y por otra, a partir del estudio de las narrativas de los/as supervivientes, se ha constatado la fuerte presencia de tres variables con una fuerte implicación emocional (38):

- El sentimiento de culpa. se cuestiona la propia responsabilidad en el acto suicida o en la no detección de las señales previas que podrían haberlo evitado.
- La búsqueda de algo o alguien que le permita comprender y dar un sentido al porqué de la experiencia vivida para así reducir su sufrimiento.
- La ocultación familiar de la muerte por suicidio de su ser querido/a. por la repercusión social que podría tener su revelación.

A nivel psicométrico se han desarrollado distintos cuestionarios para su evaluación. Entre ellos destaca:

- El Inventario de Duelo Complicado, IDC, que cuenta con su adaptación al castellano (39), es un cuestionario autoadministrado que se cumplimenta en 10 minutos aproximadamente. Su aplicación debe hacerse un mes después del fallecimiento de la persona.

- Grief Experience Questionnaire, GEQ, (40) creado específicamente para evaluar duelo por suicidio. Recoge 55 ítems repartidos en 11 subescalas de 5 ítems cada una. Son respuestas tipo Likert.

### 4.3. INTERVENCIÓN EN LA POSTVENCIÓN

La postvención se debe realizar de forma inmediata con los/as supervivientes (usuarios/as, familiares y profesionales).

Es importante señalar dos cuestiones:

- Los derechos de los/as supervivientes, desarrollados por el Werkgroep Verder, 2019, (41), son:
  1. Llorar cuando lo necesite y el tiempo que sea necesario.
  2. Conocer la verdadera causa de la muerte, despedirse del difunto/a, a ver su cuerpo y organizar el funeral atendiendo a sus propias ideas y rituales.
  3. Considerar el suicidio como el resultado de varias causas interrelacionadas que causaron un dolor insoportable para la persona fallecida: el suicidio no es una elección libre.
  4. Ser tratado/a con respeto, comprensión y apoyo, incluso por parte de las autoridades policiales y administrativas.
  5. A no ser reducido/a a ser pariente más cercano, sino a ser visto en su vulnerabilidad y fortaleza.
  6. Vivir en la totalidad, con tristeza y alegría, sin estigma, ni juicio.
  7. Ver respetada la propia intimidad, así como la del difunto/a.
  8. Encontrar el apoyo en familiares, amigos/as y profesionales de la salud que tengan conocimiento y comprensión sobre el proceso del duelo.
  9. Ponerse en contacto con el/la psicoterapeuta o cuidador/a que, posiblemente, estaba atendiendo a la persona fallecida.
  10. Ofrecer la propia experiencia de superviviente al servicio de otros/as supervivientes y a cualquiera que desee comprender mejor el suicidio y el duelo por suicidio.
  11. No ser como antes: hay una vida antes del suicidio y una vida después.
- Los mitos asociados a los supervivientes.
  - ✓ Mito 1: El suicidio es hereditario
  - ✓ Mito 2: Ha sido muy valiente / ha sido un cobarde

- ✓ Mito 3: Solo se suicidan personas con graves problemas
- ✓ Mito 4: Yo podría haberlo evitado
- ✓ Mito 5: No volveré a reír ni a disfrutar de la vida

Algo que cabe señalar en este apartado es que la postvención se va a desarrollar por igual en los/as allegados/as, familiares y profesionales; depende de las experiencias vividas con la persona fallecida. Entre las acciones a llevar a cabo tenemos que tener presente qué cosas pueden ayudar a una persona a hacer frente al duelo por suicidio.

Que hacer o cómo ayudar a una persona que pasa por duelo por suicidio:

- No buscar culpables.
- Expresar nuestra preocupación por ella, permitir que exprese sus sentimientos y ofrecer ayuda, así como promover que la persona pueda desahogarse y se sienta escuchada.
- Apoyar en las primeras semanas y en fechas especiales (cumpleaños, ...)
- Acompañar en la realización de tareas cotidianas.

Que decir:

- Es preferible decir “no sé qué decir” y no evitar hablar de lo sucedido.
- Preguntar a la persona cómo se siente y qué necesita.
- Ofrecerse para hablar, evitando preguntar sobre los detalles de la muerte.
- No juzgar la situación ni dar opiniones.

Las pautas de actuación variarán en función de si el acto suicida se produce dentro o fuera del recurso.

#### 4.3.1. SUICIDIO CONSUMADO DENTRO DEL RECURSO

Cuando un fallecimiento por suicidio sucede dentro del dispositivo es importante poner en marcha una serie de acciones con inmediatez:

Tabla 7.

ACCIONES
Llamar al 112.
Llamar a la Dirección del Centro si no se encontrara presente en el momento.

Seguir instrucciones del 112 y de la policía desplazada al lugar.
Proteger el escenario.
Ubicar al resto de personas en otro espacio, dar mensajes de calma y acompañar. Respetar reacciones emocionales desde la seguridad y el control.
Llamar al responsable del tratamiento (responsable de Continuidad de Cuidados).
Llamar al coordinador, de inmediato, de la entidad gestora y comunicar a Consejería.
Decidir con la policía la persona responsable de comunicar el fallecimiento a la familia.
Comunicar el fallecimiento al resto de personas en atención.

Fuente: Elaboración propia G.P.S. de la Red

Es necesario realizar un informe de lo sucedido con información objetiva y concreta, lo que permite un modo de análisis a los/as profesionales y participar en el proceso de comprensión y aceptación del hecho. El análisis puede ayudar a conocer mejor las situaciones de riesgo por suicidio y prevenir futuros episodios.

#### 4.3.2. ACTUACIÓN CON LOS/AS PROFESIONALES Y ALLEGADOS/AS

A corto plazo (primeros minutos/horas tras el conocimiento del suceso):

- Comunicación de la noticia.
- Apoyo emocional facilitando la explicación de lo ocurrido.
- Permitir la expresión de emociones y sentimientos asociados.
- Valorar la necesidad de abordaje individual o grupal.
- Valoración de la necesidad de intervención o ayuda especializada.
- Procesos de cierre atendiendo a las necesidades de cada persona.
- Planificación de las actuaciones que se van a realizar por parte de cada miembro del equipo en función de su estado y capacidades.
- Propias para el equipo:
  - Proveer también tiempos de descanso adecuados para cada persona.
  - Valoración de las necesidades de cada profesional en función de su estado emocional.

