



CÓDIGO SUICIDIO

Servicio Extremeño de Salud

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. CONTEXTUALIZACIÓN.
3. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.
 - 3.1. FACTORES DE RIESGO.
 - 3.2. FACTORES PROTECTORES.
 - 3.3. FACTORES PRECIPITANTES.
 - 3.4. SEÑALES DE ALARMA.
4. ACTITUD DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA ENTREVISTA.
5. VALORACIÓN DEL RIESGO: VALORACIÓN DE LAS IDEAS Y LA CONDUCTA SUICIDA.
 - 5.1. DETECCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO Y DERIVACIÓN
6. CÓDIGO SUICIDIO.
 - 6.1. OBJETIVOS.
 - 6.2. CÓDIGO SUICIDIO RIESGO ALTO
 - 6.3. CÓDIGO SUICIDIO RIESGO MEDIO.
 - 6.3.1. ITINERARIO ASISTENCIAL.
 - 6.3.2. PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO SUICIDIO.
 - 6.3.2.1. DISMINUIR EL RIESGO SUICIDA.
 - 6.3.2.2. PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL.
 - 6.3.2.3. ATENDER LAS NECESIDADES DE FAMILIARES Y PERSONAS DE REFERENCIA.
 - 6.3.3. SEGUIMIENTO.
 - 6.3.4. SALIDA DEL CÓDIGO.
 - 6.3.5. RIESGO BAJO.
7. CÓDIGO SUICIDIO EN MENORES.
 - 7.1. CÓDIGO SUICIDIO RIESGO ALTO.
 - 7.2. CÓDIGO SUICIDIO RIESGO MEDIO.

8. FLUJOGRAMAS.
9. INDICADORES.
10. ABREVIATURAS.
11. BIBLIOGRAFIA.
12. ANEXOS.
 - 12.1. Nomenclatura Básica.
 - 12.2. Factores de Riesgo.
 - 12.3. Factores Protectores.
 - 12.4. Factores Precipitantes.
 - 12.5. Señales de alerta.
 - 12.6. Plan de Gestión de Riesgo Suicida.

RELACIÓN DE AUTORAS Y AUTORES.

GRUPO DE COORDINACIÓN Y REDACCIÓN	
Manuela Bobadilla del Pozo	Enfermera de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
Laura Gragera Becerra	Psicóloga Clínica. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
Maria Isabel Lopez Rodriguez	Psiquiatra. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
Beatriz Martín Morgado	Psiquiatra. Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
Nuria Paniagua Paredes	Trabajadora Social. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
Esther Maria Rebollo Higuero	Enfermera de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
Beatriz Rodriguez Pérez	Enfermera. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
Ignacio Torres Solís	Psiquiatra. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
Concepción Viñuela Villa	Trabajadora Social. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
GRUPO DE TRABAJO	
Sonia Álvarez Arroyo	Psicóloga Clínica. ESMIJ Badajoz
Felipe Bueno Dorado	Psiquiatra. ESM Navalmoral de la Mata
Ana Isabel Delfa Cantero	Directora Técnica. CRPS Badajoz
Ana Belén Escudero Sánchez	Enfermera de Salud Mental. ESMIJ Badajoz
Lucía García Miguel	Enfermera de Salud Mental. ESM Ciudad Jardín. Badajoz
Jose Manuel García Morlesín	Médico de urgencias hospitalarias. Hospital Universitario de Badajoz
Ángel González Manero	Médico del 112
María Jesús Norberto Gamero	Enfermera de Salud Mental. ESM Almendralejo
Olga Oviedo de Lucas	Psicóloga Clínica. ESM Navalmoral de la Mata
María Jesús Ramos Agúndez	Médica del 112
Leticia Tolosa Gutiérrez	Psiquiatra. ESM Zafra
Paula Salamanca Bautista	Dirección de Enfermería. Área de Salud de Mérida.

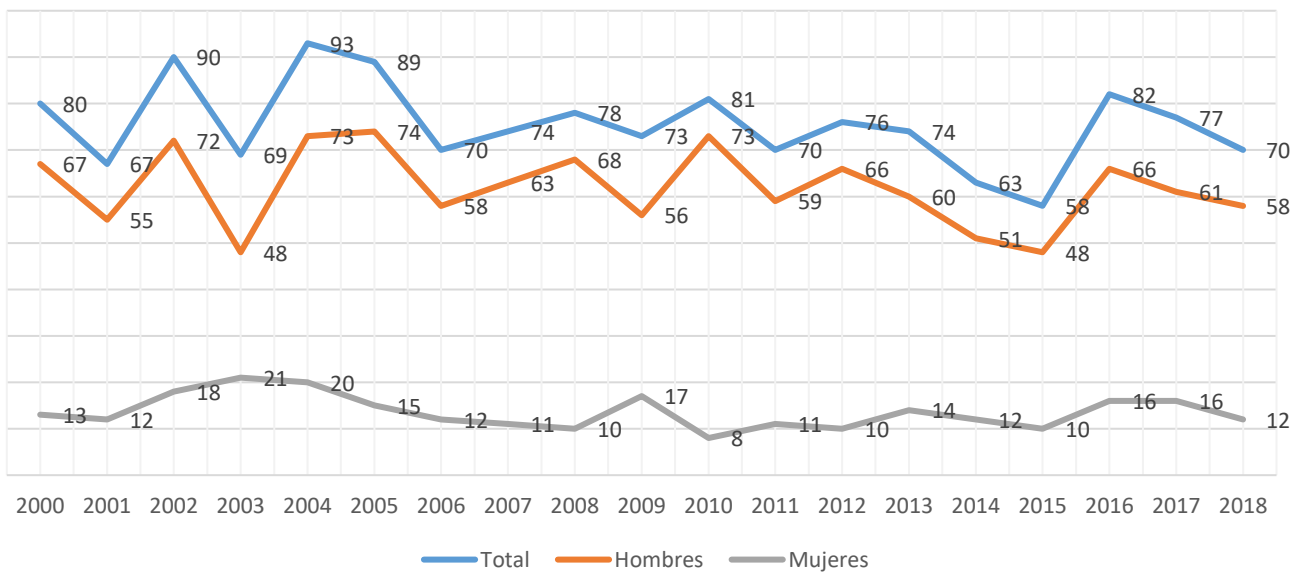
1. INTRODUCCIÓN.

Según los últimos datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo se suicida una persona cada 40 segundos y se calcula que otra lo intenta cada 2, lo que supone alrededor de 1.000.000 de muertes y 20.000.000 de intentos anuales. Además, se estima que cada acto suicida afecta de manera directa e intensa a otras 6 personas de su entorno.

Por otra parte, según el Instituto Nacional de Estadística, en 2018 en España se alcanzó la cifra de 3.539 muertes por suicidio, lo que supone 10 muertes al día, aproximadamente. Los suicidios constituyen la primera causa de muerte en varones de 25 a 34 años y la segunda, tras los tumores, en ambos sexos de esa franja de edad.

En lo que a Extremadura se refiere, sabemos que en 2018 se suicidaron 70 personas, lo que supone una persona cada 5 días, aproximadamente.

Defunciones por causas por sexo. Extremadura.



En torno al suicidio, existe un gran silencio debido al estigma y los mitos que lo rodean. Algunos de estos mitos se refieren a creencias del tipo: “la persona que se suicida quiere morir”, “el que dice que se va a suicidar no lo hace”, o “el suicidio no se puede prevenir”, y son obstáculos que dificultan la prevención y el abordaje del suicidio.

Atendiendo a la realidad que representan estos datos, el **Código Suicidio** es un protocolo de atención diseñado para dar una respuesta coordinada, rápida y eficaz a las personas con riesgo de suicidio medio y alto, a través de una detección precoz, atención inmediata y seguimiento proactivo.

