



Recomendaciones sobre la Detección,
Prevención e Intervención de la
Conducta Suicida

Resumen para Atención Primaria



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Recomendaciones sobre Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Resumen para Atención Primaria.

Este documento resume la información más relevante para Atención Primaria, de las publicaciones elaboradas por el Servicio Andaluz de Salud, que a continuación se relacionan:

1. *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida*¹
2. *Guía sobre prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*²
3. *Directrices Generales para la Prevención del Suicidio del proyecto europeo EUREGENAS (Mitos y Realidades)*³



EQUIPO DE ELABORACIÓN DEL RESUMEN:

Evelyn Huizing. Enfermera Especialista en Salud Mental. Asesora Técnica. Programa de Salud Mental. Sevilla

Daniel Gutiérrez Castillo. Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Lucía Pérez Costillas. Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Regional de Málaga. Málaga

Berta Moreno Küstner. Psicóloga. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. Málaga.

Almudena Millán Carrasco (Edición). Profesora. Área de Gestión de Servicios y Profesionales de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

© 2016. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Índice

1. Introducción	4
2. Mitos frecuentes	5
3. Factores y situaciones de riesgo de suicidio.....	6
4. Evaluación del riesgo suicida.....	8
5. Remisión a Salud mental	14
6. Modelo informe clínico	15
7. Consejos ante pensamientos suicidas.....	15
8. Recomendaciones ante un suicidio consumado.....	16
9. Referencias bibliográficas.....	17
Anexos.....	18

1. Introducción

Los y las profesionales de Atención Primaria ocupan **un lugar privilegiado** para la detección de factores de riesgo de suicidio, puesto que:

- Son el punto de entrada al sistema sanitario.
- Tienen un prolongado y estrecho contacto con la comunidad y son aceptados y valorados como guías expertos sobre salud por la población.
- Su conocimiento de la comunidad les permite estar alerta sobre los problemas potenciales o reales y recoger apoyo de la red familiar, de amistades y de organizaciones de la comunidad.
- Son profesionales clave para la continuidad de la atención y los cuidados

Además, en Atención Primaria, los esfuerzos institucionales para potenciar la atención personalizada (profesionales de referencia, gestión de casos) han aumentado en la última década, lo que favorece el acercamiento al paciente, familia y entorno. La Atención Primaria es una pieza clave para la detección de los problemas de salud y de factores de riesgo, como los relacionados con la conducta suicida.

El documento *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida* destaca los principios sobre prevención del suicidio del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria⁴ (PAPPS):

- Reducir la influencia de los factores de riesgo.
- Aportar apoyo.
- Facilitar la consecución de apoyos sociales e institucionales.
- Ayudar a los individuos a buscar las propias soluciones.

2. Mitos frecuentes

Hay muchos conceptos erróneos en relación con la conducta suicida. A continuación se revisan los mitos más frecuentes.



El suicidio no se puede prevenir

Uno de los mitos más habituales sobre la conducta suicida es que no se puede prevenir. Sin embargo, muchas personas que están en riesgo de suicidio tienen sentimientos contradictorios en relación a la muerte. Incluso la persona con la depresión más grave duda hasta el último momento, entre el querer vivir y querer acabar con su sufrimiento.

Además, hay evidencias científicas que muestran que hay un gran número de intervenciones que dan lugar a una prevención eficaz del suicidio.

Hablar sobre el suicidio puede incrementar el riesgo de que se lleve a cabo una conducta suicida

Cuando una persona manifiesta pensamientos suicidas, no se debe considerar que está haciendo una llamada de atención, sino que es un grito de dolor, que indica que la persona está desesperada y con fuertes sentimientos de sufrimiento emocional. Hablar sobre los pensamientos y planes suicidas no incrementa ni la desesperación, ni los intentos de suicidio.

Por el contrario, poder hablar abiertamente y con confianza sobre las ideas de suicidio puede resultar un método preventivo/terapéutico eficaz para evitar el intento de suicidio. Incluso, hablar sobre el suicidio puede resultar importante para que la persona vea la necesidad de buscar y solicitar ayuda.

