



CÓDIGO SUICIDIO 2.0

Servicio Extremeño de Salud
CSUIC



JUNTA DE EXTREMADURA

CÓDIGO SUICIDIO 2.0

del Servicio Extremeño de Salud

CSUIC

Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales
Dirección General de Asistencia Sanitaria





Edita: JUNTA DE EXTREMADURA.
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Servicio Extremeño de Salud.



ISBN: 978-84-09-42428-3

Depósito Legal: CC-138-2022

Diseño, Maquetación e Impresión: Artes Gráficas Rejas (Mérida)

En mayo del 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Primer Plan de Acción sobre Salud Mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se propuso reducir la tasa de suicidio un 10% para el 2020.

En su Resumen Ejecutivo, publicado en 2014, la OMS señala que los servicios de salud tienen que incorporar la prevención del suicidio como un componente central. Los problemas de salud mental y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a que se produzcan muchos suicidios en todo el mundo. La identificación temprana y el manejo eficaz son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesitan.

A nivel nacional, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud ha recogido objetivos y actuaciones encaminadas a la prevención y abordaje de las conductas suicidas desde su primera edición y en las sucesivas actualizaciones.

En Extremadura ha sido el Servicio Extremeño de Salud el que ha liderado desde el inicio la prevención de las conductas suicidas y la promoción de la Salud Mental.

A nivel autonómico, el III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 (III PISMEEx) contempla dentro de su Área Estratégica *PERSONAS*, varios objetivos en relación a la *PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE CONDUCTAS SUICIDAS*, en concreto los objetivos 33, 34 y 35. En cumplimiento con estos objetivos, la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud elaboró el I Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura, publicado el 10 de septiembre de 2018, coincidiendo con la conmemoración del Día Internacional para la Prevención del Suicidio.

Con sus objetivos cumplidos, en mayo de 2021 se publica el II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura que persigue ampliar y afianzar la capacidad preventiva del suicidio del Servicio Extremeño de Salud, ampliándola a través de colaboraciones e instrumentos establecidos con otros ámbitos, como Educación, Juventud o instituciones municipales.

Dando cumplimiento al objetivo 4 se procede a revisar la primera edición del Código Suicidio, resultando este Código Suicidio 2.0, más completo y didáctico que aspira a convertirse en una verdadera herramienta de consulta diaria y formación continuada en la prevención del suicidio en Extremadura.

Vicente Alonso Núñez.

*Director General de Asistencia Sanitaria del
Servicio Extremeño de Salud.*

| | |
|--|----|
| ABREVIATURAS | 9 |
| 1 RELACIÓN DE AUTORES | 11 |
| 1.1 Servicio Extremeño de Salud | 11 |
| 1.2 Asesoría técnica: Fundación Española para la Prevención del Suicidio | 11 |
| 2 INTRODUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN | 13 |
| 3 DEFINICIÓN | 15 |
| 4 OBJETIVOS | 15 |
| 5 ALGORITMO CÓDIGO SUICIDIO CSUIC | 17 |
| 6 ACTUACIÓN ANTE LAS IDEAS O CONDUCTAS SUICIDAS EN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA .. | 19 |
| 6.1 Valoración de ideas, lesiones y estado de conciencia | 19 |
| 6.2 Exploración psicopatológica y del riesgo suicida | 19 |
| 6.3 Valoración del riesgo suicida y derivación a otro ámbitos Asistenciales | 19 |
| 6.4 Atención a las ideas y conducta suicida en las unidades de apoyo a la Atención Primaria | 21 |
| 6.5 Algoritmo de actuación ante la conducta suicida en Atención Primaria | 22 |
| 7 ACTUACIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA EN EMERGENCIAS SANITARIAS | 23 |
| 7.1 Recepción de la llamada y localización | 23 |
| 7.2 Intervención telefónica en crisis suicida. Decálogo. | 23 |
| 7.3 Rescate en un intento de suicidio | 25 |
| 7.4 Algoritmo de actuación ante la conducta suicida en Emergencias Sanitarias | 28 |
| 8 ACTUACIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS | 29 |
| 8.1 Valoración de lesiones y estado de conciencia | 29 |
| 8.2 Exploración psicopatológica y del riesgo suicida | 29 |
| 8.3 Valoración del riesgo suicida y derivación a otros ámbitos asistenciales..... | 30 |
| 8.4 Algoritmo actuación ante la conducta suicida en Urgencias Hospitalarias .. | 33 |
| 9 ACTUACIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN | |
| BREVE DE PSIQUIATRÍA | 35 |
| 9.1 Ingreso, valoración y medidas de seguridad..... | 35 |
| 9.2 Alta y derivación a equipo de salud mental | 35 |
| 9.3 Algoritmo actuación ante la conducta suicida en Unidades de Hospitalización.Breve | 36 |
| 10 ACTUACIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA EN EQUIPOS DE SALUD MENTAL | 37 |
| 10.1 Itinerario asistencial primer mes. | 37 |
| 10.2 Itinerario asistencial segundo y tercer mes | 38 |
| 10.3 Desactivación del Código Suicidio 2.0 CSUIC..... | 38 |

| | |
|---|----|
| 10.4 Algoritmo actuación ante la conducta suicida en equipo de salud mental..... | 39 |
| 10.5 Plan de Gestión del Riesgo Suicidio (PGSUIIC) | 40 |
| 10.5.1 Objetivo | 40 |
| 10.5.2 Estrategias e intervenciones propuestas | 42 |
| ANEXOS | 49 |
| ANEXO 1. NOMENCLATURA BÁSICA DE LA CONDUCTA SUICIDA | 49 |
| ANEXO 2. FENOMENOLOGÍA DE LAS IDEAS Y CONDUCTA SUICIDAS | 51 |
| ANEXO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA | 53 |
| ANEXO 4. FACTORES DE RIESGO, PROTECTORES, PRECIPITANTES DE LA CONDUCTA SUICIDA. SEÑALES DE ALARMA. | 55 |
| 1.1.Factores de riesgo..... | 55 |
| 1.2.Factores protectores | 56 |
| 1.3.Factores de riesgo y de protección en la infancia y la adolescencia..... | 57 |
| 1.4.Factores precipitantes..... | 58 |
| 1.5.Señales de alerta..... | 59 |
| ANEXO 5. LA ENTREVISTA CLÍNICA | 61 |
| 1.1.La entrevista: ¿qué preguntar? | 62 |
| ANEXO 6. ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA Y RIESGO SUICIDA | 65 |
| 1.1.Sistema de Triage de Manchester | 65 |
| 1.2.Cuestionario de Horowitz | 66 |
| 1.3.MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional | 67 |
| 1.4.Escala SAD PERSONS..... | 68 |
| 1.5.Escala IS PATH WARM | 69 |
| 1.6.Escala de Riesgo Suicida de Plutchik | 70 |
| ANEXO 7. MEDIDAS DE SEGURIDAD HOSPITALARIA | 71 |
| 1.1.Medidas generales de seguridad..... | 71 |
| 1.2.Medidas específicas de seguridad..... | 71 |
| ANEXO 8. RECURSOS DE AYUDA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EXTREMADURA | 73 |
| ANEXO 9. ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN MENORES | 75 |
| 1.1.Consideraciones a tener en cuenta | 75 |
| 1.2.Recomendaciones para familiares o personas que ejerzan la conducta legal de menores que presentan conducta suicida..... | 76 |
| ANEXO 10. INDICADORES | 77 |
| 1.1.Indicadores de funcionamiento: | 77 |
| 1.2.Indicador de resultado:..... | 77 |
| BIBLIOGRAFÍA | 79 |

Abreviaturas

| | |
|---------------------|--|
| III PISMEx | III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 (prorrogado) |
| CSUIC | Código Suicidio 2.0 del Servicio Extremeño de Salud. |
| EAP | Equipo de Atención Primaria |
| Enfermera SM | Enfermería Especialista en Salud Mental. |
| ESM | Equipo de Salud Mental. |
| FSME | Fundación Española para la Prevención del Suicidio. |
| INE | Instituto Nacional de Estadística. |
| GPC | Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. |
| OMS | Organización Mundial de la Salud. |
| PAPPS | Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. |
| PGSUIC | Plan de Gestión del Riesgo Suicida. |
| PSQ | Psiquiatría. |
| SEMFyC | Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| TS | Trabajadora/or Social. |
| UHB | Unidad de Hospitalización Breve. |

1 RELACIÓN DE AUTORES

1.1 Servicio Extremeño de Salud

| | |
|--|---|
| Ignacio Torres Solís | Psiquiatra. Responsable de Atención Sociosanitaria y Salud. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| Beatriz Martín Morgado | Psiquiatra. Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| Laura Gragera Becerra | Psicóloga Clínica. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| Esther María Rebollo Higuero | Enfermera Especialista de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| Nuria Paniagua Paredes | Trabajadora Social. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| Rosa María Merchán García | Psiquiatra. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| Asunción Cabrera Herrera | Psicóloga Clínica. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| Margarita del Rocío Guisado Palma | Trabajadora Social. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| Beatriz Rodríguez Pérez | Enfermera. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| Ana Comellas Cruzado | Técnico de la función Administrativa. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| María Ángeles Gómez Carvajal | Técnico Auxiliar Administrativo. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| Laura Blanco Toro | Enfermera. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |
| María Isabel López Rodríguez | Psiquiatra. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES |

1.2 Asesoría técnica: Fundación Española para la Prevención del Suicidio

| | |
|-----------------------------|---|
| Andoni Anseán Ramos | Fundación Española para la prevención del suicidio. Director de Proyecto. |
| Ingrid Muñoz Mayorga | Fundación Española para la prevención del suicidio. Consultora Senior. |
| Silvia Fort Culillas | Fundación Española para la prevención del suicidio. Consultora Junior. |

El **III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020** (III PISMEx) contempla, dentro de su Área Estratégica PERSONAS, varios objetivos en relación con la PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE CONDUCTAS SUICIDAS, en concreto los objetivos 33, 34 y 35.

En cumplimiento con estos objetivos, la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud elaboró el **I Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura**, publicado el 10 de septiembre de 2018, coincidiendo con la conmemoración del Día Internacional para la Prevención del Suicidio de ese año.

Dicho Plan recogía en su Objetivo 3 “Mejorar la atención sanitaria preferente a la persona con riesgo suicida”, el cual incluía la Acción 3: Aprobación e implementación del “Código Suicidio”. Esta Acción consistía en:

- Valoración del riesgo suicida de la persona con instrumentos normalizados en cualquier ámbito asistencial sanitario.
- Derivación al dispositivo adecuado de la Red de Salud Mental de Extremadura de acuerdo con el riesgo evaluado.
- Elaboración del Plan de Gestión del Riesgo de Suicidio, cuyos objetivos son:
 - Disminuir el riesgo suicida.
 - Establecer una planificación de la atención del problema de salud mental, si lo hubiese.
 - Atender las necesidades de los familiares y personas de referencia.

El **Código Suicidio 1.0** entró en vigor en octubre de 2020 coincidiendo con la pandemia por la Covid-19.

Durante ese tiempo se trabajó en su implementación con los y las profesionales de Salud Mental. Se realizaron numerosas acciones formativas en prevención del suicidio, presenciales y online, llegando a más de 300 profesionales del Servicio Extremeño de Salud y de otros dispositivos sanitarios y sociosanitarios de Extremadura y se formaron profesionales de ámbitos no sanitarios como las

administraciones locales, instituciones penitenciarias, servicios sociales de atención social básica y otros.

La implementación se trabajó directamente con los y las profesionales de atención a la salud mental incidiendo en una retroalimentación constructiva que permitiese realizar cambios importantes en el primer documento y que finalmente aconsejaron la redacción de uno nuevo.

Con el cumplimiento del I Plan, se publicó en mayo de 2021 el **II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura**, que persigue ampliar y afianzar la capacidad preventiva del suicidio del Servicio Extremeño de Salud, ampliándola a través de colaboraciones e instrumentos establecidos con otros ámbitos como Educación, Juventud e Instituciones Municipales.

En dicho Plan, el OBJETIVO 4: EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO SUICIDIO Y PROPONER MEJORAS, en su Acción 3 propone la actualización del Código Suicidio, que se realiza mediante la publicación de la versión 2.0.

Paralelamente al desarrollo de la estrategia y planificación del abordaje de la conducta suicida en Extremadura, la reciente publicación de la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (periodo 2022-2026)**, viene a señalar en su Línea estratégica 3 la Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida. En esta Estrategia se contemplan como objetivos generales 3.1: *Detectar de forma precoz y prevenir las conductas suicidas* y 3.2: *Mejorar la atención a las personas con riesgo suicida*.

Finalmente, el **Plan de Acción de Salud Mental (2022-2024)** derivado de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud anteriormente mencionada, recoge en su Línea 4 la Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, especificando la acción 4.2: *Desarrollo del código de riesgo de suicidio en las CCAA*. Por tanto, en cumplimiento de la planificación nacional y autonómica en materia de prevención del suicidio, se publica el presente **CÓDIGO SUICIDIO 2.0 DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (CSUIC)**.



DEFINICIÓN

3

El **Código Suicidio 2.0 del Servicio Extremeño de Salud (en adelante, CSUIC)** es el protocolo de atención sanitaria diseñado para dar una respuesta coordinada, rápida y eficaz a las personas con ideas o conductas suicidas a través de una detección precoz, atención efectiva y seguimiento proactivo.

(Anexo 1)

(Anexo 2)

(Anexo 3)



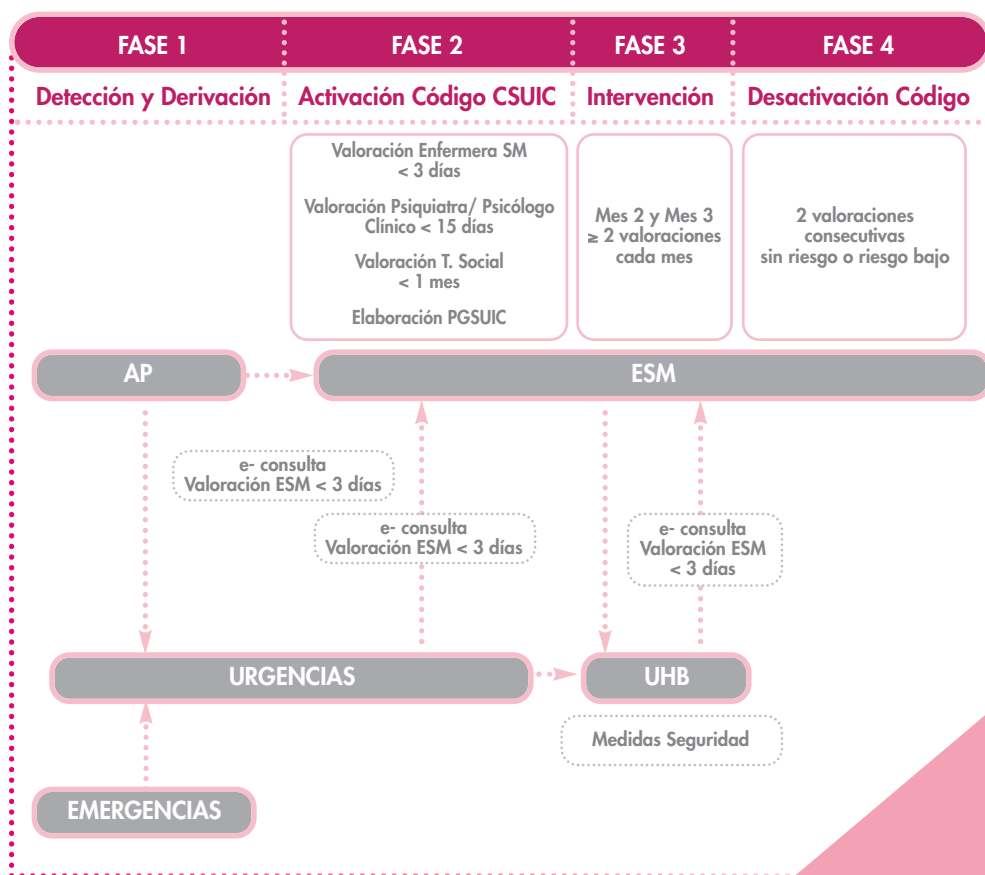
OBJETIVOS

4

Con el establecimiento del presente **Código Suicidio 2.0** se pretende:

- a) Realizar de forma proactiva y sistemática la valoración del riesgo de suicidio de las personas atendidas en el Servicio Extremeño de Salud que presenten ideas o conductas suicidas.
- b) Mejorar la detección precoz y organizar las actuaciones dirigidas a personas en situación de riesgo suicida.
- c) Establecer un adecuado tratamiento y seguimiento de las personas que hayan realizado alguna tentativa suicida, o estén en situación de riesgo de realizar alguna otra.
- d) Asegurar la continuidad asistencial entre los distintos ámbitos implicados en el abordaje de la persona en riesgo suicida y su familia.