2. CONTEXTUALIZACIÓN

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 propone 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 trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a que se cometan muchos suicidios en todo el mundo. La identificación temprana y el manejo eficaz son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesiten.

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.

Dicho Plan recoge en su Objetivo 3 “Mejorar la atención sanitaria preferente a la persona con riesgo suicida”; el cual incluye la Acción 3: aprobación e implementación del “Código Suicidio”.

Esta Acción consiste 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 y gestión 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 sus familiares y personas de referencia.

3. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Como ya se ha mencionado, el Código Suicidio es un protocolo de atención diseñado para dar respuesta coordinada, rápida y eficaz a las personas con riesgo de suicidio medio y alto, a través de la detección precoz, una atención inmediata y un seguimiento proactivo.

La valoración de las ideas de muerte y de la conducta suicida en una persona debe ser una tarea prioritaria del personal sanitario ya que supone una oportunidad de prevención de un caso de suicidio consumado.

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 profesionales actualicen los conocimientos acerca de los problemas de salud mental y el suicidio.

3.1. FACTORES DE RIESGO.

Según la Fundación Salud Mental España (FSME), 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.

Atendiendo a la primera clasificación mencionada (individuales/contextuales) se ha incluido en los **Anexos** una lista de factores de riesgo que pueden ser detectados en la consulta y éstos deben impulsar a los profesionales sanitarios a iniciar una entrevista clínica en la que se evalúe la presencia de ideas suicidas y se cuantifique el riesgo de suicidio.

Además de estos factores, según la FSME, el Sistema Sanitario puede actuar modificando otros factores susceptibles de intervención clínica, como son eliminar las barreras para obtener acceso a la atención de la salud, atender al abuso de alcohol y otras sustancias, atender a los problemas de salud mental, salud física, dolor y determinadas dimensiones psicológicas.

3.2. FACTORES PROTECTORES.

Según la FSME, los factores protectores proveen protección contra el comportamiento suicida, los cuales suelen considerarse atendiendo a los factores propios de una persona (internos) o los relacionados con el entorno (externos).

Entre los factores internos se incluyen las habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas, el autocontrol de la impulsividad, etc. Por otro lado, entre los factores más externos podemos mencionar la accesibilidad a los dispositivos de salud, la existencia de red social y familiar apropiada, etc. Ambos se recogen más detalladamente en los **Anexos**.

3.3. FACTORES PRECIPITANTES.

Según la FSME, 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 los **Anexos** algunos de estos factores precipitantes según la etapa vital.

3.4. SEÑALES DE ALERTA.

Además de los factores de riesgo mencionados, 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 los **Anexos** se recogen listas de señales de tipo verbal, comportamental y físico, que pueden ser observadas y detectadas en la consulta y que deben alertar a los profesionales sanitarios a iniciar una entrevista en la que se investigue la presencia de ideas suicidas y se cuantifique el riesgo de suicidio.

4. ACTITUD DEL O LA PROFESIONAL SANITARIA EN LA ENTREVISTA.

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 creamos que podemos ocasionar en la persona que consulta, hemos de 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.

Una vez que el o la profesional sanitaria ha detectado una o varias señales de alerta y ha decidido la exploración de la presencia de ideas o conductas suicidas en la persona que consulta, es importante que tenga en cuenta las siguientes indicaciones, encaminadas a crear un clima adecuado que favorezca la expresión de las ideas y sentimientos de la persona:

- Actitud de interés y escucha genuinos 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 discapacidad intelectual, personas con transculturalidad, migrantes, etc.

5. VALORACIÓN DEL RIESGO: VALORACIÓN DE IDEAS Y CONDUCTA SUICIDA.

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

A continuación, debemos señalar a la persona que, a raíz de lo que nos cuenta, creemos 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 vamos a preguntarle 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”*.

Para guiar nuestra entrevista en un primer momento podemos usar la sub-escala de riesgo suicida de la entrevista MINI, la cual se muestra a continuación:

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

7

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?

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

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

- En segundo lugar, y para completar la cuantificación del riesgo de suicidio usaremos la escala SAD PERSONS:

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

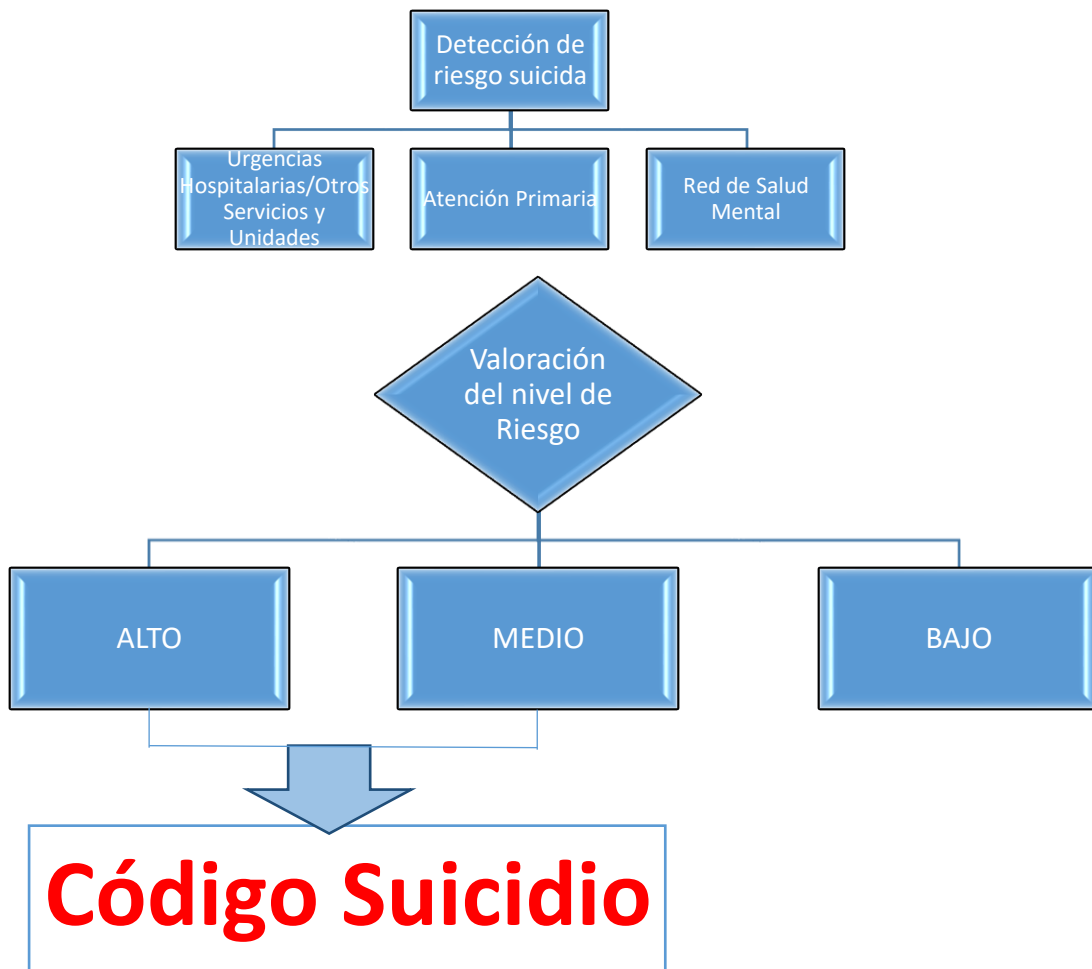
Fuente: Patterson et al.,1983 (87).

Con la información de la entrevista realizada y las dos escalas anteriores debemos ser capaces de estratificar el riesgo de suicidio en tres niveles: bajo, medio y alto.

El resultado de la valoración integral de la persona se registrará en la historia digital del entorno JARA.

