

# PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

CÓDIGO RIESGO SUICIDA

**EN LA ELABORACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO, HAN PARTICIPADO PROFESIONALES DE LA RED DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, A TRAVÉS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DISEÑADOS, PARA APORTAR UNA VISIÓN MULTIPROFESIONAL: FACULTATIVOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA; ENFERMERÍA DE SM, TRABAJO SOCIAL, T. OCUPACIONAL, PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN Y EQUIPO DIRECTIVO DE LA DGSM.**

**Promueve y edita:**

**Región de Murcia  
Servicio Murciano de Salud  
Dirección general de Salud Mental**

**Primera edición. Agosto 2025**

# Índice

<b>01</b>	<b>Introducción</b>	<b>P. 05</b>
<b>02</b>	<b>Justificación</b>	<b>P. 07</b>
<b>03</b>	<b>Misión</b>	<b>P. 08</b>
<b>04</b>	<b>Visión</b>	<b>P. 08</b>
<b>05</b>	<b>Objetivos</b>	<b>P. 08</b>
<b>06</b>	<b>Organización</b>	<b>P. 09</b>
	Detección del riesgo de suicidio y derivación	<b>P. 09</b>
	• Urgencias hospitalarias	<b>P. 10</b>
	• Unidad de hospitalización psiquiátrica breve	<b>P. 10</b>
	• Centro de salud mental	<b>P. 10</b>
	1. Actuación inicial tras alta de urgencias/hospitalización	<b>P. 10</b>
	2. Actuaciones previas a la cita presencial en el CSM	<b>P. 11</b>
	3. Evaluación y actuación en el CSM	<b>P. 11</b>
<b>07</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>P. 15</b>
<b>08</b>	<b>Anexos</b>	<b>P. 19</b>
	Anexo 1: Flujograma procedimiento prevención suicidio en ámbito de urgencias y hospitalización	<b>P. 19</b>
	Anexo 2: Flujograma procedimiento intervención suicidio en salud mental (Urgencias/Hospitalización-CSM)	<b>P. 20</b>
	Anexo 3: Tarjeta corta fuegos	<b>P. 21</b>
	Anexo 4: Safety Plan Intervention (SPI)	<b>P. 22</b>

# 01

## INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas de salud pública más relevante a nivel mundial es el suicidio. Centrándonos en nuestro país, aun con un descenso durante el año 2023, se observa una tendencia creciente de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas desde 2018, con un aumento de la tasa por cada 100.000 habitantes de 7,57 para ese año hasta 8,2 en el 2023<sup>1</sup>. Como puede verse, dentro de esta tendencia al crecimiento, tras la pandemia hubo un claro aumento de la mortalidad por suicidio, con un incremento del 6,8% entre las tasas de 2019 y 2020. Durante el año 2023, el suicidio fue la segunda causa de muerte externa, con 3.952 fallecimientos, un 6,5% menos que en 2022, aunque siguió siendo la causa de muerte externa más frecuente entre los hombres (2.952 fallecidos), tres de cada cuatro fallecidos por suicidio<sup>2</sup>.

En particular, entre los menores de 20 años, hubo una reducción desde 84 a 73 fallecimientos (-13,1%) entre los años 2022 a 2023<sup>2</sup>.

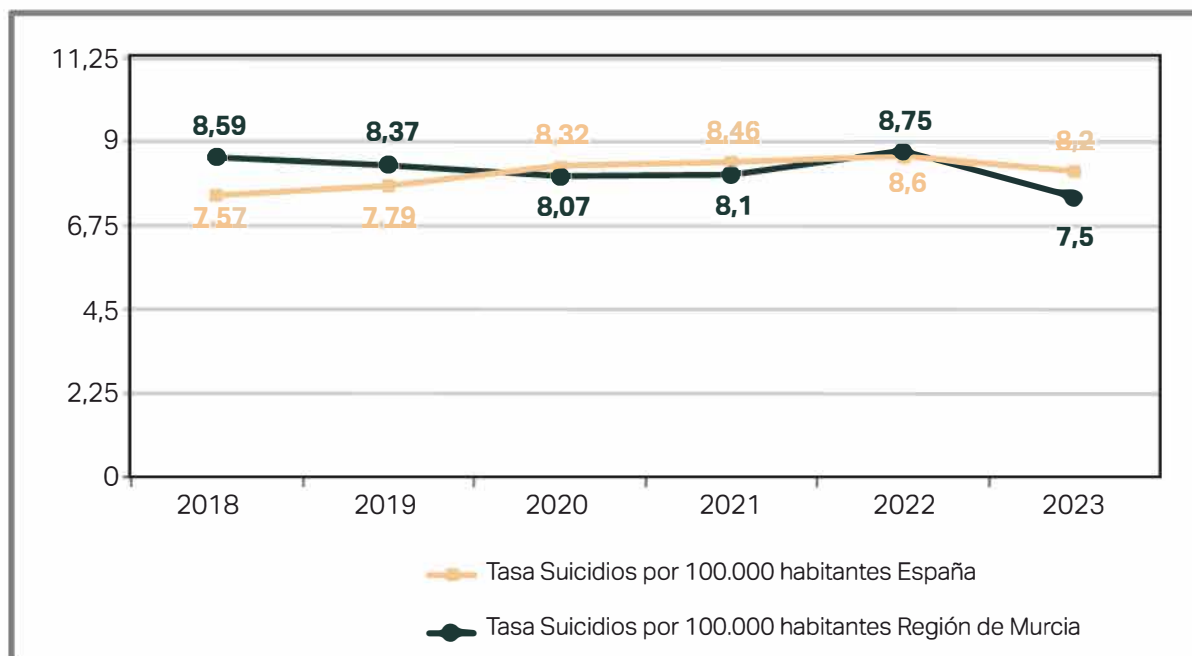


Gráfico 1: Tasas por 100.000 habitantes de fallecimientos por suicidio y lesiones autoinfligidas, años 2018-2022.



## PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

Según los datos provisionales del INE para el año 2023, en la Región de Murcia fallecieron 117 personas por suicidio (15,4% suicidios menos que en 2022, debido sobre todo a la disminución de estas muertes entre la población masculina) lo que representa una tasa de 7,5 por 100.000 habitantes. Esta tasa ha tendido a mantenerse estable con fluctuaciones, la mayor de las cuales, con un 8% de incremento, había tenido lugar entre 2021 y 2022. También se ha apreciado en estos últimos años un descenso de los suicidios entre los menores de 20 años, pasando de una tasa por 100.000 habitantes para ese grupo de edad de 3,9 en 2021 a 0,8 en 2023<sup>1</sup>.

Aunque son datos esperanzadores, debemos esperar a ver si esta tendencia se sostiene en el tiempo, mientras seguimos trabajando en la prevención del suicidio en coordinación con el resto de los organismos implicados.

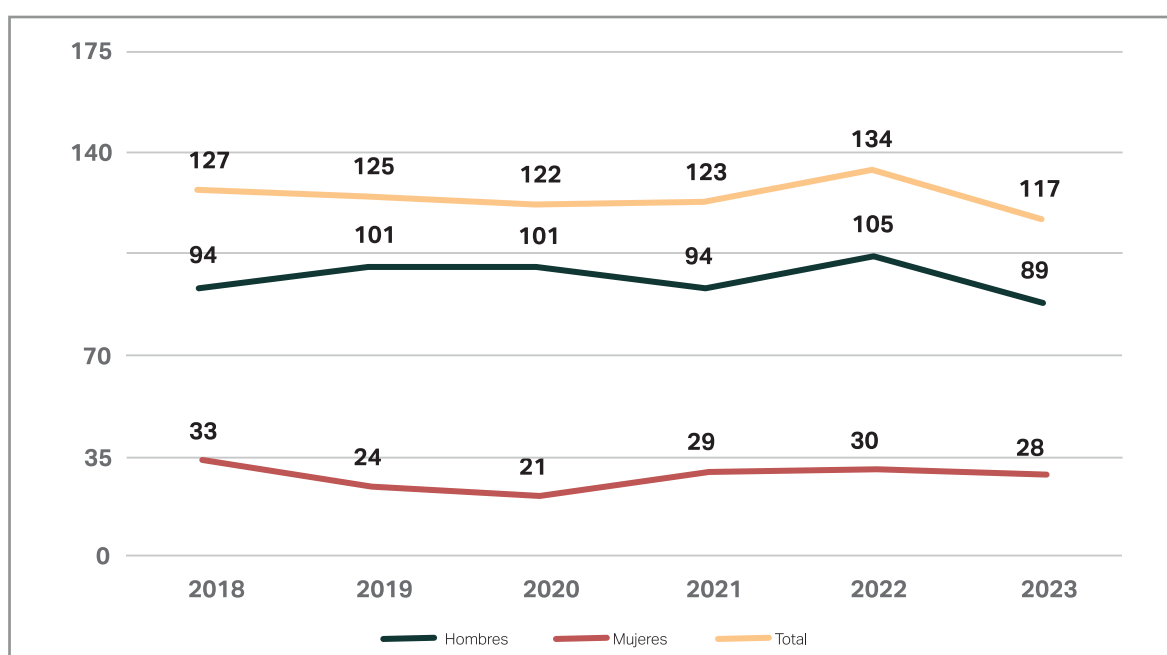


Gráfico 2: Evolución del Nº de Suicidios por sexo y año en la Región de Murcia 2018-2022<sup>3</sup>.

Según cálculos de la OMS, por cada suicidio consumado existirían unos 20 intentos<sup>4</sup>. En la Región de Murcia, entre los años 2018 y 2022, el número de atenciones hospitalarias urgentes por ideas y comportamientos suicidas se incrementó en un 25%. El total estimado de episodios urgentes por suicidio, atendidos en hospitales de la Comunidad durante el año 2022, fue de 2.887, los cuales correspondían a 1.723 personas distintas (112,5 personas por cada 100.000 habitantes). De estas, el 60,9%, más de la mitad, eran mujeres, aunque sólo el 46,5% de los casos que precisaron ingreso y el 38% de los atendidos en UCI fueron de sexo femenino<sup>5</sup>.

Entre 2020 y 2022, el grupo de edad en el que se ha producido un mayor incremento en la tasa anual de personas por 10.000 habitantes que fueron atendidas de urgencia por comportamientos suicidas fue el de los 14 a 19 años, con un incremento del 59,7%. Para este grupo de edad, y durante el mismo periodo de tiempo, también se ha incrementado en un 211,8% la tasa de ingresos hospitalarios por intento de suicidio<sup>6</sup>.

La conducta suicida se ha convertido en un importante problema de salud pública en los adolescentes y adultos jóvenes (15-29 años)<sup>6,7,8</sup>. En esta franja de edad el suicidio constituye la segunda causa de muerte en España, después de los tumores<sup>9,10</sup>.

Algunos datos sugieren que en Europa la prevalencia-vida estimada de autolesión en adolescentes es de 27.6%<sup>11</sup>; habiendo subrayado la Organización Mundial de la Salud que la adolescencia es una etapa del desarrollo clave para la prevención e intervención<sup>12</sup>.

## 02 JUSTIFICACIÓN

Las expectativas sobre los comportamientos suicidas no son nada prometedoras y se espera que la tendencia creciente se mantenga. Se deben incorporar medidas de calado para ir doblgando la curva de crecimiento que está experimentando la mortalidad por suicidio en España, principalmente teniendo en cuenta que el suicidio es una causa de muerte evitable. Actualmente, el Sistema Sanitario se contempla como un medio clave para la atención de pacientes con riesgo de suicidio en todas las fases asistenciales<sup>13</sup>.

El Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 de la Estrategia Salud Mental del SNS<sup>14</sup>, en su línea 4, de Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, propone el desarrollo del código de riesgo de suicidio en las CCAA.