A medio plazo (semanas posteriores):

- Planificación y acompañamiento en el proceso de duelo a la familia y resto de supervivientes.
- En los/as profesionales, analizar el acto de suicidio mediante la autopsia psicológica generando espacios grupales en los que facilitar la gestión emocional.

A largo plazo (para los/as integrantes del equipo):

- Seguimiento del equipo (disparidad en el funcionamiento de los/as miembros).
- Mantener espacios conjuntos si se precisa.
- Considerar la idoneidad de supervisión externa si fuera necesario.
- Valorar si es necesario hacer uso de recursos de ayuda especializada.

Aspectos para cuidar en la comunicación de malas noticias:

- El espacio donde transmitir la información (intimidad).
- Preferible el/la profesional más cercano.
- Escucha activa sin interrumpir. La comunicación no verbal es más importante. Es mejor decir: “no sé qué decir” que evitar hablar de lo sucedido.
- Que la persona se sienta creída en todo lo que cuentan.
- Permitir la expresión de cualquier emoción.
- Transmitir nuestro pesar por lo sucedido.
- Pregunte a la persona: “¿qué necesita?”, “¿en qué te puedo ayudar?”.
- Ofrécete para hablar cuando lo necesite.
- No te enredes en detalles de la muerte.
- No des opiniones ni busques causas.

#### 4.4. CONCLUSIONES

A lo largo del proceso de duelo se van rectificando pensamientos erróneos, se comprende que no hay una única respuesta y se deja de preguntar obsesivamente el porqué. Se acepta que cada persona tiene un área privada que no comparte, bien para proteger bien por pensar que no se les puede ayudar.

Si el duelo se va elaborando adecuadamente, tiende a disminuir la rabia, aparece el perdón (mezclándose con posibles momentos puntuales de enfado) y aumenta la consciencia de que su decisión cambió para siempre la vida de los/as supervivientes, entre ellas la nuestra como profesionales.

Las emociones negativas iniciales se atenúan y se mezclan con otras positivas al volver a restablecer relaciones anteriores o creando nuevas, disminuyendo la soledad e incorporando a la persona en el discurso, hablando de manera natural y centrando la narrativa en los recuerdos de cómo vivió y no cómo murió. Se es consciente de que nunca olvidaremos a esa persona, sentiremos que acompaña y se volverá a reír para disfrutar dado que forma parte de la vida misma.

Sin olvidar que las personas de los equipos también requieren de cuidados puesto que el impacto del suicidio en un servicio genera fenómenos similares, aunque de menor intensidad, habitualmente, a los señalados en este apartado.

La atención de personas en riesgo de suicidio supone una alta tensión, por eso es fundamental el trabajo en equipo, el reparto de responsabilidades y la facilitación de dudas, temores y otros sentimientos que pueden suscitar estas situaciones.

Se hace patente la necesidad de conocimientos acerca de la prevención y estrategias de manejo en situaciones difíciles como las crisis suicidas, junto con el manejo emocional de los/as profesionales, siendo la Formación un elemento primordial para poder ser agentes de prevención de la conducta suicida.

## 5. BIBLIOGRAFIA

- (1) Chávez Hernández, A.M., & Leenaars, A.A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. Salud mental, 33 (4), 355-360, [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&nrm=iso)
- (2) Organización Mundial de la Salud (2018). Cada 40 segundos se suicida una persona. En Organización Mundial de la Salud. Recuperado en <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds> el 9 septiembre de 2019.
- (3) Instituto Nacional de Estadística (2021). Defunciones según la Causa de Muerte Año 2020. En Instituto Nacional de Estadística. Recuperado en [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2020.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf) el 10 de noviembre de 2021.
- (4) Consejo General de la Psicología de España (2019). El suicidio en cifras, informe de la OMS. Recuperado en [https://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=18251](https://www.infocop.es/view_article.asp?id=18251) el 26 de julio de 2021.
- (5) Gaceta Médica (2020). Los expertos reclaman ambición y compromiso frente a la depresión y el suicidio. Recuperado en <https://gacetamedica.com/politica/los-expertos-reclaman-ambicion-y-compromiso-frente-a-la-depresion-y-el-suicidio/> el 11 de septiembre de 2020.
- (6) Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (5 de octubre de 2020). Atención Psicológica Telefónica en Crisis Suicidas. Pedro Martín – Barraión. Jornadas COP MADRID. Youtube: [https://www.youtube.com/watch?v=0ShD3\\_2-9hA&t=492s](https://www.youtube.com/watch?v=0ShD3_2-9hA&t=492s)
- (7) Negredo, L., Melis, F., & Herrero, O. (2011). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- (8) Organización Mundial de la Salud (2014). Introducción. En Prevención del suicidio del suicidio un imperativo global

- (9) Anseán, A. (2016). Nomenclatura sobre conductas suicidas. En Anseán, A (Dir). Suicidios. Manual de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida. Madrid. Fundación Salud Mental España
- (10) Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., de la Barrera, U., Sebastian-Enesco, C., Ortuño-Sierra, J., Montoya-Castilla, I., Lucas-Molina; B., Inchausti, F., & Pérez-Albéniz, A. (2020). Suicidal behaviour in adolescents: A network analysis. Conducta suicida en adolescentes: un análisis de redes. Revista de psiquiatría y salud mental, S1888-9891(20)30032-X.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.007>
- (11) Grupo de Prevención del Suicidio de la Red Pública de Atención Social para personas con Enfermedad Mental Grave de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid.  
[https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded\\_files/CustomContentResources/Infografias%2010%20Mitos%20Suicidio%20GRUPO%20Prev%20Suic%20Red.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Infografias%2010%20Mitos%20Suicidio%20GRUPO%20Prev%20Suic%20Red.pdf)
- (12) Rocamora, A. (2012). Intervención en crisis en las conductas suicidas. Bilbao: Descleé de Brouwer. P.61 y 62
- (13) Froján, M.X (2006). Tratando depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico. Madrid: Pirámide
- (14) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- (15) American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: American Psychiatric Association; 2003
- (16) C-SSRS Al-Halabí S, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de

