



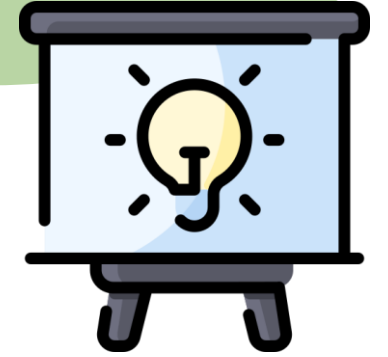
Sociedad Peruana de  
**SUICIDOLOGÍA**

Facebook: /spdesuicidologia/

# GUÍA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



# Presentación



La presente guía es un instrumento abierto, orientado a aportar y ayudar a todas las entidades, personas, familias; que necesiten conocer más sobre cómo prevenir el suicidio. Convirtiéndonos a todos en agentes de cambio y empoderando a la comunidad en conocimientos básicos que podrían ser de suma utilidad en algún momento dado.

Agradecemos en primer lugar a Dios por la oportunidad que nos brindó de realizar dicha guía, a la Sociedad peruana de suicidología, a la Asociación Oríri, y a al colegio de psicólogos por el apoyo constante a dicho proyecto. Así mismo a los demás colaboradores y participantes que se sumaron para hacer posible la realización de la presente guía.

Finalmente diré que el suicidio es un problema de salud mental de primer orden, pero también es una situación que puede evitarse y revertirse con apoyo y contención adecuada. Exhorto así mismo a las familias, que son el principio de la sociedad, para cuidar de los suyos, educar el carácter con tolerancia y firmeza, hablar con verdad, pero con amor, tal y como se nos invita en la Biblia.



Brenda Bahamondes García  
Presidenta de Asociación Oríri - Arequipa

# Equipo de trabajo

- **Coordinadores y Gestores:**

- Mcs. José Francisco Castro Escobar

- Presidente de la Asociación Peruana de Suicidología

- Dra. Brenda Cecilia Bahamondes García

- Presidenta de Asociación Oríri



- **Colaboradores**

- Colegio de Psicólogos del Perú, Consejo Directivo Regional III Arequipa – Moquegua.

- **Participantes**

- Estudiantes de la especialización en suicidología pertenecientes al colegio de psicólogos de Arequipa-Moquegua.

- **Diseño y diagramación:** Dra. Brenda Bahamondes García



# Introducción

El presente documento surge de la realidad que vive el país, y especialmente la región de Arequipa, primera ciudad afectada por diversos problemas de salud mental, social, psicológicos y económicos. Los responsables de esta guía son profesionales del sur y centro de la república de Perú, la presidenta de la Asociación Oríri, así como el formador legalmente responsable de la sociedad peruana de Suicidología (SPS) en España y Perú. Participaron en esta formación, convocada por el Colegio de Psicólogos del Perú, Consejo Directivo Regional III Arequipa, 40 profesionales de psicología que se inscribieron el 4 de febrero de 2024. Además, se gestionó el diseño, encuestas, dibujos y texto con la colaboración de tres instituciones: Asociación Oríri de Arequipa, y la SPS España – Perú.

Este documento incluye un muestreo de la población de Arequipa y recoge las aportaciones y experiencias de los profesionales, así como evidencias sobre la atención a personas con tentativas de suicidio. Esta primera guía nos muestra las percepciones de los pobladores, sirviendo como base para generar futuros documentos que mejoren la comprensión y manejo de la información cultural y psicológica. La efectividad de la intervención en nuestro país debe evolucionar, diseñando herramientas y guías centradas en las personas y en las mejores evidencias disponibles.

Prevenir el suicidio es difícil pero no imposible. Muchas personas que contemplan el suicidio no se dan cuenta de que su pensamiento está distorsionado y necesitan ayuda. Sin embargo, una parte significativa no recibe la ayuda necesaria, lo cual es un auténtico drama, ya que, si estas peticiones de ayuda fueran escuchadas a tiempo, podríamos aumentar las intervenciones exitosas.



Las investigaciones indican que el suicidio es el resultado final de una larga secuencia de factores y acontecimientos que pueden empezar en la niñez. Es un fenómeno complejo que trasciende los factores psicológicos, y su prevención sigue siendo polémica. Proveer los medios necesarios a una persona que ha manifestado su deseo de morir implica afrontar complicados problemas éticos y legales, sumados a la pobreza y otros desafíos del país.

El juicio profesional no debe ser la única consideración al decidir una intervención. Las decisiones profesionales afectan campos que antes parecían menos relevantes. Entre los extremos de intervenir o no, se encuentra un amplio conjunto de personas ambivalentes respecto a quitarse la vida. Estas personas pueden o no llegar al suicidio dependiendo de sus impulsos y de la intervención en ese momento. La comunicación del intento de suicidio representa una señal de alerta y una petición de ayuda que los profesionales deben atender rápidamente. Este protocolo responde a esa idea, convencido de que cuando una persona comparte sus problemas con un profesional, es posible impedir el suicidio y contemplar otras soluciones.

En este documento se abordan aspectos que ayudarán a los profesionales a identificar los grupos con mayor probabilidad de intentar suicidarse, los principales factores de riesgo, los objetivos de la prevención, cómo detectar a una persona en riesgo y cómo intervenir éticamente en la conducta suicida.

La búsqueda de una intervención eficaz, la comunicación precisa y la definición de roles dentro de los equipos de atención son pilares fundamentales para enfrentar el complejo fenómeno del suicidio. Con un enfoque centrado en las personas y en las mejores evidencias disponibles, esta guía pretende ser una herramienta clave para todos los profesionales involucrados en la lucha contra este problema.



José Francisco Castro Escobar  
Presidente de la Sociedad Peruana de Siicidología



# Objetivos

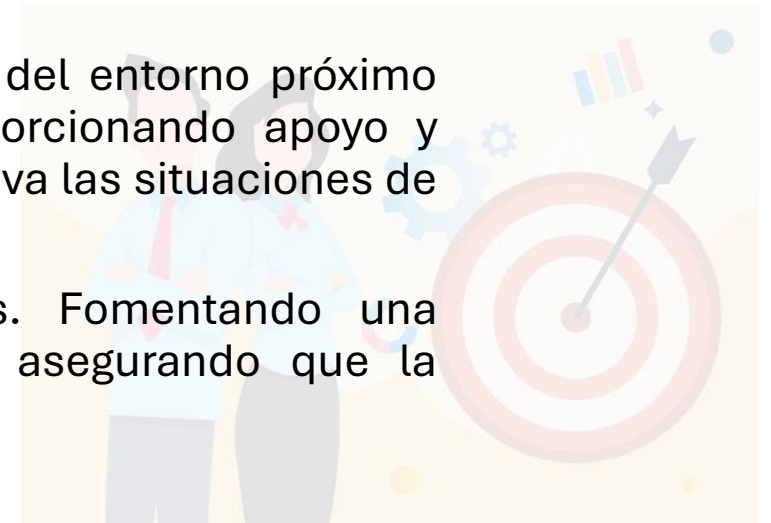
El objetivo general es mejorar la actuación de las personas y profesionales a través de la detección, intervención y seguimiento del riesgo de suicidio en las personas usuarias de los recursos de atención o personas con problemas de salud mental.