En la misma dirección, la Estrategia de Mejora de la Salud Mental 2023-2026 de la Región de Murcia<sup>15</sup>, en su Línea Estratégica 1.3 sobre Prevención de Suicidio, incluye como acción específica la "elaboración y aplicación de un Código Riesgo Suicida en la Red sanitaria de la Región de Murcia que permita protocolizar las tareas asistenciales y preventivas de la conducta suicida y garantizar la continuidad asistencial en pacientes con riesgo de suicidio".

Las personas que mueren por suicidio consultan frecuentemente los servicios médicos durante el primer año antes del fallecimiento. Algunos estudios estiman que alrededor del 53% de las personas fallecidas por dicha causa tuvieron algún tipo de contacto con atención médica un mes antes del fallecimiento<sup>16</sup>.

Las evidencias sugieren que el 33% de las personas fallecidas tuvieron contacto previo con los servicios de salud mental el año anterior a la muerte y el 20% durante el mes anterior al suicidio. De igual modo, hay reportes de mortalidad excesiva por suicidio después de una hospitalización psiquiátrica; durante el mes anterior al suicidio, el 24,40% fueron hospitalizados/as al menos en una ocasión<sup>17</sup>.

Hasta la fecha, una historia de intentos de suicidio previos es uno de los factores de riesgo más importantes conocidos para un posterior suicidio consumado. Dentro de este grupo, se estima que entre el 35-50% repetirán este intento de suicidio, con un riesgo que se mantiene más alto durante el 1er año tras la tentativa y en especial en las 1as semanas<sup>18,19,20,21,22,23,24,25,26</sup>.

Un porcentaje significativo de pacientes que realizan una tentativa y que son valorados/as en urgencias, no acuden a las visitas de seguimiento o las abandonan de forma precoz<sup>27</sup>.

Los contactos breves (teléfono, escritos, etc.) en pacientes con historia reciente de tentativa han demostrado eficacia para reducir el riesgo de reintento y de suicidio<sup>28,29</sup>, al menos durante el primer año tras la tentativa<sup>30</sup>.

Aunque el origen de la conducta suicida es multicausal, esta es a su vez una causa de muerte evitable y la respuesta actual de los servicios de salud mental es variada. El presente documento tiene como objetivo principal normalizar actuaciones para ofrecer una atención equitativa y de calidad en las 9 áreas sanitarias de la Región de Murcia a las personas con intentos de suicidio en la Red asistencial de Salud mental.

## 03 MISIÓN

Organizar las actuaciones en la Red asistencial de Salud Mental de la Región de Murcia para conseguir la continuidad asistencial de la atención hospitalaria en urgencias y el seguimiento continuado proactivo desde los Centros de Salud Mental (en adelante CSM) de las personas con intento reciente de suicidio, con la intención de disminuir la repetición de intentos y el número de suicidios consumados.

## 04 VISIÓN

Aumentar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida y reducir la mortalidad por suicidio en la Región de Murcia.

## 05 OBJETIVOS

Dar una respuesta coordinada, rápida y eficaz a las personas con intentos de suicidio identificados en la Red de Salud Mental de la Región de Murcia, asegurando el seguimiento continuado de las mismas mientras se mantenga alto el riesgo.

Para ello, se pretende:

- a. Mejorar la detección e identificación desde la Red de Salud Mental (estructuras ambulatorias y hospitalarias) de las personas con intentos de suicidio.
- b. Establecer un adecuado tratamiento y seguimiento de las personas que hayan realizado alguna tentativa suicida y estén en situación de riesgo de repetirla.
- c. Asegurar la adecuada continuidad asistencial entre los distintos centros y niveles asistenciales implicados.

## 06 ORGANIZACIÓN

### DETECCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO Y DERIVACIÓN

La valoración de las ideas de muerte y de la conducta suicida en una persona debe ser una tarea prioritaria del personal sanitario de salud mental, ya que supone la oportunidad de prevención de un caso de suicidio consumado.

Consideramos que el instrumento principal para la detección y valoración del riesgo de suicidio consiste en el desarrollo de una adecuada entrevista clínica con el/la paciente.

El Código Riesgo Suicidio (en adelante CRS) consiste en un procedimiento de organización asistencial diseñado para proporcionar una respuesta coordinada, rápida y eficiente a las personas con intento de suicidio que son atendidas en la Red asistencial de Salud Mental.

Una vez valorada la persona por un/a facultativo/a especialista (especialista en psiquiatría y/o psicología clínica), el/la clínico/a, si lo considera necesario puede iniciar el procedimiento CRS, informando de ello a la persona, y contando con su consentimiento verbal, o puede ofrecer otras alternativas de ayuda y seguimiento si no considera necesaria la inclusión del/la paciente en dicho circuito.

La Coordinación Asistencial que el CRS implica, consiste en la atención y seguimiento de la persona en riesgo para una detección precoz, una atención inmediata y un seguimiento proactivo concreto durante el tiempo que se estime necesario.

El procedimiento se fundamenta en la entrevista clínica, con una evaluación integral del/la paciente y sus circunstancias, a través de la cual, el/la clínico/a decide el nivel de intensidad de la intervención que precisa cada caso individualizado.

Durante el seguimiento proactivo y como instrumentos de ayuda, los/las profesionales pueden utilizar escalas estandarizadas que aporten una aproximación cuantitativa del posible riesgo de consumación de suicidio que presenta la persona en ese momento y ayuden para la toma de decisiones e intervenciones asistenciales a desarrollar. (Ejemplos de estas escalas son la subescala de riesgo suicida de la entrevista MINI y la escala SAD PERSONS; etc.).

En los procesos de toma de decisiones asistenciales, es importante considerar que el riesgo de suicidio en cada persona no consiste en una situación unívoca, estable y fija en el tiempo; pudiendo fluctuar y cambiar por múltiples circunstancias personales, sociales, laborales, de salud, etc. por lo que es necesario considerarlo como un proceso dinámico y cambiante, multifactorial y necesariamente revisable, con la suficiente flexibilidad para adoptar las medidas oportunas en cada momento.

**PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL  
EN LA ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL**

A continuación, se describen las actuaciones diseñadas para mejorar la continuidad asistencial:

➤ **URGENCIAS HOSPITALARIAS. (Anexo 1. flujograma):**

Cualquier persona que acuda a urgencias por un intento autolítico (a punto de pasar al acto o que ya ha realizado una tentativa) debería ser valorada por un/a especialista en psiquiatría. Tras la evaluación del/la paciente en el Servicio de Urgencias Hospitalario por el/la psiquiatra que corresponda, este/a valorará el intento de suicidio decidiendo entre las posibles actuaciones a seguir:

1. Ingreso en Unidad de Hospitalización Breve (UHB).
2. Alta desde Servicio de Urgencias con indicación de primera cita preferente en CSM.
3. Alta desde Urgencias sin cita preferente en CSM, con informe de alta y las indicaciones pertinentes para su Médico/a de Atención Primaria y/o Equipo de Salud Mental según criterio facultativo.

➤ **UNIDAD DE HOSPITALIZACION PSIQUIÁTRICA BREVE:**

En caso de que el/la paciente ingrese o que exista un comportamiento suicida en pacientes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve:

1. Existe un procedimiento específico de atención a la conducta suicida en hospitalización (Procedimiento para la prevención del riesgo de suicidio en unidades de hospitalización psiquiátrica. Región de Murcia (UHP-2020).
2. Con el alta hospitalaria se le facilitará una interconsulta preferente al CSM correspondiente con tres citas: Cita telefónica de enfermería en 2-5 días y Cita presencial con facultativo y enfermería en un máximo de 7 días. (Anexo2. Flujograma)

➤ **CENTRO DE SALUD MENTAL. (Anexo2. Flujograma):**

Aplicación del "PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LOS PACIENTES DERIVADOS CON CITA PREFERENTE POR INTENTO DE SUICIDIO", con las actuaciones que a continuación se detallan:

**1. ACTUACIÓN INICIAL TRAS ALTA DE URGENCIAS / HOSPITALIZACIÓN:**

El personal administrativo facilitará tres citaciones a estos pacientes:

- Cita telefónica de enfermería en 2-5 días aproximadamente.
- Cita presencial de facultativo preferentemente en un plazo de 7 días.
- Cita presencial de enfermería, si es posible, coincidente con el mismo día que se ha citado con facultativo.
- Si el paciente no es localizable, se consultará con el facultativo responsable, que valorará la necesidad de la coordinación con el Centro de Atención Primaria de referencia del/la paciente.

## **2. ACTUACIONES PREVIAS A LA CITA PRESENCIAL EN EL CSM:**

### **2.1. Cita telefónica de enfermería en 2-5 días:**

Enfermería especialista en salud mental de CSM intentará contactar telefónicamente con el/la paciente para recordar la cita y realizar una aproximación inicial, consultando con el facultativo si lo considera necesario.

### **2.2. En Caso de Ausencia a la Cita Telefónica:**

Si el/la paciente no responde a la cita telefónica, se valorará con el/la facultativo/a la posibilidad de que el personal administrativo intente contactar telefónicamente con él/ella, para recordar/confirmar la asistencia a las citas presenciales, y valorar la necesidad o no de coordinación con el Centro de Atención Primaria de referencia del/la paciente.

### **2.3. En Caso de Ausencia a la Cita Presencial:**

Se intentará por parte de enfermería del CSM contactar con el/la paciente telefónicamente, realizando al menos 3 intentos. En dicha llamada se indagará sobre los motivos de la ausencia y las opiniones/deseos del/la paciente respecto a disponer de una nueva cita. Se valorará con el/la facultativo/a la necesidad o no de otras actuaciones.

## **3. EVALUACIÓN Y ACTUACIÓN EN EL CSM:**

### **3.1. Atención por facultativos:**

- Un/a Facultativo/a (especialista en psiquiatría y/o psicología clínica) del CSM atenderá a los/as pacientes y decidirá sobre la necesidad e intensidad de intervención en base al riesgo estimado según valoración clínica.
- Asignación de un/a facultativo/a responsable para el seguimiento del/la paciente.
- Diseño del plan de actuación y frecuencia de contactos para un seguimiento adecuado.
- El/la facultativo/a responsable determinará, según la evolución de cada paciente, la intensidad de las intervenciones que precisa para su posterior seguimiento, registrando en la HCE todos los detalles de la evolución clínica y medidas de seguimiento establecidas hasta su posible alta.
- Atención por el equipo multidisciplinar del CSM con la frecuencia que se estime necesaria en función de la evolución clínica del/la paciente. Se adoptarán las estrategias asistenciales que desde el criterio clínico se consideren adecuadas en cada caso.

### **3.2. Atención por enfermería del CSM:**

El procedimiento se inicia con el consentimiento del paciente atendido por intento de suicidio tras el alta de hospitalización o urgencias. El Objetivo General consiste en:

“Desarrollar y mantener un plan de cuidados de enfermería, centrado en la prevención de reintentos suicidas”.

#### **3.2.1. Primera llamada telefónica:**

Se realizará la primera llamada telefónica a los **2-5 días** por parte de la EESM referente para identificar las preocupaciones del paciente, escuchar y proporcionar apoyo, información y recomendaciones por teléfono.

## PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

A través de la llamada telefónica, la información se puede reforzar y así aumentar la adherencia terapéutica, el cumplimiento, y asegurar el bienestar físico y emocional de la persona con intento de suicidio.

En esta primera intervención se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Fomentar el vínculo terapéutico.
- Inicio del Plan de seguridad ofreciendo, al menos, la siguiente información:
  - o Teléfonos de contacto 24 horas.
  - o Identificación de persona de referencia.
- Recordar cita próxima en CSM.
- En caso de necesidad, se consultará con el facultativo responsable del CSM, que valorará la necesidad de otras actuaciones complementarias.

