

		Gobierno Regional de Cusco	Gerencia Regional de Salud	Hospital Regional del Cusco	Unidad de Gestión de Recursos Humanos	Área de Normas Técnicas	
---	---	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	-------------------------	---

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Resolución Directoral

N° 723 -2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH.

Cusco, 05 OCT 2025

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Abog. Julio Cesar Delgado Mora
JEFE: NORMAS TÉCNICAS

Visto el Expediente N° 21028-2025;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Expediente de visto, que adjunta el Informe N° 266-2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC, la Jefa (e) de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional del Cusco, remite adjunto las siguientes 04 Guías de Práctica Clínica: Guía de Práctica Clínica para Prevención del Suicidio (78 folios); Guía de Práctica Clínica en Esquizofrenia en Niños y Adolescentes (24 folios); Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Conducta Alimentaria (33 folios); Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad (19 folios); comunicando que, ha recepcionado por parte del Grupo Elaborador de Guías de Práctica Clínica del Hospital Regional del Cusco 2025, el Expediente Técnico de Evaluación de Cumplimiento de Pasos de GPC, en la modalidad de ADOPCION, el mismo que ha sido avalado y aprobado, por lo que, solicita la Aprobación, mediante Resolución Directoral.

Que, mediante Memorando N° 786-2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco, dispone elaborar la Resolución Directoral, de Aprobación, en la modalidad ADOPCION, de la Guía de Práctica Clínica, de conformidad al detalle siguiente:

- Guía de Práctica Clínica para Prevención de Suicidio (78 folios).
- Guía de Práctica Clínica en Esquizofrenia en Niños y Adolescentes (24 folios).
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Conducta Alimentaria (33 folios).
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad (19 folios)

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprueba NTS N° 117-MINSA/DGSP – V.01 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ELABORACIÓN Y USO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL MINISTERIO DE SALUD, que tiene la finalidad de Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprueba Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo específico es establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud; así como, brindar a las instancias proponentes de la regulación del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas;

Que, conforme a las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), del Hospital aprobado con Ordenanza Regional N°082-2014-CR/GRC.CUSCO, la máxima autoridad administrativa de la entidad, aprueba y/o determina mediante resolución, Directivas, Normas, Reglamentos, Planes, Procedimientos y otras decisiones que sean necesarias para el mejor desarrollo y logro de los fines y objetivos de la Institución, en ese contexto, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, dispone expedir la presente resolución;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas, por la Ley N° 32185 – Ley de Presupuesto del Sector Público Año 2025, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales Ley N° 27867, Ley de Bases de la Descentralización N° 27783 y sus modificatorias; Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, la R.M N° 963-2017-MINSA; D.S. N° 021-2019-JUS, que aprueba el T.U.O. de la Ley N° 27806 de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Estando a la Visación de la Unidad de Asesoría Legal y de la Dirección de Administración:

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, POR LA MODALIDAD DE ADOPCION DE las "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL – DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, que es parte de la presente

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Abg. Raimundo Arturo Chazara Sanchez
Jefe de Unidad
GESTION DE RECURSOS HUMANOS

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Resolución Directoral

Nº 723

-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH.

Cusco, 15 OCT 2025

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Dr. Julio Cesar Delgado Mora
JEFE NORMAS TECNICAS

Resolución, cuyos anillados se adjunta a la presente resolución, con el siguiente detalle:

- Guía de Práctica Clínica para Prevención de Suicidio (78 folios).
- Guía de Práctica Clínica en Esquizofrenia en Niños y Adolescentes (24 folios).
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Conducta Alimentaria (33 folios).
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad (19 folios)



ARTICULO 2º.- NOTIFICAR, la presente resolución, a las instancias administrativas correspondientes, para los fines consiguientes.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Med. Carlos Enrique Barahona Valdivia
Director Ejecutivo
CMP 48301 BNE 31900

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



ADOPTADO DE GUÍA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO - COMISIÓN TÉCNICA DEL ÁREA DE SALUD MENTAL DEL GRUPO 5.

GRUPO ELABORADOR DE GUÍA:

- DRA. CHERYL KATTERINE VILLAFUERTE ESCALANTE
- DR. EDWIN VILLAVICENCIO OLARTE
- DRA. DIANA MERCEDES LLOCLLA CONCHA

CUSCO-PERÚ
2025

GUÍA DE

PREVENCIÓN SUICIDIO



DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y RELACIONES INSTITUCIONALES
COMISIÓN TÉCNICA DEL ÁREA DE SALUD MENTAL
ÁREA TÉCNICA

Licencia Creative Commons



Comisión Técnica de Salud Mental Grupo 5

Este documento se ha realizado por parte de la Comisión Técnica de Salud Mental de Grupo 5. Es un documento técnico de referencia que recoge las aportaciones de la experiencia de los profesionales y las evidencias de la investigación sobre la atención a las personas que tienen tentativas de suicidio.

La misión de la Comisión Técnica y de esta guía es mejorar la efectividad de la intervención en nuestra organización y diseñar herramientas de intervención y guías técnicas que aumenten el compromiso de la organización con un enfoque centrado en las personas y en las mejores evidencias.

Prevenir el suicidio es realmente difícil. Muchas personas que están planteándose el suicidio no se dan cuenta de que su pensamiento es irracional y necesitan ayuda. Sin embargo, una parte importante no recibe la ayuda que necesita, lo que supone un auténtico drama ya que si esas peticiones de ayuda se escucharan a tiempo podríamos aumentar en muchos casos las intervenciones de éxito.

La investigación señala que el suicidio es el producto final de una larga secuencia de factores y de acontecimientos que comienzan en etapas anteriores al episodio, incluso que pueden comenzar en la niñez.

El suicidio es un fenómeno complejo que trasciende los factores psicológicos y su prevención sigue siendo un fenómeno polémico. En marzo del año 2021 se aprobó en España la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia y entró en vigor en junio del año 2021. Consiste en proporcionar los medios necesarios a una persona que ha manifestado su deseo de morir. La aprobación de dicha ley resultó y sigue siendo muy controvertida. Así que, a las dificultades para comprender el estado psicológico y emocional de la persona hay que añadir complicados problemas éticos relacionados con el derecho a intervenir ante una amenaza de suicidio, y además hay que añadir ahora los complicados problemas legales. Por tanto, el juicio del profesional no debe ser la única consideración a tener en cuenta para decidir una intervención. Las ramificaciones de las decisiones profesionales llegan hasta campos que antes parecían menos relevantes.

Sin embargo, en algún lugar entre los extremos de intervenir o no intervenir, se ubica el amplio conjunto de personas que se muestran ambivalentes respecto a quitarse la vida, que pueden o no llegar al suicidio dependiendo de sus impulsos y de lo que se haga en ese momento. Entendemos que la comunicación del intento de suicidio representa una señal de alerta, una petición de ayuda que como profesionales debemos atender de manera rápida. Este protocolo responde a esa idea.

La presente guía parte del convencimiento de que cuando una persona se está planteando el suicidio y tiene la oportunidad de compartir sus problemas con alguien como los profesionales es posible impedir que este se produzca. El objetivo fundamental es que pueda contemplar otras soluciones que no sean el suicidio.

En este documento se tratan los siguientes aspectos que ayudarán a los profesionales: qué grupos de personas tienen más probabilidad de intentar suicidarse, cuáles son los principales factores de riesgo asociados al suicidio, cuáles son los objetivos de la prevención, cómo detectar a una persona en riesgo, y cómo intervenir desde una práctica profesional ética en la conducta suicida.

Ficha Técnica

Coordinadores:

Gemma de Frutos
Gerencia de Operaciones de Grupo 5

Daniel Navarro Bayón
Responsable de Área Técnica de Grupo 5

Año 2022

Grupo de trabajo:

- Ángela González. Educadora EASC Alcobendas
- Carlos Mestre. Psicólogo CRL Torrejón de Ardoz
- Carlos García. Psicólogo EASC Arganzuela
- Carolina Monroy. Psicóloga CRR Plasencia
- Denisa Butnariu. Psicóloga Residencia Grupo 5 Cobeña
- Esther Cantero. Psicóloga CD Collado Villalba
- Francisco Ballesteros. Gerencia de Operaciones
- Juan Luis Mena. Educador social y Coordinador CRR Vitoria
- Luz María Morales. Psicóloga EASC Alcobendas
- María Eugenia Dalmau. Psicóloga Residencia Manuel Gómez-Latina
- María Marcos. Psicóloga coordinadora de Pisos supervisados de salud mental
- Sonia Polvorinos. Psicóloga CRL Collado Villalba

*Todos los centros son centros de la Comunidad de Madrid, Junta de Extremadura y Diputación Foral de Álava y están gestionados por Grupo 5.

Índice

1. OBJETIVOS	8
2. ALCANCE	9
3. DESTINATARIOS	9
4. DEFINICIONES	10
5. MARCO CONCEPTUAL	13
5.1. CIFRAS PREOCUPANTES	13
5.2. REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS SOBRE FACTORES DE RIESGO	14
5.3. REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS SOBRE INTERVENCIONES EFICACES	16
5.4. VINCULACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN DE GRUPO 5	19
6. MÉTODO DE ELABORACIÓN	22
6.1. PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN POR LA COMISIÓN TÉCNICA DE SALUD MENTAL DE GRUPO 5	22
6.2. METODOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	22
7. ACCIONES A REALIZAR EN EL PROCESO DE ATENCIÓN	27
7.1. ACCIONES A REALIZAR EN LA DERIVACIÓN Y ACOGIDA	27
7.2. ACCIONES A REALIZAR EN LA EVALUACIÓN	28
7.2.1. EVALUACIÓN BREVE	28
7.2.2. EVALUACIÓN COMPLETA: GUÍA DE ENTREVISTA	30
7.3. ACCIONES DURANTE LA FASE DE INTERVENCIÓN	35
7.4. ACCIONES DURANTE LA SALIDA Y EL SEGUIMIENTO	45
8. ACCIONES A REALIZAR DESPUÉS DEL INTENTO DE SUICIDIO CONSUMADO	48
8.1. ATENCIÓN A LA PERSONA QUE HA TENIDO UN INTENTO DE SUICIDIO	48
8.2. ATENCIÓN A LOS PROFESIONALES	49
8.3. ATENCIÓN A OTRAS PERSONAS USUARIAS	50
8.4. ATENCIÓN A LA FAMILIA/ALLEGADOS EN CASO DE SUICIDIO CONSUMADO	50
8.5. APOYAR EL PROCESO DE DUELO POR SUICIDIO	52
8.6. ATENCIÓN A LA FAMILIA EN CASO DE INTENTO DE SUICIDIO	53
9. MANEJO DE LA INFORMACIÓN	57
9.1. COMUNICACIÓN INTERNA	57
9.1.3. COMUNICACIÓN A LOS RESPONSABLES DE LA ENTIDAD	57
9.2. COMUNICACIÓN EXTERNA	58
10. BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXO 1. ESCALAS	65
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)	65
ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SSI)	67
ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (SHS)	69
ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SIS)	70
ANEXO 2. FORMATO DE PLAN DE SEGURIDAD	72
ANEXO 3. INFORME PARA COMUNICACIÓN EXTERNA	74
ANEXO 4. ESQUEMA POSIBLE DE ACTUACIÓN ANTE CRISIS SUICIDA EN UN CENTRO	75

GUÍA DE PREVENCIÓN SUICIDIO

01

OBJETIVOS

02

ALCANCE

03

DESTINATARIOS

04

DEFINICIONES

1. OBJETIVOS

El objetivo general es mejorar la actuación profesional a través de la detección, intervención y seguimiento del riesgo de suicidio en las personas usuarias de los recursos de atención a personas con problemas de salud mental de Grupo 5.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar sobre la relevancia del suicidio a los profesionales.
- Mejorar la detección del riesgo de conducta suicida mediante instrumentos de evaluación.
- Intervenir de forma eficaz sobre el riesgo de suicidio en las diferentes fases del proceso de intervención.
- Definir las acciones a llevar a cabo por los diferentes profesionales de los equipos.
- Garantizar una buena respuesta ante el riesgo de suicidio a las personas del entorno próximo como son los profesionales, familiares y otras personas usuarias.
- Mejorar los canales de comunicación ante este tipo de situaciones.

Para ello vamos a realizar las siguientes acciones:

- Desarrollar e implementar un sistema de detección de riesgo a través de un protocolo de evaluación de las personas atendidas de Grupo 5.
- Describir una guía de respuestas a dar por los profesionales en las diferentes fases del proceso de intervención de la persona usuaria, en función del nivel de riesgo detectado a través de pautas concretas de actuación.
- Formar a los profesionales que trabajan en los recursos mediante acciones de difusión del protocolo y formación continuada.
- Desarrollar pautas y recomendaciones para intervenir con la familia, profesionales y resto de personas usuarias si ha ocurrido intento o suicidio consumado en el dispositivo.

2. ALCANCE

El protocolo está dirigido a los equipos, servicios y centros residenciales y ambulatorios que atienden a personas con diagnóstico de trastorno mental, gestionados por Grupo 5, tanto en la red pública como en el ámbito privado.

Está dirigido de manera indirecta también a profesionales de otros dispositivos externos:

- Servicios de Salud Mental (SSM) de referencia .
- Otros dispositivos de intervención social y psicosocial
- Fuerzas y cuerpos de seguridad.
- Servicios de Urgencias Sanitarias y hospitalarias.

3. DESTINATARIOS

- Todas las personas usuarias con detección de nivel de riesgo.
- Otras personas usuarias del dispositivo .
- Familia/ personas allegadas.
- Profesionales del centro o servicio.

4. DEFINICIONES

Suicidio. Es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida.

Prevención. Medidas que se toman para reducir las probabilidades de contraer una enfermedad o afección. En este caso de cometer el acto de suicidio.

Posvención. Se refiere a las acciones e intervenciones posteriores a un evento autodestructivo destinadas a trabajar con las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona que se quitó la vida

Crisis. Ayuda inmediata de corto plazo (conversación con un profesional) para detener una situación emocional grave (por ejemplo, intento de suicidio o sobredosis de medicamentos) que puede tornarse peor. La intervención durante la crisis no se utiliza para resolver el problema que llevó a la crisis.

Muerte. Es un proceso irreversible que resulta del cese de la homeostasis en un ser vivo, es decir, de su incapacidad de utilizar energía para mantener al organismo vivo, con lo cual las funciones vitales llegan a su término.

Duelo. El duelo es la reacción normal ante la pérdida ya sea la pérdida de una persona querida, un animal, un objeto, etapa o evento significativo. Cuando se habla de pérdidas y en especial de las pérdidas relacionadas a una persona, es una experiencia que necesita ser compartida, acompañada y respetada.

Ética. Pretende descubrir qué hay detrás de la forma de ser y de actuar del ser humano al tiempo que trata de establecer "reglas" de lo que es "bueno" y lo que es "malo". En ese sentido, la importancia de la ética radica precisamente en saber qué está bien y qué está mal como individuos y como sociedad.

Factor de riesgo. Un factor de riesgo es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de cometer suicidios. Los factores de riesgo a menudo se presentan individualmente. Sin embargo, en la práctica, no suelen darse de forma aislada. A menudo coexisten e interactúan entre sí.

Factor de protección. Aspecto del ambiente personal y contextual que hace menos probable la conducta de suicidio.

GUÍA DE PREVENCIÓN SUICIDIO

05

MARCO CONCEPTUAL

Cifras preocupantes.

Revisión de las evidencias de factores de riesgo.

Revisión de las evidencias sobre intervenciones eficaces.

Vinculación con el modelo de atención de Grupo 5.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. Cifras preocupantes

El suicidio y sus intentos configuran uno de los **problemas más graves de salud actuales**.

En 2020 en España la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas asciende a **8,3 por 100.000 habitantes**, según los datos del INE del 2021.

En **2020 hubo 3.941 fallecimientos por suicidio** (datos INE 2020), de estos, 2.930 fueron hombres y 1.011 mujeres.

En **2021 hubo 4.003 fallecimientos por suicidio** (datos INE 2021), de estos 2.982 fueron hombres y 1.021 mujeres.

Estas cifras son alarmantes dado el aumento detectado en el número de suicidios en España en **un 1,6% más que en 2020**.

Este grave problema de salud pública, definido así por la OMS, sigue siendo la **primera causa externa de muerte en los hombres y la tercera entre las mujeres**.

Los profesionales de recursos que atienden a personas con **trastorno mental** deben tener en cuenta que trabajan con una **población de riesgo respecto a la conducta suicida**.

Aunque solo un 10% de las personas con diagnóstico de enfermedad mental consuman el suicidio, sí que hay un porcentaje muy **alto (el 90%) que tiene ideación suicida**. Al igual que el 90% de las personas que acaban suicidándose presentan un diagnóstico psiquiátrico¹.

Podríamos decir entonces, que el suicidio **es superior en esta población**, con el coste asociado para la persona, su entorno y la sociedad en general.

Estas estadísticas no pueden transmitir la tragedia de lo que supone un suicidio. Una gran parte de personas que se suicidan se muestran ambivalentes con respecto a quitarse la vida. Esta decisión puede tomarse precisamente cuando la persona se encuentra sola y en un estado de gran angustia psicológica, incapaz de contemplar objetivamente sus problemas y sufrimientos o de analizar alternativas diferentes. Por tanto, un problema humanitario esencial en el suicidio es la muerte aparentemente sin sentido de una persona que probablemente **se muestra ambivalente respecto a la vida o que realmente no quiere morir**.