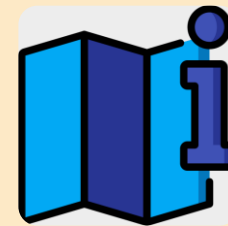
ESPECÍFICOS



1. Sensibilizar sobre la relevancia del suicidio a los profesionales. Con el fin de que comprendan la gravedad y las implicaciones del fenómeno, promoviendo una cultura de empatía y atención adecuada.
2. Mejorar la detección del riesgo de conducta suicida mediante instrumentos de evaluación. Implementando herramientas precisas y actualizadas que permitan identificar con mayor precisión los signos de riesgo en las personas afectadas.
3. Intervenir de forma eficaz sobre el riesgo de suicidio en las diferentes fases del proceso de intervención. Desarrollando estrategias y protocolos de actuación que abarquen desde la identificación inicial del riesgo hasta el seguimiento posterior a la intervención.
4. Definir las acciones a llevar a cabo por los diferentes profesionales de los equipos. Estableciendo roles y responsabilidades claras dentro de los equipos multidisciplinarios para asegurar una respuesta coherente y coordinada.
5. Garantizar una buena respuesta ante el riesgo de suicidio a las personas del entorno próximo como son los profesionales, familiares y otras personas usuarias. Proporcionando apoyo y recursos a todos los involucrados para que puedan manejar de manera efectiva las situaciones de crisis y ofrecer un soporte adecuado.
6. Mejorar los canales de comunicación ante este tipo de situaciones. Fomentando una comunicación abierta y efectiva entre todos los actores involucrados, asegurando que la información relevante se comparta de manera oportuna y precisa.



# Guía de prevención del suicidio



Alcance y destinatarios

Factores de riesgo

Apoyo

Bibliografía y anexos

MARCO  
CONCEPTUAL

Diagnóstico  
intervención y  
técnicas  
terapéuticas

Atención a  
profesionales





# Alcance y destinatarios

## ALCANCE

Esta guía está dirigida a profesionales multidisciplinares en salud, equipos de intervención y rescate, servicios de atención (recursos), residentes de Arequipa y a quienes lo necesiten. También está dirigida de manera indirecta a profesionales de otros dispositivos externos.

La guía cubrirá la atención que estos pacientes puedan recibir de los profesionales sanitarios, tanto en atención primaria como en atención especializada, en concreto, aspectos relativos al diagnóstico clínico, métodos de evaluación y tratamiento (psicoterapia, tratamiento farmacológico, tratamiento combinado y otras intervenciones)

[VOLVER  
ÍNDICE](#)

## DESTINATARIOS

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





## SUICIDIOS A TRAVÉS DE LA HISTORIA



## ALGUNOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES

# MARCO CONCEPTUAL

Roma

Edad media  
Renacimiento

Barroco, siglo  
de las luces

Romanticismo  
Siglo IX

Siglo XX



# ROMA

Los romanos formaron una sólida sociedad esencialmente práctica. Por ello, el suicidio se convirtió en un asunto de importancia económica.

Durante el Imperio romano el suicidio era consentido o tolerado según ciertas razones específicas, como por ejemplo el trastorno mental. Además, el acto suicida podía llegar a ser un acto heroico, cuando el propio Séneca lo ensalzaba como el acto último de una persona libre.

En general, los romanos consideraban el suicidio como un acto condenable, negaban la sepultura, destruían el testamento y confiscaban los bienes de aquellas personas que se suicidaron sin motivo justificado.





## SUICIDIOS A TRAVÉS DE LA HISTORIA



## ALGUNOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES

# MARCO CONCEPTUAL

Roma

Edad media  
Renacimiento

Barroco, siglo de las luces

Romanticismo  
Siglo IX

Siglo XX



## Edad media y renacimiento

Durante la Edad Media el suicidio fue rechazado. Las legislaciones medievales ordenaban la confiscación de todas las propiedades del suicida, se les negaba la sepultura en tierra sagrada y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones. En algunas zonas y épocas de Europa, degradaban el cadáver arrastrándolo por las calles cabeza abajo con una estaca atravesando el corazón y una piedra en la cabeza para inmovilizar el cuerpo y que el espíritu no regresara a dañar a los vivos: el alma del suicida era condenada al infierno por toda la eternidad.





## SUICIDIOS A TRAVÉS DE LA HISTORIA



## ALGUNOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES

# MARCO CONCEPTUAL

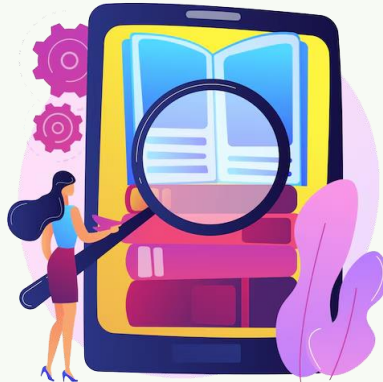
Roma

Edad media  
Renacimiento

Barroco, siglo  
de las luces

Romanticismo  
Siglo IX

Siglo XX



## Barroco y siglo de las luces

En la Francia del siglo XVII continúa la tradición represiva contra los suicidios, aunque se reconoce que el suicidio podrá ser cometido por personas que no gozan plenamente de sus facultades mentales, usando el concepto de “irresponsabilidad”. Con todo esto, ya se está hablando de ciertos aspectos patológicos y se empieza a insinuar que el suicidio estaría dentro del campo de la enfermedad.

Se crea una “tradición latina”, que deja de considerar el suicidio como un delito, siendo sólo pecado. El suicidio queda como un concepto entre los límites de lo normal y lo patológico, al igual que antes estaba entre lo natural y lo sobrenatural. En el siglo XVIII, en la Época de las Luces y tras la Revolución Francesa, el suicidio deja de estar penalizado como un hecho criminal. .





