Guía de prevención del suicidio

Protocolo de actuación en conductas autolíticas



Guía
de prevención del suicidio

Protocolo de actuación en conductas autolíticas





Impulsa:
Federación Salud Mental Castilla y León.
Plaza Marcos Fernández 2, Of.F (Valladolid)
TFno: 983.301.509
www.saludmentacyl.org

Autores:
Natalia Briongos Hernández; Marcos Gómez Romero; Rebeca Caballero Escalada; Javier Díez Saiz;
Mª Luz Gadea Casas y Macarena Martínez Martínez.

Patrocina:
Jannsen

Ilustración, diseño y maquetación:
Paula Domingo. La niña studio.

Licencia de uso:
Reconocimiento-No comercial



“Guía de prevención del suicidio.Protocolo de actuación en conductas autolíticas” by Federación Salud Mental Castilla y León is licensed under a Creative Commons Reconocimien-to-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License.

Índice

0. Prólogos 8

1. Introducción 10
1.1. ¿Por qué esta Guía? 11
1.2. Objetivos de la Guía 11
1.3. Comité de elaboración 11

2. Epidemiología de la conducta suicida 12
2.1. Comorbilidad con otros trastornos mentales asociados 14

3. Mitos y realidades acerca de la conducta suicida 16

4. Factores de protección, factores de riesgo y señales de alerta 20
4.1. Factores de protección 21
4.2. Factores de riesgo 21
4.3. Señales de alerta 23

5. Factores precipitantes 26

6. Estrategias de comunicación con personas de riesgo 30

7. Niveles de intervención. Esquema general 32
Eje 1: El papel de cada profesional 33
Eje 2: Intervención en función del nivel de riesgo 33
7.1. La intervención de cada profesional 36
7.2. La intervención del psicólogo/a 37

8. Protocolo de intervención después de la conducta suicida 40
8.1. Tentativa de suicidio no consumada 41
8.2. Suicidio consumado 41
8.3. Autopsia psicológica. Análisis de caso 42

9. Evaluación y seguimiento 44

ANEXO I Esquema general. Protocolo de actuación ante conductas autolíticas 46

ANEXO II La entrevista de evaluación psicológica 48

ANEXO III Formación y prevención de la conducta suicida 50

ANEXO IV Buenas prácticas del movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León 54

Directorio de asociaciones 56

Bibliografía 58

Prólogos

Hablar de la muerte, en esta cultura nuestra, nunca ha sido fácil ni políticamente correcto en depende qué situaciones. Pero hablar de suicidio ya es hacer un salto mortal picado sin red y, si me apuran, sin agua en la piscina.

Pero vamos a añadir un triple mortal a la pirueta: suicidio de una persona con problemas de salud mental. Entonces la cosa adquiere matices de códigos secretos, diríamos que al nivel de cualquier agencia de inteligencia.

Lo que no se puede 'esconder' es que junto al suicidio siempre coexiste una situación que no distingue ni de sexos, ni de clases sociales, ni de educación, ni de poder adquisitivo: el SUFRIMIENTO. De quienes deciden ponerle fin a través de un acto autolesivo y de los que se quedan (de mente 'presente', en muchos casos) y aman a esa persona a la que no pudieron rescatar, salvar, acompañar.

Hay que decirlo así, a las claras y a las oscuras: la gente sufre y encuentra la solución en el suicidio. Y lo que más debería preocuparnos, a estas alturas, es que la cifra de suicidios y de intentos de suicidio no hace más que crecer, y especialmente entre NUESTROS y NUESTRAS jóvenes.

Y lo digo en mayúsculas por la responsabilidad que subyace, como sociedad, hacia este colectivo de la población. ¿Qué estamos haciendo para que quienes representan el futuro de nuestra especie decidan arrebatarse la vida?, pero ,más importante, ¿qué podemos hacer para detener este incremento?

Como persona con experiencia propia en salud mental y parte activa del movimiento asociativo conozco la historia de muchas personas que contemplaron esta 'solución', incluso que sigue formando parte de su 'plan b'. También conozco a esos y esas familiares, amigos, parejas, descendientes que vivieron un adiós precipitado, inesperado, abrupto e inimaginable.

Pero lo más importante, conozco a muchas personas que han superado un episodio suicida; que la vida les hizo ver nuevas oportunidades y que, con el apoyo necesario, las terapias exactas y con una red de atención accesible, consiguen surfear esas olas de sufrimiento que no siempre desaparecen pero que al menos no alcanzan la categoría de tsunami.

Elena Briongos Rica.
Presidenta de la Federación Salud Mental Castilla y León.

La Organización Mundial de la Salud ha definido el suicidio como un problema de alta prioridad en salud pública, y reclama a los responsables políticos que prioricen la atención y la prevención del comportamiento suicida en sus políticas de actuación. Asimismo, recomienda "emplear un enfoque multisectorial que aborde el suicidio de una manera integral, reuniendo a los diferentes sectores y grupos de interés más relevantes para cada contexto".
Estas recomendaciones han sido asumidas en la "Estrategia de prevención de la conducta suicida de Castilla y León 2021-2025" aprobada el pasado mes de diciembre de 2021, en la que se incluyen nuevas iniciativas a desarrollar en el ámbito sanitario, pero también en el sistema educativo, en la atención social, en los medios de comunicación o en el trabajo que desarrollan las entidades del movimiento asociativo. En su elaboración hemos contado con todos estos sectores y, de forma destacada, con la Federación Salud Mental Castilla y León. Seguiremos en contando con vosotros en su seguimiento y, también, en la elaboración de la nueva Estrategia de Salud Mental de Castilla y León que, espero, podamos aprobar este año 2022.

Por todo ello, me parece muy acertada la publicación por la Federación Salud Mental de Castilla y León de esta Guía de prevención del suicidio y felicito especialmente al equipo profesional de Asovica Salud Mental Soria por su elaboración y por la claridad de sus contenidos. Esta Guía se suma a otras iniciativas desarrolladas en este sentido por las Asociaciones que forman parte de la Federación de salud Mental de Castilla y León, como son los talleres "Cuando vivir duele" realizados en León, las iniciativas de prevención del suicidio en jóvenes y de creación de un grupo de supervivientes de suicidio en Palencia, o el apoyo a la rehabilitación en diversos centros penitenciarios.
Las conductas suicidas, las ideas, las tentativas, el suicidio consumado están condicionadas por varios factores de riesgo que actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida. Conocemos esos factores de riesgo los intentos previos, la desesperanza y, con frecuencia, los trastornos mentales, las pérdidas recientes, los problemas económicos o la ausencia de apoyo familiar y social. Pero también conocemos factores protectores: aquellos que protegen a las personas y disminuyen la probabilidad de una conducta suicida en presencia de factores de riesgo. Algunos están relacionados con características psicológicas personales (confianza, autoestima, flexibilidad cognitiva o habilidad en la resolución de conflictos o problemas); otros dependen del entorno: la fuerza y calidad del apoyo familiar y social, relaciones personales sólidas, los valores culturales, y las creencias y prácticas religiosas; la formación de docentes y educadores; o el acceso a servicios sanitarios.

La Guía analiza detalladamente estos factores y aporta criterios de intervención de los distintos profesionales, añadiendo un novedoso protocolo de intervención después de la conducta suicida. Quiero destacar, también, el apartado sobre Mitos y realidades de la conducta suicida pues el tabú acerca del suicidio y el estigma asociado, constituyen, según los expertos, importantes obstáculos para que las personas en riesgo pidan ayuda.
No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas, aunque sabemos que el comportamiento suicida indica una infelicidad profunda. Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida. Por eso, en su prevención, es muy importante disponer de estrategias integrales de carácter intersectorial que permitan actuar sobre todos estos factores, como hemos intentado concretar en la Estrategia de prevención del Gobierno de Castilla y León y a la que se añade esta Guía de la Federación Salud Mental.
Como señalaba la ex directora general de la OMS, "Una sola vida perdida por suicidio ya es demasiado. El camino a seguir consiste en actuar juntos, y el momento de actuar es ahora".

Alejandro Vázquez Ramos
Consejero de Sanidad.

1 Introducción



1.1. ¿Por qué esta Guía?

El suicidio se puede prevenir. Esta es la premisa con la que queremos comenzar esta Guía y la que nos motiva a plantear estrategias para trabajar en los aspectos preventivos. Debemos de tener en cuenta que la conducta suicida constituye uno de los principales problemas de salud pública en cualquier país debido al gran número de personas afectadas cada año.

En España, en 2020 el suicidio fue, de nuevo, la principal causa externa de mortalidad. Fallecieron 3.941 personas (2.930 hombres y 1.011 mujeres), un 7,35% más que en 2019. En Castilla y León fueron 228 personas quienes decidieron quitarse la vida

Por todo ello, es preciso sensibilizar sobre la trascendencia del suicidio y orientar a aquellas personas que puedan encontrarse en situaciones de riesgo, así como a sus familiares, para que les sepan prestar un apoyo efectivo en esos momentos tan complicados.

Es imprescindible acabar con los mitos e ideas erróneas sobre el suicidio para facilitar la desestigmatización y culpabilización de la conducta suicida y, con ello, facilitar que las personas con ideaciones suicidas pidan ayuda.

1.2. Objetivos de la Guía

Con la elaboración de esta Guía pretendemos ampliar el conocimiento acerca de la conducta autolítica, la aplicación de estrategias de promoción, prevención y detección precoz de la misma, así como reducir la incidencia, prevalencia e impacto de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio) a través de un sistema integrado y eficiente de prevención, intervención y postvención desarrollado en nuestro movimiento asociativo SALUD MENTAL.

Los objetivos más concretos de la Guía son:

1. Incrementar la detección precoz de las personas con ideación /planificación/comportamiento suicida en los servicios del movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León.
2. Prevenir las conductas suicidas y disminuir las tasas de suicidio.
3. Desarrollar e implementar estrategias para la prevención del suicidio dentro del movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León.
4. Aumentar la protección de las personas con elevado riesgo de suicidio, detectando precozmente el riesgo suicida y abordando y tratando adecuadamente las conductas suicidas.
5. Mejorar la lucha contra el estigma de los problemas de salud mental.
6. Mejorar la atención a las personas supervivientes del suicidio.
7. Sensibilizar e informar sobre la conducta suicida y su prevención.
8. Promover el desarrollo de acciones formativas y de intervención para profesionales, familiares, personas con problemas de salud mental y población general, dirigidas a la detección y la atención de las personas con conductas suicidas.
9. Proporcionar apoyo a través de la postvención a profesionales y a las familias afectadas por el suicidio de un ser cercano.
10. Garantizar la mejor respuesta ante el intento de suicidio mediante el establecimiento de procedimientos o protocolos de actuación.
11. Mejorar el conocimiento práctico de las conductas autolíticas a partir de análisis de casos y autopsias psicológicas.

1.3. Comité de elaboración

En la elaboración de la presente guía ha participado el equipo psicológico de nuestra asociación Salud Mental Soria Asovica, formado por los y las siguientes profesionales:

- **Natalia Briongos Hernández.** Licenciada en Psicología. Psicóloga General Sanitaria. Gerente Salud Mental Soria Asovica.
- **Rebeca Caballero Escalada.** Licenciada en Psicología. Psicóloga Salud Mental Soria Asovica.
- **Javier Díez Saiz.** Doctor en Psicología. Licenciado en Psicología. Miembro titular de la Asociación Española de Terapia Gestalt (AETG). Psicólogo Salud Mental Soria Asovica.
- **Mª Luz Gadea Casas.** Licenciada en Psicología. Psicóloga Fundación Fadess (Soria).
- **Marcos Gómez Romero**. Licenciado en Psicología. Máster en Terapia Familiar Sistémica. Director Residencia Asovica.
- **Macarena Martínez Martínez**. Licenciada en Psicología. Máster Universitario en Terapia de Conducta. Psicóloga Residencia Asovica.

2 Epidemiología de la conducta suicida



La conducta suicida es uno de los principales problemas de salud pública, y se puede producir a cualquier edad. El suicidio se puede prevenir. En 2020, último año del que se tienen datos oficiales procedentes del Instituto Nacional de Estadística (INE), fallecieron en nuestro país 3.941 personas por suicidio (2.930 hombres y 1.011 mujeres). El aumento global es de 7'35% (5'74% más en hombres y 12'33% en mujeres). En Castilla y León fueron 228 personas quienes decidieron quitarse la vida.

El suicidio constituye en España la primera causa de mortalidad por causas externas, casi triplica el número de fallecimientos por accidente de tráfico

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

- La OMS reconoce el suicidio como una prioridad de salud pública.
- Cerca de 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo, lo que supone una tasa de mortalidad de 16 por 100.000, o una muerte cada 40 segundos.
- Por cada 20 intentos de suicidio, se produce un suicidio consumado. Un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.
- El suicidio es la segunda causa de muerte entre adolescentes y personas jóvenes adultas (en el grupo de 15 a 24 años).
- La conducta suicida tiene un fuerte impacto en el entorno más próximo de la persona, repercutiendo de manera importante sobre familiares y convivientes.
- El 78% de los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos.
- Una alta proporción de las personas que han sobrevivido a un intento de suicidio o que han muerto por esta causa, han padecido un trastorno de salud mental.