Otra preocupación importante se refiere a los que quedan en vida. Todos los estudios realizados sobre los supervivientes, entendiendo como supervivientes a los familiares de la persona, ponen de manifiesto **que la pérdida de un ser querido por suicidio supone uno de los mayores sufrimientos** que las personas tienen que soportar.

5.2. Revisión de las evidencias sobre factores de riesgo

Según Rascón², un trastorno mental por sí solo no puede explicar la conducta suicida. En la literatura se encuentra amplia evidencia explicativa de la asociación existente entre el suicidio y diversas variables, se detallan a continuación:

- **Funcionamiento familiar**, se resaltan aspectos como las dificultades interpersonales³, comunicación conflictiva⁴⁻⁵, pobre cercanía afectiva⁶, altos niveles de control parental, estructura familiar inestable, historia familiar de suicidio, violencia intrafamiliar, abuso sexual en la infancia⁷, maltrato físico y psicológico⁸, negligencia y crianza en hogares monoparentales⁹⁻¹⁰. Todos estos aspectos limitan el adecuado desarrollo de los miembros de la familia y dificultan la satisfacción de necesidades básicas¹¹⁻¹².
- **Factores socioeconómicos**, como afirman Cervantes y Melo Hernández¹³ (2008), el desempleo y bajo nivel educativo son factores de riesgo para el suicidio, especialmente si la situación de escasez económica es prolongada¹⁴ y dificulta el acceso a servicios de salud mental.
- **Factores psicológicos**, la desesperanza se considera un importante predictor de suicidio en personas con trastornos mentales, y se asocia con conciencia de enfermedad (insight), creencias negativas sobre la enfermedad, percepción negativa del futuro y de sí mismo¹⁵⁻²⁰, basados en la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975).

Si atendemos a los datos relacionados con los diagnósticos más frecuentes que tienen las personas de nuestros dispositivos:

- **Esquizofrenia**: El riesgo de suicidio en estos pacientes es de 30 a 40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25% y el 50 % de todas las personas diagnosticadas de esquizofrenia tendrán una tentativa de suicidio a lo largo de su vida²¹. En los primeros años de la enfermedad, entre un 5% y 15% de pacientes mueren por suicidio²² y este usualmente tiene más que ver con síntomas depresivos, ya que la comorbilidad entre depresión y esquizofrenia tiene una prevalencia de 17% a 65%²³. La depresión post psicótica está presente en más de un 25% de pacientes²⁴⁻²⁵, incrementando el riesgo de recaídas, empeorando la respuesta al tratamiento y generando mayor deterioro funcional.

Según las evidencias en investigación estos son los **factores de riesgo en personas con esquizofrenia** para el intento de suicidio²⁶⁻²⁷:

- ✓ Pensamiento suicida previo.
- ✓ Autolesión deliberada previa.
- ✓ Episodios depresivos previos.
- ✓ Consumo de drogas o dependencia.
- ✓ Mayor número medio de ingresos psiquiátricos.
- ✓ Abandono de la medicación y de la atención en salud mental.
- ✓ Entrada en la cronicidad.
- ✓ Muerte de los progenitores y mayor exigencia de autonomía personal.
- ✓ Síntomas extrapiramidales intolerables.
- ✓ Subtipo paranoide y el trastorno esquizoafectivo tienen riesgo superior al residual.
- ✓ Las observaciones clásicas sobre las alucinaciones por voz imperativa que ordena matarse son controvertidas y poco frecuentes

Los períodos de mayor riesgo son:

- ✓ Recaída.
- ✓ Finalización del episodio.
- ✓ Primeras semanas después del alta hospitalaria.

Sin embargo, es necesario precisar que existe una infravaloración del riesgo de suicidio en personas diagnosticadas de esquizofrenia debido a que este trastorno es relativamente poco frecuente en la población general y no contribuye de forma importante en la tasa de suicidio global.

- **Depresión:** La depresión ha demostrado repetidamente ser un factor de riesgo para el suicidio y para el intento de suicidio.

La Organización Mundial de la Salud estima que el 90 % de los suicidios o intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión.

La depresión puede incrementar hasta 12 veces el riesgo de suicidio cuando predomina la desesperanza, asociada con intencionalidad y alta letalidad.²⁸

Tradicionalmente, se ha considerado la depresión en la esquizofrenia como difícil de identificar, difícil de distinguir de los síntomas negativos y no medida adecuadamente por las escalas estándar de puntuación de la depresión. Por lo que se debe tener en cuenta a la hora de evaluar el riesgo suicida en nuestra población diana.

- **Trastorno bipolar:** Se ha establecido que el riesgo de suicidio es 22 veces mayor que en población general.²⁹
- **Trastornos de personalidad:** Estos trastornos se presentan hasta en un 70% en personas suicidas³⁰ y se encuentran implicados rasgos como autoestima pobre, impulsividad, ira y agresividad³¹, siendo las dimensiones de desregulación emocional y la impulsividad las que mayor prevalencia han presentado en estudios retrospectivos³². Los que se asocian con más frecuencia a las conductas suicidas son el trastorno límite de personalidad y el trastorno antisocial de la personalidad.

Es necesario comentar que **las mujeres** sufren en algún momento de su vida un episodio depresivo con mayor frecuencia que los hombres. Y aunque la tasa de muerte es superior en los hombres que, en las mujeres, en cuanto a la ideación e intentos, las mujeres tienen más intentos de suicidios que los hombres.

Siguiendo con **la cuestión del género** según algunas teorías, las mujeres experimentan más acontecimientos vitales negativos en el área interpersonal y emocional y muestran estilos cognitivos negativos con mayor frecuencia. Por tanto, hay que considerar que, aunque la mujer tiene menor índice de mortalidad, pueden cometer el doble de intentos de suicidio que los hombres y es necesario redoblar los esfuerzos de detección asociados a sintomatología depresiva y a estados emocionales negativos o problemas interpersonales.

La violencia de género está vinculada con pensamientos y comportamientos suicidas, y esta relación está claramente establecida. El maltrato sufrido por las mujeres es un factor de riesgo de suicidio para la víctima. En especial para aquellas víctimas de maltrato que se encuentran acosadas y con miedo o desesperanza hacia el maltratador o acosador.

Otra situación que debemos tener en cuenta es que, en ocasiones, las personas que atendemos necesitan tener ingresos hospitalarios psiquiátricos ya sea por desestabilización o por intento de suicidio, por este motivo debemos contar con el **aumento de riesgo de suicidio tras el alta hospitalaria**. Se ha reportado que el periodo de mayor riesgo son las cuatro

primeras semanas después del alta³³⁻³⁴, especialmente entre los tres días y la semana después de salir del hospital.

Este hecho **podría explicarse por:**

- ✓ Una percepción de pérdida de apoyo.
- ✓ Menor supervisión.
- ✓ Exposición a los problemas de su medio habitual.
- ✓ Acceso a medios letales.
- ✓ No estar del todo recuperado.

Con lo cual, se justifica la importancia de una atención específica por parte del recurso y profesionales en este periodo crítico, así como tomar medidas preventivas para evitar hospitalizaciones.

La OMS afirma que estrategias adecuadas en materia de **prevención de suicidio podrían reducir hasta un 30% las muertes por esta causa**. Entre ellas encontramos unas que deben desarrollarse dentro del ámbito sanitario, que son hasta ahora las más implementadas. Otras, requieren del compromiso de instituciones con competencias sociales y comunitarias, cruciales para la salud de las personas desde el enfoque de la prevención y la promoción de hábitos saludables.

En el ámbito comunitario y social existen una serie de profesionales de distintas disciplinas (psicología, educación social, trabajo social...) que desarrollan su actividad junto a población considerada por sus características como vulnerable. Las diferentes autoridades sanitarias, como la OMS a través de su Programa SUPRE o la Unión Europea con el Programa Eurogenas (<https://www.euregenas.eu/espanol/>), destacan el papel fundamental de estas personas, denominadas guardianas (gatekeepers en inglés) en la detección temprana del suicidio y también en el desarrollo de programas de prevención primaria que reduzcan el riesgo de suicidio en la población en riesgo.

Se ha demostrado que una **adecuada prevención y tratamiento puede reducir el riesgo de conducta suicida**³⁵. En nuestro país, varios programas de prevención del suicidio han sido evaluados. Alguno de ellos basado en un programa de seguimiento telefónico ³⁶, desde un enfoque multidisciplinar ³⁷ o con un programa de intervención intensiva estructurado ³⁸⁻³⁹.

Emile Durkheim en sus estudios pioneros en sobre los factores socioculturales del estudio llegó a conclusiones de que el principal factor de disuasión para cometer suicidio es la sensación de identificación e implicación con otras personas.

Por ello, la presente guía presenta una serie de pasos y consideraciones relevantes en la detección de la ideación suicida, así como el abordaje de esta problemática en todo el proceso por el que pasan las personas atendidas en los centros residenciales y diurnos de personas con graves problemas de salud mental de Grupo 5.

5.3. Revisión de las evidencias sobre intervenciones eficaces

Existe evidencia de programas que reducen los intentos y la ideación suicida. Algunas de estas intervenciones son particularmente efectivas para reducir el suicidio entre las personas que han recibido un diagnóstico de TMG. Se ha realizado por parte del grupo una revisión y

se han identificado solo aquellas intervenciones que incluían un tratamiento psicosocial y buenos resultados en la reducción de intentos suicidas o ideas de suicidio.

También se han incluido las intervenciones recomendadas en la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta Suicida del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, revisada en el año 2020.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se buscó en Pudmed y en Mednar Search con estas cadena de búsqueda:

“Suicid” OR “suicide” OR “suicide attempted” OR “suicidal ideation” AND “prevent” OR “intervention” OR “program” OR “psychosocial intervention” OR “treatment” OR “outcome”.

En el portal de Psicoevidencias se buscó en el Banco de Cat's y en los resúmenes de evidencia publicados en esta página, haciendo una búsqueda registro por registro por los títulos con las palabras “suicidio”.

En el portal web de Guía Salud se buscó en el catálogo de guías de práctica clínica por el título de la guías que contuvieran la palabra “Suicidio”.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Registros publicados entre 2018 y diciembre de 2022.
- Sujetos humanos
- Adultos de ambos sexos
- Estudios originales y revisiones sistemáticas
- Ensayos o estudios clínicos comparativos o de efectividad / eficacia
- Programa de intervención psicosocial o psicológico para reducir el suicidio.
- Se incluirán como válidos solo los registros que en el abstract o resumen incluyan un resumen del procedimiento/contenidos de la intervención y los resultados obtenidos, y que además tengan relación con los criterios de la población diana del presente protocolo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Campañas amplias de salud o planes comunitarios amplios
- Protocolos o guías de intervención ya incluidos en el apartado correspondiente de la búsqueda de literatura gris descrita antes.

Además se utilizó la actualización de GPC de España sobre Prevención del Suicidio (2) realizada en el año 2020 y la revisión de evidencia del Sax Institute sobre programas de intervención del suicidio publicada en diciembre de 2018⁴⁰. Se utilizaron los mismos criterios de búsqueda. Ambos documentos incluyen una revisión bibliográfica muy amplia. Las referencias encontradas se sometieron a una selección en dos etapas: primero se examinaron los títulos de cada programa o intervención y luego se comprobaron si incluían los criterios de inclusión y exclusión. En donde no que quedaba claro se consultó la fuente original del estudio para hacer esta comprobación.

Debido a que estos documentos hacen revisiones muy rigurosas y exhaustivas de la evidencia publicada en bases de datos específicas, se decidió incluir las referencias incluidas en estos documentos que amplían el rango temporal de la búsqueda entre 2012 y 2018. La GPC española incluye una actualización de la revisión bibliográfica entre los años 2012 y 2020 muy completa.

Además de estas búsquedas se incluyeron programas e intervenciones conocidas por la coordinadora a través de jornadas, y cursos de especialización que cumplieran con los criterios de inclusión.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

En los siguientes esquemas se indican los resultados de la búsqueda.

Figura 1. Resultados de la búsqueda en bases de datos y buscadores de evidencia

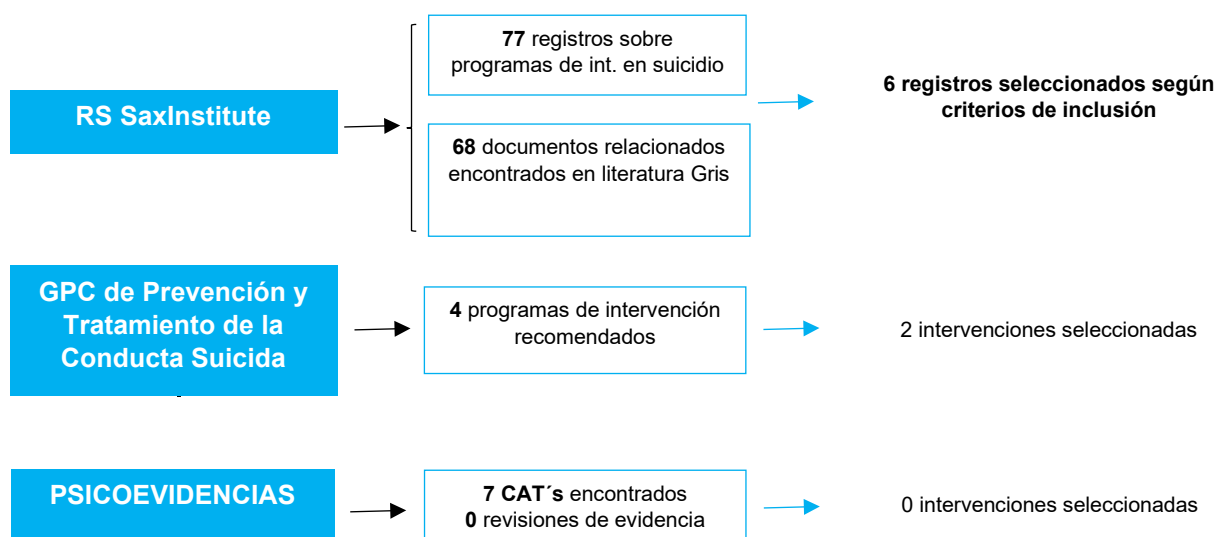


Tabla 1. En la tabla se resumen las intervenciones y referencias encontradas.

Autor y año	Intervención
Bush et al. 2017 ⁴¹	Intervención a través de una APP para entrenar en habilidades de autorregulación emocional y gestión del estrés.
Hom et al. 2018 ⁴²	Intervención grupal de 8 sesiones para supervivientes de un intento de suicidio
Nyer et al. 2018 ⁴³	Entrenamiento en ejercicios de yoga y respiración profunda y evaluación del impacto en los pensamientos suicidas
O'Toole et al. 2018 ⁴⁴	Aplicación móvil que incluye: psicoeducación, escalas de autoevaluación, plan de seguridad, creación de recuerdos positivos, teléfonos de ayuda y ejercicios de autoayuda (distracción solución de problemas, mindfulness, planificación de actividades, y cambio cognitivo)
Jun et al. 2014 ⁴⁵	Programa orientado a personas con enfermedad mental grave, durante 4 sesmas y 8 sesiones de autoestima, espiritualidad y manejo de la depresión

Pedreira 2008⁴⁶	Psicoterapia cognitivo-conductual 10 semanas, 6 meses. Incluye plan de apoyo telefónico y seguimiento asertivo para personas con intento o ideación de suicidio
Tejedor et al 2018⁴⁷	Diseño del <i>Safety Plan</i> identificando habilidades de afrontamiento, control de señales de alarma, apoyo social y seguimiento telefónico en personas con un intento o con riesgo de suicidio
Kimberly A⁴⁸	Intervención de 10 sesiones para adultos por encima de 60 años, focalizada en personas sin arraigo social y depresión.

5.4. Vinculación con el Modelo de Atención de Grupo 5

El **Modelo de atención de Grupo 5 sobre salud mental** (2021) desarrollado por la Comisión Técnica de Salud Mental incorpora una descripción del perfil de necesidades de las personas atendida en los centros y servicios que gestiona basada en criterios de gravedad. Entre dichos criterios de gravedad está el suicidio.

Por tanto, este protocolo viene a incorporar una herramienta que se despliega de dicho modelo poniendo a disposición de los profesionales **técnicas de intervención que permitan eliminar o disminuir esta dimensión de gravedad.**

Además, el modelo entiende que existen unos criterios de prioridad en la atención que vienen marcados por las necesidades basadas en la escala de Gravedad del Trastorno.

En este modelo se desarrolla un itinerario o **modelo de atención por etapas** en la que la evaluación de los síntomas y del malestar psicológico forma parte de la comprensión integral de la persona y es durante la fase de evaluación, de una manera interdisciplinar cuando se deben detectar dimensiones de riesgo de suicidio, evitando la estigmatización y culpabilización que pueden estar asociadas a la exploración de estas ideas o tentativas anteriores.

En este sentido, esta guía asume la puesta en práctica del **Modelo de intervención general de atención a la salud mental** aportando herramientas orientadas a la comprensión del trastorno mental y a la reducción de las dimensiones de gravedad asociadas.

GUÍA DE PREVENCIÓN SUICIDIO

06

MÉTODO DE ELABORACIÓN

Procedimiento de elaboración por la Comisión Técnica de Salud Mental de Grupo 5.

Metodología y características de calidad.

