



Plan Local de Prevención del Suicidio 2023-2027

Ayuntamiento de Tres Cantos

(1ª Fase: diagnóstico y líneas estratégicas)



**AYUNTAMIENTO
TRES CANTOS**

“Es responsabilidad de todos”

PRESENTACIÓN



Jesús Moreno
Alcalde de Tres Cantos.

Los datos sobre lo que se conoce ya como la pandemia silenciosa, el suicidio, son siempre terribles. Pero este drama no ha hecho sino aumentar en los últimos años. Una sola vida perdida sería suficiente para pensar en que es necesario hacer algo. Tener conocimiento de que en España fueron más de 4.000 en 2021, nos deja sin aliento a todos.

Por eso es vital tener un plan de prevención que ayude a reducir lo más posible esas cifras, como recomienda la Organización Mundial de la Salud a las administraciones públicas.

En el Ayuntamiento de Tres Cantos llevamos tiempo siendo conscientes de que todo esfuerzo es poco, pero necesario, para ayudar a quienes se enfrentan a un problema real de salud mental. Un problema que, además, se ha visto muy agravado en los tres últimos años como consecuencia de los efectos negativos de la pandemia. El aislamiento social y la incomprensión deben quedar atrás, con un abordaje multidisciplinar y novedoso, que ayude realmente a las personas que lo necesitan, incluso si no lo demandan, a través de las familias, los amigos y las personas que estando cerca, perciban que existe un peligro.

Las estrategias para combatir el suicidio deben estar diseñadas por quienes mejor conocen el problema: los psicólogos y psiquiatras. Y los demás tenemos que hacer lo que podamos para que se apliquen con éxito, porque una sola vida salvada merecería todo lo que invirtamos, esfuerzos y recursos, en conseguirlo.

Actuaciones exitosas como el programa *AcompañandoTC*, de apoyo a jóvenes con problemas emocionales y sus familias, nos han mostrado que ese es el buen camino.

Este Plan Local de Prevención del Suicidio nace para servir de cauce a todas esas estrategias de detección, prevención y actuación, que nos conduzcan a un futuro mejor en el que nadie falte por no haber recibido la ayuda que precisaba.

A todos nos compete de alguna forma arrimar el hombro para que así sea.

ÍNDICE

1	Introducción	6
2	Epidemiología	9
3	Aspectos generales de la conducta suicida	12
3.1.	Terminología sobre el suicidio.....	15
3.2.	Mitos sobre el suicidio.....	16
4	Marco estratégico y de atención	18
5	Abordaje actual de la conducta suicida en Tres Cantos	22
5.1.	Policía	22
5.2.	Concejalía de Familia e Igualdad.....	25
5.3.	Concejalía de Educación	26
5.4.	Concejalía de Juventud	26
5.5.	Concejalía de Salud.....	27
5.6.	Concejalía de Deportes	27
6	Bases y desarrollo del Plan	28
6.1.	Objetivos del Plan	28
6.2.	Lineas estratégicas de actuación	30
6.3.	Prevención universal y selectiva: Menores y entornos digitales.....	31
6.3.1.	Prevención del suicidio y autolesión en menores.....	31
6.3.2.	Peligros asociados a un uso inadecuado de las redes sociales ante el suicidio y la autolesión en entornos escolares.....	33
6.3.3.	Señales de alerta en entornos digitales ante el suicidio y la autolesión	34
6.4.1.	Tercera edad	38
6.4.	Prevención universal y selectiva: Mayores y otros colectivos vulnerables	38
6.4.2.	Migración.....	42
6.4.3.	Violencia de Género	44
6.4.4.	Adicción a sustancias.....	45
6.4.5.	Discapacidad.....	47
6.5.	Prevención selectiva e indicada: Emergencias e intervención en crisis suicidas.....	48
7	Directorio Municipal	54
8	Otros recursos de información y ayuda	56

1

INTRODUCCIÓN

El suicidio, definido como el acto deliberado que realiza una persona para provocarse la muerte, es una crisis que está afectando gravemente la salud en todo el mundo y se está convirtiendo cada vez más en una de las principales preocupaciones de la salud pública. Es importante señalar que el número de suicidios es mayor de lo que se informa; las cifras aportadas por el Instituto Nacional de Estadística, debido entre otras causas, al estigma, tabú y silencio de la sociedad ante la muerte autoinfligida, se oculta como causa de muerte.

