

Protocolo de actuación ante la CONDUCTA SUICIDA

Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga

PREVEN SAP



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

VICERRECTORADO DE IGUALDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

Servicio de Atención Psicológica



© UMA Editorial. Universidad de Málaga

Bulevar Louis Pasteur, 30 (Campus de Teatinos) - 29071 Málaga
www.umaeditorial.uma.es

© Los autores

Diseño y maquetación: Los autores

ISBN: 978-84-1335-365-4



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:
Reconocimiento - No comercial - (cc-by-nc):
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>
Esta licencia permite a los reutilizadores distribuir, remezclar,
adaptar y desarrollar el material en cualquier medio o formato
únicamente con fines no comerciales y siempre que se otorgue la
atribución al creador.

RELACIÓN DE AUTORES

Laura Bernal Galiano

Psicóloga General Sanitaria

Alumna de doctorado de la Universidad de Málaga.

laubergali@uma.es

Berta Moreno Küstner

Catedrática y Directora del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Málaga.

bertamk@uma.es

José Martín Salguero Noguera

Director del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga

Profesor Titular del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Málaga.

jmsalguero@uma.es

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN	4
1.2. DEFINICIÓN Y PROPÓSITO	5
2. BREVE GUÍA DE UTILIZACIÓN	5
2.1. A QUIÉN VA DIRIGIDO Y CÓMO APLICARLO	5
2.2. ¿CUÁNDO SE ACTIVA?	6
3. FASES DEL PROTOCOLO	6
3.1. FASE 1. VÍA DE DETECCIÓN DE PERSONAS EN POSIBLE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA	7
Algoritmo 1. Vía de detección de personas en posible riesgo de conducta suicida	7
3.2. FASE 2. VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA	9
3.3. FASE 3. ACTUACIÓN SEGÚN NIVEL DE RIESGO	10
Algoritmo 2. Vía de detección a1 (en tratamiento individual en el SAP). Actuación según el nivel de riesgo	11
Algoritmo 3. Vía de detección a2 (en tratamiento no individual en el SAP) o b (demanda de la persona). Actuación según el nivel de riesgo	12
Algoritmo 4. Vía de detección c (demanda de tercera persona Actuación según el nivel de riesgo	13
3.4. FASE 4. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO	14
3.5. FASE 5. DESACTIVACIÓN DEL SEGUIMIENTO	14
4. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO	15
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
6. ABREVIATURAS	17
7. ANEXOS	18
ANEXO 1. Plan de seguridad colaborativo	18
ANEXO 2. Derivación directa al Servicio Andaluz de Salud	22
ANEXO 3. Recursos para terapeutas	24
ANEXO 4. ¿Qué podemos hacer cuando vemos señales de alerta y/o de ideación suicida en un familiar o allegado?	39
ANEXO 5. Pautas de actuación del profesorado ante riesgo de suicidio en el alumnado	40
ANEXO 6. ¿Necesitas ayuda? Recursos y servicios	41

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) resalta que el suicidio es un problema de salud pública prioritario. En el año 2019, se produjeron alrededor de 700.000 muertes por suicidio en el mundo, suponiendo la cuarta causa de muerte entre los 15 y 29 años. En España, los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) han avalado que en el año 2022 fallecieron 4.097 personas por suicidio, siendo el año con más suicidios registrados en el país desde que se tienen datos (año 1906). Además, fue la principal causa absoluta de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. Todo ello sin contar las posibles muertes por suicidio que, por diferentes razones, no son atribuidas a esta causa (ej. envenenamientos). A esta realidad se han de sumar la ideación suicida, la planificación y los intentos de suicidio (Hawton y Van Heeringen, 2009). También son significativos el impacto a corto y largo plazo en familiares y personas cercanas (Andriessen y Kryszka, 2011) y los costes médicos, financieros y emocionales en la sociedad (Zechmeister et al., 2008). A pesar de las alarmantes cifras, actualmente (año 2023) España no posee ningún plan o estrategia estatal para su prevención.

En línea con lo anterior, algunas investigaciones han estudiado la prevalencia de la conducta suicida en estudiantes universitarios (Auerbach et al., 2018; Eskin et al., 2016; Mortier et al., 2018). En estudiantes españoles, un estudio de Blasco et al. (2018) halló una alta prevalencia de comportamientos y pensamientos suicidas. Asimismo, otro estudio sobre la prevalencia de la conducta suicida en la Universidad de Málaga (UMA) también reveló una alta prevalencia de esta entre los estudiantes de la muestra durante los 6 meses anteriores a la evaluación. En concreto, el 30,4% expresó haber tenido deseos de muerte; un 14,7%, ideas de suicidio; un 5%, lesiones autoinfligidas; y un 0,5% intentos de suicidio. Por último, un 5,7% reveló haber tenido algún intento de suicidio durante su vida (Ramos-Martín et al., 2023).

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN

La Universidad de Málaga (UMA) tiene un compromiso con la salud y el bienestar de las personas que forman parte de la institución. En línea con lo anterior, promocionar la salud mental de la comunidad universitaria y atender y priorizar la prevención de la conducta suicida dada su prevalencia y gravedad son acciones fundamentales. En este contexto, surge el I Plan de Prevención de la conducta suicida en la UMA (Moreno-Küstner y Ramos-Martín, 2022), en el cual se enmarca el presente protocolo de actuación. Este plan de prevención tiene como objetivo general reducir la incidencia y prevalencia de la conducta suicida a través de la implementación de una serie de estrategias y acciones (para más información, véase [aquí](#)).

Concretamente, el Protocolo de Actuación ante la Conducta Suicida (PREVENSAP), se encuadra en las líneas estratégicas (4) Atención psicológica a personas con conducta suicida en la UMA y (5) Coordinación de actuaciones relacionadas con la conducta suicida.

Para abordar estas líneas estratégicas, la UMA cuenta con el Servicio de Atención Psicológica ([SAP](#)), dependiente del Vicerrectorado de Igualdad, Diversidad y Acción Social y vinculado a la Facultad de Psicología y Logopedia, el cual brinda atención psicológica a toda la comunidad universitaria. Ofrece terapia individual y grupal e intervención en crisis. Así, para dar respuesta a posibles situaciones de crisis y/o urgencias que puedan tener lugar en el contexto universitario, el SAP requiere de intervenciones claras y toma de decisiones ágiles.

Protocolizar las intervenciones contribuye a que se puedan conocer y llevar a cabo prácticas basadas en la evidencia, favorecer la calidad asistencial, investigar los procedimientos, facilitar el entrenamiento de los terapeutas y disminuir el burnout en los profesionales, entre otros (Gagliesi, 2010). En este sentido, diseñar e implementar un protocolo de actuación específico en el SAP ante la conducta suicida en el colectivo universitario es de gran relevancia clínica e investigadora. Asimismo, en el protocolo se concretan las colaboraciones con instituciones que se han considerado pertinentes de cara a fomentar y potenciar la coordinación entre organismos públicos, agentes sociales e instituciones implicadas en la prevención de la conducta suicida con el SAP, dado que la conducta suicida es multifactorial y requiere de un abordaje integral.

1.2. DEFINICIÓN Y PROPÓSITO

PREVENSAP es el protocolo de actuación del SAP de la UMA ante la conducta suicida. Así, su propósito se sitúa tanto en el nivel de prevención secundaria o selectiva (dirigido a personas de la comunidad universitaria en situación de riesgo de conducta suicida) como de prevención terciaria o indicada (al delimitar también pautas de actuación ante personas de la comunidad universitaria con alto riesgo de realizar un intento de suicidio).

En línea con lo anterior, PREVENSAP persigue los siguientes objetivos:

- a) Establecer pautas comunes de actuación ante situaciones de riesgo de conducta suicida en el contexto universitario para poder ofrecer una detección precoz, una atención efectiva y seguimiento proactivo de las personas que lo requieran.
- b) Orientar la toma de decisiones y la evaluación de las intervenciones enmarcadas en el protocolo.
- c) Promover una adecuada valoración, abordaje y seguimiento de las personas con conducta suicida atendidas en el SAP de la UMA.
- d) Facilitar y orientar la coordinación del SAP con otros servicios asistenciales, a fin de optimizar la integración de los recursos disponibles y poder dotar a las personas de un adecuado acompañamiento, asegurando la continuidad asistencial en el abordaje.
- e) Optimizar la calidad asistencial del SAP de la UMA a personas con conducta suicida.

2. BREVE GUÍA DE UTILIZACIÓN

2.1. A QUIÉN VA DIRIGIDO Y CÓMO APLICARLO

Este protocolo está dirigido a psicólogos sanitarios (profesionales del servicio y alumnado en formación) y especialistas en psicología clínica del SAP de la UMA con el propósito de aportarles un marco de actuación ante personas del colectivo universitario (Personal de Administración y Servicio- PAS, Personal Docente e Investigador-PDI o estudiantado) en riesgo y/o con conducta suicida.

Los terapeutas del SAP han de entrenarse mediante la revisión de este protocolo, la participación en reuniones clínicas y la supervisión/consulta con otros profesionales de cara a ofrecer un óptimo acompañamiento.

La presente guía no anula la responsabilidad individual de los profesionales. Estos han de tomar las decisiones ajustadas a las circunstancias de cada persona, por lo que las estrategias propuestas sólo han de tomarse como esquema general de actuación.

¿Cómo garantizar un uso actualizado del protocolo?

Para garantizar una constante actualización y desarrollo de cara a proporcionar las mejores pautas de actuación posibles, periódicamente se ha de:

- Revisar las reglamentaciones específicas (ej. sobre el deber de advertir).
- Ajustar, según los recursos disponibles, qué actuaciones están al alcance del SAP y la comunicación y coordinación con el personal de salud de otros servicios y/o niveles asistenciales.