El suicidio es una reacción normal en situaciones o ante experiencias negativas

El suicidio no es la mejor respuesta incluso ante situaciones de estrés grave. Por el contrario, el suicidio es una reacción inadecuada y extrema ante situaciones relativamente normales. Todo el mundo se tiene que enfrentar a situaciones estresantes o de frustración y a contrariedades en su vida, pero no toda la gente desarrolla, por ello, pensamientos y planes de suicidio.

Las personas que hablan de suicidarse no lo hacen

La mayoría de las personas que hacen un intento de suicidio o que finalmente se suicidan comunican sus pensamientos de suicidarse antes de realizarlo. En consecuencia, es importante considerar seriamente cualquier comentario sobre pensamientos de suicidio, y motivar a la persona para que pida y busque ayuda.

3. Factores y situaciones de riesgo de suicidio

En la tabla siguiente se presenta un resumen de los factores a tener en cuenta en la población de riesgo:

Tabla 1. Resumen de los factores a tener en cuenta en la población de riesgo

Variable de riesgo	Grupo	Factores implicados
Edad	Infancia	- Eventos traumáticos: maltrato, abusos, acoso escolar (“bullying”)
	Adolescencia	- Nivel socioeconómico bajo, migración, paro - Eventos traumáticos: maltrato, parentalidad disfuncional, abusos, violencia, divorcios - Impulsividad, personalidad antisocial, agresividad - Trastorno mental - Abuso de sustancias
	Personas Mayores	- Soledad: viudedad, vivir sin apoyo, tomar medicación - Diagnóstico psiquiátrico: depresión - Diagnóstico somático: enfermedades invalidantes
Enfermedad	Somática	- Epilepsia - Accidente Cerebro Vascular y Lesión medular - Cáncer - SIDA - Afecciones crónicas: diabetes, enfermedad renal o hepática, dolor...
	Mental	- Depresión ^a - Alcoholismo - Esquizofrenia - Trastorno Bipolar
	Síntomas Psiquiátricos	- Ansiedad - Desesperanza - Impulsividad y agresividad

^a La depresión ha sido descrita como la causa más importante, independientemente de su forma de presentación.

Tabla 1. Resumen de los factores a tener en cuenta en población de riesgo (continuación)

Variable de riesgo	Grupo	Factores implicados
Factores sociales	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltería - Viudedad - Divorcio
	Profesión	<ul style="list-style-type: none"> - Sanidad - Veterinaria - Farmacia - Química - Granjeros
	Estatus Laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Desempleo
Factores ambientales	Acontecimientos estresantes (especialmente en los últimos 3 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades económicas - Dificultades interpersonales - Pérdida de seres queridos - Cambios vitales importantes - Sentimiento de culpa y de desesperanza
	Acceso a medios	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de control externo - Acceso a medicación
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Tentativas previas - Historia familiar de suicidio - Violencia doméstica 	

4. Evaluación del riesgo suicida

No existe ningún cuestionario de cribado para el riesgo de suicidio que haya demostrado capacidad predictiva fiable. A pesar de ello existen algunas escalas que se han desarrollado para este propósito, pero el uso de estos instrumentos debe ser considerado una ayuda que nunca sustituirá la evaluación clínica. En el marco del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones se propone la Escala de Desesperanza de Beck.

A continuación se presentan algunas recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida:

- a) Estado mental actual
- b) Secuencia de preguntas sobre ideas suicidas
- c) Plan Suicida
- d) Tentativa suicida
- e) Entorno

a) Estado mental actual:

En la evaluación del riesgo suicida es importante conocer el estado mental de la persona, valorando antecedentes o síntomas recientes (últimas dos semanas) de depresión, psicosis, trastorno límite de personalidad y abuso de tóxicos y antecedentes personales y familiares de suicidio. En la siguiente tabla se presenta el nivel de evidencia de los factores de riesgo asociado a depresión:

Tabla 2. Nivel de evidencia de los factores de riesgo asociados a depresión

Evidencia	
3	El riesgo aumenta durante el episodio de depresión mayor y en el periodo de remisión parcial.
3	Los intentos de autolisis previos se asocian a la probabilidad de suicidio consumado.
3	El abuso o dependencia de alcohol y drogas , el trastorno límite de personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad aumentan el riesgo en varones con depresión