5.1. DETECCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO Y DERIVACIÓN

A continuación se muestra un flujograma-resumen, sobre los distintos tipos de riesgo que pueden haberse detectado en los dispositivos de nuestros servicios de salud. En él también se contempla que el Código Suicidio constituye el conjunto de actuaciones preferentes encaminadas a la atención del riesgo medio y alto de suicidio. En cualquier caso, los niveles de riesgo no son estancos ni fijos, sino dinámicos.



6. CÓDIGO SUICIDIO

El Código Suicidio es un protocolo de atención para dar respuesta coordinada, rápida y eficaz a las personas con conductas suicidas (ideas, comunicación y actos suicidas), cuando, una vez valorado, el riesgo se cuantifica como alto o medio. Ofreciendo una detección precoz, una atención inmediata y un seguimiento proactivo.

Sabemos de la complejidad que implica cuantificar el riesgo, ya que, la estratificación en los diferentes rangos depende de multitud de factores (personales, sociales,...), y que dichos factores no son compartimentos estancos y tampoco inamovibles.

6.1. **OBJETIVOS:**

Con el establecimiento del presente Código Suicidio se pretende:

- a. Mejorar la detección precoz y organizar las actuaciones dirigidas a personas en situación de riesgo suicida.
- b. Establecer un adecuado tratamiento y seguimiento de las personas que hayan realizado alguna tentativa suicida, o estén en situación de riesgo medio y alto para realizarla.
- c. Asegurar la continuidad asistencial entre los distintos niveles implicados.

6.2. **CÓDIGO SUICIDIO RIESGO ALTO:**

En caso de que se detecte un RIESGO ALTO DE SUICIDIO, se derivará al Servicio de Urgencia Hospitalaria, con las siguientes consideraciones:

- La derivación y traslado a Urgencias Hospitalarias se realizará según el Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental. (ver Bibliografía).
- En el documento de derivación del paciente al servicio de Urgencias Hospitalarias por Riesgo Alto deberá constar que se trata de un **Código Suicidio**, para garantizar las medidas de seguridad y protección del paciente durante el transporte asistencial, facilitando que el paciente esté acompañado en todo momento.
- **Toda persona que reciba atención en el servicio de Urgencias Hospitalarias por ideación o intento de suicidio debe ser valorada por Psiquiatría.**

- A la llegada de la persona a Urgencias Hospitalarias, se le prestará la atención médico-quirúrgica que requiera.
- Se realizará el parte de lesiones que se debe modificar cuando se detecten nuevas incidencias físicas o psicológicas, tantas veces como sea preciso.
- La/el paciente permanecerá a cargo del Servicio de Urgencias hasta su valoración por Psiquiatría (manteniendo las medidas asistenciales y de protección necesarias hasta determinar alta, ingreso o periodo de observación).
- Atención psiquiátrica: valoración del riesgo de suicidio mediante **ENTREVISTA CLÍNICA**. Se recomienda aplicación de escalas específicas MINI/SAD PERSONS, considerando la necesidad de ingreso.
- El/la paciente debe permanecer acompañado/a, o, en su defecto, supervisado por algún familiar/profesional.
- Se evitará la permanencia de pacientes en zonas poco transitadas, aisladas, no vigiladas, o que puedan suponer un riesgo para su seguridad.
- Atención social: Si hubiera factores sociales relevantes, se realizará interconsulta a Trabajo Social Hospitalario (valoración y diagnóstico social sanitario).
- El resultado de la valoración integral de la persona se registrará en la historia digital del entorno JARA.

Tras la valoración en el Servicio de Urgencia Hospitalaria por parte del Servicio de Psiquiatría de guardia, el itinerario ofrece 3 posibles opciones:

1. Ingreso en Unidad de Hospitalización Breve (UHB).
2. Alta del Servicio de Urgencias, con activación del itinerario del código suicidio riesgo **medio**. La persona recibirá atención por el ESM en 72 horas laborables, mediante la tramitación de una e-consulta preferente de asistencia dirigida a su ESM de referencia, indicando en el “motivo de consulta”: “Activación del Código de Suicidio Riesgo Medio”.
3. Alta con seguimiento por Atención Primaria y/o Equipo de Salud Mental según criterio clínico.

Tras el alta hospitalaria, todas las personas que hayan estado en situación de ingreso en UHB por riesgo alto, recibirán la consideración de **Código Suicidio Riesgo Medio** y se les programará una cita en el equipo de Salud Mental con el plazo establecido en el itinerario para dicho riesgo:

- Menores de 18 años: en 72 horas laborables por Psiquiatría/Psicología Clínica Infanto-juvenil.
- Mayores de 18 años: en 72 horas laborables por Enfermería Especialista de Salud Mental, 15 días Psiquiatría/Psicología Clínica del ESM, 30 días por Trabajo Social de ESM.

Se recuerda que se explicitará en el informe de alta o en la orden clínica que la persona es un/a paciente con el Código Suicidio activado.

6.3. CÓDIGO SUICIDIO RIESGO MEDIO:

6.3.1. ITINERARIO ASISTENCIAL

PRIMER MES:

Durante el primer mes, la atención recibida en el ESM quedará organizada de la siguiente forma:

1º. La persona valorada con un Código Suicidio Riesgo Medio, recibirá inicialmente atención por el ESM en 72 horas laborables por Enfermería Especialista en Salud Mental. Y en el caso que lo estime oportuno, para tomar una decisión al respecto, podrá consultar o derivar a otro profesional del ESM. En caso de imposibilidad de concertar la primera cita presencial, esta intervención se realizará de manera telefónica y será considerada como una primera atención.

Si la persona no acude a la cita presencial asignada, la/el profesional de Enfermería localizará por teléfono a dicha persona, ejerciendo un rol proactivo en el tratamiento. Se estima recomendable realizar al menos 3 intentos de contacto telefónico en ausencia de una primera respuesta. Si no se logra localizar a la persona con riesgo suicida, valorar establecer coordinación con la Unidad Básica Asistencial de Atención Primaria de referencia de dicha persona.

Si no está la/el profesional de Enfermería de SM, esta atención inicial será realizada por Psiquiatría/Psicología Clínica.

2º La persona valorada con un Código Suicidio Riesgo Medio, recibirá atención por Psiquiatría/ Psicología Clínica en un plazo no superior a 15 días.

Se debe tener en cuenta que, la coordinadora o coordinador del ESM (o persona encargada de la gestión de la e-consulta) determinará qué profesional realizará la Consulta de Evaluación/Atención del Código Suicidio en los 15 días siguientes a la activación del Código, teniendo en cuenta el grado de vinculación terapéutica de la/el paciente con dicho profesional.

Se recomienda contemplar la posibilidad de realización de entrevistas conjuntas por diferentes profesionales del ESM en caso de necesidad y/o pertinencia.

3º Si se precisa antes de su valoración presencial por PSQ/PSC CL una nueva atención, podrá realizarse ésta de manera presencial y/o telefónica por Enfermería SM.

4º Cita por Trabajo Social antes de la finalización del primer mes:

- Revisión de la valoración social y diagnóstico social sanitario en el caso de haber sido realizado en el Servicio de Urgencia Hospitalario.
- Diagnóstico social si no se ha hecho, favoreciendo continuidad y seguimiento.

5º. Todas las intervenciones terapéuticas realizadas se incluirán en el Plan de Gestión del Riesgo de Suicidio (PGRS), independientemente del profesional que las haya realizado.

En cualquier momento de su atención, si el riesgo cambia, se seguirá el itinerario previsto para el nuevo riesgo valorado.