2.2. CUANDO SE ACTIVA

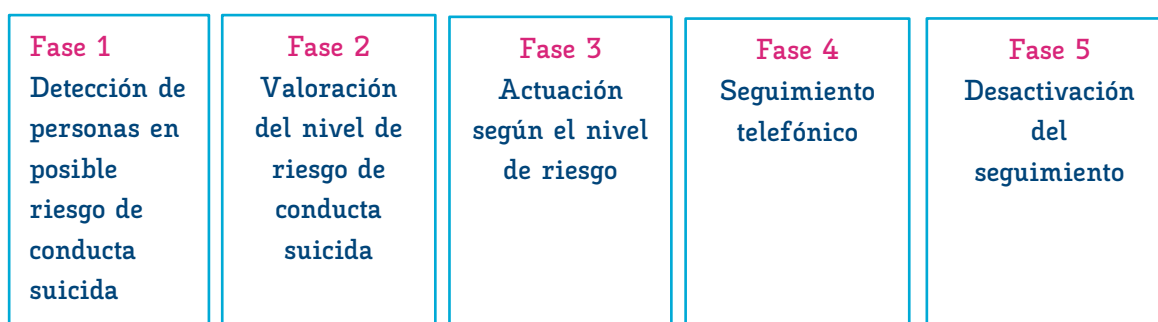
Los psicólogos del SAP han de poner en marcha PREVENSAP ante las siguientes situaciones:

- a. Toda persona que recibe terapia individual en el SAP podría ser incluida en el protocolo si presenta algún tipo de señales de conducta suicida.

Igualmente, se activará PREVENSAP si, en el curso de otro tipo de intervenciones en el SAP (ej. terapia grupal, talleres psicoeducativos), se detectan señales de conducta suicida por parte de algunos de los pacientes.

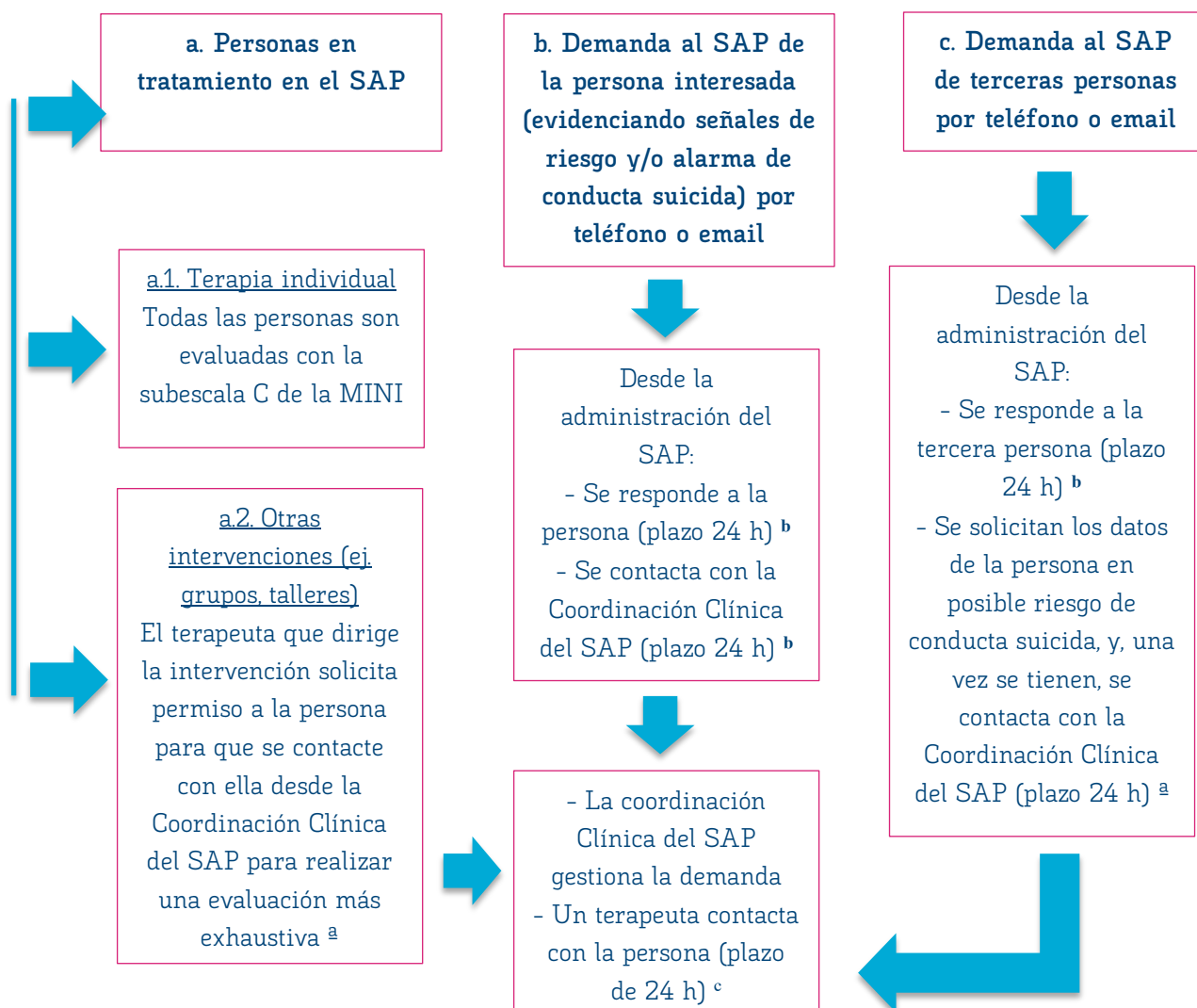
- b. Las personas interesadas presentan una demanda de atención al SAP, bien por vía telefónica o por email, por conducta suicida, esto es, evidenciando señales de alarma y/o riesgo de conducta suicida.
- c. Terceras personas (ej. profesorado) presentan una demanda de atención al SAP, bien por vía telefónica o por email, por conducta suicida de algún miembro de la comunidad universitaria.

3. FASES DEL PROTOCOLO



3.1. FASE 1. VÍA DE DETECCIÓN DE PERSONAS EN POSIBLE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA

Algoritmo 1. Vía de detección de personas en posible riesgo de conducta suicida.



Fuente: elaboración propia.

^a Si la persona da su permiso, el terapeuta facilitará dichos datos a la Coordinación Clínica del SAP en un plazo de 24 horas (si realiza la demanda en días laborables, excepto el viernes).

Desde la recepción de la demanda por parte de la Coordinación Clínica del SAP, en un plazo de 24 horas (si realiza la demanda en días laborables, excepto el viernes), un terapeuta contactará con la persona interesada, preferentemente por vía telefónica.

^b En un plazo máximo de 24 horas (si realiza la demanda en días laborables, excepto el viernes) se responderá desde la Administración del SAP a la persona por el mismo medio a través del que contactó. Dentro de ese plazo de 24 horas (si realiza la demanda en días laborables,

excepto el viernes), desde la Administración se contactará con la Coordinación Clínica del SAP, quien gestionará la demanda.

° Desde la recepción de la demanda por parte de la Coordinación Clínica del SAP, en un plazo de 24 horas (si realiza la demanda en días laborables, excepto el viernes), un terapeuta contactará con la persona interesada, preferentemente por vía telefónica.

Guiones de respuesta desde la Administración del SAP para las situaciones b) y c):

- A la persona interesada

Estimado/a ...

El SAP cuenta con un protocolo de actuación ante conductas suicidas, dentro del I plan de Prevención de la Conducta Suicida de la UMA. Si en los últimos días o semanas estás manifestando comportamientos suicidas, por ejemplo: estás teniendo pensamientos de suicidio recurrentes que te son difíciles de manejar, has empezado a pensar en un plan concreto para quitarte la vida, y/o has tenido intentos de suicidio previos, háznoslo saber, facilítanos tus datos de contacto y uno de los profesionales del SAP contactará contigo lo antes posible. Este profesional hará una evaluación inicial para valorar el riesgo y, a partir de esa valoración, se tomarán decisiones acerca de la mejor ayuda que puedas recibir.

En nuestra página web (<https://www.uma.es/servicio-de-atencion-psicologica/info/132636/plan-de-prevencion-de-la-conducta-suicida-en-la-universidad-de-malaga/>) puedes encontrar información acerca de la conducta suicida (ej. qué es, qué pautas de actuación son recomendables, direcciones de interés, etc.) que puede serte de ayuda.

Saludos cordiales,

- A terceras personas

Estimado/a ...

El SAP cuenta con un protocolo de actuación ante conductas suicidas, dentro del I plan de Prevención de la Conducta Suicida de la UMA. En nuestra página web (<https://www.uma.es/servicio-de-atencion-psicologica/info/132636/plan-de-prevencion-de-la-conducta-suicida-en-la-universidad-de-malaga/>) puede encontrar información de interés acerca de este Plan y acerca de la conducta suicida (por ejemplo, pautas de actuación ante el riesgo de suicidio y direcciones de instituciones relevantes).

Si la persona por la que está contactando con nosotros ha manifestado comportamientos suicidas (ej. ha manifestado tener pensamientos de suicidio de forma recurrente, ha manifestado tener un plan concreto para quitarse la vida, o ha tenido intentos de suicidio previos) háganoslo saber, pidiéndole su permiso y facilitándonos los datos de contacto de dicha persona, y uno de los profesionales del SAP contará con ella. Como parte de nuestro protocolo de actuación, se le hará una evaluación inicial para valorar el riesgo, a partir de la cuál, se tomarán las decisiones oportunas acerca de la mejor intervención.

Saludos cordiales,

3.2. FASE 2. VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA

¿Quién hace la valoración del riesgo en el protocolo PREVENSAP?

- El terapeuta que está llevando a cabo la intervención individual, como parte de la evaluación inicial.
- Un terapeuta designado y supervisado desde la Coordinación Clínica del SAP.

¿Cómo se realiza la valoración del riesgo de conducta suicida?

Para llevar a cabo la valoración, el terapeuta tendrá como guía la subescala C de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (en su versión en español; Ferrando et al., 1998).