6. MÉTODO DE ELABORACIÓN

6.1. Procedimiento de elaboración por la Comisión Técnica de Salud Mental de Grupo 5

Un grupo heterogéneo de **16 expertos y expertas** en atención **en rehabilitación psicosocial de Grupo 5** realizaron un trabajo que consistió en identificar elementos y productos técnicos e innovadores y basados en la evidencia, para incorporar a los servicios prestados por la organización e incrementar el valor de la atención prestada en los centros.

Mediante técnicas de análisis interno y de priorización, así como diferentes técnicas de cribado, se identificaron los productos y los proyectos a desarrollar. Todo ello quedó plasmado en un plan estratégico denominado “Plan de Acción de la **Comisión Técnica del Área de Salud Mental de Grupo 5**” (16 de abril de 2021). Todos los productos se jerarquizaron mediante **la técnica “Hanlon”** de determinación de prioridades (utilizada en la gestión clínica de calidad), clasificando todos ellos por orden de importancia para tener una mayor claridad de la importancia de todos ellos.

Una vez ordenados todos ellos se les concedió, en función de la puntuación final obtenida, un **“código de prioridad”** que identifica a cada producto con el siguiente código:

- 1+: Prioridad muy alta
- 1: Prioridad alta
- 2: Prioridad media
- 3: Prioridad baja

En concreto, **el desarrollo de la presente guía técnica obtuvo una puntuación de 1 (prioridad alta).**

Grupo de trabajo

Se seleccionó un grupo de profesionales de Grupo 5 procurando obtener una **representación de todos los centros de atención**. Para la conformación del grupo de trabajo se tuvieron en cuenta variables como: solvencia técnica demostrada (buscando la máxima solvencia), antigüedad en Grupo 5 (buscando la heterogeneidad) y heterogeneidad en los paradigmas de intervención empleados. **Se marcó un máximo de 7 miembros.**

6.2. Metodología y características de calidad

El desarrollo de este grupo de trabajo se conforma en **el año 2022**.

En una sesión previa a la primera reunión del equipo de trabajo, los responsables del grupo facilitaron un documento en versión borrador inicial a partir del cual empezar la revisión de contenidos.

Se siguió un proceso de **revisión mixta basada en criterios cualitativos y cuantitativos**:

- 1) **La revisión cualitativa**, se realizó realizarse en base a sugerencias del grupo, y consistió en recoger aportaciones dirigidas por criterios cualitativos preestablecidos por la coordinación del grupo para la clasificación de estas.
- 2) **La revisión cuantitativa** consistió en un análisis de medias y porcentajes de la importancia otorgada a las aportaciones cualitativas realizadas.

Se llevaron a cabo **cinco fases de elaboración** y revisión de contenidos para facilitar el cribado de contenidos:

- 1) **En una primera fase** se elaboró un **cuestionario con 8 preguntas** generales sobre la versión inicial del protocolo de suicidio entregado, para actualizar y revisar contenidos de nuevas evidencias que se debieran incluir en este documento.
- 2) **En una segunda fase** se incorporaron las **aportaciones del grupo y se diseñó una guía de revisión** exhaustiva solicitando de manera individual que en cada apartado aportaran una evaluación en una **escala Likert** el grado de acuerdo y de adecuación de los contenidos de ese apartado del documento (1=muy alta; 9=muy baja). Además, en cada apartado se solicitó que si lo consideraban añadieran alternativas al texto, y sugerencias basadas en fuentes de evidencia en cada apartado.
- 3) **En una tercera fase** se analizó el grado de **compromiso y acuerdo con la guía, extrayendo las medidas de las escalas de 1 a 9**. Se construyó una hoja Excel para hacer los análisis. Todas las evaluaciones fueron revisadas por las personas coordinadoras del grupo que aglutinaron la información y analizaron cada apartado con criterios de exigencia altos (considerando puntuaciones adecuadas por encima de 8). Para ello se dividió el análisis en cada uno de los apartados de la guía que resultaron en un total de 23 apartados a analizar. El promedio total con el documento inicial fue de 8,6 para el grado de adecuación percibida de los contenidos y de 8,5 para el grado de acuerdo respecto a que la información de dicho apartado debe figurar en el documento final.
- 4) **La cuarta fase** consistió en la **extracción de que las aportaciones cualitativas agrupadas por los 23 apartados de la guía y puntuación cuantitativa** en base a criterios de relevancia (importancia práctica), estabilidad (generalidad de la aportación), evidencia (la incorporación o sugerencia aporta base documental o bibliografía que lo respalde) y factibilidad (es posible incluir las aportaciones por disponer de recursos adecuados para llevarlas a cabo). Esta revisión se hizo de manera independiente y ciega por las dos personas coordinadoras del grupo. Se incorporaron para el análisis un total de 70 aportaciones nuevas del grupo. Para la inclusión de estas se estableció un criterio exigente de criba, incorporando a la guía solo aquellas aportaciones que tras la evaluación de los dos evaluadores consiguieran una puntuación > 2,5 sobre 3. De esta manera quedaron un total de 34 elementos a aportar en los diferentes contenidos del documento final.
- 5) **En la quinta fase** se hizo un **reparto de los apartados a desarrollar entre los/as miembros del grupo**. En este momento el trabajo se hace en subgrupos de 3 3-5 personas por cada apartado con la misión de desarrollar cada una de las 34 aportaciones que habían resultado del análisis anterior para enriquecer los contenidos del documento.

Cronograma 2022

ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D
Organizar primera reunión de Equipo (vía TEAMS)			X X									
FASE 1: Análisis de primer borrador				X X								
FASE 2: Guía de revisión exhaustiva					X X							
FASE 3: Análisis de adecuación de contenidos por apartados					X X							
FASE 5: trabajo de grupos sobre nuevos aportes										X X	X X	
Redacción final												X X
Validación												

GUÍA DE PREVENCIÓN SUICIDIO

07

ACCIONES A REALIZAR EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

Acciones a realizar en la derivación y acogida.

Acciones a realizar en la evaluación.

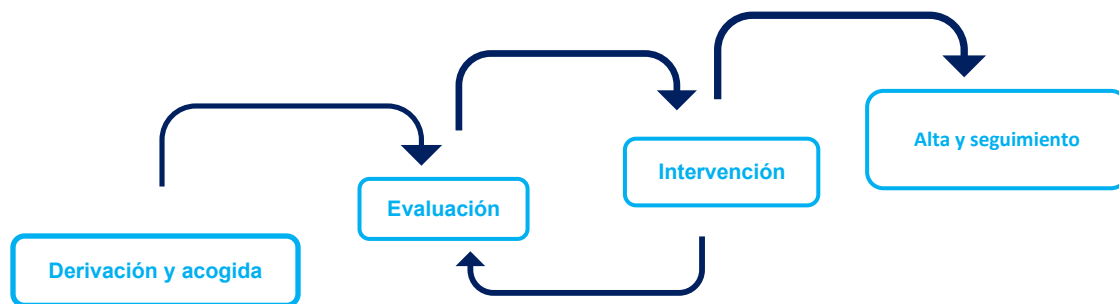
Acciones a realizar en la intervención.

Acciones a realizar en alta y seguimiento.

7. ACCIONES A REALIZAR EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

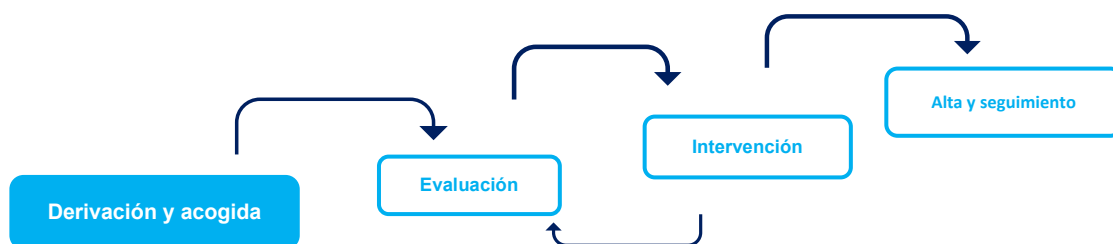
Se han estructurado las acciones en los principales subprocesos de atención en los centros. Para cada subproceso que detalla en el siguiente esquema. Este proceso ha sido descrito en el [Modelo de Atención en Salud Mental de Grupo 5](#) (2021).

Figura 2. Proceso de atención a personas con un TMG en centros y servicios de Grupo 5



7.1. Acciones a realizar en la derivación y acogida

La **llegada a los dispositivos** de atención psicosocial de las personas usuarias suele ser por medio de los **Servicios de Salud Mental (SSM)** a través de comisiones técnicas de derivación o en caso de recursos privados por demanda de la persona o familia.



Es conveniente, antes de que la persona entre en el recurso, conocer la siguiente información:

- Existencia de intentos autolíticos previos.
- Número
- Tipo de intentos y medios utilizados
- Fechas
- Precipitantes
- Intervenciones previas realizadas.

Si la persona en la fase de acogida (entrada al centro y periodo de adaptación) traslada cualquier información referente a intentos previos o ideación de suicidio actual, se recogerá y actuará según protocolo y nivel de riesgo, teniendo en cuenta la coordinación con el servicio responsable de su seguimiento clínico o de su tratamiento estableciendo una estrategia de trabajo conjunta.

En el caso de recursos privados, se recogerá la información mencionada anteriormente mediante la entrevista de inicio y mediante los informes clínicos si los hubiera. Si se considera adecuado puede triangularse esta información en la entrevista con la familia. Si hubiera habido intervención previa por otro recurso público o privado, valorar contactar en función del riesgo.

7.2. Acciones a realizar en la evaluación

7.2.1. Evaluación breve



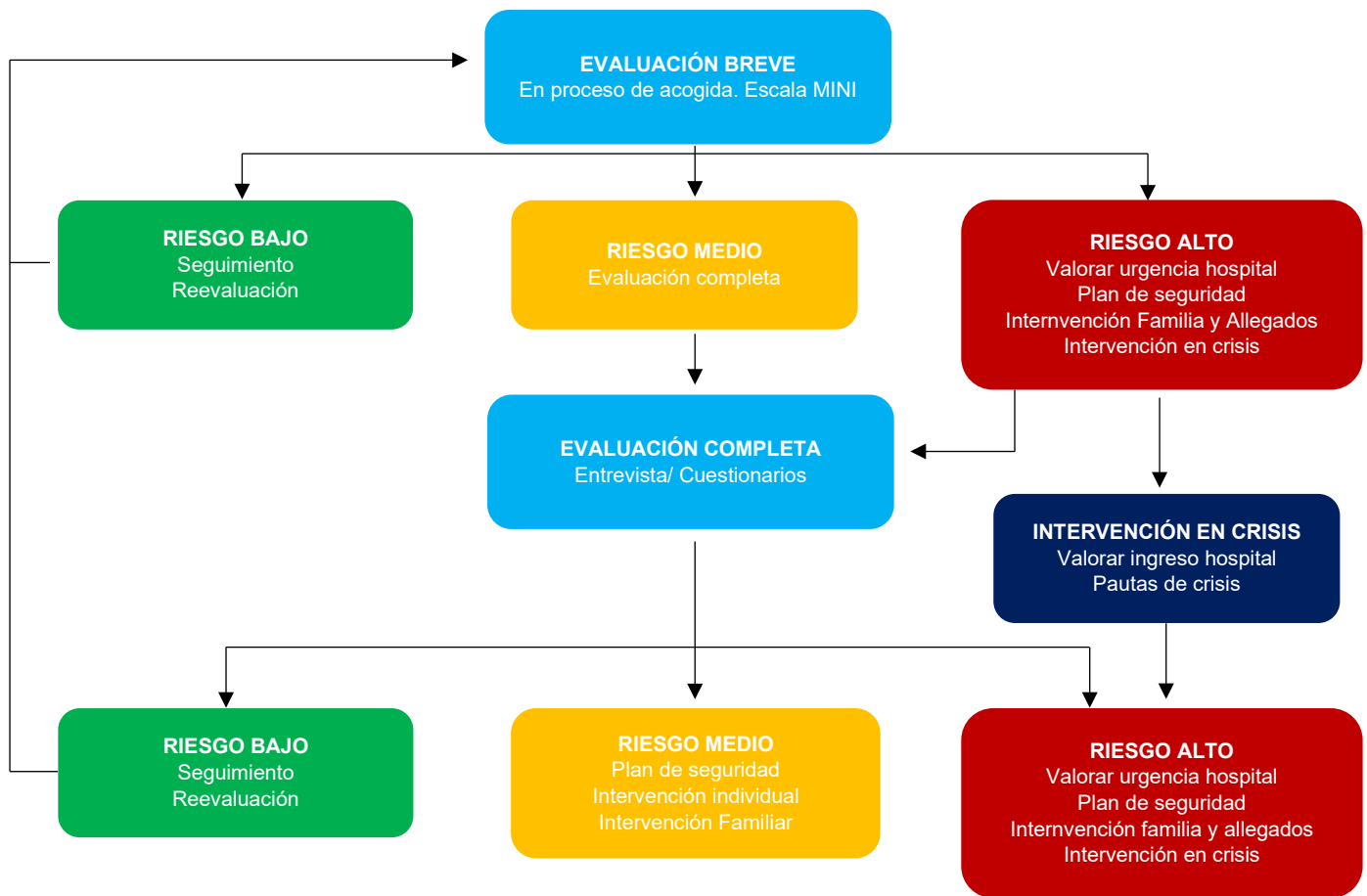
En el proceso de evaluación debemos de incluir un cribaje rápido para poder **detectar posibles situaciones de riesgo de suicidio y poder intervenir**. Para ello se contará con la información previa recogida en la fase de derivación y acogida y se aplicará la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI (versión en español, MINI 5.0.0, año 2000). Ver cuadro.

Si el resultado diera riesgo bajo, la persona pasaría a seguimiento del riesgo, estando todo el equipo atento por si surge cualquier factor de riesgo o precipitante que pueda variar el nivel de riesgo suicida.

Si tras esta evaluación el resultado fuera riesgo medio, se realizaría una evaluación más exhaustiva a través de entrevista, cuestionarios y escalas para determinar con mayor exactitud el nivel de riesgo (el plan de seguridad y los instrumentos se explican más adelante en este protocolo).

Si el resultado fuera de riesgo alto habría que intervenir de inmediato, valorando si la persona requiere un ingreso hospitalario o se puede trabajar en el recurso a través de intervenciones con psicólogo/a, profesional de referencia y resto del equipo, realizando el plan de seguridad y teniendo en cuenta las pautas de actuación ante crisis. Además de intervenir con la familia para el traslado de pautas.

Esquema 1. Esquema de evaluación en intervención por fases de riesgo.



Con anterioridad a la llegada de la persona usuaria al recurso se recopilará información procedente de su centro o servicio de salud mental, responsable médico y otras fuentes de información (familia, personas allegadas), informes de hospitalizaciones recientes y /o de su centro de salud.

Entrevista 1. Entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI (versión en español, MINI 5.0.0, 2000).

DURANTE EL ÚLTIMO MES:			
¿Has pensado que estarías mejor muerto/a o has deseado estar muerto/a?	1 PUNTO	Si	No
¿Ha querido hacerse daño?	2 PUNTOS	Si	No
¿Ha pensado en el suicidio?	6 PUNTOS	Si	No
¿Ha planeado suicidarse?	10 PUNTOS	Si	No

A LO LARGO DE SU VIDA:	
¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	4 PUNTOS

CORRECCIÓN:
Sume la puntuación correspondiente a todas las respuestas afirmativas.

LEVE 1-5 puntos	Seguimiento profesional de referencia
MEDIO 6-9 puntos	Valoración en profundidad
ALTO >9 puntos	Urgencias, ingreso intervención inmediata

Como factor relevante al aplicar la evaluación tanto cuantitativa como cualitativa, es la capacidad cognitiva y el estado emocional de la persona para someterse a una evaluación.

En la entrevista inicial con psicología se realizará la evaluación breve (MINI). Se valorará cada caso, se priorizará el rapport con el profesional y se mantendrá una constante coordinación con su servicio o centro responsable del tratamiento en función del nivel detectado en evaluación breve.

PERFIL DE LA PERSONA CON CONDUCTA SUICIDA⁴⁹

Aunque no se puede generalizar, las personas con manifestaciones de conductas suicidas tienen **algunos rasgos psicológicos comunes** que consisten en:

- Pensamiento económico (blanco/y negro).
- Rigidez cognitiva.
- Altos niveles de autocrítica hacia sí mismo y hacia los demás.
- Falta de especificidad en la memoria autobiográfica, que impide que las experiencias pasadas pueden utilizarse como estrategias efectivas de afrontamiento.
- Dificultades en la solución de problemas y escasa confianza en su solución.
- Anticipación negativa de resultados asociada con vulnerabilidad de experiencias previas.
- Tienen grandes dificultades para generar objetivos significativos y con sentido para vivir.

7.2.2. Evaluación completa: guía de entrevista

A continuación, se detalla una tabla con preguntas orientativas para evaluar el nivel de riesgo, no es necesario hacer todas las preguntas solo las oportunas para obtener la información necesaria.

ENTREVISTA

VALORACIÓN DE LA IDEACIÓN: Iniciar las preguntas a partir de una situación específica que la persona haya señalado como especialmente conflictiva o preocupante.

- ¿Cómo piensas resolver tu situación/ o la situación que me has descrito?, ¿has pensado en suicidarte?
- ¿Alguna vez has pensado en hacerte daño?
- Explorar experiencias previas relacionadas con la comunicación de la ideación suicida a otros.
- Explorar apoyo subjetivo por parte de los otros al comunicar.
- Si se siente más cómodo/a tratando el tema indirectamente explorar: preocupaciones recurrentes, problemas sin solución, cambios en su rutina (ciclo sueño, alimentación, etc.)