**A modo de ejemplo y como orientación genérica, la llamada puede tener un guion similar a este:**

- **Presentación personal:** "Hola, soy [Tu Nombre], soy tu enfermera del Centro de Salud Mental, ¿Es [Nombre del Paciente]?"
- **Verificación de la disponibilidad:** "¿Es un buen momento para hablar?"
- **Explicación breve y clara del motivo de la llamada:** "La razón de mi llamada es para ver cómo te encuentras y ofrecerte el apoyo que necesites..."
- **Recordar la fecha de la siguiente cita presencial.**
- **Importante:** Tener en cuenta durante el contacto que las instrucciones deben ser claras, mostrar empatía, apoyo emocional y validación de sentimientos. Ofrecer en todo momento recursos de apoyo y mantener una escucha activa.
- **Agradecer el contacto y despedida:** "Gracias por hablar conmigo hoy, [Nombre]. Cuídate y hablamos pronto."

### 3.2.2 Cita presencial con enfermería en CSM:

#### A los 7 días post-alta.

En la medida de lo posible se recomienda que sea coincidente con el día de cita del facultativo en el CSM. Durante la misma, se recomienda:

- Identificar factores de protección:

#### 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.



### FACTORES DE PROTECCIÓN

- Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad.
- Creencias religiosas.
- Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta.
- Apoyo social de calidad y consistencia (los amigos constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida).

- **Entregar tarjeta "corta-fuegos" (Anexo 3)** (si no la tiene desde urgencias u hospitalización) hasta que se profundice en la elaboración del Plan de Seguridad.

¿QUÉ ME PUEDE AYUDAR?

EN SITUACIÓN DE CRISIS . . . . .

Salud Mental  
Región de Murcia

- ⚠ Detecta tus señales de **ALERTA**
- 👤 Identifica tus **APOYOS**
- 📞 Ten localizados los **teléfonos de contacto**
- 🌐 Para ampliar información escanea este **código QR**
- 📍 Dirígete a **Urgencias si sientes bloqueo**
- ✍ **Rellena** los datos al dorso de esta tarjeta
- 📁 **Guarda** esta tarjeta en un lugar accesible

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL

Identifica alguna de tus alertas

---

Identifica 1 persona de contacto

---

Apunta sus teléfonos de contacto

---

Teléfonos de urgencias

---

Anota tu próxima cita en tu Centro de Salud Metal:

Día: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Recuerda que recibirás una llamada de tu enfermera en los próximos días

- **Elaborar Plan de Seguridad (Anexo 4).**

El modelo de Safety Plan Intervention (SPI) es uno de los más respaldados por la evidencia científica para la prevención del suicidio en personas que ya han intentado suicidarse. El SPI fue desarrollado por Stanley y Brown (2008) y se ha demostrado eficaz en varios estudios clínicos.

El SPI consiste en seis pasos esenciales. Para elaborarlo, se precisa la colaboración del paciente con el fin de adaptarlo a sus necesidades, junto al personal sanitario y personas aliadas que contribuyan a la recuperación del proceso.

El SPI deberá revisarse regularmente para asegurar su relevancia y efectividad.

### 3.2.3 Citas sucesivas:

Este procedimiento está dimensionado para realizar un seguimiento de enfermería hasta completar si fuese necesario un número total de tres citas sucesivas, con los intervalos temporales aproximados que se detallan a continuación:

- Al mes de la visita presencial.
- A los dos meses.
- A los tres meses.



**PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL**  
**EN LA ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL**

En cada una de las citas, enfermería valorará la necesidad o no de programar las siguientes intervenciones, las cuales podrán ser telefónicas o presenciales en CSM.

Cada una de las intervenciones sucesivas debe incluir:

- Evaluación del estado emocional actual.
- Revisión y actualización del plan de seguridad.
- Identificación de nuevos factores de riesgo.
- Refuerzo de las estrategias de afrontamiento.
- Coordinación con otros profesionales del CSM si es necesario.

# 07

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup>Datos obtenidos a partir de los aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE).
- <sup>2</sup> INE. Defunciones según la Causa de Muerte- Año 2022. Datos provisionales. Nota de Prensa: Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023. Datos provisionales ([ine.es](https://ine.es)).
- <sup>3</sup>Gráfico elaborado por GSM con datos del INE.
- <sup>4</sup>Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Observatorio del Suicidio en España 2021. Observatorio del Suicidio en España 2021 - Prevención del suicidio ([fsme.es](https://fsme.es)).
- <sup>5</sup>Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de la Región de Murcia <https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=521517>
- <sup>6</sup>Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, et al. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas Esp Psiquiatr*. 2018;46(4):146-55.
- <sup>7</sup>Vega D, Torrubia R, Soto A, Ribas J, Soler J, Pascual JC, et al. Exploring the relationship between non suicidal self-injury and borderline personality traits in young adults. *Psychiatry Res*. 2017; 256:403-11. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.07.008.
- <sup>8</sup>Gandhi A, Luyckx K, Baetens I, Kiekens G, Sleuwaegen E, Berens A, et al. Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Compr Psychiatry*. 2018; 80:170-8. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.10.007.
- <sup>9</sup>Madrid: INE; [consultado 24 sep 2021] Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Defunciones por suicidios. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=49948#!tabs-grafico>
- <sup>10</sup>Gadea del Castillo S, Carballo Belloso JJ. Conducta suicida y suicidio. En: Lázaro García ML, Moreno Pardillo DM, Rubio Morell B, editores. *Manual de psiquiatría de la infancia y de la adolescencia*. Barcelona: Elsevier; 2021.
- <sup>11</sup>Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(4):337-48. DOI: 10.1111/jcpp.12166.
- <sup>12</sup>Allen N, Andrew G, Chibanda D, Cuijpers P, Chammay RE, Herrera A. Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar: resumen ejecutivo. Ginebra: OMS; 2021. [consultado 08 feb 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf?sequence=1>
- <sup>13</sup>Gabilondo A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020 [Suicide prevention, review of the WHO model and reflection on its development in Spain. SESPAS Report 2020]. *Gaceta sanitaria*, 34 Suppl 1, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>