Un reciente estudio europeo⁵ midió la importancia del suicidio (ideación, planificación e intento) **en pacientes de atención primaria con tristeza y anhedonia.**

Los resultados apuntan que en pacientes con tristeza y anhedonia la planificación e intento de suicidio son predictores significativos para la depresión. Asimismo, para el mantenimiento de la depresión, además de la planificación y el intento, también la ideación suicida es un predictor, en ambos casos a los 6 o 12 meses de seguimiento. Este estudio concluye que **los pacientes pueden tener inclinaciones suicidas incluso si no tienen una depresión mayor.**

Las siguientes **tres preguntas** sobre el suicidio pueden ayudar al profesional de atención primaria a evaluar el riesgo de depresión de las personas con tristeza y anhedonia, sin necesidad de tener un diagnóstico de depresión mayor. Estas preguntas permitirán al profesional de atención primaria a iniciar a tiempo intervenciones para prevenir y detectar la depresión mayor.

Tabla 3. Preguntas del cuestionario CIDI, incluidas en la sección de Depresión, para medir el comportamiento suicida.

1.	En los últimos 6 meses, ¿pensó mucho en la muerte?
2. a	¿Se sintió tan decaído/a que pensó mucho en suicidarse? [Si contestó SI, en la pregunta 2a]
2. b	¿Pensó cómo podía hacerlo?
3.	¿Intentó suicidarse?

b) Secuencia de preguntas sobre ideas suicidas:

No es fácil preguntar a los y las pacientes sobre sus ideas suicidas, pero es esencial reconocer el riesgo, no ignorarlo ni negarlo. El primer paso y el más inmediato es asignar mentalmente un tiempo adecuado al paciente, aunque muchos otros puedan estar esperando fuera de la consulta. Habrá que adentrarse en el tema gradualmente. Es importante permitir que la persona exprese sus sentimientos con sus propias palabras.

El grado adecuado de empatía implica el mantenimiento de la distancia emocional suficiente para que el/la profesional no sienta que los sentimientos le inundan, pero con la comprensión y acercamiento suficiente para generar confianza. En la siguiente tabla se presenta una secuencia de preguntas útiles:

Tabla 4. Secuencias de preguntas sobre ideas suicida

1. ¿Se siente infeliz o desvalido/a?
2. ¿Se siente desesperado/a?
3. ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
4. ¿Siente la vida como una carga?
5. ¿Siente que no merece la pena vivir la vida?
6. ¿Siente o ha sentido deseos de matarse?

c) Plan Suicida:

Una mayor premeditación y programación del suicidio indica una mayor gravedad del problema. Por ello es importante conocer la planificación de los intentos autolíticos que la persona evaluada realiza. Es esencial hacer todas aquellas preguntas que se consideren necesarias, demostrando preocupación, interés y empatía, para llegar a tener una información lo más clara posible de las ideas o intenciones del paciente. Es un error pensar que no debemos ser intrusivos para no herirle o para no “inducir ideas” que por sí solo no tenía.

Para explorar distintos elementos sobre la planificación suicida se podrían realizar las siguientes preguntas (tabla 5):

Tabla 5. Preguntas para explorar la planificación suicida

1. Sobre la planificación:
¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
¿Tiene idea de cómo y cuándo va a hacerlo?
¿Avisará a alguien antes?
¿Dejará alguna nota? / ¿Ha hecho algún testamento o gestionado algún seguro de vida?

Tabla 5. Preguntas para explorar la planificación suicida (continuación)

2. Sobre el método:
¿Tiene píldoras, revólver, insecticida, u otros medios?
¿Están a su entera disposición?
3. Sobre las consecuencias:
¿Qué pretende o busca con ello?
¿Cómo afectará esto a sus allegados?
¿Ha pensado en otras soluciones?