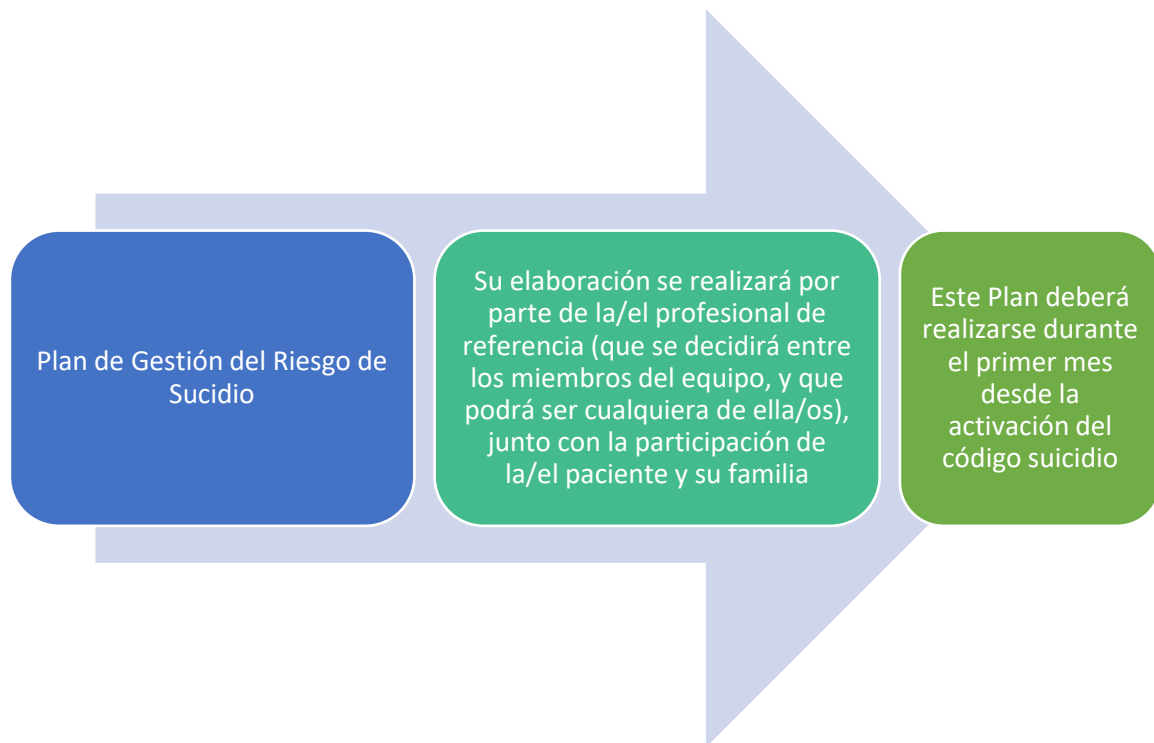
SEGUNDO Y TERCER MES:

Durante el segundo y tercer mes, la persona valorada con Riesgo Medio, recibirá al menos dos citas/atenciones al mes en el Equipo de Salud Mental. Dichas citas podrán ser de carácter telefónico y/o presencial, y estarán establecidas en el Plan de Gestión del Riesgo de Suicidio (PGRS).

Si persiste el Riesgo Medio tras tres meses con el Código Suicidio activado, se valorarán otras posibles intervenciones.

6.3.2. PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO SUICIDIO.

El Plan de Gestión del Riesgo de Suicidio es el diseño de la Intervenciones Terapéuticas que vamos a realizar para disminuir y/o eliminar el Riesgo de Suicidio de una persona con ideas y/o conductas suicidas que llega al Equipo de Salud Mental de referencia.



PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO (PGRS)

Serán susceptibles de elaboración del PGRS todas aquellas personas que hayan sido incorporadas al Código Suicidio Riesgo Medio.

Es necesario señalar que cada intervención que realicemos con la/el paciente debe comenzar con una adecuada valoración del riesgo suicida, de manera que se puedan tomar las decisiones adecuadas al nuevo riesgo, si lo hubiese.

Consentimiento informado verbal.

La persona debe dar su **consentimiento informado verbal** para la elaboración del PGRS, en los términos que la ley lo recoge, debiendo quedar constancia en la historia clínica de ello.

Dicho PGRS será elaborado en aquel dispositivo de atención a la Salud Mental que haya recibido la activación del Código Suicidio Riesgo Medio, y se concibe como una herramienta dinámica, es decir, modificable en cada una de las intervenciones que realicemos con la persona hasta la desactivación del Código Suicidio.

Para la elaboración del PGRS las y los profesionales deben perseguir el establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto como punto de partida ineludible para el resto de las intervenciones.

6.3.2.1. DISMINUIR EL RIESGO SUICIDA.

Para conseguir la disminución del Riesgo Suicida, el PGRS debe incorporar diferentes estrategias que puedan ayudar a controlar la conducta autolesiva y suicida; y puedan proporcionar conocimientos y habilidades para un mejor afrontamiento de situaciones conflictivas.

Vamos a estructurar las estrategias para disminuir el riesgo suicida en 4 pasos:

- 1. Construir una adecuada alianza terapéutica.*
- 2. Expresar y trabajar la visión en túnel, la ambivalencia y la desesperanza.*
- 3. Elaborar un Plan de Seguridad.*
- 4. Fortalecer las razones para vivir.*

1. Alianza terapéutica.

La primera estrategia para conseguir la disminución del riesgo suicida es la **alianza terapéutica**, derivada de una relación terapéutica adecuada, como señalábamos antes.

Esta alianza terapéutica permite establecer un clima emocional adecuado en el que expresar la desesperanza y la ambivalencia, construir un plan de seguridad y realizar un

esfuerzo mutuo para fortalecer las razones para vivir, haciendo partícipe a la persona de todas las intervenciones.

Las claves para su construcción adecuada son la escucha activa, actitud empática y una relación basada en el respeto y la confianza.

Además, en la relación terapéutica es fundamental ser consciente de los sentimientos que las características de la persona con ideas y/o conductas suicidas pueden provocar en las y los profesionales de atención a la salud mental; pudiendo provocar reacciones entre las que se encuentran:

- Miedo.
- Desesperación.
- Frustración.
- Desesperanza.
- Dudas sobre la competencia del o de la propia profesional.
- Sentimientos de ser responsables absolutos de la vida del o la paciente.

Es por ello, que debemos ser capaces de reconocerlos y manejarlos de manera que no dificulten la adecuada alianza terapéutica y la correcta evaluación del riesgo suicida.

Por último, es fundamental favorecer el cuidado y la sutileza en la realización de la entrevista clínica, evitando repetir las mismas preguntas.

2. Visión en túnel, ambivalencia y desesperanza.

Estas son las tres características comunes a las personas con pensamientos y conductas suicidas. Las y los profesionales de atención a la salud mental debemos esforzarnos en permitir y facilitar la expresión de estas condiciones de la persona y su trabajo en el seno de la intervención.

- *Visión en túnel:* la persona con idea suicida no contempla otras opciones para dejar de sufrir, por lo que nuestra 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/el paciente. Nuestra presencia segura, como

profesionales de atención a la salud mental, es fundamental y puede ser un punto de apoyo para la persona 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.

3. Plan de Seguridad.

El Plan de Seguridad es un instrumento que recopila las personas, lugares, ideas y acciones que facilitan la superación de las ideas suicidas. De esta manera se pretende manejar de manera satisfactoria aquellos momentos en los que la visión en túnel está más presente.

Personas: apuntar los nombres y teléfonos de las personas que pueden ayudar a la/el paciente a manejar su idea suicida (familiares, amistades, profesionales, teléfonos de ayuda, asociaciones de usuarios y familiares).

Lugares: apuntar los lugares a los que ir que pueden ayudar a distraerse de las ideas suicidas, lugares donde poder encontrar familiares y amistades y lugares de atención sanitaria (centro de salud, equipo de salud mental, urgencias hospitalarias, asociaciones).