Subescala C de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Ferrando et al., 1998)

C. RIESGO DE SUICIDIO.				
Durante este último mes: (Rodea con un círculo la respuesta que corresponda)			Respuesta	Puntos
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4
SUMAR EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)			Total	
ESPECIFICA EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO:				
0 puntos:	Sin riesgo	<input type="checkbox"/>		
1 – 5 puntos:	Riesgo leve	<input type="checkbox"/>		
6 – 9 puntos	Riesgo moderado	<input type="checkbox"/>		
≥ 10 puntos	Riesgo alto ^a	<input type="checkbox"/>		

^a Si ≥ 10 puntos + haber contestado Sí a C4 y/o C5, considerando el terapeuta que existe riesgo para la vida de la persona en breve periodo de tiempo, señalar la casilla de nivel de riesgo inminente:

Riesgo inminente

Guión para la llamada telefónica por parte del terapeuta del SAP

De manera general, de cara a la presentación y petición de datos (nombre completo, edad, número de teléfono) durante el primer contacto, se puede verbalizar lo siguiente:

"Hola, mi nombre es [nombre del psicólogo], soy psicólogo del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga. Gracias por pedir ayuda, estoy aquí para escucharte, acompañarte y ayudarte. ¿Cómo te llamas? [Nombre de la persona], antes de nada, necesitaría que me confirmaras además de tu nombre completo, tu edad y tu número de teléfono por si te he de llamar de vuelta en caso de que se corte la llamada y me gustaría saber dónde te encuentras.

...

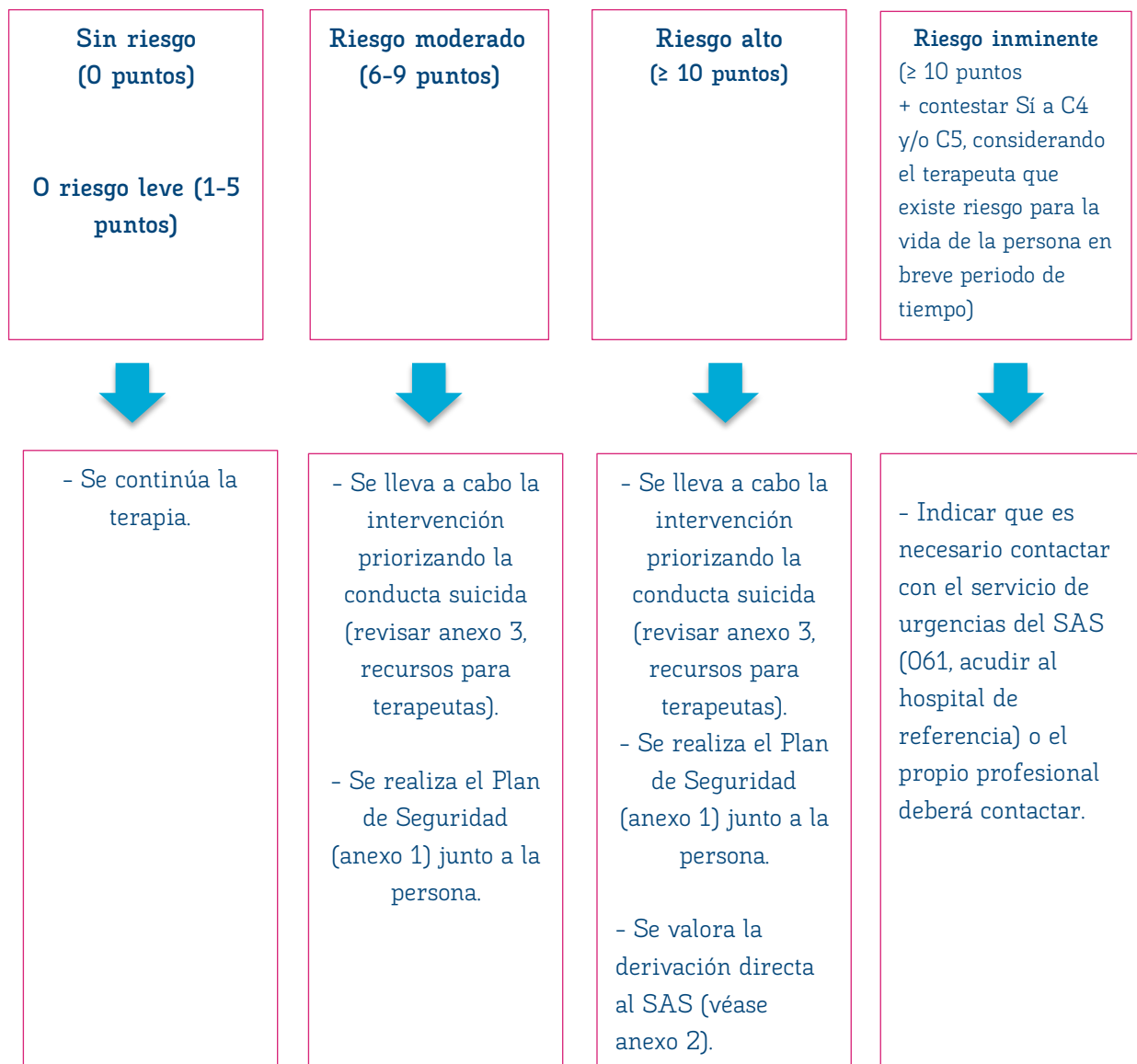
Puedo ver que estás pasando por una situación difícil y has manifestado ideas o pensamientos relacionados con el suicidio. Estoy aquí para apoyarte, no estás solo. Haré lo posible por ayudarte. Para ello, en primer lugar, necesito hacerte unas preguntas al respecto ¿de acuerdo?"

3.3. FASE 3. ACTUACIÓN SEGÚN NIVEL DE RIESGO

Cada nivel de riesgo detectado en la Fase 2 conlleva una actuación específica según la vía de detección, las cuáles se detallan en los siguientes algoritmos.

1. Si la persona ya estaba en tratamiento individual en el SAP (vía de detección a1), según el nivel de riesgo de conducta suicida evaluado, las actuaciones a realizar serían las siguientes.

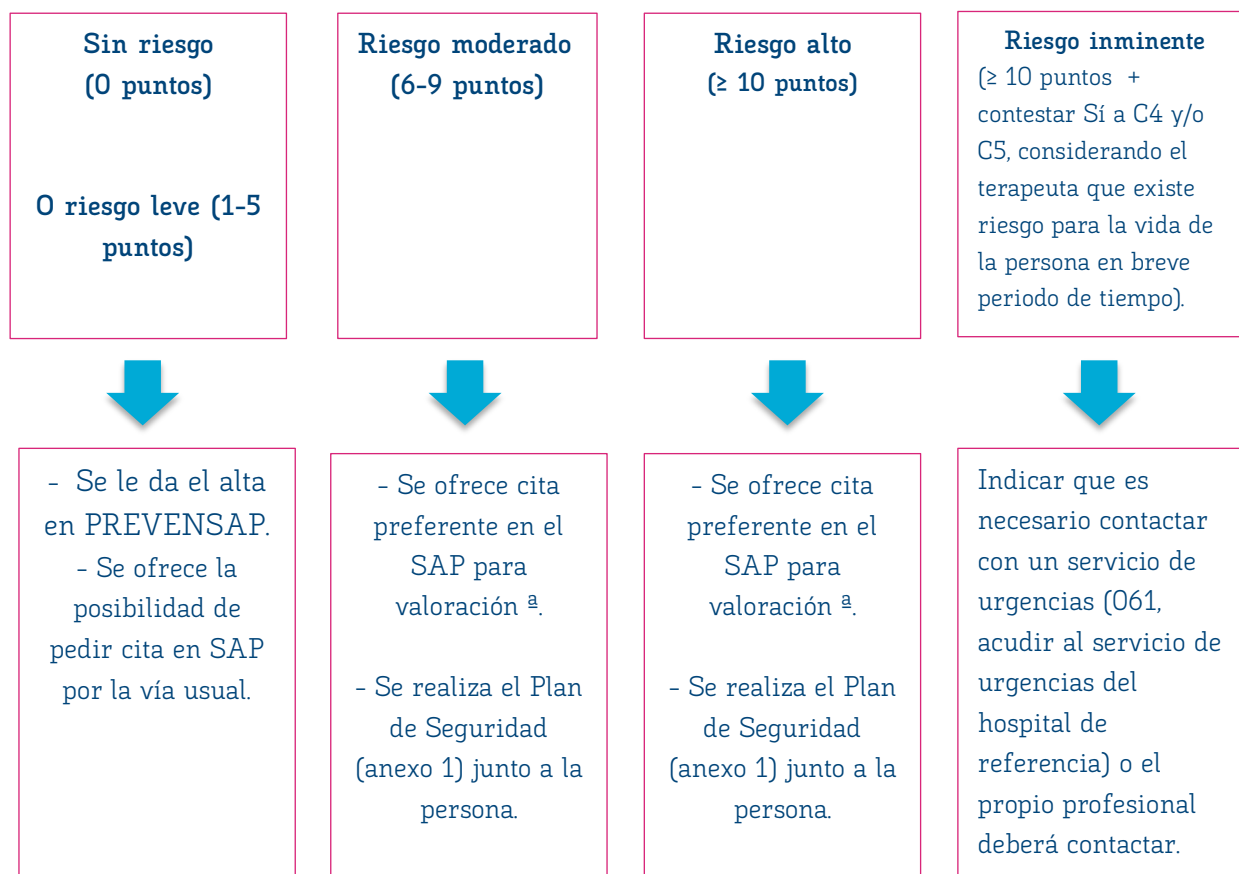
Algoritmo 2. Vía de detección a1 (ya en tratamiento). Actuación según el nivel de riesgo.



Fuente: elaboración propia.

2. Si la persona accede al SAP por la vía a2 (está en tratamiento no individual – ej. grupos o talleres) o a través de la vía b (demanda al SAP de la persona interesada – evidenciando señales de riesgo y/o alarma de conducta suicida – por teléfono o email), las actuaciones a realizar **según el nivel de riesgo de conducta suicida evaluados serían las siguientes.**

Algoritmo 3. Vía de detección a2 o b). Actuación según el nivel de riesgo.



Fuente: elaboración propia.