Datos del Instituto de Estadística

- En España se producen 11 suicidios al día.
- Se registra un suicidio cada 2¼ horas.
- En 2020 el número de suicidios en España alcanzó el máximo histórico desde que se tienen datos.
- La tasa de suicidio en hombres es 3'1 veces mayor que la de mujeres.
- El suicidio en mujeres de 50 a 59 años ha aumentado un 27% respecto a 2019.
- En España fallecen por cada suicidio casi el triple de personas que por accidentes de tráfico, 13,6 veces más que por homicidios y 90 veces más que por violencia de género.
- Los expertos calculan que más de 8.000 personas intentan quitarse la vida cada año y como consecuencia de ello sufren secuelas psíquicas y físicas. Son población de alto riesgo.
- El mayor número de suicidios (1.608, 41%) se produce entre los 40 y los 59 años.
- Más de 1.000 suicidios al año se producen entre mayores de 70 años (1.036, 26%).
- El riesgo de suicidio aumenta con la edad. El suicidio en mayores de 79 años ha aumentado un 20% respecto a 2019, tanto en hombres como en mujeres.
- En edades tempranas el riesgo de suicidio está en aumento. En población adolescente existen cambios de comportamiento que indican un estado de alarma.
- El ahorcamiento es el método utilizado en casi la mitad de los suicidios, seguido de saltar desde un lugar elevado.
- Las mujeres lo intentan tres veces más que los hombres, pero los hombres lo consuman tres veces más que las mujeres.
- En personas mayores, el empeoramiento de la salud y de las capacidades cognitivas y los sentimientos de soledad pueden ser factores desencadenantes.

Los datos de Castilla y León

- 228 castellanos/as y leoneses/as se suicidaron en 2020 (177 hombres y 51 mujeres). Se registra un aumento del 4'5% respecto al 2019 (algo inferior al del conjunto nacional, 7'35%).
- Las tasas de suicidio ajustadas por edad son ligeramente superiores en Castilla y León que en España: 6'79 por 100.000 habitantes, frente a 6'38.
- El 90% tenía un trastorno mental, generalmente una depresión.

Otros datos epidemiológicos de interés

- Un tercio de las personas que han intentado suicidarse volverá a intentarlo en el período de un año.
- El 10% de las personas que amenazan o intentan suicidarse finalmente se quitan la vida.

El suicidio no es un acto de egoísmo ni de cobardía, es el desenlace de un proceso

Según los expertos, cuando alguien ejecuta la decisión de suicidarse (es decir, segundos antes de realizar la acción) se produce una reacción de "cortocircuito" en la persona; podría decirse que sufre "enajenación mental transitoria" donde "fracasa el instinto de supervivencia".

2.1. Comorbilidad con otros trastornos mentales asociados

La persona que decide suicidarse no tiene por qué mostrar ningún trastorno mental. Sin embargo, es cierto que **un 90% de los intentos de suicidio suele tener de base algún trastorno mental,** patología o condición incurable.

1. Depresión

El trastorno mental más común en los casos de suicidio es, sin duda, la depresión. **La depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo**.

La depresión es un poderoso predictor de intentos de suicidio y de suicidios consumados

Más del 65% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión. El porcentaje de personas con depresión que mueren por suicidio es del 15%. Cerca del 80% de personas con depresión en algún momento presentan ideación de suicidio. Entre el 14% y el 50% de ellos realizan alguna conducta suicida.

Sin embargo, las investigaciones muestran que entre un 13% y un 40% de las personas que se suicidan no cumple con los criterios diagnósticos de Trastorno por Depresión Mayor.

Hay pruebas de que el riesgo de suicidio, a veces, puede aumentar a medida que la depresión desaparece. Esto puede ser debido a que las personas con depresión severa comienzan a experimentar mejoría y un retorno de la energía. Durante este período de tiempo, denominado "período ventana", la persona está todavía deprimida pero con la energía suficiente como para llevar a cabo un intento de suicidio. De todos modos, esto no significa que una persona profundamente deprimida esté fuera de peligro.

2. Abuso de sustancias, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad...

Alrededor de un 10% tiene otros diagnósticos como, trastorno por uso de sustancias (por ejemplo, alcoholismo), esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar o trastornos de la conducta alimentaria.

Las personas con **trastorno límite de la personalidad**, por ejemplo, ya sea con o sin depresión, son dos veces más propensas a intentar suicidarse que las personas diagnosticadas solamente con depresión. Entre el 8-10% de estas personas mueren por suicidio y un 70% lo intentan al menos una vez en la vida.

En las personas que padecen **esquizofrenia**, el suicidio es la principal causa de muerte prematura: las tasas de suicidio oscilan entre 3-6%, una tasa que es entre 20 y 50 veces mayor que en la población general.

El **alcoholismo** es un factor de altísimo riesgo, pero además es un factor precipitante. Está presente en el 25%-58% de los suicidios consumados. Quienes lo consumen tienen entre 6 y 14 veces más posibilidades de suicidio que la población general.

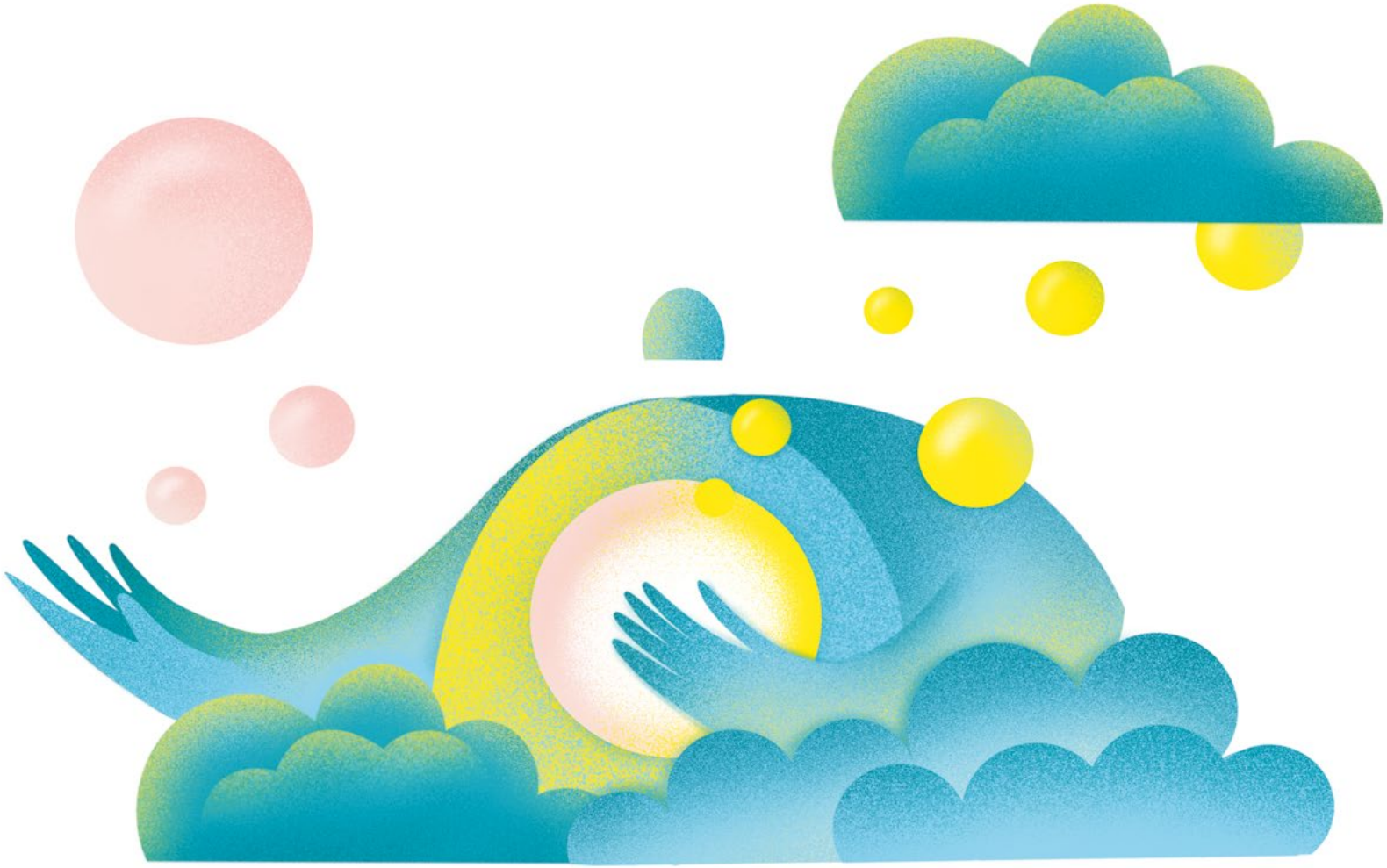
Entre el 25% y el 38% de las personas con **trastornos de la conducta alimentaria** refiere conductas autolíticas. La prevalencia de autolesiones en estas personas se sitúa entre el 25% y el 55%. El riesgo de cometer suicidio aumenta ocho veces ante la presencia de anorexia nerviosa y 5 veces en bulimia nerviosa.

3. Suicidios por causas 'subclínicas'

Entre un 5% y un 10% de las personas no tiene ningún trastorno mental identificable. Suponemos que probablemente padecen "síntomas subclínicos", es decir, presentan algunos síntomas de uno o más trastornos mentales, pero no se llegan a cumplir los criterios diagnósticos por completo.



3 Mitos y realidades acerca de la conducta suicida



Los mitos son criterios culturalmente aceptados y arraigados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto a la conducta suicida

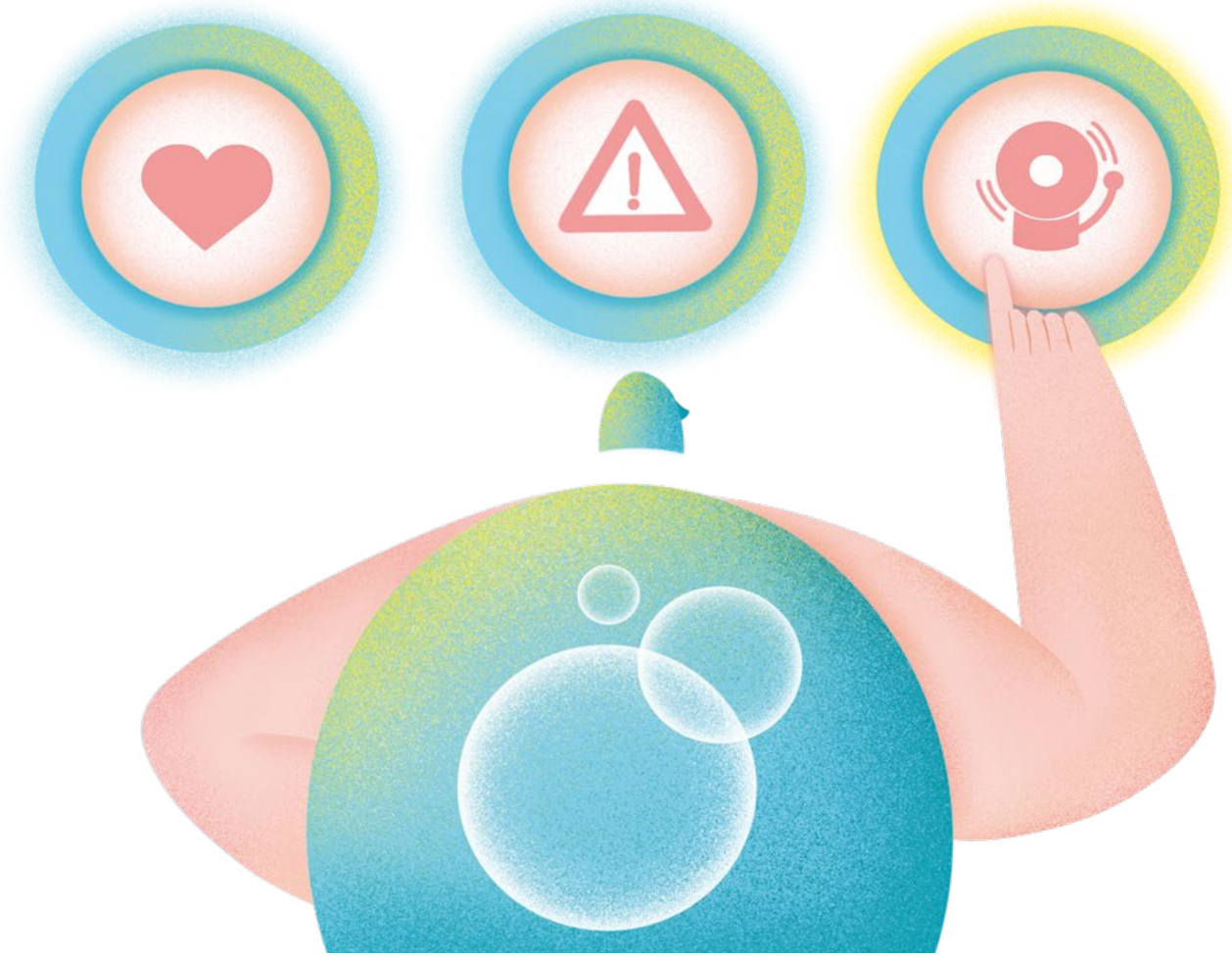
Estos mitos no ayudan en nada a la persona o a sus familiares e incluso a los profesionales; es más entorpecen la prevención de dicha conducta y, por lo tanto, deben ser eliminados para poder afrontar eficazmente este grave problema.