Al final de la entrevista, se ha de tener lo más claro posible la gravedad o la peligrosidad de las ideas suicidas:

1. **Sin ideas de muerte.** Ni espontáneamente ni al ser preguntado nos refiere que tiene deseos de morir.
2. **Ideas pasivas de muerte** (sin perspectiva de suicidio). Expresa, si se le pregunta, deseos suicidas pero sin intención de materializarlos.
3. **Ideas o intenciones de suicidio** (ideas activas de muerte). Expresa deseos suicidas y tiene intención de materializarlos pero no tiene ningún plan concreto ni ha estado nunca al borde de un acto autolítico.
4. **Planificación suicida.** El paciente pensó de manera concreta y reciente en una forma clara de atentar contra su vida.

d) Tentativa suicida:

Una tentativa de suicidio provoca de entrada una situación de urgencia médica ó médico-quirúrgica y además supone un claro indicador de alerta sobre el riesgo suicida, por lo que siempre deben ser valorados por personal facultativo con adiestramiento adecuado en salud mental.

Tras valorar y estabilizar el cuadro orgánico y recuperar un buen nivel de conciencia, se realizará la valoración psiquiátrica teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

Tabla 6: Evaluación tentativa suicida

Contexto
¿Qué estaba haciendo justo antes?
Existencia de desencadenantes, estresores, contrariedades, rupturas, etc.
¿Presentaba psicopatología los días previos?
¿Cómo obtuvo los medios para autolesionarse?
Grado de planificación/premeditación
¿Cuándo apareció la idea?
¿Lo preparó con antelación?
¿Fue algo impulsivo, sin pensarlo?
Intencionalidad o motivación autodestructiva
Deseo real de muerte
Deseo de que algo cambie (petición de socorro)
Intención de obtener algo (chantaje)
Deseos de culpabilizar a otros (venganza)
Impulsividad o intolerancia a frustraciones o contrariedades (en cortocircuito)
Huida, evasión, dormirse
Grado de certeza de consecuencias de muerte
Violencia y letalidad del método utilizado.
Los métodos más letales o con más clara intencionalidad letal son los violentos (ahorcamiento, arma blanca o de fuego y precipitación) ^b
Posibilidades de rescate por parte de terceras personas.
¿Avisó o facilitó el que su entorno se diera cuenta de lo ocurrido? ^c

^b Las intoxicaciones medicamentosas suelen considerarse menos graves, aunque depende del conocimiento subjetivo de cada paciente hacia la sustancia usada. El método más frecuente es la intoxicación (70-80% de los casos).

^c Se considera de mayor gravedad si se hubiesen realizado maniobras para mantener la privacidad del acto.

Tabla 6: Evaluación tentativa suicida (continuación)

Autocrítica
¿Qué piensa el o la paciente sobre lo ocurrido?
¿Se muestra irritado/aliviado por no haber obtenido el objetivo de muerte?
¿Cree que había otras alternativas?
¿Piensa que fue una tontería?
¿Qué cree que haría en caso de encontrarse en una situación similar en el futuro?
¿Refiere que volverá a hacerlo?
Lesiones físicas objetivas y gravedad de las mismas
Leves: requieren como máximo atención ambulatoria
Moderadas: requieren vigilancia en servicio de Urgencias de entre 24 y 48 horas
Graves: requieren de hospitalización

e) Entorno

La familia y allegados de la persona en la que exista sospecha de ideación suicida o tentativas previas se pueden considerar un factor protector, en la medida en que aportan confianza, seguridad y control.

Tras entrevistar y solicitar su autorización a la persona en riesgo, y especialmente tras una tentativa suicida, se contactará con alguna persona de su entorno cercano para confirmar y completar información, comprobar su capacidad de implicarse en las propuestas de tratamiento y tranquilizar y orientar.

A partir de la valoración del riesgo y de la calidad de los controles internos y externos sobre la conducta de la persona atendida, se deberá decidir si se ingresa en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental o si deberá seguir tratamiento ambulatorio bajo supervisión familiar.

5. Remisión a Salud mental

La OMS, en el proyecto SUPRE, clasifica la gravedad del riesgo de 0 a 6 y divide las tentativas en: a) **Tentativas suicidas leves:** si puntuación ≤ 4 ; b) **Tentativa suicida moderada:** si puntuación = 5; c) **Tentativa suicida grave:** su puntuación = 6. SUPRE recomienda el siguiente sistema de valoración, contemplando la remisión a Salud Mental (Unidad de Salud Mental Comunitaria) en el grado 5 y Hospitalización en el grado 6.