Suicidio). Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>

- (17) Organización Mundial de la Salud Mental [Internet]. SUPRE de la OMS.  
Disponible en:  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
- (18) Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol. 1998;61(2):143-52.
- (19) Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- (20) Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H. L. Resnik, & D. J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide*. Charles Press Publishers.
- (21) Escala MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Riesgo De Suicidio (International Mini Neuropsychiatric Interview).  
<https://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf>
- (22) Segovia, M; Salamero, C (2021). Los suicidios se pueden prevenir. Revista de la AMRP (Pp18- 29) <https://www.amrp.info/wp-content/uploads/2021/07/REVISTA-AMRP-JUNIO-2021-MasterPliegos.pdf>
- (23) Martín-Barrajón, P., 2015, "Programa de prevención de conductas suicidas en personas con trastorno mental grave y crónico de la C.A.M. 2015", TFM Especialista Universitario en Conductas Suicidas.
- (24) Comunidad de Madrid (2020). Guía de autoayuda. Prevención del suicidio ¿Qué puedo hacer?  
<file:///C:/Users/Intress/Downloads/SaludMadrid%202014%20Guia%20de%20Autoayuda.pdf>

- (25) Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- (26) Salamero, C; Segovia, M (Coordinadores) (2018). *Haciendo visible lo invisible. Prevención del suicidio en los servicios de Intress*. Barcelona. Intress.
- (27) Alberto Fernández-Liria, Beatriz Rodríguez-Vega, María Dieguez Porres et al (2006). SECCIÓN 3. INTERVENCIONES SOBRE DUELO. En *Trauma, Culpa y Duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Pau Pérez Sales (Ed.) Bilbao: *Descleè de Brouwer*.
- (28) Sakinofsky, I. 2007. The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. *Canadian Journal of Psychiatry*, supl. *Caring for the Suicidal Patient: An Evidence-Based Approach* Tomo 52, N.º 6
- (29) Aguirre, R. T. P., y Slater, H. (2010). Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. *Death Studies*, 34(6), 529–540.
- (30) De Groot, M., & Kollen, B. J. (2013). Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: Longitudinal community based cohort study. *BMJ (Online)*, 347.
- (31) Barker, E., O`Gorman, J. G. & De Leo, D. (2014). Suicide around anniversary times. *Omega*, 69 (3), pags. 305-310.
- (32) Freud S. (1948) *Duelo y melancolía*. En Freud S. *Obras Completas*. Madrid. Biblioteca Nueva 1087-1095
- (33) Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- (34) Payás, Alba (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*.
- (35) Kübler-Ross E. (1969) *On Death and Dying*. New York: Macmillan; y Parkes, CM. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. New York. International Universities Press.

- (36) Worden, J. W. (2013). El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Ediciones Paidós.
- (36) Neimeyer, R. A (2007). Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. Paidós Ibérica
- (37) Worden, J. W. (1991). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner, 2nd ed.
- (38) Ferré-Grau, C., Montescó-Curto, P., Mulet-Valles, M., LLeixá-Fortuño M., Albacar-Riobó N., Adell-Argentó B. (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. Index Enferm vol.20 no.3 Granada jul./sep. 2011
- (39) Limonero, J. T., Lacasta, M., García, J. A., Maté, J., & Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. Medicina Paliativa, 16(5), 291-29
- (40) Barrett T W y Scott T B (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. Suicide and Life-Threatening Behavior, v.19, no.2, p.201-215
- (41) Werkgroep Verder (2019). The rights of suicide survivors
- (42) Plan de Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi (Victoria-Gasteiz 2019). <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/documentacion/2019/estrategia-de-prevencion-del-suicidio-en-euskadi/>



## 6. ANEXOS

## ANEXO I. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Existen numerosos términos asociados a la conducta suicida. Es por ello que hemos elegido aquellos más ajustados a lo que esta guía compete, es decir, la elaboración de una guía práctica de prevención e intervención de la conducta suicida en los recursos de atención psicosocial para personas diagnosticadas por una enfermedad mental grave.

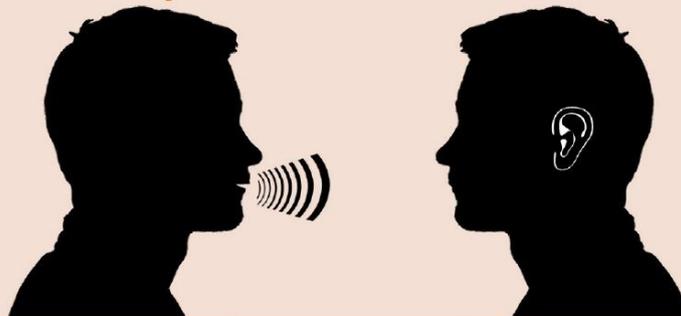
- **Alianza:** establecimiento de una relación interpersonal entre la **persona** perceptora de ayuda y el/la profesional que le atiende. Se caracteriza por la colaboración, el consenso y orientación a resultados.
- **Acto suicida.** Acción autolesiva con grado variable de daño físico o de intencionalidad suicida.
- **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- **Autolesión:** conducta potencialmente lesiva autoinflingida que puede cumplir distintas funciones que habría que evaluar (p.e. regulación emocional, intencionalidad de muerte). Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinflingida no intencionada).
- **Autopsia psicológica:** Método de recogida de datos tras un suicidio. Consiste en la entrevista a familiares y allegados/as, el estudio de documentos como tomas forenses, informes, cartas de despedida etc. con la finalidad de clarificar lo sucedido.
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida.
- **Conducta suicida:** comportamiento potencialmente lesivo y autoinflingido con intencionalidad de muerte.

- **Desesperanza:** conjunto de sentimientos que se generan derivado de la falta de expectativas negativas, percepción de no valía personal, pérdida de sentido de la vida.
- **Efecto Werther.** Suicidio por imitación de otros suicidios (habitualmente de personas famosas) y/o por divulgación inadecuada de la muerte por suicidio. En Japón se ha extendido bajo el nombre de “Efecto Yukiko”, en referencia a una famosa cantante de ese país fallecida por suicidio.
- **Ideación suicida.** Deseos y pensamientos suicidas.
- **Intención (intencionalidad) suicida.** Propósito, en grado variable, de cometer un acto suicida.
- **Intento suicida.** Acto suicida sin resultado de muerte.
- **Plan suicida:** propuesta de un método con el cual llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- **Postvención.** Intervenciones realizadas en familiares y allegados/as de personas fallecidas por suicidio, dirigidas a superar el duelo.
- **Superviviente.** Familiares, amigos/as y allegados/as de personas que perdieron la vida por suicidio
- **Sobreviviente.** Persona que ha sobrevivido a un intento de suicidio.