MITO	REALIDAD
"Hablar de suicidio incita a las personas a consumarlo"	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 para el análisis de sus propósitos autodestructivos. Es muy importante permitir la expresión de la idea suicida.
"Las personas que se autolesionan solo quieren llamar la atención, no quieren quitarse la vida"	Las autolesiones son una estrategia no adaptativa de autorregulación; las personas las realizan para aliviar una situación de intenso sufrimiento y frustración. Los estudios indican que puede haber una evolución de la letalidad de los intentos.
"Si alguien quiere suicidarse realmente no hay nada que hacer"	La persona que quiere suicidarse no quiere morir sino aliviar un intenso sufrimiento. La desesperanza provoca una visión en túnel. Los estados de ánimo son transitorios.
"El que lo dice no lo hace"	La casi totalidad de las personas que tienen una tentativa de suicidio ha hablado de ello, y el resto lo ha dejado entrever por cambios en su comportamiento.
"Cuando se mejora después de una tentativa ya no hay riesgo"	Durante los 90 días posteriores, tras una tentativa, el riesgo de suicidio sigue siendo elevado incluso tras un alta hospitalaria.
"El que se suicida es un/a cobarde/valiente"	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 imitada.

MITO	REALIDAD
“Si se reta a un/a suicida no lo intenta”	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. Transmitimos falta de comprensión y capacidad para manejar la situación.
“Las personas que se quieren suicidar nunca emiten señales de lo que van a hacer”	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, y 2 de cada 10 personas piden ayuda el mismo día que realizan el suicidio. Casi siempre existen signos directos o indirectos, verbales o no verbales, pistas o advertencias de riesgo suicida.
“Todo aquel que lo intenta una vez estará en peligro toda su vida”	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.
“Los medios de comunicación no deben hablar del suicidio para evitar ‘el efecto llamada’”	La publicación de información de manera adecuada y responsable, por parte de los medios, es fundamental y puede ayudar a prevenir el suicidio (Efecto Papageno).



4 Factores de protección, factores de riesgo y señales de alerta



4.1. Factores de protección

Existen una serie de situaciones personales, familiares y sociales que disminuyen la probabilidad de aparición de pensamientos, intentos y/o conductas suicidas. Cuantos más factores de protección concurran en una misma persona menor será la probabilidad de que la persona realice un intento o una conducta suicida. Por lo tanto, es muy importante promover y reforzar estos factores para así prevenir la conducta suicida.

Los intentos de suicidio pueden verse influídos por una serie de factores que pueden suavizar, proteger y disminuir su riesgo

Se pueden dividir en:

- Factores de protección personales.
- Factores de protección familiar.
- Factores de protección social.

1. Factores de protección personales

- Habilidades de comunicación.
- Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa.
- Habilidades para las relaciones sociales e interpersonales.
- Capacidad de búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades.
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas.
- Tener confianza en uno/a mismo/a.
- Flexibilidad cognitiva.
- Tener valores positivos como el respeto, la solidaridad, la amistad, la cooperación, la justicia, etc.
- Hábitos saludables como comer sano, hacer ejercicio o higiene del sueño, entre otros.
- Creencias religiosas.

2 . Factores de protección familiar

- Apoyo familiar caracterizado por una cohesión alta.
- Tener hijos/as u otras personas dependientes, sobre todo en el caso de las mujeres.

3. Factores de protección social o medioambiental:

- Red social de apoyo y soporte de calidad y consistencia.
- Tener amigos y amigas.
- Inclusión social.

En personas con problemas de salud mental previos, tener un tratamiento permanente y a largo plazo es un factor protector ante el suicidio.

A lo largo de nuestra vida con el contacto con los demás y las decisiones que tomamos vamos adquiriendo capacidades para manejar nuestras emociones, para gestionar los obstáculos que encontramos. Así vamos desarrollando una inteligencia emocional que engloba ciertas habilidades que nos ayudan a protegernos frente a los pensamientos negativos o depresivos

4.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos cuya presencia o ausencia aumenta o disminuye el nivel de riesgo suicida. Son de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. Se pueden dividir en los siguientes campos:

- Factores de riesgo individuales.
- Factores de riesgo familiares y contextuales.
- Otros factores.

1. Factores de riesgo individuales

– **Trastornos mentales**. El suicidio se asocia, con frecuencia, a la presencia de trastornos mentales:

- **Depresión.** El más comúnmente asociado con la conducta suicida, supone un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general.
- **Trastorno Bipolar**. El riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas. Entre el 20% y el 58% de las personas con trastorno bipolar intenta el suicidio.

- **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.** El diagnóstico de esquizofrenia presenta mayor riesgo. Se estima que entre el 25-50% hará un intento de suicidio a lo largo de su vida.
- **Trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias.** Ejerce un papel significativo ya que el riesgo de suicidio es seis veces mayor que en la población general.
- **Trastornos de ansiedad**. Pueden asociarse con tasas elevadas de suicido, tentativas y suicidio consumado, duplicando el riesgo de suicidio. La gravedad del síntoma de ansiedad se asocia con un aumento de la ideación e intentos suicidas.
- **Trastornos de la conducta alimentaria.** La anorexia nerviosa es la que presenta mayor riesgo de suicidio, sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía. La prevalencia de autolesiones en personas con trastornos de la conducta alimentaria se sitúa entre el 25% y el 55%.
- **Trastornos de personalidad.** Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad. En torno al 70% de las personas con trastorno límite de personalidad lo intenta al menos una vez en la vida.

La presencia de un trastorno mental es uno de los factores de riesgo de suicidio más importantes

– Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la dificultad de resolución de problemas, la desesperanza y la rigidez cognitiva. Todas ellas varían en función de la edad, siendo la desesperanza la de mayor riesgo. Entre los rasgos de personalidad más influyentes cabe destacar la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. Su detección puede ser marcador útil de riesgo de suicidio.

– Intentos previos de suicidio: La ideación suicida y planificación aumenta considerablemente el riesgo de suicidio. Los intentos previos son el predictor más fuerte.

– Edad: La adolescencia y edad avanzada son los momentos con más riesgo, siendo los ancianos los que presentan mayores tasas de suicidio.

El suicidio en la adolescencia supone un problema de salud pública de primer orden como primera causa de mortalidad a esas edades.

– Género: Los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos.

– Factores genéticos y biológicos: La conducta suicida se asocia con niveles bajos de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo.

– Enfermedad física o discapacidad:
- Dolor derivado de una enfermedad crónica.
- Pérdida de movilidad.
- Desfiguración.
- Cáncer. Los enfermos de cáncer presentan una similar prevalencia de ideación suicida que la población general, aunque con mayores tasas de suicidio.
- VIH. Dada la mejoría en su pronóstico desde la introducción de los antirretrovirales, la tasa de mortalidad por suicidio disminuyó notablemente.
- Esclerosis múltiple. Las tasas de mortalidad son aproximadamente el doble que en la población general.
- La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios, y en el 80% cuando se presenta en persona de edad avanzada.

2. Factores de riesgo familiares y contextuales:

– Historia familiar previa de suicidio: Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo, especialmente en el género femenino, y cuando el intento o el suicidio consumado se ha producido en un familiar de primer grado.

– Eventos vitales estresantes: Pueden ser factores desencadenantes en personas que presentan otros factores de riesgo y/o situaciones estresantes como:
- Pérdidas personales: divorcio, separación y muertes.
- Pérdidas financieras: pérdidas de dinero o de trabajo.
- Problemas legales.
- Acontecimientos negativos: conflictos y relaciones interpersonales.

– Factores socio familiares y ambientales:

- Apoyo sociofamiliar: Existe mayor riesgo entre personas solteras y divorciadas, que viven solas o carecen de apoyo social, y principalmente en los hombres durante los primeros meses de pérdida (separación, divorcio o viudedad).
- Nivel socioeconómico, educativo y situación laboral: pérdida de empleo, pobreza y nivel educativo bajo presentan alto riesgo. 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.
- Etnia: No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio. Sin embrago, si se ha observado que poblaciones de emigrantes presentan primero las tasas de suicidio del país de origen y, con el paso del tiempo, adoptan los valores del país de residencia.
- Religión: La afiliación y actividad religiosa parecen proteger del suicidio ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas.

– Exposición (efecto Werther o llamada): La exposición a casos de suicidio cercano o a determinadas informaciones sobre el suicidio. Es necesario no presentar el suicidio como algo positivo o como un medio; no culpabilizar, ni emplear sensacionalismos.

El suicidio debe ser visibilizado como efecto preventivo, como indica el efecto Papageno. Se debe abordar de forma prevenible y desde una visión 'positiva' para reforzar las opciones de supervivencia.

3. Otros factores:

– Historia de maltrato físico o abuso sexual: Las comorbilidades son frecuentes en personas con abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida. Los suicidios consumados en adolescentes son seis veces más frecuentes en quienes han sido víctimas de abuso infantil. Las mujeres que experimentan violencia de género (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.

– Orientación sexual: Parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes, debido a varios factores: discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad, falta de apoyo, abuso de alcohol, depresión y desesperanza.

– Acoso por parte de iguales o bullying: En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como de ideación y conductas suicidas. 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 y el intento de suicidio.

– Fácil acceso a armas/sustancias tóxicas: Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo.

Todo lo anterior debe hacernos ver la gran importancia que tiene trabajar en la prevención del suicidio desde muy diversos ámbitos. Se ha de procurar que el suicidio no sea visto como una alternativa deseable o impactante sino como algo a evitar, y se ha de invertir en la prevención en los entornos educativos y en los medios de comunicación, a partir de la observación de diferentes maneras de afrontar dificultades.

En lo que respecta a nivel informativo o periodístico, cabe destacar la necesidad de dar la menor información posible del hecho en cuestión pero sin hacer de esta acción un hecho simple; evitar elementos morbosos y el tratamiento sensacionalista. Podría ser de utilidad presentar posibles mecanismos de ayuda o alternativas de actuación a personas en su misma situación, o bien testimonios de casos en que se hayan encontrado alternativas al suicidio.

4.3. Señales de alerta

Al hablar de señales de alerta nos referimos a una serie de signos y síntomas que hacen posible la detección del riesgo suicida. Es muy importante conocer cuáles son estas señales de alerta para minimizar el riesgo de aparición de un intento suicida. Se pueden dividir en alertas no verbales y verbales.

Una señal de alerta puede ayudar a indicar que una persona podría estar en un mayor riesgo de suicidio

1. Alertas no verbales

A su vez se pueden dividir en tres factores: estados de ánimo, sentimientos y pensamientos, y comportamientos.

1.1. Estados de ánimo: Tres rasgos en particular son característicos del estado de ánimo de las personas con riesgo suicida:

- Ambivalencia. En la mayoría de las personas existe una mezcla de sentimientos en torno a cometer suicidio. El deseo de vivir y el de morir libran una batalla desigual en el suicida. Existe urgencia de alejarse del dolor que representa vivir, junto con un trasfondo del deseo de vivir. Muchas personas con riesgo suicida en realidad no desean morir, simplemente no están contentas con la vida. Si se suministra apoyo y se aumenta el deseo de vivir, disminuirá el riesgo de suicidio.
- Impulsividad. El suicidio es también un acto impulsivo. Como cualquier otro impulso, el de cometer suicidio es transitorio y dura unos pocos minutos u horas. Usualmente se desencadena con los acontecimientos negativos del día a día. Calmando esas crisis y tratando de ganar tiempo, el profesional puede ayudar a reducir el deseo de suicidarse.
- Rigidez. Sus pensamientos, sentimientos y acciones son rígidos. Piensan constantemente en el suicidio y son incapaces de percibir otras formas de salir del problema. Su pensamiento es drástico. La mayoría de las personas con riesgo suicida comunican sus pensamientos e intenciones suicidas. A menudo lanzan señales y hacen comentarios sobre "querer morir", "sentirse inútiles" y demás. Todas esas solicitudes de ayuda no deben ser ignoradas.

1.2. Sentimientos y pensamiento: Hay algunos sentimientos que se dan en la mayoría de las personas que tienen pensamientos suicidas y que pueden servir de señales de alerta.A menudo estas personas se sienten incapaces de:

- Superar el dolor.
- Escapar de la tristeza.
- Pensar claramente.
- Imaginar un futuro sin sufrimiento.
- Tomar decisiones.
- Valorarse a sí mismas.
- Ver alternativas.
- Controlar la situación.
- Dormir, comer o trabajar.
- Encontrar a alguien que les preste atención.
- Salir de la depresión.

SENTIMIENTO / PENSAMIENTO	MANIFESTACIÓN VERBAL
Triste/deprimido Solitario Indefenso Desesperado Despreciable	"Desearía morir" "Estoy solo/a" "No puedo hacer nada" "Esto no tiene solución" "No valgo para nada, tengo la culpa de todo"

1.3. Comportamientos: Los siguientes comportamientos pueden indicar que hay una posible ideación o plan suicida:

- Cambio repentino en su conducta que puede ir en dos sentidos: aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, pesimismo, depresión o apatía; o bien cese repentino de la angustia tras un periodo previo de angustia/excitación.
- Comportamiento retraído.
- Cambios en hábitos alimenticios y/o del sueño.
- Ansiedad o pánico.
- Intento de suicidio anterior.
- Lesiones recientes.
- Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- Deseo súbito de arreglar asuntos pendientes, preparación de documentos (testamento, seguro de vida, etc.).
- Otras conductas sospechosas: visitar o llamar a personas para despedirse; tener escondido el método para lograrlo; dirigirse hacia un lugar que no es visitado habitualmente o ingerir bebidas alcohólicas en cantidades y con una frecuencia elevada.

