



PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**Guía informativa para
profesionales de sanidad**



DIRECCIÓN.

Rafael Sotoca Covalada. Director General de Asistencia Sanitaria

COORDINACIÓN.

Begoña Frades García. Psiquiatra. Coordinadora Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Jose López Cocera. Enfermero Salud Mental. Oficina Autónoma Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria

COMITÉ DE REDACCIÓN.

Ángela Carbonell Marqués. Trabajadora social. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Begoña Frades. Psiquiatra. Coordinadora Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Eugènia Benimeli Navarro. Socióloga. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Irene Tur Cruces. Enfermera. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Isabel López Aterche. Psiquiatra. Jefa de Servicio de Salud Mental. Departamento de Salud de Orihuela.

José López Cocera. Enfermero Salud Mental. Oficina Autónoma Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Josep Pena. Psicólogo clínico. Hospital Universitari Dr. Peset. Oficina Autónoma de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Manuel Barceló. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Hospital La Fe.

Rafael Mora. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Hospital Provincial de Castellón.

Raquel Martínez Gómez. Psicóloga. Unidad de Salud Mental de Torrevieja.

Vicente Elvira. Psiquiatra. Jefe de Servicio de Salud Mental. Departamento de Salud S. Joan d'Alacant.

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

© de la presente edición: Generalitat, 2018

© de los textos: las autoras y los autores

1ª edición: edición online

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO TEÓRICO	5
2. MITOS SOBRE EL SUICIDIO	11
3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	15
⇒ FACTORES DE RIESGO	15
⇒ FACTORES DE PROTECCIÓN	15
4. SEÑALES DE ALARMA	17
VERBALES.....	17
NO VERBALES.....	18
5. HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN Y ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN.....	21
⇒ IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN GENERALES.....	21
⇒ EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO	21
6. INTERVENCIÓN Y RECURSOS.....	23
● INTERVENCIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA	23
● RECURSOS.....	23
PARA MÁS INFORMACIÓN... ..	24
7. BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXO I. PREGUNTAS ÚTILES PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA.....	29
ANEXO II. ESCALA SAD PERSON	29
ANEXO III. CÓDIGO SUICIDIO	30
.....	30

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO TEÓRICO

Esta guía va dirigida a profesionales de la salud en general, la cual forma parte del Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida, como acción de la Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016 - 2020 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, con la finalidad de proporcionar una ayuda práctica en diferentes entornos.

El objetivo de esta guía es proporcionar al personal sanitario la información necesaria para que puedan detectar cualquier tipo de conducta suicida entre sus pacientes, de forma que los servicios de salud contemplen la prevención del suicidio como un componente central para la mejora práctica e intervención.

Se trata de hacer una aproximación al concepto de suicidio, identificando los grupos de personas en situación de vulnerabilidad, superando los mitos que giran alrededor del suicidio, señalando los factores de riesgo y de protección, así como diferentes herramientas de detección, actuación e intervención en el ámbito profesional de la salud.



La Organización Mundial de la Salud (OMS), identifica el suicidio y sus intentos como uno de los problemas más graves de salud pública que pueden afectar a las personas, y es por ello que recomienda que sea atendido de forma prioritaria.

La conducta suicida incluye una amplia gama de pensamientos y actos en relación con la propia muerte (Anseán, 2014):

- ➔ **Suicidio:** acto suicida con resultado de muerte, definido como acto deliberado en el que una persona decide quitarse la vida voluntariamente.
- ➔ **Acto suicida:** acción autolesiva con grado variable de daño físico o de intencionalidad suicida.
- ➔ **Comunicación suicida:** manifestaciones verbales o no verbales sobre ideación suicida, independientemente de su intencionalidad.

- ➔ **Ideación suicida:** incluye todo tipo de pensamientos relacionados con el suicidio, ideas o deseo de morir, ideas suicidas o hasta el plan suicida.
- ➔ **Conducta/comportamiento suicida:** engloba una diversidad de comportamientos como pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, idear el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.

La conducta suicida es un problema complejo, para el que no existe una sola causa ni una sola razón, sino que es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Es difícil explicar por qué algunas personas deciden cometer suicidio, mientras otras en una situación similar no lo hacen. No obstante, **la mayoría de los suicidios pueden prevenirse**. Los pensamientos suicidas normalmente están asociados con problemas que pueden resolverse, aunque sean muy graves, con el tiempo y ayuda de familiares, personas allegadas, amistades y profesionales.

- La desesperanza, el dolor y el vacío son estados temporales
 - El suicidio puede ser el resultado de un acto impulsivo.
- ∞ El apoyo de la familia y las amistades, ayuda profesional de sanidad, educación, igualdad, e inclusión, contribuyen a la prevención de la tentativa suicida y/o suicidio ∞

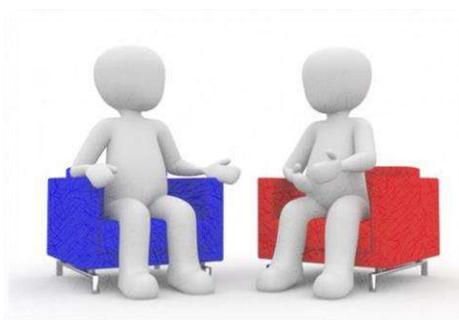
¿QUÉ DICEN LOS DATOS?