## ANEXO II. INFOGRAFÍAS G.P.S. DE LA RED

# EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

**MITO** “Hablar del suicidio incita a las personas a consumarlo”



### REALIDAD

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

Es muy importante permitir la expresión de la idea suicida.

### SI QUIERES SABER MAS...

FUNDACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA  
<http://www.fsme.es>

### LO QUE ESTÁ EN NUESTRAS MANOS

-  Habla sobre ello, no lo evites.
-  Si una persona es nueva en el recurso habla sobre si alguna vez ha pensado o ha intentado quitarse la vida.
-  Pregunta por la cuestión tanto a la persona como a sus familiares y/o a sus personas cercanas.
-  Evalúa el riesgo de manera continua. Recuerda que los periodos que rodean al alta hospitalaria tras un intento (permisos de fin de semana, días inmediatos...) son de especial riesgo.

## Grupo de Prevención del Suicidio en la Red

Realizado en el Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera. Concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral SL

# EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

## MITO

“Las personas que se autolesionan, sólo quieren llamar la atención, no quieren quitarse la vida”

### REALIDAD

Las autolesiones son una estrategia no adaptativa de autorregulación, las personas lo realizan para aliviar una situación de intenso sufrimiento y frustración.

Los estudios nos indican que puede haber una evolución de la letalidad en los intentos.

### SI QUIERES SABER MÁS...

PRIMERA APLICACIÓN EN ESPAÑOL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

<http://www.prevensuic.org>

### LO QUE ESTÁ EN NUESTRAS MANOS

- Empatizar, no juzgar.
- Hablar con la persona para que identifique los motivos que le ha llevado a tomar esa decisión.
- Ayudar a la persona para que baraje modos más saludables de pedir ayuda. Por ejemplo: pedir ayuda a personas cercanas y a los profesionales. Expresar los sentimientos, si no tiene nadie cerca puede escribirlo o dibujarlo...
- Dar apoyo más continuado y flexible dentro de un encuadre. Por ejemplo: citas más frecuentes y de menor duración, procurando que sean los mismos profesionales quienes las realicen.
- Es muy importante el trabajo en equipo y la toma de decisiones conjunta.
- Es importante observar la evolución del grado de letalidad de la historia de la persona.

## Grupo de Prevención del Suicidio en la Red

Realizado en el Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera. Concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral SL

# EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

## MITO

“Si alguien quiere suicidarse, realmente no hay nada que se pueda hacer.”

## REALIDAD

Toda persona que quiere suicidarse, no quiere morir, sino aliviar un intenso sufrimiento.

La desesperanza provoca una constricción en la visión de sí mismo, del entorno y de su vida, facilitando una visión en tunel.

Los estados de ánimo son transitorios.



## LO QUE ESTÁ EN NUESTRAS MANOS

- Escuchar y acompañar.
- Ayudarle a descubrir razones para vivir.
- Reflexionar sobre las consecuencias del suicidio en su entorno.
- A medio/ largo plazo, ayudar a construir un nuevo sentido de sí mismo.

## TELÉFONOS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

717 003 717 / 91 459 00 50

## Grupo de Prevención del Suicidio en la Red

Realizado en el Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera. Concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral SL

# EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

**MITO:**  
"EL QUE LO DICE,  
NO LO HACE"

## **REALIDAD:**

La casi totalidad de las personas que tienen una tentativa han hablado de ello, y el resto lo han dejado entrever por cambios en su comportamiento.

## **LO QUÉ ESTA EN NUESTRAS MANOS:**

- Ofrecer un espacio para hablar del suicidio alivia y reduce el riesgo.
- Que una persona nos hable del suicidio nos da la oportunidad de intervenir directamente.

## **RECOMENDACIÓN:**

Noticia Día Mundial contra el suicidio:



## **Grupo de Prevención del Suicidio en la Red**

Realizado en el Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera. Concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral SL

# EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

**MITO:** “Cuando se mejora después de una tentativa, ya no hay riesgo”

## REALIDAD:

Durante los 90 días posteriores el riesgo de suicidio tras una tentativa continúa siendo alto. Incluso al alta hospitalaria, el riesgo sigue presente en las semanas y meses posteriores.

## LO QUE ESTA EN NUESTRAS MANOS:

- Es fundamental, favorecer el establecimiento de citas en la primera semana tras la tentativa o alta hospitalaria (Centro de Salud Mental, Continuidad de Cuidados, Recursos de Rehabilitación) y programar un seguimiento continuado.
- Tras la crisis es importante el apoyo social (familia, amigos, asociaciones, etc....)

### DÓNDE BUSCAR APOYO



### RECOMENDACIÓN



## Grupo de Prevención del Suicidio en la Red

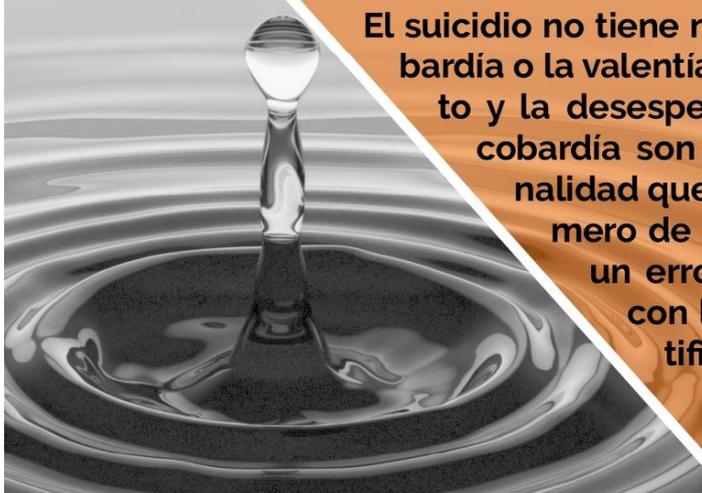
Realizado en el Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera. Concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral SL

# EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

## MITO

*"El que se suicida es un cobarde/valiente"*

## REALIDAD



El suicidio no tiene nada que ver con la cobardía o la valentía, sino con el sufrimiento y la desesperanza. La valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se miden por el número de intentos de suicidio. Es un error equiparar el suicidio con la valentía, pues lo justifica al hacerlo sinónimo de una cualidad positiva y susceptible de querer ser imitado.

## LO QUÉ ESTA EN NUESTRAS MANOS

- Escuchar en vez de juzgar.
- Acompañar en el sufrimiento y la desesperanza.
- Superar la polaridad.
- Ayudar a generar alternativas de solución.
- Ofrecer comprensión.