2. Alertas verbales

Las siguientes expresiones podrían estar alertando que hay una ideación suicida:

- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo/a o sobre su vida. Ejemplos: “No valgo para nada”, “Esta vida es un asco”, “Mi vida no tiene sentido” , “Estaríais mejor sin mí”, “Soy una carga para todo el mundo”, “Toda mi vida ha sido inútil”, “Estoy cansado/a de luchar”.
- Despedidas verbales o escritas. Ejemplos: “Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”.
- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro. Ejemplo: “Lo mío no tiene solución”, “Quiero terminar con todo”, “Las cosas no van a mejorar nunca”.
- Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte. Ejemplo: “Me gustaría desaparecer”, “Quiero descansar”, “No deseo seguir viviendo”, “Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto/a”, “Quiero quitarme la vida, pero no sé cómo”, “Nadie me quiere y es preferible morir”, “No merece la pena seguir viviendo”, “Después de pensar mucho ya sé cómo quitarme de en medio”

5 Factores precipitantes



Existen una serie de eventos o situaciones que pueden provocar un estrés intenso en un determinado momento y precipitar una conducta suicida. Algunos son comunes en los distintos grupos de edad y otros son más frecuentes en unas etapas de la vida o en otras.

En la adolescencia, los conflictos en el ámbito familiar y dentro del grupo de iguales pueden ser un factor precipitante común. En la etapa adulta, los factores precipitantes suelen estar relacionados con la pérdida del bienestar socio- económico y, en la ancianidad, principalmente suelen asociarse a la soledad y a cambios negativos en el estado físico y de salud.

Son factores que agudizan la inestabilidad emocional y aumentan el sufrimiento generando un desequilibrio que conlleva un mayor riesgo de suicidio y que hacen precisa una mayor atención

1. Acontecimientos vitales estresantes

Los diferentes estudios demuestran que 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:

- 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 trastornos mentales, los conflictos interpersonales y la pérdida de seres cercanos.
- Los problemas familiares y las dificultades laborales actúan como factores de riesgo para el suicidio consumado tanto en varones como en mujeres.
- Entre las personas jóvenes, 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 y la soledad y la jubilación.

2. Desesperanza

La desesperanza es uno de los factores con mayor peso. Niveles elevados correlacionan directamente con un mayor número de intentos de suicidio, en mayor medida que con la depresión.

Las personas con ideaciones suicidas o intentos de suicidio tratan de comunicar de forma desesperada que no desean seguir viviendo como viven y que se han cansado de luchar.

3. Acoso (bullying)

- El acoso o bullying tiene efectos en la salud mental de los niños, niñas y personas jóvenes que lo experimentan. Se ha demostrado que el acoso escolar se relaciona directamente con la ideación suicida y los intentos de suicidio.
- Se ha llegado a estimar que entre el 15% y el 35% de las personas jóvenes ha sido víctima de ciberbullying.
- Las personas víctimas de ciberbullying tienen más probabilidades de autolesionarse; más probabilidades de mostrar conductas suicidas, de intentar suicidarse y más probabilidades de tener ideación suicida.

4. Maltrato físico y abuso sexual

- 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 y niñas que sufren abusos físicos en la adolescencia tienen un mayor riesgo de padecer síntomas depresivos, ideación suicida, abuso de alcohol y abuso físico de sus propios hijos e hijas, o convivientes posteriormente en su vida.

5. 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.
- Las mujeres en riesgo de ser agredidas por su pareja tienen una probabilidad significativamente mayor de presentar intentos suicidas durante su vida.
- 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, a su vez, una asociación entre agresor y suicidio: en España, el 21,9% de los agresores realizaró un intento de suicidio y el 16,4% lo consumó tras asesinar a su pareja.

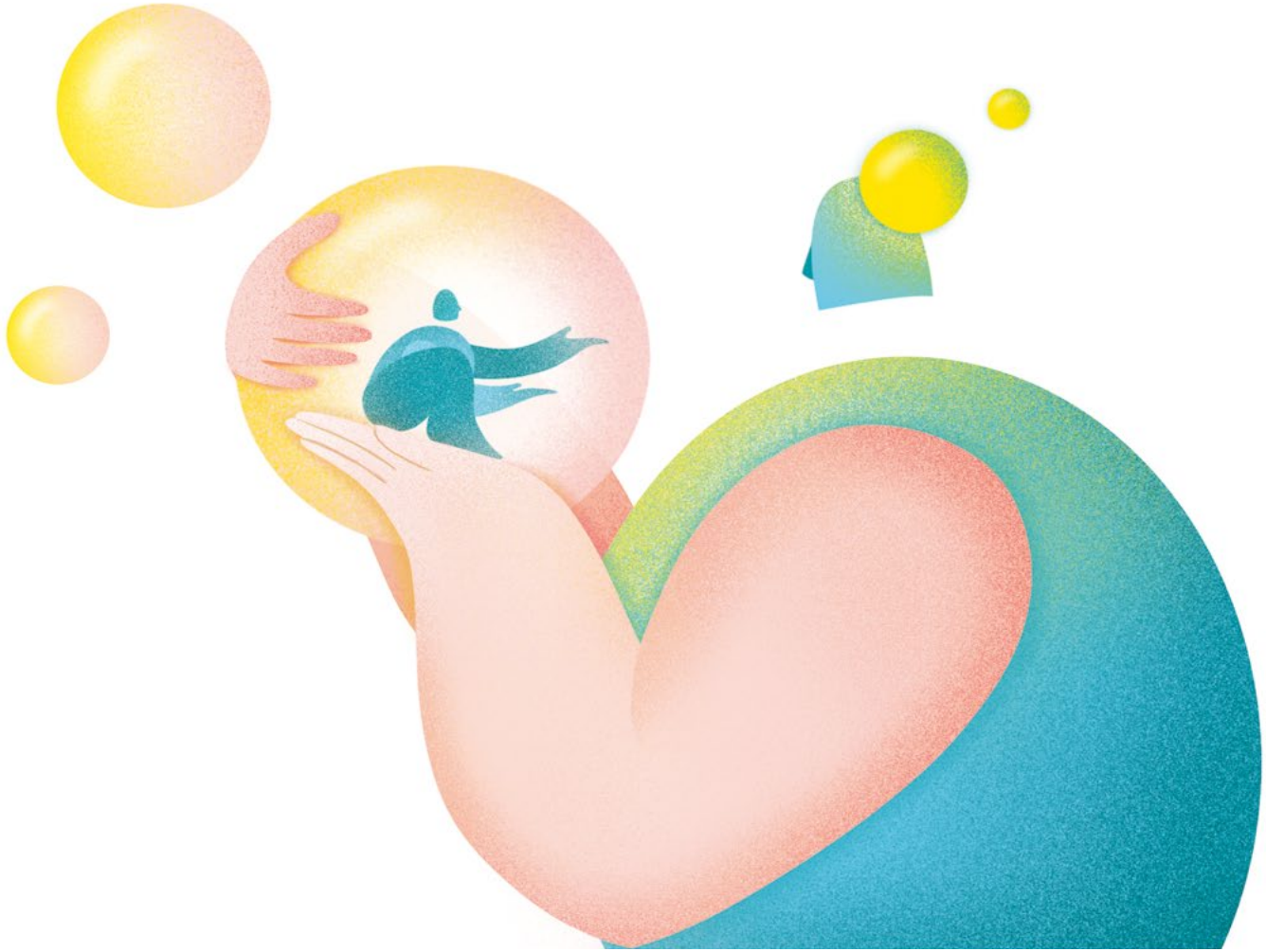
6. No aceptación de la identidad sexual

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





6 Estrategias de comunicación con personas de riesgo



A continuación, se indican algunas estrategias de comunicación y habilidades de comunicación verbal y no verbal necesarias para establecer una adecuada relación terapéutica con la persona que presenta riesgo suicida. Son las siguientes:

1. Cómo comunicarse: Se requiere un acercamiento tranquilo, abierto, respetuoso, afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación. Describimos aquí algunas estrategias útiles:

- Escuchar atentamente, permaneciendo calmado/a.
- Entender los sentimientos de la persona (sintiendo empatía).
- Transmitiendo mensajes no verbales de aceptación y respeto.
- Expresando respeto por las opiniones y valores de la persona.
- Hablando honesta y genuinamente.
- Demostrando interés, preocupación y calidez.
- Centrándose en los sentimientos de la persona.
- Identificándose con las emociones.
- Preocupándose por la discreción.

2. Cómo no comunicarse: hay algunas formas de comunicación que no favorecen el establecimiento de una buena sintonía comunicativa. Son las siguientes:

- Interrumpir con demasiada frecuencia.
- Escandalizarse o emocionarse.
- Manifestando que está ocupado.
- Siendo condescendiente.
- Haciendo comentarios indiscretos o poco claros.
- Haciendo preguntas tendenciosas.
- Juzgando.

Todas estas estrategias de comunicación acercan a los/las profesionales a la persona con riesgo suicida, que se siente apoyada y evita en un gran porcentaje que se realice un intento suicida.

Es fundamental hablar abiertamente sobre la idea de suicidio que tiene la persona.

Respecto a otras estrategias de comunicación, recomendamos ver más adelante el punto de Preguntas de evaluación y diagnóstico dentro de la intervención del psicólogo/a

7 Niveles de intervención. Esquema general



Con el objetivo de mejorar la intervención y aclarar los distintos papeles que entran en juego en este protocolo de intervención, se definen dos ejes:

Eje 1: El papel de cada profesional. Distingue el trabajo a realizar según el tipo de profesional que realice la intervención.

Eje 2: Intervención en función del nivel de riesgo. Permite clasificar a toda persona en función de su nivel de riesgo, actuando y asignando tareas en función de éste.

Desarrollamos a continuación cada uno de estos ejes:

Eje 1: El papel de cada profesional

Asigna distintas intervenciones a realizar según el tipo de profesional que realice la intervención. Así se distingue entre psicólogo/a y el resto de profesionales. El primer eje nos permite definir distintas funciones, según la especialización profesional, y promueve el trabajo y la responsabilidad de todo el equipo en la finalidad común recogida en este protocolo. Más adelante recogemos instrucciones específicas para cada grupo profesional.

Los y las profesionales deberán recibir formación de acuerdo con sus responsabilidades y obligaciones, así como nociones básicas en primeros auxilios.

Eje 2: Intervención en función del nivel de riesgo

Determina 5 niveles: Cuatro niveles de intervención en función de la valoración de la persona y de la situación, y un nivel 0 de prevención y mejora.

Los niveles de intervención numerados del 0 al 4

Nivel 0: Prevención y mejora
Nivel 1: Universal
Nivel 2: Selectivo
Nivel 3: Actuación
Nivel 4: Post suceso

La valoración del nivel se hará por parte del profesional de referencia de cada persona, contemplando las indicaciones que puedan venir del resto de profesionales. Hay que tener en cuenta que todas las personas usuarias de los recursos de apoyo y soporte social entrarían en la calificación de personas con cierto nivel de riesgo. Implica una necesidad extra de atención a la detección y tratamiento de las ideaciones suicidas y conductas autolíticas.
La definición de los niveles se establece de la manera siguiente:

Nivel 0. Prevención y Mejora

Este nivel está dedicado a la continua revisión y mejora de los protocolos y procesos de actuación. Incluye distintos procesos relacionados con este objetivo:

- Revisión y mejora de los protocolos de actuación
- Análisis de casos y autopsia psicológica
- Elaboración de documentos
- Desarrollo de factores de protección
- Formación y educación de los distintos intervinientes

Nivel 1. Universal

En principio recoge a toda persona usuaria de los recursos de apoyo y soporte social que no ha dado ningún indicio especial que requiera una evaluación más profunda.
Toda persona usuaria será evaluada por su profesional de referencia, quien determinará si debe ser incluida por sus características especiales de riesgo en el nivel 2.

Nivel 2. Selectivo

- Para personas que tienen un mayor riesgo.
- En los recursos de apoyo y soporte social, supone activar un protocolo especial que será determinado en cada caso, y del que se hará partícipe a los y las profesionales con quienes tenga relación.
- Para las personas que viven solas, en un núcleo familiar o de convivencia, se procederá a hacer partícipes a sus familiares o en su caso convivientes, y a su red social de apoyo.
- Las medidas a tomar serán de acuerdo a la gravedad del caso y a los recursos existentes, pero podrán incluir revisión cuidadosa de la medicación, observar indicios sospechosos, hacer que la persona permanezca acompañada la mayor parte posible del tiempo, revisión psicológica periódica, u otras que se consideren oportunas dependiendo de los recursos disponibles.
- En este caso también es importante la coordinación con los servicios y dispositivos de la Red de Salud Mental para informar y, en su caso, que se valore una posible actuación: cambio de medicación, ingreso, consulta u otras.