5 ALGORITMO CÓDIGO SUICIDIO CSUIC



6 ACTUACIÓN ANTE LAS IDEAS O CONDUCTAS SUICIDAS EN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

6.1 Valoración de ideas, lesiones y estado de conciencia

En el Equipo de Atención Primaria puede ser necesario atender a una persona con ideación suicida que haya realizado o no algún intento autolítico, en cuyo caso, habrá que efectuar una exploración física, neurológica y conductual (agitación, agresividad, etc.).

Si de esta exploración resultasen un estado neurológico o conductual alterados, lesiones físicas no abordables por el Equipo de Atención Primaria u otra circunstancia clínica que lo precise, se procederá a una derivación al Servicio de Urgencias Hospitalarias de referencia.

6.2 Exploración psicopatológica y del riesgo suicida

Si en la exploración no se observan lesiones o estas son abordables por Atención Primaria (AP), se continuará con la valoración clínica incluyendo la exploración psicopatológica básica, la evaluación de los factores de riesgo, protectores, precipitantes y de las señales de alerta (Anexo 4).

La evaluación de estos factores, además de las características de la ideación o del intento (Anexo 3), se realizará mediante la entrevista clínica (Anexo 5) y apoyándose en escalas rápidas como la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (módulo de riesgo suicida) y la Escala de Valoración del Riesgo Suicida de Plutchick (Anexo 6).

6.3 Valoración del riesgo suicida y derivación a otros ámbitos asistenciales

Basándose en la información obtenida en la entrevista se valorará el grado de riesgo suicida de cada persona.

Si se valora **“sin riesgo o riesgo bajo”**, se realizará el seguimiento en el Equipo de Atención Primaria de referencia y en los distintos dispositivos de la Red de Salud Mental de Extremadura en función de la valoración inicial/reevaluación. Asimismo, se le recordarán los dispositivos y recursos de ayuda y prevención del suicidio disponibles en Extremadura (Anexo 8). Es conveniente recordar a la persona que en caso de empeoramiento vuelva a consultar con su Equipo de Atención Primaria.

Si el riesgo suicida es valorado como **“riesgo medio o alto”** y se considera necesaria la valoración urgente por Psiquiatría, se

procederá a la derivación al Servicio de Urgencias Hospitalarias de referencia. La derivación y traslado a Urgencias Hospitalarias se realizará según el Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental. En el documento de derivación de la persona al servicio de Urgencias Hospitalarias deberá constar que se trata de una **“persona con riesgo suicida y necesidad de valoración urgente”**, para garantizar las medidas de seguridad y protección de la misma durante el transporte asistencial, facilitando que esté acompañada en todo momento.

En el caso de que no se requiera valoración urgente por Psiquiatría, se realizará una e-consulta de derivación al Equipo de Salud Mental aportando la información necesaria en relación con las ideas o conductas suicidas. Desde el Equipo de Salud Mental se contactará con la persona en un plazo no superior a 3 días laborables desde la valoración de la e-consulta recibida.

Hay que resaltar que la valoración del riesgo y la derivación a otros ámbitos asistenciales dependerá en todo momento del criterio clínico de la o el profesional que realiza la valoración.

Siempre que haya un intento autolítico deberá emitirse un parte de lesiones por parte del o la profesional que atiende a la persona, independientemente del ámbito asistencial en que se produzca esta atención.

Tabla 1. Criterios orientativos de derivación desde Atención Primaria al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

- Presencia de enfermedad mental grave o de cuadro confusional.
- Conducta suicida grave reciente.
- Repetidas tentativas previas.
- Plan de suicidio elaborado.
- Expresión de intencionalidad suicida.
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de soporte.
- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en AP.
- Intoxicación voluntaria con disminución de conciencia (previa estabilización de la persona).
- En casos de duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato, valorar consultar con el ESM de referencia.

Adaptado de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS.

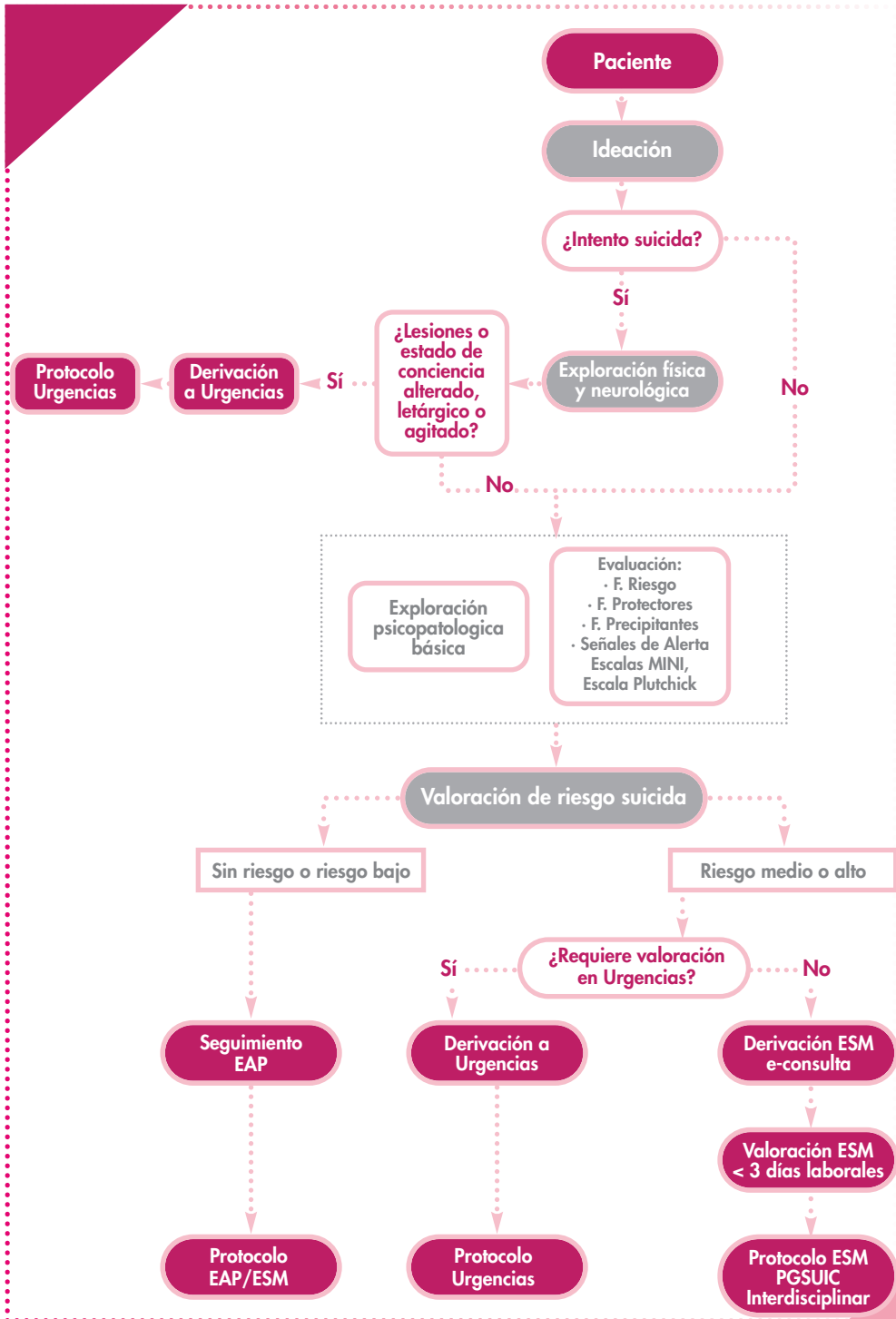
6.4 Atención a las ideas y conducta suicida en las Unidades de Apoyo a la Atención Primaria

Todas y todos los profesionales sanitarios pueden encontrarse en su quehacer diario con alguna persona con ideas y conductas suicidas. Es especialmente delicado el ámbito completo de la Atención Primaria, incluyendo sus diferentes Unidades de Apoyo:

- Equipos de Conductas Adictivas.
- Centros de Planificación Familiar.
- Unidades de Salud Bucodental.
- Unidades transversales: Unidades del Dolor, Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos.
- Otras Unidades: Fisioterapia, matronas, etc.

La actuación propuesta en los puntos anteriores, así como el flujograma posterior es válido y puede ser aplicado en cualquier dispositivo de Atención Primaria donde se preste atención a la persona con ideas y conductas suicidas.

6.5 Algoritmo de actuación ante la conducta suicida en Atención Primaria



7 ACTUACIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA EN EMERGENCIAS SANITARIAS

7.1 Recepción de la llamada y localización

Una vez recibida la llamada se procederá a realizar la intervención telefónica siguiendo las recomendaciones del **punto 7.2**. Cuando no haya resolución telefónica el objetivo prioritario será siempre la localización geográfica de la persona en riesgo.

Si la llamada es recibida en el Centro de Atención de Urgencias y Emergencias 112 Extremadura, se procurará obtener la localización de la persona con conducta suicida. Una vez obtenida dicha localización se activarán los recursos que sean necesarios (sanitarios, seguridad pública, salvamento).

Si la llamada es realizada por la propia persona que presenta la conducta suicida, se intentará obtener su localización y mantener la comunicación con ella hasta la llegada del primer recurso de ayuda.

Si la llamada es realizada por otra persona, se intentará obtener la localización de la persona en riesgo, así como un número de contacto. Si esto se consigue, se intentará mantener la comunicación con ella hasta la llegada del primer recurso de ayuda.

Una vez localizada, la persona será asistida por los recursos de ayuda enviados al lugar y se procederá a su traslado a los Servicios de Urgencias Hospitalarias siguiendo las recomendaciones de qué hacer (y qué no) tras el rescate en un intento de suicidio del **punto 7.3**.

7.2 Intervención telefónica en crisis suicida. Decálogo

La Guía Prevensuic lista diez recomendaciones para tener en cuenta a la hora de realizar una intervención telefónica en crisis suicida que se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2. Intervención telefónica en crisis suicida. DECÁLOGO.

1. CUIDA TU VOZ

En la intervención telefónica existen una serie de limitaciones inherentes a la situación como, por ejemplo, la imposibilidad de utilizar el lenguaje no verbal (contacto físico, apoyo visual, etc.).

Ante esto, solo existe la voz como único medio para transmitir calidez, empatía y comprensión, cuidando aspectos como el tono, la velocidad del habla o los momentos de intervención.

En muchos casos es más importante cómo se dicen las cosas que las cosas que se dicen.

2. CREA UNA ACOGIDA EMPÁTICA

Con una buena acogida se pretende generar un vínculo empático que promueva cercanía, confianza y facilite el despliegue de las etapas posteriores. Algunas de las formas para lograrlo son las siguientes:

- Presentarse y preguntar por el nombre de pila y utilizarlo en todo momento.
- Transmitir disponibilidad absoluta: explicar que no hay límite de tiempo en la llamada y que se está a completa disposición.
- Agradecer y reforzar el hecho de haber llamado y mostrar interés en ayudarle.
- Utilizar la escucha activa. Permitir que el/la llamante sea quien hable, reforzando que estamos atentos y transmitiendo entendimiento y comprensión a través la utilización, por ejemplo, de:
 - Fillers o coletillas con palabras o sonidos como "uhm", "ajá", "claro".
 - Parafraseo: repetición de los elementos esenciales de lo que nos dice.
 - Reflejo: repetición (eco) de sus emociones, sentimientos y actitudes.

3. MANTÉN LA LLAMADA, GANA TIEMPO

Las recomendaciones anteriores pueden servir para disminuir o disuadir la ideación o del intento suicida pero también para ganar tiempo y facilitar la intervención de los equipos de rescate en caso de que se valore necesaria.

4. FACILITA LA VENTILACIÓN EMOCIONAL

Se debe dar espacio para el desahogo emocional, facilitando la verbalización del problema y las emociones asociadas. Para ello, se recomienda:

- Realizar intervenciones cortas y preguntas abiertas.
- Facilitar una relación de respeto y aceptación incondicional, sin censura, sin juicios, ni estereotipos; ni siquiera de los contenidos más autodestructivos, posibilitando la verbalización del problema y las emociones asociadas.
- Reconocer el sufrimiento del/la llamante, preocupándose, pero sin descomponerse.
- Transmitir estabilidad y serenidad.

Tabla 2. Intervención telefónica en crisis suicida. DECÁLOGO. (Continuación)

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">5. NO TE IMPLIQUES EN EXCESO</p> <p>No hay que implicarse demasiado. Toma distancia internamente. Una intervención telefónica en crisis suicida no es una consulta psicoterapéutica. Recuerda que formas parte de un equipo cuya intervención puede ser necesaria en cualquier momento y no puedes obstaculizarla o demorarla.</p> <p>Mantener la conversación es fundamental para disminuir el riesgo, pero también para preparar un posible rescate o atención in situ.</p> |
| <p style="text-align: center;">6. OBTÉN INFORMACIÓN ÚTIL PARA SU POSIBLE RESCATE</p> <p>En la medida de lo posible, obtén información sobre dónde está, si es un lugar abierto o cerrado, accesible o no, si se está solo/a o acompañado/a, si se encuentra bajo los efectos de algún tipo de sustancia o alcohol; identifica posibles factores de riesgo y precipitantes de la crisis, qué pretende resolver con su muerte y cualquier otra información de relevancia para los equipos de rescate.</p> |
| <p style="text-align: center;">7. BUSCA FACTORES PROTECTORES Y RAZONES PARA VIVIR</p> <p>Aun en las situaciones más críticas, todos tenemos factores protectores, razones para vivir y enganches a la vida. Explóralas. Sirven para ayudar a pasar de la 'lógica de la muerte' a la 'lógica de la vida', introduciendo aquellos factores que más le pueden proteger en esa crisis.</p> |
| <p style="text-align: center;">8. USA LA AMBIVALENCIA</p> <p>Incluso después de decidir quitarse la vida, las personas sienten ambivalencia e incertidumbre sobre esa decisión (más aún cuando realizan una llamada de ayuda).</p> <p>Recuérdale, por ejemplo, que muchas personas que sobreviven a un intento refieren que se arrepintieron de hacerlo en el mismo momento de iniciarlo.</p> |
| <p style="text-align: center;">9. FACILITA QUE ENCUENTRE SOLUCIONES ALTERNATIVAS</p> <p>Probablemente la situación de crisis puede estar precipitada por un factor desencadenante. Pueden encontrarse formas alternativas de afrontarlo. También pueden valorarse experiencias anteriores que le hayan servido a superar otras crisis o puede plantearse cómo afrontaría esta situación alguien que sea de ejemplo para la persona llamante.</p> |
| <p style="text-align: center;">10. DESPÍDETE PROPORCIONANDO RECURSOS DE AYUDA</p> <p>No finalices la llamada sin recordarle que puede utilizar el servicio de emergencia siempre que lo necesite, proporcionando también información útil sobre recursos de ayuda: teléfonos específicos para estas situaciones, guías de ayuda, aplicaciones móviles, centros y profesionales sanitarios, asociaciones o cualquier otro recurso que esté disponible en su entorno.</p> |

Fuente: Guía Prevensuic. Guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios.