- ▮ Según datos de la OMS, el suicidio se encuentra entre las 20 causas de defunción más importantes en el mundo.
- ▮ Más de 800.000 personas se suicidan cada año y se estima que aproximadamente **ocurre un suicidio cada minuto y un intento cada tres segundos**.
- ▮ El suicidio afecta a personas de cualquier edad, cultura o grupo poblacional. En los países desarrollados, el suicidio figura entre las diez principales causas de muerte y una de las tres primeras entre personas de 15 a 35 años de edad.

- En España en 2016 se registraron 3569 suicidios, con una tasa de 7.68 casos por cada 100.000 habitantes, **donde los casos de suicidio de hombres triplica al de mujeres.**
- En la Comunidad Valenciana en 2016 se registraron 336 casos de suicidio: 255 hombres y 81 mujeres. Esto supone prácticamente **un suicidio al día.**
- Del total de suicidios cometidos en 2016, más del 75% son hombres frente al 24% aproximadamente de mujeres. No obstante, aunque el número de varones que se suicidan es mayor, las mujeres lo intentan en mayor proporción.

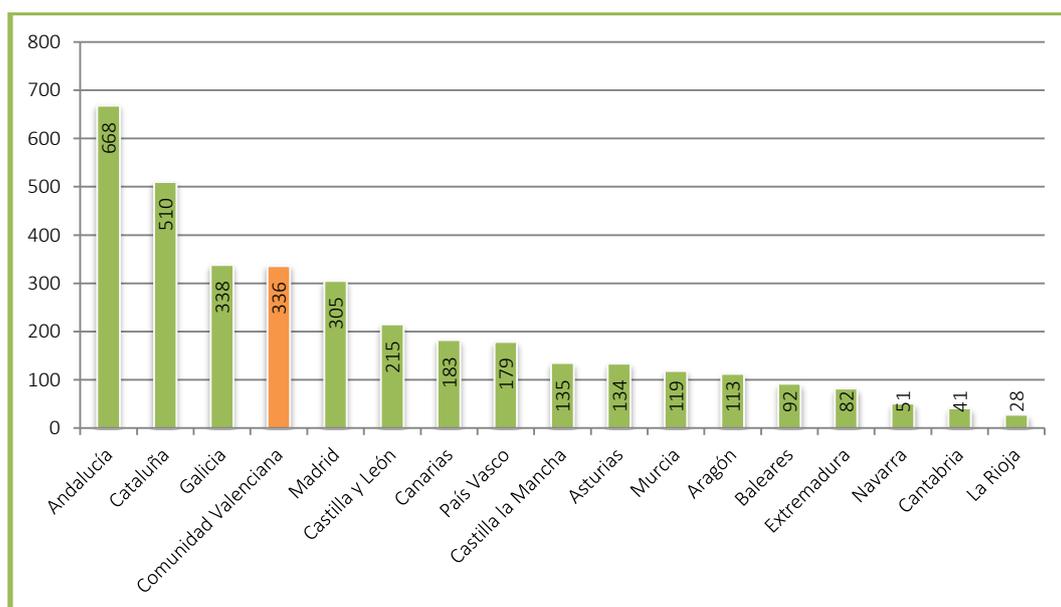
255
HOMBRES
(75.9%)



81
MUJERES
(24.1%)

- La Comunidad Valenciana ocupa el cuarto puesto entre las Comunidades Autónomas en número de suicidios.

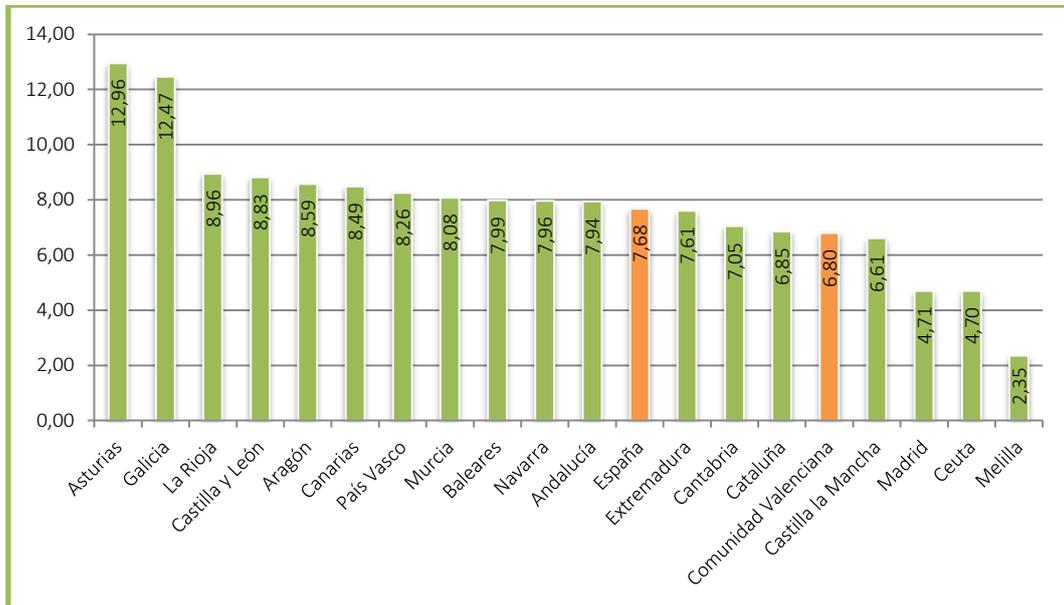
Gráfico 1. Cifras absolutas de casos de suicidio por Comunidades Autónomas, 2016.