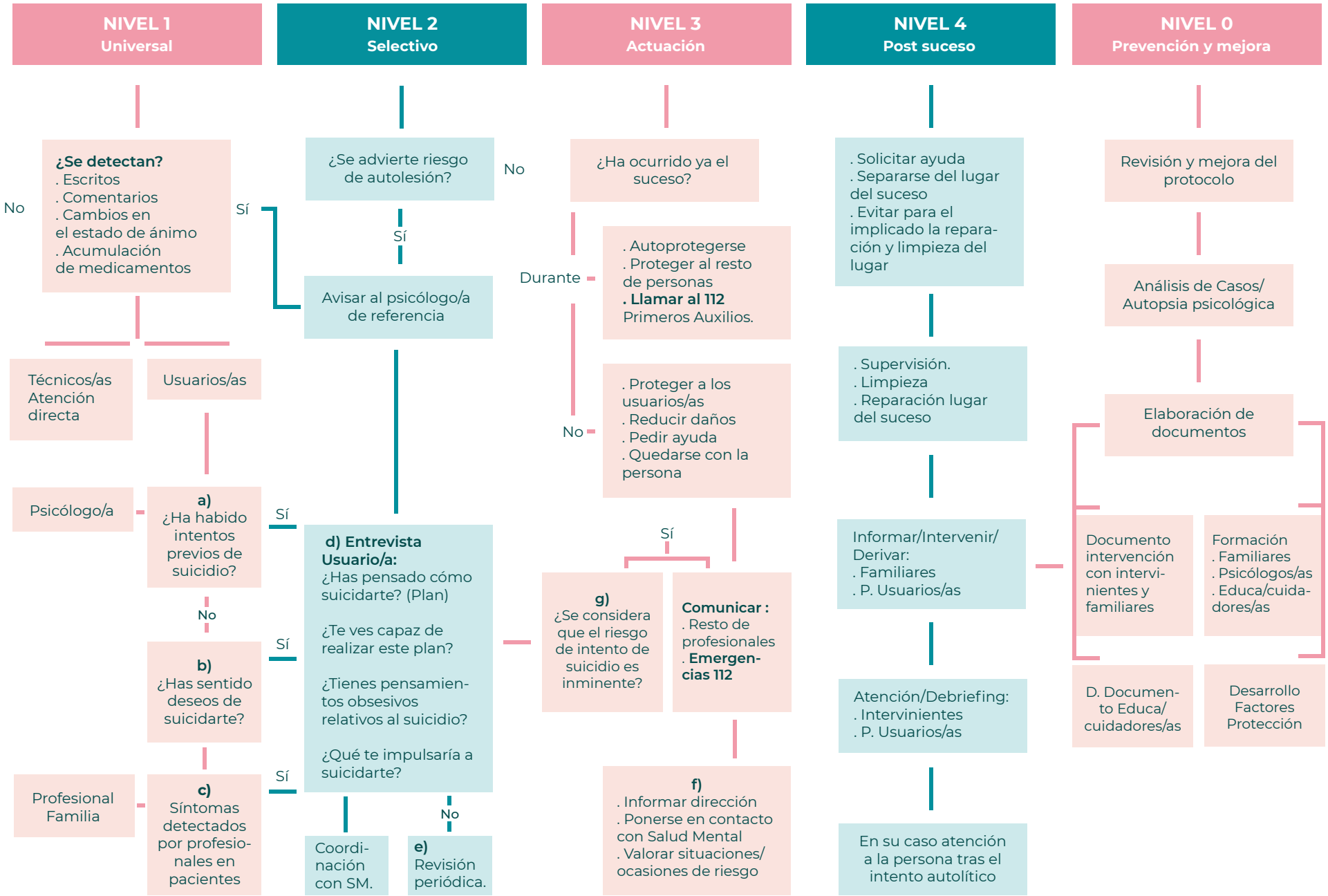
Nivel 3. Actuación

Se refiere este nivel a la actuación en el caso de producirse conductas autolíticas, intentos de suicidio o cuando estos son inminentes.
Las instrucciones básicas son: proteger a las personas usuarias; autoprotegerse y proteger también al "actor" del suceso, así como procurar reducir los daños al máximo.
Se solicitará ayuda al servicio del 112 y se buscará, también, ayuda de otros/as profesionales, y en su caso personas usuarias.
Se pondrán en práctica, si fueran necesarios, los primeros auxilios.

Nivel 4. Post suceso

Este nivel se destina a la actuación posterior al suceso. Requiere una serie de acciones entre las que se señalan:

- Atención, acompañamiento y valoración de urgencia de las personas usuarias que han estado presentes o cercanas a la conducta.
- Si las circunstancias lo permiten, se procederá a la realización de una sesión de apoyo de grupo llevado a cabo por un/a psicólogo/a.
- Limpieza del lugar por personal que no haya tenido que intervenir directamente en el suceso.
- Información temprana al resto de personas usuarias y personal sobre los acontecimientos sucedidos (prevenir rumores e información traumática).
- El apoyo de grupo para intervinientes y personas usuarias, a un plazo de tiempo mayor.
- También se prevé dar apoyo psicológico aquellos familiares que así lo soliciten, así como a profesionales afectados/as.


NIVEL 1
Universal
NIVEL 2
Selectivo
NIVEL 3
Actuación
NIVEL 4
Post suceso
NIVEL 0
Prevención y mejora
¿Se detectan?
. Escritos
. Comentarios
. Cambios en el estado de ánimo
. Acumulación de medicamentos
No
Sí
Técnicos/as Atención directa
Usuarios/as
Psicólogo/a
a) ¿Ha habido intentos previos de suicidio?
No
b) ¿Has sentido deseos de suicidarte?
Profesional Familia
c) Síntomas detectados por profesionales en pacientes
Sí
¿Se advierte riesgo de autolesión?
No
Sí
Avisar al psicólogo/a de referencia
d) Entrevista Usuario/a:
¿Has pensado cómo suicidarte? (Plan)
¿Te ves capaz de realizar este plan?
¿Tienes pensamientos obsesivos relativos al suicidio?
¿Qué te impulsaría a suicidarte?
Coordinación con SM.
No
e) Revisión periódica.
¿Ha ocurrido ya el suceso?
Durante
. Autoprotegerse
. Proteger al resto de personas
. Llamar al 112
Primeros Auxilios.
No
. Proteger a los usuarios/as
. Reducir daños
. Pedir ayuda
. Quedarse con la persona
Sí
g) ¿Se considera que el riesgo de intento de suicidio es inminente?
Comunicar :
. Resto de profesionales
. Emergencias 112
f)
. Informar dirección
. Ponerse en contacto con Salud Mental
. Valorar situaciones/ ocasiones de riesgo
. Solicitar ayuda
. Separarse del lugar del suceso
. Evitar para el implicado la reparación y limpieza del lugar
. Supervisión.
. Limpieza
. Reparación lugar del suceso
Informar/Intervenir/ Derivar:
. Familiares
. P. Usuarios/as
Atención/Debriefing:
. Intervinientes
. P. Usuarios/as
En su caso atención a la persona tras el intento autolítico
Revisión y mejora del protocolo
Análisis de Casos/ Autopsia psicológica
Elaboración de documentos
Documento intervención con intervinientes y familiares
Formación
. Familiares
. Psicólogos/as
. Educa/cuidadores/as
D. Documento Educa/ cuidadores/as
Desarrollo Factores Protección

7.1. La intervención de cada profesional

Todos los equipos profesionales de recursos de apoyo y soporte social a personas con problemas de salud mental basarán su intervención según las indicaciones del protocolo establecido a partir de los niveles anteriormente descritos.

El papel de cada profesional es fundamental en la prevención de las conductas autolíticas y el suicidio

Según el nivel de intervención se realizarán las siguientes actuaciones:

Nivel 0. Prevención

La totalidad de profesionales de la entidad deben conocer la Guía de Prevención y recibir formación específica sobre prevención de conducta suicida en personas con problemas de salud mental (Ver Anexo III), con los objetivos de potenciar el desarrollo de factores de protección en las personas usuarias e identificar posibles factores de riesgo. Además, se realizarán acciones de reciclaje, formación en primeros auxilios y se informará de los cambios y mejoras del protocolo de intervención.

Nivel 1. Universal. Detectar síntomas

En este nivel se informará al psicólogo/a de referencia si se detecta alguno de los siguientes síntomas o indicios:

- Cambios en el estado de ánimo: ambivalencia (batalla entre el deseo de morir o vivir), impulsividad, rigidez (pensamientos, sentimientos, acciones).
- Manifestaciones verbales como: “desearía morir”, “estoy sólo/a”, “no valgo para nada”, “quiero terminar con todo”, etc.
- Acumulación de medicación u otros elementos sospechosos o que supongan riesgo.
- Escritos de despedida o donde refleja sus intenciones.

Nivel 2. Selectivo

En este nivel el/la psicólogo/a indaga sobre estos indicios o síntomas de la persona usuaria y se llevarán a cabo, por todo el equipo de profesionales de atención directa, las indicaciones que realice para la prevención de la conducta suicida, como por ejemplo: que la persona duerma acompañada, asegurarse de la toma de medicación, observar indicios, que la persona esté acompañada el mayor tiempo posible, etc.

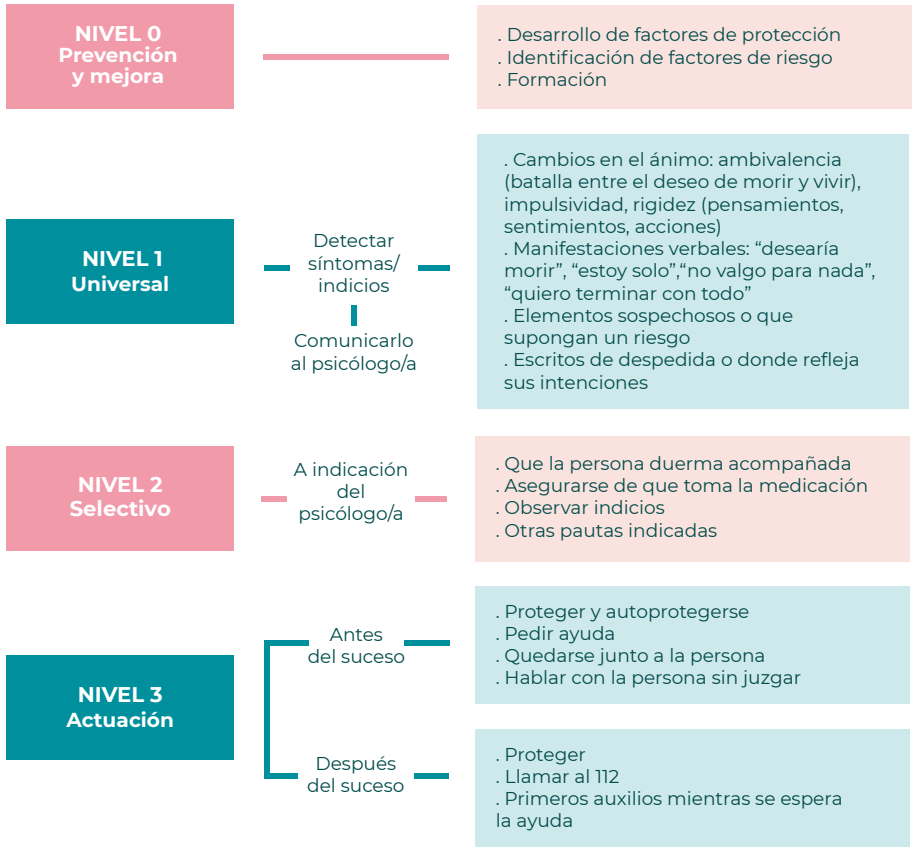
Nivel 3. Actuación

- Cuando el/la profesional se encuentra con una situación de conducta autolítica que aún no se ha consumado se debe regir por el principio PAS (Proteger, Alertar y Socorrer). Tan importante es proteger a la persona como que el profesional se auto-proteja; pedir ayuda de forma inmediata a los compañeros y compañeras y valorar la llamada al 112. Es necesario quedarse con la persona y hablar con ella sin juzgar la situación (seguir pautas de comunicación del apartado 6 de la Guía).
- Si el/la profesional se encuentra con una situación en la que la conducta ya se ha iniciado, se deberá proteger y auto-protegerse, avisar al 112 y a compañeros y compañeras. Si el/la profesional conoce protocolos de primeros auxilios adecuados a la situación iniciarlos, y si no, esperar a la ayuda profesional o a las indicaciones telefónicas de los y las profesionales del 112.

Nivel 4. Post suceso

En este nivel es muy importante que el/la profesional que ha tenido que afrontar la situación de conducta suicida se retire de ella y se designe a otras personas a recoger y reparar el lugar para no someterse a más estrés emocional.

El/la profesional implicado debe solicitar terapia a la dirección o gerencia del recurso que designará a un/a psicólogo/a para este proceso de acompañamiento al duelo y la gestión emocional.



7.2. La intervención del psicólogo/a

A continuación revisamos la actuación del psicólogo/a en función de los distintos niveles de atención requerida según el nivel de riesgo presentado.

Nivel 0. Prevención y mejora

Este es un nivel donde la intervención no se centra en una persona o acontecimiento concreto. Se trata más bien de generar factores generales de prevención y protección para mejorar la intervención realizada. En concreto se centrará en los puntos siguientes:

- Desarrollo de factores de protección (punto 4.1.).
- Identificación de factores de riesgo (punto 4.2.)
- Formación y educación de los distintos intervinientes (Anexo III).
- Análisis de casos y autopsia psicológica (punto 8.3.).