Ideas y acciones: apuntar pensamientos que ayudan, evitar pensamientos que no ayudan, hacer cosas que ayudan y evitar hacer cosas que no ayudan.

4. Razones para vivir.

En el seno de una adecuada alianza terapéutica y después de haber trabajado los puntos anteriores, puede construirse junto con la persona que atendemos sus propias razones para vivir.

Las razones para vivir son, evidentemente, personales y subjetivas. Sin embargo, para ayudarnos en esta tarea podemos apoyarnos en el inventario de razones para vivir, disponible: https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/1%20PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20PREVENCION%20Y%20ABORDAJE%20DE%20LAS%20CONDUCTAS%20SUICIDAS%20EN%20EXTREMADURA.pdf

Otro ejemplo para trabajar las razones para vivir lo tenemos en la App gratuita PREVENSUIC, disponible: <https://www.prevensuic.org/tengo-ideas-suicidas/mis-razones-para-vivir/>

Se puede ver el resumen del PGRS en el Anexo 11.6.

6.3.2.2. PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL.

Los y las profesionales de atención a la salud mental, durante la intervención para la construcción conjunta del PGRS, deben ser capaces de elaborarse para sí mismas/os una idea del posible trastorno mental que pueda tener la persona que consulta.

En el caso de que existan indicaciones de trastorno mental subyacente, o existan dudas por parte del profesional que lo evalúa, el PGRS debe contener una planificación de la evaluación y seguimiento de dicha persona.

Por tanto, y con el consentimiento informado de la persona que consulta, procederemos a emitir las órdenes clínicas para las primeras consultas internas correspondientes y posibilitar la atención de esta persona en la consulta de Psiquiatría, Psicología Clínica, Trabajo Social 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.

6.3.2.3. ATENDER LAS NECESIDADES DE SUS FAMILIARES Y PERSONAS DE REFERENCIA.

Con el debido consentimiento informado por parte del o la paciente podemos contactar con sus familiares y sus personas de referencia. Este contacto puede servirnos para activar las redes sociales de apoyo a la persona y para ir conociendo las necesidades de la familia y sus personas de referencia.

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

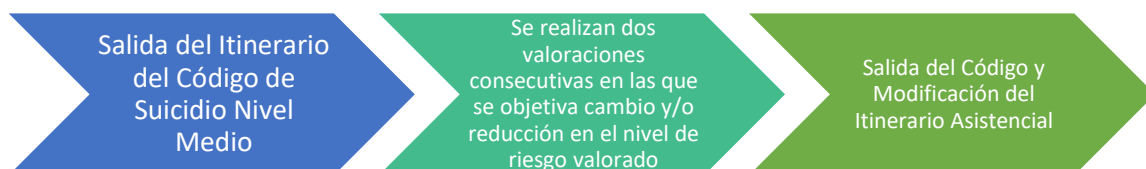
Entre las intervenciones con los familiares y personas de referencia pueden establecerse visitas de seguimiento y coordinación, considerar la intervención psicoterapéutica familiar e informar de las asociaciones de usuarios y familiares disponibles en nuestro territorio.

6.3.3. SEGUIMIENTO.

Se marca como período de seguimiento del Código Suicidio en casos de Riesgo Medio tres meses, siempre y cuando persista este riesgo. La frecuencia de dicho seguimiento en el ESM durante este tiempo vendrá determinada por las características / condiciones individuales de cada caso y quedará recogido en su Plan de Gestión del Riesgo de Suicidio (PGRS) y que en ningún caso será inferior 3 citas durante el primer mes y 2 citas al mes durante el segundo mes.

6.3.4. SALIDA DEL CÓDIGO.

No obstante, si se objetiva en dos valoraciones consecutivas en el ESM un Riesgo Bajo, se propondrá la salida de la persona usuaria del circuito establecido para el Código Suicidio Riesgo Medio, siguiendo un nuevo itinerario sanitario en los dispositivos de salud correspondientes, acorde su patología, situación personal/social y resto de factores que puedan estar influyendo en ese momento en su estado de salud.



6.3.5. RIESGO BAJO:

Cuando una persona sea valorada con Riesgo Bajo, no participará del itinerario diseñado para el Código Suicidio, aunque sí continuará su atención en el ESM y/o EAP de referencia, según criterios clínicos.

La atención en los distintos dispositivos se realizará en función de la lista de espera y/o valoración inicial/reevaluación por ESM (Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería Especialista en Salud Mental y Trabajo Social).

Es conveniente recordar a la persona en Riesgo Bajo que en caso de empeoramiento vuelva a consultar con su médico de Atención Primaria u otro profesional de referencia. Asimismo, se le recordarán los **dispositivos y recursos de ayuda disponibles**:

RECURSOS DE AYUDA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EXTREMADURA
DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
DISPOSITIVOS DE LA RED DE SALUD MENTAL
SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA URGENCIA
TELÉFONO 112
URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE EXTREMADURA
TELÉFONO DE LA ESPERANZA
717003717
TELÉFONO CONTRA EL SUICIDIO
911385385

7. CÓDIGO SUICIDIO EN MENORES.

7.1. RIESGO ALTO:

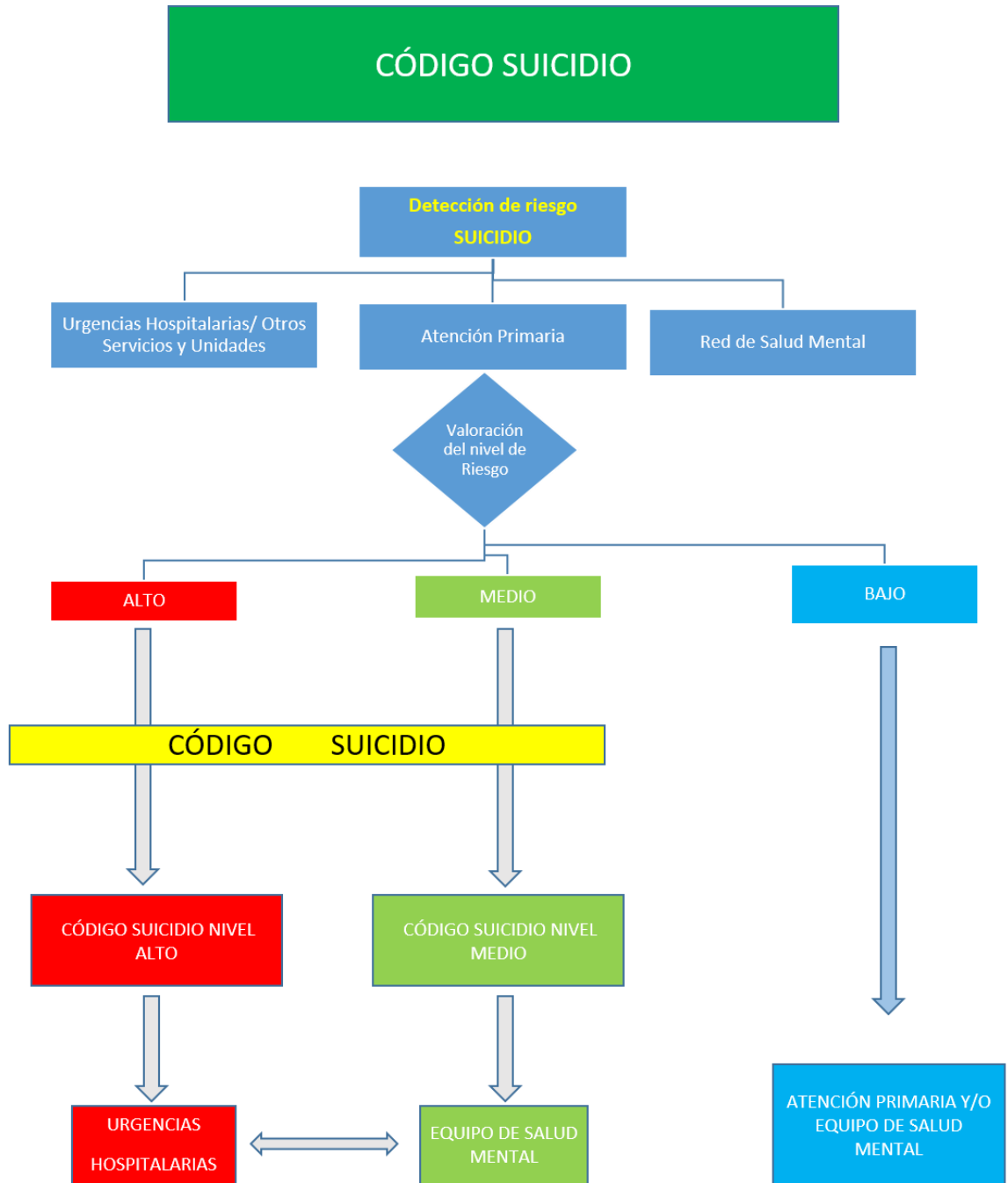
Cuando un menor sea valorado con un Código Suicidio Riesgo Alto, se realizará derivación a Urgencias Hospitalarias para valoración por Psiquiatría.