INE. Elaboración propia

- iii) La Comunidad Valenciana es la tercera con menor tasa de suicidio con una tasa entorno a los 6.80 casos por cada 100.000 habitantes.

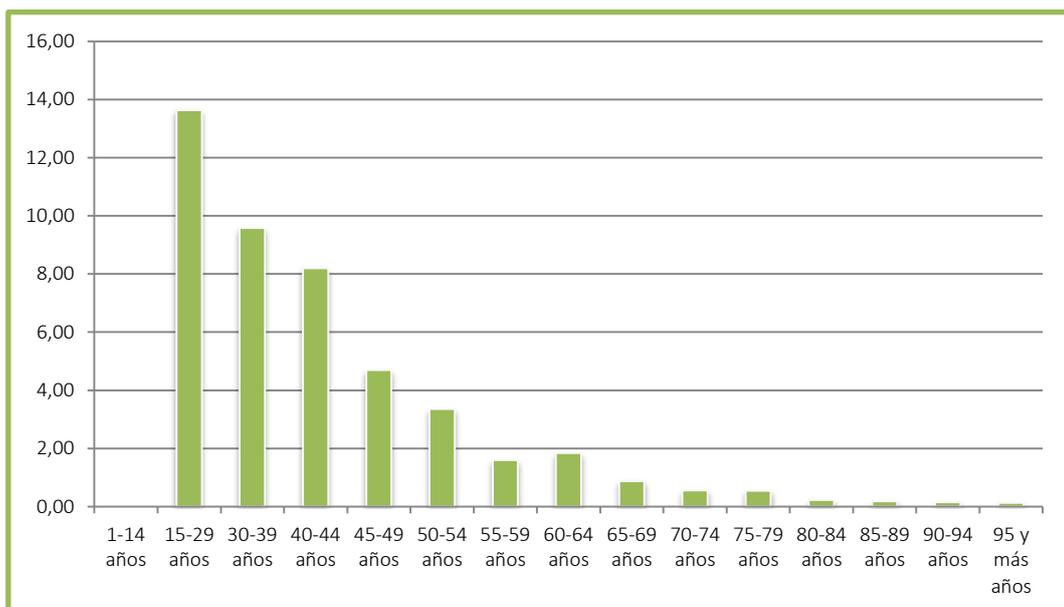
Gráfico 2. Tasa de suicidio según comunidad autónoma, 2016.



INE. Elaboración propia

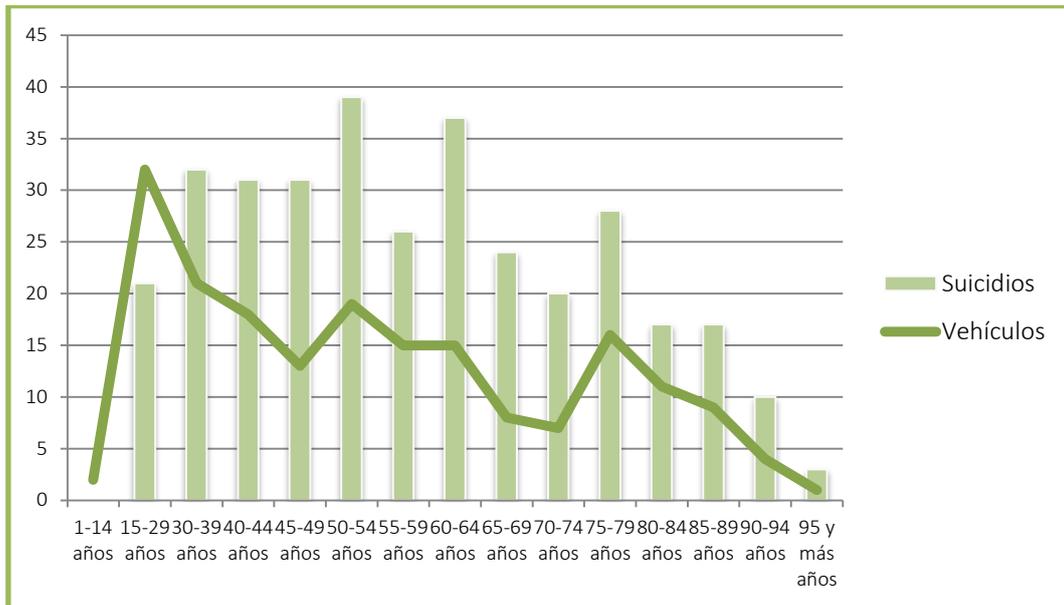
- iii) El suicidio es una de las principales causas de muerte entre personas jóvenes de 15 a 29 años. En los grupos de entre 30 y 49 años, el suicidio supera en más del doble al número de casos por accidente de tráfico.

Gráfico 3. Proporción de suicidios sobre el total de defunciones, Comunidad Valenciana, 2016.



INE. Elaboración propia

Gráfico 4. Comparación de número de personas fallecidas por accidentes de tráfico y suicidios en la Comunidad Valenciana, 2016.



INE. Elaboración propia

Los datos ofrecidos ponen de manifiesto el grave problema de salud pública que supone el suicidio, el cual requiere la implicación de toda la población.

2. MITOS SOBRE EL SUICIDIO

Existen muchas ideas erróneas y prejuicios sobre la conducta suicida, estos mitos se contradicen con lo que nos muestra la realidad (OMS, 2014).

Conocer algunas de estas creencias erróneas y acercarnos a la realidad del suicidio nos permitirá poder dar un apoyo más efectivo a familiares y/o amistades que se encuentran en una situación de riesgo, o incluso a nosotros mismos.