Nivel 1. Universal. Detectar síntomas

El/la psicólogo/a trata de hacer una primera diferenciación en función del riesgo observado. Aquellas personas que presenten algún factor de riesgo positivo pasarán al nivel 2 de intervención. Los indicadores que muestran que hay un posible riesgo son:

- Intentos previos de suicidio. Respuesta afirmativa pasa a NIVEL 2 Respuesta negativa pasa a la pregunta B.
- Respuesta afirmativa a la pregunta ¿Has sentido deseos de suicidarte?: Pasa a NIVEL 2.
- Síntomas detectados por profesionales o familiares. Identificación de señales de alerta (punto 4.3.).

Nivel 2. Selectivo. La entrevista de evaluación

La entrevista de evaluación requiere un acercamiento tranquilo, abierto, respetuoso, afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación.
Recordamos que es necesario conseguir un sitio adecuado y asignar el tiempo necesario para poder discriminar el nivel de riesgo.
Ver Anexo II. La entrevista de evaluación psicológica.

Nivel 3. Actuación ante un alto riesgo de suicidio

Una vez detectado este riesgo es importante una rápida y fluida comunicación del riesgo de la persona a los distintos agentes implicados. En servicios residenciales, viviendas supervisadas y/o domicilios particulares, en la medida de lo posible:

- Limitar el acceso a la medicación en grandes cantidades.
- Controlar el acceso a objetos cortantes, sustancias tóxicas, ventanas, barandillas con riesgo de precipitación, objetos que faciliten la asfixia, etc.
- Supervisión especial, acompañamiento.
- Activar la red de apoyo social: red familiar y social, voluntariado, teleasistencia.
- Pedir autorización a la persona afectada para solicitar una cita con el/la especialista en salud mental ("veo que te sientes mal, creo que te vendría bien una ayuda, qué te parece si pedimos cita o te acompaño").
- En caso de persona incapacitada, comunicación con la persona tutora legal.
- Ponerse en contacto con la Red salud mental a través de enfermería.
- Si la persona no acepta ayuda, dejar constancia en su Plan Individualizado de Atención de los pasos dados y mantener contacto estrecho hasta que el riesgo disminuya o acuda al centro de salud mental.
- Llamar al 112 si se precisa. Acompañar a la persona afectada hasta que llegue la atención médica. Al día siguiente, llamada de valoración y seguimiento.

Nivel 4. Post suceso. Conducta suicida consumada.

Este es un nivel crítico, en el que es importante la rapidez de la respuesta. Se deben tener claros los protocolos de actuación para poderlos realizar en una situación de urgencia. En este nivel, nos podemos encontrar ante dos posibles escenarios.

1. Está ocurriendo la conducta suicida.
Si las circunstancias así lo permiten, y no se pone en riesgo la integridad física del/la profesional, proteger a la persona afectada y a otras posibles personas presentes.

- Pedir ayuda. Llamada al 112.
- Acompañamiento hasta la llegada de los servicios médicos.
- Contacto con familiares de la persona afectada, o tutor/a legal si se diera el caso. Seguimiento posterior.
- Dejar constancia en su Plan Individualizado de Atención de lo sucedido.

2. Acto consumado.
Persona atendida en domicilio particular.
La información puede llegar desde el propio entorno de la persona o desde el Centro de Salud. En ambos casos, nuestra actuación se encamina a paliar los daños en el entorno. La actuación tras el suicidio de una persona con la que se trabaja habitualmente dependerá del criterio del profesional, atendiendo a la relación establecida con la familia o su entorno más próximo. Es razonable una llamada interesándose por la situación en la que esta se encuentra. Si se valoran necesidades sociales, se puede optar por un acompañamiento inicial o la derivación a los servicios sociales.

Si se valora la necesidad de ayuda psicológica también se puede optar por un acompañamiento inicial, orientando hacia el Centro de Salud de Atención Primaria que activará a su criterio, y la cita con Salud Mental.

Recordamos que este es un modelo para discriminar el nivel de riesgo. El/la psicólogo/a de referencia deberá intervenir de forma habitual para hacer un seguimiento y en su caso intervención para prevenir y tratar las conductas autolíticas o suicidas.

NIVEL 0
Prevención y mejora

- . Desarrollo de factores de protección
- . Identificación de factores de riesgo
- . Formación
- . Revisión y mejora
- . Análisis de casos / Autopsia psicológica

NIVEL 1
Universal

Detectar síntomas / indicios

- . Cambios en el ánimo.
- . Manifestaciones verbales sobre deseos de morir
- . Acumulación de medicación u otros elementos sospechosos o que supongan un riesgo
- . Escritos de despedida o donde refleja sus intenciones

Señales de alerta

- . Intentos previos de suicidio
- . Deseos de suicidio
- . Síntomas detectados por familiares / profesionales

NIVEL 2
Selectivo

La entrevista de evaluación

- . Contacto inicial
- . Habilidades durante la entrevista
- . Preguntas de evaluación diagnóstico

Coordinación con S.M. / Revisiones periódicas

NIVEL 3
Actuación

Antes del suceso

- . Contacto con Salud Mental
- . Informar dirección del centro
- . Dejar constacia por escrito PIA

Durante el suceso

- . Proteger personas atendidas
- **. Llamar 112**
- . Reducir daños / Primeros auxilios
- . Dejar constancia por escrito

NIVEL 4
Post suceso

Conducta consumada

- . Proteger y autoprotegerse
- **. Llamar al 112**
- . Avisar a la dirección del centro
- . Dejar constacia por escrito
- . Limpieza / reparación del lugar

Informar Intervenir / Derivar

- . Familiares
- . Personas atendidas
- . Profesionales

Atención / Debriefring

En su caso atención a la persona tras el intento autolítico

- . Intervinientes
- . Personas atendidas
- . Profesionales

8 Protocolo de intervención después de la conducta suicida



Las tentativas de suicidio, consumadas o no, requieren una intervención con las distintas personas involucradas de carácter informativo y terapéutico.

Esta intervención puede ser una buena oportunidad para detectar y prevenir futuros intentos, entre otros objetivos secundarios

La intervención posterior a la tentativa se ha dividido en dos partes, dependiendo de la consumación o no de la tentativa.

8.1. Tentativa de suicidio no consumada

1. Intervención con la persona que ha realizado la tentativa

Esta intervención se encargará de realizarla el/la psicólogo/a de referencia de la persona afectada y estará centrada en los siguientes aspectos :

- Elaborar y apoyar la asimilación de la situación.
- Detectar el riesgo de nuevos intentos autolíticos.
- Hacer un seguimiento psicológico, evaluando el nivel de riesgo.
- Intervención terapéutica sobre la conducta suicida, orientada hacia el futuro.

2. Intervención con el resto de personas involucradas

En principio, esta intervención se realizará de forma individual y el responsable será el/la psicólogo/a de referencia o el/la psicólogo/a designado/a para ello. Las personas involucradas a las que se destina esta intervención son:

- Las personas allegadas: compañeros y compañeras, familiares, amigos y amigas.
- Las personas presentes o conocedoras del hecho.
- Los/as profesionales.

La intervención se centrará en varios aspectos:

- Se valorará si ha habido efectos emocionales y en caso positivo se realizará una intervención terapéutica.
    1. En las personas usuarias de los centros de atención esta intervención se integrará dentro de los programas de apoyo psicológico dados por el/la profesional de referencia.
    2. En el caso de los/as profesionales, se evaluará el efecto psicológico del acontecimiento. Se pondrá a disposición de dichos/as profesionales, psicólogos/as del centro para definir los apoyos en caso necesario.
- Se darán instrucciones a las personas afectadas, sobre la forma de dirigirse, tratar el tema, apoyar y actuar con la persona que realizó la conducta suicida.

No se contempla la intervención grupal si las consecuencias han sido poco relevantes, pero esta intervención puede valorarse necesaria en algunos casos. Puede resultar precisa en situaciones en las que las consecuencias de la acción hayan sido graves: hospitalización, daño apreciable, divulgación mediática, repercusión social u otras. Si se valora la necesidad de esta intervención, esta puede ser meramente informativa o proceder a una intervención terapéutica. En estos casos se seguirán pautas similares a las contempladas en el siguiente punto.

8.2. Suicidio consumado

En el caso de que se haya consumado un intento de suicidio, es necesario iniciar un protocolo para informar, apoyar y proteger a las distintas personas involucradas, y en su caso proceder también a una intervención terapéutica.

1. Comunicación de la noticia

La comunicación se podrá hacer de forma grupal. Se tendrán en cuenta varios aspectos como: el lugar elegido, la forma de transmitir lo sucedido y el posible empleo de dinámicas de despedida que faciliten el proceso de duelo.

¿Dónde?
Elegir siempre un lugar tranquilo, donde podamos sentarnos y hablar sin interrupciones, que facilite la expresión de emociones.

¿De qué manera?
La transmisión de la información será gradual, adecuando el lenguaje al nivel sociocultural de la/s persona/s interlocutora/s. El mensaje será corto, sencillo

y directo; con una explicación y un desenlace. Se debe intentar aclarar todas las dudas y preocupaciones, contestando a las preguntas realizadas en la medida de lo posible sin entrar en el morbo de la situación. Mostrar nuestra disponibilidad.
En el caso de personas relacionadas de forma íntima con la persona fallecida se hará individualmente, por su psicólogo/a de referencia.

Ejemplos de dinámicas de despedida
La carta. En esta dinámica se propone a los y las participantes escribir una carta conjunta dirigida hacia la persona fallecida, anotando en ella aspectos que se han quedado sin decir o sobre qué ha significado para ellos en su vida. Se les ofrece la oportunidad de hacer llegar a la familia la carta.

La silla vacía. Se coloca una silla vacía en el centro de la sala y, por turnos, cada una de las personas participantes se levanta y expresa (se da la opción de hacerlo en voz alta o no) sus emociones y pensamientos respecto a la persona que se ha marchado, a modo de despedida.

2. Apoyo en el proceso de duelo en profesionales implicados

No hay que olvidar a los profesionales implicados en estas situaciones porque a pesar de ser profesionales y estar formados y preparados para afrontar este tipo de situaciones, el impacto emocional es elevado. Los objetivos que se persiguen son:

Objetivo general:
Apoyar a los y las profesionales en el proceso de duelo.

Objetivos específicos:
- Detectar necesidades y estado de la persona en relación con la pérdida.
- Apoyar a las necesidades en relación con la fase del duelo.
- Informar de recursos disponibles para afrontar el proceso de duelo.
- Facilitar la expresión de emociones, sentimientos de culpa, impotencia, frustración, etc.
- Detectar necesidades no manifiestas y valorar la derivación a recursos específicos.
- Contactar periódicamente para valorar el estado emocional del/la profesional.
- La intervención con los profesionales implicados será realizada por el/la psicólogo/a designado por el centro y su seguimiento se llevará a cabo en función de la necesidad detectada. Se valorará la oportunidad de hacer reuniones de apoyo en grupo para profesionales.

3. Apoyo en el proceso de duelo en familiares.

Es de vital importancia hacer un buen apoyo en el proceso de duelo con el entorno familiar, acompañando en la gestión emocional. La intervención se realizará por el/ la psicólogo/a referente de la persona usuaria que haya consumado la conducta autolítica. Se marca una temporalización de entre 2 y 4 sesiones.

Los objetivos que se pretenden conseguir son:

Objetivo general:
Apoyar al entorno familiar en el proceso de duelo.

Objetivos específicos:
- Detectar necesidades y estado de la persona en relación con la pérdida.
- Apoyar a las necesidades en relación con la fase del duelo.
- Informar de recursos disponibles para afrontar el proceso de duelo.
- Facilitar la expresión de emociones, sentimientos de culpa, impotencia, frustración, etc.
- Detectar necesidades especiales y valorar la derivación a recursos específicos.

8.3. Autopsia psicológica. Análisis de caso

Forma parte del nivel 0 y tiene como objetivo general hacer un análisis de la realidad de los casos, con la finalidad de introducir mejoras en los protocolos de actuación y, en general, mejorar nuestro conocimiento y nuestra intervención.

Una autopsia psicológica es una evaluación del estado mental reconstructivo que se enfoca en comprender el estado mental de una persona difunta (suicidio o accidente).

En nuestro caso, la finalidad es crear factores de protección o prevenir circunstancias que puedan producir o favorecer situaciones análogas a la producida.



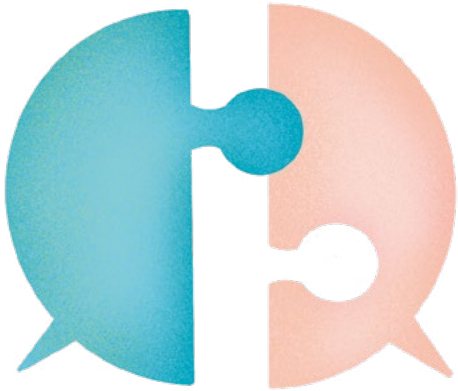
9 Evaluación y seguimiento



La presente Guía es un documento vivo que pretende ir adaptándose al momento actual. Está basada en el conocimiento de nuestros recursos y de las personas que nuestro movimiento asociativo atiende diariamente a través de diversos programas y servicios de apoyo y soporte social.

Es necesaria una evaluación continua de la Guía para ver si, efectivamente, es adecuada a nuestras necesidades. Por lo que se pretende realizar reuniones periódicas de evaluación y seguimiento con el objetivo de mantenerla actualizada y adaptada a las situaciones en que es necesario seguir el Protocolo establecido de Prevención, teniendo en cuenta que el uso de dicho Protocolo es lo que va a darnos la información de cómo mejorarlo.