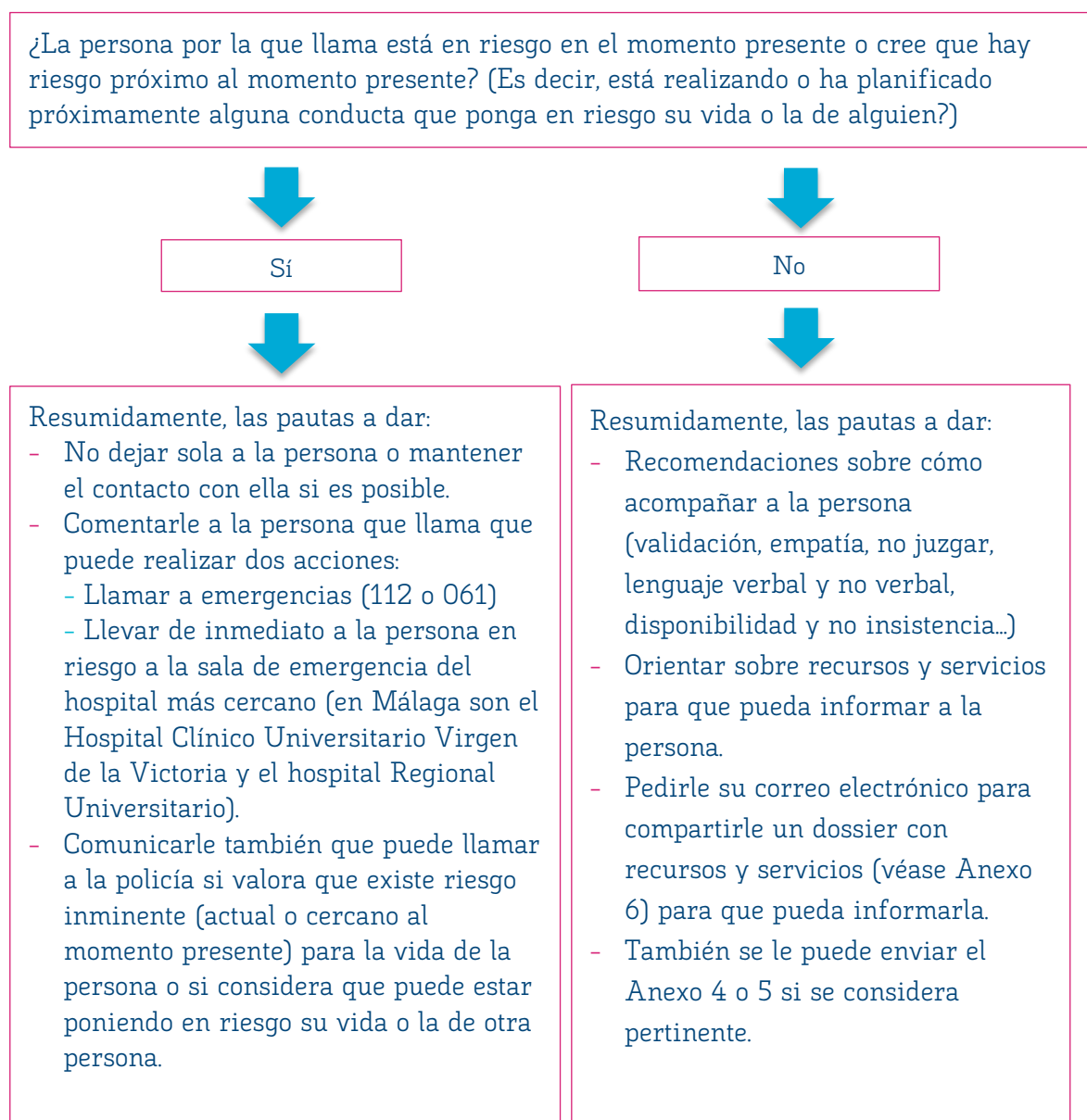
^a ¿Qué ocurre una vez se da cita preferente en el SAP?

Una vez que se ofrece cita preferente, el terapeuta realiza una evaluación más exhaustiva de la conducta suicida (en el anexo 3 aparecen recursos de interés para realizar dicha evaluación) y decide la mejor línea de actuación, dando prioridad a la intervención para reducir el riesgo suicida (en el anexo 3 también es posible encontrar recursos de interés de cara a la intervención). Se llevará a cabo por parte del terapeuta una evaluación continuada de la conducta suicida.

Si, tras la intervención en la conducta suicida, el riesgo continúa siendo alto (o inminente) y el profesional considera que el problema no puede ser abordado en el SAP, se informará a la coordinación clínica del SAP para llevar a cabo una derivación directa al SAS (véase anexo 2), siempre que el alumnado tenga como seguro médico la Seguridad Social.

3. Si la persona accede por la vía de detección c (demanda al SAP de terceras personas por teléfono o email), las actuaciones a realizar serían las siguientes.

Algoritmo 4. Vía de detección c. Actuación según el nivel de riesgo.



Fuente: elaboración propia.

3.4. FASE 4. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

A todas las personas que han sido incluidas y registradas en PREVENSAP se le realizará un seguimiento telefónico para conocer la situación respecto a la conducta suicida.

¿Quién realiza las llamadas?

Las llamadas se realizarán por parte de terapeutas del SAP previamente coordinados.

¿Cuándo se realizarán?

Estas llamadas se realizarán a los 1, 3, 6, 9 y 12 meses, de haber sido incluidas en el protocolo y a las 48 h si ha habido derivación al SAS.

¿Cómo será la evaluación de seguimiento?

La evaluación consistirá principalmente en reevaluar el nivel de riesgo mediante la subescala C de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (en su versión en español; Ferrando et al., 1998)* y verificar si la persona sigue teniendo presente el plan de seguridad en los casos en los que se haya realizado.

*Si en algún punto el riesgo aumenta, el terapeuta que hace el seguimiento ha de reevaluar las actuaciones que se le están proporcionando a la persona y adaptarlas al nivel de riesgo actual.

3.5. FASE 5. DESACTIVACIÓN DEL SEGUIMIENTO

Se llevará a cabo el alta si en el seguimiento a los 12 meses no hay riesgo o el riesgo es leve. Nuevamente, si en algún punto el riesgo aumenta, el terapeuta que hace el seguimiento ha de reevaluar las actuaciones que se le están proporcionando a la persona y adaptarlas al nivel de riesgo actual.

4. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

La presente evaluación permitirá analizar tanto la implementación del protocolo como los resultados obtenidos a partir del mismo. De este modo, por un lado, se podrá conocer si la puesta en marcha del protocolo se ha llevado a cabo según lo previsto, así como las posibles dificultades que se hayan encontrado en su desarrollo. Además, una vez haya sido implementado el tiempo necesario para disponer de datos fiables, se podrá establecer una posible generalización del protocolo a otros servicios de atención psicológica universitarios. Asimismo, el presente trabajo contribuirá a disponer de un registro de los casos de conducta suicida en la comunidad universitaria, así como a proporcionar información sobre las variables sociodemográficas asociadas al riesgo de suicidio y arrojará luz sobre la implementación del protocolo.

Para llevar a cabo la evaluación de una manera pormenorizada y ordenada, se ha diseñado una base de datos en la que los profesionales del SAP recogen información de variables relevantes, la cual será posteriormente analizada para obtener información clave acerca de la prevalencia del riesgo de suicidio en la comunidad universitaria, lo que facilitará el desarrollo de estrategias de prevención en el contexto universitario.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andriessen, K., y Kryszynska, K. (2011). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International journal of environmental research and public health*, 9(1), 24-32. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Lee, S., Lochner, C., McLafferty, M., Nock, M. K., Petukhova, M. V., Pinder-Amaker, S., Rosellini, A. J., Sampson, N. A., Vilagut, G.,... WHO WMH-ICS Collaborators (2018). Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the world health organization world mental health surveys international college student initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1752. <https://doi.org/10.1002/mpr.1752>
- Eskin, M., Sun, J. M., Abuidhail, J., Yoshimasu, K., Kujan, O., Janghorbani, M., Flood, C., Carta, M. G., Tran, U. S., Mechri, A., Hamdan, M., Poyrazli, S., Aidoudi, K., Bakhshi, S., Harlak, H., Moro, M. F., Nawafleh, H., Phillips, L., Shaheen, A.,... Voracek, M. (2016). Suicidal behavior and psychological distress in university students: A 12-nation study. *Archives of Suicide Research*, 20(3), 369-388. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1054055>
- Ferrando, L., Franco, A. L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L., and Gibert, J. (1998). MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional (versión en español 5.0.0.) DSM-IV. *Madrid, España: Instituto IAP.*
- Gagliosi, P. (2010). Un protocolo para asistir a personas con ideas suicidas en la práctica clínica. *Vertex*, 89, 42-54.
- Indicators, O. E. C. D. (2012). Education at a Glance 2016. *Editions OECD*, 90.
- Instituto Nacional de Estadística (10 de enero de 2023). *Defunciones por suicidios. Resultados nacionales. Suicidios por edad y sexo.* Ine.es. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=49948#ltabs-grafico>
- Moreno-Kustner, B., y Ramos-Martín, J. (2022). *I Plan para la Prevención de la Conducta Suicida en la Universidad de Málaga 2022-2024.* <https://hdl.handle.net/10630/24028>
- Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Nock, M. K., O'Neill, S., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Bruffaerts, R., Kessler y WHO WMH-ICS Collaborators (2018). Suicidal thoughts and behaviors among first-year college students: results from the WMH-ICS project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(4), 263-273. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.018>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.* <https://doi.org/10.37774/9789275324240>

- Ramos-Martín, J., Pérez-Berlanga, J. M., Oliver, J., & Moreno- Küstner, B. (2023). Non-lethal suicidal behavior in university students of Spain during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1155171. DOI=10.3389/fpsyt.2023.1155171
- Turecki, G., y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Zechmeister, I., Kilian, R., y McDaid, D. (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-20>

6. ABREVIATURAS

Instituto Nacional de Estadística	INE
Organización Mundial de la Salud	OMS
Protocolo de Actuación ante la Conducta Suicida, Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga	Universidad de Málaga PREVENSAP
Servicio de Atención Psicológica	SAP
Servicio Andaluz de Salud	SAS
Universidad de Málaga	UMA
Personal Docente e Investigador	PDI
Personal de Administración y Servicios	PAS

7. ANEXOS

Anexo 1. Plan de seguridad colaborativo (Stanley y Brown, 2012)

Intervención a verbalizar por el terapeuta:

"Con lo que me comentas, me gustaría que juntos hiciésemos un plan de seguridad para que pueda ayudarte a afrontar las situaciones de crisis y, poco a poco, iremos trabajando en conjunto para buscar salidas desde la vida ¿de acuerdo? ¿Tienes papel y algo para escribir? A continuación, voy a hacerte algunas preguntas y me gustaría que vayamos diseñando este plan para que puedas llevarlo contigo y ponerlo en marcha en situaciones de crisis. Es preferible que tengas la información por escrito para que puedas consultarlo en situaciones difíciles/de crisis.