## SUICIDIOS A TRAVÉS DE LA HISTORIA



## ALGUNOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES

# MARCO CONCEPTUAL

Roma

Edad media  
Renacimiento

Barroco, siglo de las luces

Romanticismo  
Siglo IX

Siglo XX



# Romanticismo y Siglo IX

La última mitad del siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX se conoció como la época romántica por el impacto que los poetas de la época tenían en el concepto de la muerte. El suicidio por envenenamiento del poeta inglés Thomas Chatterton (1752 - 1770) a los diecisiete años fue tomado como modelo de muerte prematura en una época en la que los jóvenes, la muerte y la poesía fueron en la misma barca.

A partir de la década de 1820 cuando el debate moral acerca del suicidio pasó a ser medicalizado, es decir fue configurado por los cambios en la noción de enfermedad mental y en la teoría psicológica. Si bien ya a finales del siglo XVIII el suicidio dejó de ser condenado sobre la base de una tradición inspirada en la religiosidad, se siguió considerando como una amenaza para la sociedad, por lo que se invitó a la psiquiatría a que se hiciera cargo de él.







## SUICIDIOS A TRAVÉS DE LA HISTORIA



## ALGUNOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES

# MARCO CONCEPTUAL

Roma

Edad media  
Renacimiento

Barroco, siglo de las luces

Romanticismo  
Siglo IX

Siglo XX

**Siglo XX**

A finales del siglo XIX y, sobre todo en el siglo XX, el estudio sobre el suicidio se hace más activo, debido al aumento del índice de suicidios que se produce a nivel mundial.

El psicoanálisis, la sociología, el existencialismo y la biología se muestran cada vez más atraídos por este fenómeno y dedican una gran parte de sus esfuerzos a analizar las causas y las consecuencias, así como la prevención, de la conducta suicida. Se empieza a considerar como un problema social junto con la pobreza, el alcoholismo, etc.

Durkheim identificó cuatro tipos de suicidio. Esta pionera clasificación partía de la consideración de las relaciones entre el individuo y la sociedad, según aquel estuviese o no integrada en esta o según si ésta poseyese una mayor o menor regulación social. De esta manera, encontró cuatro tipos de suicidios: Altruista, Egoísta, Anómico y Fatalista.





## SUICIDIOS A TRAVÉS DE LA HISTORIA



## ALGUNOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES

**Antecedente suicida.** Existencia de actos suicidas previos.

**Atentado suicida.** Suicidio terrorista.

**Autolesión.** Daño físico producido por un acto suicida, independientemente de su grado o de su intencionalidad suicida.

**Automutilación.** Autolesión en la que se cercena un miembro corporal.

**Cibersuicidio.** Suicidio en el que Internet desempeña un papel significativo, bien como medio de información o de comunicación social.

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

**Conducta suicida.** Ideación, comunicación y actos suicidas.

**Deseo suicida.** Voluntad variable de cometer un acto suicida

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

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





## SUICIDIOS A TRAVÉS DE LA HISTORIA

## ALGUNOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES

**Enfermedad o afección.** En este caso de cometer el acto de suicidio.

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

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

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

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

**Prevención.** Medidas que se toman para reducir las probabilidades de contraer una

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

**Pensamiento suicida.** Fantasía e ideas suicidas

**Plan suicida.** Método suicida consecuente con la planificación suicida

**Planificación suicida.** Ideas y conductas organizadas y premeditadas para cometer un acto suicida



# CIFRAS PREOCUPANTES

- El suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales. De acuerdo con el SINADEF, en 2022 se registraron 28 suicidios en Arequipa. La tasa de mortalidad ha aumentado y eso nos preocupa. Entre los 15 y 29 años es la edad en la que hay más casos. La campaña de apoyo y prevención de suicidios en el puente Chilina atiende constantemente a personas que desean lanzarse, y en el mismo lugar se encuentra instalada una comisaría con efectivos policiales las 24 horas, 365 días del año.
- A nivel mundial, se contabilizan los casos en <https://www.worldometers.info/es/>. Según la OMS, el suicidio sigue siendo la primera causa externa de muerte en los hombres y la tercera entre las mujeres. Los profesionales de recursos que atienden a personas con trastorno mental deben tener en cuenta que trabajan con una población de riesgo respecto a la conducta suicida. Aunque solo un 10% de las personas con diagnóstico de enfermedad mental consuman el suicidio, un porcentaje muy alto (90%) tiene ideación suicida.



# Factores de riesgo



La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un espectro que va desde la ideación hasta el suicidio consumado. Actualmente se considera que el suicidio se desplaza a lo largo de un continuum de diferentes grados de gravedad y naturaleza, que van desde la ideación (pensamientos de muerte como un descanso, deseos de morir e ideación suicida) hasta manifestaciones conductuales crecientes (amenazas, gestos, intentos y suicidio). El abuso/dependencia de alcohol o sustancias son frecuentemente asociados con suicidio

Algunos de los factores que se han asociado con un mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión incluyen:

- a) Sexo masculino.**
- b) Historia familiar de trastorno mental.**
- c) Intento de suicidio previo.**
- d) Niveles más graves de depresión.**
- e) Presencia de desesperanza.**
- f) Trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de alcohol u otras drogas.**

Otros factores que se han asociado al suicidio en pacientes con depresión son el trastorno límite de la personalidad, y niveles altos de impulsividad y agresividad.





# Funcionamiento familiar



Funcionamiento familiar

Factores económicos

Trastorno psicológico y mental

Depresión

Aspectos como dificultades interpersonales, comunicación conflictiva, pobre cercanía afectiva, altos niveles de control parental, estructura familiar inestable, historia familiar de suicidio, violencia intrafamiliar, abuso sexual en la infancia, maltrato físico y psicológico, negligencia y crianza en hogares monoparentales. Todos estos aspectos limitan el adecuado desarrollo de los miembros de la familia y dificultan la satisfacción de necesidades básicas.