## RECOMENDACIÓN

<http://razonesparavivir.org/>

## Grupo de Prevención del Suicidio en la Red

Realizado en el Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera. Concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral SL

# EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

## MITO

“Si se reta a un suicida,  
no lo intenta”

## REALIDAD

La persona que piensa en el suicidio es una persona que está sufriendo intensamente y a quien le han fallado sus mecanismos de afrontamiento para resolver o hacer frente a su situación.

Retar a una persona en situación de riesgo suicida, es un acto irresponsable.

Como profesionales, transmitimos falta de comprensión y capacidad para manejar la situación.

## RECOMENDACIONES

Diez personas se suicidan en España, cada día. El suicidio es la primera causa de muerte externa en nuestro país. Según las cifras oficiales de 2016, 3.569 personas perdieron la vida por suicidio. Los familiares de las personas que se quitan la vida arrastran el estigma, la culpa y la vergüenza por estas muertes, que continúan siendo un tabú para una sociedad con prejuicios.

## LO QUE ESTÁ EN NUESTRAS MANOS

-  Escuchar activamente.
-  Mostrar comprensión y dar veracidad.
-  Valorar el riesgo.
-  Tener presente siempre que la persona está sufriendo y se puede estar sintiendo desesperanzada.
-  Si no sabemos cómo actuar o manejar la situación, podemos pedir ayuda a otros profesionales o derivar a otros apoyos.



[www.rtve.es/alacarta](http://www.rtve.es/alacarta)

## Grupo de Prevención del Suicidio en la Red

Realizado en el Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera. Concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral SL

# EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR



## MITO

“Las personas que se van a suicidar nunca emiten señales de lo que van a hacer”

## REALIDAD

Este mito hace que se minimicen las señales de alerta y contribuye a que el riesgo de suicidio se asocie con “chantajes”, la realidad es que:

6 de cada 10 personas piden ayuda en la misma semana del suicidio consumado.

2 de cada 10 personas piden ayuda el mismo día que realizan el suicidio.

## LECTURA RECOMENDADA

Haciendo visible lo invisible. Prevención del suicidio en los Servicios de Intress. Intress (2018). Editorial: Huygens Editorial.



## LO QUE ESTÁ EN NUESTRAS MANOS

Estar pendientes de las señales de alarma, como:

- Verbalizaciones directas o indirectas sobre la idea o posibilidad de suicidarse.
- Desarrollo de actividades compatibles con preparativos tras el fallecimiento: realización/arreglo de documentos de testamento, entrega o reparto de enseres personales, despedidas veladas.
- Conductas de aislamiento personal o social.
- Cambios bruscos de estado de ánimo o de comportamiento
- Adquisición de útiles o búsqueda de información para quitarse la vida.
- Expresión de sentimientos de desesperanza, impotencia o indefensión a la vida.
- Pérdida de intereses y abandono de obligaciones/responsabilidades.

## Grupo de Prevención del Suicidio en la Red

Realizado en el Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera. Concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral SL

# EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

## MITO

“Sólo si tienes  
preparación puedes  
ayudar a una persona  
en riesgo suicida”

## REALIDAD

Lo que una persona en riesgo suicida necesita es compañía y escucha. La OMS recomienda como principal herramienta de protección y prevención, permanecer cerca de la persona.

## LO QUE ESTÁ EN NUESTRAS MANOS

- > Respetar, no juzgar y escuchar atentamente.
  - > Permanecer calmado.
  - > Buscar apoyos dependiendo de si el riesgo es:
  - > Recordar el apoyo a las familias/amigos.
- ❖ Alto: Acudir o llamar a los Servicios Sanitarios: Centros de Salud Mental, Hospitales o marcar 112.
- ❖ Medio-alto: No dejar sola a la persona, organizar una red de apoyo social para acompañar.
- ❖ Medio-bajo: Evaluar periódicamente el riesgo.

## RECURSOS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- > Teléfono contra el suicidio de la Asociación Barandilla: 910380600
- > Teléfono de Emergencias: 112
- > Guías para profesionales:
  - ❖ Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2012.
  - ❖ Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales. Mas información en: [www.madrid.org/sanidad](http://www.madrid.org/sanidad)

## Grupo de Prevención del Suicidio en la Red

Para cualquier duda escribenos a [elsuicidiosepuedeprevenir@gmail.com](mailto:elsuicidiosepuedeprevenir@gmail.com)

Realizado en el Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera. Concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral SL

# EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR

## MITO

“Todo el que  
intenta el suicidio,  
estará en peligro  
toda la vida”



## REALIDAD

- Una crisis suicida tiene un inicio y un fin.
- Pese a que el principal factor predictor de suicidio son los intentos previos, la mayoría de personas que lo han intentado no lo consumarán el resto de sus vidas.
- Es una respuesta a factores contextuales.

## RECOMENDACIONES



[www.eitb.eus](http://www.eitb.eus)

## LO QUE ESTÁ EN NUESTRAS MANOS



Conocer los factores de riesgo y protección.



Apoyar a la persona a detectar posibles desencadenantes.



Ayudar a encontrar otras alternativas de solución de problemas.



Establecer conjuntamente un plan de intervención en crisis.



Infundir esperanza a la persona y a los allegados.



[www.rtve.es](http://www.rtve.es)

**Grupo de Prevención del Suicidio en la Red**  
Para cualquier duda escribenos a [elsuicidiosepuedeprevenir@gmail.com](mailto:elsuicidiosepuedeprevenir@gmail.com)

Realizado en el Taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera. Concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión Técnica Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral SL