Tabla 7. Riesgo de suicidio: identificación, valoración y plan de acción

Riesgo de SUICIDIO	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro.	-	-
1	Alteración emocional leve.	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía.
2	Vagas ideas de muerte.	Indagar sobre pensamientos suicidas. Valorar el intento.	Escuchar con empatía.
3	Vagos pensamientos de suicidio.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar alternativas. Identificar apoyo.
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico ni otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar alternativas. Identificar apoyo.
5	Ideas suicidas, con trastorno psiquiátrico y/u otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método). Hacer un contrato. ^d	Remitir a Salud Mental.
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o graves acontecimientos estresantes o agitación e intento previo.	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios).	Remitir a Salud Mental: Hospitalización.

^d **Contrato:** Entrar en un contrato de “no suicidio” es una técnica útil en la prevención del suicidio. Otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar el contrato. La negociación puede promover hablar sobre temas importantes. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su médico/a. Sin embargo, el contrato sólo es apropiado cuando la persona tiene control sobre sus actos.

6. Modelo de informe clínico

Se recomienda que el informe clínico contemple los siguientes apartados:

- Motivo de la demanda y valoración clínica
- Descripción breve de la tentación de suicidio si hubiese
- Estado psiquiátrico
- Situación sociofamiliar
- Acontecimientos vitales estresantes recientes
- Conclusiones: diagnóstico de urgencia (al menos sindrómico) y en caso de tentativa de suicidio reciente, diagnóstico del gesto autolesivo, y la orientación propuesta (tratamiento farmacológico propuesto, grado de colaboración y compromiso del paciente, información impartida a familia y allegados, remisión a otros dispositivos y carácter de la misma).

7. Consejos ante pensamientos suicidas

Los siguientes consejos para personas en riesgo y su familiar o persona allegada van dirigidos al momento en que surgen, se manifiestan o se intuyen pensamientos suicidas.

Consejos para el/la paciente (Ver anexo 1 para información más detallada)

- Identificar la/s persona/s de confianza para comunicar los pensamientos: plasmar los nombres en un listado para tenerlo a mano y llegar a acuerdos con ellos para poder llamarles en caso de que intente autolesionarse.
- Mantener hábitos de vida saludables, distanciarse de cualquier medio con el que pueda hacerse daño, y evite el consumo de alcohol u otras drogas.
- Elaborar un listado de servicios de 24 horas que atiende estas situaciones. En caso de autolesionarse o sentir peligro inminente de hacerlo, acudir al servicio de urgencias de hospital o del centro de salud más próximo o llame al 112.

Consejos para el familiar o persona allegada (Ver anexo 2 para información más detallada)

- No prometer confidencialidad, buscar ayuda entre familiares y allegados y contactar con profesionales.
- No dejar sola a la persona, pero evitando situaciones de excesivo control, y retirar o controlar todos los elementos que puedan suponer un riesgo.

8. Recomendaciones ante un suicidio consumado

El término «supervivientes» se refiere a las personas del entorno cercano a la persona que se ha suicidado. La situación en que quedan las personas supervivientes tras la muerte por suicidio suele ser muy dolorosa y traumática. Las intervenciones psicológicas se deben centrar en la contención emocional, la búsqueda de sistemas de apoyo y la elaboración de la pérdida.

Junto a intervenciones psicológicas, se debe tener presente la importancia de intervenciones no clínicas, especialmente los grupos de autoayuda, en función de las necesidades de los o las supervivientes. Sólo en el caso de que las personas supervivientes no sean capaces de elaborar el duelo de forma natural, se recomienda la derivación a los servicios especializados de salud mental que puedan aplicar las intervenciones adecuadas.

9. Referencias bibliográficas

1. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010. En red: <http://goo.gl/SqgJvJ>
2. Servicio Andaluz de Salud. Guía sobre prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010. En red: <http://goo.gl/cZgJqr>
3. Dumon E, Portzky G. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio del proyecto europeo EUREGENAS 2012-2014. Universidad de Gante, 2013 En red: <http://goo.gl/pBI3fl>
4. Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L., García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granada MJ, Tizón García J. (Grupo de Salud Mental del PAPPS). Programa de prevención en salud mental en atención primaria. Aten Primaria. 2007; 39 (Supl 3): 88-108.
5. Moreno Küstner, B y cols. Suicidality in primary care patients who present with sadness and anhedonia: a prospective European study. BMC Psychiatry, 2016, 16: 94.