# Factores económicos

Funcionamiento familiar

Factores económicos

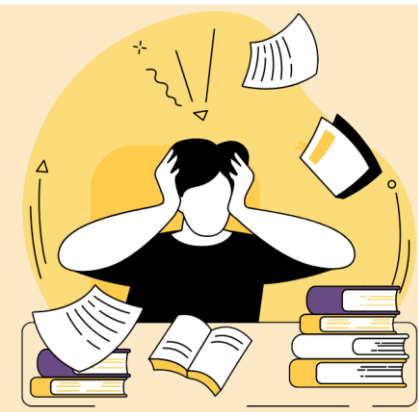
Trastorno psicológico y mental

Depresión



El desempleo y bajo nivel educativo son factores de riesgo para el suicidio, especialmente si la situación de escasez económica es prolongada y dificulta el acceso a servicios de salud mental, según Cervantes y Melo Hernández (2008).

# Trastornos mentales



- [Funcionamiento familiar](#)
- [Factores económicos](#)
- [Trastorno psicológico y mental](#)
- [Depresión](#)

## Factores psicológicos:

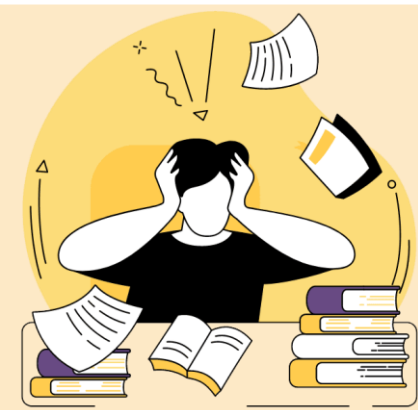
La desesperanza se considera un importante predictor de suicidio en personas con trastornos mentales, asociándose con la conciencia de enfermedad (insight), creencias negativas sobre la enfermedad, percepción negativa del futuro y de sí mismo, basados en la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975).

Siendo los diagnósticos más frecuentes:

- Esquizofrenia: el riesgo de suicidio en estos pacientes es de 30 a 40 veces mayor que para la población general. Se estima que entre el 25% y el 50% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia tendrán al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida.
- Trastorno bipolar: Se ha establecido que el riesgo de suicidio en personas con trastorno bipolar es 22 veces mayor que en la población general.
- Trastornos de personalidad: Especialmente el límite y el antisocial. Estos trastornos se presentan en hasta un 70% de las personas que cometen suicidio, y están caracterizados por rasgos como autoestima baja, impulsividad, ira y agresividad.



# Factores de riesgo en la esquizofrenia



Según las evidencias de investigación, estos son los factores de riesgo para el intento de suicidio en personas con esquizofrenia:

Funcionamiento familiar

Factores económicos

Trastorno psicológico y mental

Depresión

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

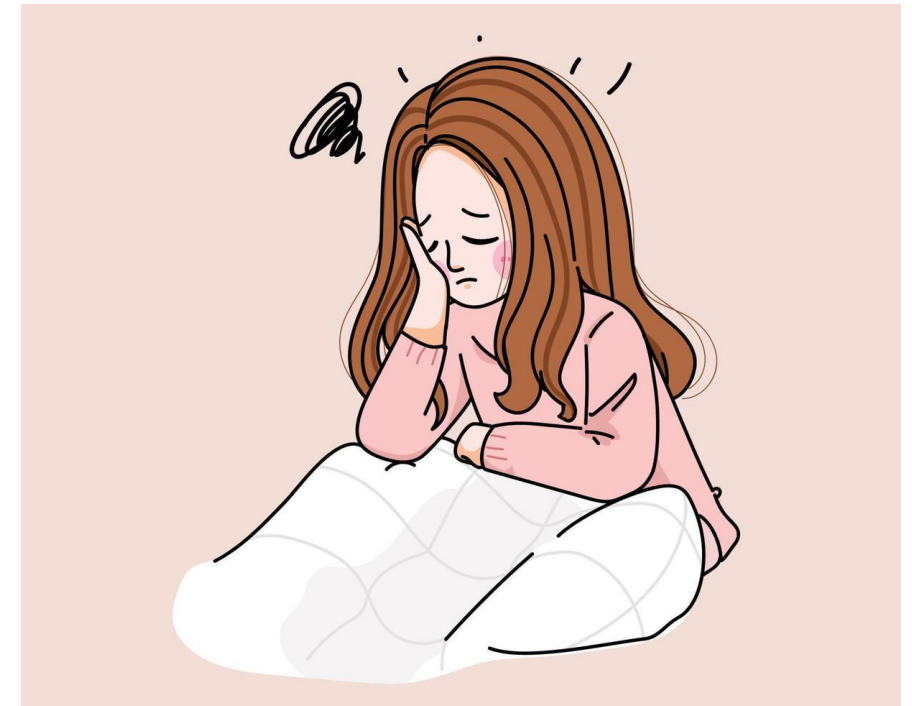


# Depresión

[VOLVER  
ÍNDICE](#)

- [Funcionamiento familiar](#)
- [Factores económicos](#)
- [Trastorno psicológico y mental](#)
- [Depresión](#)

La depresión ha demostrado repetidamente ser un factor de riesgo significativo para el suicidio y el intento de suicidio. Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 90% de los suicidios o intentos de suicidio están asociados con algún grado de depresión. La depresión puede incrementar hasta 12 veces el riesgo de suicidio cuando existe desesperanza, la cual está relacionada con la intencionalidad y alta letalidad. Tradicionalmente, identificar la depresión en pacientes con esquizofrenia ha sido difícil, ya que puede confundirse con los síntomas negativos y no siempre es evaluada adecuadamente mediante escalas estándar de depresión. Esto debe ser considerado al evaluar el riesgo suicida en esta población.





# APOYO – TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

## Perfil

Prácticamente todos los casos de suicidio han sido precedidos por eventos adversos en el año anterior, concentrados principalmente en los últimos meses. Los eventos más comunes incluyen conflictos y rupturas interpersonales, problemas laborales o desempleo, dificultades financieras, duelo, violencia doméstica y problemas de vivienda, entre otros. La percepción de bajo apoyo social está asociada con afectos y cogniciones perjudiciales, así como con intentos más graves. Por el contrario, el apoyo social adecuado puede ser una medida preventiva crucial.

## Dimensiones

## Criterios diagnósticos

## Evaluación

Los eventos vitales que desencadenan suicidios están relacionados con las etapas del ciclo vital. En adolescentes y jóvenes, los problemas familiares, el abuso físico o sexual, los conflictos con el grupo de pares, la separación o el rechazo, la presión por el éxito y la exposición a modelos suicidas son relevantes. En adultos de mediana edad, las dificultades económicas y laborales son significativas. Mientras que, en adultos mayores, las enfermedades, la soledad y los problemas de vivienda juegan un papel crucial.