Por ejemplo: Si no ha comentado nada relacionado con pensamientos de suicidio. "Me has comentado que no duermes mucho, cuando estás sin poder dormir ¿en qué piensas?"

FRECUENCIA, INTERFERENCIA Y CONTROL DE LA IDEACIÓN: Ante la presencia de ideas de muerte es importante indagar sobre la frecuencia e intensidad de los pensamientos, así como interferencia en su vida.

- ¿Piensas todos los días en quitarte de en medio? (se sugiere comentar la posibilidad de una frecuencia elevada para evitar en lo posible que se sienta avergonzado y pueda dar un valor menor de lo real).
- Valorar la intensidad de los pensamientos escala de 0-10 (0= ninguna intensidad y 10= extremadamente intensos ¿en qué número se sitúa?
- Valorar interferencia en la vida diaria (Escala de 0-10 de afectación de los pensamientos en su vida; 0 ninguna molestia y 10 extremadamente molestos), ¿hasta qué punto le interfieren en su vida diaria?
- ¿Puedes controlar los pensamientos, si te lo propones puedes dejar de pensar en ello? Valorar la capacidad de control como elemento de autocontrol sobre la intensidad y la frecuencia de la ideación.

VALORACIÓN DE POSIBLE PLANIFICACIÓN: Una vez confirmada la presencia de ideación suicida se ha de profundizar y concretar hasta establecer la posible planificación de la idea. Para ello, se han de identificar los siguientes elementos:

- El método suicida (por ejemplo, si piensa en la posibilidad de armas, caída a gran altura, etc.), la severidad, la irreversibilidad nos señalarán la gravedad de la ideación. Se ha de explorar la accesibilidad al método e indagar si algún familiar o conocido lo ha empleado anteriormente. ¿Cómo ha pensado en suicidarse? Preguntar si ha dado ya algún paso para planificar cómo quitarse la vida.
- La circunstancia o día concreto ¿Cuándo ha pensado en suicidarse?
- El lugar ¿Dónde ha pensado en suicidarse?
- Explorar señales de alarma/despida.

VALORACIÓN DE LA DESESPERANZA; Preguntas sobre el futuro de la persona, cómo valora su presente. Señalar que el problema está más centrado en las estrategias que se están utilizando más que en la persona.

- ¿Cómo te gustaría verte dentro de 6 meses?
- ¿Crees que tu futuro puede mejorar?
- ¿Crees que el futuro podrías encontrar nuevos apoyos?
- Explorar ideas en cuanto a su trastorno y expectativas.
- ¿Hay alguien/algo por lo que merezca la pena vivir?

VALORACIÓN DE SENTIMIENTO DE CULPA: Las personas depresivas suelen atribuirse las desgracias actuales y futuras de todos sus seres queridos y pueden considerar que estarían mejor sin él.

- ¿Cree que le estás causando algún perjuicio a sus familiares o amigos?
- ¿Te consideras una carga para tus seres queridos?
- ¿Crees que estarían mejor sin ti? ¿Por qué?

APOYOS SOCIALES: Esta información será necesaria en caso de urgencia para obtener vigilancia sobre las conductas de la persona o hablar de ello. También para valorar la percepción que tiene la persona sobre las ayudas de otras personas.

- ¿Qué familia/amigos tiene? ¿Cree que le apoyan?
 - ¿Con cuál de ellos tiene mejor relación? ¿le ha hablado de sus problemas?
 - ¿Le hablaría de sus problemas?
-

VALORES, CREENCIAS: Las cosas que valora de su vida y las creencias espirituales o religiosas son factores de protección y hay que preguntar sobre ello.

- ¿Hay algo que te impida hacerlo?
- ¿Se detendría, por ejemplo, por sus amigos, familiares, creencias religiosas?
- Explorar ideas que tiene la persona atendida acerca de la muerte

VALORAR PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Individuales	
Trastorno mental	• Depresión • T. Bipolar • Síntomas psicóticos • Abuso de alcohol/sustancias • T. Ansiedad • T. de la conducta Alimentaria • T. de la personalidad • Adicciones psicológicas, ludopatía
Factores psicológicos	• Impulsividad, agresividad, ira, irritabilidad, hostilidad. • Pensamiento dicotómico • Rigidez cognitiva • Desesperanza • Dificultad en la resolución de problemas • Sobregeneralización en recuerdo autobiográfico • Perfeccionismo, alta expectativa propia • Insatisfacción • Autoestigma • No aceptación de la identidad y orientación sexual
Intentos previos de suicidio e ideación suicida	
Enfermedad física o discapacidad	
Factores genéticos y biológicos	
Historia de maltrato físico o abuso sexual	
Violencia de Genero	

FACTORES FAMILIARES Y CONTEXTUALES

Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia.	Aislamiento, rechazo social o falta de apoyo	Eventos vitales estresantes
Nivel socioeconómico bajo y situación laboral: desempleo, jubilado - incapacitado laboralmente	Institucionalización	Historia de suicidios en familia
Exposición (efecto contagio)	Acceso fácil a medios letales	Acoso por parte de iguales o por razón de minoría social (orientación sexual, TM, etc.)
Número total de factores de riesgo presentes		

FACTORES PRECIPITANTES

(Los factores precipitantes se recogen en la evaluación específica y si aparecen a lo largo de todo el proceso de intervención se deben identificar y evaluar)

Estado de embriaguez o intoxicación	Embarazo no deseado o aborto	
Separación/Divorcio	Discusión familiar	Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática

Desestabilización psicopatológica, con aumento de la intensidad de la sintomatología psiquiátrica de base, inicio de problema de Salud mental	Cambios de recurso	Ruptura de vínculo profesional o de intervención
---	--------------------	--

FACTORES DE PROTECCIÓN

Presencia de habilidades de comunicación para las relaciones sociales interpersonales	Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa (resolución de conflictos)	Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades
Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas	Tener confianza en uno mismo	Actitud y valores positivos tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad
Creencias religiosas	Apoyo familiar con cohesión alta	Apoyo social de calidad y consistente (los amigos constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida)
Integración social	Hijos	Vínculo con los profesionales

Una vez completa la entrevista semiestructurada se planteará a criterio del profesional de la psicología el uso de estos cuestionarios estandarizados.

De ningún modo el uso de las escalas sustituye a la aplicación de la entrevista.

La aplicación de estos cuestionarios puede ayudar a los siguientes objetivos:

- Formular hipótesis del caso.
- Objetivar factores de riesgo.
- Obtener información específica, sobre todo en casos de difícil abordaje.
- Indicadores cuantitativos para evaluación y seguimiento del caso (pre-post).

Los resultados de la evaluación específica del riesgo de suicidio se recogerán en la siguiente tabla, de manera clara y concisa y accesible para todo el equipo.

RESULTADO EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Presencia de ideación suicida:
Frecuencia, intensidad e interferencia y controlabilidad de la ideación:
Planificación del acto suicida:
Desesperanza:
Culpa:
Apoyos sociales:
Creencias:
Factores de riesgo:
Factores precipitantes:
Factores de protección:
Observaciones:

RESULTADOS DE CUESTIONARIOS Y ESCALAS DE EVALUACIÓN

Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI):

Escala de Desesperanza de Beck (SHS):

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II):

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS):

Valoración de Riesgo
(según tabla de riesgo)

OBJETIVOS

OBJETIVO	ESTRATEGIA	PROFESIONAL	INDICADOR

Tabla explicativa de pruebas estandarizadas

INSTRUMENTO	OBJETIVO	ESTRUCTURA	PUNTOS DE CORTE
BDI-2	Gravedad de estado depresivo	21 ítems Cuestionario 10 minutos	0-13 depresión mínima 14-19 depresión leve 20-28 depresión moderada 29-63 depresión grave
SSI	Ideación suicida	19 ítems Entrevista 10 minutos	No hay puntos de corte Por encima de 1 hay riesgo de suicidio
SIS	Intencionalidad de la tentativa suicida	20 ítems	No hay puntos de corte Por encima de 1 hay riesgo de suicidio
HS	Desesperanza hacia el futuro	20 ítems Cuestionario	0-4 riesgo bajo 4-8 riesgo leve 9-14 riesgo moderado 15-20 riesgo alto

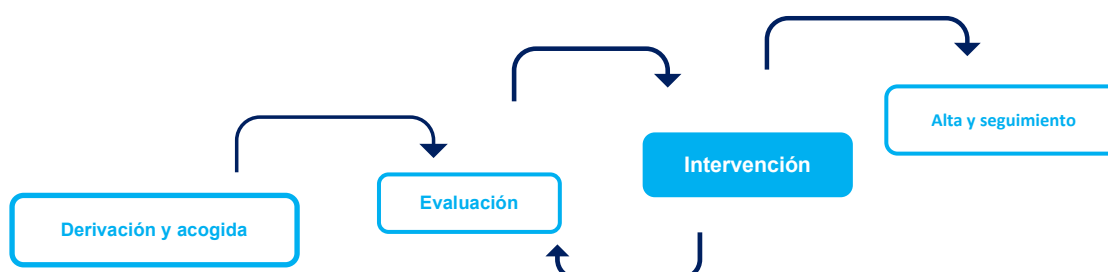
Ver ANEXO 1 para consultar las escalas

Tabla de valoración del riesgo de conducta suicida

✓ Cualquier caso con planificación suicida con o sin acceso al método ✓ Tener más de 6 factores de riesgo ✓ Venir de ingreso hospitalario ✓ Intento autolítico reciente (último mes). ✓ **Resultado escala de Beck BDI-2: estado de ánimo depresivo "grave"	Riesgo alto
✓ No hay planificación suicida, pero sí presencia de desesperanza, culpa, no percibe apoyos o valores que le ayuden. ✓ Presencia de ideación suicida ✓ Si cumple entre 4 y 6 factores de riesgo ✓ **Resultado escala de Beck BDI-2: Si estado de ánimo depresivo "moderado"	Riesgo medio
✓ No hay planificación suicida ✓ Sin ideación suicida ✓ Si cumple hasta 4 factores de riesgo ✓ **Resultado escala de Beck BDI-2: Si dos o tres síntomas de ánimo depresivo "leve"	Riesgo bajo

***Resultados en caso de administrar dicha prueba.*

7.3. Acciones durante la fase de intervención



Se muestran tres tablas de intervención según el nivel de riesgo con pautas para cada profesional que trabaja en los centros.

En **el anexo 4** hay un esquema posible de intervención en crisis en un centro.

Todos los profesionales deben conocer las pautas de intervención en crisis, así como la detección de señales de alarma, factores de riesgo y factores precipitantes para poder intervenir con inmediatez.

El equipo con mayor responsabilidad técnica tiene que conocer la entrevista de evaluación de riesgo, los instrumentos de evaluación, tiene que saber elaborar un plan de seguridad y establecer los mecanismos de coordinación de la intervención con el equipo del centro, con la familia y con los profesionales responsables del SSM de referencia de la persona o responsable médico.

7.3.1. Intervención ante **riesgo bajo**

Pautas generales	✓ Ofrecer espacios de desahogo ante acontecimientos ocurridos importantes para la persona. ✓ Conocimiento de pautas acordadas en las reuniones de equipo si las hubiera. ✓ Estar alerta para detectar factores de riesgo o precipitantes.
Profesionales	✓ Es muy importante que todos los profesionales del equipo puedan detectar señales de alarma y cambios en la persona que puedan hacer cambiar el nivel de riesgo de suicidio. Además de que puedan trasladar la información relevante que hayan detectado a los profesionales de referencia para la persona (profesional de referencia y Equipo Responsable Técnico (ERT)).
Profesional acordado para la intervención (psicología u otro)	✓ Potenciar estrategias adecuadas de afrontamiento para resolución de problemas y fortalezas junto con psicología. ✓ Valoración de necesidades de apoyo con aumento de tutorías y seguimiento del caso (valorado con la persona). ✓ Intervención del riesgo coordinado con Psicología.
Dirección	✓ Coordinación con el servicio responsable que realiza la derivación y otros recursos asociados a la persona para valorar intervención y traslado de la evaluación obtenida. ✓ Coordinación con ERT para conocimiento de pautas si las hubiera. ✓ Asegurar seguimiento del caso en la reunión de equipo si el caso lo requiere. ✓ Supervisar que se lleva a cabo el proceso marcado para riesgo bajo (seguimiento y reevaluación continua)
Equipo responsable técnico: psicología terapia ocupacional, trabajo social	✓ Establecer citas con psicología, junto profesional acordado para ello (si fuera distinto psicología) para evaluación continua del riesgo e intervención para disminuirlo. ✓ Potenciar estrategias adecuadas de afrontamiento y factores de protección junto con el profesional que interviene. ✓ Establecimiento de pautas específicas (si fuera necesario) que quedaran por escrito en la reunión de equipo. ✓ Ofrecer intervenciones que potencien factores de protección.
Administración y profesionales indirectos	✓ Traslado de información relevante observada a los profesionales de atención directa.

7.3.2. Intervención ante **riesgo medio**

En **negrita** aparecen las pautas que no se daban en la intervención con riesgo bajo y que se suman en caso de riesgo MEDIO.

Pautas generales	✓ Ofrecer espacios de desahogo ante acontecimientos ocurridos importantes para la persona. ✓ Conocimiento y seguimiento de pautas acordadas en las reuniones de equipo. ✓ Estar alerta para detectar factores de riesgo o precipitantes. ✓ Conocer el plan de seguridad realizado y dónde se encuentra ✓ Actualización inmediata del Plan de Seguridad
Profesionales	✓ Traslado de información relevante al equipo, detectando señales de alarma y cambios en la persona que hagan cambiar el nivel de riesgo. ✓ En los casos que se detecten un nivel de riesgo de suicidio, el equipo debe acordar el profesional dedicado a la intervención.
Profesional acordado para la intervención (psicología u otro)	✓ Potenciar estrategias adecuadas de afrontamiento para resolución de problemas junto con psicología. ✓ Valoración de necesidades de apoyo con aumento de tutorías y seguimiento del caso, acordado con la persona. ✓ Tener conocimiento del plan de seguridad y seguimiento de este, comprobando sus actualizaciones. ✓ Posibilidad de coordinación con familia para traslado de pautas, previo consentimiento de la persona. ✓ Intervención del riesgo por parte del profesional acordado para ello.
Dirección	✓ Coordinación con el servicio responsable que realiza la derivación y otros recursos asociados a la persona para valorar intervención y traslado de la evaluación obtenida, teniendo en cuenta la posibilidad de apoyo con propuesta de citas con psiquiatra o profesional de referencia. ✓ Coordinación con ERT para conocimiento y coordinación de pautas. ✓ Asegurar seguimiento en la reunión de equipo. ✓ Supervisar que se lleva a cabo el proceso marcado para riesgo medio. ✓ Actualización de plan de seguridad, de los niveles de riesgo y realización de evaluación completa.
Equipo Responsable Técnico: psicología, terapia ocupacional, trabajo social	✓ Elaboración del plan de seguridad en función de la capacidad cognitiva y emocional de la persona usuaria. ✓ Valoración y propuesta de aumento de citas con psicología para evaluación continua del riesgo y trabajo de estrategias de afrontamiento. ✓ Coordinación de la intervención con el equipo estableciendo pautas específicas por escrito en la reunión de equipo. ✓ Coordinación con las personas con la que convive para trasladar pautas en domicilio (previo consentimiento de la persona usuarias). ✓ Ofrecer intervenciones que potencien factores de protección.
Administración y profesionales indirectos	✓ Traslado de información relevante observada a los profesionales

7.3.3. Intervención ante **riesgo alto**

En **negrita** aparecen las pautas que no se dan en intervención en riesgo bajo y riesgo medio, y se deben sumar en el riesgo ALTO.

Pautas generales	✓ Ofrecer espacios de desahogo ante acontecimientos ocurridos importantes para la persona. ✓ Conocimiento de pautas acordadas en las reuniones de equipo. ✓ Estar alerta para detectar factores de riesgo o factores precipitantes. ✓ Conocer el plan de seguridad realizado y dónde se encuentra. ✓ Valoración de necesidad de proponer ingreso hospitalario. ✓ Conocimiento de pautas de intervención en crisis. ✓ Actuación en crisis.
Profesionales	✓ Seguimiento de pautas acordadas por el equipo.
Profesional acordado para la intervención (psicología u otro)	✓ Potenciar estrategias adecuadas de afrontamiento para resolución de problemas junto con psicología. ✓ Valoración de necesidades de apoyo con aumento de tutorías y seguimiento del caso (valorado con la persona). ✓ Tener conocimiento del plan de seguridad y seguimiento de este. ✓ Posibilidad de coordinación con familia para traslado de pautas (previo consentimiento de la persona). ✓ Intervención del riesgo coordinado con psicología. ✓ Trabajar la posibilidad de necesidad de un ingreso hospitalario.
Dirección	✓ Coordinación con el servicio responsable que realiza la derivación y otros recursos asociados a la persona para valorar intervención y traslado de la evaluación obtenida, gestionar si se requiere la coordinación del ingreso programado (posibilidad de que la realice el equipo responsable técnico en su ausencia). ✓ Coordinación con ERT para conocimiento de pautas. ✓ Asegurar el seguimiento del caso en la reunión de equipo. ✓ Asegurar en reunión de equipo el repaso de pautas de actuación en crisis, dejar pautas en lugar visible para el equipo.
Equipo Responsable Técnico: psicología, terapia ocupacional, trabajo social	✓ Revisar el plan de seguridad. ✓ Valoración y propuesta de aumento de citas con psicología para evaluación continua del riesgo y trabajo de estrategias de afrontamiento. ✓ Coordinación de la intervención con el equipo estableciendo pautas específicas que quedaran por escrito en la reunión de equipo. ✓ Coordinación con las personas con las que convive para trasladar pautas en domicilio (previo consentimiento de la persona) ✓ Ofrecer intervenciones que potencien factores de protección. Valorar en el caso de que no quiera participar realizar sesiones individuales de intervención. ✓ Repaso de medidas de seguridad con todo el equipo ✓ Valorar la posibilidad de gestionar ingreso hospitalario.
Administración y otros profesionales indirectos	✓ Traslado de información relevante observada a los profesionales.