Anexo 1. Consejos para la persona con pensamientos suicidas

No está sólo/a. Busque un amigo o amiga, un familiar, o terapeuta y trasládele sus inquietudes. No mantenga en secreto sus pensamientos sobre el suicidio.

Los pensamientos suicidas normalmente están asociados con problemas que pueden resolverse. Si no se le ocurre ninguna solución, no significa que no haya soluciones sino que ahora no es capaz de verlas. Los tratamientos psicoterapéuticos ayudarán a encontrar y valorar las opciones adecuadas.

Las ideas de suicidio suelen ser pasajeras. Aunque ahora sienta que su abatimiento no va a terminar, es importante reconocer que las crisis no son permanentes.

Los problemas rara vez son tan graves como parecen a primera vista. Las cosas que ahora parecen insuperables (problemas financieros, pérdida de un ser querido, etc.) con el tiempo, serán seguramente menos graves y más controlables.

Las razones para vivir ayudan a superar momentos difíciles. Piense en las cosas que le han sostenido en los momentos difíciles: familia, aficiones, proyectos para el futuro.

Las siguientes **orientaciones** pueden ayudar a combatir los pensamientos de suicidio:

- Recuerde que no es beneficioso actuar de forma impulsiva, con el tiempo el pensamiento del suicidio desaparecerá.
- Lo más importante es abrirse a los demás y comunicar sus pensamientos a alguien en quien confíe, o a algún/a profesional de la salud.
- Mantenga a mano una lista de personas con las que pueda hablar cuando tenga pensamientos suicidas.
- Elabore un listado de servicios 24 horas que atienda estas situaciones.
- Llegue a acuerdos con personas cercanas para llamarles en caso de que intente autolesionarse.
- Dele a su terapeuta los datos de un/a amigo/a, familiar u otra persona que le pueda ayudar.
- Distánciese de cualquier medio con el que pueda hacerse daño.
- Evite el consumo de alcohol u otras drogas.
- Evite hacer cosas que no le salen bien o encuentra difíciles hasta que se encuentre mejor.
- Planifique actividades diarias, escribálas y póngalas en un lugar visible.
- Incluya al menos dos actividades diarias, de más de media hora cada una, que le gusten.
- Procure hablar y relacionarse con otras personas.
- Si sigue un tratamiento por enfermedad mental ha de hablar con su médico/a.
- Cuide su salud física, vigile su alimentación y realice alguna actividad deportiva sencilla.
- Intente mantenerse activo/a y ocupado/a. Participe en actividades culturales, deportivas, de ocio.
- En caso de autolesionarse o sentir un peligro inminente de hacerlo, diríjase al servicio de Urgencias del Hospital o del Centro de Salud más próximo o llama al 112.

Anexo 2.

Consejos para la persona allegada o familiar de la persona en riesgo

Éstas son algunas de las formas de ayudar a una persona que expresa su intención de cometer un suicidio:

- Valore la situación seriamente.
- Sea directo/a. Hable clara y abiertamente sobre el suicidio.
- Exprésele su preocupación.
- Muéstrese dispuesto/a a escuchar. Deje que la persona hable de sus sentimientos.
- Acepte sus sentimientos. No los juzgue. No cuestione si el suicidio es o no correcto. No de sermones sobre el valor de la vida.
- Acérquese y muestre que está disponible. Demuestre interés y ofrezca su apoyo.
- No desafíe a la persona a que lo haga.
- Tranquilice a la persona.
- No se muestre espantado/a. Eso no hará sino poner distancia entre los dos.
- No prometa confidencialidad. Busque ayuda entre sus familiares y personas allegadas.
- Explique que hay alternativas disponibles pero no dé consejos fáciles.
- Adopte medidas prácticas: retire o controle todos los elementos que puedan suponer un riesgo.
- Si es posible, no deje sola a la persona. Evite, sin embargo, situaciones de excesivo control.
- Busque ayuda profesional e informe de si existe algún antecedente familiar de suicidio.
- Involucre a otras personas significativas que puedan contribuir a superar esta situación.