7.3 Rescate en un intento de suicidio

La Guía Prevensuic enumera una serie de recomendaciones sobre qué hay que hacer (y qué no hacer) en un rescate en un intento de suicidio. Además de las señales de progreso y riesgo que deberían ser consideradas cuando se está haciendo dicha intervención (Tabla 3).

Tabla 3. Rescate en un intento de suicidio. Recomendaciones.

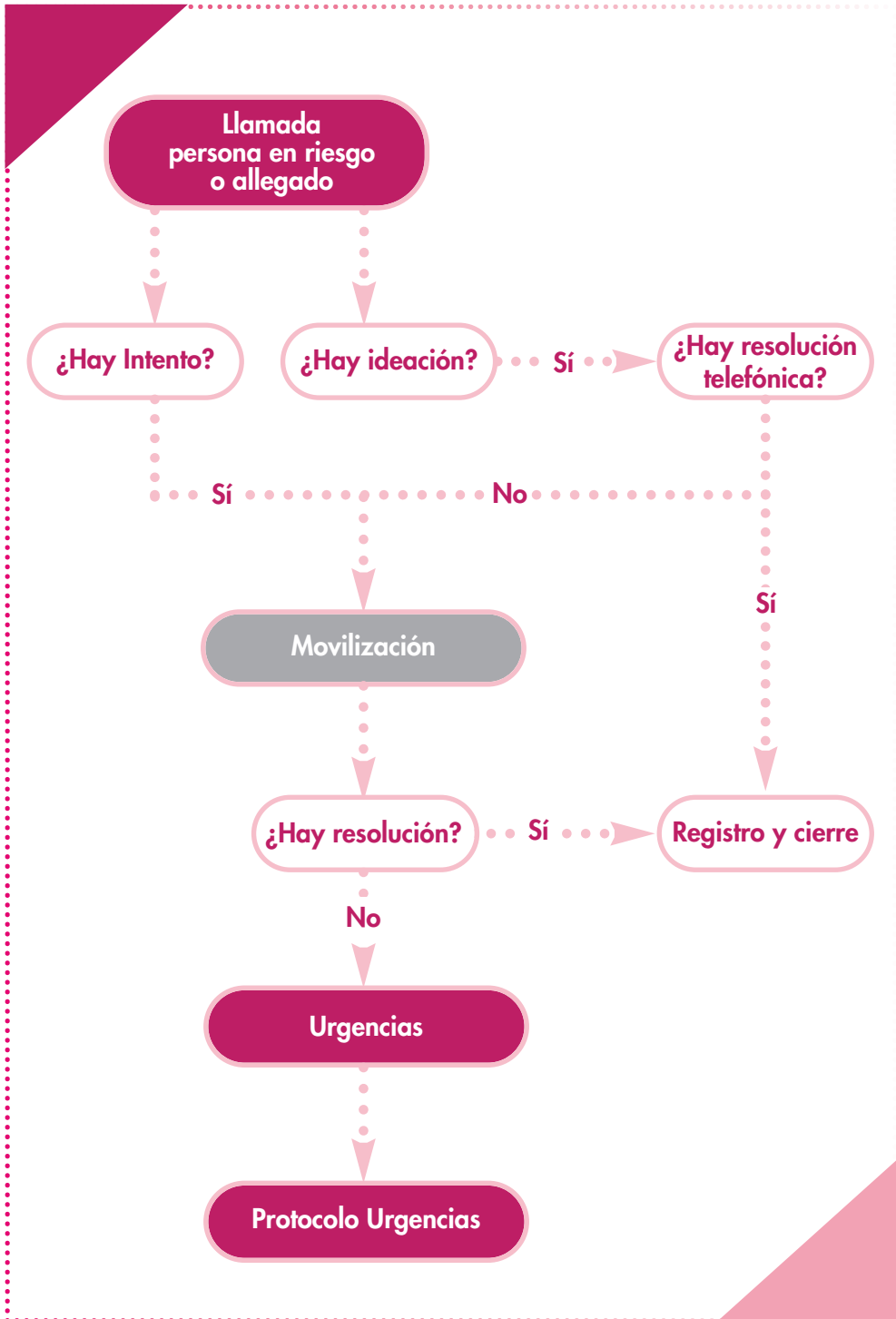
| QUÉ HACER |
|--|
| • Asegurar la escena. Acomodar la escena a nuestros intereses. |
| • Recabar toda la información posible en el menor tiempo posible. Utilizar 'pinganillo'. |
| • Identificar un único interviniente. |
| • Identificarse con nombre propio y profesión. |
| • Llamarle siempre por su nombre. Personalizar. Establecer contacto verbal. |
| • Ir acercándose, pidiendo permiso. |
| • Ser empático, respetuoso, cálido y afectuoso. |
| • Mostrar total disponibilidad y actitud de ayuda para lo que necesite. La víctima debe tener claro que se está allí como ayuda, no como amenaza. |
| • Obedecer si se niega, pero volver a intentarlo. 'Siempre manda el suicida, pero decide el rescatador'. |
| • Preguntarle cómo está, si necesita algo ('¿un cigarrillo?', '¿algo de beber?'). |
| • Mostrar empatía. Ponerse en el lugar de la víctima. Entender por lo que está pasando. Validar su malestar, no minimizar lo que piensa ni lo que siente. |
| • Intentar cambiar el estado emocional, no el razonamiento. |
| • Intentar rebajar el descontrol emocional (gritos, gestos autolesivos...) con mensajes que transmitan tranquilidad, incluso intentando cambiar la autoagresividad por heteroagresividad (verbal). |
| • Hablar abiertamente de lo que está pasando y preguntarle por ello. |
| • Escuchar más que hablar. Dejar que se desahogue emocionalmente. Dar muestras de que escuchas y comprendes lo que dice. Practicar la escucha activa y utilizar las respuestas reflejo (repetir la última frase que la víctima haya dicho) o las coletillas (expresiones como 'ya', 'entiendo', 'uhum', etc.). |
| • Respetar los silencios. No incomodarse por ellos. Pueden servir para evaluar la situación por parte del interviniente. |
| • Preguntar si necesita algo. Sirve también para acercarse a la víctima sin que esta desconfíe. |
| • Proponerle hablar con alguien de su confianza que se sepa que puede ser de ayuda en la resolución de la crisis. |
| • Buscar alternativas. Ejemplo: 'Tal vez ahora no las veas, pero seguro que hay otras formas de solucionar estos problemas', '¿Qué has hecho para superar otras ocasiones difíciles que hayas vivido?' |
| • Exponer los perjuicios de su acción, tanto si su resultado es letal como si no: sufrimiento de seres queridos, posibles secuelas en caso de no consumarlo, dar satisfacción a quien desea que lo haga, o cualquier otra de la que nos haya proporcionado información. |
| • Aceptar una posible petición de cambio de interlocutor. |

Tabla 3. Rescate en un intento de suicidio. Recomendaciones. (Continuación)

| QUÉ NO HACER |
|---|
| • No incitar. No retar. |
| • No (pre)juzgar. No reprochar. No culpabilizar. No discutir. No minimizar sus emociones o motivaciones. |
| • Nunca confiarse. |
| • No engañar (si se percibe esta posibilidad por parte de la víctima puede ser peligroso). No prometer cosas que no se van a cumplir (de ocurrir una situación semejante de nuevo, la víctima desconfiará de lo que se le pueda decir). |
| • No dejarle solo ni darle la espalda. |
| • No usar frases hechas o tópicos (no te preocupes, todo va a salir bien. 'Con lo bonita que es la vida'. 'Pero si eso le pasa a todo el mundo...'). |
| • No profundizar ni extender mucho las conversaciones. |
| • No hacer movimientos bruscos. |
| • No gritar, no alterarse, no hablar rápido. En estas situaciones es más importante cómo se dice que lo que se dice. |
| • No hablar de la persona como si no estuviese delante, aunque pensemos que puede estar inconsciente o esté lejos para oírlo. |
| • No permitir la presencia de personas que puedan poner en peligro el rescate. |
| • No interrumpirle ni finalizarle las frases. |
| • No responder a sus provocaciones. |
| • No desviar nuestra atención en ningún momento de lo que está ocurriendo. |
| SEÑALES DE PROGRESO |
| • Expresiones de arrepentimiento y autocrítica hacia su conducta. |
| • Se aleja de la zona de peligro. |
| • Muestra interés por la conversación. Asiente. |
| • Expresa razones para vivir y muestra ambivalencia. Habla del futuro. |
| • Responde a las sugerencias del interviniente. Colabora con él. |
| SEÑALES DE RIESGO |
| • Despedirse. |
| • Interrumpir conversación. No mostrar interés. Ignorar al interviniente. |
| • Golpear con los puños. Autogolpearse. |
| • Moverse por lugares inestables o más peligrosos. Alejarse del interviniente. |
| • Balancearse. |
| • Dar la espalda al vacío. Desnudarse. Descalzarse. |

Fuente: Prevensuic. Guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios.

7.4 Algoritmo de actuación ante la conducta suicida en Emergencias Sanitarias



8 ACTUACIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

8.1 Valoración de lesiones y estado de conciencia

En el Servicio de Urgencias Hospitalarias se valorará la ideación y/o intento suicida. Se realizará el parte de lesiones que se debe modificar tantas veces como sea preciso cuando se detecten nuevas incidencias físicas o mentales.

La persona permanecerá a cargo del Servicio de Urgencias Hospitalarias hasta su valoración por Psiquiatría (manteniendo las medidas asistenciales y de protección necesarias hasta determinar alta, ingreso o período de observación).

Si la persona presenta lesiones graves será triada con el nivel 1 (rojo) según el sistema de Manchester ([Anexo 6](#)) y tratada de las lesiones hasta que se recupere de ellas y se encuentre en condiciones físicas y mentales adecuadas para la valoración de su riesgo suicida.

En caso de que las lesiones no sean graves o no haya existido un intento autolítico se procederá a la valoración del riesgo suicida según el cuestionario de Horowitz adaptado por la GPC del SNS ([Anexo 6](#)).

Si en este cuestionario se valora el riesgo como naranja, se triará la persona en el nivel 2 (naranja) según el sistema de Manchester y se aplicarán medidas de seguridad específicas.

Si el riesgo es valorado como amarillo, se triará en el nivel 3 (amarillo) según sistema de triaje Manchester y se aplicarán medidas de seguridad generales ([Anexo 7](#)).

Aquellas personas que sean incluidas en los niveles naranja y amarillo permanecerán acompañadas o, en su defecto, supervisadas por familiares/profesionales. Del mismo modo, se evitará la permanencia de personas en zonas poco transitadas, aisladas, no vigiladas o que puedan suponer un riesgo para su seguridad.

8.2 Exploración psicopatológica y del riesgo suicida

Una vez realizado el triaje por parte del servicio de Urgencias Hospitalarias, la/el Psiquiatra de guardia procederá con la exploración psicopatológica, la evaluación de los factores de riesgo, protectores y precipitantes, de las señales de alerta ([Anexo 4](#)) y la valoración de la gravedad de la ideación y/o intento suicida.

Si hubiera factores precipitantes sociales de relevancia, se realizará interconsulta a la Unidad de Trabajo Social Sanitario (valoración y diagnóstico social sanitario).

La evaluación de estos factores, además de las características de la ideación o del intento (Anexo 3) se realizará mediante la entrevista clínica (Anexo 5) y se podrán utilizar escalas rápidas como MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Módulo de riesgo suicida), SAD PERSONS o IS PATH WARM (Anexo 6), recordando siempre que **NADA SUSTITUYE A LA ENTREVISTA.**

El resultado de la valoración integral de la persona se registrará en la Historia Clínica Digital del Sistema de Información Sanitaria JARA.

8.3 Valoración del riesgo suicida y derivación a otros ámbitos asistenciales

Tras la valoración en el Servicio de Urgencias Hospitalarias por parte de Psiquiatría, y dependiendo del riesgo de suicidio detectado y de los criterios de ingreso (Tabla 4), la persona podrá:

- Ser ingresada en Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría.
- Ser ingresada en otros servicios (por ejemplo, Unidad de Hospitalización de Traumatología, Cirugía, UCI, etc.). En este caso, y siempre que su situación clínica lo permita, se realizará una Interconsulta a Psiquiatría, teniendo en cuenta una planificación consensuada al alta entre aquellos/as profesionales que intervengan.
- Ser dada de alta del Servicio de Urgencias Hospitalarias:
 - Si se ha valorado un “riesgo medio o alto” de suicidio que no necesita hospitalización en ese momento, se realizará una e-consulta de derivación al Equipo de Salud Mental indicando: “Activación del Código de Suicidio” (código CIE-10 Z.91.5). Desde el Equipo de Salud Mental se contactará con la persona en un plazo no superior a 3 días laborables desde la valoración de la e-consulta recibida.
 - Si se ha valorado “sin riesgo o con riesgo bajo” de suicidio, se procederá al alta con seguimiento por Atención Primaria y/o Equipo de Salud Mental según criterio clínico.

Se recordarán los recursos de ayuda para la prevención del suicidio (Anexo 8), incidiendo en la necesidad de volver a acudir al Servicio de Urgencias Hospitalarias si fuese necesario.

Tras el alta hospitalaria, todas las personas que hayan estado en situación de ingreso en UHB por riesgo medio o alto o en cualquier otra Unidad de Hospitalización tras un intento de suicidio, se les programará una atención en el Equipo de Salud Mental en un plazo de 3 días laborables como se recoge en el punto 9.2 (tanto para mayores como menores de edad).

Se recuerda que se explicitará en el informe de alta o en la e-consulta: "Activación del Código de Suicidio" (*código CIE-10 Z.91.5*) y que toda la información clínica debe quedar recogida en la Historia Clínica Digital del Sistema de Información Sanitario JARA.

Tabla 4. Criterios de ingreso hospitalario (American Psychiatry Association).