# PERFIL



Perfil

Dimensiones

Criterios  
diagnósticos

Evaluación

Aunque no se puede generalizar, las personas con manifestaciones de conductas suicidas suelen tener algunos rasgos psicológicos comunes:

- a) Pensamiento dicotómico (blanco/negro).
- b) Rigidez cognitiva.
- c) Altos niveles de autocrítica hacia sí mismos y hacia los demás.
- d) Falta de especificidad en la memoria autobiográfica, lo cual impide utilizar experiencias pasadas como estrategias efectivas de afrontamiento.
- e) Dificultades en la solución de problemas y escasa confianza en su capacidad para resolverlos.
- f) Anticipación negativa de resultados, asociada con vulnerabilidad basada en experiencias previas.
- g) Grandes dificultades para generar objetivos significativos y con sentido de vida.



# DIMENSIONES

(sigue en la siguiente página)

DIMENSIONES DE LA IDEACIÓN SUICIDA	DESCRIPTORES
Frecuencia	A. Infrecuente B. Frecuente C. continua
Relación con estímulos	1) Clara 2) Evidente 3) Dudosa 4) Inexistente
Duración de los episodios	A. Segundos B. Minutos Horas
Formato	A. Verbal B. En imágenes
Ideación activa o pasiva	“Ojalá que me ocurra algo” Vs. “Quiero”
Afecto concomitante	1. Miedo 2. Angustia 3. Dolor 4. Alegría 5. Rabia 6. Culpa 7. Vergüenza
Nivel de concreción	a) Vaga b) Abstracta c) Concreta

# DIMENSIONES

(sigue en la siguiente página)

DIMENSIONES DE LA IDEACIÓN SUICIDA	DESCRIPTORES
Evolución	A. Aguda B. Crónica
Posición del yo frente a la ideación	1) Activa 2) Pasiva 3) Variable 4) oscilante
Actitud	a) Rechazo b) Indiferencia c) Aceptación d) Ambivalencia
Planes suicidas	1. Si 2. No 3. Dudoso
Asociación a otras variables	A. Situacionales B. Interpersonales C. Emocionales D. Síntomas
Percepción de capacidad	A. Se siente capaz (“Coraje para hacerlo”) B. No se considera capaz

# DIMENSIONES

DIMENSIONES DE LA IDEACIÓN SUICIDA	DESCRIPTORES
Presencia de disuasivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) P. ej. Dañaría a otras personas</li> <li>b) Razones religiosas</li> </ul>
Control percibido	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Presente</li> <li>b) Ausente</li> <li>c) Inseguro</li> </ul>
Severidad relativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Peor episodio el actual</li> <li>B. Otros han sido peores</li> </ul>
Relación con conducta suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sin relación</li> <li>b) Se ha asociado a conducta suicida</li> <li>c) Se podría asociar a conducta suicida</li> </ul>
Intención suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Intención suicida presente</li> <li>2. Intención suicida ausente</li> </ul>
Percepción de capacidad o coraje para efectuar un intento	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Se siente capaz</li> <li>2. No se siente capaz</li> <li>3. inseguro</li> </ul>
Actitud frente al clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Revela abiertamente sus ideas suicidas</li> <li>B. Intenta ocultarlas</li> <li>C. Es renuente a revelarlas</li> </ul>



# Criterio Diagnóstico



Perfil

Dimensiones

Criterios  
diagnósticos

Evaluación

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo, y la F33 el trastorno depresivo recurrente.

La F32 se subdivide en:

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En todos los casos, el episodio depresivo debe tener una duración mínima de dos semanas y presentar al menos dos de los tres síntomas típicos de la depresión:

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad



# Evaluación - Frecuencia

Perfil

Dimensiones

Criterios  
diagnósticos

Evaluación

Cuando se presentan ideas de muerte, es crucial indagar sobre la frecuencia, intensidad e interferencia en la vida diaria.

- ¿Piensas todos los días en quitarte la vida? (Se sugiere mencionar la posibilidad de una frecuencia elevada para evitar subestimar la situación real).
- Evaluar la intensidad de los pensamientos en una escala del 0 al 10 (0 = nada intensos, 10 = extremadamente intensos). ¿En qué número situarías tus pensamientos?
- Evaluar la interferencia de estos pensamientos en la vida diaria en una escala del 0 al 10 (0 = ninguna interferencia, 10 = interferencia extrema). ¿Hasta qué punto interfieren en tu vida diaria?
- ¿Sientes que puedes controlar estos pensamientos? Evaluar la capacidad de tomar distancia de los pensamientos, como un aspecto del autocontrol sobre la intensidad y frecuencia de la ideación.



continúa

# Evaluación - Planificación

Perfil

Dimensiones

Criterios  
diagnósticos

Evaluación

Una vez confirmada la presencia de ideación suicida, es necesario profundizar y concretar la posible planificación de la idea. Para ello, se deben identificar los siguientes elementos:

- Método suicida: Indagar sobre el método considerado (por ejemplo, armas, caída desde gran altura, etc.), ya que la severidad y la irreversibilidad indican la gravedad de la ideación. Explorar la accesibilidad al método e indagar si algún familiar o conocido lo ha empleado anteriormente. Preguntar: “¿Cómo has pensado en suicidarte?”
- Planificación: Preguntar si ha dado algún paso para planificar cómo quitarse la vida.
- Detalles concretos: Preguntar sobre la circunstancia o día específico: “¿Cuándo has pensado en suicidarte?” y el lugar: “¿Dónde has pensado en suicidarte?”
- Señales de alarma/despedita: Explorar cualquier señal de alarma o despedida que haya manifestado.



continúa

# Evaluación – Desesperanza y culpa

Perfil

Realizar preguntas sobre el futuro de la persona y cómo valora su presente, enfocándose en las estrategias más que en la persona misma.

Dimensiones

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

Criterios  
diagnósticos

**VALORACIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA:** Las personas con depresión a menudo se atribuyen las desgracias actuales y futuras de sus seres queridos y pueden considerar que estarían mejor sin ellas.