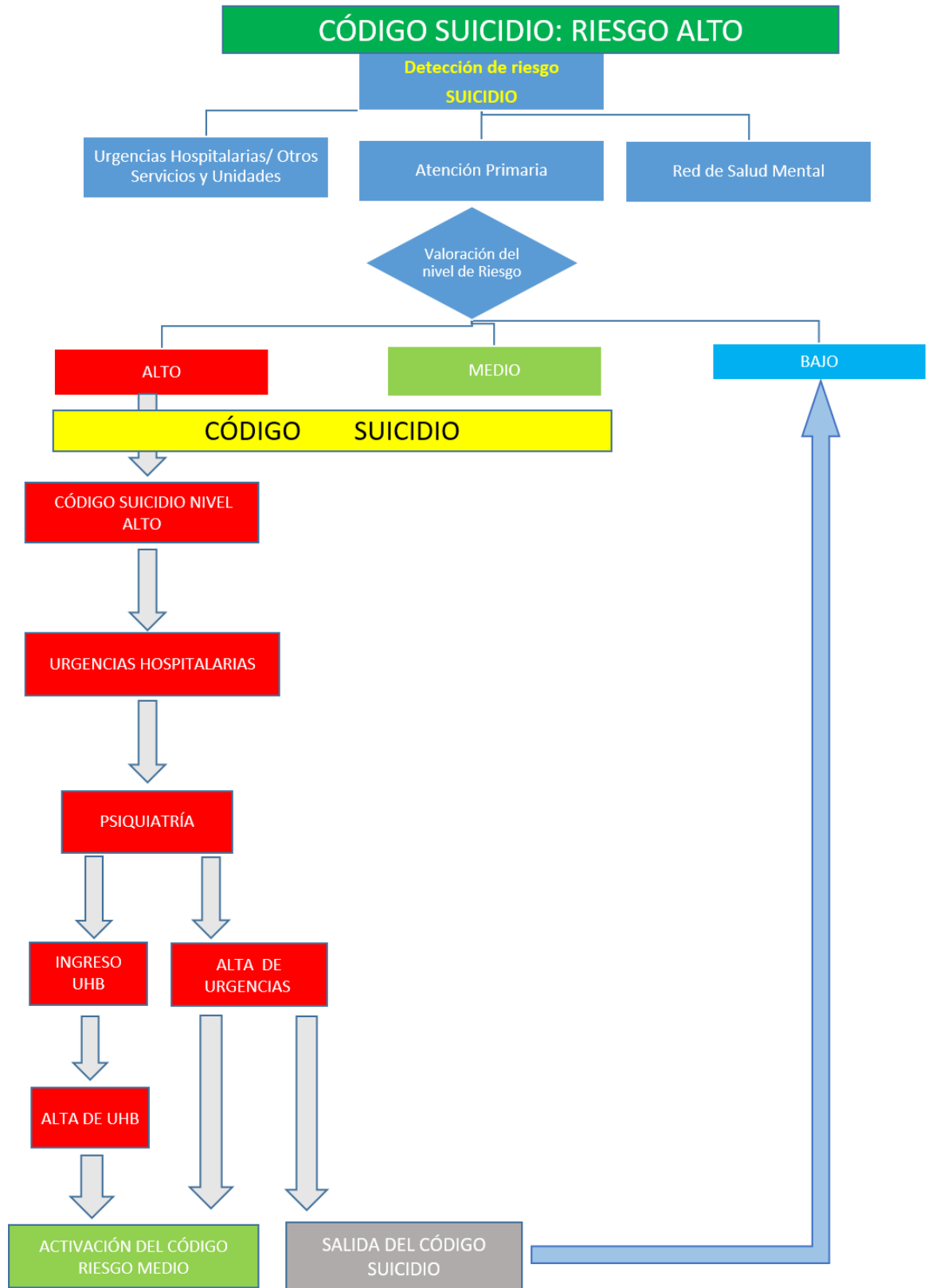
7.2. RIESGO MEDIO:

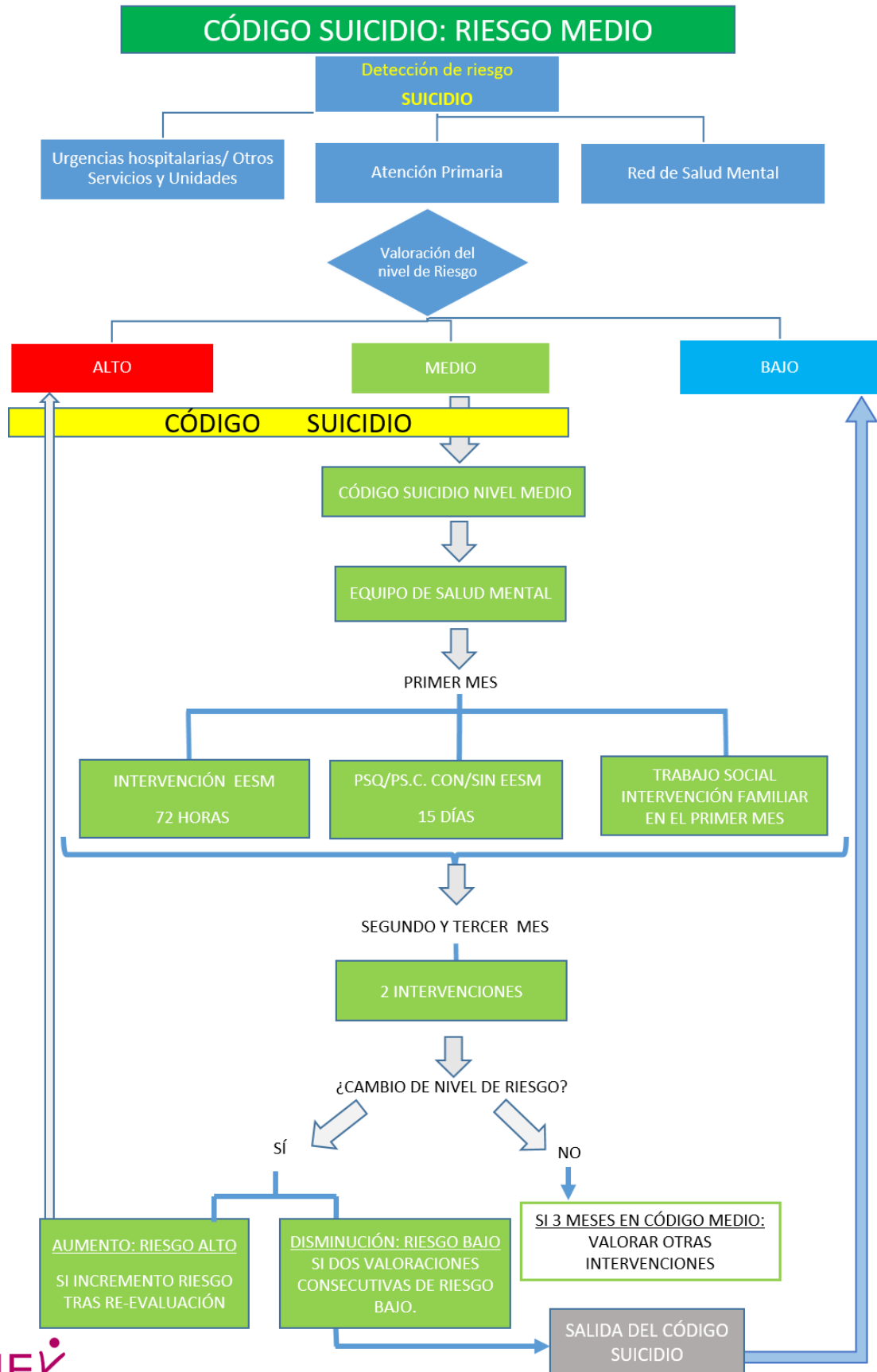
Cuando se detecte con Riesgo de nivel medio, será atendido por Psiquiatría/ Psicología Clínica Infanto-juvenil en 72 horas.