El ingreso es necesario después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, si:

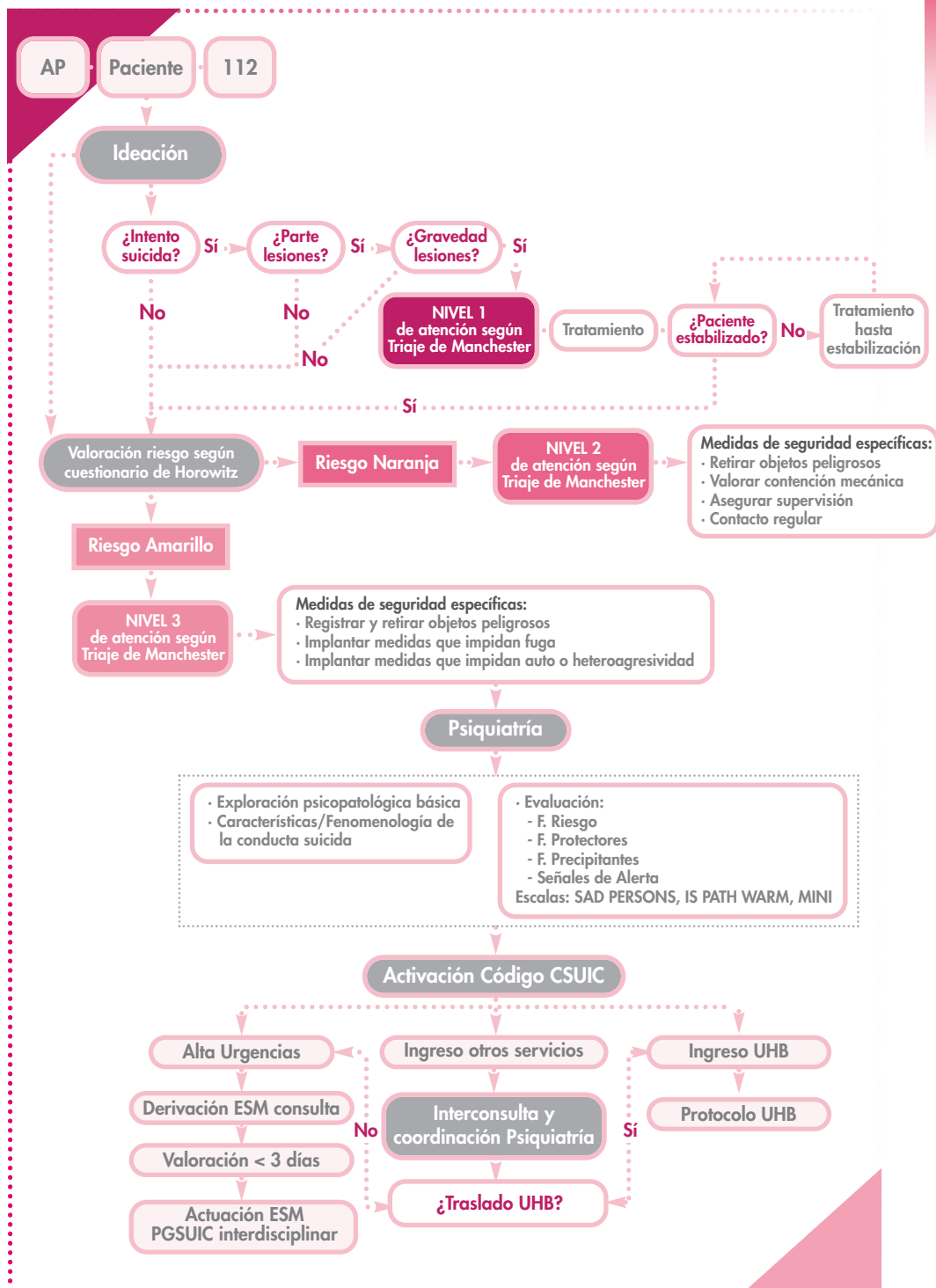
- Persona con síntomas psicóticos.
- Intento de suicidio violento, casi letal o premeditado.
- Se tomaron precauciones para evitar el descubrimiento o el rescate.
- Presencia de planes o ideación persistente.
- La persona lamenta haber sobrevivido.
- El paciente es un hombre, mayor de 45 años, especialmente con comienzo reciente de enfermedad mental o de ideación suicida.
- Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida.
- Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de la ayuda.
- La persona ha cambiado su estado mental tras un estado tóxico-metabólico, infección u otra etiología que requiere un estudio hospitalario.

El ingreso puede ser necesario:

- Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, excepto para aquellas circunstancias en las que el ingreso es necesario como se recoge en el apartado anterior.
- En presencia de ideación suicida con:
 - Psicosis.
 - Otro trastorno mental grave.
 - Intentos previos, en particular si fueron médicamente graves.
 - Cuando ha podido contribuir una patología médica (por ejemplo, trastorno neurológico agudo, cáncer, infección).
 - Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar en un tratamiento ambulatorio o en régimen de hospital de día.
 - Necesidad de un régimen de supervisión debido al tratamiento médico o a terapia electroconvulsiva.
 - Necesidad de observación especializada, exámenes clínicos o evaluaciones diagnósticas que precisen un escenario estructurado.
 - Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida.
 - Ausencia de una adecuada relación médico-paciente o incapacidad para realizar un seguimiento ambulatorio.
 - Ausencia de intentos de suicidio previos o de ideación o planes, pero evidencia, a través de la evaluación psiquiátrica, que sugiera un alto riesgo de suicidio y un incremento reciente en el mismo.

Fuente: American Psychiatry Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviour.

8.4 Algoritmo actuación ante la conducta suicida en Urgencias Hospitalarias



9 ACTUACIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE PSIQUIATRÍA

9.1 Ingreso, valoración y medidas de seguridad

La valoración de la ideación y de la conducta suicida se hará a todas las personas hospitalizadas en la Unidad de Hospitalización Breve.

La implantación de medidas generales o específicas de seguridad se harán en consonancia con el “Protocolo de detección, prevención y abordaje del riesgo y la conducta suicida en UHB”.

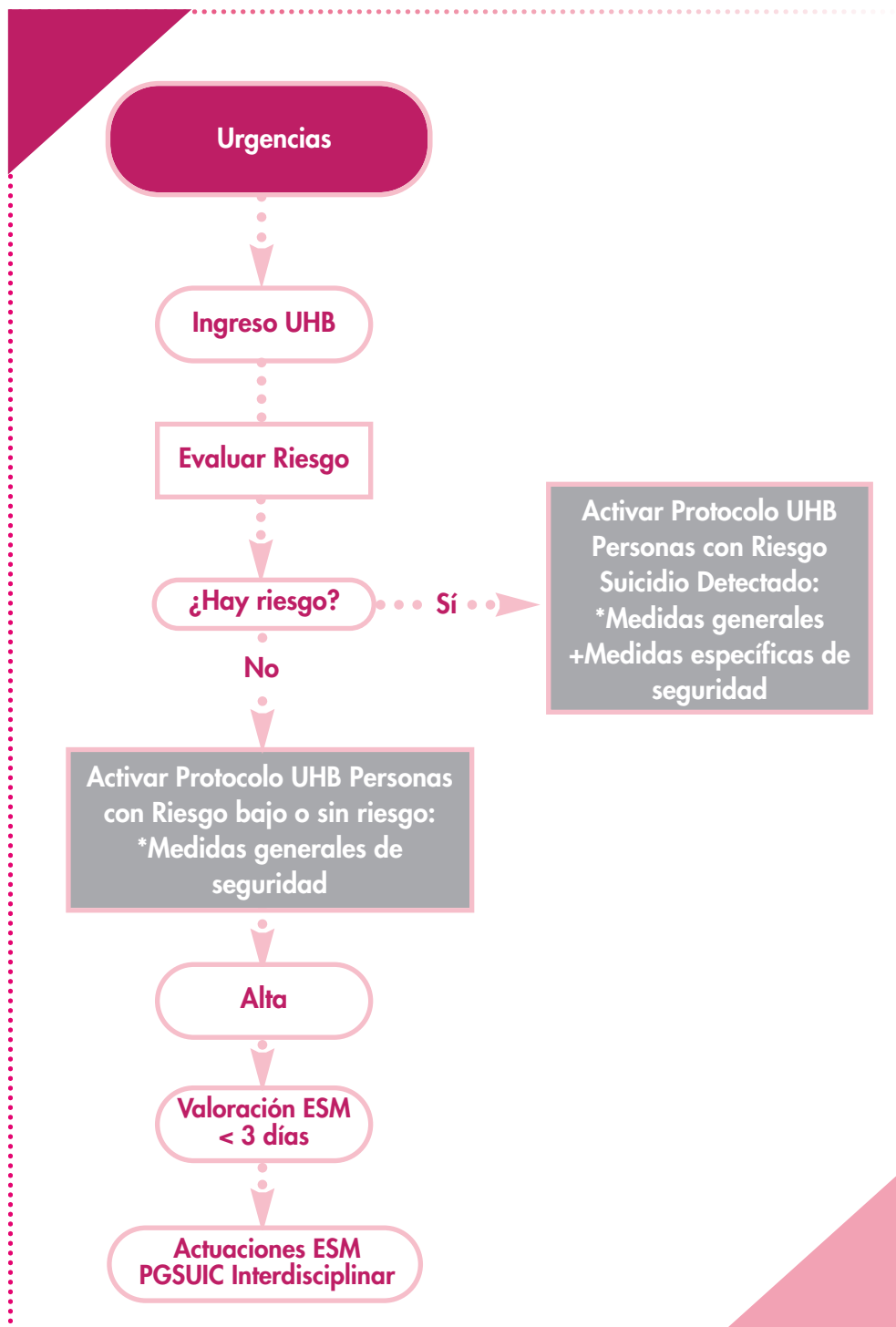
9.2 Alta y derivación a ESM

Al alta de la Unidad de Hospitalización Breve, Enfermería Especialista de Salud Mental de esta Unidad y del Equipo de Salud Mental de referencia acordarán una fecha para valoración (ya sea presencial o telefónica), que será en los siguientes 3 días laborales tras el alta.

Es recomendable recoger dicha cita en el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería y en el Informe de Alta de la Unidad de Hospitalización Breve.

Estas actuaciones se reflejarán en la e-consulta de derivación al Equipo de Salud Mental correspondiente indicando: “Activación del Código de Suicidio (CSUIC)” (código CIE-10 Z.91.5).

9.3 Algoritmo actuación ante la conducta suicida en Unidades de Hospitalización



10 ACTUACIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA EN EQUIPOS DE SALUD MENTAL

La persona con riesgo suicida puede haber sido derivada al Equipo de Salud Mental mediante e-consulta desde el Equipo de Atención Primaria, desde el Servicio de Urgencias Hospitalarias o tras un alta de hospitalización.

En todos los casos aparecerá de forma explícita “Activación del Código de Suicidio (CSUIC)” (código CIE-10 Z.91.5) o información referente a la ideas o conducta suicida que presente la persona.

En el Equipo de Salud Mental se activará el “Código Suicidio (CSUIC)” (código CIE-10 Z.91.5) cuando se reciba una e-consulta en la que se aporte esa información o si durante el proceso de tratamiento de alguna persona se detecta ideación o conducta suicida.

10.1 Itinerario asistencial primer mes

Durante el primer mes, la atención que recibirá en el Equipo de Salud Mental una persona valorada con un Código CSUIC quedará organizada de la siguiente forma:

- 1) Enfermería Especialista de Salud Mental realizará una valoración del riesgo de suicidio **en un plazo máximo de 3 días laborables**. Esta valoración se realizará preferentemente de forma presencial, en caso de no ser posible en esa modalidad podrá realizarse de forma telefónica. Si no se consigue localizar a la persona, se recomienda realizar al menos 3 intentos de contacto telefónico en ausencia de una primera respuesta. En caso de no lograr localizarla, se establecerá una adecuada coordinación con la Unidad Básica Asistencial de Atención Primaria de referencia de dicha persona informando de las actuaciones realizadas.

Quando se valore un Código de Suicidio (CSUIC) en una persona menor de edad, ésta será atendida por Psiquiatría o Psicología Clínica Infanto-Juvenil en 3 días laborables.

- 2) En un plazo no superior a 15 días (solicitud preferente) recibirá atención por Psiquiatría o Psicología Clínica. Si es una persona menor de edad recibirá una segunda atención por profesional de Psiquiatría, Psicología Clínica o Enfermería Especialista en Salud Mental en los 15 días siguientes a la activación del Código.
- 3) Antes de la finalización del primer mes se realizará una valoración por Trabajo Social Sanitario con el objeto de:

- a) Revisar la valoración y diagnóstico sociales sanitarios en el caso de haber sido realizados en el Servicio de Urgencia Hospitalario.
 - b) Realizar diagnóstico social, si no se ha hecho, favoreciendo continuidad y seguimiento.
- 4) Elaboración del Plan de Gestión del Riesgo de Suicidio (PGSUIC) (punto 10.5). Todas las intervenciones terapéuticas realizadas se incluirán en el PGSUIC independientemente del o la profesional que las haya realizado.

10.2 Itinerario asistencial segundo y tercer mes

Durante el segundo y tercer mes, la persona con Código CSUIC activado será valorada al menos dos veces al mes en el Equipo de Salud Mental de referencia. Dichas valoraciones podrán ser de carácter telefónico o presencial y estarán establecidas en el Plan de Gestión del Riesgo de Suicidio (PGSUIC) (punto 10.5).

Se recomienda que la atención al suicidio en la infancia y adolescencia se realice de forma presencial, implicando desde el inicio a progenitores o personas que ejerzan la tutela legal, y para ello se deben tener en cuenta algunas recomendaciones y consideraciones recogidas en este documento (Anexo 9).

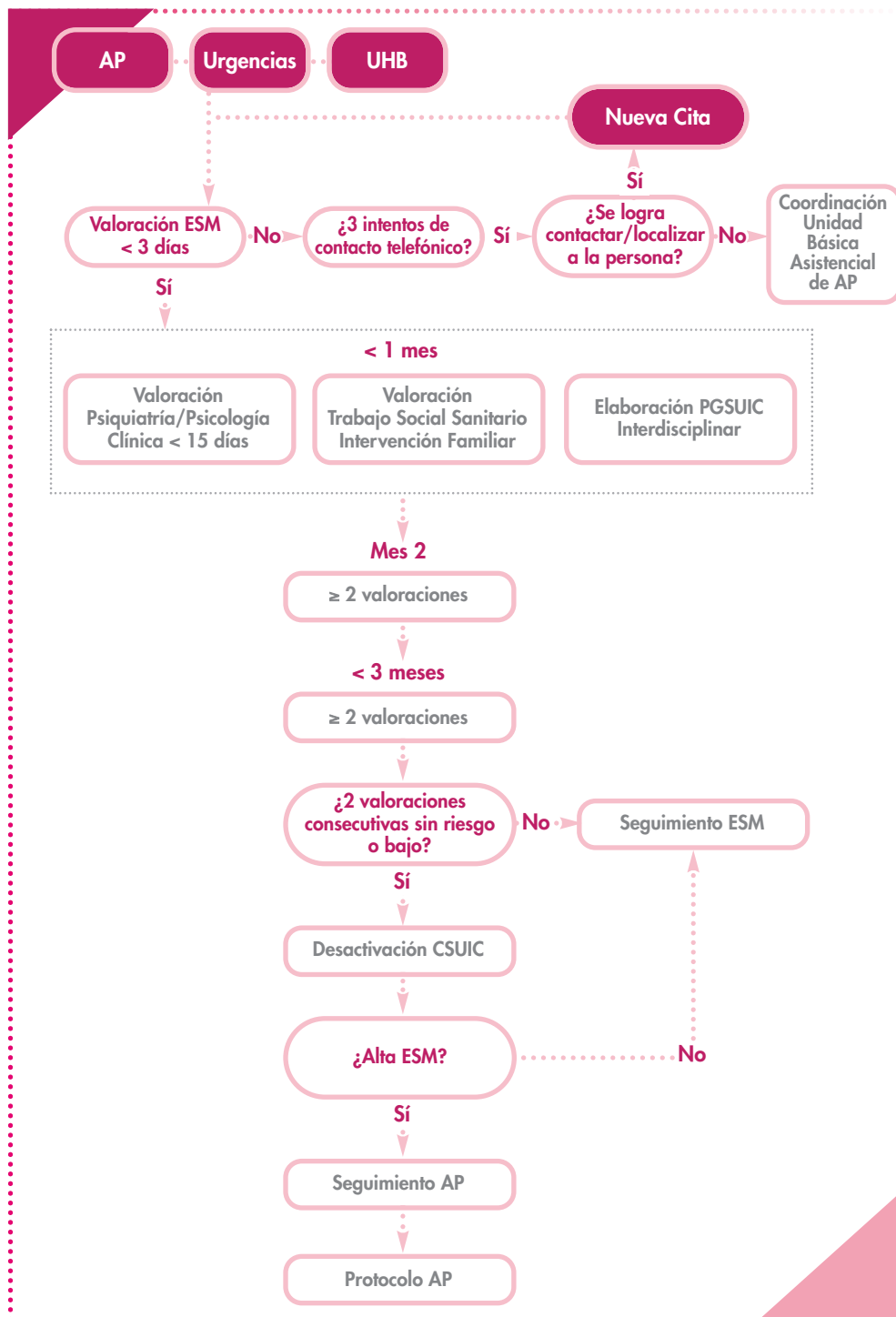
La frecuencia de la atención en el Equipo de Salud Mental vendrá determinada por las condiciones individuales de cada caso y quedará recogido en su Plan de Gestión del Riesgo de Suicidio (PGSUIC) y que en ningún caso será inferior a 3 valoraciones durante el primer mes y 2 valoraciones al mes durante el segundo mes y tercer mes.