“Hablar sobre el suicidio puede incitar a cometerlo”

Esta creencia causa temor de abordar este tema y nos aleja de quien precisa ayuda. Debido al estigma que existe en torno al suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién puede hablar.

Está demostrado que **hablar del suicidio de manera responsable reduce el riesgo de realizarlo**, ya que preguntar a una persona sobre la presencia de pensamientos suicidas permite aliviar la tensión que supone su malestar y le hace ver que nos importa. Puede darle tiempo para reflexionar y sentir que existen otras opciones.

Es importante preguntar, pero lo es más escuchar de forma atenta y sin juzgar, de forma que se perciba un deseo de ayuda genuino. No es aconsejable entrar en discusión o quitar importancia a lo que la persona siente.



“Quien lo dice no lo hace y quien lo hace no lo dice”

Algunos suicidios se pueden producir sin advertencia previa, pero la mayoría han sido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Por ello es importante conocer los signos de alarma y detectarlos. Siempre deben tomarse en serio los signos de amenaza o autolesión.

Otra creencia errónea es que quienes hablan del suicidio no tienen la intención de cometerlo. La evidencia nos dice que la mayor parte de las personas que han intentado suicidarse, expresaron su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta previamente. Esta falsa idea conduce a minimizar el riesgo, pensando que

realmente no desea morir y a interpretar de forma errónea las amenazas suicidas como manipulaciones hacia el medio, chantajes o alardes.

Hablar del suicidio puede ser una forma de pedir ayuda en una persona que está sufriendo. La mayoría de las personas que contemplan el suicidio se encuentran en una situación en la que no encuentran alternativas. Retarles en esta situación es un acto irresponsable, puesto que la persona se halla en una situación vulnerable y que no dispone de los recursos necesarios para adaptarse a determinadas situaciones. Las verbalizaciones de suicidio nunca deben ser consideradas como un alarde, chantaje o manipulación. Nunca se debe retar a la persona a hacerlo.

“Quien se suicida tiene una enfermedad mental”

Aunque las personas con enfermedades mentales se suicidan con mayor frecuencia, muchas no están afectadas por el comportamiento suicida y no todas las personas que se quitan la vida tienen un trastorno mental. Lo que indica el comportamiento suicida es un gran sufrimiento, pero no necesariamente un trastorno mental.

“La persona con conducta suicida está decidida a morir”

Toda persona con que tiene ideas y pensamientos suicidas se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. Hablar abiertamente sobre ello, reflexionar y el apoyo emocional puede ayudar a dar tiempo para prevenir la conducta suicida.

“Quien ha tenido conductas suicidas alguna vez nunca dejará de tenerla”, “la persona que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer”

El mayor riesgo de suicidio suele ser a corto plazo y específico según la situación. Alrededor de la mitad de las personas que sufrieron una crisis suicida tuvieron una nueva crisis dentro de los tres primeros meses. Pero, aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes, y quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida sin que se vuelvan a producir. Sin embargo, entre el 1% y el 2% de las personas que intentan el suicidio lo logran durante el primer

año después del intento y entre el 10% al 20% lo consumarán en algún momento de sus vidas. No se puede generalizar y la mejor forma de prevenir es hablar sobre ello, escuchar y hacerle sentir apoyo.

“Sólo profesionales de psiquiatría pueden prevenir el suicidio”

El mito que subyace a esta idea errónea es que hablar con una persona que presenta ideación suicida sin la debida preparación puede ser perjudicial. La evidencia nos dice que acercarse a la persona con una actitud de escucha, con el deseo genuino de ayudar es el primer paso para la prevención.

Profesionales de psiquiatría y psicología clínica tienen experiencia en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. **Cualquier persona puede colaborar en la prevención y ayuda a las personas que se encuentran en una situación de crisis suicida.** Hablando y escuchando, habremos iniciado la prevención.

“La mayoría de los suicidios suceden sin advertencia previa”

Aunque es cierto que algunos suicidios se cometen sin advertencia previa, una gran parte vienen precedidos de signos de advertencia verbal o de conducta. Por eso es muy importante conocer los signos de advertencia para poder prevenirlo.

“El suicidio no se puede prevenir”

El suicidio sí se puede prevenir, pero hacen falta políticas, planes de prevención y formación de los profesionales en este ámbito. También es un aspecto importante a nivel de prevención, en medios de comunicación y redes sociales se debe hablar del suicidio de forma responsable para así contribuir en la concienciación de la comunidad.

“Las personas con conductas suicidas son peligrosas”

El suicidio, por lo general, es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos se dirigen contra la propia persona que los padece.

3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

⇒ FACTORES DE RIESGO

Las personas suicidas que están demostrando señales de advertencia están en mayor riesgo si cuentan con alguno de los factores que se exponen a continuación:

SISTEMAS DE SALUD

- Barreras para obtener acceso a la atención de salud

SOCIEDAD

- Acceso a medios utilizables para suicidar
- Notificación inapropiada por los medios de difusión
- Estigma asociado a comportamientos de búsqueda de ayudas

COMUNIDAD

- Desastres, guerras y conflictos
- Estrés por desplazamientos y aculturación
- Discriminación
- Traumas o abuso

RELACIONES

- Sentido de aislamiento y falta de apoyo social
- Conflictos en las relaciones, disputas, pérdidas

INDIVIDUO

- Intento de suicidio anterior
- Trastornos mentales, depresión actual, desgaste laboral o fatiga inexplicable
- Consumo nocivo de alcohol u otras drogas
- Pérdida de trabajo y financiera
- Desesperanza
- Dolor crónico o cambios en la salud
- Antecedentes familiares de suicidio
- Factores genéticos y biológicos
- Cambio en las circunstancias de trabajo

⇒ FACTORES DE PROTECCIÓN

En contraposición a los factores de riesgo están los factores de protección, orientando muchas intervenciones de prevención al fortalecimiento de estos factores.