En primer lugar, el primer apartado que vas a poner en tu plan de seguridad es el de desencadenantes y contexto. Así, quiero que me expreses y detalles en tu plan las señales de advertencia que indican que puedes estar teniendo una crisis. Por ejemplo, ¿cuáles son esos pensamientos, estados de ánimo, imágenes, comportamientos, situaciones, contexto y otros desencadenantes que indican que puedes estar pasando por una crisis?

En segundo lugar, me gustaría que añadas en tu plan un apartado de estrategias de afrontamiento internas. Así, te pido que me enumeres actividades y estrategias que puedes llevar a cabo para regular tus emociones y pensamientos. Pedirte que sean actividades que puedas realizar sin contactar con otra persona (ej. distracciones, una actividad que te gusta, técnicas de relajación, actividad física...), ya que estas son internas y la que impliquen a otras personas las consideraremos en otro apartado.

El siguiente apartado vamos a titularlo interacción con otras personas y entornos sociales. Ahora quiero que me cometas y escribas una lista con los nombres y detalles de contacto de personas, lugares y actividades sociales que te pueden ayudar a afrontar/transitar estos momentos de crisis, pero en este caso sin revelar los sentimientos y pensamientos de suicidio que puedas estar teniendo.

En cuarto lugar, vamos a incluir el apartado de personas de ayuda. Por favor, ahora quiero que hagas una lista de personas y detalles de contactos (ej. Familiares, amigos) con quien te sientes cómodo revelando, expresando y/o hablando sobre tus sentimientos y pensamientos suicidas.

Ahora quiero que incluyas recursos profesionales disponibles. Quiero que me enumeres y escribas por favor un listado de nombres y detalles de contactos que conozcas de médicos, líneas directas de suicidio y profesionales que pueden brindarte ayuda durante una crisis, y te voy a ayudar a complementarlo con otros recursos profesionales que yo conozca.

Por otro lado, me gustaría planificar contigo cómo reducir el acceso a posibles medios letales que hayas valorado para dificultar su acceso y generar un entorno seguro.

Por último, quiero pedirte que escribas un apartado de razones para vivir. Haz una lista de aquellas razones por las que no te suicidas, por las que estás/permaneces viva."

Referencia bibliográfica: Stanley, B., y Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 256-264.

A continuación, se adjunta la plantilla para realizar con el paciente:

PLAN DE SEGURIDAD

¡Hola! Soy tu plan de seguridad... estoy aquí para ayudarte a afrontar situaciones de crisis. Me gustaría que me lleves contigo para poder ponerme en marcha en estas situaciones y, poco a poco, ir ayudándote a buscar salidas desde la vida...



Complétame junto a tu terapeuta y tenme presente, estoy aquí para acompañarte ♥

Reconocimiento de desencadenantes

Detalla las señales de advertencia que indican que puedes estar teniendo una crisis ¿cuáles son esos pensamientos, estados de ánimo, imágenes, comportamientos, contexto y otros desencadenantes que pueden ayudarte a reconocerla?"

Estrategias de afrontamiento internas

Enumera las actividades que puedes realizar para regular tus emociones y pensamientos (en este caso, sin contactar a otra persona como, por ejemplo, distracciones, una actividad que te gusta, técnicas de relajación, actividad física...)

Interacción con otras personas y entornos sociales

Haz una lista con los nombres y detalles de contacto de personas, lugares y actividades sociales que te pueden ayudar, en este caso, sin revelar sentimientos y pensamientos de suicidio.

Personas de ayuda

Haz una lista de personas y detalles de contactos (ej. Familiares, amigos) con quien te sientes cómoda revelando y hablando sobre tus sentimientos y pensamientos de suicidio.

Recursos profesionales

Enumera nombres y detalles de contactos de médicos, líneas directas de suicidio y profesionales que pueden brindarte ayuda durante una crisis.

Reducción de acceso a medios

Planifica junto a tu terapeuta cómo vas a reducir el acceso a posibles medios letales que hayas valorado para dificultar su acceso y generar un entorno seguro.

Razones para vivir

Haz una lista de aquellas razones por las que no te suicidas, por las que estás/permaneces viva

Compromiso

Yo, _____ me comprometo con el/la psicólogo/a _____ a llevar a cabo las acciones acordadas en mi plan de seguridad.

Firmado _____

Anexo 2. Derivación directa al SAS*

Para realizar la derivación directa al SAS, el terapeuta debe contactar con la Coordinación Clínica del SAP, quien hará de enlace para la derivación.

Dependiendo de la residencia habitual del paciente, se derivará a un referente u otro. Actualmente, se dispone de Protocolo de derivación directa con las siguientes unidades de salud mental:

- En caso de residir en el área de cobertura de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga, contactar con la psiquiatra Maribel Gómez del Cid (teléfono: 951-290347; mariai.gomez.cid.sspa@juntadeandalucia.es)
- En caso de residir en el área de cobertura de la Unidad de Salud Mental Comunitaria del Cónsul, contactar con la psiquiatra Miriam Puyol (teléfono: 951-924401/02; miriam.puyol.sspa@juntadeandalucia.es)
- Si se reside en las siguientes Zonas Básicas de Salud pertenecientes a la Unidad de Gestión Sanitaria Costa del Sol (Leganitos, Albarizas o San Pedro de Alcántara) contactar con el psicólogo clínico Miguel Guerrero (teléfono: 951-507836; miguel.querrero.diaz.sspa@juntadeandalucia.es).

* **La decisión final sobre la derivación** dependerá primordialmente del criterio clínico de la o del profesional que realiza la valoración.

Psicopatología previa que puede ser indicativa de derivación:

Trastorno mental grave, reiterados intentos previos y/o de alta letalidad, trastornos de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria y/o adicciones con sustancias.

Se ha de cumplimentar el documento de derivación para registrar la derivación al SAS, se expone a continuación:

Documento de derivación al SAS

Yo _____ persona usuaria atendida en el Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad de Málaga (UMA) dejo constancia escrita de que el psicólogo/a _____, como representante del servicio, me ha comunicado la necesidad de **derivación directa** al profesional de referencia del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

En _____ (lugar), a _____ (fecha), a las _____ h (hora).

Firmado el paciente

Yo _____ psicólogo/a del Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad de Málaga (UMA) dejo constancia escrita de que tras hacer una valoración a D./Dña. _____, he comunicado a _____ (persona de contacto en el SAS) como representante del servicio _____ (unidad a la que se remite la derivación) que el paciente presenta riesgo de suicidio con necesidad de derivación directa.

En _____ (lugar), a _____ (fecha), a las _____ h (hora).

Firmado el profesional del SAP _____

Anexo 3. Recursos para terapeutas

Anexo 3.1. Datos generales sobre la conducta suicida

Aspectos comunes de las ideas y conducta suicidas

Conocer aspectos comunes a las ideas y conductas suicidas puede ser útil para facilitar la exploración, orientar la entrevista clínica y ayudar a la valoración del riesgo de suicidio. Algunos son:

- **Dolor emocional:** Es el origen del sufrimiento y el motor de los pensamientos y acontecimientos que van teniendo lugar. La experiencia y vivencia del dolor emocional es única e individual. Su evaluación, su explicitación y el sostenimiento de este dolor durante la entrevista y el espacio seguro ayudan a que la persona se sienta acompañada en su dolor y puede generar alivio.
- **Ambivalencia:** La contraposición de ideas y emociones sobre vivir con el sufrimiento que se siente y a su vez la necesidad de que cese ya ese sufrimiento también está presente. Fomentar esta ambivalencia puede ayudar a ganar tiempo y aplazar una decisión irreversible.
- **Visión en túnel:** Valorar otras opciones para afrontar el sufrimiento emocional que se siente que no sea el cese mediante la propia muerte resulta especialmente difícil. Así, trabajar la búsqueda y valoración de otras opciones se hace necesario en la prevención del suicidio.
- **Desesperanza:** Es la emoción nuclear, una sensación profunda de que nada puede cambiar a pesar de las acciones que se puedan llevar a cabo. Explicitar esta sensación y acompañar a las personas en cultivar la esperanza a lo largo del trabajo terapéutico se hace fundamental.
- **Desvinculación:** La persona siente que nada la conecta a la vida, que ningún lazo la ata a otra persona. La falta de cohesión social agrava la vulnerabilidad. Así, es importante valorar el grado de desvinculación que siente la persona para poder trabajarlo.

Referencia bibliográfica: JUNTA DE EXTREMADURA. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Servicio Extremeño de Salud (Eds.). (2022). *CÓDIGO SUICIDIO 2.0 del Servicio Extremeño de Salud CSUIC* https://saludextremadura.ses.es/files/cms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/CODIGO%20SUICIDIO%202.0%20CSUIC%20INTERACTIVO.pdf

Características de la conducta suicida

Para evaluar la conducta suicida también puede ayudarnos atender a las características de la ideación y el intento. La Guía Prevensuic (Anseán, 2021), señala 6 características principales:

- La intencionalidad suicida. Generalmente a mayor intencionalidad, mayor riesgo.

- El grado de planificación/impulsividad del intento o de la idea suicida. Generalmente a mayor planificación (haber planificado el cuándo, cómo y dónde...) e impulsividad (rasgo de la personalidad valorado como potencialmente peligroso en la conducta suicida), mayor riesgo.

- La accesibilidad al método: generalmente a mayor accesibilidad a métodos letales, mayor riesgo.

- El grado de letalidad del método planificado o utilizado: la letalidad del método pensado o utilizado nos da una clave bastante objetiva sobre su gravedad y nivel de riesgo. Generalmente a mayor letalidad, mayor riesgo. Valorar la letalidad subjetiva del método, ya que es posible que la persona lo considere muy letal, pero que no lo sea. (ej, uso de benzodiazepinas).

- El grado de rescatabilidad (la posibilidad de que la persona pueda ser rescatada) en caso de que la persona lleve a cabo el plan de suicidio. Generalmente, a mayor rescatabilidad, menor riesgo de suicidio.