10.3 Desactivación del Código Suicidio CSUIC

Si se objetiva **“sin riesgo o riesgo bajo”** en dos valoraciones consecutivas en el Equipo de Salud Mental se desactivará el CSUIC y se continuará la planificación terapéutica adecuada a las necesidades asistenciales.

En caso contrario, la persona seguirá siendo atendida en el Equipo de Salud Mental según el Código Suicidio CSUIC y el PGSUIC correspondiente hasta que se produzcan 2 valoraciones consecutivas **“sin riesgo o riesgo bajo”**.

10.4 Algoritmo actuación ante la conducta suicida en ESM



10.5 Plan de Gestión del Riesgo de Suicidio (PGSUIC)

El **Plan de Gestión del Riesgo de Suicidio (PGSUIC)** es el diseño y planificación de las intervenciones terapéuticas, de cuidados y sociales que pueden realizarse de forma interdisciplinar para disminuir el riesgo de suicidio de una persona que presenta ideas y conductas suicidas.

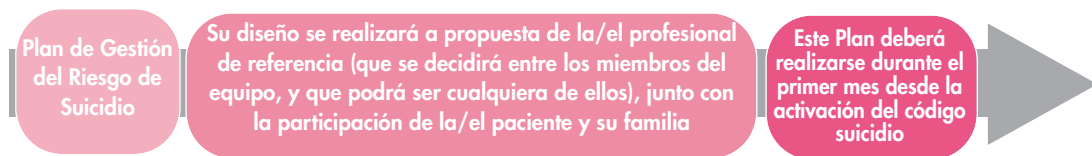
Puede utilizarse en los diferentes dispositivos de atención a la Salud Mental por parte de cualquier profesional.

Es preciso recordar que cada intervención que se realice con la persona con ideas y conductas suicidas debe comenzar con una adecuada valoración del riesgo suicida.

El PGSUIC se concibe como un documento dinámico, es decir, modificable en las distintas valoraciones que se realicen a la persona hasta la desactivación del CSUIC.

La persona debe dar su consentimiento informado verbal para la elaboración del PGSUIC durante la primera valoración que reciba en el dispositivo de atención a la Salud Mental correspondiente.

Ilustración 1. Figura Plan de Gestión del Riesgo Suicidio (PGSUIC).



Fuente. Elaboración propia.

10.5.1 Objetivo

El objetivo principal es conseguir la disminución del riesgo suicida de la persona. Para conseguir la disminución del riesgo suicida, el PGSUIC debe incorporar diferentes estrategias Tabla 5 que puedan ayudar a controlar las ideas y conductas autolesivas y suicidas; y puedan proporcionar conocimientos y habilidades para un mejor afrontamiento de situaciones conflictivas.

Las estrategias se enfocarán en:

- 1) Expresar y trabajar el dolor emocional, la visión en túnel, la ambivalencia, la desesperanza y la desvinculación.
- 2) Elaborar un *Plan de Seguridad*, que incluirá el fortalecimiento de las razones para vivir.
- 3) Atender las necesidades de sus familiares y personas de referencia.

Tabla 5. Plan de Gestión del Riesgo Suicidio (PGSUIC).

| PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO SUICIDA (PGSUIC) | | |
|---|----------------------------------|--|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL DE LA PERSONA | | |
| OBJETIVO: DISMINUIR EL RIESGO SUICIDA | | |
| PLANIFICACIÓN | INTERVENCIÓN PROPUESTAS | |
| ALIANZA TERAPÉUTICA | Trabajar para conseguirla | <ul style="list-style-type: none"> • Clima emocional adecuado. • Escucha activa. • Actitud empática. • Relación de respeto y confianza. • Favorecer la vinculación. |
| EXPRESAR Y TRABAJAR Ser conscientes en el propio profesional de: <ul style="list-style-type: none"> • Enfado. • Desesperación. • Frustración. • Desesperanza. • Dudas sobre la competencia del propio profesional. • Sentimientos de ser responsables absolutos de la vida del paciente. • Sentimientos de culpa, vergüenza o envidia. | DOLOR EMOCIONAL | <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la expresión. • Escucha y presencia segura del profesional. • Ofrecer alternativas |
| | VISIÓN EN TÚNEL | <ul style="list-style-type: none"> • Escucha y presencia segura del profesional. • Explicitar. |
| | AMBIVALENCIA | <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la ambivalencia frente a las ideas suicidas. • Trabajar las razones para vivir. |
| | DESESPERANZA | <ul style="list-style-type: none"> • Escucha y presencia segura del profesional. • Explicitar. • Ofrecer alternativas de valor en su vida. |
| PLAN DE SEGURIDAD | DESVINCULACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Escucha y presencia segura del profesional. • Detectar y cuantificar. • Fortalecer y activar las redes de apoyo y vinculación de la persona. |
| | PERSONAS | <ul style="list-style-type: none"> • Familiares, amistades, profesionales, teléfonos de ayuda, asociaciones de usuarios y familiares. |
| | LUGARES | <ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud, equipo de salud mental, urgencias hospitalarias, asociaciones. |
| | IDEAS/ ACCIONES | <ul style="list-style-type: none"> • Hacer cosas y pensamientos que ayuda, dejar de hacer cosas y evitar pensamientos que no ayudan. |
| | RAZONES PARA VIVIR | <ul style="list-style-type: none"> • Inventario de razones para vivir. • App PREVENSUIC. |

Tabla 5. Plan de Gestión del Riesgo Suicidio (PGSUIC). (Continuación)

| PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO SUICIDA (PGSUIC) | | |
|--|---|--|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL DE LA PERSONA | | |
| OBJETIVO: ATENCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL | | |
| PLANIFICACIÓN | INTERVENCIÓN PROPUESTAS | |
| Consentimiento informado. Screening. | <ul style="list-style-type: none"> • Ordenes clínicas de derivación y plan de seguimiento. • Coordinación con Psiquiatría/ psicología clínica. • Coordinación con AP. • Coordinación con la Red de Conductas Adictivas. | <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar las citas al PGSUIC. |
| OBJETIVO: NECESIDADES DE SUS FAMILIARES Y PERSONAS DE REFERENCIA | | |
| Consentimiento informado. | <ul style="list-style-type: none"> • Activar redes sociales de apoyo. • Valorar y conocer necesidades. | <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento y coordinación. • Psicoterapia familiar. • Asociaciones. |

Fuente. Elaboración propia.

10.5.2 Estrategias e intervenciones propuestas

10.5.2.1 Expresar y trabajar el dolor emocional, la visión en túnel, la ambivalencia, la desesperanza y la desvinculación

Hay algunos fenómenos comúnmente presentes en las ideas y conductas suicidas y es importante que las y los profesionales de atención a la Salud Mental permitan y faciliten la expresión de estas condiciones en el seno de la intervención interdisciplinar (ver también Anexo 2):

- **Dolor emocional:** está siempre presente en la ideación y la conducta suicidas. Es el origen del sufrimiento y el motor de la cadena de pensamientos y acontecimientos que se ponen en marcha. La experiencia de dolor emocional es única e individual, por lo que su vivencia necesariamente lo será. La evaluación de su presencia, su explicitación y el sostenimiento de este dolor en la entrevista y la presencia segura permiten que la persona pueda sentirse acompañada en el dolor y así poder aliviarlo.
- **Visión en túnel:** la persona con idea suicida no contempla otras opciones para dejar de sufrir, por lo que la tarea se debe centrar en permitir la expresión de esta situación y ofrecer de manera empática otras opciones adaptadas a la capacidad de escucha de la persona. La presencia segura, como profesionales de atención a la Salud Mental, es fundamental y puede ser un punto de apoyo que le permita romper la estrechez cognitiva.

- **Ambivalencia:** toda persona con ideas suicidas se mantiene en la ambivalencia de querer morir y querer seguir viviendo. Esta ambivalencia es inherente y la podemos trabajar permitiendo su explicitación y fomentando las razones para vivir como veremos luego.
- **Desesperanza:** es fundamental que la persona con ideas suicidas pueda hablar abiertamente de su desesperanza. Solamente de esa manera podrá ir incorporando otros elementos para que cambie esta situación interna.
- **Desvinculación:** es esencial detectar y cuantificar la desvinculación de la persona con ideas suicidas como factor fundamental en la progresión de la conducta y el paso al acto. La pérdida de la cohesión social de la persona puede funcionar como disparador del suicidio. Se trabajará el fortalecimiento y activación de las redes de apoyo y vinculación de la persona.

10.5.2.2 Elaborar un Plan de Seguridad

Un Plan de Seguridad es un instrumento que identifica las personas, lugares, ideas o acciones que facilitan la superación de la ideación suicida. Aunque normalmente suele estar dirigida a las personas con riesgo suicida, también es aconsejable que las personas que la estén ayudando cumplimenten su propio plan de seguridad, identificando los contactos y estrategias propias, que, obviamente, no tienen por qué coincidir con la de su allegado.

Es un documento fruto del trabajo conjunto entre la persona que tiene riesgo suicida, sus allegados y los y las profesionales sanitarias, de manera que puedan abordarse las estrategias básicas de afrontamiento de la conducta suicida.

En este sentido el Plan de Seguridad tiene las siguientes características:

- El plan de seguridad debe ser desarrollado con la persona y sus figuras clave de apoyo (incluyendo la familia si es apropiado) y profesionales.
- El plan de seguridad debe identificar los factores de riesgo abordando de qué manera pueden ser controlados, modificados o autogestionados.
- El plan debe incluir información de todo el apoyo del que dispone una persona y cómo acceder a ellos, incluidos los servicios sociosanitarios locales y las líneas de ayuda (por ejemplo, teléfono de la esperanza, línea de atención a la conducta suicida, etc).

¿Cómo elaborar un Plan de Seguridad?

- 1) Hacer una lista con las *señales de alerta*: estas señales guardan relación con lo que se piensa, se dice o se hace y, por extensión, con lo que se deja de pensar, decir o hacer. Se puede elaborar en la misma consulta con la persona y su figura de apoyo. También se puede dejar como “tarea” para casa y posterior revisión y trabajo conjunto en la siguiente consulta. La lista puede incluir:
 - a. Las cosas que pienso cuando tengo ideas suicidas.
 - b. Las cosas que digo cuando tengo ideas suicidas.
 - c. Las cosas que hago cuando tengo ideas suicidas.
 - d. Las cosas que no hago cuando tengo ideas suicidas.
- 2) Enumerar las razones que tengo para vivir. Son, evidentemente, personales y subjetivas. Sin embargo, para ayudarnos en esta tarea podemos apoyarnos en:
 - a. El inventario de razones para vivir.
 - b. La App gratuita PREVENSUIC.
- 3) Hacer una lista de las personas con las que puedo contar cuando necesito ayuda. Pueden ser profesionales, familiares, amistades, teléfonos de ayuda, asociaciones de usuarios y familiares, etc.
- 4) Hacer una lista de lugares donde puedo ir si necesito ayuda, donde poder encontrar familiares y amistades, donde puedo distraerme y dispositivos de atención sanitaria (por ejemplo, centro de salud, equipo de salud mental, urgencias hospitalarias, asociaciones, etc).
- 5) Identificar las estrategias que puedo hacer para afrontar la ideación suicida y acciones que hay que evitar hacer. Lo mismo con las ideas que pueden pensarse o que deben evitarse pensar.

10.5.2.3 Planificación de la atención del problema de salud mental

Los y las profesionales de atención a la Salud Mental, durante la intervención para la elaboración conjunta del PGRS, deben ser capaces de hacerse una idea del posible trastorno mental que pueda tener la persona que consulta.

En el caso de que se evidencien signos y síntomas de un trastorno mental subyacente el PGRS debe contener una planificación de la evaluación y seguimiento de dicho proceso.

Por tanto, y con el consentimiento informado de la persona atendida, procederemos a emitir las solicitudes para las *primeras consultas internas* correspondientes y posibilitar la atención de esta persona por parte de Psiquiatría, Psicología Clínica, Trabajo Social Sanitario o Enfermería Especialista en Salud Mental, según se precise.

Debemos asegurar la cita e incorporar la misma al PGRS, haciendo partícipe a la persona.

Es conveniente en la planificación de la cita contactar con la/el profesional al que derivamos, para así poder establecer un plan de seguimiento conjunto. Asimismo, se hace necesaria la coordinación con la Red de Conductas Adictivas, Atención Primaria y otros dispositivos de la Red Sociosanitaria de Salud Mental.

10.5.2.4 Atender las necesidades de sus familiares y personas de referencia

Con el debido consentimiento informado por parte del o la paciente se contactará con los familiares y sus personas de referencia. Este contacto puede servir para activar las redes familiares y sociales de apoyo de la persona y para ir conociendo sus necesidades.

Por tanto, entre las diferentes intervenciones del PGSUIC debe quedar constancia de la presencia o no de la red social de apoyo de la persona y su calidad percibida, así como una propuesta para atender las necesidades que dichos familiares y personas de referencia pudieran tener en relación con los cuidados de la persona con ideas y conductas suicidas.

Dentro del abordaje con los familiares y personas de referencia pueden establecerse visitas de seguimiento y coordinación, intervención psicoterapéutica familiar y asesoramiento sobre las asociaciones de usuarios y familiares disponibles en la comunidad.

10.5.2.5 Valoración y abordaje enfermero del riesgo suicida

La detección precoz de las ideas de suicidio, el abordaje multidisciplinar y la respuesta rápida y coordinada, son los pilares del Código Suicidio CSUIC. En esta tarea, Enfermería Especialista en Salud Mental desempeña un rol fundamental, realizando un contacto proactivo, que ha mostrado su eficacia en la reducción del suicidio consumado.

El proceso de valoración del riesgo sigue los patrones de una entrevista de Enfermería habitual, es decir, los 11 Patrones Funcionales de M. Gordon, prestando especial atención a los factores de riesgo, factores protectores, factores precipitantes y señales de alerta (*Anexo 4*).

La metodología enfermera es muy rica, amplia y constantemente actualizada, por lo que en la propuesta de la Tabla 12 se recoge sólo parte de ella. (Para ampliar la información y acceder a un plan de cuidados estandarizado, consultar el Cuaderno Técnico de Planes de Cuidados Enfermeros en Salud Mental del SES y el Módulo de cuidados integrado en el Sistema de Información Sanitaria JARA).