También se revisarán periódicamente, dentro del grupo de trabajo de Prevención del Suicidio, las necesidades, buenas prácticas y se valorará la modificación de los protocolos a la luz de nueva información o detección de nuevas necesidades.

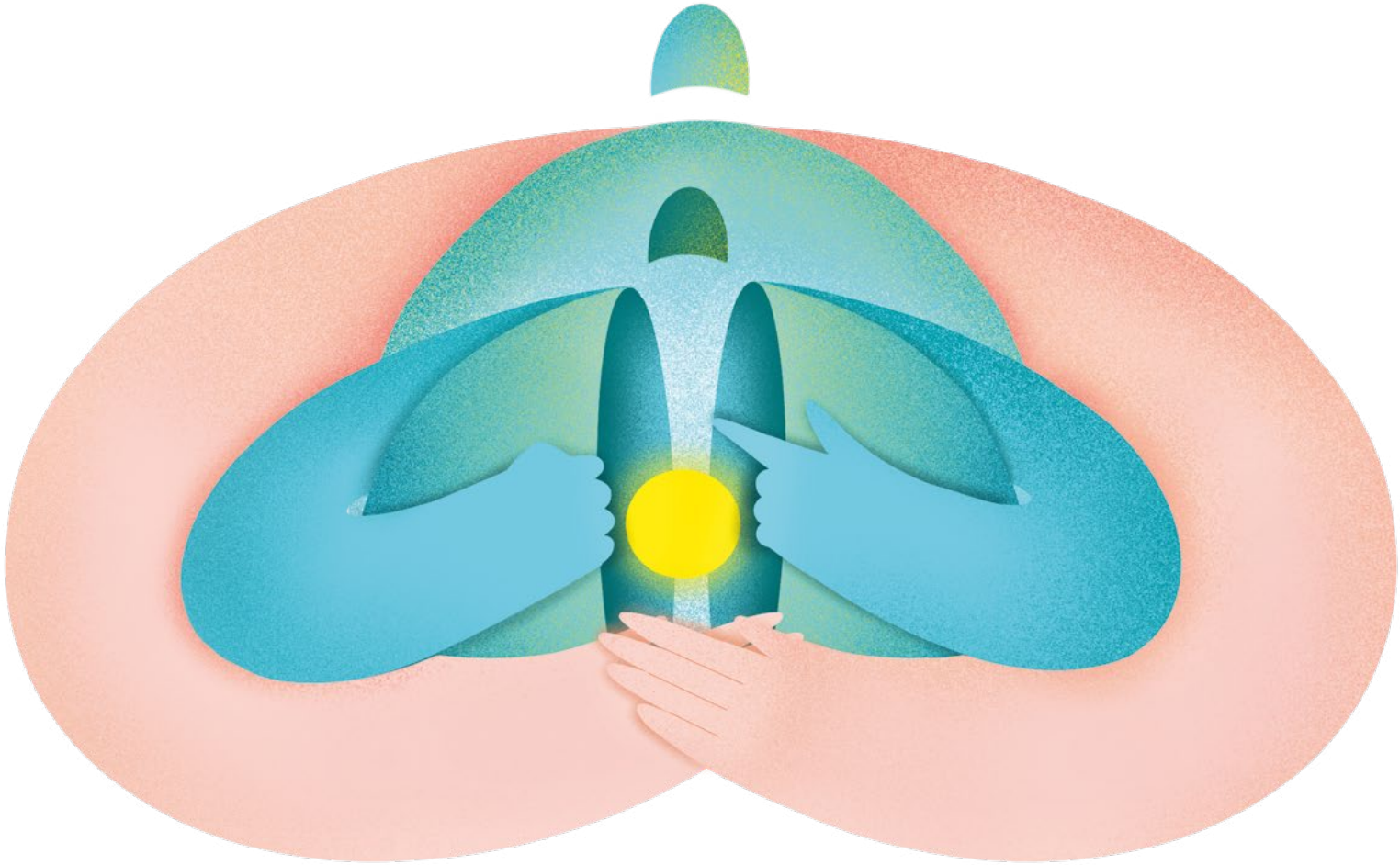


Indicadores de evaluación

- Número de Formaciones realizadas (familiares, personas con problemas de salud mental y profesionales).
- Número de personas participantes.
- Evaluación de casos anuales. Evaluación nº de casos de tentativas y recurrencia.
- Revisión de la cartelería con fases de intervención: en despachos, botiquín, viviendas, etc, accesibles a toda la plantilla técnica.
- Autopsia psicológica. Análisis de casos.

Anexo I

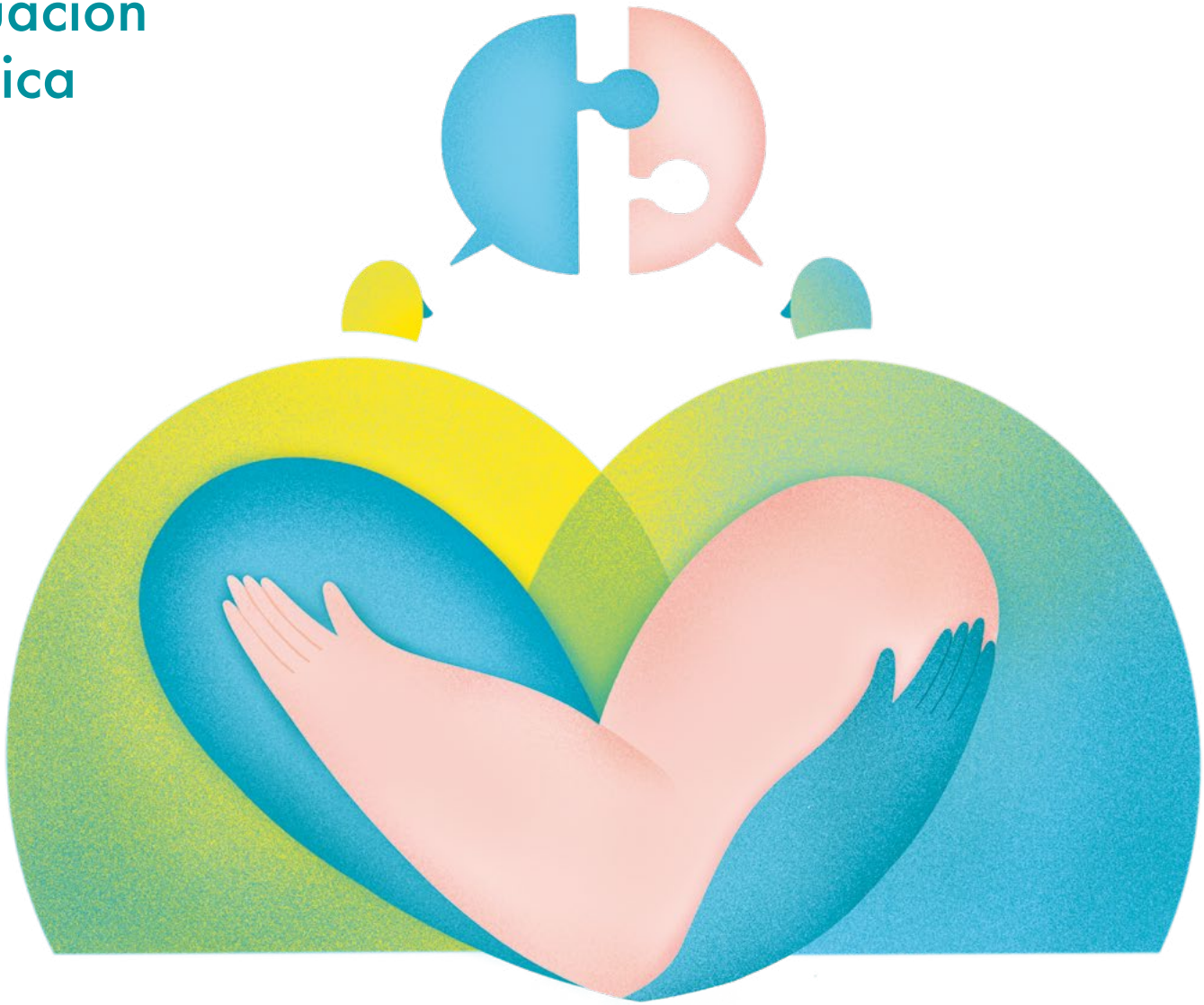
Esquema general. Protocolo de actuación ante conductas autolíticas



Persona atendida en centro de atención a personas con problemas de salud mental.

Inmediatamente	
Llamar al 112	Personal del centro
Llamar a la Dirección del centro	Personal del centro
Seguir instrucciones del 112 y de la policía desplazada al lugar	Personal del centro
Ubicar al resto de residentes en otro espacio, dar mensajes de calma y acompañarles. Respetar reacciones emocionales desde la seguridad y el control	Personal del centro
Si es posible, dejar constancia por escrito de lo sucedido	Dirección del centro, psicólogo/a, trabajador/a social
Comunicar el fallecimiento a la familia	Psicólogo/a, Dirección del centro
Comunicar el fallecimiento al resto de personas residentes	Psicólogo/a, Dirección del centro
En el plazo de un día	
Contacto personal con la familia. Presentación de condolencias	Dirección del centro, psicólogo/a
Comunicar fallecimiento al centro de salud mental	Psicólogo/a
Valorar necesidades de atención psicológica puntual para profesionales y personas residentes del centro, y en caso necesario, orientar hacia una valoración en el centro de atención primaria	Psicólogo/a
Organización de sepelio y enterramiento (en ausencia de familiares)	Personal del centro
En los días siguientes	
Recogida de información y elaboración de informe	Psicólogo/a
Evaluación y análisis. Establecimiento de posibles modificaciones en el protocolo de prevención de conductas suicidas	Grupo de trabajo
Entrevista con la familia: • Entregar enseres personales • Entregar resolución de baja del centro • Dar información pormenorizada de lo que se sabe y legalmente puede comunicarse en relación a lo sucedido y los últimos días de vida de la persona fallecida • Informar de sus derechos • Procurar apoyo psicológico	Dirección del centro y psicólogo/a
Trámites en relación con la defunción (en ausencia de familiares)	Trabajador/a social

Anexo II
La entrevista de evaluación psicológica



A continuación, se recuerdan algunas habilidades y errores propios de este ámbito junto con las habilidades de comunicación verbal y no verbal necesarias para establecer una adecuada relación terapéutica: escucha activa (mirada, postura corporal, movimientos de manos, gestos de asentimiento), empatía, calidez, comprensión, asertividad, autocontrol emocional, etc. El análisis de las micro expresiones faciales (expresiones emocionales breves y sutiles que suelen pasar inadvertidas) también puede ayudar a los y las profesionales a detectar estados emocionales:

- Capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal.
- Transmitir que nuestros conocimientos están dispuestos para ayudar.
- Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes.
- No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta.
- Mostrar calma y seguridad.
- Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitar preguntas morbosas.
- Comunicar a los y las familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes.
- Manejar, si la situación lo admite, el humor, pero evitar siempre el sarcasmo y la ironía.
- Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz, etc.
- Ante cualquier atisbo de ideación suicida se requiere la participación activa del/la profesional. A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva debe ser la actuación.

Preguntas de evaluación y diagnóstico

La parte central de esta entrevista es averiguar la posibilidad real de llegar a realizar una conducta autolítica. A continuación se describen aspectos relativos a la entrevista:

Cómo preguntar: Es útil adentrarse en el tema gradualmente. Algunos ejemplos de preguntas son:

- ¿Te sientes triste?
- ¿Te sientes desesperado/a?
- ¿Te sientes incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Sientes que la vida no tiene sentido?
- ¿Sientes la vida como una carga?
- ¿Sientes deseos de suicidarte?

No es fácil preguntarle a una persona acerca de sus ideas suicidas, pero es totalmente necesario.

Cuándo preguntar: Es importante elegir el momento adecuado para preguntar sobre temas tan íntimos e importantes. Estas preguntas se empiezan a hacer cuando se ha generado un clima de respeto y confianza con la persona. Se puede preguntar:

- Cuando la persona se sienta comprendida.
- Cuando la persona se siente cómoda hablando acerca de sus sentimientos.
- Cuando la persona habla acerca de sentimientos negativos de soledad, desesperanza e impotencia.

Qué preguntar: hay tres aspectos que se deben explorar para poder valorar la gravedad de la situación y evitar en la medida de lo posible un intento de suicidio.

1. Para indagar si la persona tiene un plan definitivo para cometer suicidio se pregunta:
   - ¿Has hecho planes para terminar con tu vida?
   - ¿Tienes idea de cómo vas a hacerlo?

2. Para indagar si la persona cuenta con los medios (método):
   - ¿Tienes pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
   - ¿Están a tu entera disposición?

3. Para indagar si la persona se ha fijado un plazo:
   - ¿Has decidido cuándo planeas terminar con tu vida?
   - ¿Cuándo planeas hacerlo?

En función de la respuesta a estas preguntas podremos averiguar el nivel de riesgo en que situamos a la persona usuaria.

Anexo III
Formación y prevención de la conducta suicida



Como podemos ver a lo largo de esta Guía, el suicidio es un fenómeno complejo, pero siempre es posible prevenirlo. En este sentido se considera fundamental que todas las medidas que se articulen vayan acompañadas de una formación en aspectos claves en función de las personas que realicen esa formación.