### ANEXO III. ENTREVISTA A.P.A. (15)

<b>Comience con preguntas que abordan los sentimientos de la persona acerca de la vida:</b>
¿Ha sentido alguna vez que la vida no valía la pena ser vivida?
¿Alguna vez desea ir a dormir y no despertar?
<b>Continúe con preguntas específicas acerca de los pensamientos de muerte, la autolesión o suicidio:</b>
¿Es la muerte algo en lo que ha pensado últimamente?
¿Las cosas están alcanzando un punto en el que ha llegado a pensar en hacerse daño?
<b>Para las personas que tienen pensamientos de autolesiones o suicidio:</b>
¿Cuándo empezó a darse cuenta de esos pensamientos?
¿Qué le llevó a esos pensamientos? (por ejemplo, precipitantes interpersonales y psicosociales).
¿Con qué frecuencia se han producido esos pensamientos? (incluyendo la frecuencia, la calidad obsesiva, capacidad de control).
¿Ha intentado llevar a cabo alguno de esos pensamientos?
¿Cree probable llevarlos a cabo en el futuro?
¿Alguna vez ha comenzado a dañarse, pero se detuvo antes de hacer algo? (por ejemplo, llevarse un cuchillo o un arma a su cuerpo, pero deteniéndose antes de actuar; yendo hacia el borde del puente, pero no saltar).
¿Qué imagina que pasaría realmente si se matara?
¿Ha hecho un plan específico para dañar o matarse a sí mismo? Si es así, ¿Qué incluye el plan?
¿Tiene pistolas u otras armas disponibles?
¿Ha hecho alguna preparación en particular (por ejemplo, la compra de artículos específicos, escribir una nota o un testamento, gestiones bancarias, tomar medidas para evitar ser descubierto, ensayar el plan)?
¿Ha hablado con alguien acerca de sus planes?
¿Cómo ve su futuro?
¿Qué cosas le hacen sentir más (o menos) esperanza en el futuro?
¿Qué cosas harían más (o menos) probable que usted tratase de matarse?
¿Qué cosas en su vida le llevan a querer escapar de la vida o estar muerto?
¿Qué cosas en su vida le hacen seguir viviendo?
Si usted comenzase a tener pensamientos de hacerse daño o quitarse la vida, una vez más, ¿qué haría?
<b>A personas que han intentado suicidarse o han realizado autolesiones previas, se les puede realizar preguntas adicionales generales o respecto al método específico utilizado:</b>
¿Puede describir lo que pasó (por ejemplo, las circunstancias, los precipitantes, visión del futuro, el consumo de alcohol u otras sustancias, el método, la intención, la gravedad de las lesiones)?
¿Qué pensamientos estaba teniendo que le llevaron hasta el intento?
¿Qué cree que pasaría, qué pretendía conseguir?
¿Había personas presentes en el momento?
¿Buscó ayuda o la buscó alguien?
¿Tenía previsto ser descubierto o fue encontrado accidentalmente?
¿Cómo se sintió después? (por ejemplo, aliviado, frustrado...).
¿Ha recibido tratamiento después?

¿Su visión de las cosas cambiaron, hay algo diferente desde el intento?
¿Lo había intentado en ocasiones anteriores?
Para las personas con pensamientos o intentos de suicidio reiterados:
¿Con qué frecuencia se ha intentado dañar o suicidar?
¿Cuándo fue la última vez que lo hizo?
¿Puede describir sus pensamientos en el momento en que usted estaba pensando seriamente en el suicidio?
¿Cuándo fue su intento más serio de hacerse daño o suicidarse?
¿Qué le condujo a ella, y qué sucedió después?
<b>Para las personas con psicosis, preguntar específicamente sobre las alucinaciones y los delirios:</b>
¿Puede describir las voces (por ejemplo, una sola, múltiples, masculinas, femeninas; internas, externas; familiares, no reconocibles)?
¿Qué dicen las voces (por ejemplo, los comentarios positivos frente a los comentarios negativos o amenazas)?
¿Cómo hace frente (o responde) a las voces?
¿Alguna vez ha hecho lo que las voces le piden?
Si es así: ¿qué le llevó a obedecer las voces? Si trató de resistirse, ¿se le hizo difícil?
¿Ha habido momentos en los que las voces le hablaron de herirse o matar a sí mismo? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué ha pasado después?
¿Siente preocupación por tener una enfermedad grave o que su cuerpo esté en descomposición?
¿Siente preocupación por su situación financiera, incluso cuando otros le dicen que no hay nada de qué preocuparse?
¿Hay cosas que le hayan hecho culpable o se culpa así mismo/a?
<b>Considere la posibilidad de evaluar el potencial de la persona para dañar a otras personas además de sí misma:</b>
¿Hay otras personas que considere que son responsables de lo que le está pasando? (por ejemplo, ideas persecutorias) ¿tiene alguna intención de hacerse daño?
¿Hay otras personas que le gustaría ver muertas con usted?
¿Hay personas que cree que no serían capaces de vivir sin usted?

## ANEXO IV. FACTORES DE RIESGO, DESENCADENANTES Y PROTECTORES

*Información sacada y modificada del Plan de Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi (Victoria-Gasteiz 2019) (42)*

### FACTORES DE RIESGO

#### FACTORES INDIVIDUALES

Los factores individuales o personales incluyen problemas de salud mental y física, así como los rasgos de personalidad, como la capacidad de una persona para manejar circunstancias difíciles, manejar emociones complicadas o enfrentar el estrés.

##### 1. Problemas de salud mental

La presencia de un trastorno mental es uno de los factores de riesgo de suicidio más importantes; en los estudios de suicidios consumados realizados mediante autopsia psicológica, el 90% de los sujetos padecían un trastorno mental. De esta manera, respecto a los trastornos mentales:

- La presencia de un **trastorno depresivo mayor** supone un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. Existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años. En torno al 80% de las/los pacientes deprimidos presentan en algún momento ideación autolítica y ésta proporciona un buen indicador de la intensidad del trastorno subyacente.
- Entre el 20% y el 58% de los/as pacientes con **trastorno bipolar** intenta el suicidio. El porcentaje de suicidabilidad (ideación suicida/intento de suicidio) es del 54% para las formas mixtas, frente al 2% para las formas puras.
- En **personas con esquizofrenia**, el riesgo de suicidio es 30-40 veces mayor que en la población general y se estima que entre el 25-50% hará un intento de suicidio a lo largo de su vida. La edad promedio de suicidio en las personas con esquizofrenia es de 33 años.
- Entre el 25% y el 38% de los pacientes con **trastornos de la conducta alimentaria** (TCA) refieren conductas autolíticas. La prevalencia de autolesiones en personas con TCA se sitúa entre el 25% y el 55%. El riesgo de cometer suicidio aumenta 4,7 veces ante la presencia del TCA, ocho veces ante la presencia de anorexia nerviosa y 5 veces en bulimia nerviosa.

- En personas con **abuso de sustancias**, el riesgo de suicidio puede ser de hasta 8,5 veces mayor en las personas que abusan del alcohol y 13,5 veces mayor en el caso de consumo de opioides. Los trastornos debidos al consumo de alcohol u otras sustancias acompañan entre un 25% y un 50% de los suicidios, y el riesgo de suicidio aumenta si el uso de alcohol u otras sustancias va acompañado de otros trastornos psiquiátricos.