- La autocrítica del paciente hacia la ideación o intento suicida: Generalmente, a mayor autocrítica, menor riesgo. Egodistónica (no deseable y/o mostrando autocrítica o arrepentimiento al haber realizado un intento) o egosintónica (deseable, pudiendo lamentarse si ha habido un intento de que no ha sido letal).

Referencia bibliográfica: Anseán, A. (2021). Prevensuic: guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios. Fundación Española para la Prevención del Suicidio.

- Otro aspecto a considerar es la capacidad adquirida de hacerse daño, esto es, el haber incurrido en actividades de riesgo, autolesiones, intentos previos, que hacen que la persona vaya perdiendo miedo a hacerse daño. Es un elemento relevante del modelo de Joiner (2009).

Referencia bibliográfica: Joiner, T. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current empirical status and future directions. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1291–1299. <https://doi.org/10.1002/jclp.20621>

Factores de riesgo de conducta suicida

Nota: Los factores de riesgo más relevantes se muestran acompañados de un asterisco

- Hombre
- Soltero
- Viudo
- Divorciado/separado
- Edad avanzada
- Depresión (mayor riesgo)
- Esquizofrenia
- Alcoholismo
- Adicción a sustancias propia (o familiar)
- Presencia de trastorno cerebral orgánico (por ejemplo, epilepsia, daño cerebral, demencia)
- Trastorno de personalidad (especialmente relacionados con sociopatía, impulsividad, agresión, inestabilidad emocional)
- Problemas de ansiedad
- Psicosis
- Desesperanza
- Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones
- Aislamiento o rechazo social
- Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que debilite)
- Desempleado o retirado
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio
- Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática
- Duelo infantil
- Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia
- Trauma reciente (físico o psicológico)
- Plan específico de suicidio formulado
- Abandono de pertenencias preciadas o cierre de asuntos
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo
- Exhibición de una o más emociones negativas intensas poco características
- Preocupación por abuso pasado
- Altas expectativas propias
- Interés en tema de muerte
- Relación abusiva presente
- Intoxicación
- En adolescentes: ruptura familiar o conflicto, padres vistos como hostiles o indiferentes o con expectativas muy elevadas o muy controladores, pocas habilidades comunicativas, de relaciones con iguales o rendimiento, conducta antisocial y suicidio reciente de un amigo o familiar.

Factores de protección

- Presencia de habilidades de comunicación
- Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa
- Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas
- Tener confianza en uno mismo
- Actitudes y valores positivos, como respeto, solidaridad, cooperación, justicia y amistad
- Creencias religiosas
- Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta
- Apoyo social de calidad y consistencia (amigos como uno de los factores de protección más efectivos)

Referencia bibliográfica: Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., Pérez-Íñigo, J.L., Robles, J.I., Santiago, P., y Torras A. (2012). *Detección y prevención de la Conducta Suicida en personas con una enfermedad mental. Guía para familiares*. Madrid.

Factores precipitantes de la conducta suicida

Comunes en todas las edades

- Accidentes o diagnóstico, empeoramiento o crisis de enfermedades graves, incapacitantes o dolorosas. Propias o ajenas.
- Desastres naturales.
- Pérdida de seres queridos (incluidos animales de compañía).
- Existencia de entorno suicida.
- Experiencias y vivencias traumáticas: agresiones y malos tratos, acosos y humillaciones, abusos sexuales, etc.
- Aumento o consumo de tóxicos.
- Estado de embriaguez o intoxicación.
- Imputaciones o condenas judiciales.
- Disputas y conflictos con familiares o personas cercanas.
- Embarazo no deseado o aborto.
- Cambios vitales bruscos no deseados.
- Efectos secundarios suicidógenos de medicaciones.
- Alta por hospitalización psiquiátrica (primera semana).

Adolescencia

- Descubrimiento o no aceptación de la homosexualidad.
- Fracaso escolar.
- Bullying, acoso, humillaciones, malos tratos.
- Abuso sexual, violaciones.
- Separación o pérdida de amigos o compañeros.
- Cambios habituales de residencia y de entorno social.
- Desengaño amoroso.
- Muerte de un ser querido.
- Problemas disciplinarios escolares, presión escolar, periodos de exámenes.
- Entorno suicida, entorno para cometer suicidio.
- Embarazo prematuro.
- Separación de los padres o graves conflictos conyugales, con instrumentalización del hijo

Adultos

- Fracaso profesional.
- Pérdida de empleo (primer año) o dificultades económicas.
- Pérdida de estatus o prestigio social.
- Ruptura conyugal, desengaño amoroso.
- Jubilación.

Vejez

- Empeoramiento de enfermedades, aumento del dolor, fracaso, desahucio, o hastío terapéutico, aumento de la dependencia.
- Pérdida de funciones físicas o psicológicas básicas.
- Institucionalización.
- Malos tratos.
- Cambio periódico de domicilios finales.
- Viudez (primer año)
- Pérdida de interés por la vida, debut depresivo.
- Pérdida de la fe.

Referencia bibliográfica: Anseán, A. (2021). *Prevensuic: guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios*. Fundación Española para la Prevención del Suicidio.

Anexo 3.2. Recordatorios en la práctica profesional

En el contexto terapéutico, los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta. Los terapeutas suelen ser reacios a preguntar directamente (ya sea por miedos, inseguridades, creencias erróneas...). **Es importante trabajar esto en la práctica profesional, ya que es necesario en la práctica clínica abordar explícitamente sobre la conducta suicida.** En este sentido, es importante resaltar que **preguntar no introduce la idea y que no se debe suponer que la persona no tiene tendencias suicidas si no lo informa.**

El componente de **vínculo** en la atención en crisis es fundamental y comienza en la primera sesión, siendo la alianza terapéutica un predictor constante del resultado en todas las psicoterapias.

Dado que los impulsos suicidas fluctúan, la prevención del suicidio requiere **una evaluación continua y un enfoque constante en la seguridad.** De esta manera, el paciente y su terapeuta han de acordar hablar explícitamente sobre pensamientos, impulsos o comportamientos suicidas, evaluar el riesgo, y revisar y actualizar los planes de seguridad periódicamente. Es preferible plasmar la información del plan de seguridad por escrito para que el individuo pueda consultarlo en situaciones difíciles e incluso añadir más estrategias a medida que avanza la intervención.

Habilidades del profesional

Facilitar una adecuada alianza, aliviar la angustia o tensión, reducir la posibilidad de que el cliente se culpe o actúe impulsivamente y facilitar la adhesión al tratamiento. Especialmente, se recomienda que el profesional sea capaz de:

- Plantearse si está capacitado para desarrollar una adecuada evaluación e intervención y derivar o pedir supervisión si lo precisa.
- Hablar explícitamente de la idea de cometer suicidio y mostrar seguridad de saber manejar la situación.
- Mostrar empatía y comprensión sobre la experiencia del individuo. Transmitir algo asimilar a "no estás solo, estoy comprometido en ayudarte a superar tu situación".
- Evitar juzgar a la persona o criticar su manera de pensar o actuar, descalificarle, sermonearle, o tratar de convencer o decir frases hechas (ej. "recapacita sobre todo lo bueno que tienes").
- Estar preparado para sostener trabajar con un paciente que puede estar deprimido y no ve ninguna alternativa de solución. Suele resultar más útil combinar cierta directividad con colaboración.
- Regular la aparición de pensamientos y creencias habituales sobre la propia ejecución como "he de tener éxito con todos mis pacientes", "si fallo con mis pacientes soy un fallo", "soy totalmente responsable de las acciones de mis pacientes", "no puedo soportar la incertidumbre sobre lo que le pueda pasar", "mi

paciente no mejorará haga lo que haga". En caso de que aparezcan, es conveniente que el psicólogo se pare a reflexionar y trabajar sobre ello, además de generar espacios para la ventilación emocional con otros profesionales que le puedan ayudar.

- Tener entrenamiento en crear el plan de seguridad en colaboración con el cliente, siempre que sea posible.

Referencia bibliográfica: de la Torre Martí, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA), Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Anexo 3.3. Decálogo de pautas de intervención telefónica en crisis suicida.

- 1. CUIDA TU VOZ.** En la intervención telefónica existen una serie de limitaciones como no poder utilizar el lenguaje no verbal (contacto físico, apoyo visual, etc.). Así, la voz es el medio para transmitir calidez, empatía y comprensión. Por tanto, cuidar cómo se dicen las cosas, el tono, la velocidad del habla o los momentos de intervención.
- 2. CREA UNA ACOGIDA EMPÁTICA.** Esta acogida contribuirá a generar un vínculo empático basado en la cercanía y confianza. Para ello, presentarse y preguntar por el nombre de pila y usarlo en todo momento. Transmitir disponibilidad e interés en ayudarlo, agradecer y reforzar el haber llamado y pedir ayuda. Utilizar la escucha activa, permitiendo a la persona que hable y reforzando que estamos atentos mediante fillers o coletillas ("ajá", "claro"), parafraseo (repetición de lo que nos dice y reflejo de las emociones).
- 3. MANTÉN LA LLAMADA, GANA TIEMPO** y facilitar así la intervención urgente caso de que se valore necesaria.
- 4. FACILITA LA VENTILACIÓN EMOCIONAL,** promoviendo la verbalización del problema y las emociones asociadas. Para ello, intervenciones cortas y preguntas abiertas, relación de respeto y aceptación incondicional, sin censura, sin juicios, ni estereotipos; reconocer el sufrimiento de la persona pero transmitiendo estabilidad y serenidad.
- 5. NO TE IMPLIQUES EN EXCESO.** Una intervención telefónica en crisis suicida no es una consulta terapéutica. Toma distancia internamente.
- 6. OBTÉN INFORMACIÓN ÚTIL PARA SU POSIBLE RESCATE.** En la medida de lo posible, obtén información sobre dónde está, si es un lugar abierto o cerrado, accesible o no, si se está solo o acompañado, si se encuentra bajo los efectos de algún tipo de sustancia o alcohol; identifica posibles factores de riesgo y precipitantes de la crisis y cualquier otra información de relevancia para los equipos de rescate.
- 7. BUSCA FACTORES PROTECTORES Y RAZONES PARA VIVIR.** Explóralas, introduciendo aquellos factores que más le pueden proteger en esa crisis.
- 8. y 9. USA LA AMBIVALENCIA Y FACILITA QUE ENCUENTRE SOLUCIONES ALTERNATIVAS.** Incluso después de decidir quitarse la vida, las personas sienten ambivalencia e incertidumbre sobre esa decisión (más aún cuando realizan una llamada de ayuda). Probablemente la situación de crisis puede estar precipitada por algún factor desencadenante. Ayudarlo a encontrar formas alternativas de afrontarlo y/o valorar experiencias anteriores que le hayan servido a superar otras crisis.
- 10. DESPÍDETE PROPORCIONANDO RECURSOS DE AYUDA** (teléfono, guías, aplicaciones móviles, centros, profesionales sanitarios, asociaciones o cualquier otro recurso disponible).