Las Etiquetas Diagnósticas Enfermeras (según NANDA 2021-2023) utilizadas con más frecuencia en la persona con riesgo de suicidio son:

- **Conflicto de decisiones (00083):** Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o suponer un reto para los valores personales.
- **Desesperanza (00124):** Estado subjetivo en el que un individuo ve alternativas o elecciones personales disponibles o limitadas o nulas y es incapaz de movilizar energía por sí mismo.
- **Riesgo de conducta suicida (00289):** (Nuevo, ha sustituido a “riesgo de suicidio”. Dominio 11): susceptible a actos autolesivos asociados con alguna intención de morir.
- **Riesgo de automutilación (00139):** Estado en el que un individuo experimenta un alto riesgo de realizar un acto sobre sí mismo para lesionarse (no para matarse) que produzca daño tisular y alivio de la tensión.
- **Automutilación (00151):** Conducta deliberadamente autolesiva que, para aliviar la tensión, provoca un daño tisular en un intento de causar una lesión no letal.

Los Criterios de Resultados Enfermeros (NOC) e Intervenciones Enfermeras (NIC) que se pueden relacionar con cada una de las etiquetas diagnóstica anteriores son numerosas. A continuación, se reseñan las NIC (basado en la 7ª edición) más comúnmente utilizadas:

- Apoyo emocional 5207
- Escucha activa 4920
- Presencia 5340
- Prevención del suicidio 6340
- Acuerdo con el paciente 4220
- Consulta por teléfono 8180
- Disminución de la ansiedad 5820
- Entrenamiento para controlar impulsos 4370
- Establecimiento objetivos comunes 4410
- Fomentar implicación familiar 7110
- Fomentar la resiliencia 8340
- Manejo ambiental: seguridad 6486
- Manejo de la conducta: autolesión 4354
- Potenciación de la seguridad 5380

Tabla 6. Tabla resumen. Abordaje enfermero del Código Suicidio.

| VALORACIÓN ENFERMERA | | |
|---|----------------|---|
| DATOS DEMOGRÁFICOS PARA TENER EN CUENTA | | |
| EDAD | SEXO MASCULINO | DIVORCIO, VIUEDAD, VIVIR SOLO/A |
| DURANTE LA ENTREVISTA, VALORAR: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes personales: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Historia de intentos previos. ▶ Trastorno mental. ▶ Enfermedad física grave o terminal. ▶ Dolor crónico. ▶ Falta de autonomía. ▶ Exposición a vivencias tempranas traumáticas. • Historia familiar de suicidio. • Deseo de vivir: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Conflicto de decisiones. ▶ Amenazas de matarse. ▶ Expresión de deseos de morir. ▶ Expresión de planes de futuro. • Planificación: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Método. ▶ Accesibilidad al medio. ▶ Letalidad del medio. ▶ Previsión de rescatabilidad. • Control de impulsos ineficaz. • Ansiedad. | | <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la vida sociofamiliar: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Duelo. ▶ Aflicción. ▶ Impotencia. ▶ Inestabilidad económica. ▶ Aislamiento social. ▶ Falta de apoyo. ▶ Dificultad con el grupo de iguales. ▶ Acoso / ciberacoso. ▶ Redacción testamento. • Crisis de identidad sexual. • Fracaso escolar. • Sufrimiento espiritual. • Desesperanza. • Visión en túnel. • Tóxicos: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Consumo repentino. ▶ Cambio en el patrón de consumo. |
| ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS (NANDA 2021-2023) | | INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC 7ª EDICIÓN) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Conflicto de decisiones (00083). • Desesperanza (00124). • Riesgo de suicidio (00150). • Riesgo de automutilación (00139). • Automutilación (00151). | | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional (5207). • Escucha activa (4920). • Presencia (5340). • Prevención del suicidio (6340). • Otras intervenciones. |

Fuente. Elaboración propia.

ANEXO 1. Nomenclatura básica de la conducta suicida

A continuación, se enumeran una serie de términos básicos relacionados con el suicidio:

- **Ideación suicida:** deseos y pensamientos suicidas.
- **Intento suicida:** acto suicida sin resultado de muerte.
- **Conducta suicida:** ideación, comunicación y actos suicidas.
- **Autolesión:** daño físico producido por un acto suicida, independientemente de su grado o de su intencionalidad suicida.
- **Antecedente suicida:** Existencia de actos suicidas previos.
- **Planificación suicida:** ideas y conductas organizadas y premeditadas para cometer acto suicida.
- **Riesgo suicida:** grado variable de cometer un acto suicida.
- **Suicidio:** acto suicida con resultado de muerte.
- **Suicidio consumado:** pleonasma de suicidio.
- **Postvención:** intervenciones realizadas en familiares y allegados de personas fallecidas por suicidio y a personas que han cometido un intento suicida, dirigidas, respectivamente, a reparar el duelo o a prevenir la repetición.

ANEXO 2. Fenomenología de las ideas y conducta suicidas

Desde un punto de vista fenomenológico, se pueden describir ciertos aspectos comunes a las ideas y conductas suicidas. Conocerlos puede ser útil para facilitar una adecuada exploración de los aspectos ligados a dicha conducta y permiten guiar la entrevista clínica y por tanto ayudan a la valoración del riesgo de suicidio de la persona.

Esta relación surge de diferentes fuentes bibliográficas y de la experiencia clínica de las autoras:

- **Dolor emocional:** está siempre presente en la ideación y la conducta suicidas. Es el origen del sufrimiento y el motor de la cadena de pensamientos y acontecimientos que se ponen en marcha. La experiencia de dolor emocional es única e individual, por lo que su vivencia necesariamente lo será. La evaluación de su presencia, su explicitación y el sostenimiento de este dolor en la entrevista y la presencia segura permiten que la persona pueda sentirse acompañada en el dolor y así poder aliviarlo.
- **Ambivalencia:** Las ideas y emociones contrapuestas de vivir con el sufrimiento sentido y que la necesidad de que cese este sufrimiento de manera inmediata también está siempre presente. Sin embargo, fomentar esta ambivalencia puede ser una herramienta de trabajo, ayudando a ganar tiempo frente a una decisión irreversible. Aplazar la decisión es una cuestión vital.
- **Visión en túnel:** La estrechez cognitiva está presente en la persona con ideas y conductas suicidas. De esta manera, resulta especialmente difícil valorar otras opciones frente al enorme sufrimiento emocional que no sea su cese inmediato mediante la propia muerte. Trabajar la ampliación y la valoración de otras opciones es uno de los trabajos necesarios en la prevención del suicidio.
- **Desesperanza:** La emoción nuclear de la persona con ideas y conductas suicidas es la desesperanza. Es una vivencia profunda de que nada puede cambiar pese a cualquier opción y acción que se lleve a cabo. Es necesario su explicitación, que pueda salir del mundo interno de la persona para colocarla en el espacio transicional que supone una entrevista con un encuadre cuidado, cercano y presente.
- **Desvinculación:** La pérdida de la cohesión social de la persona puede funcionar como disparador del suicidio. Cuando una persona siente que nada la conecta a la vida, que ningún lazo la ata a otra persona el suicidio se configura como la opción. En el marco social actual numerosas características minan la cohesión social de las personas vulnerables, agravando esa vulnerabilidad. Es preciso valorar en la entrevista el grado de desvinculación que siente la persona y trabajar para afianzar los lazos que pueda tener.

ANEXO 3. Características de la conducta suicida

Uno de los elementos clave en la evaluación de la conducta suicida es las características de la ideación o del intento. La Guía Prevensuic define 6 características principales:

- **La intencionalidad suicida.** Siempre se ha considerado como una condición indispensable para que la ideación o el intento sean considerados suicidas como tal. Eso no significa que puedan producirse lesiones por conductas autolíticas sin intencionalidad suicida que, en caso de producir la muerte, sean consideradas suicidios.

A la hora de evaluar el riesgo, a mayor intencionalidad, mayor riesgo.

- El grado de **planificación/impulsividad** del intento o de la idea suicida: los suicidios y sus intentos pueden ser más o menos planificados o más o menos impulsivos. Como siempre, depende de cada persona e incluso de cada situación en una misma persona.

A la hora de evaluar el riesgo, una mayor planificación de la ideación o del intento (se ha planificado o se tenía planificado el cuándo, cómo y dónde), mayor riesgo. En personas impulsivas (mayoritariamente jóvenes) hay que valorar ese rasgo de la personalidad como potencialmente peligroso.

- La **accesibilidad al método**: las tasas de suicidio en profesiones con alta accesibilidad a métodos letales (por ejemplo: anestésicos, psicofármacos, armas de fuego) son mucho mayores que en la población general (son los casos, por ejemplo, de profesionales de la medicina o de las fuerzas de seguridad). Es posible que se haya ideado un método letal, pero de difícil accesibilidad. En este caso, el riesgo será menor que si es accesible. En los casos de intentos de suicidio, la utilización de un método altamente letal y accesible conllevaría la valoración de un alto riesgo de repetición.
- El grado de **letalidad del método** planificado o utilizado: la letalidad del método ideado o utilizado nos da una clave bastante objetiva sobre su gravedad y nivel de riesgo. Obviamente, a mayor letalidad, mayor riesgo. Es importante valorar la letalidad subjetiva del método. Es posible que la persona lo considere muy letal, pero que realmente no lo sea. (por ejemplo, el uso de benzodiazepinas). En este caso, el riesgo también sería alto.
- El **grado de rescatabilidad** del paciente en caso de llevar a cabo el plan suicida: entendemos, por rescatabilidad, la posibilidad de que la persona idee o se encuentre en una situación que pueda ser rescatada. En otras palabras, la probabilidad de que pueda frustrarse un suicidio. Generalmente (no tiene por qué

ser siempre así), como en el resto de las características de la conducta suicida, a mayor rescatabilidad, menor riesgo de suicidio.

- La **autocrítica del paciente** hacia la ideación o intento suicida: una persona puede percibir su ideación suicida como egodistónica (no deseable) o egosintónica (deseable). Por lo mismo puede mostrar autocrítica o arrepentimiento en el caso de haber realizado un intento o, por el contrario, puede lamentarse de que el intento no haya sido letal. A la hora de realizar la evaluación, también generalmente, a mayor autocrítica, menor riesgo.

ANEXO 4. Factores de riesgo, protectores, precipitantes de la conducta suicida. Señales de alarma

1.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo de la conducta suicida son aquellos que influyen en la suicidalidad de una persona, es decir, serían aquellas características mensurables que preceden a la conducta suicida.

Los factores de riesgo señalan la vulnerabilidad de un individuo, comunidad o población y nos ayudan a marcar objetivos de tratamiento. Pueden clasificarse de diferentes formas, según sean individuales o sociofamiliares y contextuales, modificables o inmodificables, etc.

Tabla 7. Factores de riesgo de la conducta suicida.

| FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES | |
|--------------------------------------|--|
| INDIVIDUALES | <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud mental. • Factores psicológicos y rasgos de personalidad. • Intentos de suicidio o ideación suicida previa. • Enfermedad física, dolor crónico o discapacidad. • Factores genéticos. • Edad. Menor letalidad en adolescencia y mayor en tercera edad. • Sexo. (Varón para el suicidio y mujer para los intentos). |
| SOCIOFAMILIARES Y CONEXTUALES | <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de suicidio. • Falta de apoyo sociofamiliar y discriminación. • Nivel socioeconómico y situación laboral. • Exposición a violencia, situaciones traumáticas o abusos. • Estigma o barreras culturales que dificultan la búsqueda de ayuda. • Barreras en el acceso al sistema de salud. |

Fuente: Prevensuic. Guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios.

1.2 Factores protectores

Los factores protectores proveen protección contra la conducta suicida, los cuales suelen considerarse atendiendo a la etapa de la vida. Estos se recogen detalladamente en la Tabla 8.

Tabla 8. Factores protectores de la conducta suicida.

| FACTORES PROTECTORES | |
|----------------------|---|
| EDAD TEMPRANA | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar el bienestar, físico, emocional y psicológico. • Tener relaciones afectuosas y saludables. • Adquirir habilidades efectivas de afrontamiento. • Tener apoyo extendido de la familia y la comunidad. • Desarrollar el apego saludable. |
| EDAD ESCOLAR | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular la autoestima, comunicación y afrontamiento. • Desarrollar relaciones de apoyo con la familia con las y los compañeros/as y la comunidad. • Participar en actividades escolares, educativas y recreativas. • Potenciar la seguridad personal y ayudar o establecer límites apropiados. • Buscar y tener un referente positivo. |
| EDAD ADULTA | <ul style="list-style-type: none"> • Tener la capacidad de cuidar de la propia salud y bienestar y poder acceder a recursos de apoyo. • Tener herramientas para crear y mantener relaciones personales y sociales satisfactorias. • Tener la habilidad para afrontar emociones o problemas difíciles. • Desarrollar habilidades para vivir de forma independiente y alcanzar metas personales. • Tener los recursos para hacer una transición exitosa de la escuela al trabajo o estudio. |
| EDAD LABORAL | <ul style="list-style-type: none"> • Tener una identidad fuerte con sentido de propósito y control sobre la propia vida. • Participar en actividades para buscar el bienestar continuo y la salud. • Relaciones familiares y sociales responsables y más profundas. • Tener oportunidades para hacer una contribución significativa o mostrar liderazgo en casa, en el trabajo o en la comunidad. • Tener las finanzas estables, empleo y vivienda segura. |
| TERCERA EDAD | <ul style="list-style-type: none"> • Mantener actividad mental, física y social. • Tener oportunidades para contribuir y ser valorados por la familia y la comunidad. • Poder administrar problemas de salud efectivamente y poder acceder a los servicios de salud. • Tener una transición positiva del trabajo y las responsabilidades familiares tras la jubilación. • Tener seguridad financiera, vivienda segura y apoyo social. • Tener creencias y valores arraigados para enfrentar el cambio o la pérdida de forma positiva. |

Fuente: Prevensuic. Guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios.

1.3 Factores de riesgo y de protección en la infancia y la adolescencia

Los factores de riesgo pueden clasificarse según sean individuales o sociofamiliares y contextuales. En la Tabla 9 se recogen algunos de estos factores de riesgo y de protección en la infancia y la adolescencia.

Tabla 9. Factores de riesgo y de protección de la conducta suicida en la infancia y la adolescencia.

| | FACTORES DE RIESGO | FACTORES DE PROTECCIÓN |
|------------------------------|---|---|
| CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES | <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos mentales. • Características psicológicas de desesperanza, ambivalencia, visión “en túnel”. • Alta autoexigencia académica. • Impulsividad. • Falta de habilidades de resolución de problemas. • Dificultades en la identidad u orientación sexual. • Consumo de tóxicos. • Ansiedad. | <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia a tratamientos biopsicosociales. • Mantenimiento de hábitos saludables. • Habilidades de autocontrol. • Habilidades sociales y de resolución de problemas. • Habilidades emocionales y de búsqueda de ayuda. • Actitud crítica y valores positivos. |
| ÁMBITO FAMILIAR | <ul style="list-style-type: none"> • Historia de trastornos psiquiátricos en el ámbito familiar. • Historia familiar de suicidio. • Estilos educativos inadecuados. • Dificultades en la relación de apego. • Eventos vitales estresantes (separación, muerte, divorcio, etc.). • Dificultades socioeconómicas graves. • Fácil acceso a medios de suicidio (armas, medicamentos, tóxicos, cúter...). | <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones familiares sanas. • Apoyo y comunicación en la familia. • Buena comunicación familia-centro educativo. • Disponer de información sobre señales de alerta y factores de riesgo de conductas suicidas. • Inaccesibilidad a métodos de suicidio. |
| ÁMBITO ESCOLAR | <ul style="list-style-type: none"> • Acoso escolar o ciberacoso • Fracaso escolar • Obstáculos para la intervención ante una conducta suicida (estigmatización, confusión, mitos...). | <ul style="list-style-type: none"> • Medidas de convivencia escolar. • Tolerancia cero ante el acoso escolar. • Red de apoyo escolar. • Buena integración en el grupo aula. • Disponer de un Protocolo de prevención, detección e intervención del suicidio en el ámbito escolar. • Comunidad educativa comprometida, informada y formada en prevención e intervención ante conductas suicidas. • Principios educativos inclusivos. Adecuada respuesta educativa a las necesidades del alumnado. |
| ÁMBITO SOCIAL | <ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos traumáticos y experiencias tempranas adversas (maltrato, abusos, violencia...). • Discriminación. • Aislamiento social o dificultades con el grupo de iguales. • Exposición a modelos de suicidio desde las nuevas tecnologías. • Exposición a casos de suicidio de personas cercanas. | <ul style="list-style-type: none"> • Medidas de convivencia escolar. • Tolerancia cero ante el acoso escolar • Red de apoyo escolar. • Buena integración en el grupo aula • Disponer de un Protocolo de prevención, detección e intervención del suicidio en el ámbito escolar. • Comunidad educativa comprometida, informada y formada en prevención e intervención ante conductas suicidas • Principios educativos inclusivos. Adecuada respuesta educativa a las necesidades del alumnado. |

Fuente: Adaptado de la Guía para la Prevención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo. Consejería de Educación y Empleo y Servicio Extremeño de Salud, Junta de Extremadura (pendiente de publicación).