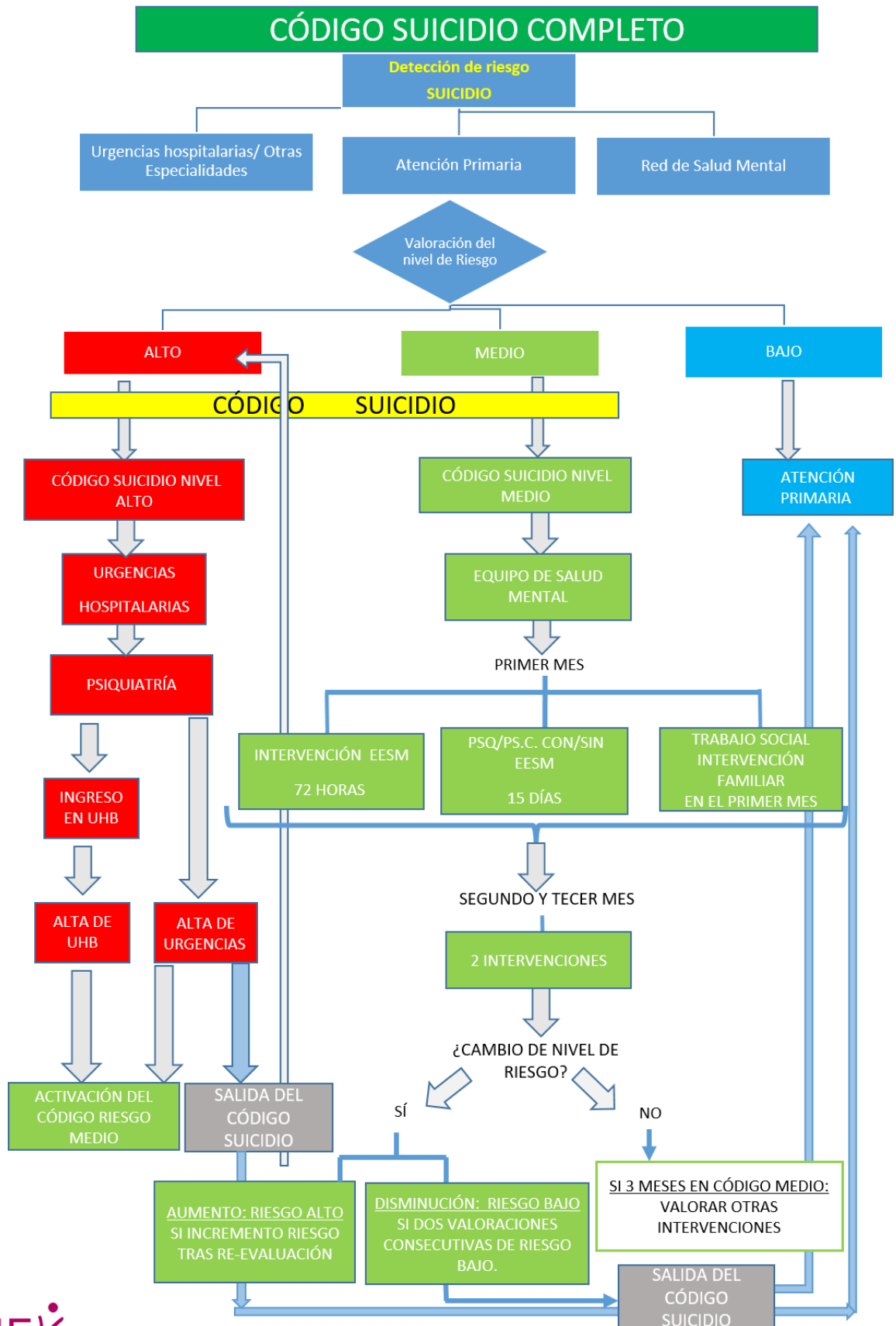
El resto del itinerario asistencial en menores valorados con Código Suicidio Riesgo Medio, será similar al detallado para la población adulta en el apartado 6.3, realizando las adaptaciones adecuadas a las necesidades de la población infanto-juvenil.

8. FLUJOGRAMAS.









9 INDICADORES.

Indicadores de funcionamiento:

- Número de e-consultas que en su motivo de consulta especifican “Código Suicidio”.
 - Objetivo: unificación del motivo de consulta.
- Número de e-consultas que son atendidas por el ESM de referencia en 72 horas laborables en el Código Suicidio Riesgo Medio.
 - Objetivo: cumplimiento de > 80%.

Indicador de resultado:

- Tasa de suicidio en Extremadura.
 - Objetivo: reducción de la tasa de suicidio en Extremadura en un 10% cada 2 años desde la puesta en marcha del Código Suicidio.

10 ABREVIATURAS

III PISMEEx: III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020
EAP: Equipo de Atención Primaria
EESM: Enfermería Especialista en Salud Mental
ESM: Equipo de Salud Mental
FSME: Fundación Salud Mental España
INE: Instituto Nacional de Estadística
OMS: Organización Mundial de la Salud
PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PGRS: Plan de Gestión del Riesgo Suicida
PSC CL: Psicología Clínica
PSQ: Psiquiatría
semFyC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
TS: Trabajadora/or Social
UHB: Unidad de Hospitalización Breve

11 BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Anseán Ramos, Andoni. Suicidios. Manual De Prevención, Intervención y Postvención De La Conducta Suicida. Fundación Salud Mental España, 2015.
3. 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
4. Plan de Prevención de suicidio y manejo de la conducta suicida de la Generalitat Valenciana. Vivir es la salida.
5. Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Servicio de Salud del principado de Asturias. Marzo de 2018.
6. Prevención y actuación ante conductas suicidas. Protocolo de colaboración interinstitucional. Gobierno de Navarra. Julio de 2014.
7. 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).
8. 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
9. 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
10. <https://www.fsme.es/>
11. <https://www.ine.es/>
12. <http://www.prevenciondelsuicidi.san.gva.es/>
13. <https://www.who.int/es>

12 ANEXOS

12.1 NOMENCLATURA BÁSICA.

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

- a. **Ideación suicida:** deseos y pensamientos suicidas.
- b. **Intento suicida:** acto suicida sin resultado de muerte.
- c. **Conducta suicida:** idealización, comunicación y actos suicidas.
- d. **Autolesión:** daño físico producido por un acto suicida, independientemente de su grado o de su intencionalidad suicida.
- e. **Antecedente suicida:** Existencia de actos suicidas previos.
- f. **Planificación suicida:** ideas y conductas organizadas y premeditadas para cometer acto suicida.
- g. **Riesgo suicida:** grado variable de cometer un acto suicida.
- h. **Suicidio:** acto suicida con resultado de muerte.
- i. **Suicidio consumado:** pleonasma de suicidio.
- j. **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.