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

Evaluación



continúa

# Evaluación – Factores de riesgo

[VOLVER  
ÍNDICE](#)

[Perfil](#)

[Dimensiones](#)

[Criterios  
diagnósticos](#)

[Evaluación](#)

Trastorno mental:

- Depresión
- Trastorno Bipolar
- Síntomas psicóticos
- Abuso de alcohol/sustancias
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno de la conducta alimentaria
- Trastorno de la personalidad
- Adicciones psicológicas, ludopatía
- Violencia de género

Factores psicológicos:

- Impulsividad, agresividad, ira, irritabilidad, hostilidad.
- Pensamiento dicotómico.
- Rigidez cognitiva.
- Desesperanza.
- Dificultad en la resolución de problemas.
- Sobre generalización en recuerdos autobiográficos.
- Perfeccionismo, altas expectativas propias.
- Insatisfacción.
- Autoestima.
- No aceptación de la identidad y orientación sexual.
- Intentos previos de suicidio e ideación suicida.
- Enfermedad física o discapacidad.
- Factores genéticos y biológicos.
- Historia de maltrato físico o abuso sexual.
- Violencia de género.





APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD



**SOCIAL:** Esta información es necesaria en caso de urgencia para obtener vigilancia sobre las conductas de la persona y para valorar la percepción que tiene sobre el apoyo de los demás.

“¿Qué familiares o amigos tienes? ¿Crees que te apoyan?”

“¿Con cuál de ellos tienes mejor relación? ¿Les has hablado de tus problemas?”

“¿Les hablarías de tus problemas?”

**VALORES Y CREENCIAS:** Los valores y creencias espirituales o religiosas son factores de protección. Es importante preguntar sobre ello.

“¿Hay algo que te impida hacerlo?”

“¿Te detendrían tus amigos, familiares o creencias religiosas?”

## APOYO

El profesional debe estar concentrado/a para atender la situación. El lugar de trabajo debe contar con un nivel adecuado de seguridad y privacidad, aislado de variables extrañas como ruido, voces altas, etc.

**A.** En cualquier momento de la intervención, si no somos capaces de continuar o nos sentimos desbordados, podemos pedir el relevo

**B.** Garantizar la seguridad y autoprotección del profesional, asegurar la zona, y valorar posibles daños a terceros. Si hay observadores, es importante que desaparezcan del campo visual de la persona.

**C.** Establecer el contacto verbal y visual, aproximándose de manera paulatina. Si alguien ha establecido un contacto adecuado, respetarlo y que continúe.

**D.** Usar el nombre de la persona, con el objetivo de ofrecer un trato cercano, con voz cálida, transmitiendo que estamos de su parte, además de tranquilidad y disponibilidad. No hay prisa; tenemos el tiempo necesario para atenderla.

**E.** El tono de voz del profesional debe ser claro, pausado y alentador.

**F.** Necesitamos saber qué está pasando, qué le ha llevado a encontrarse en esta situación, por qué quiere suicidarse y en qué situación se encuentra.

## INTERVENCIÓN EN CRISIS

## DUELO

## INTERVENCIÓN TELEFONICA

## PLAN DE SEGURIDAD





# Intervención en crisis

continúa

APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD



Focalizar el problema: Definir el problema, facilitando también la expresión emocional. Preguntar

- “¿Qué ha pasado para que te encuentres en esta situación?” y dejarle hablar.
- Hacer preguntas abiertas, no interrumpir, manejar los silencios, ya que el silencio es indicador de atención.
- Permitirle hablar de lo que le preocupa (sin juzgar, con empatía y calidez).

Es primordial que la persona se sienta escuchada, aceptada, apoyada y comprendida.

Ayudándole a verbalizar sus pensamientos. Estos elementos contribuirán a atenuar y reducir la intensidad de la crisis. En necesario diferenciar entre tentativa o intento de suicidio.

# Intervención en crisis

continúa

APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD

Evaluación del estado mental y emocional, e identificar sus factores de riesgo:

- Vulnerabilidad
- Estado de conciencia
- Posibles consumos
- Signos de alteración

Evaluar los factores de protección, identificando sus fortalezas psicológicas:

- Apoyo social
- Creencias religiosas
- Otros factores conocidos o explorados en ese momento

Estos últimos marcarán la intervención a la hora de buscar alternativas al suicidio. Explorar la impulsividad; ganar tiempo hace que el nivel de impulsividad baje, disminuyendo con ello el nivel de riesgo. Identificar y proporcionar respuestas a necesidades inmediatas, ganando así tiempo.



APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD

## **Permitir el desahogo emocional en todo momento (permitir llorar):**

- Si no se le entiende, pedirle que hable más despacio.
- Intentar que se tranquilice.
- Manejar la respiración para que se tranquilice y controle sus emociones ante el descontrol emocional.
- Sostener, haciéndole ver que en esa situación es complicado entender y poder ayudar.
- Intentar cambiar sus emociones.

## **Búsqueda de alternativas:**

- Dando por válida la opción del suicidio, acompañarle a explorar otras alternativas para enfrentarse a sus dificultades, incluso invitarle a que se dé más tiempo para pensarlo.
- Búsqueda de motivos para vivir y crear ambivalencias, valorando los aspectos positivos y negativos del suicidio.
- Identificar y cambiar las distorsiones cognitivas.

# Intervención en crisis

APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD



Generar acuerdos y plan de acción:

- Buscar la negociación para alejar a la persona de la situación de riesgo.
- Convencer a la persona para que abandone su intento de suicidio, verbalizando claramente y de forma sencilla cómo puede dar marcha atrás en su intento.
- Conseguir acuerdos de no suicidio hasta que reciba intervención psicológica especializada.
- Llegar a un compromiso de retrasar la autolesión.
- Negociar el traslado y acompañamiento, si es posible.

# El Duelo

## - Apoyo en el Proceso de Duelo por Suicidio -

APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD



1. El duelo por alguien cercano es difícil, especialmente si la causa de muerte es el suicidio.
2. El duelo puede ser más prolongado, con mayores niveles de shock, aislamiento y culpa que otros tipos de muertes.
3. Es común cuestionarse aspectos relacionados con la persona fallecida y buscar una explicación.
4. Estas reacciones emocionales son normales.
5. Las actitudes negativas o culpabilizadoras sobre el suicidio pueden contribuir al aislamiento y estigmatización de los familiares y seres queridos.
6. Es frecuente que las personas allegadas se formulen preguntas como "¿por qué?" y experimenten situaciones tensas en la familia.
7. Aceptar la idea de que nunca sabrán el verdadero motivo de la muerte de su familiar, puede ser difícil para muchas personas.



# Intervención telefónica

APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD



Es posible que los profesionales reciban llamadas de personas en situación de crisis. Deben conocer las pautas establecidas para la intervención telefónica de crisis suicida.