- <sup>14</sup> PLAN\_ACCION\_SALUD\_MENTAL\_2022-2024.pdf ([sanidad.gob.es](http://sanidad.gob.es)).
- <sup>15</sup> 6228343c-e908-c3c8-59d8-14cc3c8ef267 ([murciasalud.es](http://murciasalud.es)).
- <sup>16</sup> Bondesson, E., Alpar, T., Petersson, I.F. et al. Health care utilization among individuals who die by suicide as compared to the general population: a population-based register study in Sweden. BMC Public Health 22, 1616 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14006-x>
- <sup>17</sup> Laanani M, Imbaud C, Tuppin P, Poulalhon C, Jollant F, Coste J, Rey G. Contacts with Health Services During the Year Prior to Suicide Death and Prevalent Conditions A Nationwide Study. J Affect Disord. 2020 Sep 1; 274:174-182. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.071. Epub 2020 May 23. PMID: 32469801. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32469801/>
- <sup>18</sup> A. Espandian, M. González, T. Reijas, G. Flórez, E. Ferrer, P. A. Saiz, A. Salgado-Barreira, A. González, J. Brenlla, L. Docasar, J. Bobes. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health. Vol. 13. Núm. 1, pp. 11-21 (Enero - Marzo 2020) <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-factores-predictores-riesgo-repeticion-intento-S1888989119300473>
- <sup>19</sup> G. Martínez-Alés, F. Mascayano, M.F. Bravo-Ortiz. Suicidio: contextos y personas. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.), (2018), <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.05.001>
- <sup>20</sup> C. Tejedor, A. Díaz, G. Faus, V. Pérez Solá, I. Solà Arnau. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. Actas Españolas Psiquiatr., 39 (2011), pp. 280-287.
- <sup>21</sup> C. Iglesias-García, P. Sáiz, P. Burón, F. Sánchez-Lasheras, L. Jiménez-Treviño, S. Fernández-Artamendi, et al. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.), 10 (2017), pp. 70-77.
- <sup>22</sup> K. Hawton, K. van Heeringen. Suicide. Lancet, 373 (2009), pp. 1372-1381 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X) | Medline
- <sup>23</sup> M.A. Oquendo, D. Currier, J.J. Mann. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? Acta Psychiatr Scand., 114 (2006), pp. 151-158 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x> | Medline
- <sup>24</sup> Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. Am J Psychiatry. 2016 Nov 1;173(11):1094-1100. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854. Epub 2016 Aug 13. PMID: 27523496; PMCID: PMC5510596. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27523496/>
- <sup>25</sup> Geulayov G, Casey D, Bale L, Brand F, Clements C, Farooq B, Kapur N, Ness J, Waters K, Tsiachristas A, Hawton K. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. Lancet Psychiatry 2019; 6: 1021-30. Published Online November 6, 2019 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30402-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30402-X)

- <sup>26</sup> Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*. 2021 Jul;178(7):611-624. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20060864. Epub 2021 Feb 18. PMID: 33596680; PMCID: PMC9092896. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33596680/>
- <sup>27</sup> Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med*. 1995 Sep;25(5):963-70. doi: 10.1017/s0033291700037454. PMID: 8588015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8588015/>
- <sup>28</sup> Gruat G, Cottencin O, Ducrocq F, Duhem S, Vaiva G. Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide [Patient satisfaction regarding further telephone contact following attempted suicide]. *Encephale*. 2010 Jun;36 Suppl 2:D7-D13. French. doi: 10.1016/j.encep.2009.10.009. Epub 2009 Dec 1. PMID: 20513463. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20513463/>
- <sup>29</sup> Inagaki M, Kawashima Y, Yonemoto N, Yamada M. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2019 Jan 25;19(1):44. doi: 10.1186/s12888-019-2017-7. PMID: 30683075; PMCID: PMC6347824. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30683075/>
- <sup>30</sup> Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, Ikeshita K, Eto N, Tachikawa H, Shiraishi Y, Yamada M. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1; 175:66-78. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.048. Epub 2014 Dec 30. PMID: 25594513. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25594513/>

OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

Estrategia de Prevención del suicidio en EUSKADI. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud. Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza. Depósito legal VI 250-2019. Primera edición abril 2019. [plan\\_preencion\\_suicidio\\_cast.pdf \(euskadi.eus\)](#).

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 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); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. Revisada en septiembre de 2020. Disponible en: [gpc\\_481\\_conducta\\_suicida\\_avalat\\_compl.pdf \(guiasalud.es\)](#).

Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2022. [https://doi.org/10.46995/pr\\_4\\_avalia-t\\_OPBE\\_AutolesionesAdolesc.pdf](https://doi.org/10.46995/pr_4_avalia-t_OPBE_AutolesionesAdolesc.pdf)

**PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL**  
**EN LA ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL**

John A, Eyles E, Webb RT, Okolie C, Schmidt L, Arensman E, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. F1000Res. 2020;9: 1097. DOI: 10.12688/f1000research.25522.2.

Leahy, D., Larkin, C., Leahy, D., McAuliffe, C., Corcoran, P., Williamson, E. y Arensman, E. (2020). The mental and physical health profile of people who died by suicide: findings from the Suicide Support and Information System. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 55(11), 1525-1533. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01911-y>

Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2018;115(3):23-30. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0023.

Protocolo de Detección y Manejo de Caso en Personas con Riesgo de Suicidio. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Fecha: marzo 2018. Edita: Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental -SESPA. Promueve: Consejería de Sanidad D.L.: AS-01050-2018. 2019\_Protocolo\_deteccion\_manejo\_caso\_suicidio.pdf ([carm.es](http://carm.es)).