1.4 Factores precipitantes

Existen una serie de eventos o situaciones que pueden provocar un estrés intenso en un momento particular de una persona y pueden precipitar un acto suicida. Algunos pueden ser comunes en los distintos grupos de edad, y otros factores precipitantes son más frecuentes en unas etapas de la vida o en otras. Incluimos en la Tabla 10 algunos de estos factores precipitantes según la etapa vital.

Tabla 10. Factores precipitantes de la conducta suicida.

| FACTORES PRECIPITANTES | |
|------------------------------------|---|
| COMUNES EN TODAS LAS EDADES | <ul style="list-style-type: none"> • Accidentes o diagnóstico, empeoramiento o crisis de enfermedades graves, incapacitantes o dolorosas. Propias o ajenas. • Desastres naturales. • Pérdida de seres queridos (incluidos animales de compañía). • Existencia de entorno suicida. • Experiencias y vivencias traumáticas: agresiones y malos tratos, acosos y humillaciones, abusos sexuales, etc. • Aumento o consumo de tóxicos. • Estado de embriaguez o intoxicación. • Imputaciones o condenas judiciales. • Disputas y conflictos con familiares o personas cercanas. • Embarazo no deseado o aborto. • Cambios vitales bruscos no deseados. • Efectos secundarios suicidógenos de medicaciones. • Alta por hospitalización psiquiátrica (primera semana). |
| ADOLESCENCIA | <ul style="list-style-type: none"> • Descubrimiento o no aceptación de la homosexualidad. • Fracaso escolar. • Bullying, acoso, humillaciones, malos tratos. • Abuso sexual, violaciones. • Separación o pérdida de amigos o compañeros. • Cambios habituales de residencia y de entorno social. • Desengaño amoroso. • Muerte de un ser querido. • Problemas disciplinarios escolares, presión escolar, periodos de exámenes. • Entorno suicida, entorno para cometer suicidio. • Embarazo prematuro. • Separación de los padres o graves conflictos conyugales, con instrumentalización del hijo. |
| ADULTOS | <ul style="list-style-type: none"> • Fracaso profesional. • Pérdida de empleo (primer año) o dificultades económicas. • Pérdida de estatus o prestigio social. • Ruptura conyugal, desengaño amoroso. • Jubilación. |
| VEJEZ | <ul style="list-style-type: none"> • Empeoramiento de enfermedades, aumento del dolor, fracaso, desahucio, o hastío terapéutico, aumento de la dependencia. • Pérdida de funciones físicas o psicológicas básicas. • Institucionalización. • Malos tratos. • Cambio periódico de domicilios finales. • Viudez (primer año) • Pérdida de interés por la vida, debut depresivo. • Pérdida de la fe. |

Fuente: Prevensuic. Guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios.

1.5 Señales de alerta

Muchas personas con ideación suicida pueden evidenciar una serie de signos y síntomas, llamados señales de alerta, cuya identificación puede ayudar en la detección de un posible riesgo suicida. En la Tabla 11 y Tabla 12 se recogen listas de señales de tipo verbal y comportamental, que pueden ser observadas y detectadas.

Tabla 11. Señales de alerta verbales.

| SEÑALES DE ALERTA VERBALES | |
|--|---|
| <p>SOBRE SU VIDA Y SU FUTURO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • De cansancio vital. • De insatisfacción, frustración o fracaso. De infelicidad. • De sufrimiento. • De anhedonia. • De desinterés. • De soledad. • De malestar. • De desesperanza. • De desesperación. <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Quiero terminar con todo". • "Las cosas no van a mejorar nunca". • "Mi vida no tiene sentido". • "Toda mi vida ha sido inútil". |
| <p>SOBRE SÍ MISMO/A</p> | <ul style="list-style-type: none"> • De culpabilidad • De odio hacia sí mismo/a. De vergüenza. • De impotencia. • De inutilidad. • Miedo a 'perder la cabeza'. <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "No valgo para nada". • "Lo mío no tiene solución". • "Estaríais mejor sin mí". "Soy una carga para todo el mundo". • "Estoy cansado/a de luchar". |
| <p>SOBRE SU MUERTE O SUICIDIO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • De huida. • De liberación. • De tener las ideas claras. • De tener la forma para resolverlo todo. De dejar de sufrir. • De agradecimiento. • De despedida. <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Me gustaría desaparecer". • "Quiero descansar". • "No deseo seguir viviendo". • "Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto". • "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". • "Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho". |

Fuente: Prevensuic. Guía de prevención del suicidio para profesionales sanitarios.

Tabla 12. Señales de alerta comportamentales.

SEÑALES DE ALERTA COMPORTAMENTALES

- Cambios de humor. Estos cambios pueden presentarse como:
 - ▶ Aparición de irascibilidad y comportamiento desafiante, temerario o agresivo.
 - ▶ Actitud de calma y tranquilidad inusual.
 - ▶ Aparición de alegría repentina e injustificada.
- Cambios horarios en sus hábitos y forma de vida.
- Aislamiento social y familiar.
- Anhedonia, desinterés generalizado.
- Consumo repentino de tóxicos o alcohol o aumento de la frecuencia o cantidad habitual.
- Acciones temerarias, asunción de riesgos innecesarios.
- Discusiones y peleas.
- Indiferencia a elogios y refuerzos.
- Autocrítica, autohumillación.
- Acumulación de fármacos.
- Sospechas de autolesiones leves (por ejemplo: laceraciones).
- Compra de armas.
- Pérdida de sueño, o dormir mucho.
- Despreocupación por la higiene o imagen personal.
- Desinterés hacia su trabajo, sus allegados o sus aficiones.
- Falta de concentración en la escuela o el trabajo.
- Falta de apetito sexual.
- Elaboración de planes suicidas con los elementos para llevarlos a cabo.
- Agravamiento de síntomas de trastornos mentales que pueda sufrir.
- Conductas de cierre:
 - ▶ Regalo de pertenencias, objetos apreciados o valiosos.
 - ▶ Cesión de mascotas.
 - ▶ Redacción de testamento.
 - ▶ Puesta en orden de cosas o gestiones.
 - ▶ Gasto de dinero injustificado o desproporcionado.
 - ▶ Redacción de notas de despedida.
 - ▶ Visitas inesperadas o llamadas a familiares o personas cercanas.

Fuente: Prevensuic. Guía de prevención del suicidio para profesionales sanitarios.

ANEXO 5. La entrevista clínica

Hoy sabemos que preguntar por las ideas suicidas no induce su aparición ni tampoco la consumación del suicidio, por lo que la entrevista clínica es la mejor herramienta para su valoración y nada puede sustituirla. Esta entrevista puede apoyarse en escalas estandarizadas que ayuden a cuantificar el riesgo de consumación de suicidio que presenta la persona en ese momento y guíen la derivación y la intervención de los profesionales.

Para ello es necesario planificar formación continuada y es preciso que los y las profesionales actualicen los conocimientos acerca de los problemas de salud mental y el suicidio.

Aunque probablemente ya se haya mencionado, conviene recordar que la única manera de obtener información es preguntando, con una actitud empática y asertiva, puesto que como ya se ha señalado, **NADA SUSTITUYE A LA ENTREVISTA**. De hecho, dentro de las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud –PAPPS- de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) se señala: *“es importante realizar entrevistas tranquilas y abiertas, procurando establecer una relación empática con el paciente. Si en algún caso se sospecha potencial suicida, es necesario clarificar esa sospecha”*.

Ante la incomodidad que pueda sentir el o la profesional sanitaria o la que se crea que se puede ocasionar en la persona que consulta, hay que recordar que:

- Muchas de ellas manifiestan que hablar de sus ideas de muerte y suicidio supone una liberación.
- Podemos poner en marcha sistemas de ayuda que pueden evitar un suicidio consumado.

Es importante tener en cuenta las siguientes indicaciones, todas ellas encaminadas a crear un clima adecuado que favorezca la expresión de las ideas y sentimientos de la persona en riesgo de suicidio:

- Actitud de interés genuino y escucha activa ante los sentimientos y problemas que refiera la persona.
- Actitud de investigación clínica, sin conformarse con la superficialidad o las respuestas inconcretas; evitando realizar preguntas innecesarias.
- Abandonar de manera consciente los mitos y prejuicios acerca del suicidio y de los problemas de salud mental que mantienen los y las profesionales sanitarias y la población en general.

- Tener en cuenta las posibles dificultades en la expresión verbal y de sentimientos que puedan tener las personas, ofreciendo como profesionales sanitarios, además de un tiempo y un espacio adecuados, las facilidades necesarias para garantizar la accesibilidad cognitiva, especialmente en casos de personas con diversidades funcionales, discapacidad intelectual, transculturalidad, migrantes, etc.

1.1 La entrevista: ¿qué preguntar?

Teniendo en cuenta los factores de riesgo, protección, precipitantes y señales de alerta asociadas al suicidio (Anexo 4), es deseable comenzar la valoración de las ideas, pensamientos y conductas suicidas devolviendo a la persona los factores y señales detectadas y nuestra preocupación por ella.

A continuación, se debe señalar a la persona que, a raíz de lo que nos cuenta, es conveniente hablar con ella acerca de su estado anímico. Por ejemplo, utilizando preguntas del tipo:

- ¿Se encuentra preocupada/o, triste o angustiada/o?
- ¿Cómo se encuentra de ánimo en estos días?
- ¿Cuántos días/tiempo lleva así?

Por último, explicitar que se va a preguntar acerca de cuestiones que, como profesionales sanitarios, creemos que son importantes y que debemos registrar; por ejemplo: "con estas situaciones y problemas tan importantes que me comenta ahora creo conveniente hacerle unas preguntas importantes y recoger sus respuestas, con su permiso".

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) propone un modelo de entrevista clínica sobre ideación, planificación e intentos suicidas.

- 1) Comience con preguntas que abordan los sentimientos del paciente acerca de la vida:
 - a. ¿Ha sentido alguna vez que la vida no valía la pena ser vivida?
 - b. ¿Alguna vez desea ir a dormir y no despertar?
- 2) Continúe con preguntas específicas acerca de los pensamientos de muerte, la autolesión o suicidio:
 - a. ¿Es la muerte algo en lo que ha pensado últimamente?
 - b. ¿Las cosas están alcanzando un punto en el que llegado a pensar en hacerse daño?
 - c. Si usted comenzase a tener pensamientos de hacerse daño o quitarse la vida, una vez más, ¿qué haría?

- 3) Para las personas que tienen pensamientos de autolesión o suicidio:
- a. ¿Cuándo empezó a darse cuenta de esos pensamientos?
 - b. ¿Qué le llevó a esos pensamientos? (por ejemplo, precipitantes interpersonales y psicosociales)?
 - c. ¿Con qué frecuencia se han producido esos pensamientos? (incluyendo la frecuencia, la calidad obsesiva, capacidad de control).
 - d. ¿Ha intentado llevar a cabo alguno de esos pensamientos?
 - e. ¿Cree probable llevarlos a cabo en el futuro?
 - f. ¿Alguna vez ha comenzado a dañarse, pero se detuvo antes de hacer algo? (por ejemplo, llevarse un cuchillo o un arma a su cuerpo, pero deteniéndose antes de actuar, yendo hacia el borde del puente, pero no saltar).
 - g. ¿Qué se imagina que pasaría si realmente se matase?
 - h. ¿Ha hecho un plan específico para dañar o matarse a ti mismo? Si es así, ¿qué incluye el plan?
 - i. ¿Tiene disponibles pistolas u otras armas?
 - j. ¿Cómo ve su futuro?
 - k. ¿Qué cosas le hacen sentir más (o menos) esperanza en el futuro?
 - l. ¿Qué cosas harían más (o menos) probable que usted tratase de matarse?
 - m. ¿Qué cosas en su vida le llevan a querer escapar de la vida o estar muerto?
 - n. ¿Qué cosas en tu vida crea quiere seguir viviendo?
 - o. Si usted comenzase a tener pensamientos de hacerse daño o quitarse la vida, una vez más, ¿qué haría?

ANEXO 6. Escalas de evaluación de la conducta y riesgo suicida

1.1 Sistema de Triage de Manchester

El Sistema de Triage de Manchester (MTS) es un sistema de clasificación y priorización de pacientes. El proceso de decisión que rodea al triaje de un paciente, sigue los siguientes pasos:

- 1) Identificar el problema.
- 2) Reunir y analizar la información.
- 3) Evaluar todas las alternativas y seleccionar una para su aplicación.
- 4) Aplicar la alternativa seleccionada.
- 5) Comprobar la aplicación y evaluar los resultados.

La escala MTS clasifica al paciente que llega a un área de urgencias en 52 motivos diferentes. Dentro de cada motivo se despliega un árbol de flujo de preguntas o discriminadores, generales o específicos, cuya contestación es siempre Sí/No.

Después de tres o cuatro preguntas clasifica al paciente en cinco categorías, cada una de las cuales se traduce en un código de color y un tiempo máximo de atención. Esto permite priorizar al paciente en función de la gravedad y, sobre todo, objetivar clínicamente la decisión. En la Ilustración 2 se detalla la categorización de la urgencia de los pacientes una vez realizado el triaje mediante el Sistema de Manchester.

Ilustración 2. Niveles de gravedad del Sistema de Triage de Manchester.

| NIVEL | NOMBRE | COLOR | TIEMPO |
|-------|--------------|----------|---------|
| 1 | Emergencia | Rojo | 0 min |
| 2 | Muy urgente | Naranja | 10 min |
| 3 | Urgente | Amarillo | 60 min |
| 4 | Poco urgente | Verde | 120 min |
| 5 | No urgente | Azul | 240 min |

Fuente. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS.

1.2 Cuestionario de Horowitz

La GPC propone la adaptación del cuestionario de Horowitz para ser formulado por el personal encargado del Triage en el servicio de urgencias a aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física. Se han asignado unos códigos de colores, de manera que, dependiendo de la respuesta, los pacientes serían clasificados con los códigos amarillo o naranja. A los pacientes clasificados con el código naranja se les aplicará medidas de seguridad específicas, mientras que a los clasificados con el código amarillo se les aplicarán medidas de seguridad generales (Anexo 7).