🌀 Cuantos más factores protectores concurren en una misma persona, menor será la probabilidad de que la persona realice un intento o una conducta suicida 🌀

Se consideran factores de protección:

▶ PERSONALES

- La habilidad en la resolución de conflictos o problemas, de manera adaptativa.
- La competencia personal y tener confianza autoconfianza
- La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada
- La capacidad para pedir consejo y ayuda cuando surgen dificultades
- Sólidas relaciones personales
- Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida

▶ FAMILIARES

- El fortalecimiento de las relaciones interpersonales y sobre todo del entorno más próximo, pueden servir de gran ayuda.
- Apoyo familiar, caracterizado por una alta cohesión social

▶ SOCIALES

- Adoptar valores culturales y tradicionales.
- Integración social, mantenimiento de actividades ocupacionales.
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.

▶ SISTEMA DE SALUD

- Proporcionar una Atención Integral el equipo multidisciplinar, continua y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.
- Educación para la salud mental, la prevención y promoción de la salud.
- Sistema sanitario universal.

4. SEÑALES DE ALARMA



En la mayoría de los casos de suicidio, antes de consumarlo, se evidencian una serie de síntomas y signos que posibilitan la detección del riesgo de suicidio. De ahí la importancia de conocer este tipo de señales para detectar este riesgo y aplicar las pautas de prevención desde su entorno más cercano.

Una señal de alerta nos indica que una persona puede estar teniendo serios pensamientos de quitarse la vida y que podría incluso estar planificando como realizarlo. Las señales de alerta podrían ser también una petición de ayuda y nos proporcionan una oportunidad (tanto a los profesionales de la salud como a la familia y amigos) para intervenir rápidamente y prevenir que esta persona se suicide.

Las señales de alerta pueden ser verbales o no verbales.

VERBALES

- ⚠ Sentimientos de **desesperanza**, con una visión donde no hay futuro o muy negativo. p. ej. “No tiene solución”, “No va a mejorar nunca”.
- ⚠ Sentimientos de **desesperación**, considera que ya no se puede soportar o tolerar más una situación o estado vital. p.ej. “Esta vida es un asco”, “Mi vida no tiene sentido”.
- ⚠ Sentimientos de **desamparo** considerando que la persona se siente sola, que no es importante para nadie, que es un estorbo y que las cosas estarían mejores sin ella.
- ⚠ Sentimientos intensos y abrumadores de **culpa, vergüenza y odio hacia sí mismo**. p.ej. “No valgo para nada”
- ⚠ Comentarios relacionadas con la muerte p. ej. “Me gustaría desaparecer”, “Quiero descansar”, “No deseo seguir viviendo”.
- ⚠ **Conversaciones reiterativas sobre la muerte.**
- ⚠ Realizar **despedidas inusuales verbales o escritas**. Ej. “Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”. “Siempre te querré”

⚠ Puede expresar abiertamente sus deseos de quitarse la vida, amenazando sobre quererse hacer daño o matarse. Este pensamiento se manifiesta con distintos grados:

- Sin planteamiento de la acción
- Con un método indeterminado
- Con un método específico, pero no planificado
- Plan suicida concreto (esta situación indica un alto riesgo de suicidio)

⚠ Algunas personas tras hablar de ello tienden a restar importancia a sus ideas suicidas, minimizarlas.

Recordar que contrariamente a lo que se piensa, interrogar sobre la existencia de las ideas suicidas no incrementa el riesgo de desencadenar este tipo de acto y puede ser la única oportunidad de iniciar las acciones preventivas.

NO VERBALES

Cuando una persona no «verbaliza» sus ideas suicidas, se puede llegar a sospecharlas mediante determinadas manifestaciones.

⚠ Observar un **cambio repentino en su conducta habitual**. Este cambio puede ir en dos sentidos:

- Aumento significativo de la irritabilidad; mayor agresividad; no respetar límites.
- Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. El cese de la angustia es signo de grave peligro de conducta suicida, pues se ha resuelto el conflicto entre los deseos de vivir y los deseos de morir a favor de estos

⚠ La **existencia de un intento previo de suicidio**. El periodo de mayor riesgo es en los 3 - 6 meses posteriores.

⚠ Presencia de un **evento desencadenante o precipitante**.

⚠ **Búsqueda de mecanismos para hacerse daño**.

⚠ **Conducta imprudentemente temeraria**.