Detallamos a continuación.

continúa



# Intervención telefónica

APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD

- 1) Preparación para recibir la llamada: preparación personal, respiración, estar tranquilo/a para transmitir tranquilidad, y en un espacio tranquilo e íntimo.
- 2) Atención telefónica, primeros momentos: mostrarse cercano y cálido, crear un clima de confianza y aceptación para que hable y confíe en nosotros. Tener frases de inicio preparadas personalmente.
- 3) Averiguar la situación de la persona y el problema que le ha llevado a querer suicidarse.
- 4) Preguntar por los acontecimientos de la vida de la persona ocurridos en los dos o tres días anteriores.
- 5) Evaluar el estado mental y emocional de la persona (factores de riesgo, vulnerabilidad, estado de conciencia, etc.).
- 6) Considerar múltiples factores de riesgo o psicológicos.
- 7) Valorar la gravedad de intentos anteriores.
- 8) Evaluar el grado de elaboración de la ideación suicida.
- 9) Conocer la existencia no declarada de intentos de suicidio recientes.
- 10) Comprobar si la persona tiene planes de futuro, ya que este aspecto correlaciona con el riesgo de suicidio.



continúa



# Intervención telefónica

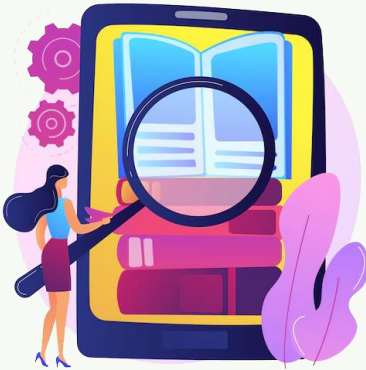
APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD



- 11) Identificar sus fortalezas y factores de protección para generar ambivalencia.
- 12) Determinar el grado de riesgo, intentar conseguir ubicación para que apoyen los servicios de emergencia. Saber si la persona está sola o acompañada.
- 13) Permitir el desahogo emocional y ayudar a controlar el descontrol emocional.
- 14) Valorar el consumo de alcohol u otras drogas.
- 15) Generar ambivalencia y alternativas al suicidio. Buscar alternativas de solución que no impliquen la propia muerte.
- 16) Si no somos capaces de manejar la situación, pedir ayuda a otro profesional.
- 17) Cierre
- 18) Autocuidado del profesional.



continúa

# Intervención telefónica

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

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

APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD

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



# Plan de seguridad

APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD



Instrumento que ayuda a la persona a identificar señales de una crisis suicida:

**A. Identifica personas,**

**B. Lugares y**

**C. Estrategias que ayudan a superar la crisis.**

1. Se elaborará el plan de seguridad ante una evaluación de riesgo medio o alto y el profesional responsable de realizarlo junto con la persona, es el psicólogo/a.
2. Es necesario explicar a la persona para qué realizar un plan de seguridad y cómo le puede ayudar cuando se presente una crisis.
3. La naturaleza colaborativa de esta intervención es esencial para desarrollar una seguridad eficaz.
4. El plan debe ponerlo en marcha la propia persona cuando detecta sus señales de alerta.



continúa

# Secuenciación de acciones del plan

APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD

**1. En primer lugar**, la persona debe pensar en cosas que le ayuden. Si esto no es suficiente para resolver la situación de crisis, pasará al siguiente punto: hacer cosas que le ayuden.



**2. En segundo lugar**, si pensar y hacer cosas que le ayuden no es suficiente, debe contactar con personas que la distraen. Es importante que no mencione su situación de crisis a estas personas. Si la situación no mejora, entonces debe contactar con personas a quienes pueda confiar su situación de crisis. Es crucial diferenciar entre las personas que pueden actuar como distracción y aquellas a quienes se puede contar la crisis, ya que pueden no ser las mismas.

**3. En tercer lugar**, el plan también sirve como herramienta para los profesionales, ya que contiene información útil sobre la persona para ayudarla a superar la crisis suicida. Este plan debe estar actualizado y ser conocido por todos los profesionales que trabajan en atención directa con la persona. Además, el plan de seguridad debe individualizarse y adaptarse a la persona, estar disponible en un formato portátil para que la persona lo lleve consigo y tener otra copia en el centro.



continúa

# Plan de seguridad: Elementos

APOYO

INTERVENCIÓN  
EN CRISIS

DUELO

INTERVENCIÓN  
TELEFONICA

PLAN DE  
SEGURIDAD

Es importante recordar que, si una persona se siente en riesgo inminente e incapaz de mantenerse segura, debe acudir inmediatamente a un entorno de emergencia.

Elementos que debe tener un plan de seguridad:

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

## **Intervención con la familia:**

Para trabajar con la familia, es necesario recabar el consentimiento de la persona. Los aspectos para intervenir con la familia son (todos ellos o parte de ellos):



continúa

# Plan de seguridad: Elementos

1

## Identificación de señales de alerta y pautas de actuación relacionadas con la ideación suicida.

- Corregir mitos y creencias erróneas sobre el suicidio.
- Reconocer factores de riesgo y protección.
- Conocimiento del plan de seguridad.
- Pautas ante el alta del recurso.
- Entrega de una guía actualizada para familiares sobre detección y prevención de la conducta suicida en personas con enfermedad mental.

2

## Acciones a Realizar después del Intento de Suicidio Consumado:

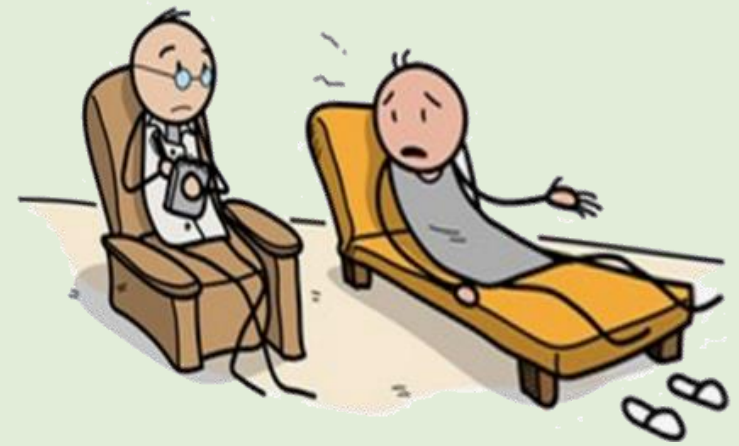
- Atención a la persona que ha tenido un intento de suicidio:
- El principal objetivo es prevenir que vuelva a intentarlo, ya que el principal predictor de conducta suicida futura es la existencia de tentativas previas.