La formación es un aspecto clave en la prevención del suicidio

A modo de esquema planteamos unos objetivos fundamentales y un contenido mínimo que deberían tener esas acciones formativas en función de a quién se dirijan:

- Escuela de familias o psicoeducación familiar.
- Programas de psicoeducación a personas con problemas de salud mental.
- Profesionales.

Escuela de familias

El objetivo general de la formación a familias sería ofrecer formación para contribuir a la prevención del suicidio y la promoción de la salud, mediante la mejora de la comprensión del fenómeno suicida y la identificación de señales asociadas a intentos autolíticos. Así como mejorar el conocimiento, la actitud y la capacidad de actuación hacia las conductas autolesivas en los familiares de personas con problemas de salud mental.

Como objetivos específicos tendríamos:

- Concienciar de la necesidad de abordar el tema del suicidio y la conducta suicida.
- Informar a las familias sobre la conducta suicida y otros aspectos relacionados.
- Enseñar a las familias a detectar posibles factores desencadenantes.
- Dar a conocer a las familias distintos factores de protección ante conductas suicidas.
- Formar en la prevención de suicidio y conductas autolesivas.
- Aprender a identificar los indicios de conducta suicida.
- Aprender a actuar ante las distintas situaciones de riesgo.
- Facilitar herramientas a las familias para el manejo de las conductas suicidas.

En un principio, se plantean cuatro sesiones, de hora y media de duración cada una de ellas, en las que se ofrece tiempo y espacio a la resolución de casos prácticos, dudas y preguntas y la exposición de diferentes puntos de vista. Las sesiones se estructuran de la siguiente manera:

Sesión 1

1. Aproximación conceptual
2. Datos epidemiológicos
3. Mitos y realidades respecto al suicidio

Sesión 2

4. Factores de protección de la conducta suicida
5. Factores de riesg.
6. Factores precipitantes
7. Caso práctico

Sesión 3

8. Señales de alerta: verbales y no verbales
9. Pautas de actuación: qué puede y qué no puede hacer la familia ante el riesgo de suicidio de su familiar o persona allegada
10. Caso práctico

Sesión 4

11. Otras pautas de actuación: estrategias de comunicación
12. Primeros auxilios básicos
13. Casos práctico.
14. Conclusiones finales

Psicoeducación para personas con problemas de salud mental

El objetivo general sería mejorar el autoconocimiento, la actitud y la capacidad de actuación hacia las conductas de riesgo autolítico en personas con problemas de salud mental.

Objetivos específicos:

- Ofrecer un espacio que facilite la expresión de las dificultades y problemas actuales percibidos por la persona.
- Fomentar la motivación y la implicación activa en su proceso de recuperación.
- Identificar situaciones y momentos de riesgo.

- Enseñar herramientas de solución de problemas alternativas a la conducta autolítica.
- Mejorar la autoestima de la persona con problemas de salud mental.
- Crear una red de apoyo para momentos de alto riesgo.
- Diseñar un plan de acción personal para la gestión de situaciones de estrés que actúan como precipitantes.

Se plantean entre 6 y 10 sesiones de 1 hora y media de duración con una metodología teórico práctica, ofreciendo tiempo, apoyo y espacio a la expresión emocional. Entendiendo que al ser un tema de alta complejidad puede ser más importante ampliar los espacios de participación y adaptar la parte teórica a la necesidad de cada grupo.

Se iniciará cada sesión con una dinámica de fomento de la autoestima y se cerrará con un ejercicio de gestión del estrés.

Sesión 1

1. Presentación del taller y de las personas participantes
2. Compromiso de confidencialidad del grupo
3. Dinámica de confianza

Sesión 2

4. Mitos y realidades respecto al suicidio

Sesión 3

5. Comorbilidad entre los problemas de salud mental y conducta suicida
6. Factores de riesgo, precipitantes y de protección
7. Dinámica de identificación de factores personales de riesgo, precipitantes y protección

Sesión 4

8. Diseño plan de acción ante ideación suicida
9. Creación de red de apoy.

Sesión 5

10. Entrenamiento en solución de problemas I

Sesión 6

11. Entrenamiento en solución de problemas II
12. Grupos de autoayuda
13. Conclusiones y cierre

Formacion a profesionales

El objetivo principal sería la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades adecuadas para la prevención y manejo de la conducta suicida.
A continuación se presenta un esquema con los temas a desarrollar, divididos en 5 sesiones.

Sesión 1 - 2 horas

1. Justificación e importancia de esta formación
2. Aspectos generales de la conducta suicida
3. El estigma social y cultural asociado al suicidio
4. Mitos erróneos sobre el suicidio

Sesión 2 - 2 horas

5. Epidemiología de la conducta suicida
6. Prevención de la conducta suicida
7. Factores de riesgo, protectores y precipitantes implicados en la conducta suicida. Señales de alerta

Sesión 3 - 2 horas

8. Evaluación de la conducta y riesgo suicida
9. La entrevista clínica y el diagnóstico de la conducta y riesgo suicida.
10. Intervención en crisis suicidas
11. El papel de los y las profesionales en la prevención de la conducta suicida

Sesión 4 - 2 horas

12. Comunicación de malas noticias
13. Intervención postsuicidio. El impacto del suicidio en sus supervivientes. Duelo en familiares, profesionales y personas usuarias.

Sesión 5 - 2 horas

14. Primeros auxilios



Anexo IV

Buenas prácticas del movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León



El movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León, atendió a lo largo de 2021 a un total de 5.332 personas con problemas de salud mental y a 990 familias, a través de sus diferentes centros y servicios de apoyo y soporte social.

Podemos decir que las tasas de suicidio de las personas usuarias de nuestros recursos en los últimos veinte años son casi nulas y muy por debajo de las tasas que publica el INE a nivel general. En este sentido, consideramos que el hecho de desarrollar programas de apoyo social en la comunidad, bajo el proyecto de vida de la persona que recibe los apoyos, tendentes a favorecer su autonomía e inclusión comunitaria, éstos inciden de manera directa en las ideaciones suicidas y en los suicidios consumados.

> En sí mismo, el facilitar los apoyos necesarios a las personas cuando lo necesiten, como lo necesiten y donde lo necesiten, es un aspecto fundamental para prevenir el suicido

No obstante, conscientes de la problemática y del impacto que el suicido supone en las personas y en su entorno más próximo, nuestras asociaciones han desarrollado programas de prevención que merece la pena destacar:

Talleres "Cuando vivir duele"

Desarrollados en 2021 por Salud Mental León (con el apoyo del Ayuntamiento de León). Son talleres abiertos a la sociedad en general, donde se crean espacios seguros de diálogo y convivencia. Se intenta explorar los propios recursos personales y adquirir nuevas destrezas y recursos. Están divididos en 6 sesiones grupales e intervenciones individuales (entrevistas de seguimiento) con cada participante en el taller. A través de estos talleres se intenta crear grupos de ayuda mutua.

Proyecto de Sensibilización, gestión de emociones y prevención del suicidio en jóvenes

Llevado a cabo en 2021 por Salud Mental Palencia (con el apoyo del Ayuntamiento de Palencia). Charlas en institutos para alumnos de la ESO (2 sesiones por aula "emociones y suicidio") y al profesorado (abordaje de cómo actuar y especialmente el tema de autolesiones). A través de estas charlas se destapa mucha problemática, ideaciones y/o conductas autolíticas. Es muy enriquecedor cuando en las charlas participan personas con experiencia propia en salud mental. A raíz de este proyecto están llegando muchas familias de adolescentes a la asociación demandando orientación.

Grupo de Supervivientes del Suicidio

Puesto en marcha por Salud Mental Palencia. En 2020 se crea un espacio en el cual diversas personas que han sobrevivido al suicidio de una persona con la que tenían un vínculo afectivo se reúnan para intentar superar o mejorar su situación, explorando sus propios recursos personales, los de otros participantes, o aquellos que se ofrecen desde la asociación, ya sean propios o de la comunidad. Se pretende potenciar el apoyo de pares para el afrontamiento del duelo. Se ofrece un espacio de diálogo y confianza, donde se puede hablar de la problemática, fomentar el respeto por los tiempos y procesos de cada persona.

Formación en Centros Penitenciarios

Nuestras entidades intervienen en los ocho centros penitenciarios existentes en Castilla y León a través del Programa de Apoyo a la Rehabilitación de Personas con Problemas de Salud Mental internas en Centros Penitenciarios financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 a través de la asignación tributaria del 0'7 IRPF. En el marco de este programa, se da formación e imparten charlas sobre prevención del suicidio a funcionarios de los Centros Penitenciarios, dada la elevada problemática existente en este entorno.

Guía de Prevención del Suicidio

En 2021 el grupo de psicólogas/os de Asovica Salud Mental Soria elaboró la presente Guía con el objetivo de ampliar el conocimiento de todos y todas las trabajadoras de su asociación acerca de la conducta suicida. Este año 2022, la Federación Salud Mental Castilla y León recoge esta experiencia, la amplía y la quiere poner en valor publicando esta Guía, gracias al patrocinio de Janssen. También se han desarrollado acciones formativas concretas con todo el personal técnico de la asociación, a las que han incorporado sesiones de "primeros auxilios" desarrolladas por personal de enfermería.

Directorio de asociaciones

SALUD MENTAL Ávila FAEMA

C/ Capitán Méndez Vigo, nº 10 Bajo, 05003 (Ávila)
Tel: 920 352 732
info@asociacionfaema.org
www.asociacionfaema.org

SALUD MENTAL Burgos PROSAME

C/ Juan de Padilla, nº 12 – 14, 09006 (Burgos)
Tel: 947 223 916
info@prosame.es
www.prosame.es

SALUD MENTAL Aranda

Pza. San Esteban, nº 8, Bajo, 09400 Aranda de Duero (Burgos)
Tel: 947 546 080
info@saludmentalaranda.org
www.saludmentalaranda.org

SALUD MENTAL Miranda

C/ Los Almacenes, nº 18 – 20, 09200, Miranda de Ebro (Burgos)
Tel: 947 312 801
saludmentalmiranda@saludmentalmiranda.org
www.saludmentalmiranda.com

SALUD MENTAL León

Pza. de las Cortes Leonesas, nº 9, 1º Izq. 24003 – León
Tel: 987 210 126
administracion@alfaem.org
www.alfaem.org

SALUD MENTAL Palencia

C/ Ramírez, nº 4, esquina C/ Doña Urraca, 34005 (Palencia)
Tel: 693 024 705
info@saludmentalpalencia.org
www.saludmentalpalencia.org
w

SALUD MENTAL Soria ASOVICA

Av. Duques de Soria nº 12-14 local 3 42004 (Soria)
Tel: 975 215 101
info@asovica.es
www.asovica.es

SALUD MENTAL Salamanca AFEMC

C/ Castroverde nº 22, 37008 (Salamanca)
Tel: 923 190 150
info@saludmentalsalamanca.org
www.saludmentalsalamanca.org

SALUD MENTAL Segovia AMANECER

C/ Altos de la Piedad, s/n, 40002 (Segovia)
Tel: 921 431 608/ 921 429 564
segovia@asociacionamanecer.org
www.asociacionamanecer.org

SALUD MENTAL Valladolid EL PUENTE

C/ Tajahierro, s/n, Antiguo Colegio «El Empecinado», 47009 (Valladolid)
Tel: 983 356 908
elpuente@elpuentesaludmental.org
www.elpuentesaludmental.org

SALUD MENTAL Zamora FEAFES

C/ Quintín Aldea, nº 1 A, Local 2 49028 Zamora
Tel: 980 536 831
info@feafeszamora.es
www.feafeszamora.es



Bibliografía

1. *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales.* (2012). Comunidad de Madrid.

2. *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Trastornos Mentales y Cerebrales (*2000). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud Ginebra.

3. *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Guías de práctica clínica en el SNS* (2012). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

4. *Programa Nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su implementación* (2013). Departamento de Salud Mental, División de Prevención y control de enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

5. *Protocolo de detección y manejo en caso de personas con riesgo de suicidio.* Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad.

6. *Estrategia de Prevención de las Conductas Suicidas en Castilla y León*(2021-2025) SACYL Junta de Castilla y León.

7. *Guía de Práctica clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

8. *De la Torre Martí, M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida.* (2013) Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

9. Sánchez Fuentes J.M. *Intervención psicológica con Supervivientes a un suicidio.*

10. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (2012). Ministerio de Sanidad.

11. Francesetti, G, *Fundamentos de psicopatología fenomenomenológico-gestáltica: una introducción ligera* (2019).

12. *Dirección General de Atención a personas con Discapacidad*. Consejería de Políticas Sociales y familia. Comunidad de Madrid “El suicidio se puede prevenir” Recuperado de: https://saludextremadura.ses.es/filesc-ms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Infografias%2010%20Mitos%20Suicidio%20GRUPO%20Prev%20Suic%20Red.pdf

13. *Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi* (2019). Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza.

Guía
de prevención del suicidio

Protocolo de actuación en conductas autolíticas

Impulsa:

federación SALUD MENTAL Castilla y León

Elabora:

Salud Mental SORIA ASOVICA
Asociación Virgen del Camino

Patrocina:

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson&Johnson

Colabora:

NOS IMPULSA

Sacyl

Junta de Castilla y León