- ⚠ Retraimiento social.
- ⚠ Falta de energía (anergia).
- ⚠ Actitud pasiva, apatía, tristeza.
- ⚠ Aislamiento.
- ⚠ Anhedonia o incapacidad para experimentar placer con actividades habituales.
- ⚠ Descuido en la apariencia personal.
- ⚠ Dificultades en la concentración, desatención y como consecuencia, pérdida de la memoria.
- ⚠ Alteraciones en los patrones de sueño o alimentación.
- ⚠ Cerrar asuntos pendientes, preparación de documentos, regalar objetos muy personales, etc. Hablan a favor de la existencia de un plan suicida, entregar sus pertenencias a sus seres queridos, resolver asuntos pendientes, cerrar cuentas de Facebook, Twitter, Instagram, llamar a personas para despedirse, tener escondido el futuro método para lograrlo (acumular medicación, llevar consigo el tóxico, la cuerda, etc.) o ingerir bebidas alcohólicas en cantidades y con una frecuencia inusuales (mediante lo cual la persona trata de lograr «el valor» necesario para llevar a cabo sus intenciones).
- ⚠ Cuando preguntamos sobre si han pensado en ello y no nos dicen nada pero realizan ciertas conductas nos pueden hacer sospechar, por ejemplo el llanto, bajar la cabeza y mirar al suelo, hacer silencio tras la propia pregunta, mostrarse intranquilo o angustiado, etc.

En caso de detectar estas señales, es importante responder con rapidez, especialmente si la persona muestra varias señales al mismo tiempo, hablando con la persona y buscando la ayuda y el apoyo necesario.

5. HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN Y ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN

La detección de pensamientos o ideas suicidas deben tomarse siempre en serio. La evaluación de estas ideas requiere en muchos casos una intervención simultánea por parte de profesionales y familiares debido a la posibilidad de que la persona pueda llevar sus ideas suicidas a cabo.

Para poder determinar el riesgo de suicidio, es importante conocer los factores sobre el estado actual en que se encuentra la persona. Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento.

⇒ IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN GENERALES

Al examinar los factores de riesgo personales, se ha de tener en cuenta que cuanto mayor número concurren en una misma persona, mayor será la probabilidad de que la persona presente ideación o conducta suicida. No obstante, que no estén presentes no significa que una persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.

⇒ EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Instrumentos de evaluación de la ideación y conducta suicida con el objetivo de determinar hasta qué punto estas ideas suicidas pueden llegar a materializarse en un comportamiento dañino.



La entrevista.

Instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Es importante que las preguntas exploren la presencia de problemas psicológicos o psiquiátricos, posibles intentos suicidas previos y la ideación suicida. Tiene dos objetivos fundamentales:

- ⊕ Establecer una alianza terapéutica personal.
- ⊕ Obtener información sobre su estado psicopatológico, características de las ideas de suicidio, factores de riesgo y factores de protección.

2

Cuestionarios y escalas estandarizadas: estos instrumentos se basan en la valoración directa de ideas/conductas suicidas y factores de riesgo, como también en síntomas o síndromes asociados al suicidio. La evaluación mediante instrumentos estandarizados complementan la información obtenida mediante la entrevista y son fáciles de administrar, proporcionando datos relevantes.

Disponemos de diversas escalas como son: *Escala Sad Person*, *Escala desesperanza de Beck*, *Escala de depresión de Beck*, *Escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)*, *Escala de intencionalidad suicida (Suicide Intent Scale, SIS)*, *Escala de valoración de la depresión de Hamilton (ítem sobre conducta suicida)*.

3

Código suicidio. Realizar una detección precoz de las personas con riesgo de suicidio en cualquier ámbito de atención, con el objetivo de garantizar una continuidad de cuidados, en los distintos lugares de atención de la red sanitaria. El procedimiento se basa en la detección, la atención inmediata y la continuidad de cuidados hasta un año después de la activación del procedimiento.

4

Plan de gestión de riesgos de la conducta suicida. La finalidad de tener un plan de gestión de riesgo o plan de seguridad es reducir el riesgo de cometer un intento de suicidio. El plan debe se debe elaborar por la propia persona, con ayuda de familiares, amistades o personal sanitario. Éste plan se debe adaptar a las necesidades de cada persona para que sea efectivo.

5

Compromiso vivir es la salida: El contrato de no suicidio o compromiso de vivir es la salida es una herramienta terapéutica que puede ser de utilidad en la relación profesional de la salud – persona con riesgo de suicidio. Se trata de un acuerdo o compromiso que asume la persona de no hacerse daño en caso de tener pensamientos suicidas, y buscar actividades alternativas para superar estos pensamientos.

6. INTERVENCIÓN Y RECURSOS

Es necesario establecer la necesidad de desarrollar intervenciones tanto preventivas como de actuación en materia de suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir la tasa de suicidio en la población.

● INTERVENCIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA

1. INTERVENCIONES GENERALES

- ☺ **Mejorar la información** sobre el suicidio en la sociedad: proporcionar información sobre el suicidio a la población.
- ☺ **Dificultar el acceso a los medios utilizados para el suicidio** en la comunidad.
- ☺ Mejorar la **lucha contra el estigma** de los problemas de salud mental.

2. INTERVENCIONES EN GRUPOS VULNERABLES Y DE RIESGO

- ☺ **Detección precoz de ideas suicidas** mediante la **entrevista clínica y las escalas de valoración**.

3. INTERVENCIONES EN POBLACIÓN CON CONDUCTAS SUICIDAS

- ☺ **Mejorar la detección de las personas con conductas suicidas**, tanto en atención primaria como en urgencias.
- ☺ Identificar a las personas por medio de un **código suicidio**, generando una atención en los servicios de salud mental antes de 72 horas a través de la historia clínica.
- ☺ Garantizar la **continuidad asistencial** de las personas con conductas suicidas.
- ☺ Atender a las personas **supervivientes del suicidio**.