## 2. Intentos de suicidio previo e ideación suicida

- Los intentos de suicidio previos son el factor de riesgo más importante para consumarlo, siendo el riesgo de suicidio 100 veces superior al de la población general.
- El 50% de las/los suicidas tienen antecedentes de tentativas de suicidio. Un intento de suicidio incrementa un 32% el riesgo de un intento posterior.
- Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces.
- La severidad y letalidad del período de mayor suicidabilidad del o de la persona es un factor predictivo del riesgo suicida futuro.

## 3. Factores psicológicos y rasgos de personalidad

- **La inestabilidad emocional** es un factor que multiplica el riesgo para cometer un suicidio.
- **La desesperanza** es otro factor muy importante: es expresada por el 91% de las personas con conducta suicida.
- **La rigidez cognitiva.**
- Las presiones autogeneradas y externas para buscar **el perfeccionismo**, es parte de la personalidad premórbida de las personas propensas a la ideación e intento de suicidio.
- La **impulsividad** es un factor de riesgo importante.
- **Los actos repetidos previos** pueden hacer que una persona con tendencias e ideación suicida pueda volverse más experimentada, audaz y competente con respecto al suicidio y, por lo tanto, ser capaz de planificarlo mejor.
- **Evitación/huida** como mecanismo de afrontamiento

#### 4. Enfermedad física o discapacidad

- **La enfermedad física** está presente en mayor medida en los suicidios y aumenta en personas de edad avanzada.

#### 5. Edad

- El número de **suicidios**, según datos del INE 2020, es mayor entre los 40-59 años.
- Los **hombres** mayores de 60 años y, en particular, los varones de **75 años**, son los que tienen una tasa mayor de suicidio consumado.
- Las tasas de suicidio **en la adolescencia** y juventud están aumentando progresivamente.

#### 6. Sexo

- Las **mujeres** presentan tasas de **ideación suicida** e intentos de suicidio 3-4 veces mayores que los **varones**, mientras que el **suicidio consumado** es 2-4 veces mayor en los hombres.
- En los **hombres** el mayor riesgo relativo de suicidio es la **esquizofrenia**, seguido de trastorno afectivo y el abuso de sustancias. En las **mujeres**, el mayor riesgo es el **abuso de sustancias**, seguido de trastorno afectivo y esquizofrenia.
- Para los **factores socioeconómicos**, en los hombres el mayor riesgo asociado es tener un trabajo de baja cualificación, un logro académico bajo y un bajo nivel de ingresos salariales. En las mujeres el riesgo está asociado con estar desempleada, bajo nivel educativo y bajo nivel de ingresos económicos.

### FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CONTEXTUALES

Los factores sociofamiliares, incluyen las relaciones y la participación con otras personas, como la familia, los/as amigos/as, los/as compañeros/as de trabajo, la comunidad en general y el sentido de pertenencia de una persona con su medio social. Los factores contextuales incluyen los sociales, políticos, ambientales, culturales y económicos que contribuyen a la calidad de vida de una persona.

#### 1. Fácil acceso a métodos letales.

#### 2. Historia familiar de suicidio

- Las personas expuestas a la conducta suicida de un familiar son más propensas a reportar un intento de suicidio.

### 3. Falta de apoyo sociofamiliar

- La conducta suicida es más frecuente entre **personas solteras, divorciadas**, que viven solas o carecen de apoyo social y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad).
- Las tasas de suicidio para los hombres solteros y divorciados y las mujeres divorciadas son tres veces mayores que para los hombres y mujeres casados.
- Entre los hombres divorciados, el 25% había tenido ideación suicida, en comparación con el 9% de los hombres casados.

### 4. Maltrato físico, psicológico y abuso sexual

- Las mujeres en riesgo de ser agredidas por su pareja tienen una probabilidad significativamente mayor de presentar intentos suicidas durante su vida.
- Los suicidios consumados en adolescentes son seis veces más frecuentes en quienes han sido víctimas de abuso infantil.
- Cuanto más joven es la persona en el momento de sufrir el primer abuso, más intentos de suicidio cometerá.
- Los niños que sufren abusos físicos en la adolescencia tienen un mayor riesgo de síntomas depresivos, ideación suicida, abuso de alcohol y abuso físico de sus propios hijos e hijas y esposa posteriormente en su vida.

### 5. Nivel socioeconómico y situación laboral

- **El desempleo** se asocia con un mayor riesgo de suicidio, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio cuando existen eventos estresantes como la pérdida de empleo o la jubilación.
- Las personas **desempleadas de larga duración** tienen un mayor número de intentos de suicidio y un mayor riesgo de volver a intentar el suicidio.

- El empleo inestable parece tener un impacto significativo en el suicidio entre las personas de entre 25 y 34 años, siendo mayor el impacto en los varones treintañeros.

#### 6. Falta de red social de apoyo

- Soledad no deseada

#### 7. No aceptación de la identidad sexual

- La no aceptación de la homosexualidad en el varón se asocia a un incremento en la ideación y conducta autolítica.
- Los homosexuales presentan un número de tentativas 5-10 veces superior a las de la población general.
- El riesgo de los intentos de suicidio en los homosexuales hombres es hasta 6 veces mayor que en los hombres heterosexuales.
- Las mujeres lesbianas tienen un riesgo de intento de suicidio 2 veces mayor respecto a las mujeres heterosexuales.

#### 8. Condición de ser migrante

- La situación de salir de tu país natal, vivir en otro lugar lejano con una cultura diferente y lejos de la familia, puede ser un detonante hacia la conducta suicida, más si estás desarraigado en el nuevo destino.

## FACTORES DESENCADENANTES

Existen una serie de eventos o situaciones que pueden provocar un estrés intenso en un momento particular de una persona y pueden precipitar un acto suicida. Algunos pueden ser comunes en los distintos grupos de edad. Otros factores precipitantes son más frecuentes en unas etapas de la vida o en otras.

#### 9. Acontecimientos vitales estresantes

- Existe una elevada **incidencia de acontecimientos vitales estresantes en los meses previos** a la realización de un suicidio o una tentativa, especialmente en el mes previo. Estos se dan con mayor frecuencia en los varones.
- En los varones, los tipos de estresores se relacionan con la enfermedad somática, los conflictos interpersonales, los problemas financieros y la separación.