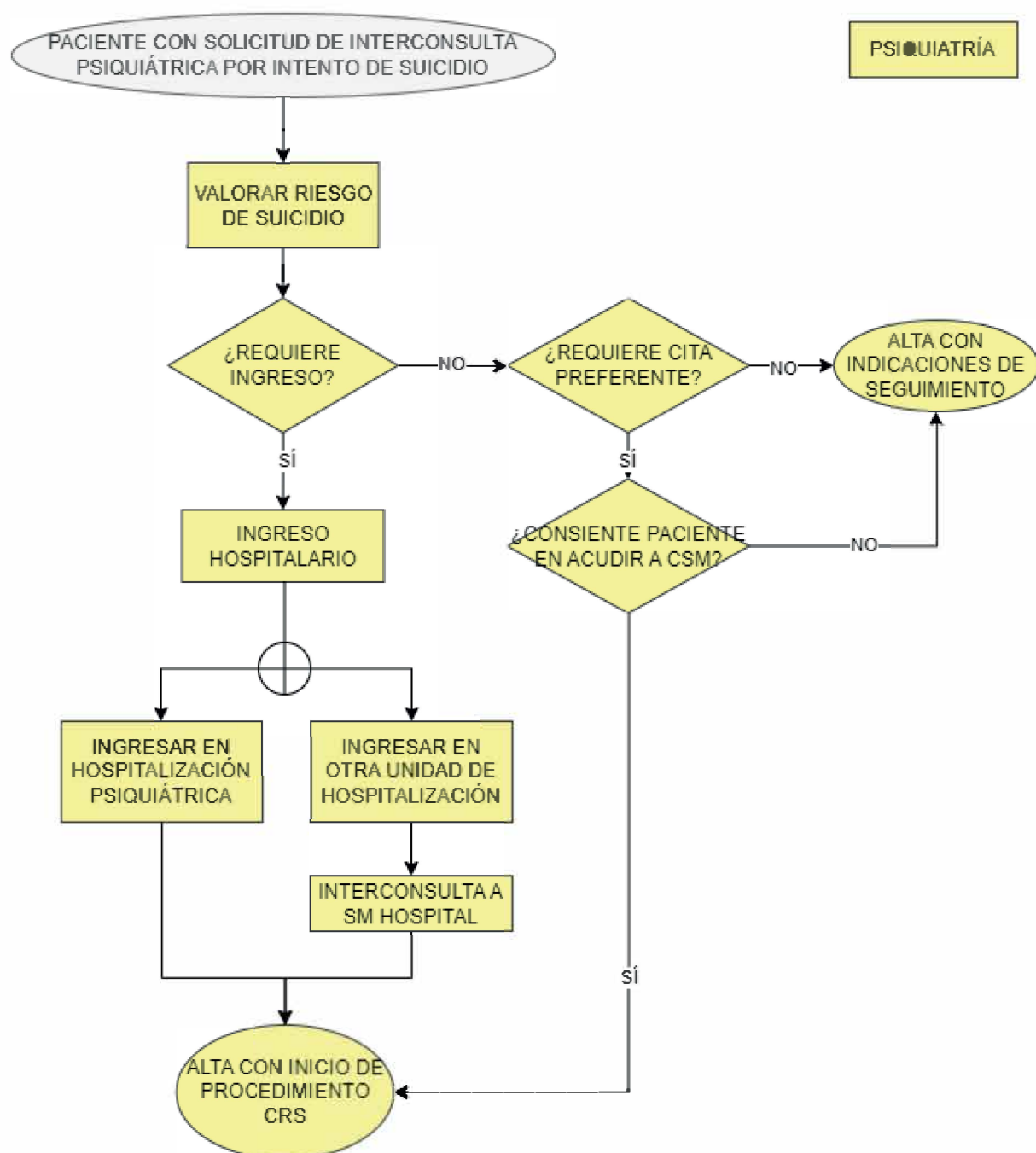
Sher, L. y Oquendo, M. A. (2023). Suicide: an overview for clinicians. Medical Clinics of North America, 107 (1), 119-130. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.03.008>