● RECURSOS

- ✓ Llamar al Servicio de Emergencias: 112.
- 🏠 Acudir a su Centro de Salud
- ✚ Acudir a Urgencias del Hospital más cercano.

 Contactar con:

TELÉFONO DE LA ESPERANZA

 TELÉFONO DE ATENCIÓN EN CRISIS +34 717 003 717

 VALENCIA

Teléfono: 963916006 Email: valencia@telefonodelaesperanza.org

Web: <http://telefonodelaesperanza.org/valencia>

Sede: C/ Espinosa, nº 9 - 1º - 1ª; 46008, Valencia

 ALICANTE:

Teléfono: 965131122 Email: alicante@telefonodelaesperanza.org

Web: <http://telefonodelaesperanza.org/alicante>

Sede: C/ Benito Pérez Galdós, 41 - Entr. C; 03005, Alicante

Sede 2: C/ Bernabé del Campo Latorre, 26, 03002, Elche

 CASTELLÓN:

Teléfono: 964227093 Email: castellon@telefonodelaesperanza.org

Web: <http://telefonodelaesperanza.org/castellon>

Sede: C/ Segorbe, nº 8 - Entlo. - 12004 Castellón

PARA MÁS INFORMACIÓN...

GENERALITAT VALENCIANA

 Plan de Prevención del Suicidio

Web: www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es

 Oficina Autónoma de Salud Mental

Web: www.san.gva.es/web/dgas/salud-mental1

ASOCIACIONISMO

 Federació Mental CV

Teléfono: 963535065 – 664217979

Web: www.salutmentalcv.org/ Email: info@salutmentalcv.org

Sede: C/ Cieza, 4 Bajo – 46014 Valencia

i Asociación Viktor Frankl

Teléfono: 963510113

Web: <http://asociacionviktorfrankl.es/> Email: correo@asociacionviktorfrankl.org

Sede: C/ Don Juan de Austria, 34, 4º, 4ª - 46002 Valencia

i Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo)

Teléfono menores: 900202010 Teléfono adultos: 600505152

Web: www.anar.org Email: valencia@anar.org

Sede: C/ Colón, 22. 46004 – Valencia.

i Caminar (Asociación Valenciana de Apoyo en el Duelo)

Teléfono: 676197806 – 963747836

Web: www.ayudaduelocaminar.com Email: avcaminar@hotmail.com

i AIPIS (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención)

Web: www.redaipis.org Email: info@redaipis.org

i FEFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental)

Teléfono: 673 461 420

Web: www.consaludmental.org Email: informacion@consaludmental.org

i Fundación FSME (Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio)

Teléfono: 910834393

Web: www.fsme.es Email: fsme@fsme.es

Sede: Plaza de los Mostenses, 13. Of.44. 28015 Madrid

i Sociedad Española de Suicidología

Teléfono: 91 083 43 93

Web: <https://suicidologia.jimdo.com/> Email: secretaría@suicidologia.es

Sede: Plaza de los Mostenses 13, Of. 44. 28015, Madrid.

APPS

① PREVENSUIC

<https://www.prevensuic.org/>

① +CAMINOS

<http://www.mascaminos.org/>

7. BIBLIOGRAFÍA

Anseán A. (2014) *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida, 2ª Ed.* España: Fundación Salud Mental.

Centro de Psicología Aplicada (CPA), Universidad Autónoma de Madrid (UAM). (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Recuperado de: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (2017). *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Recuperado de: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+d e+suicidio_WEB_CAS.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 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 (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Defunciones por suicidio*. Recuperado de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3656&capsel=3657>

Luoma, J., Martin, C., y Pearson, J. (2002) Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2000) *¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?* Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del Suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Recuperado de:

www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66802/1/WHO_MNH_MBD_00.3_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del Suicidio: recurso para consejeros*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Prevención del Suicidio: un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_responders_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf

Ros, R., Pardo, M., Hernández, C., Mora, R., Palmer, R., Ventura, M. (2015) *Equipos de atención primaria: elementos claves de prevención*. Actas - VI Encuentros en Psiquiatría - Conducta Suicida: Sevilla.

Salud Madrid. (2014). *¡No estás sólo! Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para sanitarios y facilitadores sociales*. Recuperado de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=Content-disposition&blobheadname2=cadena&blobheadvalue1=filename%3DGuia.DetecPrev.CondSuicida.profesionalesanitariosyfacilitadoresociales.pdf&blobheadvalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352863400681&ssbinary=true>

Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>

Suso-Ribera, C., Mora-Marín, R., Hernández-Gaspar, C., Pardo-Guerra, L., Pardo-Guerra, M., Belda-Martínez, A., Palmer-Viciedo, R. (2016) El suicidio en Castellón entre 2009 y 2015: ¿ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias entre los ámbitos urbano y rural? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (Barc.). 2018;11(1):4-11.

ANEXO I. PREGUNTAS ÚTILES PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA

Ideación suicida	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Te sientes triste?2. ¿En ocasiones te sientes desesperación?3. ¿Te es difícil enfrentar el día a día?4. ¿Sientes la vida como una carga a veces?5. ¿Sientes que no merece la pena vivir la vida?6. ¿Sientes o has sentido deseos de matarte?
Planificación y premeditación	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Has hecho planes para terminar con tu vida?2. ¿Tienes idea de cómo y cuándo vas a hacerlo?3. ¿Has pensado en cómo lo harías?
Consecuencias del acto	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cómo afectará esto a tus allegados?2. ¿Has pensado en otras soluciones?