Referencia bibliográfica: Anseán, A. (2021). *Prevensuic: guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios*. Fundación Española para la Prevención del Suicidio.

Anexo 3.4. Otros instrumentos de evaluación

- Escala de desesperanza de Beck (Beck et al., 1974)
- Escala IS PATH WARM (Juhnke et al., 2007).
- Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Al-Halabí et al., 2016)
- Checklist de Evaluación del suicidio (Rogers et al. 1994).
- Escala de Riesgo de Repetición (Buglass y Horton, 1974).
- Escala de ideación suicida de Beck (Beck et al., 1979)
- Inventario de Razones para vivir (Linehan et al., 1983)
- Cuestionario de Conducta Suicida (Linehan y Nielsen, 1981)
- Escala de riesgo suicida de Plutchick (Rubio et al., 1998)
- Escala de Impulsividad de Barrat (Barratt et al., 1994)

Referencias bibliográficas:

- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., ... & Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142.
- Barratt, E. S., Monahan, J., & Steadman, H. (1994). Impulsiveness and aggression. *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*, 10, 61-79.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861.
- Buglass, D., & Horton, J. (1974). A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 124(583), 573-578.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276.
- Linehan, M. M. & Nielsen, S. L. (1981). Suicidal behaviors questionnaire. *Unpublished inventory, University of Washington, Seattle, Washington*.
- Rogers, J. R., Alexander, R. A., & Subich, L. M. (1994). Development and psychometric analysis of the Suicide Assessment Checklist. *Journal of Mental Health Counseling*, 16(3), 352-368.
- Rubio, G., Montero, J., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J., & Santo-Domingo, J. (1998). validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61(2), 143-152.

Anexo 3.5. Modelo de entrevista clínica extensa ¿Qué preguntar?

En base a los FACTORES DE RIESGO, PROTECTORES, PRECIPITANTES DE LA CONDUCTA SUICIDA (anexo 3.1.), a continuación, se expone un modelo de entrevista con diferentes dimensiones a considerar junto a preguntas clínicas que pueden ayudar a su evaluación:

- Precipitantes/desencadenantes recientes y estresores psicosociales o ambientales.

Indagar sobre: pérdidas significativas, exposición a trauma, abuso o situación de acoso y/o discriminación, conflictos, rupturas, problemas de trabajo y/o escolares, problemas económicos y/o financieros, desempleo, duelo, violencia doméstica, dificultades de convivencia, problemas con pares, experiencias de separación o rechazo, situaciones de disfunción familiar, problemas legales... Tener también en cuenta crisis sociales y fenómenos de contagio y/o imitación. Ej. *¿Ha experimentado algo especialmente estresante recientemente?*

- Apoyo social y apoyo social percibido. Ej. *¿Qué familia/amigos/... tiene? ¿Cree que le apoyan? ¿Con cuál de ellos tiene mejor relación? ¿le ha hablado de sus problemas? ¿Le hablaría?*
- Presencia de enfermedades médicas.- Ej. *¿Tiene alguna enfermedad médica? En caso afirmativo, ¿cuál y cuándo se la diagnosticaron?*
- Antecedentes personales y/o familiares en salud mental. Ej. *¿Tiene Antecedentes personales y/o familiares en salud mental? En caso afirmativo, ¿cuál y cuándo se la diagnosticaron?*

Valorar especialmente comorbilidad con presencia de sintomatología relacionada con cambios en el estado de ánimo (depresión/bipolaridad), trastornos de personalidad y consumo de sustancias (especialmente alcohol).

- Antecedentes personales y/o familiares de conducta suicida. Ej. *¿Tiene Antecedentes personales y/o familiares de conducta suicida? En caso afirmativo, ¿quién y cuándo?*
- Algún tratamiento previo o actual ¿Toma algún tratamiento farmacológico o lo ha tomado?
- Factores psicológicos y cognitivos como:
 - Desesperanza y/o percepción de "insolubilidad de los problemas". *¿Cree que no existe ninguna posibilidad de mejorar?- ¿Cree que ha agotado todas las posibilidades y nada podrá ayudarlo?- ¿Está convencido que su sufrimiento es insoportable y nunca terminará?*
 - Ideas/sentimientos de culpa. *¿Cree que le está causando algún perjuicio a sus familiares o amigos? ¿Cree que estarían mejor sin ti? ¿Por qué?*
 - Capacidad de afrontamiento. Ej. *Cuando te sientes agotado o emocionalmente "mal", ¿Cómo lo enfrentas?*
 - Impulsividad (capacidad del control de impulsos) e ira.

- Valores, cultura, religión, ideología... *¿Hay algo que le impida hacerlo? ¿Se detendría, por ejemplo, por sus amigos, familiares, o creencias religiosas? Concepción del suicidio ¿cómo solución aceptable o no?*
- Razones para vivir vs razones para "dejar de vivir" *¿Qué te conecta a la vida? "¿Qué te ha mantenido con vida hasta ahora?" vs ¿Qué te desconecta de la vida? ¿Qué razones te llevan a no querer seguir? ¿Qué le lleva a pensar en suicidarse?* Información sobre motivo principal para hacerlo, expectativas que pretenden lograr con el suicidio y significado para poder orientar la posterior intervención.
- (...)

Anexo 3.6. Posibles estrategias de intervención

Teniendo en cuenta que el paciente puede tener diferentes objetivos terapéuticos, en el presente protocolo nos centramos en una propuesta de intervención para la consecución del objetivo específico del manejo de la conducta suicida. A medida que avance el tratamiento y los clientes dispongan de estrategias funcionales para manejar la ideación suicida y el riesgo estimado cada vez se necesitará menos tiempo de la sesión para el objetivo del manejo de la ideación y/o conducta suicida y, por tanto, se podrá intervenir más extensamente en los demás objetivos de tratamiento (ej. problemas de pareja y/o familiares, estado depresivo, ...)

A continuación, se exponen algunas estrategias de intervención para el abordaje de la conducta suicida:

Trabajar sobre la importancia de la adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico en caso de recibirlo.

Termómetro de sentimientos. Junto con el plan de seguridad, se puede hacer uso de un termómetro de sentimientos para ayudar a la persona a identificar señales de advertencia (emociones, comportamientos, pensamientos y sensaciones corporales) y/o situaciones desencadenantes tempranas que pueden estar escalando hasta el punto de la crisis y así ayudarles a usar habilidades de afrontamiento y/o pedir ayuda antes de realizar cualquier conducta de riesgo.

Caja de esperanza. Al igual que el plan de seguridad escrito, crear una caja de la esperanza con elementos que conecten a la persona a la vida, puede ser una forma de prepararse con anticipación para afrontar una crisis suicida y ser un complemento útil al Plan de Seguridad.

Explicación del análisis funcional al cliente (también a personas allegadas si se considera necesario y se da el consentimiento). Esta explicación puede ayudarle a comprender qué le ha llevado o a sentirse o pensar de esa forma, validando las emociones y el malestar que vive de acuerdo a sus circunstancias/creencias.

Ampliar y entrenar las estrategias de afrontamiento internas. Además de identificar las habilidades de afrontamiento que la persona ya conoce y realiza, es primordial ampliar y entrenar nuevas habilidades para afrontar las crisis y manejar los impulsos suicidas. Se ha de practicarlas en sesión y concretar cómo agregar de manera práctica las habilidades al plan de seguridad y/o caja de esperanza. Algunas de estas habilidades pueden ser Distracción, Calmarse a sí mismo, atención al momento presente), actividades alternativas incompatibles, cuestionamiento de pensamientos, tolerancia a las emociones negativas, técnicas de relajación, visualización de imaginarse llevando a cabo un comportamiento alternativo funcional, ...

Involucrar a apoyos. Se apoyará, en medida de lo posible, la decisión de buscar ayuda y en la orientación hacia las habilidades sociales y búsqueda de vínculos afectivos (familiares y amigos)

que potencien su integración social y reduzcan el aislamiento. Con permiso del paciente, el terapeuta puede involucrar a miembros de la red de apoyo del individuo para crear una red de seguridad.

Reflexión sobre sus valores y compromiso hacia actividades valiosas y/o programa de activación conductual. Programar actividades y, mediante registros, comprobar la planificación y puesta en marcha de actividades valiosas y/o con personas significativas. En la mayor parte de los casos, se habrá de recordar que lo importante es que las realice (no lo bien que lo haga) pese a que no le apetezca en ese momento y especificar cuándo, cómo y dónde lo va a realizar. Esta estrategia servirá para aumentar la frecuencia y duración de las experiencias positivas (refuerzos), y más adelante también en la mejora de la autoeficacia y competencia personal.

Trabajar los factores protectores y reducción de la desesperanza. Técnicas como identificación de razones para vivir, (recuerdos o aspectos que den o hayan dado sentido a su vida), razones de vivir que tuvo o tendría si no estuviera deprimido, retos que se propone si sigue viviendo y la identificación de asuntos pendientes.

Contagio suicida, redes sociales y dispositivos electrónicos El mayor uso de las redes sociales y la comunicación a través de dispositivos electrónicos ha aumentado las posibles vías de contagio. Psicoeducar sobre riesgos de contagio y uso de redes sociales. Las posibles fuentes de contagio se discuten (familia, compañeros, redes sociales, mensajes de texto y reportajes de los medios de comunicación) y se solicita un compromiso para reducirlas.

Higiene del sueño Revisar pautas de higiene del sueño utilizando, recomendaciones a seguir, psicoeducación sobre que la falta de sueño puede dificultar la regulación de las emociones y alterar los procesos cognitivos, como la capacidad de pensar racionalmente e inhibir los impulsos. En caso de valorarlo necesario, también se alienta a trabajar con su médico y/o psiquiatra para determinar si se necesitan medicamentos para dormir como medio para reducir el riesgo agudo.

Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación. Hablar antes de actuar. Aprender a pedir ayuda. Formas de comunicación verbal y no verbal. Asertividad. Manifestación de necesidades.

Identificación y reestructuración de pensamientos y esquemas disfuncionales y/o distorsiones cognitivas.

Entrenamiento en solución de problemas. - Puede ayudarle a superar las dificultades y buscar alternativas diferentes. En este sentido, puede ser útil que comprenda las emociones y aprenda estrategias de regulación emocional adaptativas.

Prevención de recaídas. A medida que avance la intervención, dedicar un tiempo a valorar situaciones futuras difíciles que pueden surgir para que la persona, junto al clínico, enumere las estrategias que ha aprendido y que podría utilizar.

Anexo 3.7. Lista de posibles problemas durante el tratamiento y sugerencias de soluciones

- Cuando la vida es "realmente mala". El terapeuta ha de ayudarle a ver que no todo el mundo con problemas graves se suicidan y dirigir la intervención hacia la aceptación de lo ocurrido y manejo adecuado.
- Se autolesiona repetidamente. Estrategias como el contrato conductual o actividades incompatibles para el control de estas conductas en paralelo con la intervención.
- El riesgo permanece alto. Si la intervención psicológica no es suficiente para mantener a la persona a salvo o no se observan mejorías, considerar otros tipos de intervención. Si el riesgo es muy alto, referir a psiquiatría.
- Cuando mejora bastante el estado de ánimo, pero no la desesperanza. En estos casos aumenta el riesgo suicida ya que la persona puede ganar energía para hacer efectivo su plan cuando antes no tenía suficientes fuerzas o motivación.

Referencia bibliográfica: de la Torre Martí, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA), Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Anexo 3.8. Resumen de aspectos legales

La conducta suicida es **la causa más frecuente de demandas judiciales por mala práctica.**

- La Responsabilidad profesional puede ser por:
 - conducta imprudente (asumiendo riesgos innecesarios)
 - Negligente (dejadez o descuido)
 - Imperita (carencia de conocimientos y experiencia)

El profesional sanitario tendrá responsabilidad penal cuando la conducta sea claramente previsible y humanamente evitable y la actitud del profesional manifiestamente descuidada u osada. El profesional deberá probar que tomó las medidas adecuadas.

Secreto profesional: 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.

Excepciones al secreto profesional:

- Conocimiento de la existencia de un delito.
- Presencia de enfermedad infecto-contagiosa y riesgo grave para terceras personas o para la salud pública.
- Riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización (estado de necesidad).
- Declaración como imputado, denunciado o acusado.
- Informes a otro compañero, incluida inspección médica (secreto compartido).

Referencia bibliográfica: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento (2010). *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). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.*

Anexo 4. ¿Qué podemos hacer cuando vemos señales de alerta y/o de ideación suicida en un familiar o allegado?

1. Presta atención a posibles señales de alerta de conducta suicida y/o si la persona ha experimentado algún factor precipitante y/o estresante (ej. muerte, separación, accidente, ...).

Algunas señales de alerta: la persona verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse, con frases como "quiero quitarme de en medio", "la vida no merece la pena", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" o sutilmente "esto no durará mucho"; lleva a cabo determinados preparativos como preparar el testamento, regalar objetos o bienes y llamar a otras personas para despedirse; reconoce sentirse solo, aislado y se ve incapaz de aguantarlo o solucionarlo; piensa en ello constantemente y no ve ninguna salida a su situación; pierde interés por aficiones, obligaciones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal y comienza a aislarse; aparece un cambio repentino en su conducta, por ejemplo, un aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual, calma o tranquilidad repentina cuando previamente ha presentado gran agitación, etc.; obtener información de autolesiones.

2. Conserva la calma, intentando no reaccionar de modo exagerado.

3. Habla con esa persona desde la empatía y la comprensión, sin juzgarla ni sermonear. Hágale saber que pueden ayudarle a manejar sus problemas, transitar su dolor y sentirse mejor.

4. Eliminar el acceso a cualquier método de suicidio y no dejar sola a la persona. Si duda sobre el riesgo concreto, hable con ella y busque la ayuda de otras personas.

5. Hable con la persona que podría estar en riesgo de suicidio y valora la situación. ¿Tiene un plan? ¿Tiene los medios? Si es así, la persona tiene un riesgo elevado de suicidio. Busque ayuda profesional y si el riesgo es próximo llama al 061 o al 112 y ayúdele a mantenerse a salvo.

6. Habla con otras personas que la conozcan para saber si ellos han notado también algo fuera de lo habitual y/o si piensan lo mismo.

7. Ofrece ayuda en tareas prácticas. Esto puede proporcionar a la persona la oportunidad de hacer tareas importantes, algo muy necesario. Acepte que la ayuda que usted ofrece puede ser rechazada, ya que algunas veces, las personas encuentran difícil aceptar apoyo.

8. Conoce dónde pedir ayuda. Consiga información (teléfono, horarios...) sobre recursos de apoyo en tu entorno. Comparte esta información práctica a la persona en riesgo, adecuada a sus necesidades y situación. Tengan un plan de emergencia por si resulta que el servicio no está disponible o que tiene lista de espera.

9. Cuídese a sí mismo. Ayudar a alguien puede ser difícil y dejarnos agotados. Encuentra tiempo para las cosas con las que disfrutas y busca a otras personas que puedan ayudarte.

Referencia bibliográfica: de la Torre Martí, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA), Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Anexo 5. Pautas de actuación del profesorado ante riesgo de suicidio en el alumnado. Moreno-Küstner y Ramos-Martín (2022)

Cuando nos encontremos ante un caso de riesgo de suicidio, el profesor, en primera instancia, debe intentar crear un ambiente seguro en el que el alumno se sienta cómodo para hablar de lo que le ocurre. Para ello el docente puede seguir las siguientes pautas:

- **Mantener una conversación con el alumno.** Estamos ante jóvenes universitarios así que se debe hablar con ellos como tal y no tratarlos como si fueran "niños pequeños". Del mismo modo, no se debe exaltar la situación como algo extremo, inconcebible o muy grave, sino que se debe mantener la calma y hablar del tema de forma normal.
- **Escuchar y no interrumpir.** Debemos dejar que el alumno exprese lo que le ocurre y cómo se siente. Fomentar la empatía y hacer que se sienta comprendido facilitará que el alumno hable sin miedo. Además, debemos hacerle ver que estamos ahí para lo que necesite y que puede contar con nosotros, transmitirle que no está solo.
- **No minimizar el problema. No juzgar.** No conocemos la situación ni las circunstancias del alumno por lo que no se debe restar importancia a lo que nos está contando, sino que debemos tomarnos el asunto de forma seria. Tampoco se deben emplear frases bruscas sobre el asunto (p.ej.: "Eso es una tontería"; "No sabes lo que dices"; "Hay problemas más graves"...etc.).
- **No hacer terapia.** Para ello ya están los profesionales. El profesor debe servir como elemento de enlace entre el alumno y algún recurso de ayuda, pero no debe intentar hacer terapia.
- **Siempre debemos llevar estos casos con absoluta confidencialidad. Estamos tratando con personas mayores de edad, por tanto, no podemos, ni debemos avisar a una tercera persona** (familiares, amigos, compañeros, otros profesores...) **si el alumno no da su consentimiento.**

¿Qué se debe hacer entonces?:

- **En casos leves:** Además de seguir las indicaciones anteriores, se debe informar al alumno de los recursos y servicios disponibles para pedir ayuda ante una situación de riesgo de suicidio. No debemos obligar al alumno a acudir o pedir ayuda a uno de estos servicios, simplemente informarle de que existen y aconsejarle que ahí hay profesionales preparados y cualificados para ayudarle con su problema y cómo buscar soluciones antes de quitarse la vida.
- **En casos de riesgo inminente de suicidio:** puede ser el propio profesor, el que contacte con los recursos disponibles para la atención sobre este tema, previa información al alumno.

Referencia bibliográfica: Moreno-Küstner, B., y Ramos-Martín, J. (2022). *Plan para la Prevención de la Conducta Suicida en la Universidad de Málaga 2022-2024*. <https://hdl.handle.net/10630/24028>

Anexo 6. ¿Necesitas ayuda? Recursos y servicios

Recuerda que no estás solo. Si te encuentras en una situación de riesgo o conoces a alguien que tenga este tipo de problema, existen unos recursos y servicios disponibles para pedir ayuda. Los profesionales sabrán cómo actuar, acompañarte y ayudarte a encontrar una solución.

En casos leves se puede contactar con:

- Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad de Málaga (solo para el colectivo universitario) Para pedir citar el link es: <https://sap.uma.es>. Para más información. Teléfono: 952-132417. Horario de 9h a 14h de lunes a viernes. Dirección de correo electrónico: sap@uma.es
- Médico de Familia del Centro de Salud de referencia público o privado. Para solicitar cita con el Médico de Familia del Servicio Sanitario Público Andaluz. Teléfono: 902-505060 (24 horas) o a través de la aplicación APP Salud Responde Junta de Andalucía
- Teléfono de la Esperanza: 952-261500 o 717-003171 (24 horas)

En casos de riesgo inminente (en el momento presente) de suicidio:

- Acudir al Servicio de Urgencias del Hospital público o privado de referencia; en Málaga capital son el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria y Hospital Regional Universitario de Málaga.
- Llamar al teléfono de Emergencias Sanitarias: 112 o 061(24 horas)
- Llamar a la línea de atención a la conducta suicida: 024 (24 horas).

Otros recursos de ayuda y prevención del suicidio:

Asociaciones relacionadas con el suicidio en Málaga:

- Alhelí: <https://asociacionalheli.org/>
- Teléfono de la Esperanza: <https://telefonodelaesperanza.org/>

En España:

- Asociación para la Prevención del Suicidio y Atención al Superviviente (APSAS): <http://www.apsas.org/es/>
- Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo (RedAIPIS): <https://www.redaipis.org/>
- Después del Suicidio. Asociación de Supervivientes (DSAS): <http://www.despresdelsuicidi.org/es/inicio/>
- Papageno: <http://papageno.es/>