# 08

## ANEXOS

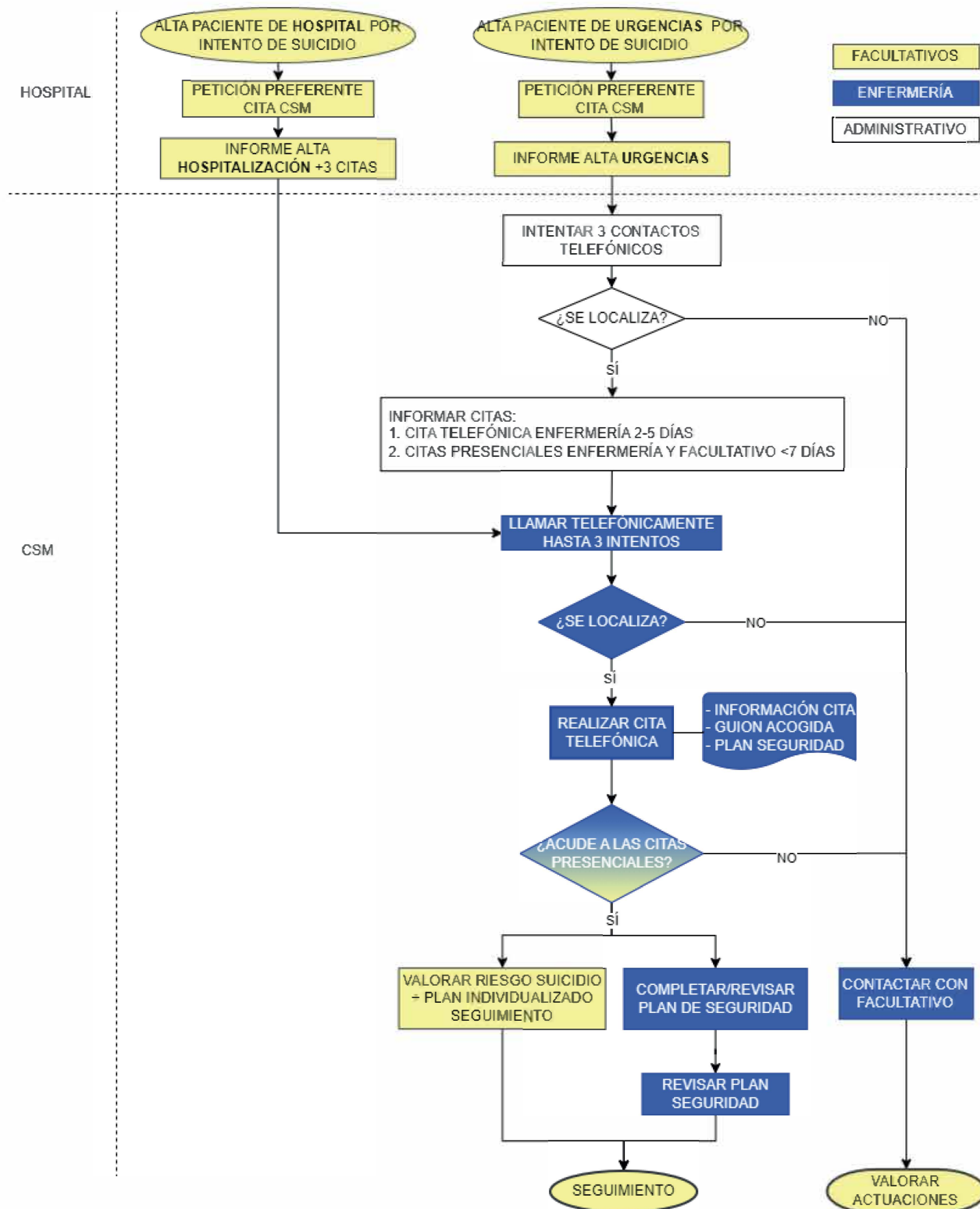
### ANEXO 1

#### FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO PREVENCIÓN SUICIDIO EN ÁMBITO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN



## ANEXO 2

### FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO PREVENCIÓN SUICIDIO EN SALUD MENTAL (URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN -CSM)





## ANEXO 3


### TARJETA CORTAFUEGOS


#### ¿ QUÉ ME PUEDE AYUDAR?


EN SITUACIÓN DE CRISIS


 Detecta tus señales de **ALERTA**


 Identifica tus **APOYOS**


 Ten localizados los **teléfonos de contacto**

 Para ampliar información escanea este **código QR**

 Dirígete a **Urgencias si sientes bloqueo**

 **Rellena** los datos al dorso de esta tarjeta

 **Guarda** esta tarjeta en un lugar accesible



DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL

Identifica alguna de tus alertas

Identifica 1 persona de contacto

Apunta sus teléfonos de contacto

Teléfonos de urgencias

Anota tu próxima cita en tu Centro de Salud Metal:

Día: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Recuerda que recibirás una llamada de tu enfermera en los próximos días



## ANEXO 4

### SAFETY PLAN INTERVENTION (SPI)

EL SPI CONSISTE EN SEIS PASOS ESENCIALES:

**PASO 1: Identificación de señales de advertencia.**

- Reconocer pensamientos, sentimientos, o comportamientos que indican un aumento en el riesgo de suicidio. El hacerse consciente de esas señales de advertencia le ayudará a saber que debe iniciar el Plan en acción.

**PASO 2: Uso de estrategias internas de afrontamiento.**

- Describir la lista de factores que le protegen, pensamientos y valores que le dan sentido a su vida y que pueden hacerle sentir mejor (podría ser una simple relajación, un paseo...).

**PASO 3. Uso de contactos sociales y entornos seguros:**

- Identificación de lugares y personas que pueden ofrecer una distracción y un ambiente seguro (por ejemplo, ir a un lugar público, hablar con un amigo).

**PASO 4. Contactar con familiares o amigos/as que puedan ayudar a resolver la crisis:**

- Listar personas específicas a quienes se puede contactar en momentos de crisis para obtener apoyo emocional y ayuda práctica.
- Identificar al menos 3 personas.
- Destacar la figura del "aliado". Es importante hacer referencia a aquella persona en quien el paciente pueda confiar y con quien pueda ser honesto, especialmente si vuelve a tener pensamientos suicidas. Algún familiar, algún miembro cercano puede servir para este importante propósito. De hecho, tener más de un aliado/a puede ser de gran ayuda, no solo para el paciente sino también para el equipo proveedor de cuidado. No se puede obviar la inclusión del aliado en la participación del programa, siempre y cuando se establezca de forma consensuada por todas las partes implicadas.

**PASO 5. Contactar a profesionales y agencias de ayuda:**

- Anotar sus teléfonos de contacto, para establecer comunicación, así como los contactos de los servicios de urgencias y otros recursos de apoyo.

**PASO 6. Asegurar el ambiente:**

- Estrategias para limitar el acceso a medios letales (por ejemplo, retirar armas de fuego, almacenar medicamentos de manera segura).

Para la implementación se debe realizar una evaluación completa del riesgo de suicidio y de las necesidades del paciente. Sería recomendable comenzar esta estrategia en esta primera cita presencial, ya que, junto al facultativo, se puede realizar una valoración del riesgo de forma conjunta. Además, se debe detectar las necesidades individuales que tiene el paciente.

La colaboración de forma conjunta junto al paciente es clave en el desarrollo del Plan. Se debe tener en cuenta su opinión y decisión en cada paso.

Se realiza un documento sencillo que contenga de forma general los puntos definidos anteriormente y se entregará una copia asegurándose que tenga acceso a él en todo el momento. También sería interesante proporcionar una copia al aliado, familiares cercanos o amigos, con el consentimiento del paciente.

**PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE  
CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA  
CONDUCTA SUICIDA EN LOS CENTROS  
DE SALUD MENTAL**

**CÓDIGO RIESGO SUICIDA**



**Salud Mental**  
Región de Murcia



Co-funded by the European Union's Health  
Programme under Grant Agreement  
No. 101035966 / IA-02-2020 [H4DEA]