**Importante: Dejaremos constancia por escrito de las coordinaciones con el SSM o responsable médico correspondiente.*

¿CUÁNDO PROCEDE UN INGRESO HOSPITALARIO?

- Cuando la persona presenta sintomatología psicótica activa positiva (alucinaciones y delirios intensos).
 - Cuando realiza un intento violento.
 - Cuando la persona toma precauciones para evitar ser rescatada o descubierta en el intento.
 - Cuando persiste el plan suicida.
 - Cuando verbaliza malestar por haber sobrevivido.
 - Cuando la persona carece de apoyo social incluyendo la falta de domicilio estable.
 - Cuando hay una agitación grave y un déficit de juicio crítico a un rechazo a la ayuda.
 - Cuando la persona presenta alteraciones de su estado mental de origen tóxico.
 - Cuando hemos descubierto un plan específico de alta letalidad.
-

7.3.4. Intervención en crisis

Las pautas de intervención en crisis tratan de dar orientaciones que ayuden al profesional. No están para aplicarse todas ni tampoco garantizan su efectividad. El profesional que las ponga en marcha debe tenerlo en cuenta y evitar asumir la responsabilidad individual ante malos resultados.

A continuación, se detallan elementos que los profesionales de los recursos deben conocer para poder detectar cualquier situación que ponga a la persona en situación de riesgo para poder actuar.

RECONOCER SIGNOS DE ALARMA DE UN INTENTO DE SUICIDIO INMINENTE/ CRISIS⁵⁰

Las siguientes conductas son frecuentes entre personas que están considerando quitarse la vida:

- Amenazan con **dañarse o matarse**.
- **Buscan medios** para suicidarse o hablan de un **plan de suicidio**.
- Hablan o **escriben sobre la muerte**, el morir o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro).
- Expresan sentimientos de **desesperanza**.
- Expresan sentimientos de **ira, rabia o venganza**.
- Expresan **comentarios o verbalizaciones negativas** sobre su futuro, sobre sí mismo o sobre su vida.
- Se involucran en **conductas que implican un riesgo innecesario** o que son irresponsables.
- Expresan **sentimientos de estar atrapado**, de no ver una salida.
- Incrementan el uso de **alcohol u otras drogas**.
- Se retiran o evitan el **contacto con amigos, familias o su entorno**.
- Se muestran **ansiosos o agitados**.

- Hay **patrones anormales de sueño**, como el no dormir o el dormir todo el tiempo.
- **Cambios dramáticos en el humor**, tales como sentimientos de alegría tras un largo período de tristeza o depresión.
- **Se desprenden de sus posesiones**, regalan objetos muy personales, preciados y queridos o se despiden de su familia y amigos.
- **Pierden el interés** en muchas actividades en las que antes participaban.
- Dicen que no hay razones para vivir o **que la vida es un despropósito**.
- Aparición **de laceraciones recientes** en alguna de parte del cuerpo.
- Cierran **asuntos pendientes**.
- **Preparan documentos** para cuando no esté (testamento, seguro de vida, etc.).

IMPORTANTE TENER EN CUENTA LO QUE NO DEBEMOS HACER EN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS⁵¹

- **No juzgar o interpretar** su conducta ni sus sentimientos.
- **No hacer reproches**, crear sentimientos de culpa o mostrar prejuicios.
- **No intimidar**, exigir, sermonear, moralizar, criticar y evaluar a la persona.
- **No desafiar con frases como “no creo que seas capaz de hacerlo”**, “sé que solo quieres llamar la atención”, “hablas por hablar”. Pueden llevar fácilmente al desencadenamiento de la conducta suicida.
- **No amenazar**.
- **No opinar, ni aconsejar**.
- No dejar a la **persona sola nunca** (en la medida de lo posible), ni acercarnos tanto que pueda sentirse intimidada. **No rechazarla**.
- **No mostrar desconfianza** a la persona.
- **No dar falsas expectativas** “todo saldrá bien”, “seguro que todo se arregla”. No utilizar expresiones como “ánimo, que todo pasa”, o “si todos tenemos problemas”.
- **No dar por válido su sufrimiento** “no es para tanto”, “menuda tontería”. No mentir en ninguna circunstancia.
- **Evitar el empleo de engaños, mentiras o promesas** que no se vayan a cumplir (ya que en posibles recaídas e intentos posteriores la comunicación habría perdido fuerza, como herramienta de manejo).

PAUTAS GENERALES DURANTE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

El profesional debe estar concentrado/a para atender la situación, por lo que el lugar donde va a trabajar debería contar con nivel de seguridad y privacidad adecuado, estando aislado de variables extrañas como ruido, voces altas, etc.

- Tener en cuenta que si en cualquier momento de la intervención no somos capaces de continuar o nos sentimos desbordados **podemos pedir el relevo**. Siempre es un profesional el que va a hablar, pero debe tener otro compañero de apoyo.
- **Garantizar la seguridad y autoprotección del profesional**, asegurar la zona, valoración de posibles daños a terceros. Si hubiese observadores es importante que desaparezcan del campo visual de la persona.
- **Establecimiento del contacto, verbal y visual**, la aproximación debe ser paulatina. Si alguien ha establecido un contacto adecuado, respetarlo y que continúe.
- Usar su nombre, nuestro objetivo sería conseguir dar un trato cercano, con voz cálida, hay que transmitir que estamos de su parte además de tranquilidad y disponibilidad, no hay prisa, tenemos el tiempo que necesite para atenderlo.
- El tono de voz del profesional deberá ser claro, pausado y alentador.
- Necesitamos **saber que está pasando**, qué le ha llevado a encontrarse en esa situación, por qué quiere suicidarse y en qué situación se encuentra. Focalizando el

problema. Ir preguntando por ejemplo “¿Qué ha pasado para que te encuentres en esta situación?”, y dejarle hablar, hacer preguntas abiertas, no interrumpir, manejar los silencios, el silencio es indicador de atención. Que hable de lo que le preocupa (sin juzgar, con empatía y calidez). Lo que buscamos es definir el problema, facilitando también la expresión emocional. Es primordial, que la persona se sienta escuchada, aceptada, apoyada y comprendida. Tenemos que ayudarle a verbalizar sus pensamientos. Estos elementos van a contribuir a atenuar y reducir la intensidad de la crisis.

- Poder **diferenciar entre tentativa o intento de suicidio**.
- **Evaluación del estado mental y emocional** (identificar sus factores de riesgo, vulnerabilidad, estado de conciencia, posibles consumos y signos de alteración). También evaluar los factores de protección, identificando sus fortalezas psicológicas apoyo social, creencias religiosas y otros factores conocidos o explorados en ese momento. Estos últimos marcarán la intervención a la hora de buscar otras alternativas al suicidio. Explorar la impulsividad, el ir ganando tiempo hace que el nivel de impulsividad vaya bajando, disminuyendo con ello el nivel de riesgo. Identificar y proporcionar respuestas a necesidades inmediatas, esto irá haciendo que ganemos tiempo.
- **En todo momento permitir el desahogo emocional:** Permitir llorar. Si no se le entiende pedirle que hable más despacio, intentar que se vaya tranquilizando. Utilizar también el manejo de la respiración para que se pueda tranquilizar y controle sus emociones ante descontrol emocional, hacerle entender que en esa situación es complicado entender y poder ayudar. Debemos de intentar cambiar sus emociones.
- **Búsqueda de alternativas**, dando por válida la opción del suicidio, acompañarle a explorar otras alternativas para enfrentarse a sus dificultades, incluso invitarle a que se dé un tiempo más para pensarlo. Búsqueda de enganches a la vida y crear ambivalencias, valorando los aspectos positivos y negativos del suicidio. Identificar y cambiar las distorsiones cognitivas
- **Generar acuerdos y plan de acción**, se trata de buscar la negociación para alejar a la persona de la situación de riesgo. Implica convencer a la persona para que abandone su intento de suicidio, verbalizando claramente y de forma sencilla, de qué manera la persona puede dar marcha atrás en su intento. Sería importante conseguir llegar a acuerdos de no suicidio hasta que reciba la intervención psicológica especializada. Llegar a compromiso de retrasar la autolisis.
- **Negociación de traslado y acompañamiento si es posible**.

INTERVENCIÓN TELEFÓNICA DE CRISIS SUICIDA

Es posible que los profesionales de los recursos reciban alguna llamada de persona usuaria en situación de crisis. Por ello deben conocer las pautas establecidas para la intervención telefónica de crisis suicida:

1. **Preparación para recibir la llamada:** Preparación personal, respiración, estar tranquilo/a para transmitir tranquilidad y del lugar, espacio tranquilo, íntimo.
2. Atención telefónica, primeros momentos, mostrarnos cercanos y cálidos, **crear clima de confianza y aceptación** para que hable y confíe en nosotros. Tener unas frases de inicio preparadas personalmente.
3. Averiguar **en qué situación se encuentra la persona**, cuál es el problema que le ha llevado a querer suicidarse.
4. Preguntar por **acontecimientos de la vida de la persona ocurridos** en los dos o tres días anteriores.
5. **Evaluar el estado mental y emocional de la persona** (factores de riesgo, vulnerabilidad, estado de conciencia...). Los aspectos que deben tener en cuenta son varios por múltiples factores de riesgo o psicológicos.

6. Valorar la **gravedad de intentos anteriores**.
7. Evaluar el **grado de elaboración de la ideación suicida**.
8. Conocer la existencia no declarada de intentos de suicidio recientes.
9. Comprobar si la persona **tiene planes de futuro** ya que este aspecto correlaciona con el riesgo de suicidio.
10. Identificar **sus fortalezas y factores de protección** que utilizaremos para generar ambivalencia.
11. Determinar **grado de riesgo**, intentar conseguir ubicación para que apoyen los servicios de emergencia. Saber si esta solo o acompañado.
12. Permitir en todo momento **desahogo emocional y ayudar a controlar** el descontrol emocional.
13. Valorar **consumo de alcohol u otras drogas**.
14. Generar **ambivalencia y alternativas al suicidio**. Intentar buscar alternativas de soluciones que no sea la propia muerte.
15. Si no somos capaces de manejar la situación, pedir **ayuda a otro profesional**.
16. Cierre de llamada, **estar preparados para el cierre en cualquier momento**, animar a utilizar el servicio si lo vuelve a necesitar.
17. **Atención al profesional**.

¿CÓMO DETECTAR EL RIESGO A TRAVÉS DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN LA ENTREVISTA TELEFÓNICA?⁵²

Para la planificación de la ideación suicida se recomienda hacer una graduación progresiva de la ideación en 4 estadios niveles:

1. **Idea de muerte**: Pensamientos del tipo “ojalá me muriese” (sin intervención activa por parte del individuo). La mayoría de la población lo ha pensado en alguna ocasión y **el riesgo es mínimo**.
2. **Idea de suicidio no estructurada**: pensamientos del tipo “me mataría” (sin desarrollar método ni momento). Es muy frecuente en la depresión y el **riesgo es bajo**.
3. **Idea suicida estructurada**: pensamientos del tipo “me mataría con “un instrumento” de “tal manera” (pero no tiene el instrumento todavía). **El riesgo es medio**.
4. **Ideas suicidas estructura con medios disponibles**: desea firmemente matarse, ha decidido cómo y los medios. **El riesgo es máximo**.

ADEMÁS, ES CONVENIENTE EVALUAR:

- **El control externo**: personas en situación de soledad aumenta el riesgo. Existencia de apoyos sociales presentes que puedan apoyar y supervisar a la persona lo minimiza.
- **Dificultades sociales**: la situación de marginación, desempleo y la falta de identificación con un grupo social, aumenta el riesgo.

7.3.5. El plan de seguridad de la persona

Instrumento que ayuda a la persona a identificar señales de una crisis suicida, identifica personas, lugares y estrategias que ayudan a superar la crisis.

Se elaborará el plan de seguridad⁵³ ante una evaluación de riesgo medio o alto y el profesional responsable de realizarlo junto con la persona, es el psicólogo/a.

Es necesario explicar a la persona para qué realizar un plan de seguridad y cómo le puede ayudar en situación de crisis. La naturaleza colaborativa de esta intervención es esencial para desarrollar una seguridad eficaz.

El plan debe ponerlo en marcha la propia persona cuando detecta sus señales de alerta. La secuenciación de acciones del plan es como sigue. En primer lugar, debería pensar en cosas que la ayudan, si con esto no es suficiente para resolver la situación de crisis pasaría al siguiente punto, hacer cosas que la ayudan. Igualmente, si con pensar y hacer cosas que la ayudan no es suficiente, debe pasar al siguiente punto que sería contactar con personas que la distraen, contactaría con esta o estas personas con el objetivo de distraerse, no mencionaría que se encuentra en una situación de crisis. Si no mejora la situación, entonces contactaría con personas a las que sí les puede trasladar su situación de crisis, es importante hacer la diferenciación porque las personas que pueden actuar para distraer pueden no ser las mismas a las que les contaría la situación de crisis.

También sirve como herramienta para los profesionales ya que tiene una información muy útil de la persona para ayudarla a superar la situación de crisis suicida. Por ello este plan debe estar actualizado y lo deben conocer todos los profesionales que trabajan en atención directa con las personas usuarias.

El plan de seguridad debe individualizarse y adaptarse a la persona, debería tener un formato para que lo llevara consigo y tener en el centro otra copia.

Es importante tener en cuenta que, si una persona se siente en riesgo inminente e incapaz de mantenerse segura incluso por un tiempo breve, debe acudir inmediatamente a un entorno de emergencia. Además, algunas personas pueden sentir que no pueden o no desean utilizar uno de los pasos del plan de seguridad. En este caso, no deberían sentir que deben hacerlo ya que la intención del plan de seguridad es ser útil y no una fuente de estrés o carga adicional.

Elementos que debe tener un plan de seguridad:

- Reconocer las señales de advertencia de una crisis suicida inminente
- Emplear estrategias de afrontamiento internas.
- Utilizar redes sociales, contactos y entornos sociales como medio de distracción de los pensamientos suicidas.
- Utilizar miembros de la familia o amigos para ayudar a resolver la crisis.
- Contactar a profesionales o servicios de salud mental.
- Restringir el acceso a medios letales.

En el anexo 2 está la plantilla o formato del plan de seguridad propuesto.

7.3.6. Intervención con la familia

Para el trabajo con la familia habría que recabar el consentimiento de la persona. Los aspectos a **intervenir con la familia en la fase de intervención** son (todos ellos o parte de ellos):

- Identificación de señales de alerta y pautas de actuación. La identificación de estas señales de alerta está directamente relacionada con la presencia de una ideación suicida.
- Corregir mitos y creencias erróneas sobre suicidio.
- Reconocer factores de riesgo y protección.
- Conocimiento del plan de seguridad.
- Pautas ante el alta del recurso.
- Entrega de guía actualizada para familiares de detección y prevención de la conducta suicida en personas con enfermedad mental. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/gu%C3%ADas-sobre-conducta-suicida/gu%C3%ADas-para-familiares-y-allegados/>

7.3.7. Programa de potenciación de fortalezas psicológicas

Los programas grupales o individuales abiertos a todas las personas que quieran potenciar los factores de protección para prevenir la conducta suicida se han mostrado eficaces.

Entrenar a las personas vulnerables a la depresión y a las ideas suicidas a un mejor manejo de sus fortalezas ha demostrado ser útil para reducir la ansiedad, la depresión y mejorar la resiliencia y es una forma de intervenir en la prevención del riesgo suicida. **Según la OMS (2014) la prevención de suicidio puede fortalecerse gracias a factores protectores alentadores, como relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas.**

El siguiente programa se ha utilizado en nuestro entorno:

Terapia de fortalezas personales basada en psicología positiva. Manual para terapeutas. Programa comunitario de prevención de suicidio. Autores: Jaime de la Torre López, Nicolás Sánchez Álvarez, Lucía Pérez Costillas. https://www.researchgate.net/publication/319268987_TERAPIA_DE_FORTALEZAS_PERSONALES_BASADA_EN_PSICOLOGIA_POSITIVA_Programa_comunitario_de_lprevencion_de_suicidi
[o](#)

7.4. Acciones durante la salida y el seguimiento



Cuando se planifica la salida del centro de una persona usuaria con riesgo suicida hay que asegurarse de que se ha trabajado:

- Plan de seguridad individual.
- Restricción de medios letales en domicilio.
- Intervención familiar/allegados. Identificación de señales de alerta, comunicación del Plan de Seguridad, pautas a seguir ante riesgo inminente, atención en crisis y entrega de la guía de atención a familiares.
- Asegurar citas de seguimiento con el SSM de referencia.
- Coordinación con otros recursos de atención si los hubiera para continuar con la intervención y trabajo preventivo.