12.2 FACTORES DE RIESGO.

FACTORES DE RIESGO	Individuales	Problemas de Salud Mental	Trastorno depresivo Trastorno bipolar Esquizofrenia Trastorno de la Conducta Alimentaria. Conductas adictivas Déficit de atención por hiperactividad. Trastornos de la personalidad
		Factores psicológicos y rasgos de personalidad	Desesperanza. Perfeccionismo. Impulsividad.
		Intentos de suicidio previo e ideación suicida	
		Enfermedad física o discapacidad	
		Factores genéticos	
		Edad (adolescencia y edad avanzada)	
		Sexo	
	Socio familiares y contextuales	Historia familiar de Suicidio Falta de apoyo sociofamiliar Nivel socioeconómico y situación laboral: problemática económica grave, desahucios, desempleo, conflictos en lugar de trabajo o estudio Cambios de importancia en el ciclo vital: adolescencia, maternidad, divorcio, jubilación, viudedad...	

Fuente: Modificado de Fundación Salud Mental España (FSME)

12.3 FACTORES PROTECTORES.

<p>FACTORES PROTECTORES INTERNOS</p>	<p>Habilidades para la resolución y la gestión de problemas. Habilidad para las relaciones sociales interpersonales. Receptividad para las experiencias y soluciones de otras personas. Receptividad para aprender cosas nuevas. Tener confianza en uno mismo, su propia situación y logros (autoestima y autoimagen). Habilidad para estructurar razones para vivir. Saber buscar ayuda en momentos de dificultad. Creencias religiosas, creencias espirituales o valores positivos. Adoptar valores culturales y tradicionales. Sentirse parte de un grupo o comunidad. Capacidad de resiliencia.</p>
<p>FACTORES PROTECTORES EXTERNOS</p>	<p>Disponibilidad de atención sanitaria y de salud mental. Restricciones de métodos letales de suicidio. Integración social. Sistema de apoyo y recursos: apoyo social y apoyo de personas relevantes (existencia de apoyo con fuerza y calidad). Cohesión familiar y con el grupo de iguales.</p>

Fuente: Modificado de la Fundación Salud Mental España (FSME)

12.4 FACTORES PRECIPITANTES.

<p>COMUNES EN TODAS LAS EIDADES</p>	<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).
<p>ADOLESCENCIA</p>	<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.
<p>ADULTOS</p>	<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.
-------	---

12.5 SEÑALES DE ALERTA

<u>EXPRESIONES:</u>		
<p style="text-align: center;"><u>Sobre sí misma/o:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De culpabilidad. - De odio hacia sí mismo. - De vergüenza. - De impotencia - De inutilidad. - Miedo a ‘perder la cabeza’. - Temor a dañar a otros. <p><i>Ejemplos: “No valgo para nada”, “Esta vida es un asco”, “Mi vida no tiene sentido “, “Estaríais mejor sin mí”, “Soy una carga para todo el mundo”, “Toda mi vida ha sido inútil”, “Estoy cansado de luchar”.</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Sobre su Futuro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De cansancio vital. - De insatisfacción, frustración o fracaso. - De dolor. - De infelicidad. - De sufrimiento. - De anhedonia. - De desinterés. - De soledad. - De malestar. - De desesperanza. - De desesperación. <p><i>Ejemplos: “Lo mío no tiene solución”, “Quiero terminar con todo”, “Las cosas no van a mejorar nunca”.</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Sobre su muerte o suicidio:</u></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><i>Ejemplos: “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”.</i></p>

COMPORTAMIENTOS:

- Cambios de humor. Estos cambios pueden presentarse como:
 - Aparición de irascibilidad y comportamiento desafiante, temerario o agresivo.
 - Aparición de alegría repentina e injustificada.
 - Actitud de calma y tranquilidad inusual.
- Cambios de 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.
- Cambios en hábitos de consumo de sustancias y otras conductas adictivas (sin olvidar el juego y el juego online).
- Presencia en la consulta de quejas somáticas múltiples, sin respuesta a tratamientos, recurrentes, con estudios diagnósticos no concluyentes.
- Acciones temerarias, asunción de riesgos innecesarios.
- Infracción de normas o leyes.
- Discusiones y peleas.
- Indiferencia a elogios y refuerzos.
- Autocrítica, autohumillación.
- Regalo de pertenencias, objetos apreciados o valiosos.
- Cesión de mascotas.
- Redacción de testamento.
- Visitas inesperadas a familiares o personas cercanas.
- Acumulación de fármacos.
- Sospechas de autolesiones leves (por ejemplo: laceraciones).
- Compra de armas.
- Pérdida de sueño, o dormir mucho.
- Puesta en orden de cosas o gestiones.
- Desinterés hacia su trabajo, sus allegados o sus aficiones.
- Falta de concentración en la escuela o el trabajo.
- Gasto de dinero injustificado o desproporcionado.
- Falta de apetito sexual.
- Redacción de notas de despedida.
- Elaboración de planes suicidas y se hacen con los elementos necesarios para llevarlos a cabo.

SEÑALES FÍSICAS:

- Descuido de la imagen, apariencia, vestimenta e higiene personal.
- Quejas físicas persistentes como dolor crónico.
- Agravamiento de síntomas de trastornos mentales que pueda sufrir.
- Pérdida o aumento de peso debido a la pérdida o ganancia de apetito.

(Fuente: FSME, Modificado de www.Prevensuic.org).

12.6 PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

PLAN DE GESTION DEL RIESGO SUICIDA				
CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL DE LA PERSONA				
OBJETIVO	PLANIFICACION	INTERVENCION		
DISMINUIR EL RIESGO SUICIDA	ALIANZA TERAPÉUTICA	Trabajar para conseguirla.	<ul style="list-style-type: none"> • Clima emocional adecuado. • Escucha activa. • Actitud empática. • Relación de respeto y confianza. 	
	EXPRESAR Y TRABAJAR Ser conscientes en el propio profesional de: - Enfado. - Desesperación. - Frustración. - Desesperanza. - Dudas sobre la competencia del propio profesional. - Sentimientos de ser responsables absolutos de la vida del paciente.	VISIÓN EN TÚNEL		<ul style="list-style-type: none"> • Estrechez cognitiva. • Ofrecer alternativas • Presencia segura.
		AMBIVALENCIA		<ul style="list-style-type: none"> • Querer morir/ Querer seguir viviendo. • Explicitar. • Trabajar las razones para vivir. • Presencia segura.
		DESESPERANZA		<ul style="list-style-type: none"> • Explicitar. • Ofrecer alternativas de valor en su vida. • Presencia segura.
	PLAN DE SEGURIDAD	PERSONAS		Familiares, amistades, profesionales, teléfonos de ayuda, asociaciones de usuarios y familiares
		LUGARES		Centro de salud, equipo de salud mental, urgencias hospitalarias, asociaciones
		IDEAS/ ACCIONES		Hacer cosas y pensamientos que ayuda, dejar de hacer

	RAZONES PARA VIVIR	INVENTARIO	cosas y evitar pensamientos que no ayudan.	
			PREVENSUIC	Inventario de razones para vivir.
				App PREVENSUIC
ATENCION DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL	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 	Incorporar las citas al PGRS.	
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. 	