ANEXO II. ESCALA SAD PERSON

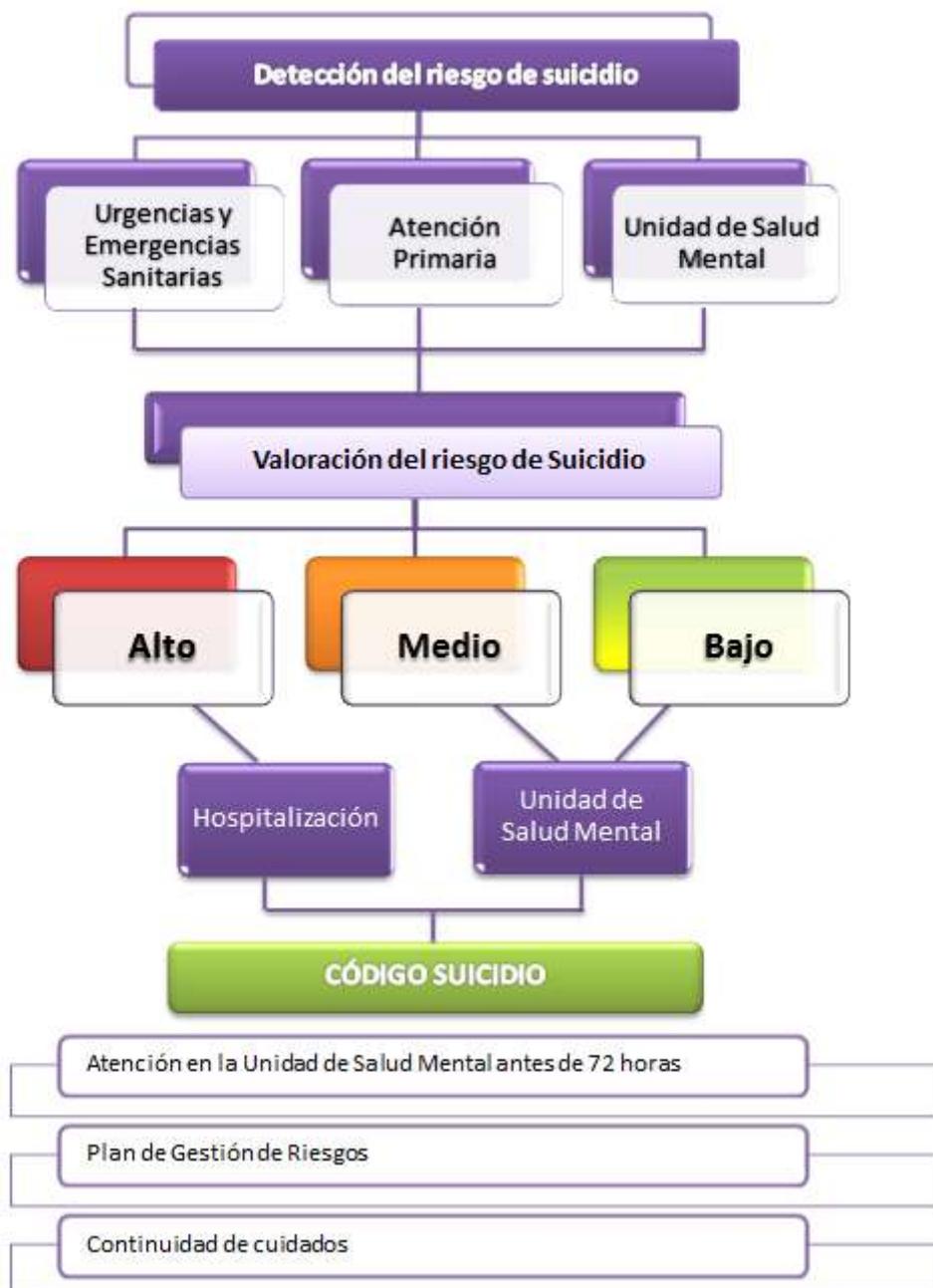
ESCALA SAD PERSON
<input type="checkbox"/> SEX (SEXO) +1 SI VARONES
<input type="checkbox"/> AGE (EDAD) + 1 SI ES MENOR DE 19 O MAYOR DE 45
<input type="checkbox"/> DEPRESSION (DEPRESIÓN)
<input type="checkbox"/> PREVIOUS ATTEMPT (INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS).
<input type="checkbox"/> ETHANOL ABUSE (ABUSO DE ALCOHOL)
<input type="checkbox"/> RATIONAL THINKING LASS (TRASTORNOS COGNITIVOS)
<input type="checkbox"/> SOCIAL SUPPORTS LACKING (SIN APOYO SOCIAL)
<input type="checkbox"/> ORGANIZED PLAN (PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO)
<input type="checkbox"/> NO SPOUSE (SIN PAREJA ESTABLE)
<input type="checkbox"/> SICKNESS (ENFERMEDAD SOMÁTICA)

RESULTADO: Cada uno de los ítems presentes suma un punto, hasta un total de 10. La interpretación debe hacerse:

- 0-2 Puntos: Sin riesgo. Alta con seguimiento ambulatorio

- 3-4 Puntos: Riesgo bajo. Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar ingreso psiquiátrico.
- 5-6 Puntos: Riesgo medio. Si no hay apoyo familiar debe internarse.
- 7-10 Puntos: Riesgo alto. Ingreso. Riesgo de intento inminente.

ANEXO III. CÓDIGO SUICIDIO





PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