GUÍA DE PREVENCIÓN SUICIDIO

08

ACCIONES A REALIZAR DESPUÉS DEL INTENTO DE SUICIDIO CONSUMADO

Atención a la persona.

Atención a los profesionales.

Atención a otras personas usuarias.

Atención a la familia y allegados en caso de suicidio consumado.

Apoyar el proceso de duelo por suicidio.

Atención a la familia en caso de intento de suicidio.

8. ACCIONES A REALIZAR DESPUÉS DEL INTENTO DE SUICIDIO CONSUMADO

8.1. Atención a la persona que ha tenido un intento de suicidio

El principal objetivo de atender a la persona que se ha intentado suicidar es **prevenir que vuelva a intentarlo**, ya que el principal predictor de la conducta suicida futura es la existencia de tentativas previas⁵⁴

Factores de riesgo de repetición de la tentativa suicida:

- Existencia de tentativas previas.
- Sentimientos de desesperanza.
- Padecer una enfermedad física grave.
- Trastorno mental grave.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Altos niveles de estrés percibido y niveles altos de ansiedad.
- Pobre funcionamiento global y rigidez cognitiva.
- Tendencias impulsivas o agresivas.

Deberemos tener una **coordinación estrecha con el SSM de referencia** y valorar de manera conjunta si se modifican o añaden objetivos de trabajo de la persona desde el dispositivo de rehabilitación de manera coordinada con el recurso de tratamiento. Además, debemos garantizar que nos faciliten citas de seguimiento frecuentes y programadas en su SSM para apoyar seguimiento y vinculación con el tratamiento.

En el caso de que la persona se encuentre ingresada en hospital planificaremos visitas para mantener el vínculo, siempre y cuando los profesionales que en ese momento están interviniendo lo consideren adecuado.

Una persona atendida en recursos de rehabilitación que haya tenido un intento de suicidio en el último año entrará directamente a valorarse con riesgo medio o alto, llevando a cabo las intervenciones pautadas para riesgo medio.

Se recomienda hacer una valoración del grado de intencionalidad a través de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS); realizar plan de seguridad; asegurar seguimiento estrecho con SSM responsable de su tratamiento de referencia y tener establecidas pautas para todo el equipo.

Sin olvidar que va a requerir tratamiento de la conducta suicida en atención especializada en el SSM (atención psicoterapéutica especializada).

8.2. Atención a los profesionales

Experimentar la pérdida de una persona por suicidio es una de las causas más traumáticas para un profesional. Cuando en el recurso ha habido un intento de suicidio o un suicidio consumado es recomendable intervenir con los profesionales que han actuado ya que puede ser vivido como un fracaso profesional.

Es muy probable que la respuesta inicial pueda estar asociada con la propia reacción ante la pérdida, es decir, la aflicción, la negación y el escepticismo. A ello es esperable que se puedan sumar reacciones como la desrealización (lo vivido parece irreal), vergüenza, culpa, rabia, búsqueda de explicaciones, preocupación o dudas sobre la intervención realizada, o incluso pérdida de la autoconfianza, ánimo depresivo y anhedonia (pérdida de interés o satisfacción por actividades que antes generaban placer). Además, puede aparecer:

- ✓ Dolor cabeza, dolor muscular, mareos, náuseas, inquietud, pérdida de apetito.
- ✓ Dificultad para dormir y descansar.
- ✓ Tristeza, sensibilidad.
- ✓ Indiferencia ante las propias emociones.
- ✓ Sentirte paralizado/a, distante, poco eficaz.
- ✓ Molestia al recordar olores, ruidos, imágenes de la situación.
- ✓ Evitar lo que te recuerda la situación o hablar o recurrentemente del tema.
- ✓ Cambios en la relación con las personas y en el equipo de trabajo.

Se han descrito dos técnicas terapéuticas de aireación y recuperación post- traumática para establecer la recuperación emocional y anímica de los profesionales:

Defusing: El equipo habla de forma espontánea sobre lo sucedido, analizando e intentando dar sentido a lo acontecido.

Es importante, generar espacios de intercambio de información, ya sea para afianzar más aún el trabajo en equipo y la posibilidad de intervención que el profesional acepta como un espacio de desahogo y reflexión por el impacto de cualquier comportamiento generado.

- ✓ Contar lo que nos está pasando.
- ✓ Escuchar a los demás miembros del equipo.
- ✓ Cuidarnos especialmente, trataremos de alimentarnos bien, descansar.
- ✓ Pedir ayuda siempre que lo sintamos necesario.
- ✓ Cuidar del resto del equipo.
- ✓ Volver a la cotidianidad.

Debriefing: Terapia de apoyo al equipo dirigido por psicoterapeutas.

Se puede encontrar una breve guía de ambos procedimientos aquí: https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta25/guiadidac_ipc/data/pdfs/unidad_didactica_07.pdf

¿CUÁNDO PEDIR AYUDA PROFESIONAL?

Deberíamos solicitar ayuda terapéutica cuando:

- El malestar no disminuye 4 semanas después del incidente crítico.
 - Se tienen cambios de personalidad de comportamientos y rutinas.
 - Surgen problemas en ámbito laboral, familiar y/o social.
-

8.3. Atención a otras personas usuarias

Es importante dedicar un tiempo a otras personas usuarias que han tenido relación con la persona que ha intentado suicidarse o que se ha suicidado, por varios motivos⁵⁵:

- Han podido presenciar el acto.
- Por el vínculo afectivo que puedan tener.
- Por la incertidumbre generada.
- Por riesgo de “suicidio por contagio” o “imitación”. La imitación de la conducta suicida se puede producir cuando se informa a una persona de que alguien de su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo...) se suicida o al menos lo intenta. Y si esta persona se encuentra en una situación inestable o difícil, ese suceso puede facilitar, por imitación, que también se intente suicidar.
- En algunos casos se deberá reevaluar el riesgo para otras personas con intentos previos.

8.4. Atención a la familia/allegados en caso de suicidio consumado

Es muy probable que ante la situación de intento de suicidio o suicidio consumado el profesional acordado por el equipo tenga que comunicar a la familia lo sucedido, si los profesionales de los servicios de emergencia lo consideran oportuno. Por lo que ante esta situación debemos de ser muy cuidadosos a la hora de hablar con la familia o allegados.

8.4.1. Comunicación del suicidio a la familia

- Llamar al **112**.
- Coordinación con **los agentes que se hayan personado**.
- Recopilación de toda **la información disponible sobre lo sucedido**: qué ha sucedido y en qué circunstancias se ha producido el suceso
- Identificar a qué **personas se les debe comunicar la noticia**, conocer sus nombres, el parentesco que guardaban con la persona fallecida, es importante saber de la información que ya disponen.

- Valorar el **desplazamiento al lugar** en el que se encuentre la persona a quien se le deba comunicar la noticia o comunicación telefónica en el caso de imposibilidad de desplazamiento.
- Habría que tener en cuenta **los siguientes pasos** siguiendo las pautas de comunicación de malas noticias:
 - **Establecer un lugar adecuado** con la menor estimulación ambiental y la mayor intimidad posible. Dentro de las posibilidades intentar que sea un espacio donde las personas puedan sentarse, para contrarrestar posibles reacciones como un desmayo o mareo. Si la comunicación se va a realizar por teléfono procurar que la persona se encuentra en el lugar adecuado y acompañada. Importante preguntar dónde se encuentra y con quién. No comunicar el suceso si la persona se encuentra conduciendo o en la calle, retrasar la comunicación hasta que esté en lugar seguro.
 - **Comunicación de la mala noticia**, evitando la ansiedad de espera, es decir, evitando dar vueltas con comentarios innecesarios sin llegar a dar la información. La técnica que se utilizará consistirá en narrar de forma breve y concisa:
 - ✓ Qué ha pasado.
 - ✓ Dónde.
 - ✓ Quién estaba implicado.
 - ✓Cuál ha sido el resultado final.
- **Dejar tiempo para la respuesta emocional, preguntas, dudas** y respetar los momentos de silencio sin utilizar frases de relleno ni minimizando lo ocurrido con muletillas: “entiendo perfectamente lo que siente”, “tiene que ser fuerte”, “ahora hay que seguir” ... Son ejemplos de verbalizaciones a evitar.
- Se pondrán en marcha **estrategias que reduzcan la confusión, desorganización**, ideas irracionales o conductas desadaptativas (por ejemplo, ideas de culpa o golpearse a sí mismo o a objetos).
- Se **cubrirán todas la necesidades básicas o inmediatas** que los allegados puedan tener (teléfono para contactar con familiares, agua o alimentos, desplazamientos, etc.).
- Se **finalizará la intervención asegurándose de que todas las dudas han sido resueltas**, cuando el estado emocional de las personas que se encuentran en el lugar es aceptable, es decir las emociones más intensas están controladas, existe un apoyo social adecuado
- Se ofrecerá información de aquellos recursos que le puedan ser de utilidad a la familia o allegados.
- Si la **comunicación se le debe hacer a un menor con vinculación afectiva** hay que procurar que dicha comunicación la realice la persona más cercana al menor, por lo que se le dará las siguientes pautas y si es necesario se realizará acompañamiento y apoyo en la comunicación al menor. Se le comunicará de forma sincera, con palabras apropiadas a su edad, nivel de comprensión y desarrollo, mostrando serenidad y afecto, repitiendo la información todas las veces que sea necesario y se debe asegurar que el menor comprende lo que se le está diciendo.
 - a. **Evitar eufemismos**, especialmente en el caso de fallecimientos, del tipo “se ha ido”, “se lo han llevado”, “se ha ido de viaje”. Ya que estimulan los miedos

de los niños a ser abandonados, crean secretos familiares, ansiedad y más confusión.

- b. **Comunicar los hechos tal y como han sucedido**, evitando detalles innecesarios (cómo ha sucedido, qué ha usado...).
 - c. Transmitir claramente al menor que **el fallecido no va a volver**.
 - d. Permitir que el **menor exprese libremente su tristeza y dolor**. Es importante que el adulto no contenga sus propias emociones para no mandar el mensaje al menor de que ante el dolor o los sucesos negativos tiene que contenerse, hay que facilitar la expresión de estos.
 - e. **Informar a los familiares de que es necesario que el centro educativo del menor conozca lo sucedido** para facilitar el seguimiento del menor, ya que es normal que en los primeros momentos del proceso de duelo existan cambios de conducta (estará más nervioso, desobediente, dormirá mal, no querrá comer, presentara conductas regresivas, etc.).
- Si la comunicación debe realizarse a **una persona mayor** la única especificidad es que, en la previsión de una reacción física (por ejemplo, en pacientes con cardiopatía previa), que **se encuentre presente un servicio sanitario**. Se adaptará el lenguaje a sus capacidades en caso de ser necesario.
 - En el caso **que la familia ya conozca la noticia, nos pondremos en contacto** con ellos para recoger y dar apoyo en esos momentos.

8.5. Apoyar el proceso de duelo por suicidio

El duelo de alguien cercano es duro, independientemente de la causa de la muerte⁵⁶. Pero cuando la causa de la muerte es un suicidio, es más duro todavía de superar para las personas cercanas.

Algunas veces, el duelo que sufren las personas que pasan por el suicidio de un ser querido es diferente a otros duelos por muertes naturales o a causa de un accidente. En ocasiones puede ser más prolongado, y el shock, el aislamiento y la culpa pueden ser mayores que tras otro tipo de muertes. El proceso se suele caracterizar por cuestionarse aspectos relacionados con la persona fallecida y por la búsqueda de una explicación. Todas estas reacciones emocionales no son más que reacciones normales de expresión del sufrimiento. Otras veces, las personas del entorno presentan actitudes negativas o culpabilizadoras sobre el suicidio, que contribuyen a que los familiares o seres queridos de la persona que se ha suicidado se aíslen y se sientan estigmatizados.

Es frecuente que las personas allegadas se formulen estas preguntas y experimenten algunas de estas situaciones:

- **Preguntarse por qué:** Una de las primeras ideas que tendrá en la cabeza es preguntarse el motivo del suicidio. Normalmente la familia o personas allegadas intenta buscar una explicación o significado al fallecimiento de la persona, por lo que es posible que surjan muchas dudas y que puedan darse situaciones tensas en la familia. Para muchas personas es muy difícil aceptar la idea de que nunca sabrán el verdadero motivo de la muerte de su familiar.

- **Imágenes que se repiten de la persona fallecida:** Una de las cosas más frecuentes entre las personas allegadas es tener todo el tiempo imágenes de la persona que se ha suicidado y suele ser peor para las personas que encuentran el cuerpo. Normalmente estas imágenes dejan de ser tan recurrentes con el tiempo y a medida que la persona va aceptando la situación.
- **¿Podríamos haber hecho algo?:** Es algo normal entre los familiares pensar que podían haber hecho algo para prevenir el suicidio de un ser querido o que algo que hicieron o dijeron podría haber tenido algo que ver.
- **¿Qué le digo a la gente de la causa de la muerte?:** Para muchas personas es difícil hablar abiertamente sobre el suicidio, pero tratar de esconderlo puede ser peor a largo plazo. Tampoco debe dar explicaciones si no le apetece, pero no es bueno que tenga la sensación de tener que esconderlo. Es una decisión que debe tomar cada persona y hay que ayudar en esta decisión.
- **Sentimientos de rechazo y abandono:** Es normal sentirse abandonado o rechazado por la persona fallecida y que aparezcan idas de que la persona hizo una conducta egoísta.
- **Preocupación por su propio suicidio:** Muchas personas tienen miedo de estar en riesgo de suicidio, e incluso pueden pensar en él. Es importante que no tenga miedo a hablarlo con sus amigos o familia y a comentárselo a los profesionales.
- **Estigma:** Aunque las actitudes hacia el suicidio están cambiando, existe mucho desconocimiento y a veces intolerancia. Muchas personas desconocen que la conducta suicida es un grave problema de salud pública y una de las primeras causas de muerte en todo el mundo. El silencio de los otros acerca del suicidio o la forma de actuar de los demás pueden hacerle sentir culpable y que no tenga ganas de estar con los demás. La mayoría de las veces, muchas personas no saben qué decir o cómo actuar.
- **Aislamiento:** Es posible que la familia y allegados piensen que nadie les entiende y que necesita estar solo. Aunque los momentos de soledad son necesarios, es importante relacionarse con los demás y no encerrarse en uno mismo.

Si el familiar o persona allegada siente que no es capaz de enfrentarse solo a la situación o que estos sentimientos no van mejorando con el tiempo, debemos recomendar que acuda a su centro de salud o que busque ayuda en asociaciones de supervivientes. Facilitaremos las guías publicadas que puedan ayudar. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/gu%C3%ADas-sobre-conducta-suicida/documentaci%C3%B3n-para-supervivientes/>

8.6. Atención a la familia en caso de intento de suicidio

Apoyo y contacto a la familia tras lo sucedido, por parte de los profesionales del dispositivo, siguiendo las pautas de comunicación de malas noticias anteriormente expuesto.

Tras un intento autolítico, resulta crucial, tanto a nivel clínico como medicolegal, determinar si la persona debe ingresar en hospital o no. Como se resume en el trabajo realizado por Miret et al., la mayoría de las guías clínicas recomiendan que el alta directa desde el servicio de

urgencias solamente debería considerarse si una evaluación psicosocial y un plan de tratamiento han sido concertados antes de que el paciente abandone el hospital, mientras que la hospitalización se recomendaría si hay un riesgo inminente de suicidio⁵⁷⁻⁵⁸

En el caso de que la persona ingresara en el hospital intentaremos mantener una coordinación fluida con ambas partes para conocer evolución y situación sobre el estado de la persona.

Los familiares o allegados de la persona deberían tener una copia del plan de seguridad para que puedan contactar rápidamente con quien sea necesario ante una repetición de la crisis suicida. Algunas ayudas tras un intento de suicidio pueden ser estas:

- Hacerle preguntas directas y señalar qué cosas le preocupa .
- Recordarle que se le aprecia y se le tiene en cuenta.
- Reconocer los signos de alerta que indican que la conducta suicida está progresando: sentimientos de desesperación si son descritos como insoportables. Hablar con detalle sobre las ideas de suicidio o sobre los métodos específicos para hacerlo.
- Controlar el consumo de alcohol y drogas.
- Expresar su intención de ayuda continuamente para ayudar a recuperarse aunque la persona esté reacia a habla.
- Estar en comunicación directa con los profesionales, mantenerles informados y estar preparado para tolerar emociones negativas.
- Si un intento de suicidio parece probable preguntarse por qué se está desencadenando en este momento y tratar de averiguar cuánto de inminente es la situación: si tiene un plan, si tiene intenciones claras, si tiene los medios para hacerlo, si sabe cuándo va a hacerlo.
- No subestimar el riesgo.
- Asegurarse de que están fuera de su alcance armas de fuego medicamentos o cualquier otro objeto peligroso.

GUÍA DE PREVENCIÓN SUICIDIO

09

MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Comunicación interna.

Comunicación externa.

9. MANEJO DE LA INFORMACIÓN

En esta sección se detalla el procedimiento a seguir y las actuaciones de comunicación que Grupo 5 tiene contempladas para el caso de que en un centro o servicio se produzca un intento de suicidio o un suicidio consumado.

Se detalla en el procedimiento interno de Grupo 5 denominado “Gestión de crisis”.

9.1. Comunicación interna

9.1.1. Comunicación a profesionales del equipo

El responsable del recurso comunicará personalmente a todos los profesionales si ocurre en el centro un intento de suicidio grave o suicidio consumado.

9.1.2. Comunicación al resto de personas usuarias

Ante situación de intento de suicidio grave o suicidio consumado se tendrá una sesión informativa grupal o individual para dar respuesta a las dudas que puedan tener, siempre respetando la decisión de la familia (suicidio) o de la persona (intento de suicidio) a trasladar al resto de personas usuarias del servicio los motivos de fallecimiento o traslado a hospital.

9.1.3. Comunicación a los responsables de la entidad

La situación de intento de suicidio o suicidio consumado entra dentro del procedimiento de gestión de crisis del centro, generado por Grupo 5.

El intento de suicidio estaría clasificado como nivel amarillo (situaciones definidas como de medio impacto, cuyas variables de riesgo son diversas, con previsión de resolución a corto plazo y final cierto, pero alto riesgo de repercusión interna y externa).

El suicidio se clasifica como nivel rojo (situaciones definidas como de alto impacto, cuyas variables de riesgo son indefinidas y graves, con previsión de resolución, final incierto y alta repercusión interna y/o externa).

PROCESO DE COMUNICACIÓN

La responsabilidad de la comunicación de una situación de crisis es de la dirección del centro, y en su ausencia, de la persona designada a nivel interno para su sustitución. La secuencia de pasos a seguir es la siguiente:

- Llamada telefónica: el primer contacto para la comunicación de una situación de crisis será vía telefónica desde la dirección del centro a la gerencia o superior jerárquico.
- Se abre chat en Teams (plataforma informática utilizada para la comunicación interna de la empresa cuyos participantes serán:
 - Dirección de centro.

- Gerencia.
- Dirección de zona.
- Profesionales de los departamentos: seleccionados en función del nivel de crisis. y departamentos afectados

En dicho chat se reflejará la siguiente información:

- Descripción del suceso.
- Antecedentes.
- Personas implicadas: profesionales, usuarios, familia, etc.
- Consecuencias en los niveles afectados: usuarios, profesionales, centro, familias, etc.
- Acciones realizadas.
- Cualquier otra información relevante.

Y se abrirá conversación donde cada participante reflejará las indicaciones y acciones necesarias aplicables a su área, permitiendo realizar el seguimiento de estas hasta su cierre.

La comunicación de una situación de crisis debe ser realizada de forma inmediata a las personas definidas en el manual de crisis y siempre manteniendo una actitud discreta con el fin de fomentar la tranquilidad y calma al resto del equipo y personas usuarias del centro.

El cierre definitivo lo realizará la Dirección del centro indicando en el Teams correspondiente: “Cierre de crisis”.

9.2. Comunicación externa

Ante la situación de intento de suicidio o de suicidio consumado es importante la rápida comunicación/coordinación con el centro de salud mental o servicio responsable del tratamiento de la persona, o responsable psiquiatra la persona y con la Administración correspondiente si se trata de un recurso público y de una plaza concertada. Aunque la comunicación se haga en primera instancia de manera telefónica, la persona responsable del centro completará un informe tipo (Anexo3) que se entregará a nivel interno a la empresa y externamente a los servicios a instituciones que corresponda.

En caso de que la situación tuviera repercusión mediática, en ningún caso será la dirección del centro quien hable directamente con los medios de comunicación de forma autónoma; sólo lo hará si ha sido designado portavoz, y seguirá en todo momento las indicaciones del manual de crisis de la empresa.

La dirección de centro será responsable de trasladar al equipo la necesidad de centralizar la comunicación con los medios de comunicación en la persona designada portavoz y sólo en ella.

GUÍA DE PREVENCIÓN SUICIDIO

10

BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Windfuhr, K., & Kapur, N. (2011). International perspectives on the epidemiology and etiology of suicide and self-harm. *International handbook of suicide prevention*, 27-58.
2. Rascón, M. L., de Lourdes Gutiérrez, M., Valencia, M., Díaz, L. R., Leaños, C., & Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27(5), 44-52.
3. Cantoral-Cancino, D. C., & Betancourt-Ocampo, D. (2011). Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Revista de educación y desarrollo*, 8(19), 59-66.
4. Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.
5. Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C. M., Newton-Sánchez, O. A., & Plasencia-García, G. R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *salud pública de México*, 52(3), 213-219.
6. Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-246.
7. González-Quñones, J. C., & Hoz-Restrepo, F. D. L. (2011). Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. *Revista de salud pública*, 13, 67-78.
8. CUENCA, M. D. L. E. C., PRADO, B. H., Atienzo, E. E., López, L. S., & Hernández, A. L. V. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas.
9. Guibert Reyes, W., & Torres Miranda, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460.
10. Salirrosas-Alegría, C., & Saavedra-Castillo, J. (2014). Percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 77(3), 160-167.
11. Guibert Reyes, W., & Torres Miranda, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460.
12. Cervantes, W., & Hernández, E. M. (2008). El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. *Duazary*, 5(2), 148-154.
13. Vega-Piñero, M., Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., & Díaz-Sastre, C. (2002). El suicidio. *Salud Global*, 4(2), 1-15.
14. Sánchez, R., Orejarena, S., & Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Revista de Salud Pública*, 6, 217-234.

15. Brown GK, Have TT, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294:563-70.
16. Henriques, G., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American behavioral scientist*, 46(9), 1258-1268.
17. Henriques, G., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American behavioral scientist*, 46(9), 1258-1268.
18. López, y López, S., 2015. Fenómeno suicida. Un acercamiento transdisciplinar. Edit. Manual moderno.
19. Scholes, B., & Martin, C. R. (2013). Measuring depression in schizophrenia with questionnaires. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(1), 17-22.
20. Montoya, R. Q., Jiménez, L. P. H., Villavicencio, M. E. F., de la Rosa, A. C., & Abundiz, S. V. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en salud*, (2).
21. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02
22. Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of psychopharmacology*, 24(4_suppl), 81-90.
23. Kirkpatrick, B., Buchanan, R. W., Breier, A., & Carpenter Jr, W. T. (1993). Case identification and stability of the deficit syndrome of schizophrenia. *Psychiatry research*, 47(1), 47-56.
24. Meltzer, C. C., Smith, G., DeKosky, S. T., Pollock, B. G., Mathis, C. A., Moore, R. Y., ... & Reynolds, C. F. (1998). Serotonin in aging, late-life depression, and Alzheimer's disease: the emerging role of functional imaging. *Neuropsychopharmacology*, 18(6), 407-430.
25. Hausmann, A., & Fleischhacker, W. W. (2000). Depression in patients with schizophrenia. *CNS drugs*, 14(4), 289-299.
26. Addington, D. E. (2006). Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio. *Revista de toxicomanías*, 49(1), 7-24.
27. Protocolo de colaboración Interinstitucional de prevención y actuación ante conductas suicidas. (2014). Gobierno de Navarra.
28. Bedoya Cardona, E. Y., & Montaña Villalba, L. E. (2016). Suicidio y trastorno mental. *Revista CES Psicología*.
29. Tondo, L., Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2001). Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 163-172.
30. Luchinger, M. M., Ojeda, P. S., & González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza. com*, 8, 15-25.

31. Guo, B., & Harstall, C. (2002). Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. In *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]*. Centre for Reviews and Dissemination (UK).
32. Ibáñez, Á. F., Costa, M. V., del Real Peña, A., & del Castillo, C. S. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (103), 5.
33. Goldacre, M., Seagroatt, V., & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *The Lancet*, 342(8866), 283-286
34. Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J., & Appleby, L. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychological medicine*, 39(3), 443.
35. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064-74.
36. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord*. 2013;147:269-76.
37. Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solá I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(5):280-7.
38. Reijas T, Ferrer E, González A, Iglesias F. Evaluación de un programa de intervención intensiva en conducta suicida. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(5):279-86. o dirigido a pacientes atendidos en situaciones de emergencia en lugares públicos.
39. López-Castroman J, Méndez-Bustos P, Pérez-Fominaya M, Villoria Borrego L, Zamorano Ibarra MJ, Antonio Molina C, et al. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;43(3):142-8.
40. Myfanwy Maple, Sarah Wayland, Tania Pearce, Phuong Hua . Programs and services for suicide prevention. 2018. Sax Institute
41. Bush NE, Smolenski DJ, Denneson LM, Williams HB, Thomas EK, et al.. A virtual hope box: randomized controlled trial of a smartphone app for emotional regulation and coping with distress. *Psychiatric Services*. 2017;68(4):330–36.
42. Hom MA, Davis L, Joiner TE. Survivors of Suicide Attempts (SOSA) support group: preliminary findings from an open-label trial. *Psychological Services*. 2018;15(3):289–97.
43. Nyer M, Gerbarg PL, Silveri MM, Johnston J, Scott TM, et al.. A randomized controlled dosing study of Iyengar yoga and coherent breathing for the treatment of major depressive disorder: impact on suicidal ideation and safety findings. *Complement Ther Med*. 2018;37:136–42.
44. O'Toole MS, Arendt MB, Pedersen CM. Testing an app-assisted treatment for suicide prevention in a randomized controlled trial: effects on suicide risk and depression. *Behavior Therapy*. 2018
45. Jun WHL, E. J.; Park, J. S. Effects of a suicide prevention programme for hospitalised patients with mental illness in South Korea. *J Clin Nurs*. 2014;23(13–14):1845–56.

46. Pedreira Crespo V. Desarrollos recientes en salud mental comunitaria en Galicia. Psicólogos- Revista do Servico de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca [revista en Internet]. 2008 [citado; 6(1): Disponible en: http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Crespo%20_%20P77-97.pdf
47. Tejedor MC, Diaz A, Faus G, Perez V, Sola I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l' Eixample de Barcelona. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(5):280-7.
48. Barbara Stanley, PhD, Gregory K. Brown, PhD, Lisa A. Brenner, PhD, Hanga C. Galfalvy, PhD, Glenn W. Currier, MD, Kerry L. Knox, PhD, Sadia R. Chaudhury, PhD, Ashley L. Bush, MMA, and Kelly L. Green. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department JAMA Psychiatry. 2018 Sep; 75(9): 894–900.
49. Robles Sánchez JI, Acinas Acinas MP y Pérez-Iñigo JL (2013). Estrategias de Intervención Psicológica en la conducta suicida. Edit Síntesis
50. Guía gallega. La conducta suicida. Información para pacientes, familiares y allegados. Anexo 1 de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, 2012.
51. Guía de intervención en intentos de suicidio- Una guía para profesionales de emergencia- del Colegio oficial de Psicólogos del principado de Asturias
52. Evaluación de la ideación suicida en la entrevista clínica Garcia Campayo J Y Montón C. (2011). Entrevista al paciente suicida. EN: Ciurana R et al. Guía para la salud mental en Atención Primaria.. Barcelona: Semfyte: 77-80
53. Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 256-264.
54. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. Arch Gen Psychiatry. 1991;48:418-422
55. La conducta suicida. Información para pacientes, familiares y allegados. Anexo 1 de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, 2012.
56. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia- t N° 2010/02
57. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero M, López-Ibor JJ, et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2010;3:13---8.
58. Fernandez R., Pera FJ., Fernandez E., La valoración del riesgo autolítico y sus repercusiones médico legales. Disponible en internet el 27 de septiembre del 2012.

GUÍA DE PREVENCIÓN SUICIDIO

ANEXOS

ANEXO 1. ESCALAS

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

Cuestionario autoadministrado de 21 ítems para la evaluación breve de la existencia y severidad de síntomas depresivos

Nombre:.....Edad:.....Sexo:.....

Estado Civil:.....Profesión:.....Estudios:.....

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. Tristeza 0. No me siento triste habitualmente. 1. Me siento triste gran parte del tiempo. 2. Me siento triste continuamente. 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. 2. Pesimismo 0. No estoy desanimado sobre mi futuro. 1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2. No espero que las cosas mejoren. 3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán. 3. Sentimientos de Fracaso 0. No me siento fracasado. 1. He fracasado más de lo que debería. 2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3. Me siento una persona totalmente fracasada. 4. Pérdida de Placer 0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 5. Sentimientos de Culpa 0. No me siento especialmente culpable. 1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable constantemente.	6. Sentimientos de castigo 0. No siento que esté siendo castigado. 1. Siento que puedo ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado 7. Insatisfacción con uno mismo. 0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1. He perdido confianza en mí mismo. 2. Estoy decepcionado conmigo mismo. 3. No me gusta. 8. Auto-Críticas 0. No me critico o me culpo más que antes. 1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2. Critico todos mis defectos. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede. 9. Pensamientos o Deseos de Suicidio 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2. Me gustaría suicidarme. 3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad. 10. Llanto 0. No lloro más de lo que solía hacerlo. 1. Lloro más de lo que solía hacerlo. 2. Lloro por cualquier cosa. 3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.
---	--

11. Agitación 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo. 12. Pérdida de Interés 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo. 13. Indecisión 0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión. 14. Inutilidad 0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil. 15. Pérdida de Energía 0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada. 16. Cambios en el Patrón de Sueño. 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. 1a Duermo algo más de lo habitual. 1b Duermo algo menos de lo habitual. 2a Duermo mucho más de lo habitual. 2b Duermo mucho menos de lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.	17. Irritabilidad 0 No estoy más irritable de lo habitual. 1 Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente. 18. Cambios en el Apetito 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual. 3a He perdido completamente el apetito. 3b Tengo ganas de comer continuamente. 19. Dificultad de Concentración 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada. 20. Cansancio o Fatiga 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer. 21. Pérdida de Interés en el Sexo 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés por el sexo.
--	---

Puedes acceder al Inventario de Depresión de Beck en:
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf

Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)

Escala heteroaplicada de 19 ítems para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida.

- Está diseñada para evaluar los pensamientos suicidas.
- Mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, hoy el método considerado, la sensación de control sobre la acción o el deseo, y la presencia de frenos.
- 19 ítems.
 - actitud hacia la vida de la muerte ítems 1 a 5.
 - características de la ideación o del deseo de muerte ítems 6 a 11.
 - características del intento planeado ítems 12 a 15.
 - hola actualización de la tentativa ítems 16 a 19
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems.
- No existen puntos de corte.

1. <i>Deseo de vivir</i>
0. Moderado a fuerte
1. Débil
2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i>
0. Ninguno
1. Débil
2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i>
0. Porque seguir viviendo vale más que morir
1. Aproximadamente iguales
2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i>
0. Ninguno
1. Débil
2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i>
0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i>
0. Breve, períodos pasajeros
1. Por amplios períodos de tiempo
2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i>
0. Raro, ocasional
1. Intermitente
2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i>
0. Rechazo
1. Ambivalente, indiferente
2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i>
0. Tiene sentido del control
1. Inseguro
2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i>
0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i>
0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
1. Combinación de 0 y 2
2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i>
0. No considerado
1. Considerado, pero detalles no calculados
2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i>
0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
2. Método y oportunidad accesibles
2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

- | | |
|--|--|
| 14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento | 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente |
| | 1. Inseguridad sobre su valor |
| | 2. Seguro de su valor, capacidad |
| 15. Expectativas/espera del intento actual | 0. No |
| | 1. Incierto |
| | 2. Sí |
| 16. Preparación actual para el intento contemplado | 0. Ninguna |
| | 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) |
| | 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.) |
| 17. Nota suicida | 0. Ninguna |
| | 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada |
| | 2. Nota terminada |
| 18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.) | 0. Ninguno |
| | 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos |
| | 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales |
| 19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado | 0. Reveló las ideas abiertamente |
| | 1. Frenó lo que estaba expresando |
| | 2. Intentó engañar, ocultar, mentir |

Puedes acceder a la Escala de Ideación Suicida de Beck en:

<https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=SSI.pdf>

Escala de Desesperanza de Beck (SHS)

Escala autoaplicada de 20 ítems con respuestas de verdadero o falso para la medición del constructo desesperanza.

- La puntuación se obtiene sumando todos los ítems.
- La puntuación oscila entre 0 y 20.
- La puntuación del factor afectivo se obtiene sumando los ítems: 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, y 20. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14, dieciocho. Puede oscilar entre 0 y 5.
- Puntos de corte:
 - Entre 0 y 8 riesgo bajo de cometer suicidio
 - Entre 9: y 20 riesgo medio alto de cometer suicidio

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Puedes acceder a la Escala de Desesperanza de Beck en:

https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria-en-huvn/archivos/publico/cuestionarios/Cuestionarios-2/escala_de_desesperanza.pdf

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)

- Escala heteroaplicada de 20 ítems que evalúa las características de la tentativa suicida.
- Recomendada su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.
- Consta de 3 partes:
 - Parte objetiva, ítems 1 a 8.
 - Parte subjetiva, ítems 9 a 15
 - Otros aspectos y tienes 16 a 20
- Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa suicida.
- Se suman las puntuaciones obtenidas en los ítems de 1 a 15
- No existen puntos de corte.

I. Circunstancias objetivas	
1. <i>Aislamiento</i>	0. Algún presente 1. Algún próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i>	0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>	0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>	0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>	0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i>	0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i>	0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i>	0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene sentido») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «voy a tomar pastillas»)
II. Autoinforme	
9. <i>Propósito supuesto del intento</i>	0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i>	0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i>	0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro de si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i>	0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i>
0. No quería morir
1. Componentes de 0 y 2
2. Quería morir
14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i>
0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
1. No estaba seguro de si la muerte podía ser impedida por la atención médica
2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. <i>Grado de premeditación</i>
0. Ninguno; impulsivo
1. Suicidio contemplado durante 3 horas antes del intento
2. Suicidio contemplado durante más de 3 horas antes del intento
III. Circunstancias subjetivas
16. <i>Reacción frente al intento</i>
0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
1. Acepta tanto el intento como su fracaso
2. Rechaza el fracaso del intento
17. <i>Preconcepciones de la muerte</i>
0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
2. No concepciones o pensamientos sobre la muerte
18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i>
0. Ninguno
1. 1 o 2
2. 3 o más
19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento suicida</i>
0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos, etc., cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i>
0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento; lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

ANEXO 2. FORMATO DE PLAN DE SEGURIDAD

MIS SEÑALES DE ALERTA

En general, los pensamientos de suicidio no aparecen de repente. Podemos percibir previamente señales de alarma. Estas señales nos advierten de que se está produciendo una situación de crisis emocional que puede suponer un riesgo. Identificarlas ayuda a prevenir y tomar alguna medida al respecto lo antes posible.

Cosas que siento cuando tengo ideas suicidas (por ejemplo; emociones negativas tales como, ansiedad, ira, tristeza, abatimiento, temor, desesperanza, etc. o sensaciones corporales, como sentirse sin fuerzas, perder el apetito o el sueño, dormir en exceso)

.....
.....

Cosas que pienso o digo cuando tengo ideas suicidas: (por ejemplo: La vida no merece la pena, nada va a cambiar, nadie me puede ayudar, soy una carga para los demás, etc.)

.....
.....

Cosas que hago cuando tengo ideas suicidas: (por ejemplo; discutir con personas queridas, consumir alcohol o drogas, descuidar la salud propia, aislarse, etc.)

.....
.....

FACTORES DE PROTECCIÓN

Este apartado se centra en encontrar e identificar aquellas acciones/ actividades cotidianas que te ayudan a disminuir los factores de riesgo, y constituyen una manera saludable de manejar el malestar y los momentos más difíciles. Es necesario individualizarlo, cada persona debe encontrar sus propios factores de protección. Para una persona una herramienta de protección puede ser un riesgo para otra. En definitiva, actividades que nos ayudan a sentirnos mejor.

El primer paso es, PENSAR COSAS QUE ME AYUDAN: (por ejemplo; pensar en las personas que me ayudan, pensar en retos u objetivos que quiero realizar, pensar en imágenes tranquilas, pensar en situaciones agradables de mi vida, etc.)

.....
.....

Si no funciona, podemos HACER COSAS QUE ME AYUDAN: (por ejemplo; realizar respiraciones, escuchar música, leer un libro, ver una película, hacer algo bonito, etc.)

.....
.....

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Estrategias de afrontamiento

RAZONES PARA VIVIR

Todos sabemos que la vida está compuesta de momentos buenos, unos pocos mejores y otros malos o incluso muy malos. Tal vez actualmente te encuentras en un momento donde percibes toda tu vida llena de momentos negativos. No obstante, siempre es importante tener presente lo que realmente es valioso para uno mismo. Así como recordar los momentos en los que se tiene oportunidad de mejorar y encontrar cosas de valor en momentos malos.

En algunos momentos puede ser difícil encontrar razones para vivir, pero el suicidio es una solución eterna sin posibilidad de rectificación. Debe tener en cuenta que tiene derecho a buscar otras opciones.

Puede hacer una lista de ¿cuáles son las cosas más importantes para mí en la vida?

SEGURIDAD EN MI ENTORNO

El lugar donde residimos es un lugar donde sentirnos seguros y tranquilos. Es importante identificar qué elementos tenemos al alcance que pueden ocasionar que nos hagamos daño en épocas en las que estamos más desanimados o confusos. Identificar estos elementos y los espacios que hay que evitar para mantenerse a salvo y realizarlo en periodos de calma es necesario para evitar situaciones de riesgo. Un ejemplo podría ser: deshacerse de los fármacos que no se usen habitualmente, o en caso de ser un tratamiento prolongado poder dárselo a alguien que pueda guardárnoslo.

Podemos preguntarnos ¿qué puedo hacer para convertir mi entorno en un lugar más seguro?

Si no nos funciona podemos preguntarnos, ¿qué elementos existen en mi entorno con los que he pensado o podría pensar en hacerme daño?

APOYOS SOCIALES-PERSONAS

Hay momentos en los que nos cuesta encontrar personas en las que confiar y con las que contar en momentos de necesidad. El apoyo social refuerza nuestro sentimiento de valía y aprecio. Los beneficios del apoyo social provienen del intercambio entre las personas; este intercambio puede ser: apoyo afectivo (expresión de afecto de una a otra persona), apoyo emocional (comprensión de la conducta, pensamientos o puntos de vista del otro) y apoyo instrumental (prestación de ayuda de tipo material). La familia suele ser el grupo de apoyo más importante con el que podemos contar, pero vamos creando redes sociales más amplias a lo largo de nuestra vida (amigos, compañeros de trabajo, vecinos...).

Pedir ayuda puede resultar difícil. En los momentos de crisis es importante recurrir a alguien de su confianza que pueda ayudarle a deshacerse de sus ideas suicidas.

Podemos pensar y hacer un listado de personas de confianza y positivas para mi salud.

APOYOS SOCIALES-RECURSOS

- Teléfono Llama a la Vida, gratuito y 24 horas en Atención a la Conducta Suicida 024.
- Teléfono de la Esperanza 91 4 59 00 50
- Teléfono del Servicios de Urgencias 112
- Aplicación Móvil Prevensuic
- Red Nacional de Psicólogos Expertos en Suicidio, Psicólogos Princesa 81
- Web: <https://psicologosprincesa81.com/>
- Facebook: <https://www.facebook.com/psicologospr...>
- Instagram: https://www.instagram.com/psicologos_...
- Twitter: <https://twitter.com/psicoprincesa81>
- Red Papageno. • www.papageno.es
- Asociación para la prevención del Suicidio La niña amarilla: • <https://laninaamarilla.com>
- Fundación Anar. • www.anar.org Teléfono gratuito de ayuda a jóvenes: 900 20 20 10
- Fundación española para la prevención del suicidio. <https://www.fsme.es/guia-prevensuic>

CONSEJOS

- ✓ Tómate un tiempo. No decidas nada ahora. Considera la posibilidad de postergarlo por uno o dos días o incluso una semana.
- ✓ Si estas en tratamiento, mantenlo en la misma forma en que lo hayan prescrito.
- ✓ Busca compañía. Llama a alguno de tus contactos de tu plan de seguridad. Habla, no calles tus ideas.
- ✓ Revisa tus Razones para Vivir. Recuerda todas aquellas personas y motivos por los cuales merece la pena vivir.
- ✓ Acude a un centro sanitario o a urgencias.
- ✓ Piensa en una persona que para ti fuese importante y significativa en tu vida. Si estuviese pasado por un momento similar al tuyo, ¿qué le dirías?

ANEXO 3. INFORME PARA COMUNICACIÓN EXTERNA

CENTRO:

DESCRIPCION BREVE DEL SUCESO:

Fecha y hora:

Datos de la persona usuaria:

Nombre:

Fecha de entrada en el centro:

Motivo (objetivos de la derivación):

Profesionales implicados:

Antecedentes y lugar donde ocurre:

Medidas adoptadas:

Valoración de las intervenciones:

ACTUACIONES REALIZADAS

Intervención con el equipo:

Coordinaciones con servicios sanitarios:

Intervención con la familia:

Intervención personas presentes:

Comunicación:

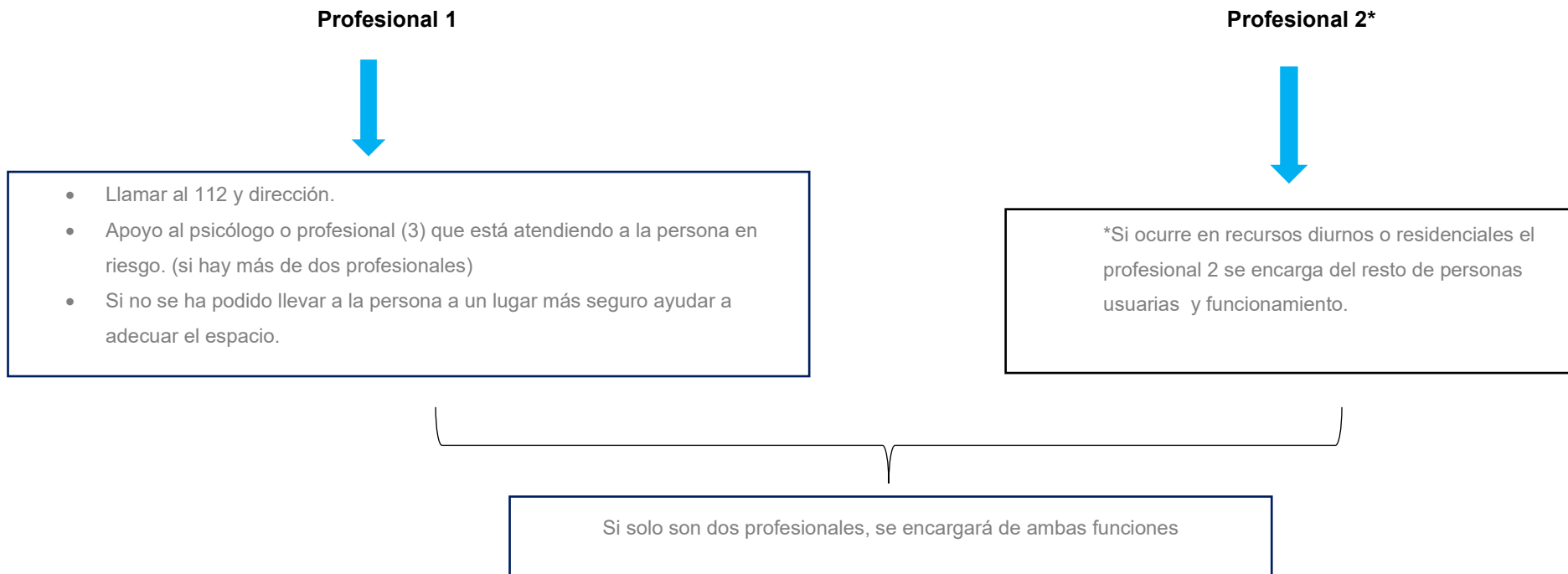
Informe elaborado por:

Firmado:

Fecha:

ANEXO 4. ESQUEMA POSIBLE DE ACTUACIÓN ANTE CRISIS SUICIDA EN UN CENTRO

En el caso de que la amenaza de suicidio sea inminente se recomienda la participación de al menos dos profesionales, idealmente 3 profesionales. Se actuará siguiendo las estrategias.



Herramientas:

- Escucha activa
- Empatía
- Refuerzo de conductas adecuadas
- Especificar y describir
- Comprobar comprensión.

- Escucha activa
- Empatía
- Refuerzo de conductas adecuadas
- Especificar y describir
- Comprobar comprensión.

Rebaja malestar

sí

no

Identificar los posibles motivos

- Ofrecer ayuda activa e inmediatamente.
 - Dar imagen de tranquilidad
 - Trasladar a la persona a un lugar calmado.
 - Pedir permiso
 - Estar preparado para invertir tiempo con la persona
 - Mostrar confianza en la habilidad de la persona para superar la situación.
 - Nunca asumir que es imposible comunicarse con alguien hasta haberlo intentado
 - Cuidar la acogida. Tratar con respeto. No juzgar a la persona. No reprocharle su manera de pensar o actuar.
 - No juzgar lo que nos dice según nuestro código de valores. Transmitirle que aceptamos sus preocupaciones y sentimientos, sin negar la legitimidad de sus pensamientos suicidas.
 - Utilizar un tono de voz adecuado a la persona y capacidad cognitivo
 - Mantenerse al mismo nivel que la otra persona: los dos sentados o de pie (para no perder la comunicación no verbal). Realizar acercamiento físico muy progresivo, sin brusquedades, manteniendo inicialmente una distancia prudencial que no resulte ni fría ni invasiva para la persona. Si la persona lo permite, el contacto físico (pe. Mano en el hombro) puede ser muy positiva y contenedor de emociones. Evitar por todos los medios contener o sujetar.
 - Disminuir los sentimientos de indefensión y desesperanza
 - Dedicar más tiempo a escuchar que a hablar. Adecuar comunicación no verbal.
 - Empatizar
 - Hacerse preguntas abiertas
 - Abstenerse de proporcionar a la persona falsas esperanzas o prometer nada que no se pueda cumplir.
 - Aguantar los momentos de silencio. Respetar y apoyar.
 - Satisfacer necesidades básicas: comer, beber, orinar, dormir, abrigarse.
 - Mantener a la persona acompañada

- Apoyo
- Escucha
- Orientación

Cuando llegue ayuda sanitaria:

- Informar a los sanitarios de la situación (características de la persona, momento presente, actuación de la intervención, entregar documentación)
- Informar a la dirección de las actuaciones.



GUÍA DE PREVENCIÓN SUICIDIO

GRUPO5

INFORME DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

CONDUCTA SUICIDA

En las instalaciones del Hospital Regional del Cusco, reunidos el grupo de revisión y búsqueda de la Guía de Práctica Clínica de Conducta Suicida, siendo los integrantes:

1. Dra. Cheryl Katterine Villafuerte Escalante
2. Dr. Edwin Villavicencio Olarte
3. Dra. Diana Mercedes Lloclla Concha

Los integrantes de la comisión se encargaron de realizar la búsqueda de diferentes guías de práctica clínica. Se revisaron las siguientes guías de práctica clínica:

1. GUIA DE PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON IDEACION Y/O CONDUCTA SUICIDA

<https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020%2FRD+N%C2%B0+000221-2020-DG-INSNSB+GUIA+PROCEDIMIENTO+-+IDEACION+O+CONDUCTA+SUICIDA+2020.pdf>

2. GUIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO COMISIÓN TÉCNICA DEL ÁREA DE SALUD MENTAL DEL GRUPO 5

<https://www.grupo5.net/wp-content/uploads/2023/06/Gu%C3%ADa-de-Prevenci%C3%B3n-del-Suicidio.-Grupo-5..pdf>

3. H. DELGADO - H. NOGUCHI OFICINA DE ESTADISTICA INFORMATICA, PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

<https://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2016/RD%20244-2016%20DG.pdf>

4. MINSA, PROTOCOLO INTEGRAL PARA LA ATENCION DE LA CONDUCTA SUICIDA, 2004

<https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2024/05/RM-496-2016-MINSA-Directiva-Sanitaria-071-MINSA-CDC-Vigilancia-Salud-Mental.pdf>

Tras un análisis exhaustivo, por unanimidad, decidió adoptar la siguiente guía: “GUIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO- COMISIÓN TÉCNICA DEL ÁREA DE SALUD MENTAL DEL GRUPO 5”.

Se consideró esta guía por estar acorde a nuestra población y estar actualizada al manejo.

**EVALUACIÓN AGREE II DE GPC
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA CONDUCTA SUICIDA**

DOMINIOS					EV. 1	EV. 2	EV. 3	PUNTAJE FINAL	%
Dominio 1. Alcance y Objetivo									
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).					7	6	7	20	96.30
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía específicamente descrito(s).					7	6	7	20	
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.					7	7	7	21	
Puntaje					21	19	21	61	
Dominio 2. Participación de los Implicados									
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.					6	7	6	19	94.44
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.)					7	6	7	20	
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.					7	7	7	21	
Puntaje					20	20	20	60	
Dominio 3. Rigor en la elaboración									
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.					7	7	6	20	94.64
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.					7	6	7	20	
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.					6	7	7	20	
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.					7	6	7	20	
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.					7	6	7	20	
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.					6	7	7	20	
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.					7	7	7	21	
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.					7	7	7	21	
Puntaje					54	53	55	162	
Dominio 4. Claridad de la presentación									
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.					6	7	6	19	88.89
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.					7	7	6	20	
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.					5	7	6	18	
Puntaje					18	21	18	57	
Dominio 5. Aplicabilidad									
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.					7	6	7	20	83.93
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.					6	6	6	18	
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.					7	6	5	18	
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.					6	7	6	19	
Puntaje					26	25	24	75	
Dominio 6. Independencia editorial									
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.					7	7	7	21	92.86
23. Se han registrado y abordado los conflictos de interés de los miembros del grupo elaborador de la guía.					7	6	6	19	
Puntaje					14	13	13	40	

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA GUÍA

1. Puntúe la calidad global de la guía, entre 1 (la calidad más baja posible) a 7 (la calidad más alta posible). 6

2. ¿Recomendaría esta guía para su uso? (marque con una "X")

Si

Si, con modificaciones

No

X

EVALUADORES:

EV1. CHERYL KATTERINE VILLOFUERTE ESCALANTE

EV2. EDWIN VILLAVICENCIO OLARTE

EV3. DIANA MERCEDES LLOCLLA CONCHA

Cheryl Katterine Villafuerte Escalante
MEDICO PSQUIATRA
CMP: 45978 RNE: 43652

Edwin Villavicencio Olarte
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN PSQUIATRIA
RNE: 31940 CMP: 37961
IFF DEL PARLAMENTO

Diana M. Lloclla Concha
MEDICO PSQUIATRA
CMP: 64732 RNE: 37906