3

## Factores de riesgo de repetición de la tentativa suicida:

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

# Atención a profesionales



- Experimentar la pérdida de una persona por suicidio es una de las causas más traumáticas para un profesional.
- Cuando ha habido un intento de suicidio o un suicidio consumado en el recurso, es recomendable intervenir con los profesionales involucrados, ya que puede ser vivido como un fracaso profesional.
- Es probable que la respuesta inicial esté asociada con la propia reacción ante la pérdida, como aflicción, negación y escepticismo.
- Reacciones adicionales pueden incluir desrealización (lo vivido parece irreal), vergüenza, culpa, rabia, búsqueda de explicaciones, preocupación, dudas sobre la intervención realizada, pérdida de autoconfianza, ánimo depresivo y anhedonia (pérdida de interés o satisfacción por actividades que antes generaban placer).

## Otros posibles síntomas:

- Dolor de cabeza, dolor muscular, mareos, náuseas, inquietud, pérdida de apetito, dificultad para dormir y descansar, tristeza, sensibilidad, indiferencia ante las propias emociones, sensación de paralización, distancia emocional y falta de eficacia.
- Malestar al recordar olores, ruidos e imágenes de la situación.
- Evitar recordar la situación o hablar recurrentemente del tema. Cambios en la relación con las personas y en el equipo de trabajo.



# Atención a profesionales

## Técnicas terapéuticas de aireación y recuperación postraumática para profesionales



### DEFUSING:

- a) El equipo habla de forma espontánea sobre lo sucedido, analizando e intentando dar sentido a lo acontecido.
- b) Generar espacios de intercambio de información para afianzar el trabajo en equipo y ofrecer un espacio de desahogo y reflexión.
- c) Contar lo que está pasando y escuchar a los demás miembros del equipo.
- d) Cuidarse, alimentarse bien, descansar y pedir ayuda si es necesario.
- e) Cuidar del resto del equipo y volver a la cotidianidad.



# Atención a profesionales



## DEBRIEFING:

- a) Terapia de apoyo al equipo dirigido por psicoterapeutas.
- b) El debriefing no es una psicoterapia grupal, sino una estrategia de prevención secundaria basada en principios de intervención en crisis y educacionales.
- c) Se debe realizar entre las 24-72 horas tras la estabilización del incidente, con sesiones de seguimiento si es necesario.

## Objetivos del debriefing:

1. Aliviar el estrés tras un incidente crítico.
2. Animar a la expresión de sentimientos, pensamientos y reacciones en torno al evento.
3. Favorecer el apoyo intra grupal y el consuelo de los participantes.
4. Prevenir posibles secuelas psicopatológicas.
5. Normalizar las expresiones de los participantes.
6. Detectar a las personas más afectadas y facilitarles el contacto con profesionales de salud mental.

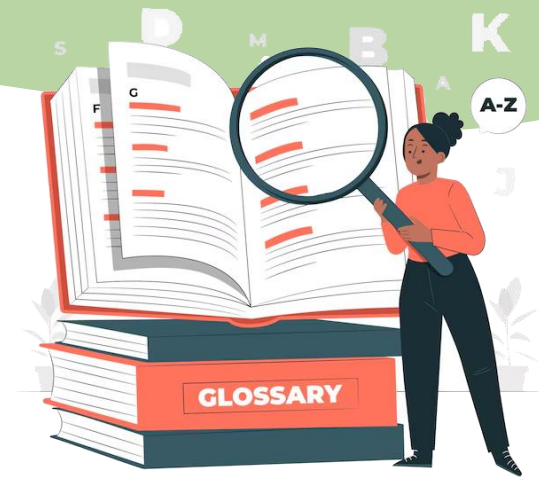
# BIBLIOGRAFÍA



1. Cohen CB. Perspectivas cristianas sobre el suicidio y la eutanasia asistida: La Tradición Anglicana. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 1996;24(4):369-379.
2. Jiménez Treviño L. Breve aproximación a las conductas autolíticas. *ReNEPCA (Red Nacional para el Estudio y Prevención de Conductas Autolíticas)*; 2003.
3. Vega-Piñero M, et al. El suicidio. *Salud Global*. 2002;2(4):1-15.
4. López-García MB, Hinojal-Fonseca R, Bobes-García J. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. 1993;(3):309-411.
5. Pérez Barrero SA, Peláez S. La conducta suicida en las Sagradas Escrituras. *Revista Internacional de Tanatología y Suicidio*. 2002;2(1):7-9.
6. Aquino T. *Suma teológica*. España: Biblioteca de Autores Cristianos; 1960.



# BIBLIOGRAFÍA



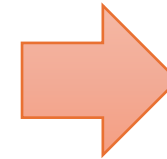
7. Murray A. The suicide in the Middle Age. Volume I: The violent against themselves. Oxford: Oxford University Press; 1998.
8. Rodríguez Pulido F, et al. Suicidio en las Islas Canarias. Acta Psychiatrica Scand. 1991;84(6):6:520-523.
9. Colt GH. The enigma of suicide. Nueva York: Summit; 1991.
10. Berrios G. La autoagresión. En Berrios G. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México: Fondo de Cultura Económica; 2008.
11. Lanteri-Laura G, Del Pistoia L. Structural analysis of suicidal behavior. Social Research. 1970;37(1):324-347.
12. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida, Autor Coord. Andoni Anseán Ramos



# ANEXOS



1. EVIDENCIA DEL MUESTREO.
2. MODELO DE VULNERABILIDAD Y ESTRÉS EN LA CONDUCTA SUICIDA.
3. FLUJOGRAMA DE MANEJO DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. INTERVENCIÓN INICIAL.
4. RECOMENDACIONES GENERALES DE MANEJO.
5. CRITERIOS ESPECIFICADORES DE GRAVEDAD / CURSO SEGÚN DSM-5.
6. PRESENTACIONES Y COSTE EN EUROS DE LOS PRINCIPALES ANTIDEPRESIVOS.
7. ESQUEMA DE EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN POR FASES DE RIESGO.
8. LINKS DE PLANES, ESTRATEGIAS, PROTOCOLOS, PROCESOS, PROGRAMAS



Si no funciona el vínculo,  
abre el documento “**Anexos**” por separado.