- En las mujeres, los tipos de estresores que influyen son los trastornos mentales, los conflictos interpersonales y la pérdida de seres cercanos.
- Los problemas familiares, pérdidas de seres queridos, dolor crónico y las dificultades laborales son factores de riesgo para el suicidio consumado tanto en varones como en mujeres.
- En las personas jóvenes se encuentran los conflictos interpersonales, las pérdidas, las dificultades económicas, la separación y los conflictos legales.
- En las personas mayores, pueden influir problemas médicos, las situaciones de aislamiento, la soledad y la jubilación.

#### **10. Acoso (bullying)**

- El acoso o bullying tiene efectos en la salud mental principalmente de niños, niñas y jóvenes. Se ha demostrado que el acoso escolar está asociado con la ideación suicida.
- Se ha llegado a estimar que entre el 15% y el 35% de las personas jóvenes han sido víctimas de cyberbullying.
- Las personas que han experimentado cyberbullying tienen 2,35 más probabilidades de autolesionarse, 2,10 más probabilidades de mostrar conductas suicidas, 2,57 más probabilidades de intentar suicidarse y 2,15 más probabilidades de tener ideación suicida.

#### **11. Violencia de género**

- Las mujeres que experimentan violencia de género por parte de su pareja (particularmente abuso sexual) tienen siete veces más riesgo de comunicar ideación suicida.
- El impacto de la violencia generará problemas de salud mental, tales como trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión, los que, a su vez, son factores de riesgo de la ideación suicida.
- Se ha encontrado una asociación entre agresor y suicidio: en España, el 21,9% de los agresores realizaron un intento de suicidio y el 16,4% lo consumaron tras asesinar a su pareja.

#### **12. Consumo de alcohol y tóxicos.**

## ANEXO V. EJEMPLO DE “PLAN DE SEGURIDAD”

Nombre:

Fecha de revisión:

**SEÑALES DE ALARMA** que me dicen que estoy empezando con la ideación de suicidio

1
2
3
4
5

**MIS ESTRATEGIAS**, qué puedo hacer para disminuir el malestar

1
2
3
4
5

**MIS APOYOS**

Nombre	Teléfono

## ANCLAJES A LA VIDA

1
2
3
4
5

## RECURSOS DE AYUDA

Recurso	Teléfono

## PAUTAS DE PROTECCIÓN

- 1 RECUERDA QUE LAS CRISIS SON TRANSITORIAS, LA MUERTE NO
- 2 RECUERDA QUE TE ALIVIARÁ COMUNICAR TUS PENSAMIENTOS A ALGUIEN EN QUIEN CONFÍES.
- 3 SIEMPRE QUE CREAS NECESITARLA, UTILIZA TU “PLAN DE SEGURIDAD”.
- 4 PERMANECE ACOMPAÑADO/A HASTA QUE DISMINUYAN LOS PENSAMIENTOS SUICIDAS.
- 5 DISTÁNCIATE DE CUALQUIER MEDIO CON EL QUE PUEDES HACERTE DAÑO.
- 6 ....

## ANEXO VI. LISTADO DE RECURSOS NACIONALES Y DE LA COMUNIDAD DE MADRID

- Teléfono Llama a la Vida, gratuito y 24 horas en Atención a la Conducta Suicida **024**
- Teléfono de la Esperanza **91 459 00 50**
- Teléfono del Servicios de Urgencias **112**
- Aplicación Móvil **Prevensuic**
- Red Nacional de Psicólogos Expertos en Suicidio, Psicólogos Princesa 81  
Web: <https://psicologosprincesa81.com/>  
Facebook: <https://www.facebook.com/psicologospr...>  
Instagram: [https://www.instagram.com/psicologos ...](https://www.instagram.com/psicologos...)  
Twitter: <https://twitter.com/psicoprincesa81>
- Red Papageno. [www.papageno.es](http://www.papageno.es)
- Centro de Atención al Duelo Alaia. <https://www.alaia-duelo.com/>
- Asociación para la prevención del Suicidio La niña amarilla:  
<https://laninaamarilla.com>
- Red AIPIS-FADeDS. <https://www.redaipis.org/>
- Fundación Anar. [www.anar.org](http://www.anar.org) Teléfono gratuito de ayuda a jóvenes:  
900 20 20 10
- Fundación española para la prevención del suicidio.  
<https://www.fsme.es/guia-prevensuic/>

## ANEXO VII. ENLACES DE INTERÉS SOBRE SUICIDIO.

- Video Palacio de la Luna.  
[https://www.youtube.com/watch?v=iBWx\\_MJta3w&t=47stt](https://www.youtube.com/watch?v=iBWx_MJta3w&t=47stt)
- “Suicidio y tú”. <https://www.ondacero.es/programas/mas-de-uno/podcast-el-suicidio-y-tu/>
- Atención Psicológica Telefónica en Crisis Suicidas. Pedro Martín-Barrajón. Jornadas COP MADRID.  
[https://www.youtube.com/watch?v=0ShD3\\_2-9hA](https://www.youtube.com/watch?v=0ShD3_2-9hA)
- Actuación en suicidio.  
<https://www.youtube.com/watch?v=VfFGwb-3cKw>
- Informe semanal. Hablemos de suicidio.  
<https://www.youtube.com/watch?v=vea6nGMjsEY>
- Publicidad en Castilla León.  
<https://www.youtube.com/watch?v=3od61F7mPkY>
- Prevención suicidio en adolescentes Clínica Mayo.  
[https://youtu.be/p5LLf\\_8WgM8](https://youtu.be/p5LLf_8WgM8)
- Testimonios en primera persona.  
[https://www.youtube.com/watch?v=NI4IYiBfM1Q&feature=emb\\_title](https://www.youtube.com/watch?v=NI4IYiBfM1Q&feature=emb_title)
- Documentos TV, RTVE "La muerte silenciada".  
<https://youtu.be/1pUrB4yNQp4>
- Documentos TV, “Supervivientes”.  
<https://www.youtube.com/watch?v=oH74DJYuT-I>
- Kevin Briggs: El puente entre el suicidio y la vida:  
<https://www.youtube.com/watch?v=7Clq4mtiamY>
- Enlace a las Guías de la Comunidad Autónoma de Madrid.  
<https://www.comunidad.madrid/salud/depresion-conducta-suicida>