Ilustración 3. Niveles de gravedad del Sistema de Triage de Manchester.

| TRIAJE DE PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA | | |
|---|----|----|
| Preguntas a formular | Sí | No |
| ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo? | | |
| ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse? | | |
| ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado? | | |
| ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas? | | |
| Es suficiente que una respuesta sea de color rosa para que el paciente sea clasificado en este color. | | |

Fuente. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS.

1.3 MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Para guiar la entrevista en un primer momento, se puede usar la subescala de riesgo suicida de la entrevista MINI, que incluye preguntas como “¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?, ¿ha querido hacerse daño?, ¿ha pensado en el suicidio? ...” y que señala según la puntuación tres niveles de riesgo (leve, medio, alto).

Ilustración 4. Subescala MINI.

| C. RIESGO DE SUICIDIO | | | | |
|--------------------------|--|----|----|--------|
| DURANTE ESTE ÚLTIMO MES: | | | | PUNTOS |
| C1 | ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? | NO | SÍ | 1 |
| C2 | ¿Ha querido hacerse daño? | NO | SÍ | 2 |
| C3 | ¿Ha pensado en el suicidio? | NO | SÍ | 6 |
| C4 | ¿Ha planeado cómo suicidarse? | NO | SÍ | 10 |
| C5 | ¿Ha intentado suicidarse? | NO | SÍ | 10 |
| A LO LARGO DE SU VIDA | | | | |
| C6 | ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | NO | SÍ | 4 |

¿CODIFICÓ **sí** EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO **sí**

SI **sí**, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6).

RODEAR CON UN CÍRCULO «**sí**» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO.

| RIESGO DE SUICIDIO | | |
|--------------------|----------|--------------------------|
| 1 - 5 Puntos | Leve | <input type="checkbox"/> |
| 6 - 9 Puntos | Moderado | <input type="checkbox"/> |
| ≥ 10 Puntos | Alto | <input type="checkbox"/> |

1.4 Escala SAD PERSONS

Como escala de screening, y para completar la cuantificación del riesgo de suicidio, está la escala SAD PERSONS, que señala diez variables como factor de riesgo, así como el establecimiento de tres niveles de riesgo (bajo, medio, alto y una recomendación de ingreso) según el número de factores acumulados.

Ilustración 5. 15.5.2. Escala de Valoración del Riesgo de Suicidabilidad SAD PERSONS (Hockberger & Rothstein, 1998).

| | |
|--|----------------------------------|
| Sex | Género masculino |
| Age | < 20 o > 45 años |
| Depression | Presencia de depresión |
| Previous Attempt | Intento de suicidio previo |
| Ethanol abuse | Abuso de alcohol |
| Rational thinking loss | Ausencia de pensamiento racional |
| Social support lacking | Apoyo social inadecuado |
| Organized plan for suicide | Plan elaborado |
| No spouse | No pareja |
| Sickness | Problemas de salud |
| 0-2: bajo riesgo. | |
| 3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso. | |
| 5-6: riesgo alto, se recomienda ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social. | |
| 7-10: precisa ingreso. | |

Fuente. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS.

1.5 Escala IS PATH WARM

Es una escala heteroaplicada que utiliza el acrónimo de 10 factores de riesgo suicida. En base a su presencia (1 punto) se puede establecer un grado de riesgo, según la siguiente puntuación:

- 0-2: Riesgo bajo.
- 3-4: Riesgo medio.
- 5-6: Riesgo alto.
- 7-10: Ingreso hospitalario.

Ilustración 6. IS Path Warm.

| | |
|------------------|---|
| Ideation | Presencia de ideación suicida |
| Substance abuse | Abuso de alcohol u otras drogas |
| Purposeslessness | Pérdida de propósitos en la vida |
| Anger | Expresión de agresividad incontrolada |
| Trapped | Sentimientos de que no existe otra salida |
| Hopelessness | Desesperanza |
| Withdrawing | Reducción del contacto con familiares y amigos |
| Anxiety | Ansiedad, agitación o trastornos del sueño |
| Recklessness | Realización de actividades de riesgo sin considerar sus potenciales consecuencias |
| Mood | Cambios en el estado de ánimo |

Fuente. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS.

1.6 Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder sí o no, y que incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimiento de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. Dicho instrumento está validado en población española y su puntuación oscila entre 0 y 15, señalando mayor puntuación un mayor riesgo. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos. Se registrará en la Historia Digital el resultado de la valoración integral de la persona.

Ilustración 7. Escala de Valoración del Riesgo Suicida de Plutchick.

| Preguntas a formular | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. ¿Toma de forma habitual medicamentos como aspirinas o pastillas para dormir? | | |
| 2. ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? | | |
| 3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo? | | |
| 4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente? | | |
| 5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? | | |
| 6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? | | |
| 7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza? | | |
| 8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo? | | |
| 9. ¿Está deprimido/a ahora? | | |
| 10. ¿Está Ud. Separado/a, divorciado/a, o viudo/a? | | |
| 11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? | | |
| 12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien? | | |
| 13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse? | | |
| 14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse? | | |
| 15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? | | |
| PUNTUACIÓN TOTAL | | |

ANEXO 7. Medidas de seguridad hospitalaria

1.1 Medidas generales de seguridad

- Retirada de objetos potencialmente peligrosos: objetos cortantes o punzantes, cinturones, corbatas, cubiertos, cables, zapatos con cordones, etc.
- Las y los pacientes deberán ir vestidos con ropa del hospital, para que puedan ser fácilmente identificados en caso de fuga.
- Pacientes y familiares deben ser informados de la prohibición de introducir elementos que puedan suponer un riesgo de auto o hetero-agresividad.
- Controlar la toma de la medicación para garantizar la ingesta y minimizar el riesgo de uso inadecuado (incumplimiento o acumulación de fármacos que podrían utilizarse para una ingesta masiva).
- Los despachos y otras dependencias deberán permanecer cerrados en los turnos de tarde y noche, y no deben contener muestras o restos de medicamentos.
- El botiquín/farmacia de la unidad deberá permanecer cerrado bajo llave en todo momento.
- El carro de la limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlos nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes.
- En los momentos de las comidas, tanto en la entrega como en la retirada de la misma, se deberá hacer un recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se deberá proceder a un registro.

1.2 Medidas específicas de seguridad

- Retirada de objetos potencialmente peligrosos: objetos cortantes o punzantes, cinturones, corbatas, cubiertos, cables, zapatos con cordones, etc.
- Valoración de la aplicación de contención farmacológica y/o mecánica, en el caso de riesgo inminente o dificultades de control del/la paciente.
- Asegurar supervisión, revisando periódicamente por ejemplo las pertenencias, habitación (mantener el cuarto de baño cerrado) y taquillas. La frecuencia de ésta dependerá del potencial riesgo suicida del paciente y de su dificultad para controlar impulsos. Se recomienda que sea frecuente pero no seriada.
- Contacto regular, se deberá garantizar más contactos directos con el equipo de profesionales en urgencias.
- Vigilancia estricta, especialmente durante la noche, cambios de turno y aseo.
- Si es posible, se debería intentar alojar al paciente en una habitación cercana al control de enfermería.

ANEXO 8. Recursos de ayuda y prevención del suicidio en Extremadura

Se recomienda que estos recursos puedan estar enumerados y visibles en distintas zonas del centro/dispositivo sanitario (interior del despacho, sala de espera, otras dependencias, etc.), de tal forma que la información de ayuda sea lo más accesible posible para las personas.

RECURSOS DE AYUDA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EXTREMADURA

DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

DISPOSITIVOS DE LA RED DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA URGENCIA

URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE EXTREMADURA

TELÉFONO 112

TELÉFONO DE LA ESPERANZA

717003717

TELÉFONO CONTRA EL SUICIDIO

911385385

LÍNEA DE ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA

024



ANEXO 9. Atención de la conducta suicida en menores

1.1 Consideraciones a tener en cuenta

El itinerario asistencial en menores valorados con Código Suicidio es similar al detallado para la población adulta, pero realizando las adaptaciones adecuadas a las necesidades de la población infanto-juvenil. Para ello, podemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Tomar seriamente cualquier afirmación realizada por una persona menor que indique, directa o indirectamente, sus deseos de morir suicidándose y/o toda información disponible que indique riesgo de suicidio.
- Plantear intervención inmediata: informar a la persona menor y a sus familiares o responsables sobre los factores precipitantes, la clínica y el tratamiento del comportamiento suicida.
- Se recomienda que el tratamiento sea interdisciplinar (Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería Especialista en Salud Mental y Trabajo Social Sanitario). Según la literatura científica, el tratamiento inicial de la conducta suicida consiste en psicoterapia y farmacoterapia. Dicho tratamiento ha de acompañarse con las intervenciones necesarias que se determinen en el ámbito social y el educativo.
- Para el abordaje integral en los ámbitos mencionados, recordemos que es esencial el conocimiento y evaluación de los factores de riesgo y de protección en los distintos contextos donde se desarrolla el o la menor; así como la coordinación y el trabajo conjunto de todos ellos.
- Recurrir al uso de “contratos terapéuticos” o “contratos de seguridad”, en el que la persona menor se comprometa ante el/la sanitaria a no provocarse un daño y a acudir a sus progenitores, a su médico/a, o a otra persona adulta en caso de nuevo impulso suicida. Puede ser muy útil siempre y cuando se haya establecido buena alianza terapéutica previa.
- Trabajar por garantizar la abstinencia al consumo de sustancias tóxicas en caso de que dicha circunstancia exista.

1.2 Recomendaciones para familiares o personas que ejerzan la tutela legal de menores que presentan conducta suicida

- Hay que asegurar que la persona menor de edad en riesgo de conducta suicida permanezca acompañada y supervisada en todo momento por una persona adulta.
- Extremar la seguridad en el domicilio familiar, restringiendo y evitando el acceso a medios potencialmente letales (fármacos, productos de limpieza, objetos cortantes...).
- Facilitar la comunicación familiar en la medida de lo posible, buscando un momento adecuado en el que se pueda hablar del tema con tranquilidad y confianza.
- Aceptar la situación sin buscar culpables.
- Evitar juzgar, banalizar o comparar.
- Sopesar si nosotros como familia podemos necesitar ayuda profesional añadida para afrontar la situación.
- Recordar los recursos de ayuda que existen y tener accesibles en el domicilio los teléfonos de urgencia y servicios a los que puede acudir (centro de salud, 112...).

ANEXO 10. Indicadores

1.1 Indicadores de funcionamiento:

- Número de e-consultas identificadas y codificadas como código suicidio, según CIE-10 código Z.91.5.
- Objetivo: Codificación de más del 50% de las e-consultas de Código Suicidio en el sistema informático Jara como Z.91.5.

1.2 Indicador de resultado:

- Grado de implantación del Código Suicidio en los dispositivos de la Red de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud.
- Objetivo: Implantación mayor del 50% en los dispositivos de la Red de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Plan de Salud de Extremadura 2021-2028. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Mérida, 2021.
- 2) III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud. Mérida, 2017.
- 3) REAL DECRETO 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
- 4) DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- 5) Anseán Ramos, Andoni. Suicidios. Manual De Prevención, Intervención y Postvención De La Conducta Suicida. Fundación Salud Mental España, 2015.
- 6) Prevensuic, Guía Práctica de Prevención del Suicidio para profesionales sanitarios. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Madrid, 2020.
- 7) 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
- 8) Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave. Junta de Extremadura. Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud. Mérida, 2019.
- 9) Guía de prevención en intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo. Guía interactiva. Junta de Extremadura. Consejería de Educación y Empleo, Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad, Servicio Extremeño de Salud. Mérida, 2021.
- 10) Guía Objetivo 49, de acción tutorial para la promoción de la Salud Mental en el ámbito educativo. Consejería de Educación y Empleo, Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad, Servicio Extremeño de Salud. Mérida, 2020.
- 11) Plan de Prevención de suicidio y manejo de la conducta suicida de la Generalitat Valenciana. Vivir es la salida.
- 12) Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Servicio de Salud del principado de Asturias. Marzo de 2018.

- 13) Prevención y actuación ante conductas suicidas. Protocolo de colaboración interinstitucional. Gobierno de Navarra. Julio de 2014.
- 14) Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad autónoma de Madrid (UAM).
- 15) Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental. Serie Salud Mental. SES. Junta de Extremadura, Consejería Sanidad y Consumo. 2005. https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Protocolo%20de%20Atencion%20y%20Traslado%20a%20la%20Urgencia.pdf
- 16) Planes de Cuidados Enfermeros en SM. Cuaderno Técnico de Salud Mental. SES. Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia. 2008. https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Planes_de_Cuidados_Enfermeros_en_Salud_Mental.pdf
- 17) Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas. Organización Mundial de la Salud. 2000. https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf%3Fua%3D1&ved=2ahUKEwj85ZbDmYXxAhVOx4UKHZ5DCBsQFjA-BegQICRAB&usg=AOvVaw0OkCz1f980tYrHFH1bp8U4
- 18) Guía de buenas prácticas clínicas de Enfermería. Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Registered Nurses s Association of Ontario. Enero 2009. Disponible en: https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_BPG_Suicidio_MAR2014.pdf&ved=2ahUKEwjYueyK8-7xAhUXA2MBHZnHAjoQFjAAegQIBhAB&usg=AOvVaw3L3cC7CUL-ouK8HCg8upg_
- 19) Exploración del riesgo suicida. Necesidad de implantar escalas de valoración. Morant Lujan Y, et. Al. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría www.interpsiquis.com – abril 2018. [Psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- 20) Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. Coord: Mercedes Navío Costa y Víctor Pérez Sola. Wecare-u. Healthcare Communication Group. Madrid, 2020.
- 21) Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y del manejo de la conducta suicida. Ed: Bobes García, J. y col. Triacastela, Madrid, 2011.
- 22) Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA "00150 Riesgo de Suicidio". Albuixech García, M^o Rocío. Universidad de Alicante, 2017.
- 23) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (7^a edición). Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. 2018

- 24) Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2018-2020. NANDA internacional. Heather T, Shigemi K. 2018
- 25) El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. Castellvi-Obiols, P. y Piqueras Rodríguez, José A. Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas. Rev estudios de juventud Septiembre 18 / nº 121
- 26) Cutcliffe, J.R. & Barker, P. (2004) "The Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGSAR): developing a tool for clinical practice". Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 11. 393-400
- 27) I Plan de Acción para el abordaje y la prevención de las conductas suicidas en Extremadura https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/-CustomContentResources/I%20PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20PREVENCIÓN%20Y%20ABORDAJE%20DE%20LAS%20CONDUCTAS%20SUICIDAS%20EN%20EXTREMADURA.pdf
- 28) II Plan de Acción para el abordaje y la prevención de las conductas suicidas en Extremadura https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/-CustomContentResources/II%20PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20PREVENCIÓN%20Y%20ABORDAJE%20DE%20LAS%20CONDUCTAS%20SUICIDAS%20EN%20EXTREMADURA.pdf
- 29) I Código Suicidio del SES https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/DOCUMENTO%20COMPLETO%20C%C3%93DIGO%20SUICIDIO%20DEFINITIVO-1.pdf
- 30) Protocolo de Contención Mecánica de las Unidades de Hospitalización de la Red de Salud Mental de Extremadura https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Protocolo_Contencion_Mec%C3%A1nica._Aprob_19-06-17_2829.pdf
- 31) <https://saludextremadura.ses.es/smex/>
- 32) <https://saludextremadura.ses.es/web/inicio>
- 33) <https://www.fsme.es/>
- 34) <https://www.ine.es/>
- 35) <http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es/>
- 36) <https://www.who.int/es>



Servicio
Extremeño
de Salud



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales