

Protocolo de colaboración interinstitucional

Prevención y actuación
ante CONDUCTAS SUICIDAS



Julio 2014



**Gobierno
de Navarra**

GRUPO DE TRABAJO QUE HA ELABORADO ESTE DOCUMENTO

COORDINADOR

Mariano Oto Vinués.

Director General de Política Social y Consumo

EQUIPO REDACTOR

Departamento de Políticas Sociales

M^a Dolores Gutiérrez Urrestarazu

Jefa de la Sección de Atención Primaria

Blanca Pérez de San Román Echavarría

Sección de Planificación, Calidad e Inspección

Departamento de Salud

Adriana Goñi Sarriés

Jefa del Servicio Asistencial de Salud Mental

Departamento de Educación

Cristina Satrustegui Azpiroz

Asesoría de Convivencia

Asunción Vega Osés

Asesoría de Convivencia

Departamento de Presidencia, Justicia e Interior

M^a Teresa Lacasa Arregui

Jefa de la Unidad de Formación y Supervisión. Agencia Navarra de Emergencias

Eduardo Sainz de Murieta García de Galdeano

Jefe del Área de Investigación Criminal de la Policía Foral

Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza ASITES

Alfonso Echávarri Gorricho

Psicólogo y Coordinador de Programas de ASITES en Navarra

Pedro Villanueva Irure

Psicólogo

OTROS PROFESIONALES QUE HAN COLABORADO

María del Rosario Martínez González

Jefa Gabinete del Departamento de Políticas Sociales

Sara Ayerbe Ostiza

Sección de Régimen Jurídico y Administrativo de Política Social

Angel Astiz Montero

Psicólogo de la Sección de Protección y Promoción del Menor

Clara Madoz Gurpide

Psiquiatra, Directora del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil "Natividad Zubieta"

Miguel Angel Barón

Presidente de la Asociación de Periodistas de Navarra

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Nieves Iriarte Iriarte

Jefa de Negociado de Producción y Difusión de Doc. de Planificación

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	7
2.1. OBJETIVO FINAL	7
2.2. OBJETIVOS GENERALES.	7
3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	9
3.1. NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL (CDC).....	9
3.2. SILVERMAN et al.	11
4. LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN NAVARRA. EPIDEMIOLOGÍA Y DATOS COMPARATIVOS	13
5. FACTORES ASOCIADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA	19
5.1. FACTORES DE RIESGO.....	21
5.2. FACTORES PRECIPITANTES.	23
5.3. FACTORES PROTECTORES.	23
6. MARCO LEGAL Y ETICO	25
6.1. SUICIDIO Y RESPONSABILIDAD PENAL.....	25
6.2. SUICIDIO Y RESPONSABILIDAD CIVIL.	26
6.3. TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO.....	28
6.4. RESPONSABILIDADES SANITARIAS DERIVADAS DEL SUICIDIO.	30
6.5. LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL EN RELACIÓN AL SUICIDIO.	31
7. A. CTUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ANTE EL SUICIDIO.....	35
7.1. SISTEMA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP).	40
7.2. RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA (RSMNa).	43
8. ACTUACIÓN DEL SISTEMA DE EDUCACIÓN	54
8.1. INTRODUCCIÓN.	54
8.2. MODELO DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.	55
8.3. FORMACIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.....	64
9. ACTUACIÓN DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES.....	67
9.1. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE.	67
9.2. PROFESIONALES IMPLICADOS.	67
9.3. FORMACIÓN NECESARIA.	68
9.4. ACTUACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA.....	68
9.5. ACTUACIONES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA.	69
9.6. ACTUACIONES TRAS INTENTO AUTOLÍTICO. (Ver flujograma 9 capítulo 12).	72
9.7. ACTUACIONES TRAS SUCIDIO CONSUMADO. (Ver flujograma 10 capítulo 12).	73
10. ACTUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN URGENCIA	77
10.1. PROTECCIÓN CIVIL. CENTRO DE GESTIÓN DE EMERGENCIAS, 112.....	77
11. ACTUACIÓN DE OTRAS ENTIDADES: EL TELÉFONO DE LA ESPERANZA DE NAVARRA	81
11.1. INTERVENCIÓN EN CRISIS.	82
11.2. ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN ENTREVISTA PERSONAL.	83
11.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD EMOCIONAL.....	83
11.4. ACTUACIÓN ANTE LA DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA.....	84
12. COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SISTEMAS.....	89
13. FORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS.....	97
13.1. JUSTIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN.....	97
13.2. PROGRAMA DE FORMACIÓN.....	100
14. LA PREVENCIÓN DESDE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	103
15. DIFUSIÓN, DIVULGACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	109
15.1. DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO ENTRE LOS PROFESIONALES.	109
15.2. DIVULGACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOBRE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE CONDUCTAS SUICIDAS.....	110
16. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	111
BIBLIOGRAFÍA.	113

ANEXOS. (Control clic en cada uno de los anexos para acceder al documento).

[Anexo1. Documento de solicitud de colaboración entre los sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales.](#)

[Anexo 2. Entrevista estructurada para la evaluación de la conducta suicida \(adaptada del C-SSRS\).](#)

[Anexo 3. Guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores.](#)

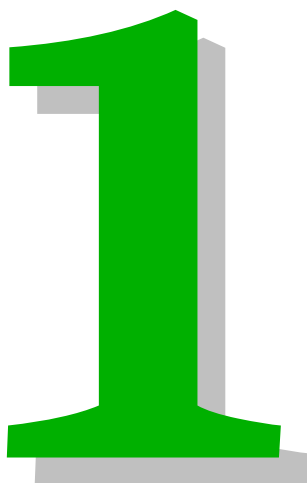
[Anexo 4. Acuerdo del Gobierno de Navarra de creación de la Comisión Interinstitucional de coordinación para la prevención y atención de las conductas suicidas, de 2 de julio de 2014.](#)

[Anexo 5. Protocolos de prevención de residencias de atención a menores.](#)

[*Anexo 5.1. Programa de prevención de suicidios. Fundación Haritz Berri. COA.*](#)

[*Anexo 5.2. Protocolo de previsión suicidio. Asociación Navarra Sin Fronteras.*](#)

[*Anexo 5.3. Protocolo de prevención y abordaje ante la conducta suicida. Xilema.*](#)



INTRODUCCIÓN

El suicidio es, además de un drama personal y familiar, un importante problema de Salud Pública. En el año 2012, 48 personas fallecieron en Navarra como consecuencia de suicidio. Para hacerse una idea de la importancia de esta cifra, baste decir que para el mismo año el número de fallecidos por accidente de tráfico fue de 45 personas. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, habría que multiplicar hasta por 20 las cifras de suicidios para obtener el número de intentos. Es decir, se trata de un problema que produce no solo muertes, sino sin duda graves consecuencias físicas y emocionales derivadas de los intentos autolíticos. Se calcula que un suicidio tiene un serio impacto sobre al menos otras 6 personas y que en el caso de jóvenes, este impacto es mucho mayor.

En los últimos años se multiplican las iniciativas para prevenir los suicidios, encabezadas por la Organización Mundial de la Salud, que ya en 1999 lanzó el programa SUPRE (Suicide Prevention/Prevención del Suicidio).

En España son varias las Comunidades Autónomas que cuentan con documentos encaminados a la prevención del suicidio y el Ministerio de Sanidad publicó en 2011 la “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida” orientada al ámbito sanitario.

El fenómeno del suicidio requiere para su correcto abordaje la atención de diversas autoridades públicas (no solo sanitarias) y de las organizaciones de la sociedad civil. Diversas investigaciones indican que la prevención del suicidio requiere una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de los trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. Por tanto, es necesaria la colaboración y coordinación de distintas instituciones para hacer frente a este importante problema social y de salud. La comunicación apropiada de información y la sensibilización del problema son igualmente necesarias para el éxito de los programas de prevención.

Si bien no hay evidencia sobre la eficacia diferencial de los distintos programas preventivos, se sabe que en los países en los que se han desarrollado políticas de prevención, es decir, políticas encaminadas a impedir el acto suicida, las tasas de suicidio han descendido claramente.

La prevención del suicidio es aún, como decimos, un campo en el que la evidencia científica sobre los programas más eficaces es escasa. Por ello las propuestas de abordaje de este fenómeno deben ser abiertas y en gran parte dirigidas a aumentar nuestro conocimiento, tanto de las conductas suicidas en nuestro entorno, como de los más eficaces protocolos de prevención. Cabe pensar, en todo caso, que la coordinación y colaboración entre las distintas instancias implicadas en la atención a la población de riesgo no puede sino aumentar la eficacia de las acciones preventivas y de la respuesta dada a cada situación.

Este Protocolo de Colaboración Interinstitucional para la Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas no se propone, por tanto, como un documento cerrado al que deban ajustarse las actuaciones de los profesionales implicados en la prevención. Se ofrece, más bien, como un modelo que marque pautas de actuación, que aporte seguridad a los profesionales y que contribuya a la coordinación entre los Departamentos. Los protocolos de los Departamentos de Salud, Educación, Políticas Sociales e Interior, así como aquellos que desarrollan distintas entidades de iniciativa privada en la lucha contra el suicidio, pueden beneficiarse de este modelo, si bien será siempre el juicio del profesional el que prevalecerá ante la situación concreta en que el riesgo o el intento autolítico se presente.

Esperamos que la experiencia y las aportaciones de profesionales y voluntarios mejoren año a año este documento y consigan reducir y, si fuera posible, eliminar en un futuro este fenómeno en nuestro entorno.

2

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

2.1. OBJETIVO FINAL.

Reducir la mortalidad y mejorar la respuesta ante las conductas suicidas de la población Navarra a través de la prevención, intervención, seguimiento y coordinación de todos los recursos.

2.2. OBJETIVOS GENERALES.

1. Prevenir la conducta suicida en la población Navarra.
2. Intervenir de forma eficaz y efectiva desde los diferentes ámbitos y agentes.
3. Establecer el seguimiento adecuado según los casos.
4. Coordinar los recursos institucionales y del resto de la sociedad para la prevención, intervención y seguimiento.

Objetivo General 1.

“Prevenir la conducta suicida en la población Navarra”.

Objetivos Específicos:

- 1.1. Aumentar el conocimiento de las conductas suicidas en la Comunidad Foral de Navarra.
- 1.2. Sensibilizar sobre la relevancia de este fenómeno social a la población y a los profesionales.
- 1.3. Mejorar la detección del riesgo de conducta suicida mediante la formación y el establecimiento de instrumentos de evaluación.

Objetivo General 2.

“Intervenir de forma eficaz y efectiva desde los diferentes ámbitos y agentes”.

Objetivos Específicos:

- 2.1. Garantizar la mejor respuesta ante el intento de suicidio mediante el establecimiento de procedimientos o protocolos de actuación.
- 2.2. Intervenir ante las diferentes situaciones de crisis desde el ámbito profesional indicado.
- 2.3. Incluir en la intervención a las personas del entorno más próximo.

Objetivo General 3.

“Establecer el seguimiento adecuado según los casos”.

Objetivos Específicos:

- 3.1. Garantizar la continuidad de la atención entre los diferentes circuitos asistenciales.
- 3.2. Ofrecer la mejor atención a las personas allegadas a la víctima tras un suicidio.
- 3.3. Ofrecer la mejor atención a los profesionales intervinientes ante la conducta suicida.

Objetivo General 4.

“Coordinar los recursos institucionales y del resto de la sociedad para la prevención, intervención y seguimiento”.

Objetivos Específicos:

- 4.1. Establecer los canales de comunicación entre los diferentes profesionales y servicios.
- 4.2. Establecer un protocolo general de carácter interinstitucional para la prevención y actuación ante conductas suicidas.
- 4.3. Concretar el proceso de intervención a seguir en cada ámbito y/o recurso asistencial.

3

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

La opinión de la gran mayoría de investigadores en este tema es que uno de los grandes problemas al estudiar el suicidio es el de su propia definición. Existe consenso en la importancia de adoptar una terminología uniforme y contar con clasificaciones cortas pero precisas.

Según la literatura revisada se han adoptado dos modelos que nos sirven, por un lado como herramienta de evaluación y, por otro para una mejor comprensión de los conceptos.

3.1. NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL (CDC).

El *National Center for Injury Prevention and Control (CDC)* recoge una unificación en la terminología y ha sido tomado como referencia en innumerables trabajos y proyectos de instituciones y países que trabajan en prevención del suicidio. Recomienda el uso de las siguientes definiciones:

- ▶ Violencia autoinfligida.
 - ▶ Violencia autoinfligida no suicida.
 - ▶ Violencia autoinfligida suicida.
- ▶ Intento de suicidio indeterminado.
- ▶ Intento de suicidio.
- ▶ Intento de suicidio interrumpido.
- ▶ Otros comportamientos suicidas incluidos los actos preparatorios.
- ▶ Suicidio.

Violencia autoinfligida (análogo al comportamiento autodestructivo).

Comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones, o la posibilidad de lesiones.

No incluye actividades de alto riesgo que, si bien probablemente ponen en peligro la vida, no son reconocidas por el individuo como una conducta destinada a dañarse.

La **violencia autoinfligida** se clasifica como:

- ▶ **Violencia autoinfligida no suicida:** Comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones, o la posibilidad de lesiones. No existen pruebas, ya sean implícitas o explícitas, de intenciones suicidas.
- ▶ **Violencia autoinfligida suicida:** Comportamiento autodirigido y deliberado hacia uno mismo que causa lesiones o la posibilidad de lesiones y del que existen evidencias, implícitas o explícitas, de intenciones suicidas.
Explícito: totalmente revelado o expresado sin vaguedad o ambigüedad, no dejando ninguna duda sobre el significado o la intención.
Implícito: Sin dudas ni reservas, aunque no expresado directamente; inherente en la naturaleza de algo¹.

Intento de suicidio indeterminado.

Comportamiento autodirigido que, deliberadamente causa lesiones o la posibilidad de lesiones a uno mismo. El intento suicida no está claro en base a la evidencia disponible.

Intento de suicidio.

Comportamiento potencialmente perjudicial, no fatal, autodirigido, con cualquier intención de morir como resultado de la conducta.

Un intento de suicidio puede o no resultar en lesiones.

Intento de suicidio interrumpido.

- ▶ **Por otros:** una persona toma medidas para autolesionarse, pero es detenido por otra persona o circunstancias externas antes de la lesión fatal. La interrupción puede ocurrir en cualquier momento desde que aparece la ideación suicida.
- ▶ **Por uno mismo:** una persona toma medidas para autolesionarse, pero se detiene por sí misma antes de la lesión fatal.

Otros comportamientos suicidas incluidos los actos preparatorios.

Hechos o preparación para realizar un intento de suicidio. Puede incluir cualquier cosa más allá de una verbalización o pensamiento, tales como el método (por ejemplo, la compra de un arma de fuego, recoger y recopilar pastillas) o la preparación para la propia muerte por suicidio (por ejemplo, escribir una nota de suicidio, regalar cosas).

Suicidio.

La muerte causada por el comportamiento lesivo autodirigido, con intención de morir como resultado de la conducta.

¹ Definiciones aportadas Rosenberg et al.

3.2. SILVERMAN et al.²

El segundo modelo adoptado está muy extendido en la práctica clínica actual. Sintetizado por Silverman et al., que hacen una revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al. en la que intentan incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones anteriores.

Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

- ▶ Ideación suicida.
- ▶ Comunicación suicida.
- ▶ Conducta suicida.

Ideación suicida.

Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

Comunicación suicida.

Acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

- ▶ **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- ▶ **Plan suicida:** es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

Conducta suicida.

La Guía define la Conducta suicida como aquella en la que existe alguna intención de morir. Define el concepto de Autolesión/gesto suicida como aquel en el que no hay intención de morir aunque pueda perseguir alguna finalidad. Define también la Conducta suicida no determinada como aquella en la que existe algún grado de intencionalidad suicida. Incluye el Intento de suicidio y el Suicidio.

² Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Con el fin de adoptar una terminología única y con el objetivo de proponer una herramienta de evaluación de la conducta suicida, consideramos necesario identificar la intención de muerte como criterio para diferenciar la conducta suicida de la no suicida.

4

LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN NAVARRA. EPIDEMIOLOGÍA Y DATOS COMPARATIVOS

Determinar la tasa de suicidios de una población ha sido uno de los motivos más antiguos de la investigación epidemiológica³. En España, una Real Orden de 1906 encarga al Instituto Geográfico y Estadístico el estudio y análisis de los datos relativos al número de suicidios. Cuando en 1945 se creó el actual Instituto Nacional de Estadística (INE) pasaría a su competencia la publicación de los datos relativos al suicidio a nivel nacional⁴.

Muchas de las investigaciones realizadas han tenido como fuente exclusiva los datos suministrados por el INE, a pesar de que en repetidas ocasiones se ha puesto de manifiesto la escasa validez de esta fuente⁵.

Son numerosas las publicaciones en las que se insta a realizar análisis retrospectivos para obtener una correcta definición epidemiológica del fenómeno suicida⁶, así como la creación de instancias administrativas que se encarguen de estudios pormenorizados del tema y la existencia de dos redes, una legal y otra sanitaria⁷. Así mismo, se recomienda separar y soslayar los intentos de suicidio para contabilizar de forma adecuada los suicidios consumados y cuantificarlos en tramos de edad, tal y como marca la OMS.

En España el INE publica dos fuentes del suicidio: por un lado, la Estadística de Suicidios realizada a partir de los datos facilitados por el Ministerio de Justicia *Suicidios y autolesiones*, disponible hasta 2006. Desde 2007, siguiendo los estándares internacionales en la materia, se ha adoptado la decisión de suprimir los boletines del suicidio, y obtener la información estadística relativa al suicidio a partir de la información que ofrece el boletín de defunción judicial que se utiliza para la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, en el epígrafe 098. *Suicidios y lesiones autoinfligidas*.

La variabilidad de estudios quedaría explicada no solo por los registros publicados, sino por el propio proceso social de construcción del dato estadístico que va desde la certificación de una muerte como suicidio hasta la publicación de este dato en el correspondiente registro. Todo este proceso estaría mediado por multitud de agentes, documentos, procesos, controversias, etc. que en última instancia, en su articulación, producen las series estadísticas.

³ Schmidtke, 1991 en Rodao JM 1997

⁴ Sarró y de la Cruz, 1991, en Rodao JM, 1997

⁵ Gutiérrez 1995 en Rodao J:M 1997).

⁶ Gutierrez García JM, 1996

⁷ Gutiérrez, 1995

Las distorsiones de la realidad producidas por las estadísticas de suicidio derivarían, por lo tanto, de cuatro fuentes diferentes pero interrelacionadas:

- ▶ El veredicto médico-forense-judicial.
- ▶ El grado de aceptación-rechazo social del suicidio.
- ▶ Los métodos de registro.
- ▶ Las dificultades diagnósticas.

A pesar de estas dificultades, existen datos sobre los que hay acuerdo entre la mayoría de estudiosos y a ellos nos remitimos en este capítulo.

La Organización Mundial de la Salud estima que en torno a un millón de personas fallecen en el mundo anualmente a causa de suicidio, lo que supone una muerte cada 40 segundos. Habría que multiplicar hasta por 20 estas cifras para obtener el número de intentos de suicidio, según estimaciones del mismo organismo. Se trata, por tanto de un grave problema de Salud Pública de gran impacto en todo el mundo.

Las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% en los últimos 45 años y alcanzan una cifra global de 16 suicidios por cada 100.000 habitantes. Se constata que, aunque tradicionalmente el suicidio era más frecuente en los ancianos y adultos mayores, actualmente aumenta en la población joven. El suicidio es una de las tres principales causas de muerte en jóvenes de 15 a 34 años y la segunda causa para población de 10 a 24 años. Al menos 100.000 adolescentes de entre 15 y 19 años mueren cada año a causa de suicidio en todo el mundo.

Los factores de riesgo no son homogéneos en todo el mundo. En Europa y Norteamérica el principal factor de riesgo es el trastorno mental (particularmente la depresión y el consumo abusivo de alcohol).

Por lo que se refiere a la Unión Europea, en el año 2010 la tasa total era de 11,8 suicidios por 100.000 habitantes, según datos de Eurostat. Esta cifra se eleva a 19,5 en el caso de los hombres, mientras que para las mujeres fue de 5,1. La cifra global, sin embargo, es poco representativa si se tienen en cuenta las importantes diferencias por países, como se observa en el gráfico 2.

España es uno de los países con menores tasas de suicidio. En 2010 su tasa total era de 6,8 por 100.000 habitantes según las tablas estandarizadas por edad de Eurostat y de 6,72 según datos del INE. De acuerdo con los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2012 la tasa total fue de 7,49.

Desde el año 2003, las cifras aportadas por esta fuente para Navarra se sitúan entre un 6,19 por 100.000 (para el año 2010) y un 10,34 (en 2007), según recoge la siguiente tabla.

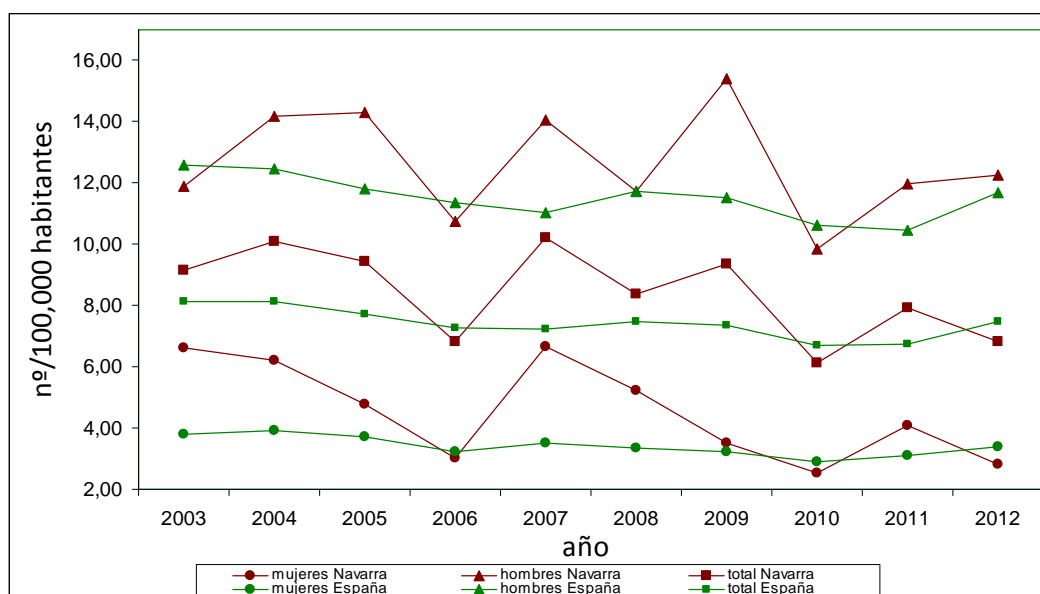
Tabla 1: Defunciones a causa de suicidio en Navarra, 2003-2012. Nº y tasa por 100.000 habitantes

Años	Nº suicidios			Nº suicidios / 100.000 habts.		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2003	34	19	53	11,88	6,63	9,25
2004	41	18	59	14,18	6,21	10,19
2005	42	14	56	14,31	4,76	9,53
2006	32	9	41	10,74	3,02	6,88
2007	42	20	62	14,04	6,66	10,34
2008	36	16	52	11,73	5,21	8,47
2009	48	11	59	15,39	3,53	9,46
2010	31	8	39	9,84	2,54	6,19
2011	38	13	51	11,98	4,09	8,03
2012	39	9	48	12,27	2,81	7,53

Fuente: INE, estadística de Defunciones según causa de muerte (suicidios y autolesiones); Padrón de habitantes

Una comparación con los datos referidos al total de la población española en los mismos años se recoge en el siguiente gráfico, donde se constata que las tasas para Navarra tienden a ser superiores a la media estatal en casi todo el periodo:

Gráfico1: Tasa (por 100.000 habitantes) de suicidio en Navarra y España, por sexo y totales. 2003-2012.

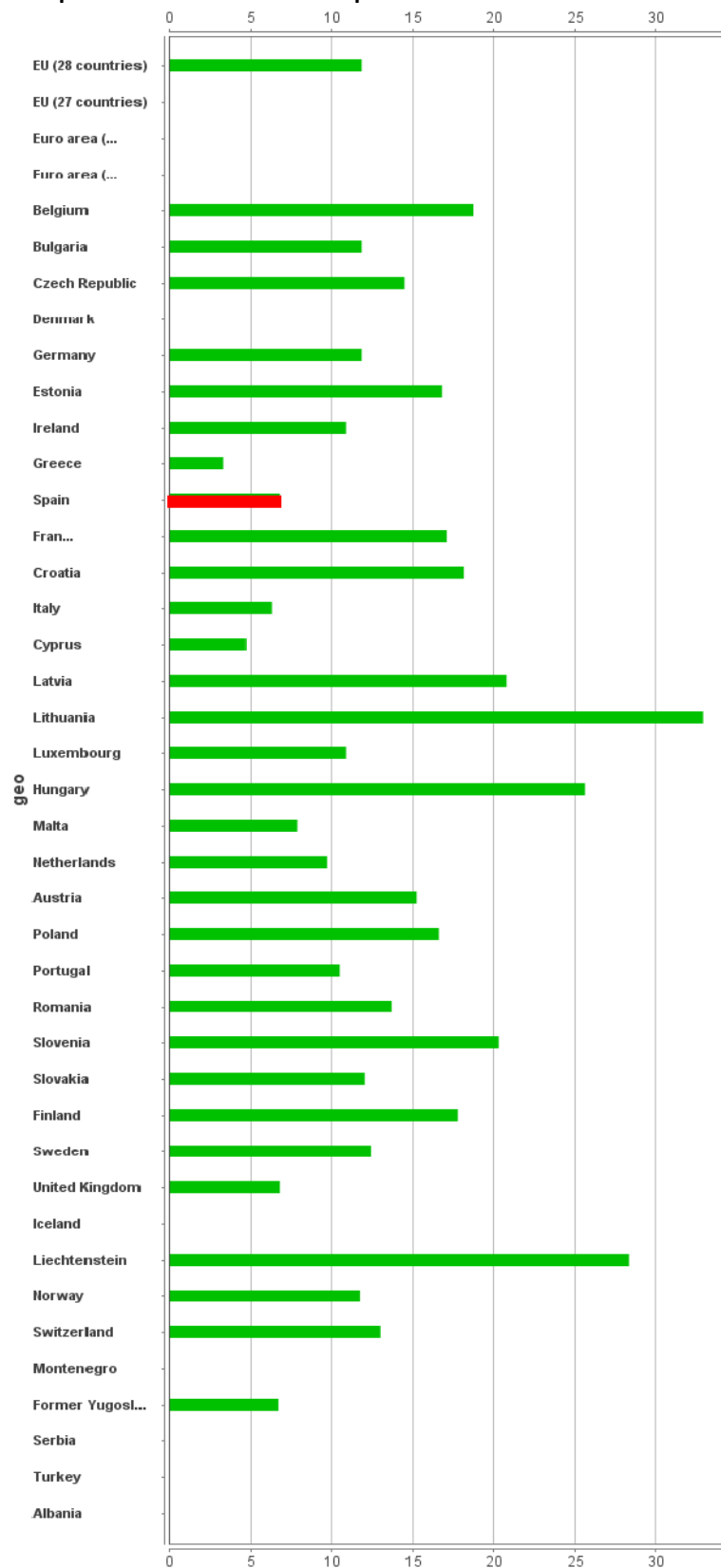


Fuente: INE, estadística de Defunciones según causa de muerte (suicidios y autolesiones) y Padrón de habitantes

La tabla 2 recoge los datos de suicidios para Navarra desagregados por edades y sexo, mientras que en la tabla 3 se recogen las tasas por 100.000 habitantes, igualmente desagregadas por edades y sexo.

Como en el resto de España, se confirma que los suicidios en hombres son más numerosos que en mujeres. En Navarra esta proporción oscila en el periodo de 2003 a 2012 entre 1,79 y 4,36 casos de suicidios masculinos por uno femenino. Las tasas más elevadas se sitúan en varones de edades avanzadas.

Gráfico 2: Fallecimientos por suicidio en países de la Unión Europea (hombres y mujeres), 2010. Tasas por 100.000 estandarizadas por edad.



Fuente: Eurostat, estadísticas de defunciones por causa de muerte.

Tabla 2. Suicidios en Navarra por sexo y edad, a partir de 11 años. 2003-2012.

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m
1 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 29	5	2	11	5	11	2	5	2	7	0	7	1	9	0	5	0	3	0	2	0
30 a 39	10	1	7	1	7	6	6	3	8	3	3	4	9	2	0	3	5	1	5	2
40 a 44	0	1	2	3	3	1	2	2	2	2	2	1	3	1	4	0	4	0	7	1
45 a 49	0	3	1	1	1	1	3	0	7	3	3	0	5	2	3	2	6	2	1	2
50 a 54	2	4	4	5	3	0	3	0	3	1	3	1	2	0	5	0	2	5	6	1
55 a 59	0	1	5	1	3	0	1	0	2	2	5	1	3	0	2	1	2	0	6	1
60 a 64	2	3	1	0	1	1	3	0	3	3	0	1	3	0	5	0	0	1	2	0
65 a 69	2	1	5	1	2	1	0	0	1	0	3	1	2	1	1	0	4	1	2	1
70 a 74	1	1	3	0	5	0	3	0	1	2	2	4	3	0	1	1	3	2	1	1
75 a 79	5	1	1	0	2	1	3	1	4	0	1	0	2	4	1	0	2	0	1	0
De 80 a 84	3	1	1	0	2	1	3	0	2	2	4	1	4	0	3	0	5	1	5	0
85 y más	4	0	0	1	2	0	0	1	2	1	3	1	3	1	1	1	2	0	1	0
total por sexo	34	19	41	18	42	14	32	9	42	20	36	16	48	11	31	8	38	13	39	9
total	53		59		56		41		62		52		59		39		51		48	

Fuente: INE, Estadísticas de defunción por causa de muerte (suicidios y autolesiones)

Tabla 3. Suicidios en Navarra por sexo y edad (por 100,000 habitantes). 2003-2012.

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
1-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-29	8,1	3,5	18,1	8,8	18,4	3,6	8,5	3,7	12,3	0,0	12,2	1,9	15,9	0,0	9,1	0,0	5,6	0,0	3,8	0,0
30-39	19,4	2,1	13,4	2,1	13,1	12,4	11,0	6,1	14,7	6,0	5,3	7,9	15,6	3,9	0,0	5,8	8,8	1,9	9,0	3,9
40-44	0,0	4,7	8,6	13,8	12,4	4,4	8,0	8,7	8,0	8,5	7,7	4,2	11,3	4,1	14,8	0,0	14,6	0,0	25,3	3,9
45-49	0,0	15,7	4,9	5,1	4,7	4,9	13,6	0,0	31,0	14,0	12,9	0,0	20,8	8,9	12,2	8,6	23,9	8,5	3,9	8,3
50-54	11,0	22,6	21,8	28,3	16,3	0,0	15,8	0,0	15,4	5,3	14,9	5,1	9,6	0,0	23,2	0,0	9,0	23,5	26,5	4,6
55-59	0,0	6,0	29,0	5,8	17,0	0,0	5,7	0,0	11,3	11,4	27,7	5,6	16,5	0,0	11,0	5,6	10,6	0,0	31,2	5,3
60-64	15,8	23,4	7,3	0,0	6,8	6,9	19,7	0,0	18,9	18,9	0,0	6,0	18,0	0,0	29,2	0,0	0,0	5,8	11,6	0,0
65-69	15,4	7,2	40,6	7,5	16,9	7,8	0,0	0,0	8,7	0,0	24,9	7,9	15,4	7,4	7,2	0,0	27,6	6,7	13,3	6,4
70-74	8,3	7,1	24,6	0,0	41,1	0,0	24,8	0,0	8,1	14,2	16,8	29,5	26,5	0,0	9,2	8,0	27,8	16,2	9,4	8,3
75-79	53,1	8,0	10,4	0,0	20,6	7,7	30,0	7,6	39,9	0,0	9,8	0,0	19,4	30,0	9,6	0,0	19,1	0,0	9,4	0,0
80-84	51,7	10,5	16,3	0,0	30,7	9,7	44,8	0,0	29,2	18,6	57,4	9,2	56,4	0,0	41,4	0,0	65,8	8,8	64,6	0,0
85 y más	107,1	0,0	0,0	10,9	51,1	0,0	0,0	10,1	45,6	9,7	64,9	9,2	61,1	8,9	19,3	8,5	36,6	0,0	17,3	0,0
total por sexo	11,9	6,6	14,2	6,2	14,3	4,8	10,7	3,0	14,0	6,7	11,7	5,2	15,4	3,5	9,8	2,5	12,0	4,1	12,3	2,8
total	9,3		10,2		9,5		6,9		10,3		8,5		9,5		6,2		8,0		7,5	

Fuente: elaboración propia sobre datos del INE: estadística de defunciones según causa de muerte (suicidios y autolesiones) y datos del Padrón para población

5

FACTORES ASOCIADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA

Este apartado está elaborado sobre la base de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.2011)⁸. Nos remitimos a ella para consulta de datos y de las amplias fuentes sobre las que se basa: <http://www.sergas.es/docs/Avaliat/avaliat200903gpcCondSuicida1.pdf>

Los profesionales y voluntarios que trabajan habitualmente con personas en riesgo de suicidio, perciben a menudo en éstas lo que denominan pérdida del sentido de la propia existencia. Esta característica va más allá de la dimensión cognitiva o emocional, se da en todos los grupos de edad y además en las personas mayores va acompañado de una valoración negativa de los logros vitales.

La Guía en la que se basa este capítulo recoge únicamente factores de cuya presencia hay suficiente evidencia científica, entre los que no se cita éste frecuentemente, aunque sí suele aparecer como factor de protección.

⁸ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA**Factores individuales**

- Trastornos mentales
- Factores psicológicos
- Intentos previos de suicidio
- Ideación suicida
- Edad
- Sexo
- Factores genéticos y biológicos
- Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad

Factores familiares y contextuales

- Historia familiar previa de suicidio
- Eventos vitales estresantes
- Factores sociofamiliares y ambientales
- Suicidio en el entorno
- Exposición (efecto “contagio”)

Otros factores

- Historia de maltrato físico o abuso sexual
 - Orientación sexual
 - Acoso por parte de iguales (adolescentes)
 - Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos
-

FACTORES PRECIPITANTES**Acontecimientos vitales estresantes**

- Viudedad
- Divorcio
- Pérdida del empleo
- Ruptura sentimental
- Aislamiento social en adolescentes y ancianos

Factores psicológicos individuales

- Humillación en adolescentes

Fácil acceso a métodos de suicidio

FACTORES PROTECTORES**Factores personales**

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas
- Autoconfianza
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales
- Presentar flexibilidad cognitiva
- Tener hijos, más en las mujeres
- Tener hermanos, más en adolescentes

Factores sociales o medioambientales

- Apoyo familiar y social de calidad
 - Integración social
 - Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos
 - Adoptar valores culturales y tradicionales
 - Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol
-

5.1. FACTORES DE RIESGO.

El riesgo de conducta suicida aumenta proporcionalmente al número y peso específico de los factores presentes en cada persona en un momento determinado de su vida y a la presencia de acontecimientos estresantes específicos.

No todos los factores de riesgo son fácilmente modificables mediante la intervención profesional. Entre los que lo son, se cuentan factores sociales, psicológicos y psicopatológicos. Entre los que no lo son, o son difícilmente accesibles, figuran el sexo, la edad, el estado civil, la situación laboral, el aislamiento social, las creencias religiosas o la conducta suicida previa.

5.1.1. Factores de riesgo individuales.

Los factores de riesgo individuales son, en primer lugar, los trastornos mentales, presentes en una gran parte de las conductas suicidas, ciertos rasgos psicológicos y la presencia de intentos previos de suicidio. A ellos se unen factores como la edad, el sexo e incluso factores genéticos y biológicos.

Trastornos mentales.

El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales, como la depresión mayor, el trastorno esquizofrénico, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad, así como el abuso de alcohol y otras sustancias.

Factores psicológicos.

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia: la desesperanza y la rigidez cognitiva. Hasta un 91% de los pacientes con conductas suicidas expresan desesperanza en la escala de Beck.

Intentos previos de suicidio e ideación suicida.

La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio. Pero los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta considerablemente (especialmente en el caso de los ancianos).

Edad.

Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada. Dentro de estos grupos, los ancianos usan métodos más letales y presentan tasas de suicidio más elevadas.

Sexo.

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y utilizan métodos más letales, mientras que las mujeres presentan mayor número de intentos. Existen, de todos modos, diferencias culturales en cuanto al influjo de este factor (en China e India el suicidio es más frecuente en mujeres).

Factores genéticos y biológicos.

La conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, por lo que los factores que reducen la actividad serotoninérgica, tanto genéticos como bioquímicos, son relevantes en relación con el suicidio.

Estudios realizados en gemelos sugieren que hasta un 45% de las diferencias encontradas en la conducta suicida de los gemelos son explicadas por factores genéticos.

Enfermedad física o discapacidad.

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como algunas formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad se relacionan con mayor riesgo de suicidio. La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales.

Los enfermos de cáncer presentan similar prevalencia de ideación suicida que la población general aunque con mayores tasas de suicidio. Respecto al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tasa de suicidios ha disminuido desde la introducción de los antirretrovirales y actualmente es comparable con la de otras afecciones crónicas, siendo un 2-4% más elevada que en la población general.

5.1.2. Factores sociofamiliares y ambientales.

La conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de *Apoyo social y familiar* y, principalmente en los hombres, durante los primeros meses tras la pérdida (aunque también en este factor existen importantes diferencias culturales).

La *Pobreza*, así como la *Pérdida de empleo* y la *Jubilación* como eventos estresantes, se asocian en el mundo desarrollado con un mayor riesgo de suicidio. El riesgo se eleva también en *Trabajos con alto nivel de estrés y muy cualificados*. Por otro lado, parece haber asociación entre *Bajo nivel educativo* y aumento del riesgo de suicidio.

La *Creencia Religiosa*, así como la afiliación y la práctica religiosa parecen proteger del suicidio. Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes.

Por último, el *Efecto Werther* (imitación de modelos), la exposición a casos de suicidio cercanos o a determinadas informaciones sobre suicidio en medios de comunicación se ha asociado también a la conducta suicida. Los jóvenes vulnerables son especialmente sensibles a las informaciones sobre el suicidio.

5.1.3. Otros factores de riesgo.

La *Historia de maltrato físico o abuso sexual* durante la infancia, presenta una asociación consistente con la conducta suicida. Las comorbilidades son frecuentes en personas con abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida.

La relación existente entre la *Violencia de género* y el suicidio en las víctimas ha sido puesta de manifiesto en diferentes informes (54, 55). También se ha visto una asociación entre agresor y suicidio.

En cuanto a la *Orientación sexual*, la evidencia es limitada, pero parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes, lo que parece relacionado con situaciones de discriminación, tensiones en relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo.

En adolescentes, el *Acoso por parte de iguales* se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas.

Un *Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos*, facilita el paso del pensamiento a la acción suicida y se asocia con mayor riesgo de suicidio.

5.2. FACTORES PRECIPITANTES.

Ciertos sucesos y acontecimientos vitales pueden precipitar el suicidio. Algunos han sido señalados, como la pérdida de un vínculo profundo (la viudedad o el divorcio) o del empleo. Otros factores, como el aislamiento o las tensiones interpersonales pueden precipitar el suicidio en personas con algún trastorno.

5.3. FACTORES PROTECTORES.

Hay algunos factores que parecen disminuir la probabilidad de conducta suicida ante la presencia de factores de riesgo. Algunos tienen que ver con características psicológicas. La habilidad en la resolución de conflictos o problemas, la autoconfianza, las habilidades sociales o la flexibilidad cognitiva constituyen factores protectores. La presencia de hijos protege fundamentalmente a las mujeres.

Un fuerte y cálido apoyo sociofamiliar, una buena integración social, las creencias y prácticas religiosas y espirituales, la coherencia de los propios valores con los del entorno también ejercen un papel protector.

Por último, un tratamiento integral, permanente y a largo plazo de pacientes con trastornos mentales o abusos de sustancias, así como a pacientes con enfermedad física es un importante factor protector de los riesgos asociados a esas condiciones.

6

MARCO LEGAL Y ETICO⁹

6.1. SUICIDIO Y RESPONSABILIDAD PENAL.

Consideración penal del suicidio.

El suicidio no está penado en el sistema jurídico español, aunque sí lo está en otros países donde se considera a la persona como un bien o propiedad del Estado.

Cooperación al suicidio.

Por lo que se refiere al entorno, el Código Penal (en adelante CP) en su artículo 143.1 y 2 castiga la inducción (4-8 años de prisión) y la cooperación al suicidio, siempre que se haga con actos necesarios (2-5 años de prisión)¹⁰. Del mismo modo, castiga la imprudencia grave y leve (art. 142 y 621).

En cuanto a la cooperación por razones humanitarias (Art. 143.4 CP) señala: *“el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos y difíciles de soportar, solamente será castigado con la pena inferior en grado”*.

La imprudencia profesional en el Código Penal.

Con el título genérico de imprudencia punible, el Código Penal recoge los delitos en los que se origina un daño, sin intención, pero cuyo resultado puede evitarse o debió ser previsto.

⁹Este capítulo está basado, en buena parte, en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.2011) <http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/avaliat200903gpcCondSuicida1.pdf>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

¹⁰ Código penal, Ley Orgánica 10/1995. Boletín Oficial del Estado, Nº 281, (24 de noviembre de 1995)

El Código Penal español tipifica el delito de imprudencia en su Art. 142.1: *“el que por imprudencia grave causare la muerte a otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años”*. En el punto 3º del referido artículo se matiza lo siguiente: *“Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de tres a seis años”*.

Por su parte la jurisprudencia constante de la Sala 2ª del Tribunal Supremo, establece reiteradamente los requisitos básicos del delito de imprudencia:

- a) Una acción u omisión no maliciosa.
- b) Una infracción del deber de cuidado en la actividad de que se trate.
- c) La creación de un riesgo previsible y evitable.
- d) La producción de un resultado dañoso, en adecuada relación de causalidad.

La imprudencia profesional exige, en consecuencia, un doble elemento: el psicológico, que se traduce en la posibilidad de conocer y evitar el evento dañoso, y el normativo, representado por la infracción del deber de cuidado.

Por tanto, la responsabilidad penal, como responsabilidad personal del profesional por un suicidio, sólo podrá exigirse cuando éste fuera claramente previsible y evitable, y el profesional actuara de forma imprudente o negligente.

La responsabilidad penal pretende el castigo de la conducta, no la reparación del daño, que corresponde a la responsabilidad civil.

6.2. SUICIDIO Y RESPONSABILIDAD CIVIL.

La responsabilidad civil es la obligación de reparar el daño causado a otro, sea en naturaleza o por un equivalente monetario, habitualmente mediante el pago de una indemnización de perjuicios.

El Código Civil recoge la responsabilidad extracontractual (cuando deriva de la violación de una ley) y la responsabilidad contractual. En su artículo 1101 dispone que *“Quedan sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados los que en cumplimiento de sus obligaciones incurren en dolo, negligencia o morosidad, y los que de cualquier modo contravienen al tenor de aquélla”*.

Por su parte la responsabilidad extracontractual aparece recogida en el artículo 1902 al señalar que *“El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”*.

Responsabilidad patrimonial de la Administración.

La responsabilidad civil de la Administración se refiere a responsabilidad patrimonial, exigible siempre que el daño se produzca en ámbito de cualquier intervención administrativa (sanitaria, social, educativa, judicial, etc).

La ley ¹¹ establece que:

“1.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en caso de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

2.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Así mismo establece que *“No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”* ¹².

La responsabilidad civil, como obligación de reparar el daño, exige una conducta culposa o imprudente en quien causa el daño. Sin embargo, la responsabilidad administrativa ha sido calificada muchas veces como responsabilidad objetiva: atiende únicamente al resultado dañoso, sin considerar los aspectos subjetivos del causante del daño, lo que amplía, por tanto, el ámbito de cobertura por responsabilidad. La figura de la responsabilidad patrimonial de la Administración permite indemnizar los daños producidos dentro del ámbito de lo que es actuación administrativa por el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Esta dualidad de responsabilidades es aplicable a cualquier ámbito de la actuación administrativa (centros penitenciarios, educativos, servicios sociales, sanitarios). Si se ha producido un resultado lesivo, aún habiéndose acreditado que el profesional ha actuado con la diligencia debida y con buena praxis, el derecho a la indemnización surge, no del proceder antijurídico de la Administración, sino porque se trata de un daño que el interesado no tiene la obligación jurídica de soportar. No obstante, la jurisprudencia ha reiterado que es imprescindible un nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Tampoco debe olvidarse la posibilidad de concurrencia de la responsabilidad del profesional y la responsabilidad administrativa, en cuyo caso, la Administración podrá repetir o ejercitar la acción de regreso frente a aquél.

¹¹ Ley 29/1992, de 26 de noviembre, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, artº 139

¹² Artº 141

6.3. TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO.

6.3.1. Internamiento en centros sanitarios.

Internamiento involuntario y Ley de Autonomía del Paciente.

Los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales del Sistema Sanitario vienen regulados por la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente¹³ cuyos principios básicos señalan que el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles y que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento excepto en los casos determinados en la Ley. Estas excepciones tienen que ver por una parte con la existencia de un riesgo para la salud pública y por otra con la existencia de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente cuando no es posible conseguir su autorización (consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a los familiares o a las personas vinculadas de hecho con él). La existencia de riesgo suicida queda incluida en el último epígrafe.

Internamiento involuntario y Ley de Enjuiciamiento Civil.

La Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero regula en su Art. 763¹⁴ lo referente al Internamiento no voluntario por trastorno psíquico señalando que *“el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometido a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento”*. La autorización será previa salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida.

El internamiento hay que comunicarlo al juez en el plazo de 24 horas debiendo el tribunal aprobar o dejar sin efecto la medida en un plazo máximo de 72 horas, período de tiempo que en nuestro estado de derecho corresponde con el denominado *habeas corpus*.

Como es lógico, la indicación de internamiento plantea la cuestión de la duración del mismo. Es evidente que un paciente no puede estar indefinidamente ingresado debido a la existencia de un eventual riesgo suicida, sino que debe ser valorado en su evolución, hasta que este riesgo sea controlable en tratamiento ambulatorio.

El Tribunal Constitucional, en la Sentencia del 2 de Diciembre de 2010 (BOE 5 Enero 2011)¹⁵ declara inconstitucional los párrafos primero y tercero del Art 763.1 de la Ley 1/2000 de 7 de Enero de Enjuiciamiento Civil. El Tribunal Constitucional realiza dicha declaración en base a

¹³ Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002. Boletín Oficial del Estado, Nº 274, (15 de noviembre de 2002).

¹⁴ Ley de enjuiciamiento civil, Ley 1/2000. Boletín Oficial del Estado, Nº 7, (8 de enero de 2000).

¹⁵ Cuestión de inconstitucionalidad 4542-2001. Planteada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 8 de A Coruña en relación con los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Derecho a la libertad personal y reserva de ley orgánica: inconstitucionalidad de la previsión, en ley ordinaria, del internamiento forzoso en establecimiento de salud mental de quienes padezcan trastornos psíquicos. Pleno del Tribunal Constitucional, Sentencia 132/2010, de 2 de diciembre de 2010. Boletín Oficial del Estado, Nº 4, (1 de enero de 2011).

que la privación de libertad individual debe contemplarse obligatoriamente en una Ley Orgánica al quedar afectado un derecho fundamental.

De forma general, la responsabilidad civil derivada de la actividad sanitaria determina una obligación de medios, no de resultados, lo que implica que el fracaso de las medidas preventivas no supone necesariamente una mala práctica, sino que ésta vendría aparejada cuando el profesional sanitario no hubiera prestado atención a signos evidentes de riesgo o que, apreciándolos, no hubiera tomado decisiones para evitarlos (negligencia o imprudencia).

¿Quién puede pedir un ingreso involuntario?.

Nada prescribe la ley sobre quién puede pedir un ingreso involuntario, por lo que cualquier persona puede poner en conocimiento del ministerio fiscal o del juez la existencia de un individuo que por riesgo hacia sí mismo o hacia terceros, precise esta medida. La ley, no obstante, establece dos grupos de personas obligadas a pedir el ingreso involuntario: los tutores respecto de sus pupilos y los padres respecto de sus hijos sometidos a patria potestad.

Con la solicitud de ingreso involuntario se presenta la documentación médica más reciente de la que se disponga. No es necesario que el médico informante sea especialista en psiquiatría, pero tiene que manifestar la necesidad de la medida.

6.3.2. La guarda de menores y la tutela de personas adultas.

Figuras jurídicas de protección de menores y adultos incapacitados.

Las instituciones jurídicas en las que la intervención de la Administración implica medidas de protección de la persona, incluida su integridad física, constituyen situaciones en las que la actuación de los diferentes profesionales intervinientes puede ser analizada y cuestionada en los términos ya señalados.

Este es el caso de la asunción de la guarda o de la tutela que la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor prevé entre las medidas protectoras que encomienda a los poderes públicos¹⁶.

La Administración asume la guarda de un menor igualmente en la ejecución de medidas judiciales de privación de libertad en régimen de internamiento previstas por la Ley de Responsabilidad Penal del Menor¹⁷.

La asunción de la guarda de menores por parte de la Administración implica que en cualquier actuación con resultado lesivo que objetivamente suponga incumplimiento de los deberes de guarda, la Administración será responsable en virtud de lo establecido por la normativa ya señalada¹⁸.

Por otro lado, la asunción de tutela jurídica de personas declaradas incapacitadas judicialmente, cuando recaiga en la Administración, tendrá el mismo régimen, en cuanto a responsabilidad de ésta, que en el caso de la guarda de menores.

¹⁶ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor

¹⁷ Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, de Responsabilidad Penal del Menor

¹⁸ Ley 29/1992, de 26 de noviembre, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, artº 139

6.4. RESPONSABILIDADES SANITARIAS DERIVADAS DEL SUICIDIO.

Causa más frecuente de demandas judiciales en psiquiatría.

La conducta suicida es la causa más frecuente de demandas judiciales al psiquiatra por mala práctica. En la mayor parte de los casos se pide la aplicación de la figura de *imprudencia temeraria* por no prever ni prevenir adecuadamente el comportamiento suicida del paciente.

En los suicidios, el profesional sanitario sólo tendrá responsabilidad penal cuando la conducta sea claramente previsible y humanamente evitable y la actitud del profesional haya sido manifiestamente descuidada u osada. El profesional deberá probar que tomó las medidas adecuadas.

Fundamentación de la responsabilidad profesional en el ámbito sanitario.

Responsabilidad es la obligación de responder ante la Ley de nuestra actuación profesional y la obligación de reparar o satisfacer el daño originado, los perjuicios ocasionados y el sufrimiento creado. Su fundamento es la producción de un daño originado por una conducta inadecuada, no voluntaria pero que debió ser prevista y en la que se ha vulnerado el deber objetivo de cuidado. Dicha conducta inadecuada puede ser, según la jurisprudencia, imprudente (asumiendo riesgos innecesarios), negligente (con grave dejadez o descuido) o imperita (carencia de conocimientos o de experiencia).

Los casos más frecuentes de mala praxis de la que puede derivar responsabilidad son los siguientes:

- ▶ Diagnóstico incorrecto-negligente que da lugar a un alta indebida de un paciente que posteriormente se suicida o se lesiona.
- ▶ Diagnóstico incorrecto-negligente del que deriva un ingreso o retención impropio.
- ▶ En el manejo del paciente: fracaso para proteger o controlar a un paciente con conducta suicida.

Algunos aspectos de buena práctica en el abordaje de la conducta suicida.

- ▶ Se ha de valorar siempre personalmente al paciente con ideas de suicidio, y si no se dispone de medios suficientes, remitir al enfermo para su tratamiento apropiado a otros profesionales o centros donde pueda ser tratado de forma adecuada.
- ▶ El profesional sanitario debe ser también capaz de manejar las situaciones de crisis, informar a la familia de manera clara y adecuada, dar pautas de acompañamiento y control del tratamiento farmacológico, motivar al paciente para el tratamiento y asumir la responsabilidad de su situación.
- ▶ Es necesario efectuar las oportunas advertencias al potencial suicida del tratamiento a fin de evitar demandas legales por imprudencia profesional. A efectos legales conviene saber que, aunque el prospecto de los medicamentos por analogía actúa

- ▶ En último lugar, existen medidas de control consistentes en el ingreso con un mayor o menor grado de vigilancia.

Una cuestión clave es realizar una historia clínica completa y correcta del paciente, que ayudará a realizar un seguimiento adecuado del mismo y a prevenir dificultades al responsable del tratamiento. En ella deben anotarse todas las exploraciones practicadas, el riesgo estimado de suicidio, todas las medidas tomadas al respecto y recoger la evolución y cada una de las decisiones adoptadas.

Aunque no ha de olvidarse que algunos suicidios son inevitables, por muy expertos y diligentes que sean los responsables del tratamiento y la familia, en el caso del tratamiento de pacientes que presentan antecedentes de conducta suicida, se hace preciso extremar las funciones de vigilancia y de custodia, en cumplimiento de la función garante asignada al personal e instituciones sanitarias por el Art. 10.6.c) de la Ley General de Sanidad¹⁹.

6.5. LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL EN RELACIÓN AL SUICIDIO.

La **Constitución Española**²⁰ reconoce y protege “*el derecho a comunicar o recibir libremente información veraz. La Ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de las estas libertades*”. Igualmente dispone que “*la ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos*”²¹.

Aunque el secreto profesional aparece mencionado en los artículos transcritos referidos a los derechos de comunicación, información y defensa, está también directamente relacionado con la protección de otros derechos fundamentales. Así se constituye en una figura jurídica compleja que es una pieza clave en la salvaguarda de distintos derechos fundamentales.

La intimidad como derecho de la personalidad constituye un fundamento jurídico genérico o básico de la institución del secreto profesional. Directamente relacionado con la intimidad está lo que se conoce como esfera de la intimidad confidencial. La confidencialidad consiste en guardar secreto sobre las informaciones que afectan a la intimidad de quienes las exteriorizan al profesional. El derecho a la intimidad viene regulado en la Ley Orgánica de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, que en su artículo 7.4 considera intromisión ilegítima, catalogada como falta grave, la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional y oficial de quien lo revela, imponiendo la obligación de indemnizar el daño causado.

La **Ley de Autonomía del Paciente** protege el derecho a la intimidad estableciendo que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.

¹⁹ Ley general de sanidad, Ley 14/1986. Boletín Oficial del Estado, Nº 102, (29 de abril de 1986).

²⁰ Constitución Española, artículo 20.1 d)

²¹ Constitución Española, artículo 24.2, último párrafo

El secreto profesional es el derecho y, fundamentalmente, el deber que tienen determinados profesionales de no revelar los datos e informaciones que en el ejercicio de su profesión le proporcionan, directamente o a través del reconocimiento, sus clientes, paciente o informadores.

El secreto profesional se regula por primera vez en España en el actual Código Penal (Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre), Arts. 197,198 y 199, ya que hasta ese momento sólo existía una consideración deontológica y administrativa, pero no penal.

En la actualidad, el secreto profesional se circunscribe al siguiente **marco legislativo**:

- ▶ Constitución Española (Arts. 18-20-24).
- ▶ Código Penal (Arts. 197-199).
- ▶ Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Art. 7).
- ▶ Ley General de Sanidad de 1986.
- ▶ Ley 5/92 de Protección de Datos Informáticos²².
- ▶ Códigos Deontológicos profesionales.
- ▶ Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal. (Vigente hasta el 14 de enero de 2000).

El secreto profesional obliga a todos cuantos estén de una forma u otra en contacto con el paciente y el actual Código Penal, en su Art. 199.1, se expresa en los siguientes términos: *“el que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de 1 a 3 años y multa de 6 a 12 meses”*. El mismo artículo en el punto 2 añade: *“el profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo y reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para dicha profesión de 2 a 6 años”*.

Estos artículos obligan a cualquier profesional cuya información haya sido obtenida en el ejercicio de su profesión, por lo que trascienden el ámbito sanitario, incluyendo el de los servicios sociales o las instituciones educativas, por ejemplo.

Excepciones al secreto profesional.

Si el guardar secreto para los sanitarios es un imperativo legal, existen una serie de situaciones que son la excepción. Los facultativos podrán revelar los datos sanitarios de un paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- ▶ Cuando se tiene conocimiento de la existencia de un delito (no debemos olvidar que el Art. 263 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal no exime al personal sanitario de denunciar los hechos delictivos que conozca por razón de su oficio, como sí lo hace con eclesiásticos y abogados y que el Art. 411 del mismo texto legal tampoco

²² Ley de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, Ley Orgánica 5/1992. Boletín Oficial del Estado, Nº 262, (31 de octubre de 1992).

contempla el secreto médico como causa de dispensa para no declarar como testigo en procedimientos penales). En los procesos civiles se prevé expresamente la posibilidad de solicitar al juez que exima de guardar el secreto profesional si se declara como perito.

- ▶ Cuando estemos en presencia de una enfermedad infecto-contagiosa y exista riesgo grave para terceras personas o para la salud pública. En estos casos el médico tiene además la obligación de declarar la enfermedad ante la autoridad sanitaria competente.
- ▶ Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización. En este sentido el código considera un eximente de responsabilidad cuando se actúa en un “estado de necesidad” para evitar un mal propio o ajeno.
- ▶ Tampoco existe la obligación de secreto cuando se declara como imputado, denunciado o acusado. En los informes a otro compañero (incluidos inspectores médicos) no existe la obligación de secreto pues ahí lo que se produce es la figura de “secreto compartido”.

No obstante los aspectos legales señalados, los diferentes códigos deontológicos analizados (médicos, enfermeros, ayudantes técnicos sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales), dedican un capítulo específico a la confidencialidad y al secreto profesional del que puede deducirse:

- ▶ Guardar secreto es una obligación inherente al ejercicio profesional.
- ▶ Este deber abarca a toda la información que llegue a conocerse sobre un paciente o usuario.
- ▶ Obliga a todas las personas que por su actividad laboral participan directa o indirectamente en la atención al paciente o usuario.
- ▶ El profesional tendrá como prioridad la vida, la seguridad e integridad física, psicológica y social de la persona usuaria, dando la información confidencial indispensable en el círculo más restringido posible de la intervención profesional.
- ▶ Únicamente puede revelarse información, sin consentimiento:
 - Por imperativo legal.
 - Para evitar un daño grave a terceras personas, o al propio paciente.
 - En las enfermedades y acontecimiento de declaración obligatoria.
 - Cuando el profesional se ve injustamente acusado por el paciente.

En definitiva para que los profesionales puedan romper el secreto profesional debe darse una situación excepcional de suma gravedad, que suponga un riesgo previsible e inminente para la persona usuaria, para el / la trabajador /a social o para terceros.



ACTUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ANTE EL SUICIDIO

INTRODUCCIÓN.

El Sistema Nacional de Salud de nuestro país y, en concreto la Estrategia de Salud Mental <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf> ha establecido la necesidad de desarrollar intervenciones preventivas en materia de suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir la tasa de suicidio en grupos de riesgo.

La elaboración de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad contribuye a reducir la variabilidad de la práctica clínica en el manejo de la conducta suicida, ayuda a la toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios y pretende la mejora en la salud y calidad de vida de la población. Mejora la información de pacientes, familiares y ciudadanía de modo que logre reducir el estigma asociado a este problema de salud.

La recomendación general del Sistema Nacional de Salud consiste en que las intervenciones se basen en las características específicas de la población en la que se pretende prevenir la conducta suicida, por lo que si esos datos no están disponibles, el primer paso sería realizar estudios exploratorios en cuyos resultados puedan basarse posteriormente las indicaciones²³.

La prevención del suicidio en la población general, donde el suicidio es un fenómeno raro, es muy compleja. Los esfuerzos deben centrarse en los pacientes con trastornos mentales, puesto que los estudios informan que al menos el 90% de las personas que se suicidan presentan algún tipo de trastorno mental, constituyendo el 47-74% de la población en riesgo de cometer suicidio. En la población que realiza intentos de suicidio también se pone de manifiesto una alta frecuencia de trastornos psiquiátricos.

²³ Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida: J. Bobes, J. Giner y J. Saiz (2011) Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editorial Triacastela.

Estudios de autopsia psicológica revelan que las personas que se suicidan sin trastorno mental evidente también tienen síntomas psiquiátricos y características de personalidad similares a las de los individuos con trastorno mental.²⁴

Los diagnósticos más asociados a conducta suicida son el trastorno depresivo mayor en primer lugar seguido por el uso de sustancias (alcohol), la esquizofrenia y trastornos de personalidad, especialmente trastorno límite.

Los datos disponibles demuestran de forma contundente que la prevención y el tratamiento adecuados de la depresión y del abuso de alcohol y de sustancias reducen las tasas de suicidio, al igual que el contacto de seguimiento con quienes han intentado suicidarse (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/).

El objetivo es optimizar la predictibilidad (en los casos en que sea posible) y potenciar al máximo medidas preventivas con las cuales frenar la progresión apreciada en las últimas décadas. Es por ello importante recoger información de los casos que, desgraciadamente, han ocurrido, para de esta manera intentar ayudar a las personas que ven en el suicidio la única salida a sus circunstancias personales. Sólo mediante un estudio continuo del tema y un seguimiento constante de los casos ocurridos se podrá mejorar en el tratamiento y prevención de los actos suicidas.

El suicidio representa el 0,5-2% de todas las causas de mortalidad que, aunque sea infrecuente, es un indicador significativo para conocer la salud pública de la población. Es una de las principales causas de muerte prematura que se puede dar, con importante pérdida de años potenciales de vida y que todo sistema de salud intenta estudiar y prevenir.

El suicidio no es un fenómeno con una única causa, sino que muchos factores diversos, psiquiátricos, psicológicos, sociológicos entran en juego en relación con la muerte voluntaria.

El suicidio es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos, siendo la tentativa de suicidio una urgencia psiquiátrica frecuente. La tentativa representa el 1% de los ingresos en los servicios de urgencias de los hospitales generales. El 5% de los intentos requiere tratamiento en cuidados intensivos y el 2% muere tras la tentativa.

Los pacientes que realizan intentos de suicidio presentan una elevada morbilidad (más del 50% repiten el acto suicida) y también la mortalidad por suicidio (10% a los 10 años) o por otras causa es significativamente superior a la población general.

El Plan de Salud 2014-2020, elaborado por el Departamento de Salud, incluye entre sus objetivos específicos la disminución de la mortalidad prematura y evitable, disminuir la morbilidad y severidad de procesos priorizados, entre ellos los intentos de suicidio y el suicidio. Dentro de su Estrategia de prevención y atención en Salud Mental destaca el programa de prevención de la depresión y el suicidio.

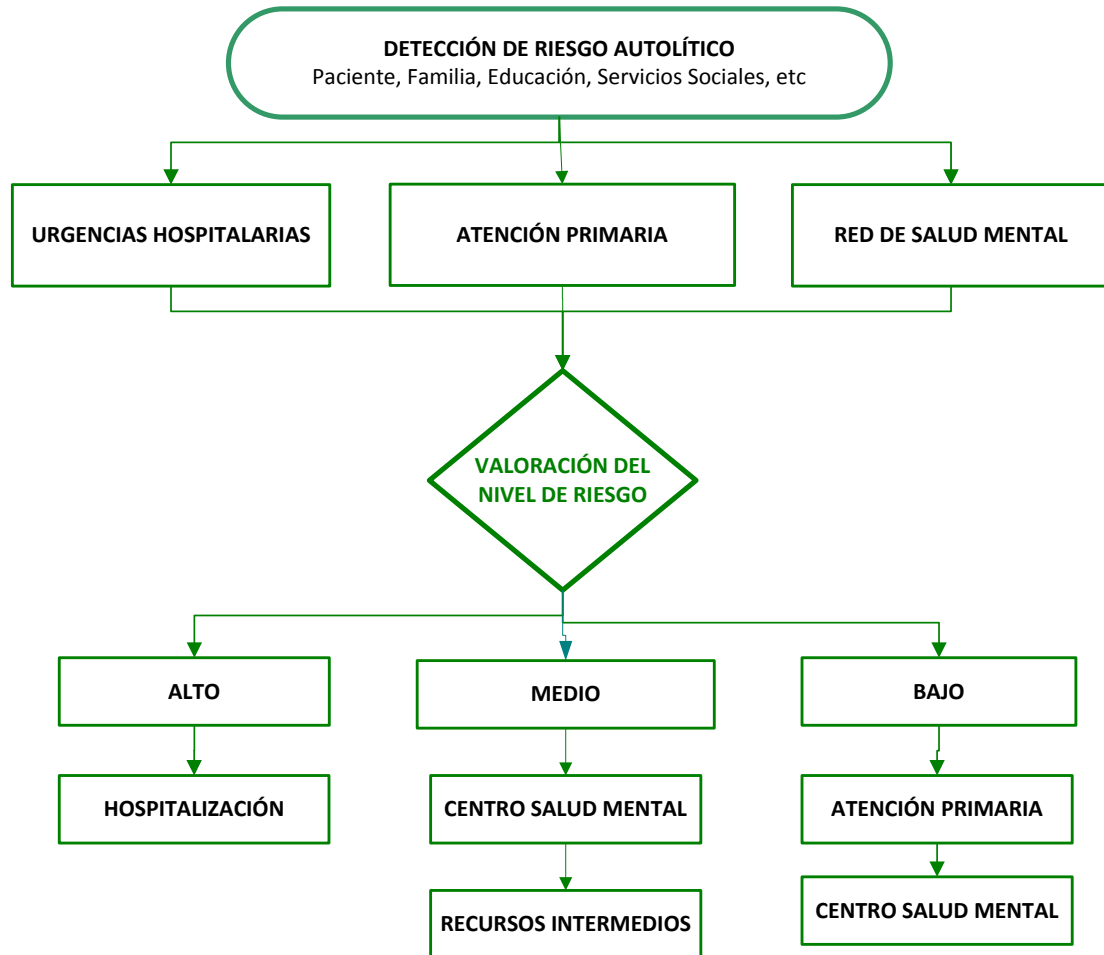
Por tanto, para el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea es prioritario y necesario que la conducta suicida sea prevenida y atendida eficazmente, para lo que es necesario sensibilizar,

²⁴ Hawton K et al, the lancet, 2009

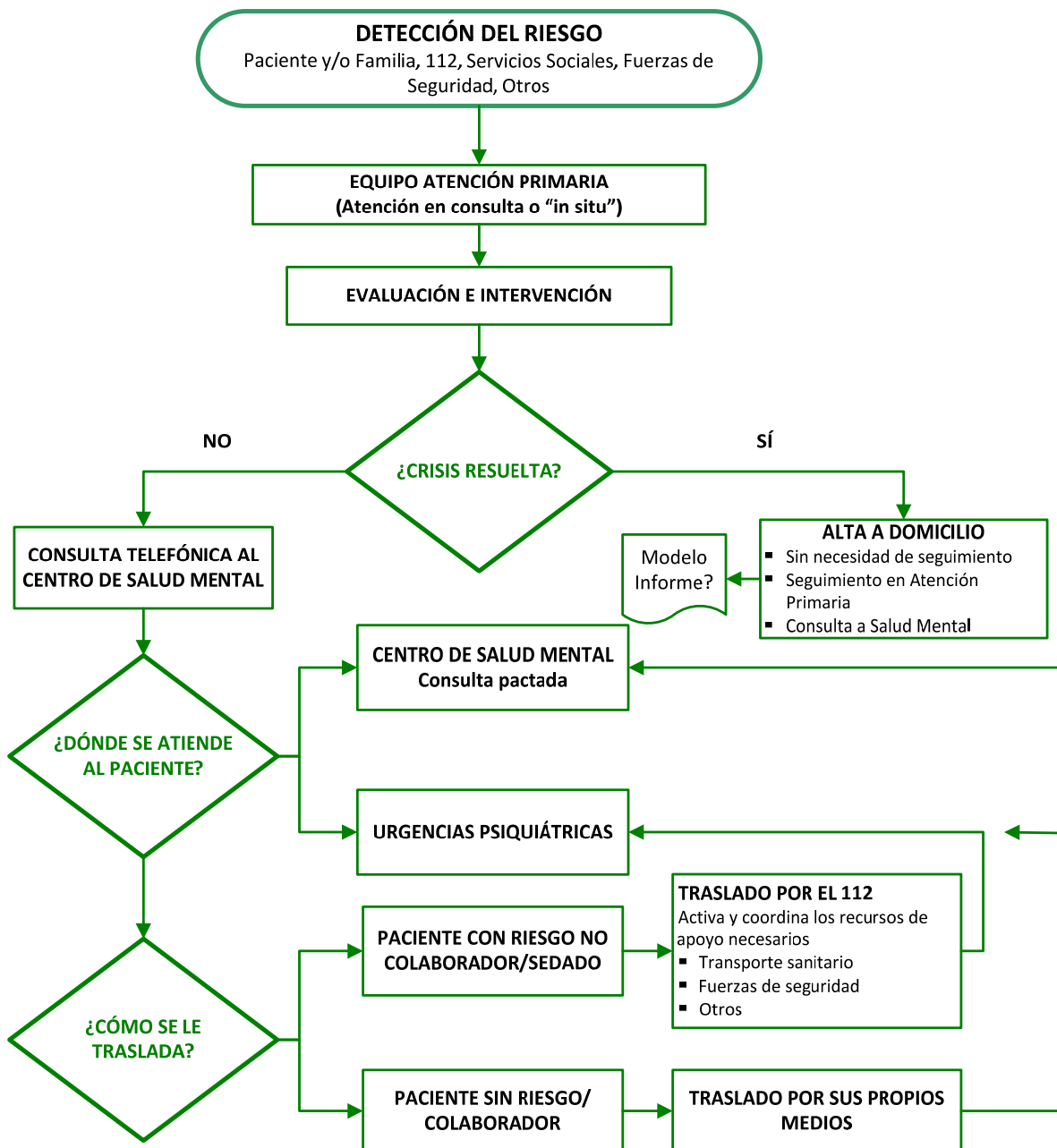
conocer y detectar los signos más evidentes de ideación suicida que llegan a las consultas. Sabemos que los factores de riesgo suicida más importantes son la existencia de un trastorno mental y haber llevado a cabo uno o varios intentos previos.

En los manuales diagnósticos actuales de los trastornos mentales y del comportamiento, el suicidio no tiene un código único. La CIE-10 (1992) recoge los *suicidios y autolesiones intencionalmente autoinfligidas* (X60-X84), que incluye “envenenamiento o lesión autoinfligida, intento de suicidio”, en un código adicional en el capítulo XX sobre causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-YY98). En el capítulo XXI sobre factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00-Z99), se describe en el apartado Z91.5 la *historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente*, que incluye “parasuicidio, autoenvenenamiento e intento de suicidio”.

Flujograma 1. Salud.



Flujograma 2. Urgencia por trastorno mental para Atención Primaria de Salud.



7.1. SISTEMA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP).

7.1.1. Descripción.

La Red de AP es extensa y de gran accesibilidad. Proporciona el primer contacto con el sistema de salud. Dispone de un personal en estrecha relación con la comunidad y bien aceptado por las personas de la localidad. Proporciona el vínculo entre la comunidad y el sistema de atención especializada.

La AP está disponible, accesible y comprometida en proporcionar atención y continuidad asistencial.

7.1.2. Prevención y detección en AP.

Muchas personas que han llevado a cabo un intento de suicidio o lo han consumado han estado en contacto previamente con servicios de salud, en concreto con el médico de familia. Así, el 75% han contactado con su médico en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior, mientras que sólo uno de cada tres lo han hecho con su servicio de salud mental en el año anterior y uno de cada cinco en el mes anterior²⁵.

Por tanto, su papel va a ser clave en la detección y prevención. El médico de AP es en muchos casos el primer profesional que contacta con una persona con ideación suicida. Ninguna estrategia va a resultar útil sino se ha detectado o evaluado previamente el grado de intencionalidad suicida.

Según la última recomendación de U.S. Preventive Services Task Force de mayo de 2014 sobre riesgo de suicidio en adolescentes, adultos y mayores en Atención primaria, no hay evidencias para potenciar el screening de riesgo de suicidio a población general en primaria. Sí estaría indicado en aquellas personas con síntomas o antecedentes de trastorno mental o intentos de suicidio previos.

Se sugiere que la reducción de la tasa de suicidio solo podrá lograrse si se mejora la capacidad de AP en reconocer y tratar los trastornos mentales. Así, la principal medida preventiva sería capacitar a los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico²⁶.

25 Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(6):909-161

26 Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care. An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1759-63

Goertemiller Carrigan C, Lynch DJ. Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry*. 2003;5(4):169-74

Grupo de Trabajo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Guía de Salud Mental en Atención. Barcelona. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2001. Disponible en:

<http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/guiaRevisada2008-saludmental.pdf>

De esta manera, AP se encuentra con una amplia variedad de tipología de pacientes, los que han sobrevivido a un intento de suicidio, los que manifiestan ideación suicida en la consulta y los que tienen ideación suicida pero no la expresan. En todos los casos, el médico debe evaluar a través de la entrevista, contar con información externa, tomar decisiones y establecer un plan con el paciente.

RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA EXPLORACIÓN.

Cómo preguntar:

- ▶ ¿se siente infeliz o desvalido?
- ▶ ¿se siente desesperado?
- ▶ ¿se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ▶ ¿siente la vida como una carga?
- ▶ ¿siente que la vida no merece vivirse?
- ▶ ¿siente deseos de suicidarse?

Cuándo preguntar:

- ▶ Después de establecer empatía y la persona se siente comprendida
- ▶ Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos
- ▶ Cuando el paciente puede expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia

Qué preguntar:

- ▶ Explorar la existencia de un plan: ¿alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿tiene alguna idea de cómo lo haría?
- ▶ Explorar sobre el posible método: ¿tiene pastillas, arma, insecticida o algo similar?
- ▶ Explorar si hay meta: ¿ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿cuándo lo va a hacer?

RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE ACTUACIÓN EN PERSONAS POTENCIALMENTE SUICIDAS, SEGÚN NIVEL DE RIESGO.

Grado de riesgo	Acciones
<i>Bajo:</i> la persona tiene pensamientos suicidas pero no ha hecho plan	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Apoyo emocional ▶ Hablar de la pérdida, aislamiento para lograr disminuir su confusión emocional ▶ Reforzar su capacidad resolutive anterior ▶ Derivar a CSM ▶ Citarlo con regularidad y mantener contacto continuado
<i>Medio:</i> la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Apoyo emocional ▶ Explorar alternativas al suicidio ▶ Pactar que no va a cometer un suicidio ▶ Derivar a CSM preferente ▶ Contactar con familia, amigos ▶ Prescribir fármacos seguros en caso de sobredosis
<i>Alto:</i> la persona tiene un plan definido, medios y planea hacerlo inmediatamente	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pactar medidas de contención con el paciente y la familia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompañamiento ▪ No acceso a métodos letales ▪ Derivar urgente a centro sanitario para valoración por Salud Mental.

7.1.3. Evaluación de la conducta suicida en AP.

- ▶ Valoración de las condiciones físicas del paciente y decisión sobre la derivación urgente al Servicio de Urgencias de un centro hospitalario, en los casos:
 - Necesidad de tratamiento médico de las lesiones, no susceptible de ser atendidas en AP.
 - Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia.
- ▶ Valoración del paciente y decisión sobre la derivación urgente a Salud Mental, en los casos:
 - Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado.
 - Presencia de Trastorno Mental Grave.
 - Conducta autolítica grave reciente.
- ▶ Si la derivación urgente no es necesaria:
 - Evaluar capacidad mental.
 - Evaluar trastorno mental.
 - Evaluar estado de ánimo.
 - Valoración psicosocial: evaluación de necesidades y riesgo de futuros episodios.
 - Derivación a CSM.

Protocolo de atención integral en emergencias y traslados urgentes por enfermedad mental realizado por un Grupo Técnico de Trabajo en 2008 y en el que AP formó parte.

- ▶ Incluye un flujo de actuación ante el riesgo de suicidio con un algoritmo general de actuación según los diferentes niveles de riesgo (se adjunta flujo).
- ▶ Incluye un algoritmo de urgencia por trastorno mental en el que se diferencia la resolución o no de la crisis, así como las decisiones a tomar ante un paciente sin riesgo/colaborador o paciente con riesgo/no colaborador/sedado (se adjunta flujo).

7.2. RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA (RSMNa).

La **misión** de la RSMNa es promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y prestar asistencia sanitaria especializada de calidad a las personas con trastorno mental en la Comunidad Foral de Navarra.

Los **principios y valores** que sustentan el modelo de atención son el compromiso, autonomía, recuperación, continuidad de cuidados, accesibilidad, equidad, responsabilidad y transparencia, calidad, formación y sostenibilidad.

Está vigente el **Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra** en cuya línea estratégica 1 de promoción, prevención y erradicación del estigma, propone como objetivo realizar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio en grupos de riesgo. En la línea 2: atención a los trastornos mentales persigue el objetivo de tener la tasa de suicidios igual a cero durante el ingreso en servicios de psiquiatría del hospital general.

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/F349F797-9858-4326-8974-2EF2B7812FCB/250077/PlanSMNaAgosto2013.pdf>

Mapa de recursos de salud mental

Servicios Ambulatorios	Recursos Intermedios	Área de Hospitalización	Unidades Residenciales	Apoyo Clínico
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Centro de Salud Mental (10) ▶ Centro de Salud Infanto Juvenil ▶ Atención Continuada ▶ Programa Psiquiatra Interconsultor 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hospitales de Día (3) ▶ Hospitales de Día Infanto Juvenil ▶ Hospital de Día Psicogeriátrico ▶ Hospital de Día Trastornos Adictivos ▶ Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve de Pamplona (2) ▶ Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve de Tudela ▶ Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil ▶ Unidad de Media Estancia ▶ Clínica de Rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Centro San Francisco Javier 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unidad de Atención al Paciente y Admisión ▶ Farmacia

7.2.1. Prevención, detección y valoración clínica en salud mental.

La evaluación del riesgo de suicidio en Salud Mental, en sus diferentes niveles, ambulatorio, hospitalización parcial, total y urgencias psiquiátricas es una de las tareas más importantes y de mayor responsabilidad dentro de la práctica clínica. Una vez realizado el intento suicida, esta valoración debe hacerse tanto por riesgo de una repetición de la tentativa como por riesgo de consumación.

Es fundamental tener en cuenta los factores de riesgo y poseer una buena técnica de entrevista clínica con el fin de obtener información lo más completa posible y optimizar la exploración del paciente y del familiar en unas circunstancias en las que se dispone de un tiempo limitado. Es prioritario el establecimiento de una alianza terapéutica.

No existe ningún factor de riesgo o combinación de ellos que tengan una sensibilidad o especificidad suficientes para predecir el paso al acto, pero la evaluación de los mismos en su conjunto puede ayudar a prevenir el suicidio.

En el ámbito de Salud Mental son la detección precoz, la intervención en crisis y el seguimiento de los pacientes en riesgo los factores determinantes para la prevención del suicidio.

Premisas básicas a tener en cuenta por el profesional que realiza la valoración clínica:

■ Identificación del paciente en riesgo:

- ▶ Exploración detallada del paciente y sus circunstancias.
 - Diagnósticos de especial atención: episodio depresivo grave, trastorno bipolar o psicosis, trastorno límite de la personalidad, trastornos adictivos (especialmente el alcohol).
 - Edad: adolescentes y edad avanzada.
 - Evaluar ideas de culpa, desesperanza, planes de futuro.
 - Exploración psicopatológica.
 - Evaluar apoyos sociales reales y percibidos.
 - Evaluar valores, creencias y factores de protección.
 - Presencia de enfermedad crónica o discapacitante.
 - Identificar intentos autolíticos previos.
 - Identificar abuso de alcohol u otros tóxicos.
 - Historia familiar previa de suicidio.
 - Factores sociales y ambientales, indagar situación específica que el paciente señale como especialmente conflictiva o preocupante.
 - Eventos vitales estresantes.

■ Características de la tentativa:

- ▶ Método empleado.
- ▶ Gravedad: leve, moderada, grave.
- ▶ Intención letal.
- ▶ Rescatabilidad: pide ayuda, deja pistas.

■ Contener el riesgo de forma inmediata.**■ Contrastar información con la familia.**

- ▶ Obtener información e informar.
- ▶ Valorar soporte familiar.
- ▶ Valorar soporte laboral.

■ Diseñar un plan de actuación.

- ▶ Decidir sobre el lugar de tratamiento:
 - Indicaciones para tratamiento ambulatorio:
 - ▶ *No existe un plan suicida concreto.*
 - ▶ *El cuadro psicopatológico está tratado.*
 - ▶ *Bajo nivel de ansiedad.*
 - ▶ *Apoyo familiar y social adecuado.*
 - ▶ *Compromiso de "no suicidio" (contrato terapéutico).*
 - ▶ *Aceptación por parte del paciente del tratamiento.*
 - ▶ *Prescripción de fármacos con la menor toxicidad.*
 - ▶ *Abordaje psicoterapéutico.*
 - ▶ *Participación de medidas psicoeducativas y psicosociales: servicios sociales, red de apoyo informal, grupos de autoayuda, teléfonos de ayuda.*
 - ▶ *Facilitación de atención urgente en el propio CSM o urgencias psiquiátricas en caso de intensificación de sentimientos suicidas.*
 - Alternativas al tratamiento ambulatorio:
 - Hospitalización parcial.
 - Hospitalización total.
- ▶ Indicaciones de ingreso:
 - Existe plan suicida.
 - Gravedad del cuadro psicopatológico.
 - Alto nivel de ansiedad.
 - Intención letal en la tentativa.
 - Red de apoyo social insuficiente.

- Seguimiento pactado de los pacientes en riesgo ya sea por ideación como por tentativas realizadas en el nivel asistencial adecuado con un plan de tratamiento acordado. Después de un intento, el riesgo de recidiva es alto entre 1 y 6 meses después. La mejoría en la adaptación social es uno de los factores protectores del suicidio más relevantes.

Consideraciones a tener en cuenta según diagnóstico clínico.

■ Trastornos afectivos.

El 15% de los pacientes con depresión mayor terminan su vida con suicidio. En la evolución de estos trastornos se han identificado tres periodos de mayor riesgo:

1. Inicio del episodio depresivo.
2. Inicio de la mejoría por disminución de la inhibición.
3. A los pocos meses de un alta hospitalaria, cuando a pesar de la mejoría clínica, el paciente todavía no es capaz de enfrentarse a su nivel de adaptación previo.

Los pacientes depresivos que se suicidan padecen mayor intensidad en los siguientes síntomas: insomnio, ansiedad, clínica psicótica, desesperanza y anhedonia.

■ Trastornos esquizofrénicos.

El suicidio es la primera causa de muerte entre las personas jóvenes que padecen esquizofrenia. Más del 10% termina su vida suicidándose, de los cuales aproximadamente la mitad suele haber realizado una tentativa previa. Los períodos de mayor riesgo son:

1. Inicio del trastorno.
2. Recaída.
3. Finalización del episodio.
4. Primeras semanas después del alta hospitalaria.

Desde una perspectiva **psicosocial** se han señalado como factores de riesgo:

1. Abandono de la medicación y de la atención en Salud Mental.
2. Entrada en la cronicidad.
3. Muerte de los padres y mayor exigencia de autonomía personal.
4. Consumo de alcohol y otras sustancias.

Desde una perspectiva **clínica** se destaca como factores de riesgo:

1. Los síntomas extrapiramidales intolerables.
2. El subtipo paranoide y el trastorno esquizoafectivo tienen riesgo superior al residual.
3. Las observaciones clásicas sobre las alucinaciones por voz imperativa que ordena matarse, son controvertidas y poco frecuentes.

■ Alcoholismo y otros trastornos adictivos.

El 10-15% de los alcohólicos muere por suicidio, hacia los 15-20 años de evolución del alcoholismo, y en general coincide con la aparición de enfermedades somáticas, con un grave deterioro social y con situaciones de pérdidas significativas.

Las tentativas de suicidio son muy frecuentes en esta población. En más de la cuarta parte de tentativas asistidas en urgencias se encuentra un consumo excesivo de alcohol en los días previos al intento autolítico. Repite tentativa de suicidio hasta el 75% de los alcohólicos crónicos.

En los trastornos por dependencia a opiáceos, la mortalidad por suicidio es del 10%, a los 8-10 años de adicción.

■ Trastornos de la personalidad.

La mortalidad por suicidio en el trastorno límite de personalidad llega al 10-15%. El 25% de pacientes que realizan intentos presentan un trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes el límite, el antisocial, el histriónico y el narcisista.

Tienden a llevar a cabo tentativas repetidas, en las que la finalidad letal es menos relevante que la función de comunicación y pueden ser una estrategia de afrontamiento del estrés.

■ Enfermedad médica crónica.

Entre la población de suicidio consumado, el 45% padecía una enfermedad médica y el 5% se hallaba en estado terminal. En las tentativas de suicidio se diagnostica algún tipo de enfermedad médica en el 20-30% de los casos.

7.2.2. Protocolos en uso de prevención y actuación ante conductas suicidas en salud mental.

Protocolo de prevención de las conductas suicidas en las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas.

- ▶ Objetivo: extremar y ordenar las medidas de seguridad, ayudar al reconocimiento de signos y síntomas de riesgo, organizar la planificación de intervenciones y toma de decisiones y velar por la seguridad del paciente psiquiátrico ingresado.
- ▶ Define acciones necesarias que se deben llevar a cabo por los equipos de las Unidades durante el ingreso y tras el alta.
- ▶ Será aplicado a todos los pacientes que ingresen en las Unidades, especialmente aquellos con conducta suicida previa u otros factores de riesgo para el suicidio. Se hace extensivo a todos los psiquiatras y residentes de psiquiatría que realizan guardias en el CHN.

- Se realizará una extensión progresiva del protocolo a otros recursos de hospitalización e intermedios.

Protocolos de intervención en crisis o cuidados intensivos de enfermería en los CSMs.

- Objetivo: atención frecuente a pacientes graves en situaciones de crisis o descompensación psicopatológica en forma de consultas breves de enfermería en régimen ambulatorio.
- Acciones: administración de medicación y supervisión de efectos secundarios, contención, escucha activa, apoyo emocional, apoyo para hábitos de vida saludables.

Protocolo de atención integral en emergencias y traslados urgentes por enfermedad mental realizado por un Grupo Técnico de Trabajo en 2008.

- Incluye un protocolo de actuación ante el riesgo de suicidio con un algoritmo general de actuación según los diferentes niveles de riesgo.

7.2.3. Herramientas de evaluación sistematizadas en salud mental.

La evaluación con instrumentos estandarizados complementan la información obtenida mediante la entrevista clínica, y proporcionan datos relevantes.

Aunque las escalas al uso no tienen un alto valor predictivo sobre la conducta suicida sí son útiles para la identificación sistematizada de factores de riesgo.

- Evaluación Psicopatológica estandarizada (Escala SSPI de Peter F Liddle, 2001) utilizada en recursos hospitalarios sobre todo. Adaptada por la Sección de psiquiatría B del CHN, en la que se han añadido 3 ítems, uno de ellos “ideación autolítica”. Esta evaluación se realiza con una o más entrevistas durante los tres primeros días del ingreso.
- Escalas clínicas de uso frecuente:
 - Inventario de Depresión de Beck BDI II.
 - Escala Hamilton Depresión.
 - Escala de intencionalidad suicida de Beck.
 - Inventario Clínico Multiaxial de MILLON. MCMI-III.
 - Inventario Clínico para adolescentes de Millon. MACI.
 - Escala de Evaluación del Riesgo de Suicidio de Columbia (Columbia Suicide Severity Rating Scale, Screen versión C-SSRS).

La escala C-SSRS está incluida en el protocolo de prevención de conductas suicidas en las

Unidades de Hospitalización Psiquiátricas. Está traducida al castellano para uso en nuestro país por el Instituto MAPI. Esta escala aporta un lenguaje clarificador, cuantifica el espectro de ideación y conducta suicida diferenciando ambas partes y estima la severidad a lo largo de diferentes períodos, distingue entre conducta suicida y no suicida, su formato es amable y permite la integración de otras fuentes de información.

Esta Escala cuenta con una entrevista estructurada que facilita su cumplimiento por parte del profesional y clarifica el modo de proceder a la evaluación. Se recomienda su uso en Salud Mental ([Anexo 2](#)).

Salud Mental Infanto-Juvenil (SMIJ).

En las últimas décadas se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas en jóvenes. En España, entre los jóvenes de 15 a 25 años el suicidio es, después de los accidentes de tráfico, la segunda causa de muerte.

La prevención en esta área pasa por el conocimiento de los factores de riesgo asociados ya que los adolescentes se consideran un grupo de riesgo:

- ▶ Existencia de trastorno mental: trastornos depresivos, trastornos de personalidad, trastornos de conducta, consumo de tóxicos.
- ▶ Edad: la frecuencia aumenta con la edad.
- ▶ Sexo: las chicas presentan más frecuentemente ideación y tentativas de suicidio y los chicos más suicidios consumados.
- ▶ Enfermedad física o discapacidad.
- ▶ Estresores sociales, conflictividad familiar.
- ▶ “Efecto contagio”.
- ▶ Otros: acoso de iguales, orientación sexual, historia de maltrato, cambios dentro del núcleo familiar.
- ▶ Método: las chicas, intoxicación medicamentosa y los chicos, métodos más violentos.
- ▶ La repetición es frecuente (40% a los dos años).
- ▶ El seguimiento terapéutico es bajo (el 50% no acude al primer control).

En SMIJ se está trabajando en el seno del Comité de Mejora de Coordinación Atención Primaria/Salud Mental un documento que pretende mejorar la colaboración entre ambos niveles y explicita criterios de derivación de Atención Primaria a SM, así como la diferenciación entre trastorno y problema. Dicho documento recoge una parte específica para la conducta suicida y propone una guía para evaluar la conducta suicida en Atención Primaria, que se anexa en este documento y se adapta para el resto de ámbitos que trabajan con el menor.

Esta Guía de evaluación se ha adaptado y mejorado para este Protocolo e incluye recomendaciones sobre cómo y qué preguntar y es aplicable a todos los ámbitos que trabajan con el menor, ya sea Pediatría, Salud Mental, Educación y Servicios Sociales ([Anexo3](#)).

Es evidente la necesaria colaboración en el área Infanto-Juvenil en todos los casos en los que la intervención supera el ámbito de Salud. La existencia del “Protocolo de colaboración entre Educación, Salud y Servicios Sociales en la atención a la Infancia y adolescencia” ya disponible, sienta las bases generales del marco de actuación interdepartamental.

En Navarra, la Salud Mental Infanto-Juvenil está organizada en tres dispositivos ambulatorios ubicados en Estella, Tudela y Sarriguren y cuenta con un recurso específico de hospitalización parcial y otro de hospitalización completa, para los casos más graves.

Psicogeriatría.

La tasa de suicidio aumenta con la edad. El suicidio es más frecuente en ancianos que en cualquier otra población, sobre todo en varones mayores de 75 años y que viven solos. La mayoría de estos tienen un trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente el trastorno depresivo mayor. Las enfermedades físicas suelen ser la causa precipitante más frecuente, sobre todo las que provocan dolor crónico y limitación funcional. En la población de más de 75 años el suicidio es tres veces superior a la del grupo de 15 a 24 años.

En el anciano suicida contribuye una etiología multifactorial formada por la soledad, el aislamiento, la enfermedad orgánica y la depresión.

La Red de SM de Navarra atiende a la población psicogeriátrica de la misma manera que al resto de población pero cuenta con un dispositivo de hospitalización parcial específico para esta población, cuando se trate de trastorno mental más grave.

7.2.4. Coordinación con agentes externos.

La conducta suicida, tanto en sus tentativas como en su consumación implica más allá del acto médico ya que acarrea consecuencias en un radio de acción extenso y, a menudo se verá implicado el sistema escolar y el social, por lo que debemos poner esfuerzo en el manejo de la información para que la coordinación sea efectiva. Ver flujos anexados.

7.2.5. Recomendaciones desde salud al familiar.

Sabiendo que la muerte de un familiar es una de las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona, cuando la muerte se produce por suicidio, es todavía más complicado, causa un dolor intenso y prolongado en las personas cercanas.

Se ha descrito que el shock, el aislamiento y la culpa pueden ser mayores que tras otro tipo de muertes. El proceso se caracteriza por cuestionarse aspectos relacionados con la persona

fallecida, por la búsqueda de una explicación, si podrían haber hecho algo, qué decir a la gente, sentir abandono o rechazo, estigma. Otras veces, personas del entorno pueden presentar actitudes negativas o culpabilizadoras sobre el suicidio.

El sistema de Salud debe comprender e informar que el duelo es una respuesta normal ante la pérdida, no hay una forma correcta de pasar el duelo y va a depender de la relación con la persona fallecida, la forma en que se produjo la muerte, experiencias pasadas, el carácter y la existencia o no de apoyo familiar y social. Se describen tres etapas en el duelo:

1. Sentir rabia, confusión, angustia o aturdimiento. Negación. Distanciamiento emocional.
2. Sentir soledad, tristeza y depresión. Desesperación, agresividad, culpa.
3. Aceptación gradual de la pérdida. Sentimientos menos intensos, no piensa tanto en lo ocurrido. Se va incorporando a sus tareas habituales.

No siempre el sistema sanitario va a ser el ámbito adecuado para superar un duelo. Seguramente en la mayoría de las ocasiones la propia persona con sus recursos y su red social serán suficientes para superarlo. No obstante desde este sistema, como desde otros, los mensajes para superar un duelo irán en la línea de:

- ▶ Aceptar la pérdida.
- ▶ Darse tiempo para entender y aceptar las emociones y sentimientos.
- ▶ Aprender a vivir sin la persona querida, reconstruir su vida.
- ▶ Compartir su experiencia.
- ▶ Seguir adelante.

Se recomendará acudir al médico cuando el malestar sea intenso, se prolongue en el tiempo y estén presentes una serie de síntomas (alteraciones del sueño, del apetito, pérdida de energía e interés por las cosas) que impiden a la persona hacer su vida normal.

Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables, puesto que tienen una forma diferente de expresar los sentimientos. Lo que los niños pueden entender sobre la muerte dependerá en gran medida de su edad, sus experiencias vitales y su personalidad. Pueden expresar sus sentimientos de muchas formas: irritabilidad, miedos nocturnos, travesuras, síntomas somáticos, conductas regresivas. Pueden sentir culpa y abandono. Por ello, no conviene apartarles de la realidad sino ser honestos y hablarles sinceramente de lo ocurrido pero sin excesivo detalle. En cuanto a los adolescentes es importante vigilar la aparición de cambios de hábitos en el estudio, con los amigos, consumo de tóxicos, de tiempo libre que pueden indicar la necesidad de ayuda.

Las reacciones de los menores que han vivido un suicidio en su medio cercano pueden adoptar la forma de alteraciones en el comportamiento, alteraciones emocionales y disminución del rendimiento académico. Su evolución dependerá de cómo transcurra la situación en su entorno más próximo, de modo que una adecuada estabilización del entorno familiar y escolar

favorecerá su recuperación. Aquí los maestros y profesores tienen un papel fundamental en la observación, detección, apoyo y normalización del menor.

7.2.6. Formación.

La formación transversal en el ámbito de Salud compete en primer lugar al Departamento de Salud, en concreto al Plan Docente anual, que marca las líneas prioritarias de la formación. Desde ahí se plantearía la necesidad de formación a los distintos profesionales en esta temática de prevención y abordaje de la conducta suicida.

Es destacable que durante los años 2010, 2011 y 2012 el Departamento de Salud desarrolló en su Plan Docente un curso de Urgencias Psiquiátricas que sería bueno actualizar de forma periódica. Su objetivo general era la capacitación básica para el manejo del paciente mental grave en crisis aguda con riesgo de agitación y suicidio. Como objetivos específicos se destacaban la aplicación del Protocolo de atención integral en emergencias y traslados urgentes por enfermedad mental, detección del riesgo, habilidades y pautas de intervención.

La RSMNa dispone de la Unidad Docente Multidisciplinar específica y una Comisión de Formación Continuada cuyo objetivo principal es detectar necesidades formativas de los colectivos que la integran (formación de residentes en programa de formación y del personal de la Red de Salud Mental) y proveer de formación en distintos ámbitos y bajo distintos formatos (taller, seminario, on line). Atención primaria también dispone de una Unidad Docente.

Así mismo todos los profesionales de Salud cuentan también con la formación continuada que promueve el INAP a todos los empleados públicos.

Las líneas formativas en estos últimos años, desde la Comisión de Formación Continuada de Salud Mental, han ido en torno a la intervención terapéutica desde el ámbito clínico dirigidas a los distintos colectivos que conforman la Salud Mental, médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Estas acciones van encaminadas a mejorar la capacidad de resolución de los profesionales en la atención a personas con diversos trastornos mentales.

8

ACTUACIÓN DEL SISTEMA DE EDUCACIÓN

8.1. INTRODUCCIÓN.

El entorno educativo es un espacio privilegiado para la prevención y detección de las diferentes manifestaciones de riesgo, entre las que se encuentran los comportamientos suicidas.

En los casos de tentativas y de ideaciones suicidas, el orientador/a de cada centro educativo, los tutores/as y el equipo directivo son las personas de referencia para cualquier iniciativa de actuación.

Cada centro desarrollará un plan de prevención y actuación de la conducta suicida que se basará en el presente Modelo de prevención e intervención de la conducta suicida en el ámbito educativo, el cual refleja las siguientes funciones de la comunidad educativa:

- ▶ Intervención atendiendo al plan del propio centro.
- ▶ Acogida, escucha y atención al protagonista y a las personas cercanas, con la mayor celeridad posible.
- ▶ Coordinación con los diferentes profesionales y responsables, de la comunidad educativa y/o externos, tanto antes, como durante o después de un comportamiento suicida.
- ▶ Ofrecimiento de apoyo a las personas próximas afectivamente.
- ▶ Seguimiento cercano de la evolución de la persona implicada y/o del alumnado afectado.

La intervención de las personas de cada ámbito se realizará con sensibilidad, confidencialidad y rapidez, y dependerá del momento (antes, durante o después) de la realización del comportamiento autolítico.

Es importante la creación de estructuras de comunicación entre profesionales para coordinarse rápidamente, ya sea entre profesorado, profesorado-familias, profesorado-alumnado, así como con otros agentes de la comunidad educativa.

En el centro educativo los/las profesionales analizarán los indicadores de riesgo en base al comportamiento y rendimiento del alumnado tanto en el aula como en el centro, realizarán entrevistas y seguimiento del alumnado implicado en el marco de la tutoría individual y de la orientación educativa, según el plan establecido en cada centro. Igualmente los profesionales se coordinarán con los recursos externos al centro que complementen acciones dirigidas al apoyo y bienestar del alumnado.

Los docentes pueden ayudar a detectar situaciones de riesgo en sus alumnos y alumnas, utilizando un enfoque de tratamiento esperanzador de las dificultades, con un mensaje de fondo en la dirección de que “siempre hay salida”.

Así mismo es fundamental la comunicación, el apoyo y la colaboración con las familias, garantizando la confidencialidad y compartiendo lo que a unos u otros afecta y preocupa, especialmente cuando se identifiquen crisis personales y/o familiares.

No se ha de olvidar, igualmente, el papel del alumnado que, por ejemplo, puede activar y desarrollar redes de apoyo identificando situaciones de riesgo a través del grupo de amigos/as o alumnos/as mediadores/as o ayudantes.

Por todo ello se ofrece a continuación un Modelo de prevención e intervención de la conducta suicida, que describe las actuaciones en cada ámbito, y que cada centro deberá ajustar y concretar en su propio plan. Así mismo se adjunta en el [Anexo 3](#) una “**guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores**”, para ser utilizada por el/la orientadora correspondiente.

8.2. MODELO DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

El presente modelo constituye un marco de actuación orientativo que formará parte del Plan de Convivencia de cada centro educativo y constituirá una de sus líneas de actuación. Cada centro adaptará y contextualizará este modelo a la realidad y características concretas de su centro, y articulará los mecanismos necesarios para que constituya un documento conocido y utilizado por los diferentes integrantes de la comunidad educativa.

Tanto desde la perspectiva de la prevención, como de la intervención, el primer análisis a realizar por el profesorado, alumnado y/o familias ha de ser el de los factores de riesgo y de protección que se presenten en un alumno o alumna, con el fin de poder detectar si nos encontramos ante un posible caso de comportamiento suicida.

Se relacionan a continuación los factores de protección y de riesgo. No obstante, ya se han desarrollado más ampliamente en el punto 5 de este Protocolo:

Factores Protectores.

- ▶ Habilidades de resolución de problemas.
- ▶ Autoconfianza.
- ▶ Habilidades sociales.
- ▶ Flexibilidad cognitiva.
- ▶ Hermanos/as.
- ▶ Calidad del apoyo familiar y social.
- ▶ Integración social.

- ▶ Ética o valores positivos y espiritualidad.
- ▶ Adopción de valores culturales.
- ▶ Tratamiento integral de la enfermedad física/mental.

Factores de Riesgo.

■ Individuales.

- ▶ Antecedentes/Presencia de trastornos mentales.
- ▶ Intentos previos de suicidio.
- ▶ Desesperanza, impulsividad, rigidez cognitiva, perfeccionismo, pensamiento dicotómico.
- ▶ Presencia de ideación suicida.
- ▶ Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad.
- ▶ Historia de maltrato físico y/o abuso sexual.
- ▶ Dificultades en la identidad u orientación sexual.
- ▶ Acoso por parte de iguales.
- ▶ Fácil acceso a medicamentos o tóxicos o armas.

■ Familiares y contextuales.

- ▶ Historia familiar de suicidio.
- ▶ Ausencia de apoyo sociofamiliar.
- ▶ Presencia de eventos vitales estresantes.
- ▶ Factores sociales y ambientales.
- ▶ Antecedentes de suicidio en el entorno.
- ▶ Exposición al efecto contagio.

Sobre el diagnóstico concreto de un caso, cualquier profesional docente, familiar o compañero/a puede detectar indicadores de una posible crisis suicida y él/ella debe ser quien informe a orientación o dirección, en primer lugar. Además pedirá la colaboración del profesorado de referencia que cada centro tenga establecido (esta figura podrá ser designada entre el profesorado del centro con las habilidades necesarias para ser considerado agente de ayuda)

A continuación se refleja un conjunto de actuaciones o pasos a dar desde los diferentes ámbitos. Son medidas que están organizadas en tres partes o momentos: antes, durante y después de la detección de algún comportamiento de riesgo, o tras la valoración de la situación por parte de algún profesional.

8.2.1. Antes: “Romper el silencio”.

Actuaciones del Profesorado:

- ▶ Entrevistas de tutoría con las familias y con el alumnado, así como registros individuales realizados por el equipo docente, al menos con periodicidad trimestral, con el objetivo de analizar los factores protectores y de riesgo. Esta actuación nos permitirá obtener una información inicial que puede guiar actuaciones futuras.
- ▶ Tutorías afectivas entre profesorado y alumnado en riesgo, en espacios seguros de comunicación, transmitiendo disponibilidad, respeto y confidencialidad, para que se pueda abordar todo aquello que hace sufrir o preocupa.
- ▶ Creación y supervisión de redes de apoyo entre iguales dirigidas a alumnado en situación de riesgo, que posibiliten el acompañamiento, la ayuda, la cercanía, la empatía, la solidaridad entre el alumnado...
- ▶ Información al alumnado del profesorado de referencia como agente de ayuda, en el centro.
- ▶ Tutorías grupales y otras actividades dirigidas a fomentar competencias emocionales como resiliencia, asunción del fracaso, tolerancia a la frustración, autoconocimiento, autonomía, generación de metas, satisfacción personal, automotivación, afectividad, establecimiento de vínculos positivos, y habilidades sociales, de comunicación y de resolución de conflictos.
- ▶ Inclusión de la educación emocional en el currículum de las diferentes áreas como complemento de la acción tutorial. Se utilizará una metodología específica que incluya acciones educativas dirigidas a incidir en contenidos como la petición y concesión de ayuda en crisis personales, el tratamiento esperanzador de las dificultades, el sentido de la vida, las actividades solidarias y de cuidado de los demás (por ejemplo a través de redacciones, películas, dinámicas de aula, exposiciones y debates, todos ellos con su correspondiente desarrollo didáctico).
- ▶ Formación del profesorado en convivencia: resolución de conflictos, educación emocional, psicología positiva, así como afrontamiento del duelo y crisis personales.
- ▶ Formación específica para el alumnado, con el fin de crear una red de apoyo entre iguales u otros programas de ayuda (alumnado ayudante, mediación, círculos de convivencia, tutoría entre iguales, etc....).
- ▶ Contextualización de este Modelo de prevención e intervención de conductas suicidas en cada centro educativo, incluyendo una **“guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores”**, de tal manera que se aprovechen las estructuras y procedimientos ya habituales en los centros educativos.
- ▶ Confirmación de la señal de alarma en las siguientes situaciones: (1) cuando cualquier docente detecte varios factores de riesgo, (2) cuando el orientador u orientadora aplique la guía de evaluación y constate el riesgo, (3) cuando una familia transmita su preocupación sobre la situación emocional o la salud mental de su hijo o hija, (4) a partir del conocimiento de un recurso asistencial, (5) cuando se produzca una verbalización o (6) se presenten acontecimientos autolíticos.

- ▶ Activación del plan de prevención e intervención de la conducta suicida del centro, si se constata la situación de riesgo o la señal de alarma.
- ▶ Establecimiento de cauces de coordinación y comunicación entre los diferentes recursos asistenciales que atienden a alumno/a y, en su caso, activación de la comisión interinstitucional de seguimiento y toma de decisiones.

Actuaciones del Alumnado:

- ▶ Búsqueda de apoyo entre los profesores y profesoras de referencia que puedan suponer un agente de ayuda para el alumnado. De no establecerse una figura específica, será su tutor/a o su orientador/a la persona con quien tratará abiertamente las situaciones que le preocupen.
- ▶ Comunicación rápida, eficaz y confidencial al profesorado de referencia para estos casos, de cualquier señal de alarma que pueda considerarse factor de riesgo.
- ▶ Participación en la red de apoyo entre iguales, tanto para recibir ayuda como para ayudar, siempre con el asesoramiento de un/una docente.
- ▶ Implicación en la formación dirigida al alumnado sobre programas de ayuda entre iguales.
- ▶ Sensibilización y motivación hacia la solidaridad entre el alumnado.

Actuaciones de las Familias:

- ▶ Colaboración con el centro con una actitud abierta y de confianza que facilite la comunicación.
- ▶ Contacto con el centro educativo, generalmente con el orientador/a o el tutor/a, cuando en la familia se presenten situaciones especiales de crisis que puedan afectar directamente al alumno/a.
- ▶ Si es necesario, se pedirá asesoramiento al orientador/a del centro y/o a otro tipo de profesionales.
- ▶ Actitud de escucha y diálogo hacia las inquietudes y dificultades de sus hijos e hijas.
- ▶ Participación activa en la formación dirigida a las familias, en temáticas relacionadas con la educación socio-emocional y en valores éticos de sus hijos e hijas.
- ▶ Apertura para utilizar los recursos comunitarios (pediatría, salud mental, servicios sociales...).

Actuaciones del Departamento de Educación:

- ▶ Diseño de actividades formativas sobre los temas de duelo y prevención de conductas suicidas, en cada plan anual de formación para el profesorado.
- ▶ Asesoramiento a las comunidades educativas a través de la Inspección Educativa y de la Asesoría para la Convivencia, en los casos en que se solicite.

- ▶ Impulso de medidas de colaboración entre los centros educativos y otros profesionales especializados, para la sensibilización y desarrollo de medidas preventivas y recursos asistenciales. En este marco se sitúa el “Convenio de colaboración entre el Departamento de Educación y el Hospital San Juan de Dios para la sensibilización y educación acerca del final de la vida”.
- ▶ Dotación de los recursos económicos necesarios para cubrir la formación y el asesoramiento a las comunidades educativas, en especial al profesorado; todo ello con el fin de sensibilizar y ayudar a desarrollar su plan de prevención e intervención de la conducta suicida.
- ▶ Registro del número de suicidios que se produzcan entre el alumnado, así como el estudio de los mismos.
- ▶ Dotación de recursos personales para que en cada centro se pueda abordar el desarrollo de su Plan de prevención e intervención de la conducta suicida.
- ▶ Inclusión de la Asesoría de Convivencia en la Comisión interinstitucional de prevención y actuación ante conductas suicidas.

8.2.2. Durante: “Se ha identificado riesgo en alguna persona”.

Actuación del Profesorado:

Se ha de considerar “**riesgo**” cuando:

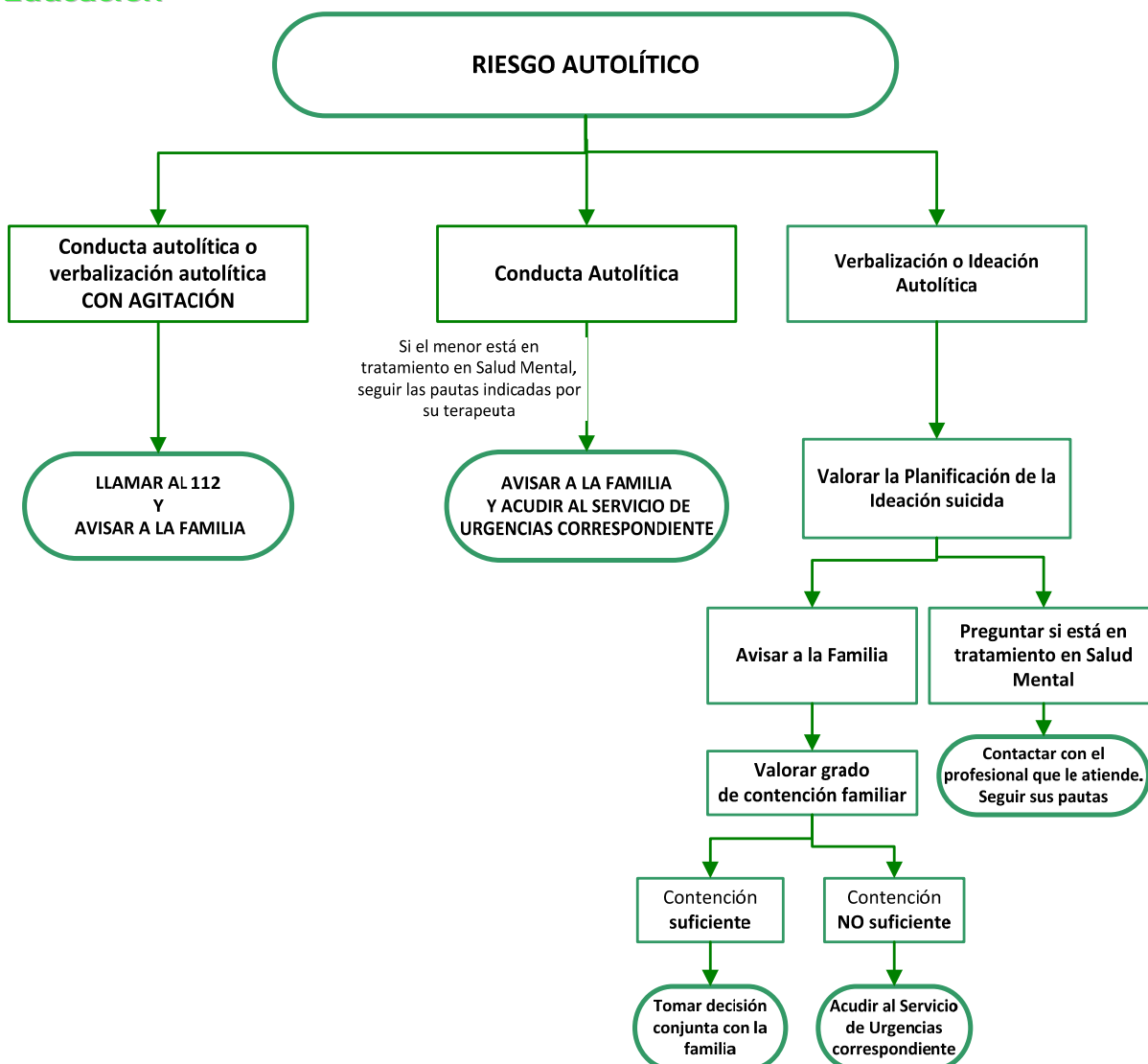
- ▶ Se tenga constancia de comportamientos autolíticos en el pasado.
- ▶ Se observen en el presente curso tres o más factores de riesgo.
- ▶ La familia comunique al centro su propia percepción de que existe riesgo.
- ▶ Las personas del entorno próximo del alumno o alumna comuniquen su percepción de la existencia de riesgo al tutor/a, amigos/as, pareja, etc....
- ▶ Cuando el orientador/a detecte riesgo tras la aplicación de la “**Guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores**”.

Si se identifica riesgo en alguna persona, la actuación inmediata en el centro educativo se centrará sobre todo en la escucha, comunicación y aplicación del plan, que incluirá las siguientes acciones:

- ▶ El primer paso será la comunicación de las sospechas por parte de cualquier miembro de la comunidad educativa al orientador/a del centro.
- ▶ Seguidamente el orientador/a procederá a la evaluación del riesgo aplicando la “**Guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores**”.
- ▶ Si el orientador/a identifica riesgo lo comunicará a Dirección.
- ▶ A continuación se activarán las estructuras escolares que han de asumir actuaciones dentro del plan de prevención e intervención de conductas suicidas del centro.

- ▶ En los casos de tentativas o de ideaciones suicidas, se movilizarán las personas de referencia para las iniciativas de actuación necesarias (al menos, el orientador/a, los tutores/as y el equipo directivo).
- ▶ Cuando se dan comportamientos suicidas, siguen siendo las citadas personas de referencia las que deben actuar de forma rápida y responsable. El proceso de acompañamiento y/o de duelo suele afectar a toda la comunidad educativa en mayor o menor grado; por ello la actuación no se limitará al día del suceso, sino que se atenderá el impacto del mismo durante el tiempo que la comunidad educativa lo necesite.
- ▶ Los responsables de cada centro deberán comunicar la tentativa o ideación atendiendo al siguiente flujograma.

Flujograma 3. Actuación ante riesgo autolítico detectado en Educación



Se debe cuidar en lo posible la confidencialidad y mantener una actitud de calma, receptividad, escucha y apoyo por parte del profesorado tanto al alumno/a identificado en situación de riesgo, como a las personas próximas afectivamente. Estas necesidades se atenderán mediante actuaciones grupales o tutorías individuales.

- ▶ La vigilancia y las pautas de actuación se ajustarán en coordinación con los profesionales implicados y con la familia del alumnado identificado en situación de riesgo.
- ▶ Si fuera necesario, se solicitará ayuda y/o asesoramiento a Inspección Educativa o a la Asesoría para la Convivencia, del Departamento de Educación.

Actuaciones del Alumnado:

- ▶ Comunicación rápida, eficaz y confidencial al profesorado de referencia, de cualquier señal de alarma que pueda considerarse factor de riesgo.
- ▶ Actitud de calma, receptividad, escucha y apoyo al alumno/a en riesgo, así como de colaboración con los/las docentes que intervengan.
- ▶ Utilización de la red de apoyo entre iguales para ayudar y acompañar al alumnado identificado en riesgo, con el asesoramiento del profesorado que coordine el caso.
- ▶ Ofrecimiento al compañero/a en situación de crisis, de la posibilidad de recurrir al profesorado de referencia o agente de ayuda.

Actuaciones de las Familias:

- ▶ Colaboración con los diferentes profesionales intervinientes (servicio de urgencias, pediatría, salud mental, profesorado, servicios sociales...).
- ▶ Coordinación con el centro para informar de la situación de riesgo o de la conducta autolítica y para participar en las actuaciones conjuntas que se acuerden.
- ▶ Solicitud de asesoramiento y orientación, si fuera necesario.
- ▶ Actitud de escucha, diálogo y calma ante las dificultades y/o conductas autolíticas de sus hijos e hijas.

Actuaciones del Departamento de Educación:

- ▶ La Asesoría para la Convivencia se pondrá en contacto con el centro cuando se tenga constancia de ello a través del protocolo interinstitucional de urgencias.
- ▶ Asesoramiento a las comunidades educativas a través de la Inspección Educativa y de la Asesoría para la Convivencia, en los casos en los que se solicite.
- ▶ La Asesoría para la Convivencia atenderá cuantas peticiones de ayuda se formulen en el ámbito educativo.

8.2.3. Después: “Ya se ha dado un intento”.**Actuaciones del Profesorado:**

- ▶ Ante un hecho autolítico, la actuación de cada centro educativo deberá prolongarse el tiempo que las personas afectadas o la comunidad educativa lo necesiten. Es el centro quien organizará sus actuaciones y el apoyo docente adecuado, para que el alumnado pueda abordar lo que le preocupe o afecte.
- ▶ Continuidad de la coordinación con los diferentes profesionales especializados intervinientes en el caso, para el desarrollo de medidas asistenciales o de acompañamiento, según las necesidades.

- ▶ Aplicación de las medidas preventivas descritas en el apartado “antes”, realizándose los ajustes necesarios en cada caso.
- ▶ Apoyo a la familia y colaboración para el seguimiento del caso correspondiente.
- ▶ Continuidad del apoyo al grupo de clase y a otras personas cercanas, que se adaptará al nivel de cercanía y afectación de las mismas.
- ▶ Información de la Dirección a la Asesoría para la Convivencia de los casos de suicidios consumados, para que puedan ser contabilizados en el registro correspondiente y, en su caso, para recibir asesoramiento.

Actuación del Alumnado:

- ▶ Uso de las redes de ayuda entre iguales para conocer el estado anímico y el nivel de superación del impacto.
- ▶ El alumnado contará con el profesorado de referencia para compartir sus necesidades y preocupaciones.
- ▶ Mantenimiento de una actitud de escucha, apoyo y solidaridad hacia el alumno/a en riesgo, así como hacia otras personas afectadas de su entorno próximo.
- ▶ Continuidad en la participación en las medidas preventivas descritas en el apartado “antes”, teniendo en cuenta el momento y situación presentes.

Actuación de las Familias:

- ▶ Colaboración con los diferentes profesionales o agentes de ayuda (pediatría, salud mental, profesorado, servicios sociales...).
- ▶ Cooperación con el centro educativo para posibles actuaciones conjuntas.
- ▶ Mantenimiento de una actitud abierta, de escucha y diálogo ante las dificultades de sus hijos e hijas, si se ha producido un intento autolítico.

Actuaciones del Departamento de Educación:

- ▶ Concesión de asesoramiento a las comunidades educativas a través de la Inspección Educativa y de la Asesoría para la Convivencia, en los casos en los que se solicite.
- ▶ Impulso de medidas de colaboración entre los centros educativos y otros profesionales especializados, para la sensibilización y desarrollo de medidas preventivas y recursos asistenciales. En este marco se sitúa el “Convenio de colaboración entre el Departamento de Educación y el Hospital San Juan de Dios para la sensibilización y educación acerca del final de la vida”.
- ▶ Diseño y organización de la formación del profesorado en convivencia: resolución de conflictos, educación emocional, psicología positiva, así como afrontamiento del duelo y crisis personales.
- ▶ Registro de los suicidios consumados del alumnado, así como el estudio de los mismos.

- ▶ Participación de la Asesoría de Convivencia en la Comisión interinstitucional de prevención y actuación ante conductas suicidas.

8.2.4. Información complementaria para el plan de prevención e intervención de la conducta suicida de cada centro educativo.

El modelo de actuación que se ha descrito en este anexo, se concretará en el “Plan de prevención e intervención de la conducta suicida de cada centro educativo”, el cual figurará en el Plan de Convivencia del propio centro. Dicho plan deberá contener, además de las actuaciones mencionadas en el presente modelo, la siguiente información:

- ▶ Teléfonos claros y accesibles de la familia y de los/as profesionales de referencia (Urgencias: 112, Pediatría, Salud Mental, Servicios Sociales, Asesoría para la Convivencia: 900841551,...), con el fin de llevar a cabo, de la forma más ágil posible, los contactos y la coordinación necesaria en cada caso.
- ▶ Relación del profesorado de referencia que el centro haya determinado como agente de ayuda, para que cada grupo de alumnos/as conozca a quién ha de dirigirse, tanto si percibe alguna situación de riesgo, como si ésta se produce.
- ▶ “Guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores” ([Anexo 3](#) a este protocolo).
- ▶ Concreción de la formación a llevar a cabo en el centro en esta temática.
- ▶ Determinación de las personas que se coordinarán para organizar la dinámica del centro después de que se haya producido una conducta suicida con impacto en la comunidad educativa (para ello se podrá solicitar asesoramiento a la Asesoría para la Convivencia).
- ▶ Otras actuaciones o iniciativas preventivas, informativas y de sensibilización, diseñadas por la propia comunidad educativa (decálogos, programas, evaluaciones, prevención selectiva indicada, etc....).

8.3. FORMACIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

Tanto la relevancia de las conductas suicidas en la adolescencia y juventud, como la aprobación del presente protocolo, justifica la necesidad de contar con profesionales formados en esta temática, para poder intervenir de la forma más adecuada posible en el ámbito educativo.

Anualmente el Departamento de Educación, a través de la Asesoría para la convivencia, ofrece un programa formativo de convivencia. Dentro de este programa se diseñará y ofrecerá al profesorado de todos los centros educativos, una formación específica sobre prevención de conductas suicidas.

Hay que señalar que, además de la formación específica, el programa de convivencia contiene en torno a 55 actividades: cursos, talleres, sesiones informativas, seminarios, etc..., orientadas a la mejora de la convivencia (la educación emocional, la resiliencia, las habilidades y

estrategias de resolución de conflictos...), cuya temática puede ayudar y enriquecer las competencias del personal docente para ejercer de agente de ayuda.

La formación específica mencionada dispondrá de una dotación económica de 6000 euros por año, con cargo a la Partida Presupuestaria 410008 41610 2269 321100 “Convivencia e igualdad”.

Esta formación consistirá en cursos presenciales que estarán especialmente dirigidos a equipos directivos, orientadores/as, responsables de convivencia, tutores/as y, en general, a cualquier docente implicado en la mejora de la convivencia de los centros educativos. Los cursos se ofrecerán anualmente, tendrán una duración mínima de 10 horas e incluirán los siguientes objetivos y contenidos:

■ Objetivos.

- ▶ Adquirir conocimientos teóricos.
- ▶ Conocer el protocolo de intervención en el contexto educativo y la guía de evaluación.
- ▶ Adquirir conocimientos para evaluar el riesgo.
- ▶ Conocer herramientas de evaluación.
- ▶ Conocer estrategias de actuación y desarrollar habilidades de intervención.

■ Contenidos de la formación y ponderación de los mismos.

Aproximación conceptual	10% (1 hora)
1. Terminología y definiciones 1.1. Ideación y Conducta	
2. Factores sociodemográficos de riesgo de suicidio	
3. Mitos sobre el suicidio	
Conducta suicida y salud emocional	10% (1 hora)
1. Introducción	
2. Epidemiología	
3. Gestación de la vivencia suicida. Visión longitudinal	
4. La vivencia suicida. Visión transversal	
5. Proceso de la conducta suicida y salud emocional	
Conducta suicida en niños y adolescentes	10% (1 hora)
1. Adolescentes. Epidemiología	
1.1. Características de la conducta suicida en los adolescentes	
1.2. Factores individuales y de la personalidad	
1.3. Psicopatología y CS	
1.4. Factores de riesgo y factores de protección	
1.5. Señales de alarmas	

Impacto en la familia	10% (1 hora)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción 2. El duelo 3. Duelo derivado por el suicidio de un ser querido <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Dimensiones <ol style="list-style-type: none"> 3.1.1. Contenido temático 3.1.2. Procesos sociales implicados 3.1.3. Impacto que el suicidio tiene sobre la familia 4. Necesidades 5. Ayudas 	
Evaluación del riesgo	20% (2 horas)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de los factores de riesgo 2. Evaluación de la ideación suicida en adolescentes 3. Evaluación de la intensidad de la ideación suicida en adolescentes 4. Evaluación de la conducta suicida y no suicida en adolescentes 5. Guía de evaluación de las conductas suicidas 	
Intervención y abordaje	40% (4 horas)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo de actuación en el ámbito educativo 2. Estrategias de intervención en la ideación suicida 3. Estrategias de intervención en la conducta suicida 4. Estrategias de intervención en la escena 5. Comunicación de malas noticias en el aula 6. Pautas de actuación para asimilar el impacto (en el centro, aula, familia, amigos/as) 	

9

ACTUACIÓN DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

Los servicios sociales de Navarra forman una compleja red que incluye centros y servicios de atención primaria y especializada destinados a diferentes sectores de población (personas mayores, personas con discapacidad o con trastorno mental, población en riesgo de exclusión, familias y menores en dificultad social...). Incluye, además, centros y servicios dependientes del Gobierno de Navarra, de las Entidades Locales y de entidades privadas con y sin ánimo de lucro.

Algunos de estos dispositivos, que trabajan con población de riesgo, cuentan ya con protocolos bien definidos de evaluación, prevención y actuación ante riesgo de conductas suicidas.

Otros no cuentan con protocolos, pero también tratan con población sometida a situaciones de dificultad que pueden aumentar el riesgo de conductas suicidas.

La normativa foral reguladora de autorización y homologación de centros y servicios **sociales**, que afecta a todos los servicios de la red, exigirá la existencia de protocolos de prevención y actuación ante riesgo de conductas suicidas.

En este apartado se propone un modelo de protocolo común a todos los dispositivos del sistema, que pueda adaptarse a las características de cada uno de ellos y de la población que atiende.

9.1. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE.

Población atendida por el sistema de Servicios Sociales de Navarra.

9.2. PROFESIONALES IMPLICADOS.

Trabajadores/as de atención directa de la red de Servicios Sociales de Navarra: trabajadores/as sociales, trabajadores/as familiares, técnicos de integración social, educadores/as sociales, auxiliares de geriatría, psicólogos.../...

9.3. FORMACIÓN NECESARIA.

El capítulo 13 de este Protocolo desarrolla la formación necesaria para abordar la prevención y las actuaciones ante conductas suicidas y cuyos objetivos son los siguientes:

- ▶ Adquirir conocimientos teóricos sobre las conductas suicidas.
- ▶ Adquirir conocimientos para evaluar el riesgo.
- ▶ Conocer herramientas de evaluación.
- ▶ Conocer estrategias de actuación y desarrollar habilidades de intervención.
- ▶ Conocer el protocolo de intervención en el ámbito de los servicios sociales y en la coordinación con otros sistemas de protección.

Se propone establecer una línea de formación que, a lo largo de varios años, sea accesible a la mayoría de los profesionales que trabajan con grupos de riesgo: personas en situación de exclusión social, familias y menores en dificultad o conflicto social, víctimas de violencia de género, personas ancianas y dependientes.

Esta formación podrá ser *on line* o presencial.

Se recomienda tener en cuenta la necesidad de formación en este ámbito a la hora de establecer Contratos con Centros y Servicios privados para la prestación de servicios sociales. Al menos una parte de la plantilla debe contar con formación para identificar factores de riesgo e indicadores, evaluar la ideación y la conducta suicida y conocer los protocolos de actuación y coordinación con otros sistemas.

Se programan a través del INAP cuatro tipos de acciones formativas presenciales para diversos grupos de profesionales de los servicios públicos. Los contenidos difieren poco y lo hacen fundamentalmente según el grupo de edad con el que se trabaja:

- ▶ Todas las edades.
- ▶ Infancia y adolescencia.
- ▶ Tercera edad.

Dentro de este último colectivo, se distingue entre los profesionales que dirigen los programas y los que trabajan en estrecha relación con las personas atendidas: trabajadores/as de los Servicios de Atención a Domicilio y auxiliares de gerontología de centros de día y residencias.

9.4. ACTUACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA.

Una parte fundamental de las acciones de los servicios sociales la constituye la prevención de distintas manifestaciones de malestar social e individual, entre las que pueden entenderse las conductas suicidas.

El fortalecimiento de las redes de apoyo sociales, el fomento de la cohesión social y la solidaridad, la prevención y atención de las situaciones de exclusión social de individuos y grupos, la atención a las personas dependientes y cuidadores informales, la sensibilización

sobre situaciones de necesidad, la promoción del voluntariado y la ayuda mutua, la atención a menores en riesgo de desprotección y sus familias, el fomento de la parentalidad responsable... son todas ellas actuaciones que pueden considerarse **prevención primaria** y constituyen el quehacer cotidiano de los servicios sociales de base y especializados.

9.5. ACTUACIONES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA.

9.5.1. Evaluación del Riesgo.

Identificación de Factores de Riesgo en la Valoración Inicial.

El Capítulo 5 recoge los factores asociados al riesgo de suicidio. En la Valoración inicial de un caso que llega a los servicios sociales, se deben tener en cuenta esos factores, algunos de los cuales recogemos a continuación:

■ Factores presentes en la historia personal y familiar:

- ▶ Intentos previos de suicidio.
- ▶ Historia de suicidios en la familia.
- ▶ Historia de trastorno mental, en especial de depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos límite de personalidad y trastorno de personalidad antisocial.

■ Factores presentes en el momento de la valoración:

- ▶ Pérdidas recientes que implican un importante cambio de vida o acontecimientos estresares.
 - En adultos: viudez reciente, divorcio traumático, pérdida de estatus grave, desempleo, pérdida de vivienda...
 - En adolescentes: pérdida del grupo de iguales, ruptura sentimental, conflicto familiar o social, aislamiento social, *bullying*, ingreso en centro y medidas de contención no previstas...
- ▶ Reducción importante de ámbitos de vida (intereses, contactos sociales...).
- ▶ Abuso de alcohol y de otras sustancias.
- ▶ Estado anímico: desesperanza, tristeza, sentimiento de culpa.
- ▶ Variables de personalidad: impulsividad, vulnerabilidad, indefensión.
- ▶ Fácil acceso a medios de suicidio (armas, medicaciones...).
- ▶ Ausencia de razones que contrarresten el deseo de morir (cuidar a los hijos, ver a los nietos, no disgustar a los hijos...).
- ▶ Pérdida del sentido de la propia vida, valoración negativa de los logros vitales (especialmente en personas ancianas, pero también en adultos).

Entrevista Estructurada para la Evaluación de la Conducta Suicida (adaptada del C-SSRS). Cuando los factores hallados, por su número o intensidad, indican riesgo de intento autolítico, se recomienda aplicar la Entrevista recogida en el [Anexo 2](#). En el caso de los adolescentes y

niños mayores se recomienda la Entrevista recogida en el [Anexo 3](#). Se prevé un breve entrenamiento en su uso dentro de las actividades formativas previstas para profesionales de los servicios sociales.

Identificación de Indicadores de Riesgo durante la Intervención Social.

Conductas verbales: Expresión verbal de ideación o de planes suicidas:

- ▶ Expresa desesperanza y deseo de muerte: *no vale la pena vivir/ para vivir así es mejor estar muerto / qué ganas de dormir y no despertarme nunca.*
- ▶ Expresiones negativas sobre el futuro: *esto no va a cambiar, lo mío no tiene solución...*
- ▶ Dice que piensa en quitarse la vida
- ▶ Utiliza expresiones que indican cierto nivel de preparación: *cualquier día dejo de dar la lata...*
- ▶ Dice que quiere dejar de hacer sufrir a su familia, de ser un estorbo...
- ▶ Dice que sabe lo que debe hacer para dejar de sufrir para siempre.
- ▶ Expresa planes concretos de suicidio.
- ▶ En el caso de adolescentes, expresiones que indican la consideración del suicidio como castigo a la familia: *me las van a pagar, se van a arrepentir, si me lleváis al COA me voy a hacer algo ...*
- ▶ Expresiones que indican pérdida del sentido de la propia vida o valoración negativa de los logros vitales (especialmente en personas ancianas, pero también en adultos): *mi vida no ha servido para nada, he fracasado en todo, no veo sentido a nada.*

Conductas no verbales:

- ▶ Cambios repentinos de conducta:
 - aumento de irritabilidad, aumento de consumo de alcohol.
 - periodo de calma repentino tras un periodo de gran agitación.
- ▶ Episodios de excesivo consumo de alcohol sin historia previa de consumo abusivo.
- ▶ Indicios de que puede estar preparando un suicidio: acumulación de medicamentos o de sustancias químicas venenosas.
- ▶ Preparación de documentos para cuando no esté: cartas de despedida, testamento, seguro de vida...
- ▶ Despedidas o contactos telefónicos con gente con la que tiene poco contacto habitualmente.
- ▶ Donación de objetos de valor.
- ▶ Aparición de lesiones o cortes recientes.

Estado anímico:

- ▶ Desesperanza, tristeza, sentimiento de culpa, síntomas somáticos como falta de apetito, pérdida de sueño...

Entrevista Estructurada para la Evaluación de la Conducta Suicida (adaptada del C-SSRS). Se recomienda aplicarla cuando la presencia de conductas, verbales o no, indican riesgo de intento autolítico ([Anexo 2](#) y [Anexo 3](#) en el caso de adolescentes y niños/as mayores).

9.5.2. Actuaciones ante el Riesgo [\(Ver flujograma 8 capítulo 12\)](#).

Los centros residenciales deben elaborar sus propios protocolos. Algunos, como las Residencias de Atención a Enfermos Mentales (RAEM) o algunos centros de menores ya cuentan con protocolos muy detallados. Los Anexos 5.1, 5.2 y 5.3, recogen los existentes en:

- ▶ Centros residenciales de protección menores.
- ▶ Centros residenciales de justicia juvenil.

Actuaciones ante Valoración del Riesgo **NO** Inminente:

Control de riesgos.

En servicios residenciales y, en la medida de lo posible, en atención domiciliaria:

- ▶ Control de acceso a objetos cortantes; sustancias tóxicas; ventanas, barandillas con riesgo de precipitación; objetos que faciliten asfixia...
- ▶ Supervisión especial, acompañamiento.

Activación de red de apoyos sociales.

- ▶ Red familiar y social.
- ▶ Voluntariado.
- ▶ Servicio de Atención a domicilio.
- ▶ Teleasistencia...

Solicitud de colaboración del sistema de salud.

- ▶ Pedir autorización a la persona afectada para solicitar una cita (*veo que te sientes muy mal, creo que te vendría bien una ayuda, qué te parece si te pido una cita...*).
- ▶ En caso de menores cuya guardia ostenta la familia, comunicación a la familia. La petición de cita la hará la propia familia. La petición de autorización para solicitar cita se hará solo si el/la profesional valora que hay riesgo de que la familia no actúe.
- ▶ Llamada telefónica al/la Trabajador/a Social del Centro de Atención Primaria de Salud solicitando cita urgente (en centros residenciales de menores, petición de cita urgente al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil).
- ▶ Envío del Documento de Solicitud de Colaboración entre los sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales ([Anexo 1](#)).
- ▶ Colaboración de Salud con el Servicio Social hasta que se le atienda directamente, mediante pautas de actuación.

- ▶ Establecimiento, si procede, de un plan de intervención conjunto Salud-Servicio Social hasta que se evalúe que ha desaparecido la necesidad de atención.

Si no acepta la ayuda:

- ▶ Dejar constancia en la historia de que se ha pedido autorización y, en su caso, cita.
- ▶ Mantener un contacto estrecho hasta que el riesgo disminuya o hasta que acuda al Centro de Salud.

Actuaciones ante Valoración del Riesgo Inminente:

- ▶ Llamar al 112.
- ▶ Acompañar a la persona afectada hasta que llegue la atención desde el 112.
- ▶ Al día siguiente: llamada de seguimiento y valoración.
- ▶ Pedir autorización a la persona afectada para contactar con el Centro de Salud.
- ▶ Envío al Centro de Salud del *Documento de Solicitud de Colaboración entre los sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales* ([Anexo 2](#)).
- ▶ Establecer y seguir Plan de intervención consensuado con Salud hasta que se evalúe que no es necesario.

9.6. ACTUACIONES TRAS INTENTO AUTOLÍTICO. ([Ver flujograma 9 capítulo 12](#)).

El intento autolítico implica la intervención de los servicios sanitarios. Los servicios sociales pueden tener información de los hechos por tres vías:

1. Ha ocurrido en el propio centro o servicio (centros residenciales o de atención diurna). Se adjuntan protocolos de servicios residenciales.
2. Lo comunican los servicios sanitarios, previa autorización del/a paciente.
3. Lo comunica el propio sujeto o su entorno.

La actuación tendrá al menos dos ámbitos:

- ▶ Coordinación con Salud:
 - Petición de autorización a adultos para establecer el contacto. No es necesario en el caso de menores cuya guarda ostenta el Gobierno de Navarra y, por delegación, el centro residencial. Si la comunicación parte del centro sanitario, la autorización ha sido obtenida por éste.
 - Envío al Centro de Salud del *Documento de Solicitud de Colaboración entre los sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales* ([Anexo 1](#)).
 - Establecimiento y seguimiento de un Plan de Intervención consensuado con Salud.

- ▶ Mejora de la intervención:
 - Evaluación de posibles áreas de mejora en la detección del riesgo, supervisión y/o acompañamiento.
 - Establecimiento de un plan de mejora, si procede.

9.7. ACTUACIONES TRAS SUCIDIO CONSUMADO. [\(Ver flujograma 10 capítulo 12\).](#)

9.7.1. Persona no atendida en residencia.

La información puede llegar desde el propio entorno de la persona fallecida o desde el Centro de Salud.

En ambos casos nuestra actuación se encamina a paliar los daños del entorno.

El Centro de Salud sólo comunicará el fallecimiento al Servicio Social si, tras un contacto con la familia, detectan necesidades sociales derivadas de aquel (menores que quedan desprotegidos, personas dependientes sin atención, necesidades de garantía de ingresos...).

La actuación tras el suicidio de una persona con la que se trabaja habitualmente dependerá del criterio del profesional, atendiendo al conocimiento que tenga de la familia (ver apartado 7.2.5). Es razonable una llamada interesándose por la situación en que se encuentra la familia. Si se valoran necesidades sociales, se establecerá el programa de actuación necesario, que puede incluir un cierto acompañamiento inicial.

Si se valora la necesidad de ayuda psicológica, se orientará hacia el Centro de Salud de Atención Primaria que activará, a su criterio, la cita con Salud Mental. En caso necesario, la cita se pedirá desde el SSB, mediante el documento específico de solicitud de colaboración ([Anexo 1](#)).

9.7.2. Menor de Edad Atendido/a en Hogar o Residencia Propia o Concertada.

Los centros residenciales que atienden a menores en situación de dificultad y/o conflicto social y los destinados al cumplimiento de medidas judiciales de internamiento cuentan con sus propios protocolos de actuación, algunos de los cuales, que han servido de base para este apartado, se adjuntan a este protocolo ([Anexo 5](#)).

Recogemos a continuación las cuestiones básicas que aquellos incluyen y las que afectan a los profesionales externos al centro:

Inmediatamente:

Llamar al 112	Educadores/as
Llamar a la Dirección del centro	Educadores/as
Seguir instrucciones del 112 y de la policía desplazada al lugar	Educadores/as
Proteger el escenario	Educadores/as
Ubicar al resto de menores en otro espacio, dar mensajes de calma y acompañarles. Respetar reacciones emocionales desde la seguridad y el control	Educadores/as
Redactar, si es posible, un informe detallado de los hechos	Educadores/as
Llamar al Juzgado y a la Dirección General de Familia (DGF)	Director/a del centro
Comunicar el fallecimiento a la familia	Director/a del centro o profesional con mayor relación con la familia,
Comunicar el fallecimiento al resto de menores	Director/a del centro

En el plazo de un día:

Contacto personal con la familia y Presentación de condolencias	Profesional de referencia, Jefe Sec. Protec. Menor y Director/a Servicio
Comunicar la ayuda que el GN podrá prestar para organización y gastos de sepelio	Profesional de referencia
Comunicar el fallecimiento al centro escolar	Director/a del centro
Establecer pautas de apoyo a trabajadores y menores: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Valorar si es suficiente el apoyo que puede prestar el equipo técnico ▶ Si no lo es, ponerse en contacto con el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil 	Director/a del Centro Equipo técnico

En los días siguientes:

Valorar las necesidades de apoyo a adultos y otros menores de la familia y ofrecer mediación para obtener los apoyos que se consideren o articularlos directamente (EAIA, Centro de Salud Mental, Servicio de Orientación, Equipo externo...)	Equipo técnico de la Sección de Protección al Menores
Información a la prensa: comunicación por teléfono a los medios, evitando la publicidad en la medida de lo posible y acordando los términos en que se dará la información en caso de que sea preciso	Jefe/a a de Gabinete del Departamento
Recogida de información y elaboración de informe	Director/a y Educadores del centro
Comunicar los hechos a las familias del resto de menores	Director/a del centro
Evaluación y análisis. Establecimiento de posibles modificaciones en el protocolo de prevención de conductas suicidas	Director/a y Equipo del centro, para el protocolo del centro. Equipo técnico de la S. Protección Menor en lo referido a actuación con el menor y su familia
Entrevista con la familia para: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Entregar enseres del menor ▶ Entregar la Resolución de baja del centro ▶ Dar información pormenorizada de lo que se sabe y legalmente puede transmitirse en relación al fallecimiento de su hijo/a y de sus últimos días de vida ▶ Informarles de cuáles son sus derechos ▶ Ofrecer apoyo para posteriores trámites si fuera necesario (a través del SSB, EAIA, etc...) ▶ Si es posible, entregar cierre de expediente del Juzgado, cuando proceda 	Jefe de la Sección de protección al Menor y profesional de referencia

9.7.3. Mayor de Edad Atendido/a en Residencia Propia o Concertada.

Inmediatamente:

Llamar al 112	Director/a o persona de guardia
Llamar a la Dirección del centro	Persona de guardia
Seguir instrucciones del 112 y de la policía desplazada al lugar	Director, T. S, personal médico-sanitario...
Proteger el escenario	Policía, personal Centro
Ubicar al resto de residentes en otro espacio, dar mensajes de calma y acompañarles. Respetar reacciones emocionales desde la seguridad y el control	Director, T. Social Personal médico-sanitario, personal cuidador...
Redactar, si es posible, un informe detallado de los hechos	T. Social, Director
Llamar a la ANAP	Director/a del centro
Comunicar el fallecimiento a la familia	Director/a del centro , T. Social, Médico
Comunicar le fallecimiento al resto de residentes	Director/a del centro, T. Social, médico

En el plazo de un día:

Contacto personal con la familia y Presentación de Condolencias	Director/a del Centro
Comunicar fallecimiento al Centro de Salud de Atención Primaria	Director/a del centro, médico
Valorar necesidad de atención psicológica puntual para profesionales y residentes del centro y, en caso necesario, solicitarla directamente al Centro de Salud Mental del sector	Director/a del centro, médico
Organización de sepelio y enterramiento (en ausencia de familiares o herederos)	Protocolo habitual del centro

En los días siguientes:

Recogida de información y elaboración de informe	Director/a y profesionales del centro
Evaluación y análisis. Establecimiento de posibles modificaciones en el protocolo de prevención de conductas suicidas	Director/a y equipo del centro
Información a la prensa: comunicación por teléfono a los medios, evitando la publicidad en la medida de lo posible y acordando los términos en que se dará la información si es preciso.	Jefe/a a de Gabinete del Departamento
Entrevista con la familia para : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Entregar enseres de la persona fallecida ▶ Entregar la Resolución de baja del centro ▶ Dar una información pormenorizada de lo que se sabe y legalmente puede trasmitirse en relación al fallecimiento de su familiar y de sus últimos días de vida ▶ Informarles de cuáles son sus derechos 	Director/a o Trabajador/a Social del centro
Trámites en relación con la defunción (en ausencia de familiares o herederos)	Centro y ANAP ó FNTPA ²⁷

²⁷ Fundación Navarra para la Tutela de las Personas Adultas

110

ACTUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN URGENCIA

10.1. PROTECCIÓN CIVIL. CENTRO DE GESTIÓN DE EMERGENCIAS, 112.

El Centro de Gestión de Emergencias 112 SOS Navarra tiene por misión el facilitar a los ciudadanos, en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra, un acceso rápido, fácil y gratuito a los servicios de urgencias, emergencias y seguridad de la Comunidad Foral de Navarra, cualquiera que sea la Administración Pública de la que dependan.

Este servicio se presta mediante la atención telefónica personalizada de las llamadas de urgencia y emergencia efectuadas por los ciudadanos, y el aviso inmediato a los distintos organismos encargados de la resolución del incidente, así como la coordinación de los mismos.

La atención de llamadas de emergencia da lugar a que en muchas ocasiones sea el Centro de Gestión de Emergencias el primer contacto con las diversas situaciones que pueden generar conductas suicidas o con las propias conductas: atención a enfermos mentales, víctimas de violencia de género, menores o mayores maltratados por su entorno familiar, consumidores de sustancias estupefacientes son algunas de ellas.

10.1.1. Profesionales Implicados.

Para la atención de las llamadas de urgencia y emergencia, y el aviso y coordinación de los distintos organismos encargados de la resolución, el Centro de Gestión de Emergencias cuenta con Operadores de Coordinación, Jefes de Sala y Médicos Coordinadores.

10.1.2. Formación.

El Centro de Gestión de Emergencias dedica un número de horas anuales para la formación continuada del personal, promoviendo cursos de reciclaje que contemplan las distintas áreas de actuación de la Sala de Coordinación Operativa. Esta formación se lleva a cabo a través de

la Escuela de Seguridad, de acuerdo con la previsión que la Dirección de Protección Civil de la Agencia Navarra de Emergencias realiza para cada año.

El colectivo de médicos coordinadores cuenta con la formación continuada que promueve el Departamento de Salud.

Dadas las especiales características que pueden revestir las llamadas sobre un intento autolítico o un suicidio consumado, la formación en este tema dirigida a operadores de coordinación, jefes de sala y médicos coordinadores, tendrá un contenido común, adaptado a las funciones específicas de cada grupo de profesionales:

- ▶ Proceso y tratamiento de una llamada recibida en el Centro de Gestión de Emergencias.
- ▶ Guía de preguntas a realizar.
- ▶ Indicaciones a dar.
- ▶ Temas de conversación que pueden tener efectos positivos o negativos para la disuasión de la idea.
- ▶ Soporte informático que facilite su consulta por el profesional en cualquier momento de la atención telefónica.

10.1.3. Prevención.

El Centro de Gestión de Emergencias, por sus característica de atención a la emergencia, tiene poco campo de acción en la prevención de conductas suicidas.

Podría considerarse acción preventiva la detección de personas en riesgo (aunque su llamada al 112 se deba a causas distintas a la idea suicida) y su derivación para la atención especializada.

Es el médico coordinador, en la conversación con la persona que llama, quien puede detectar una situación de riesgo, tratar de minimizarlo a través del diálogo y derivar al paciente a la atención especializada que considere más adecuada.

En esta situación es en la que se hace más necesaria la fluidez de comunicación con los distintos profesionales o sistemas para conseguir una prevención eficaz.

10.1.4. Intervención.

Información a recabar:

Además de la información que el Centro debe recabar ante cualquier incidente que gestiona, en los casos que nos ocupan se tratará de obtener:

- **Ante la expresión verbal de ideación o de planes suicidas:**
 - ▶ Fase de la ideación en la que se encuentra.
 - ▶ Existencia de un plan.
 - ▶ Si existen intentos previos de suicidio, o historia familiar previa.
 - ▶ Historial de trastorno mental.
 - ▶ Qué factores protectores puede haber. Qué posibilidad hay de apoyo familiar.

- **Si se ha producido el intento de suicidio:**
 - ▶ El método empleado.
 - ▶ El estado clínico en que se encuentra la persona.
 - ▶ Si se encuentra sola o acompañada.

- **Si se ha consumado el suicidio:**
 - ▶ El método empleado.
 - ▶ Si hay personas allegadas en el lugar.

Actuación:

- **Ante la expresión verbal de ideación o de planes suicidas y dependiendo de la información recabada por el médico coordinador:**
 - ▶ Atención médica in situ y/o traslado o derivación al Servicio de Urgencias de referencia.
 - ▶ Derivación a Atención Primaria.
 - ▶ Atención psicológica in situ, a requerimiento del responsable de la intervención.
 - ▶ Derivación a los cauces ordinarios de acceso a Salud Mental.

- **Si se ha producido el intento de suicidio:**
 - ▶ Atención médica y/o psicológica in situ y/o traslado al Servicio de Urgencias de referencia.
 - ▶ Aviso al Cuerpo Policial que deba intervenir.
 - ▶ Atención médica a personas allegadas, si lo considera necesario el médico coordinador.
 - ▶ Atención psicológica a personas allegadas, si es necesaria, a solicitud del responsable del grupo de profesionales que estén actuando (Policías, equipo médico, bomberos).

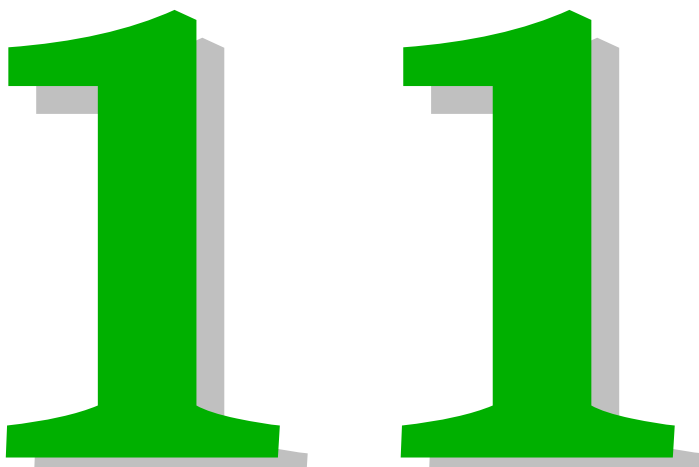
■ Si se ha consumado el suicidio:

- ▶ Aviso al Cuerpo Policial que deba intervenir.
- ▶ Confirmación del fallecimiento por personal médico.
- ▶ Atención médica a personas allegadas, si lo considera necesario el médico coordinador.
- ▶ Atención psicológica a personas allegadas, si es necesaria, a solicitud del responsable del grupo de profesionales que estén actuando (Policías, equipo médico, bomberos).

Derivación a otros profesionales o sistemas.

Debido al propio carácter del Centro de Gestión de Emergencias la única derivación posible es al Servicio de Urgencias, sobre todo teniendo en cuenta la limitación de horarios de los profesionales o sistemas a los que pudiera derivarse el caso.

Sería conveniente establecer un cauce de comunicación para que el médico coordinador pueda transmitir a Salud Mental los casos que se hayan atendido desde el Centro de Gestión de Emergencias, para su posterior seguimiento.



ACTUACIÓN DE OTRAS ENTIDADES: EL TELÉFONO DE LA ESPERANZA DE NAVARRA

La Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza ASITES es una entidad de iniciativa social creada en 1971. Es miembro fundador de la Plataforma del Voluntariado de España y miembro de pleno derecho de IFOTES (Federación Internacional de Servicios Telefónicos de Emergencia) con sede en Ginebra y de IASP (Asociación Internacional para la prevención del suicidio), y a través de éstas, está vinculada formalmente con la OMS (Organización Mundial de la Salud). En Navarra está presente desde hace 35 años.

El Teléfono de la Esperanza (en adelante TE) tiene diferentes áreas de actuación, entre las que destacamos:

- ▶ Intervención en crisis.
- ▶ Promoción de la salud emocional.
- ▶ Formación.
- ▶ Cooperación Internacional.

La atención e intervención de la conducta suicida se da en el marco de la intervención en crisis.

Es una característica destacada del Teléfono de la Esperanza la composición de sus recursos humanos que, básicamente, es como sigue:

- ▶ Personal contratado.
 - Psicólogos.
 - Personal de servicios generales.
- ▶ Personal voluntario:
 - Psicólogos.
 - Otro personal titulado (psiquiatras, abogados, etc.).
 - Otras personas voluntarias sin titulación específica.

La capacidad de los recursos humanos para realizar intervención en crisis viene avalada por la formación que se imparte en TE a todos los voluntarios y es obligatoria y previa a cualquier tipo de intervención. Esta formación está basada en un enfoque humanista con aportación de herramientas y técnicas de ayuda y de escucha activa.

Además de la formación antes indicada, los voluntarios y también los profesionales contratados, reciben una formación continuada sobre materias relacionadas con la intervención en crisis, teniendo en cuenta que la persona que llama pidiendo ayuda puede cursar también con psicopatología variada, estando muy presentes los estados agudos de ansiedad y la depresión. La formación continuada que se planifica anualmente tiene en cuenta la conveniencia de aportar un conocimiento general sobre la psicopatología y otros aspectos útiles para la intervención telefónica. Uno de los temas que más en profundidad se ha abordado es la formación en materia de conducta suicida y cada año se imparten cursos con enfoque teórico-práctico.

La toma de conciencia sobre la necesidad de frenar la tasa de suicidio ha motivado la existencia, a nivel mundial, de organizaciones que desarrollan una importante labor en materia de prevención de la conducta suicida y que forman parte del llamado “tercer sector”, utilizando las líneas de ayuda, *helplines* o *lifelines*, atendidas mayoritariamente por personas voluntarias.

Siguiendo las recomendaciones de expertos en Suicidología nos parece de capital importancia seguir insistiendo en la formación de nuestro personal voluntario y en profesionalizar en la medida de nuestras posibilidades la intervención, cuidando y atendiendo los aspectos formativos y también los protocolos de actuación en materia de prevención de la conducta suicida.

A continuación, se detalla brevemente la intervención desde el TE.

11.1. INTERVENCIÓN EN CRISIS.

Servicio permanente de Orientación por teléfono.

Funciona las 24 horas del día, 365 días al año. Está atendido por voluntarios especialmente formados para este fin. Entre las crisis atendidas se encuentran las crisis relacionadas tanto con la ideación suicida como con la conducta suicida. Nuestros datos en Navarra recogen que un 1,6 % de las llamadas tienen un perfil de crisis suicidas, con una estimación total de 60 casos a lo largo del año. La activación de los distintos recursos de ayuda va en función de la evaluación de la conducta suicida que ha realizado el Agente de Ayuda (persona que atiende el teléfono):

- Contención telefónica.
- Ofrecimiento de ayuda profesional.
- Aviso a familiares o red de apoyo.
- Orientación hacia Servicios de Salud (primaria, Salud Mental, Urgencia Hospitalaria).
- Activación del 112.

11.2. ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN ENTREVISTA PERSONAL.

Departamento de psicología del TE, atendido por psicólogos titulados.

Un equipo de profesionales de la psicología, atiende a aquellas personas que demandan nuestro servicio, bien sean derivadas por el departamento de orientación telefónica o bien por otros recursos de la red asistencial navarra.

La atención es individual o grupal.

Somos muy conscientes de la importancia y responsabilidad de nuestra intervención y de dar una respuesta que oriente hacia la esperanza a personas que solicitan ayuda. Si la escucha activa, como técnica o habilidad del voluntario debe ser el eje central de la intervención, en los casos de conducta suicida, cobra aún más importancia la evaluación del riesgo suicida.

Por este motivo, se ha dotado a los Agentes de Ayuda de una herramienta que les permita evaluar el riesgo de suicidio y les ayude a orientar su intervención.

Próximas acciones:

- ▶ Formación sobre la herramienta de evaluación.
- ▶ Protocolo de actuación.
- ▶ Formación continuada sobre conducta suicida.

11.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD EMOCIONAL.

En el Teléfono de la Esperanza apostamos por la promoción de la salud emocional en las personas como elemento fundamental de la prevención de la conducta suicida. Por ello, todos los programas relacionados con la promoción de la salud emocional cumplen una cuádruple función:

1. Dotan a las personas de las herramientas básicas para la gestión adecuada de sus posibles crisis, presentes o futuras.
2. Posibilitan que las personas intervengan de forma eficaz en el abordaje de las crisis de quienes les rodean, canalizando la ayuda cuando sea preciso.
3. Alguna de estas personas continúan formándose como Agentes de Ayuda, para la prestación de un servicio más especializado en atención en crisis.
4. Estos programas permiten la detección de personas con riesgo suicida, posibilitando una ayuda profesional.

Entre los programas más representativos actualmente activos en el Teléfono de la Esperanza de Navarra podemos destacar:

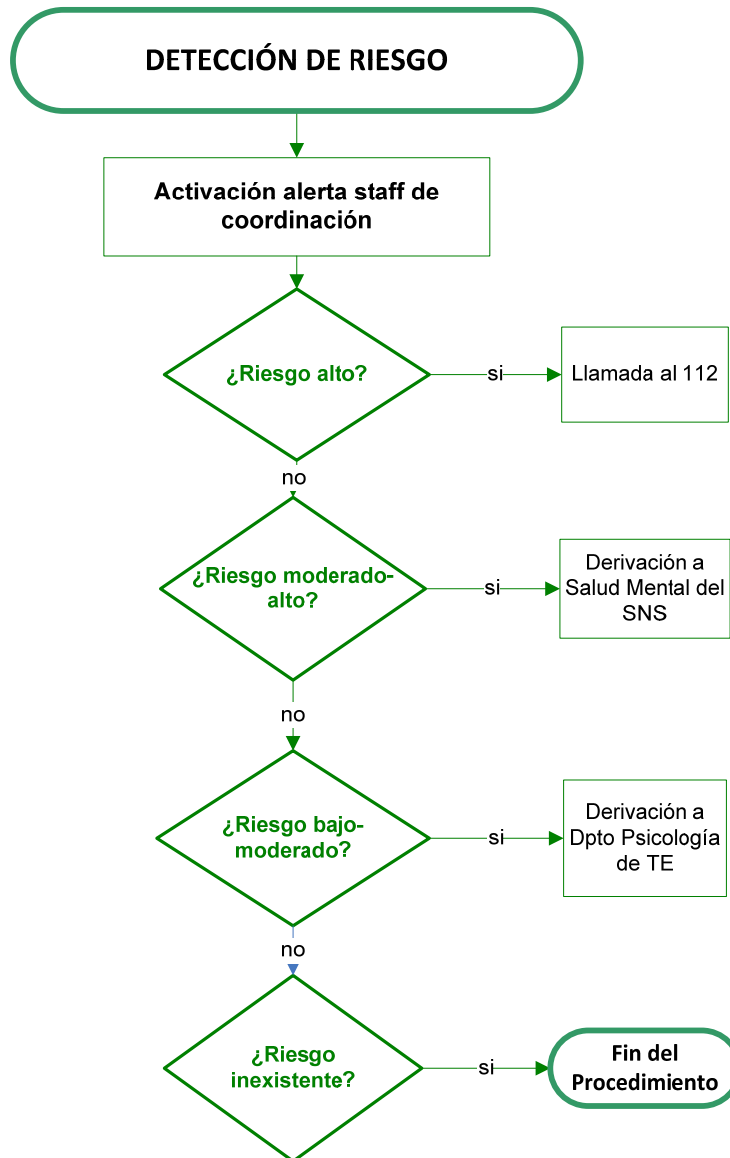
- ▶ Programa de Capacitación para la Ayuda.

- ▶ Taller de Autoestima.
 - Curso de Autonomía Afectiva.
 - Curso de Comunicación Positiva.
 - Taller de Elaboración del Duelo.
 - Taller Cuidando a Quien Cuida.
 - Taller de Separación Afectiva.

11.4. ACTUACIÓN ANTE LA DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA.

En las acciones anteriormente citadas y llevadas a cabo por el Teléfono de la Esperanza, pueden detectarse a personas con riesgo suicida. La temática y la dinámica de los diferentes programas puede favorecer un clima adecuado para que ciertas personas manifiesten un estado actual de angustia vital en relación con la opción de su propia muerte como salida a una situación considerada como insoportable. Cuando esto sucede, el equipo que atiende el programa notifica inmediatamente al staff técnico de coordinación formado por psicólogos titulados que valora el caso y procede bien a la derivación al departamento de psicología del propio Teléfono de la Esperanza o a servicios de salud mental del SNS.

Flujograma 4. Procedimiento ante la Detección de Riesgo Suicida.



Por eso, consideramos especialmente importante tener un mecanismo eficaz de detección del riesgo suicida a través de nuestros programas, si bien solo permite intervenir sobre aquellas personas que deciden acceder a los mismos.

La herramienta informática para la ayuda en la evaluación y atención ante la llamada que comunica ideación o conducta suicida ofrece:

- ▶ Un instrumento de evaluación.
- ▶ Una guía de intervención.

Instrumento de evaluación.

Adaptado del C-SSRS (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*), asume la terminología y definiciones adoptadas por el National Center for Injury Prevention and Control (CDC), recomendadas por la comunidad científica y ampliamente utilizadas en la actualidad.

La herramienta sugiere evaluar inicialmente los factores de riesgo puestos de relieve en la escucha activa y que se enmarcan en cinco epígrafes principales que recogen los factores de riesgo en los que la mayoría de la comunidad científica está de acuerdo. Estos epígrafes son:

- ▶ Trastorno mental.
- ▶ Intentos anteriores.
- ▶ Enfermedad con dolor.
- ▶ Crisis vital.
- ▶ Aislamiento social.

Igualmente, adaptado de la escala C-SSRS, se explora sobre los siguientes aspectos:

- ▶ Ideación suicida (cinco niveles, de menor a mayor gravedad).
- ▶ Intensidad de la ideación suicida.
 - Frecuencia.
 - Duración.
 - Grado de control.
 - Razones disuasorias.
 - Razones para la ideación.
- ▶ Conducta suicida
 - Intento suicida.
 - Intento interrumpido.
 - *Por uno mismo.*
 - *Por otros.*
 - Acciones preparatorias.
 - Conducta no suicida.
- ▶ Letalidad.

La evaluación puede llevarse a cabo en el marco de la escucha activa y ofrece un resumen que orienta sobre la severidad de la conducta, como puede verse en la siguiente imagen:

TELÉFONO DE LA ESPERANZA 902 500 002 / 948 243 040

Atención en crisis

Datos del Centro | Clave de acceso | Pantalla | Intervención | Guía

DATOS DEL CASO

FECHA: 17/12/2013 CASO: 1 ESTADO CIVIL: Casad@
 HORA: 18:35 EDAD: 45 OCUPACIÓN: Desocupad@
 DÍA: Martes SEXO: M PAÍS ORIGEN: España

FACTORES DE RIESGO

- Enfermedad mental ✓
- Intentos anteriores ✓
- Enfermedad con dolor
- Crisis vital ✓
- Aislamiento social ✓

FACTORES PROTECTORES ✓

- Identifica razones para vivir
- Responsabilidad con la familia u otras personas

EVALUACIÓN (Adaptado del C-SSRS)

IDEACIÓN 3 /5 Ideas ACTIVAS de suicidio, MÁS CONCRETAS en cuanto al método, SIN intención de actuar, SIN plan específico. Esta ideación viene siendo persistente

INTENSIDAD 13 /25 Frec: 3 Duración: 1 Control: 2 Dis: 3 Razones: 4

CONDUCTA

LESIONES /5

Acciones de preparación para una tentativa de suicidio de forma inminente

Acciones de Ayuda

- Contención telefónica
- Ofrecimiento de ayuda profesional
- Orientación hacia Atención primaria
- Orientación hacia Salud Mental
- Orientación hacia Urgencia Hospitalaria
- Aviso a familiares
- Activación 112
- Compromiso de llamada posterior

La herramienta facilita también una guía de intervención ante la conducta y el riesgo que ha podido evaluarse:

Intervención	
<p>Estamos ante una persona con ideación suicida que contempla la idea de matarse implicándose en la acción, es decir, hacerse daño con intención de morir. El riesgo será mayor en función de su intención de actuar.</p> <p>Identificar las razones para hacerlo, pueden ser diversas, pero unas implican más riesgo que otras. Escucha activa. Ambivalencia.</p> <p>Búsqueda de razones disuasorias ante la idea de muerte. Búsqueda de alternativas al suicidio. Orientación hacia Servicio de Salud.</p> <p>Ofrecer disposición personal en posterior llamada. Ofrecer apoyo de un profesional.</p> <p>Explorar la red familiar; propiciar que ésta conozca la situación.</p>	<p><u>CONTENCIÓN: Escuchar, mostrar empatía y permanecer calmado. Actitud cálida, comprensiva y firme</u></p> <p><u>Transmitir seguridad y confianza</u> ante la visión de túnel de la persona que llama</p> <p><u>Mostrar apoyo y preocupación: Explorar sentimientos de la persona y centrarse en las fortalezas y cualidades positivas</u></p> <p><u>Considerar seriamente la situación y evaluar el grado de riesgo:</u> <u>Preguntar acerca de los intentos previos</u></p> <p><u>Centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir.</u></p> <p><u>Orientación anticipatoria. Favorecer la fantasía del "día después"</u></p> <p><u>Explorar posibilidades diferentes al suicidio</u></p> <p><u>Ganar tiempo, pactar un contrato. Hacer que la persona prometa no cometer suicidio</u></p> <p><u>Contactar la familia, los amigos y colegas y conseguir su apoyo.</u></p> <p><u>Preguntar acerca del plan de suicidio</u></p> <p><u>Reducir los medios, si es posible</u></p> <p><u>Actuar, ofrecer ayuda</u></p> <p><u>Remitir y/o pedir la ayuda de otros profesionales</u></p> <p><u>No tener prisa. Ante un riesgo alto de suicidio, hacer seguimiento volviendo a contactar</u></p>

12

COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SISTEMAS

A lo largo de este documento se ha señalado en varias ocasiones la importancia de la coordinación entre los actores que intervienen en la prevención y atención a las conductas suicidas. De hecho, es esa importancia la que justifica el propio protocolo.

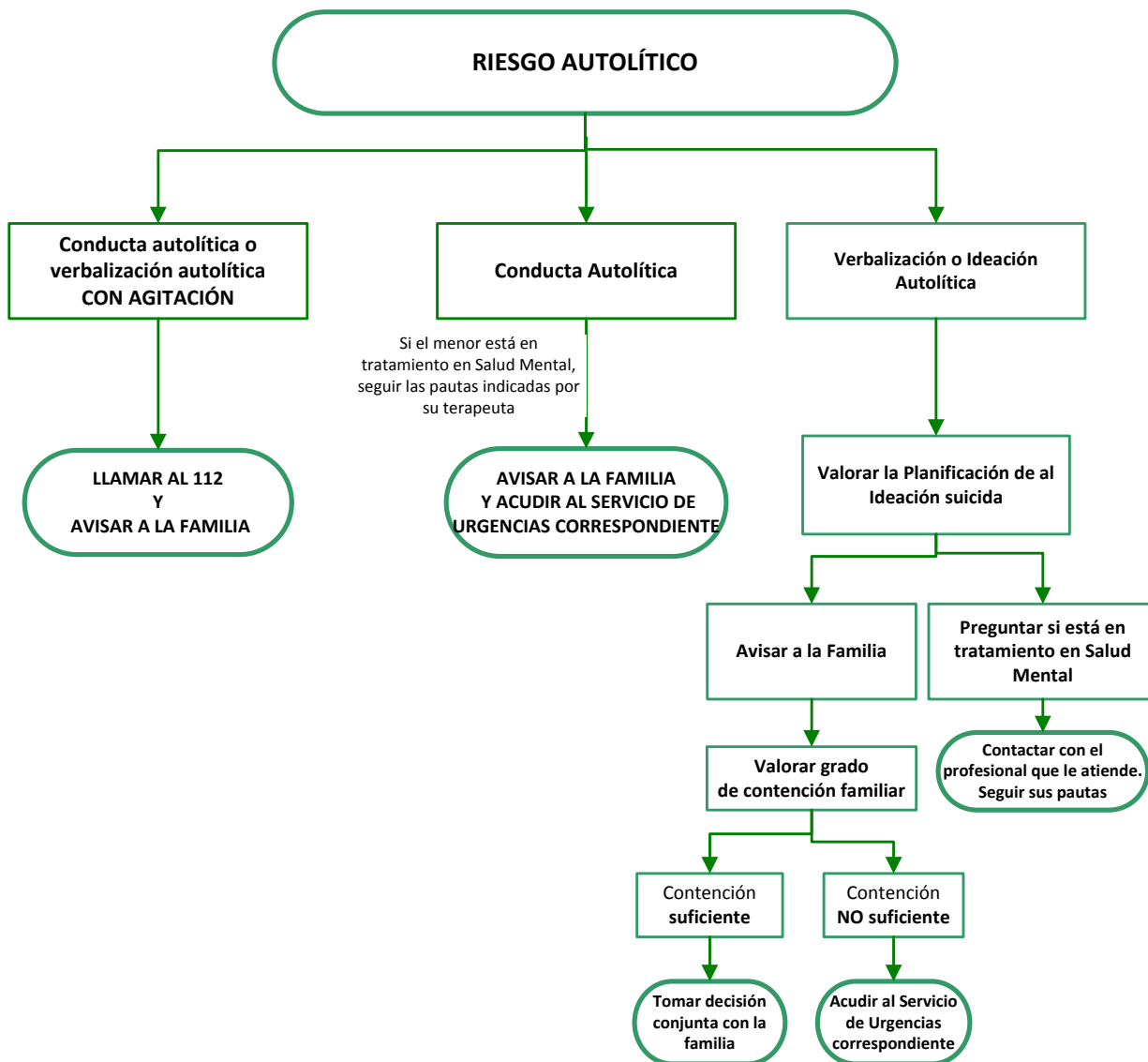
Por razones metodológicas hemos desarrollado en primer lugar por separado la actuación de los distintos sistemas (capítulos 7 a 11).

En realidad en pocas ocasiones actúa un único sistema: cuando la actuación desde el sistema que detecta el riesgo, desactiva éste, no intervienen otros profesionales. Sin embargo, en muchos casos el profesional o voluntario que recibe la primera información no es el que puede ofrecer el tratamiento adecuado, o precisa hacerlo con la colaboración de otros sistemas.

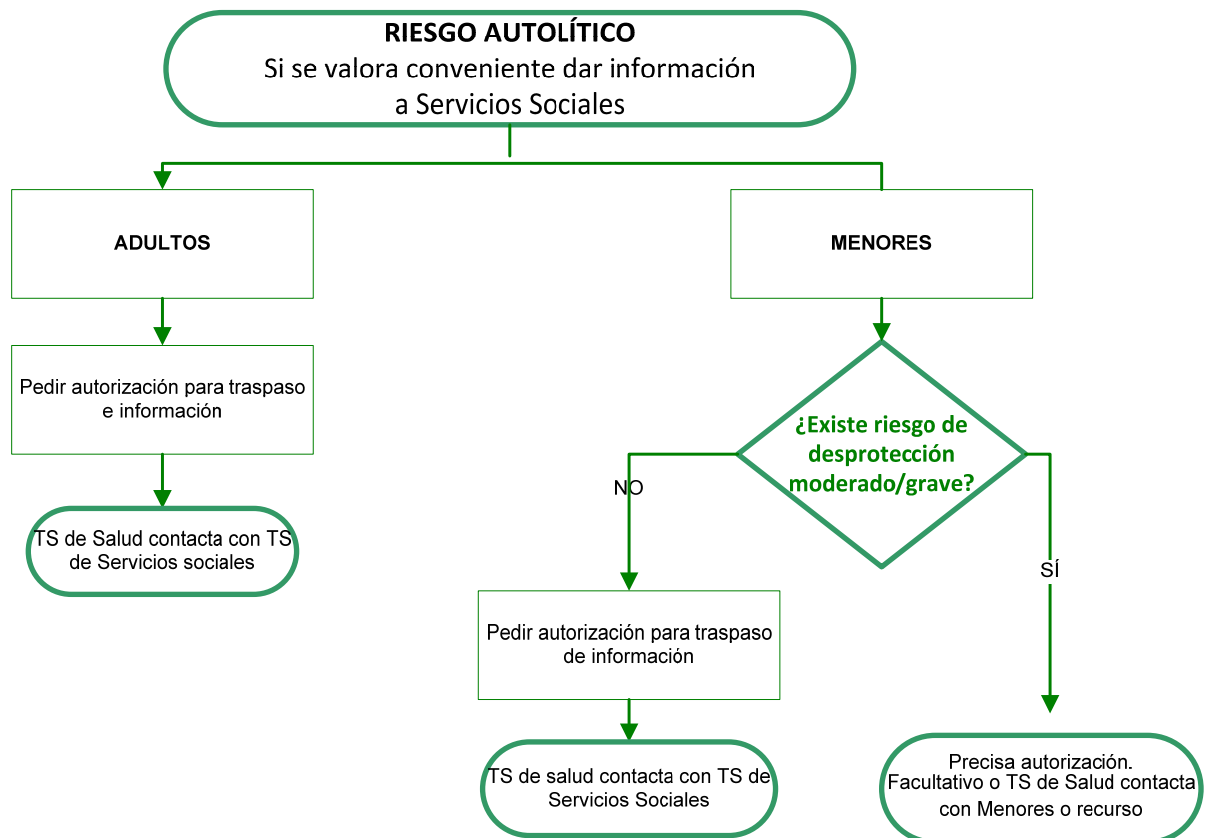
Se dan entonces una serie de relaciones que conviene protocolizar para hacerlas más eficientes y eficaces, siguiendo un flujo de la información y las intervenciones previamente acordado.

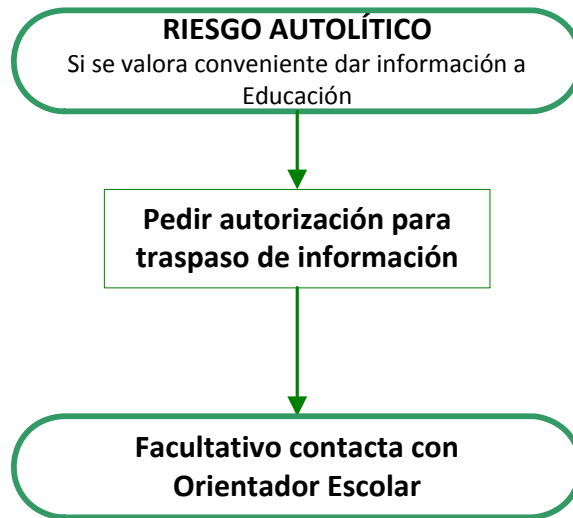
Los flujogramas que se recogen a continuación establecen estos flujos de coordinación entre los dispositivos de Salud, Educación y Servicios Sociales.

Flujograma 5. Riesgo autolítico detectado por Educación. Coordinación con Salud.

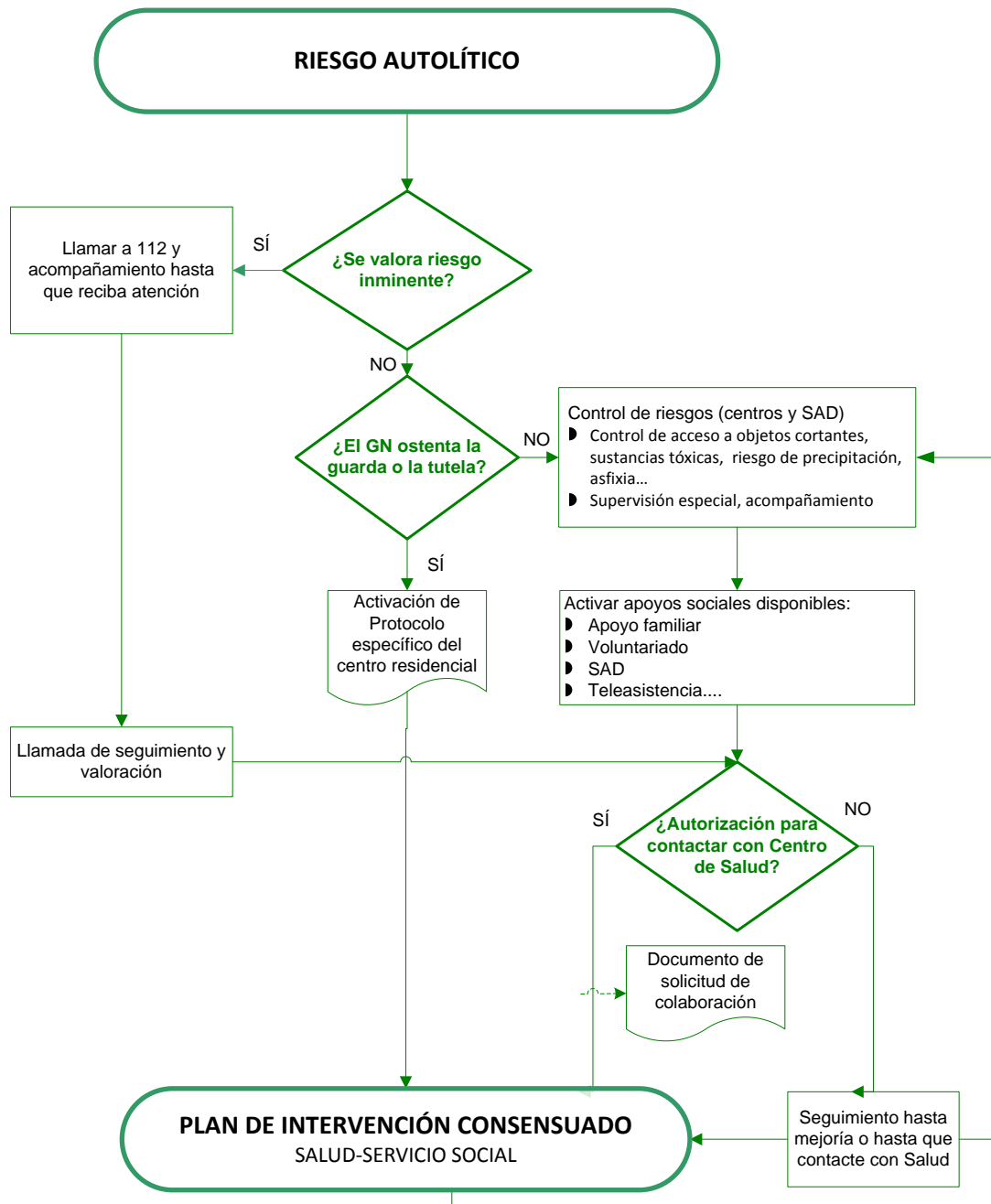


Flujograma 6. Riesgo autolítico detectado por Salud. Coordinación con Servicios Sociales.

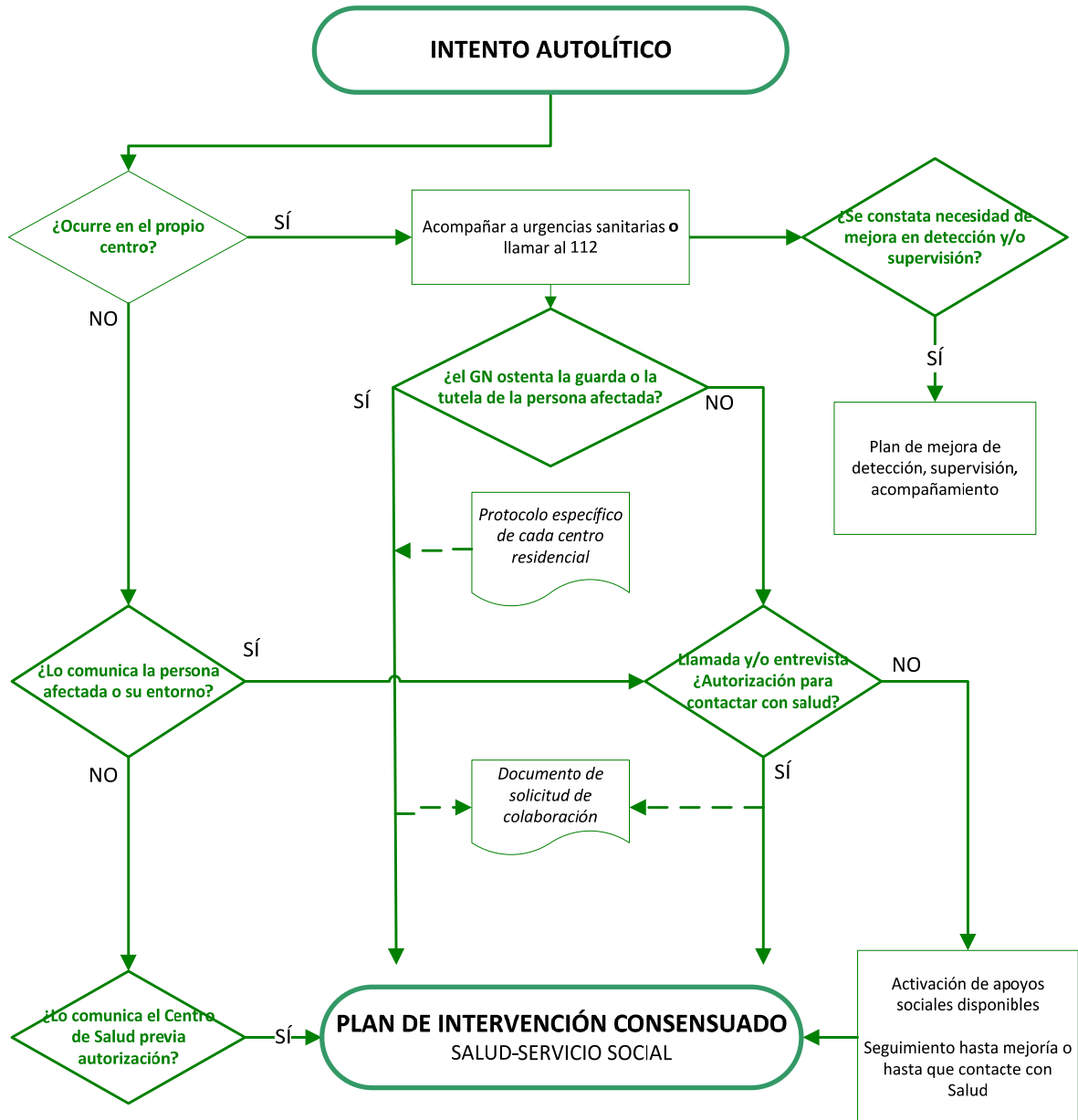


Flujograma 7. Riesgo autolítico detectado por Salud. Coordinación con Educación.

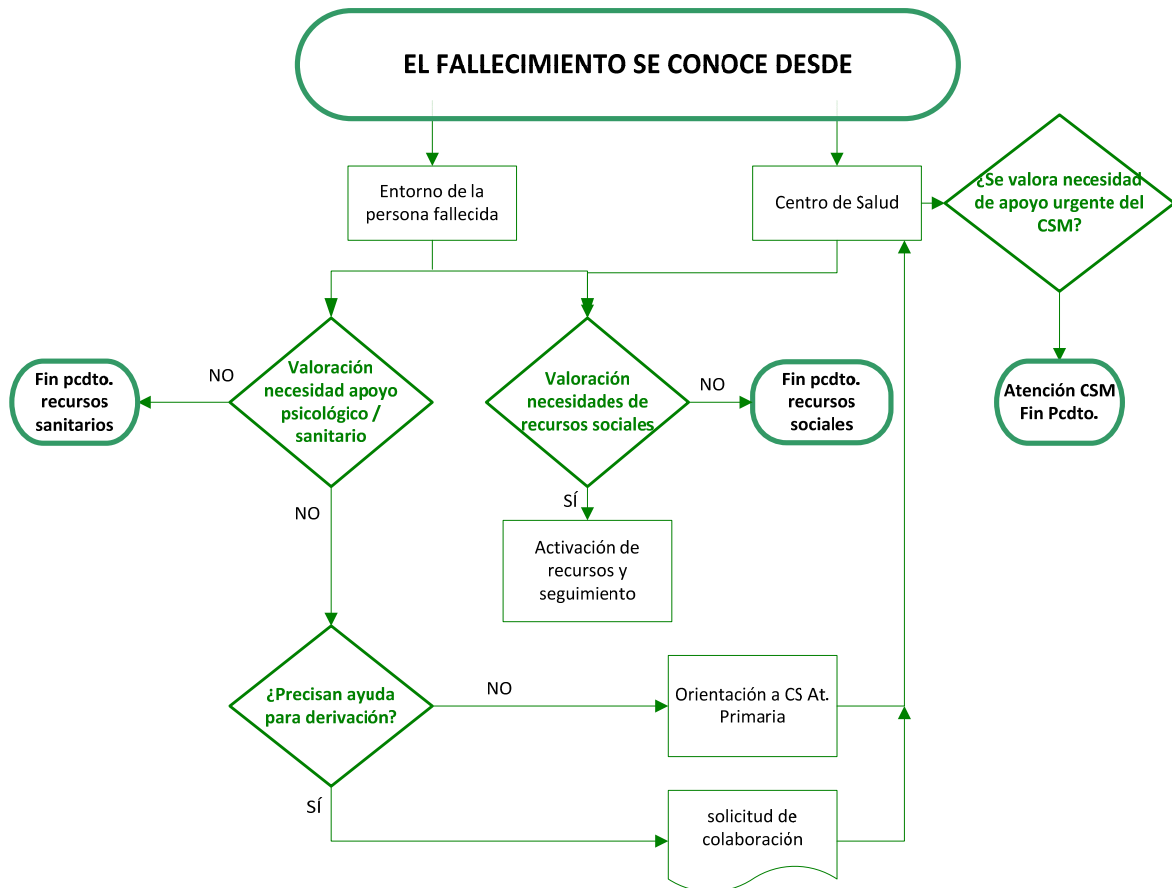
Flujograma 8. Actuación ante riesgo autolítico detectado por Servicios Sociales. [\(Volver a página 71\)](#)



Flujograma 9. Actuación ante intento autolítico detectado por Servicios Sociales. [\(Volver a página 72\)](#)



Flujograma 10. Actuación de Servicios Sociales tras suicidio consumado. [\(Volver a página 73\)](#)



13

FORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

13.1. JUSTIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN.

A la hora de abordar un plan de intervención y prevención de la conducta suicida, la formación de las

personas y en especial la de los distintos profesionales que pueden intervenir en el proceso, constituye un elemento imprescindible.

La identificación de estos profesionales, así como de otras personas que participarían en un plan de prevención podría ser la que figura en la tabla 1:

Tabla 13.1. Destinatarios de formación específica sobre conducta suicida

Personal sanitario	Médicos de familia Médicos de Urgencias Psiquiatras Pediatras Psicólogos
Personal de Servicios sociales	Trabajadores sociales Educadores Trabajadores familiares Personal de centros y servicios de menores Personal de centros y servicios de tercera edad Personal de centros y servicios de discapacidad Equipos de atención a personas en exclusión social Equipos de atención a víctimas de violencia
Personal de seguridad	Cuerpos de policía Personal médico del 112 Operadores 112, PF y PM Bomberos
Personal de Educación	Directivos de Educación Orientadores Educación Profesores Educación Personal de los centros de Educación
Otros	Líneas de ayuda Redactores de prensa Farmacias Iglesia Asociaciones Población en general

Sobre las necesidades de formación específica en este tema y concreta para cada grupo de profesionales, apenas existen estudios que puedan aportar orientación. Esta propuesta de un programa formativo se basa en nuestra experiencia y en la evidencia de intervención aportada por los profesionales que ya han recibido formación.

Existen varios estudios sobre las necesidades detectadas entre los profesionales de la salud y la información aportada nos puede orientar a la hora de abordar un programa de formación. El estudio²⁸ en que centramos la atención es el realizado por la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Oporto con una muestra de 196 profesionales de la salud.

Los psiquiatras, los médicos de familia y los psicólogos tienen una gran posibilidad de encontrar conductas suicidas entre sus pacientes. La práctica clínica con las personas suicidas se ha identificado como uno de los elementos más estresantes y generadores de ansiedad para muchos profesionales de la salud, independientemente de su nivel de experiencia²⁹. Se ha encontrado que además de este impacto, los profesionales tienen preocupación sobre aspectos técnicos como, por ejemplo, saber evaluar el riesgo³⁰.

Según el estudio, las necesidades o dificultades manifestadas por los profesionales de la salud se agrupan en cuatro factores: Dificultades técnicas, dificultades emocionales, de relación y comunicación y familiares y de comunicación.

²⁸ Inês Areal Rothes et al., "Facing a Patient Who Seeks Help After a Suicide Attempt," *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 35, no. 2 (December 9, 2013): 110–122, doi:10.1027/0227-5910/a000242.

²⁹ Kleespies & Ponce, 2009; Menninger, 1990

³⁰ e.g., Brown, 1987a, 1987b; Gulfi, Dransart, Heeb, & Gutjahr, 2010; Rothes, Scheerder, Van Auden-hove, & Henriques, 2013; Ruskin, Sakinofsky, Bagby, Dickens, & Sousa, 2004; Wurst et al., 2011

Tabla 13.2. Necesidades de formación y dificultades manifestadas en el estudio.

Dificultades Técnicas	Falta de formación específica. Falta de conocimientos técnicos y teóricos. Miedo a no evaluar el riesgo suicida. Falta de instrumentos de evaluación específicos. Falta de protocolos de intervención.
Dificultades Emocionales	Dificultad para tomar distancia cognitiva del caso. Angustia. Conservar su propio bienestar. Burnout Cuestionamiento de la capacidad profesional para ayudar al paciente. Miedo a que el paciente cometa suicidio
Dificultades de relación y comunicación	Tener empatía con el paciente. Aproximación al tema de la muerte. Aceptar incondicionalmente al paciente. Cómo dialogar sobre el tema. Sentir enfado en el paciente. Sentir rechazo hacia el paciente. Falta de confianza por parte del paciente.
Dificultades con la familia y de comunicación	Falta de tiempo. Obtener colaboración de la familia. Ajuste inadecuado. Falta de estructuras sociales de ayuda. Trabajar con la familia. Ausencia de un equipo multidisciplinar. Aportación de un soporte a la familia.

Como resumen, el estudio concluye que entre los grupos de la muestra, existen diferencias significativas en cuanto a las necesidades, y son los médicos generalistas (médicos de familia) quienes más inciden en las dificultades técnicas y consideran que la formación en este campo es fundamental.

Aunque este estudio se basa en una muestra de profesionales sanitarios, no son éstos los únicos que se enfrentan en su trabajo a la posibilidad y efectos de las conductas suicidas en las personas a las que atienden. Educadores, trabajadores sociales, policías, profesionales de los servicios de urgencias, por citar algunos, deben estar preparados para promover actitudes positivas de afrontamiento ante las dificultades para detectar indicadores del riesgo o para hacer frente a una amenaza de suicidio.

Por eso, el programa formativo que se propone abarca a profesionales de la salud, de la educación (orientación y profesorado), de los servicios sociales (servicios sociales de base y equipos especializados, residencias y centros de día), de los cuerpos de seguridad, operadores del 112, líneas telefónicas de ayuda...

13.2. PROGRAMA DE FORMACIÓN.

13.2.1. Destinatarios.

La formación será diferente según los distintos colectivos y necesidades función de los diferentes grupos (tabla 13.1).

13.2.2. Objetivos.

Los objetivos comunes a todos los grupos son los siguientes:

- ▶ Adquirir conocimientos teóricos.
- ▶ Adquirir conocimientos para evaluar el riesgo.
- ▶ Adquirir técnicas de escucha y comunicación.
- ▶ Conocer herramientas de evaluación.
- ▶ Conocer protocolos de actuación.

13.2.3. Contenidos de la formación.

Cada Departamento establecerá una línea de formación plurianual que abordará los contenidos comunes, adaptándolos a las necesidades de los distintos profesionales y de la población que éstos atienden.

Los contenidos que se detallan a continuación servirán de base para el establecimiento de las diferentes acciones formativas a programar durante los próximos años.

Aproximación conceptual

1. Terminología y definiciones
 - 1.1. Ideación y Conducta
 2. Psicogénesis de la vivencia suicida
 - 2.1. Fases de la vivencia suicida
 - 2.2. Gestación de la vivencia suicida. Visión longitudinal
 - 2.3. Alumbramiento de la conducta suicida. Visión transversal
 - 2.4. Estado de ánimo de los suicidas
 3. Clasificación de la conducta suicida
 - 3.1. Clasificación de los fenómenos suicidas
 - 3.2. Factores sociodemográficos de riesgo de suicidio
 4. Mitos sobre el suicidio
-

Conducta suicida y salud emocional

1. Introducción
 2. Epidemiología
 3. Conducta suicida y salud emocional
 - 3.1. La muerte desde la perspectiva suicida
 4. Proceso de la conducta suicida y salud emocional
 5. Teorías explicativas
 - 5.1. Vulnerabilidad biológica
 - 5.2. Vulnerabilidad psicológica
 - 5.2.1. Teoría Cognitivo-Conductual
 - 5.2.2. Teoría psicodinámica
 - 5.2.3. Teoría interpersonal
 6. Vulnerabilidad sociológica
-

Conducta suicida y psicopatología

1. Psicopatología
 - 1.1. Trastorno depresivo y CS
 - 1.2. Trastorno bipolar y CS
 - 1.3. Esquizofrenia y CS
 - 1.4. Alcoholismo y CS
 - 1.5. Trastorno Límite de la Personalidad y CS
 - 1.6. Abuso de sustancias y CS
-

Conducta suicida en adolescentes

1. Adolescentes. Epidemiología
 - 1.1. Características de la adolescencia
 - 1.2. Características de la conducta suicida en los adolescentes
 - 1.3. Factores individuales y de la personalidad
 - 1.4. Psicopatología y CS
 - 1.5. Factores de riesgo
 - 1.6. Señales de alarma
-

Conducta suicida en personas mayores

1. Personas mayores. Epidemiología
 - 1.1. Características de la vejez
 - 1.2. Mitos y falsas concepciones sobre la vejez
 - 1.3. Características de la conducta suicida en las personas mayores
 - 1.4. Factores individuales y de la personalidad
 - 1.5. Psicopatología y CS
 - 1.6. Factores vitales desfavorables
 - 1.7. Factores de riesgo
 - 1.8. Señales de alarma
-

Impacto en la familia

1. Introducción
 2. El duelo
 3. Duelo derivado por el suicidio de un ser querido
 - 3.1. Dimensiones
 - 3.1.1. Contenido temático
 - 3.1.2. Procesos sociales implicados
 - 3.1.3. Impacto que el suicidio tiene sobre la familia
 4. Necesidades
 5. Ayuda
-

Evaluación del riesgo

1. Evaluación de los factores de riesgo
 2. Evaluación de la ideación suicida
 3. Evaluación de la intensidad de la ideación suicida
 4. Evaluación de la conducta suicida y no suicida
 5. Entrevista Estructurada para la Evaluación de la Conducta Suicida (adaptada del C- SSRS)
-

Intervención y abordaje

1. Introducción
 2. Estrategias de intervención en la ideación suicida
 3. Estrategias de intervención en la conducta suicida
 4. Estrategias de intervención en la escena
 5. Comunicación de malas noticias
 6. Protocolo de colaboración interinstitucional de prevención y actuación ante conductas suicidas
-

13.2.4. Formato.

Se propone un formato de curso presencial de entre 5 y 15 horas totales, según el colectivo y contenidos a impartir.

Esta formación es compatible con un formato *on line* que amplíe una primera acción presencial y permita completar y mantener al día la información sobre nuevos protocolos y avances científicos en este campo.

Cada Departamento establecerá entre sus programas formativos habituales una línea orientada a este ámbito, destinando los recursos económicos necesarios para crear entre los profesionales una cultura preventiva de las conductas suicidas.

14

LA PREVENCIÓN DESDE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El suicidio es un problema grave de salud pública por lo que requiere la atención de todos los actores de la sociedad, incluidos los medios de comunicación, ya que su prevención y control son complejos. La información sobre ciertos tipos de suicidios ejerce una influencia sobre las conductas de las personas vulnerables y además puede crear opinión sobre aspectos que estigmatizan a las personas afectadas y a sus allegados. Por ello, un tratamiento adecuado del suicidio por parte de los medios de comunicación puede influir positivamente en algunos aspectos de su prevención y en el efecto sobre los afectados y su entorno.

Por otra parte, los suicidios que con mayor frecuencia atraen la atención de los medios son aquellos que se apartan de los patrones usuales, por lo que si son tratados como casos típicos o habituales, perpetúa aún más la información errónea sobre el suicidio. Dentro de este marco, la difusión apropiada de la información y una campaña de sensibilización social apoyada en los medios de comunicación son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

La revisión de la literatura aporta un riguroso estudio de Gould del que se extraen las siguientes conclusiones:

Aunque el tratamiento del suicidio en la prensa lo considera como la consecuencia de un factor o causa única a la hora de aportar una explicación, en realidad el suicidio es el final de un proceso doloroso y adverso que tiene múltiples factores que se interrelacionan. Estos factores incluyen características de la persona afectada y del entorno, así como factores próximos precipitantes.

Los informes en prensa pueden influenciar y orientar hacia el suicidio a personas vulnerables. La prensa puede llegar simultáneamente a una gran cantidad de lectores o audiencia, por esto tenemos la oportunidad de progresar en la lucha contra el incremento del suicidio trabajando adecuadamente este tema. Tenemos la responsabilidad de educar a los medios de comunicación en aquellas cuestiones que pueden prevenir el suicidio y aportar pautas y guías sobre lo que se espera de su actuación.

Además de las recomendaciones de la OMS existe una sólida base documental sobre investigaciones centradas en cómo los medios de comunicación deben informar sobre el suicidio.

Informar adecuadamente sobre los suicidios es la tarea más delicada que tienen actualmente los periodistas y conlleva una gran responsabilidad. Por un lado, informar de los hechos objetivamente y que pueden ser de interés del público y por otro, respetar el derecho a la privacidad y el dolor de la familia y evitar cualquier referencia que pudiera impactar negativamente en las personas vulnerables.

Una política de información sensible a los efectos sobre la población debe incluir:

- ▶ Sensibilización de que el suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial.
- ▶ El estigma que actualmente existe sobre la conducta suicida perjudica y causa problemas de salud emocional y mental. Los medios deben contribuir informando con veracidad sobre este fenómeno y contribuyendo a tratar el tema para superar el tabú.
- ▶ Difundir información sobre servicios de apoyo y teléfonos de contacto

Expresiones a evitar

- Intento de suicidio exitoso
- Intento de suicidio frustrado
- Cometer suicidio (asociado con crimen)
- Víctima de suicidio
- Grito de ayuda
- Persona propensa al suicidio
- Detener la propagación/epidemia de suicidios

Expresiones a emplear

- Suicidio
 - Muerte por suicidio
 - Quitarse la vida
 - Intento de suicidio
 - Persona con riesgo de suicidio
 - Ayuda para prevenir el suicidio
-

Características que debe reunir la información en prensa³¹

- ▶ Evitar explícitamente los detalles sobre el método de suicidio
 - Ej. Se puede hacer referencia a una sobredosis, pero no al tipo y número de pastillas.
 - Ej. Decir que alguien se ha ahorcado es mejor que decir que alguien se ha ahorcado en su habitación usando su camiseta de fútbol.
- ▶ Evitar explicaciones simplistas

³¹Keith Hawton, "Samaritans Media Guidelines," *Samaritans* (September 9, 2009): 1–32.

- El suicidio nunca es el resultado de un factor o acontecimiento. Son muchos los factores interrelacionados.
- Ej. Decir que la notificación de desahucio fue la causa del suicidio. Por otro lado, la relevancia que adquiere esta noticia en los medios ejerce una poderosa influencia en personas vulnerables.
- Evitar revelar el contenido de cualquier nota de suicidio
 - Esta información atribuye al suicidio un carácter sensacionalista y romántico. Puede animar a otras personas a identificarse con el fallecido, sin olvidar el dolor que causa a la familia.
- No dar cobertura repetitiva a los memoriales públicos
 - Las manifestaciones de duelo pueden enviar mensajes poco útiles a otras personas vulnerables.
- Evitar etiquetar lugares de riesgo que se utilizan con frecuencia como *puntos calientes*, a no ser que se trate de llamar la atención para lograr la restricción de acceso a dichos lugares.
 - Dar publicidad de dichos lugares proporciona detalles acerca de los métodos de suicidio y pueden desempeñar influir sobre las personas vulnerables.
- No enfatizar el resultado *positivo* del suicidio de una persona
 - Se trata de un mensaje peligroso porque significa que el suicidio aporta resultados. Hace que la gente lo sienta o que elogie el acto.
 - Ej. Una narrativa donde el suicidio o intento de suicidio de un niño parece ser el resultado de la separación de sus padres, o el resultado de un bullying y después se castiga y avergüenza a los ejecutores, puede ofrecer una opción atractiva para un niño con mucho sufrimiento.
- Fomentar la comprensión pública de la complejidad del fenómeno suicida.
 - La gente no decide quitarse la vida en respuesta a un solo evento, por muy doloroso que pueda ser, y las condiciones sociales, por sí solas, tampoco pueden explicar el suicidio. El suicidio no debe ser presentado como el resultado inevitable de graves problemas personales. Hablar de los factores de riesgo favorece una mejor comprensión de un problema mucho más amplio.
- Explicar los mitos sobre el suicidio
 - Oportunidad para educar a la población
- Coincidencia de varios suicidios
 - La coincidencia de muertes por suicidio de dos o más personas tiene mayor impacto e interés periodístico, pero se requiere un cuidado adicional en la información de *otro suicidio, apenas unos días después...*, lo que podría entenderse como una conexión.
- No ofrecer la información desde un perfil romántico ni que parezca melodramático.
 - Querer que los lectores o audiencia se identifiquen con la persona que ha muerto en el evento es normal, pero destacar excesivamente expresiones comunitarias de dolor puede sugerir que dichas personas están honrando el comportamiento suicida de la persona en lugar de manifestar el luto por su muerte.

- Informar del suicidio como una pérdida trágica y evitable es más beneficioso para prevenir nuevos suicidios.
- ▶ Facilitar y ofrecer recursos locales de ayuda
 - Recursos locales de ayuda
 - Teléfonos de referencia
- ▶ Tener en cuenta el efecto sobre la familia y entorno del fallecido en términos del estigma y el sufrimiento psicológico

Otras recomendaciones incluyen también:

- ▶ No considerar el suicidio como normal o como una respuesta aceptable ante la adversidad.
 - No se trata ni de minimizar la magnitud del problema, ni de considerar el suicidio como algo normal, aceptable o que se trata de algo que la mayoría de la gente hace en tales circunstancias. La gran mayoría de la gente que pasa por malos momentos o que tiene enfermedad mental, incluso en grupos de alto riesgo, no se suicida y busca ayuda o tratamiento.
- ▶ No usar lenguaje que sugiere que el suicidio es inevitable
 - Describiendo el suicidio como una “epidemia” o aportando estadísticas pesimistas, que por sí solas pueden dar el mensaje de que el suicidio sea demasiado difícil de abordar.
- ▶ No reforzar estereotipos negativos, mitos o estigmas referidos a la salud mental o personas suicidas que pueden provocar creencias, actitudes y conductas erróneas.
 - Ej. Mensajes referidos a grupos particulares de alto riesgo de suicidio o enfermedad mental, especialmente sin aportar intervenciones o tratamientos eficaces.
 - Ej. Mensajes como *romper el estigma de la enfermedad mental* u otro lenguaje focalizado en el estigma como problema, puede servir para reforzarlo.

Los informes en los medios de comunicación sobre suicidios de personas célebres tienen un impacto inmediato en el número de suicidios en la población general. Se destaca la responsabilidad y precauciones que deben tener los informes sobre suicidios.

- ▶ Los informes en prensa sobre suicidios de famosos se asocian con un inmediato y sustantivo incremento en el total de suicidios.
- ▶ La influencia varía según la ocupación de los famosos.

El incremento se hace notar el mismo día en que aparece la publicación y se mantiene durante al menos 10 días.

El efecto se nota especialmente en personas con una historia reciente de intento de suicidio.

Los jóvenes constituyen el grupo más influenciado por las noticias en los medios de comunicación. Un estudio centrado en la serie de TV alemana *Muerte de un estudiante* informó que los suicidios durante y después de la serie aumentaron un 175%. Este efecto se repitió cuando la serie se mostró nuevamente años más tarde.

El efecto contagio era más claro en los grupos en los que la edad y el sexo era cercano al personaje (estudiante varón de 19 años).

15

DIFUSIÓN, DIVULGACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

La lucha contra el suicidio no se limita a las acciones que las instituciones públicas o algunas entidades de iniciativa social lleven a cabo. Como toda conducta individual con importante componente emocional, la conducta suicida se encuentra influida por un entramado de factores individuales y sociales. Por lo mismo, las relaciones familiares, sociales, profesionales, los medios de comunicación, el entorno en fin de la persona afectada, pueden actuar de factor protector.

Este Protocolo centra en primer lugar su atención en los profesionales de los sistemas públicos que intervienen, bien en la vida cotidiana de la ciudadanía, bien en situaciones extremas de riesgo (como los servicios de emergencias y policiales). Es uno de sus objetivos coordinar las acciones de todos ellos para la prevención, intervención y seguimiento. Pero a este objetivo se suma la mejor coordinación con el resto de la sociedad.

Por tanto, consideramos necesario prever acciones de divulgación y sensibilización que incluyan tanto a los profesionales como a la población en general.

15.1. DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO ENTRE LOS PROFESIONALES.

Como se ha señalado en el capítulo 13, cada Departamento programará acciones para ofrecer a los profesionales formación sobre la conducta suicida, su evaluación y abordaje, en las que se dará a conocer el Protocolo y se entrenará en las herramientas de evaluación.

Sin perjuicio de estas acciones, que necesariamente serán paulatinas y no alcanzarán a todos los profesionales, el Protocolo se divulgará en las redes intranet de los Departamentos de Salud, Política Social (incluido el Portal de comunicación de la Web de Servicios Sociales), Educación y Presidencia, Justicia e Interior. En este soporte se irán introduciendo las sucesivas modificaciones a que puedan dar lugar las evaluaciones y el seguimiento que la Comisión haga de las acciones contenidas en el Protocolo.

Se hará llegar, igualmente, a los Colegios y Asociaciones Profesionales del ámbito sanitario y social, así como de los medios de comunicación.

15.2. DIVULGACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOBRE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE CONDUCTAS SUICIDAS.

El entorno de la persona en riesgo puede ejercer un papel protector, como hemos dicho. Las familias de las personas en riesgo, especialmente de las que padecen trastornos mentales, precisan orientación sobre cómo detectar señales y actuar ante ellas, para lo que se precisa material escrito de forma clara y didáctica.

A través de los medios de comunicación se hará llegar a la población en general el conocimiento de la existencia y objetivos de este Protocolo, así como la dirección web del Gobierno de Navarra en la que se podrá acceder al documento.

Se editará durante el primer año de vigencia de este Protocolo una breve guía que ofrezca información veraz sobre conducta suicida y factores de riesgo y protección, que rebata algunos mitos existentes y que ayude a identificar señales de alerta y estrategias a seguir ante éstas.

Se prevé su difusión a través de:

- ▶ Centros de Salud.
- ▶ Centros de Salud Mental.
- ▶ Servicios Sociales de Base.
- ▶ Departamentos de Orientación Psicopedagógica de los centros escolares.

Se mantendrá una línea de trabajo en este sentido que complete en años sucesivos esta acción con materiales divulgativos que en otros ámbitos geográficos hayan mostrado ser de utilidad.

16

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Tenemos aún poca evidencia científica acerca de los programas más eficaces de prevención del suicidio. Por ello las propuestas de abordaje de este fenómeno deben ser abiertas y en gran parte dirigidas a aumentar nuestro conocimiento, tanto de las conductas suicidas en nuestro entorno, como de la eficacia de los protocolos de

prevención.

Este primer Protocolo Interinstitucional de Prevención de Conductas Suicidas se propone como un modelo inicial de trabajo en común. Está abierto a revisión continua mediante aportaciones de otros profesionales y mediante el análisis de los casos que cada año se presenten en la Comunidad Foral.

Se considera necesario un seguimiento de la adecuación de los instrumentos de valoración y evaluación del riesgo, de la coordinación establecida entre los Departamentos y entre éstos y las organizaciones de la sociedad civil, así como de la formación ofrecida a los profesionales y de las acciones de sensibilización llevadas a cabo.

Por Acuerdo de Gobierno de fecha 2 de julio de 2014, se ha creado la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas ([Anexo 4](#)).

Las funciones de esta Comisión incluyen la elaboración de protocolos y la propuesta ante las respectivas instituciones de las acciones a llevar a cabo en la prevención y actuación ante conductas suicidas. Junto a ellas se encuentran las siguientes en relación con el seguimiento y la evaluación de las acciones llevadas a cabo:

- ▶ Establecer los indicadores de cumplimiento, resultados e impacto para la evaluación de los protocolos.
- ▶ Garantizar que se lleve a cabo una evaluación continua de los protocolos de prevención y actuación ante conductas suicidas y revisarlos al menos una vez al año.
- ▶ Promover la mejora de los sistemas de registro de conductas suicidas en la Comunidad Foral.
- ▶ Hacer un informe anual de las acciones llevadas a cabo en el marco de los protocolos de prevención y actuación ante conductas suicidas y de los indicadores de ejecución y de impacto de éste.

La Comisión celebrará a lo largo del año las reuniones que considere necesarias para el ejercicio de sus funciones. Al menos celebrará una reunión anual con los siguientes objetivos:

- ▶ seguimiento de:
 - actividades llevadas a cabo en desarrollo de los protocolos propuestos.
 - datos disponibles referidos a conductas suicidas.
- ▶ revisión y evaluación de la coordinación llevada a cabo en los casos tratados de conductas de riesgo y conductas suicidas.
- ▶ valoración del seguimiento de los protocolos.
- ▶ elaboración de propuestas de actividades para el siguiente año.

Bibliografía.

- AGUILERA, M., CALA, A., WALKQUER, M. MUÑIZ, S. y LÓPEZ, JC. *Escala de riesgo de suicidio en niños y adolescentes de la Universidad de la Habana*
- AREAL ROTHES, INÉS et al.: *Facing a patient who seeks help after a suicide attempt en Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 35, no. 2 (December 9, 2013): 110–122, doi:10.1027/0227
- CHENG AT, HAWTON K, CHEN TH, YEN AM, CHEN CY, CHEN LC, TENG PR: *The Influence of Media Coverage of a Celebrity Suicide on Subsequent Suicide Attempts*. *J Affect Disord*. 2007 Nov;103(1-3):69-75. Epub 2007 Feb 20.
- CROSBY AE, ORTEGA L, MELANSON C. *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. National Center for Injury Prevention and Control. Division of Violence Prevention. 2011, Atlanta, Georgia
- GOERTEMILLER CARRIGAN C, LINCH DJ. *Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician*. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry*. 2003;5(4):169
- GOULD MADELYN S et al., "Suicide Reporting Content Analysis" en *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 28, no. 4 (April 30, 2008): 165–174, doi:10.1027/0227-5910.28.4.165.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA. I. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de TecnoloXías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (PAPPS). *Guía de Salud Mental en Atención*. Barcelona. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
- GUTIÉRREZ JM (1995) *Análisis breve del estudio oficial del Suicidio en el Estado Español*, *Revista de Psiquiatría* (Fac. Medicina Barcelona), 22(1), 25-28.
- GUTIÉRREZ JM (1996) *El suicidio en España, 1906-1991. Mortalidad según distribución geográfica*. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 24, 81-83
- HASTE F, CHARLTON J, JENKINS R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1759-63
- HAWTON K, *Samaritans Media Guidelines en Samaritans* (September 9, 2009): 1–32.
- HAWTON, K et al. www.theLancet.com Vol 373 April 18,2009
- J. BOBES, J. GINER Y J. SAIZ. *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida*. 2011. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editorial Triacastela.
- LUOMA JB, MARTIN CE, PEARSON JL. *Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence*. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):909
- O'CONNOR R., PLATT, S, GORDON J. :*"International Handbook of Suicide Prevention - Research, Policy and Practice "*. Willy Blackwell, 2011.
- OMS. Dpto de SALUD MENTAL y ABUSO DE SUSTANCIAS. "Prevención del Suicidio. Un instrumento en el trabajo". 2006, Ginebra.
- OMS. Dpto de SALUD MENTAL y ABUSO DE SUSTANCIAS. "Prevención del Suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea". 2009, Ginebra.
- OMS. Dpto de SALUD MENTAL y TOXICOMANÍAS. "Prevención del Suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional". 2001, Ginebra.
- OMS. Dpto de SALUD MENTAL y TOXICOMANÍAS. "Prevención del Suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación". 2000, Ginebra.
- OMS. Dpto de SALUD MENTAL y TOXICOMANÍAS. "Prevención del Suicidio. Un instrumento para

- trabajadores de atención primaria de salud*". 2000, Ginebra.
- OMS. Dpto de SALUD MENTAL y TOXICOMANÍAS. "Prevención del Suicidio.¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?". 2001, Ginebra.
 - OMS: "Prevención del Suicidio. Un instrumento para profesionales de los Medios de Comunicación" (June 7, 2007): 1–12.
 - POSNER, K., BRENT, D., LUCAS, C. et al.. *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*, (2012)
 - SCHMIDTKE A. and HÄFNER H. (1988). *The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis* .*Psychological Medicine*, 18, pp 665-676.
 - SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. BASALUZZO TAMBORINI, S. et al. *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida*. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010
 - SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. RUEDA LÓPEZ, Francisca. "Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares". Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010
 - SOLER P. , BARRACHINA J. Comité de Consenso en Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales: "Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales" *ARS Médica*
 - TORRICO E., REMESAL R, ANDRÉS M: "El Suicidio en la Población Adulta". FOCAD, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. 2009
 - UEDA M, MORI K, MATSUBAYASHI T: "The Effects of Media Reports of Suicides Bywell-Known Figures Between 1989 and 2010 in Japan" (April 16, 2014): 1–7, doi:10.1093/ije/dyu056.