En este sentido, **el suicidio se ha convertido en la principal causa de muerte entre la juventud españo-**

la, algo que nunca se había visto en la historia conocida. Es también, la **principal causa de muerte violenta en España**, seguida de los accidentes.

Aunque se han llevado a cabo acciones para prevenir el suicidio desde diferentes ejes de acción y programas de prevención, éstas se centran exclusivamente en **controlar los factores de riesgo**. En relación con ello, es igualmente importante **fomentar y aumentar los factores de protección** contra el comportamiento suicida. Para ello, es esencial fomentar y promover la necesidad de **formación, evaluación y detección temprana** tanto de los factores de riesgo, como de los fac-

tores protectores en el contexto en el que ocurren, y de un modo especial, en aquellos ámbitos donde la población infantil y adolescente desarrollan sus modos de relación, sus vínculos y apegos: el de las redes sociales, Internet y las Tecnologías de Información y Comunicación.

Pese a que la muerte es una realidad cotidiana, el suicidio rara vez es un tema de conversación o discusión en la vida diaria, excepto en entornos profesionales o de investigación. Salvo cuando es promovido por noticias sensacionalistas, o cuando es visible en redes sociales e internet de manera perjudicial, suele evitarse hablar del suicidio en conversaciones informales y debates. Esto puede deberse a la **estigmatización y el tabú que a menudo rodean el suicidio, y a la falta de conciencia general sobre la gravedad de este problema de salud pública**. El silencio contribuye a perpetuar el desconocimiento y las dificultades para solicitar ayuda que, junto a la negación, son formas de ocultarlo debido al miedo y la incomodidad que puede generar el tomar conciencia de que también sucede en familias “corrientes”, como a las nuestras, y mantener nuestro sesgo de invulnerabilidad pensando que <<eso les

pasa a otros>>. Es importante abordar el suicidio de manera abierta y sin prejuicios para poder prevenirlo, y brindar apoyo a las personas que pueden estar en riesgo.

A pesar de las diferentes iniciativas y reivindicaciones promovidas por el movimiento asociativo de los supervivientes, y diferentes propuestas políticas, a finales del pasado 2022 se volvió a desestimar la propuesta de la elaboración de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio.

No obstante, en 2022 se creó el esperado servicio de atención telefónica en crisis suicidas de tres cifras, el 024. Sin embargo, y a pesar de contar con datos cualitativos sobre el número de llamadas atendidas (más de 1.000 llamadas el primer día), no se ha hecho pública la información cualitativa que permita elaborar un perfil sociodemográfico de los usuarios, y por tanto, optimizar las medidas preventivas “aquí, y ahora”, en lugar del procedimiento habitual del Instituto Nacional de Estadística (INE), de publicar los datos con dos años de demora.

Frente a las habituales fuentes, que cuentan con mayor número de publicaciones de intervenciones de tipo sanitario con pacientes de

riesgo (prevención indicada), los recientes y prometedores avances en investigación apuntan que este enfoque resulta insuficiente para hacer frente al fenómeno, y apuntan a un **abordaje multidimensional del suicidio, que incorpore acciones sobre grupos vulnerables en la comunidad y toda la sociedad** (prevención selectiva y universal), y que serían más acordes con la naturaleza compleja y multifactorial del suicidio. (Gabilondo, A. en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>. Gac Sanit. 2020;34(S1):27–33

Parece obvio, pero resulta muy útil para ilustrar la necesidad de otro tipo de abordaje de la conducta suicida, hacer un paralelismo con otros problemas de salud pública como son las muertes anuales por accidentes de tráfico, por violencia doméstica o por consumo de drogas; ninguna de las anteriores causas de fallecimiento ha disminuido por la contratación de más médicos o psicólogos en nuestro país.

Aún con el aumento de la investigación y de los conocimientos sobre el suicidio y su prevención, sigue siendo un tema invisibilizado y rodeado de un estigma que dificulta que las personas que necesitan ayuda puedan buscarla; como consecuencia

enfrentan el problema en soledad, generándose un mayor riesgo de suicidio. **Es imprescindible trabajar por un cambio de perspectiva en que se afronte el problema del suicidio como lo que es, un problema que se puede prevenir** (OMS, 2014).



EPIDEMIOLOGÍA



2

En el mundo, según UNICEF, cada 11 minutos se suicida 1 niño. La OMS apunta que cada 2 segundos lo intenta 1 persona, y al menos cada 40 segundos se suicida 1 persona, es decir, más de 800.000 muertes por suicidio al año aproximadamente (aunque la propia OMS advertía en 2014 que sólo 60 estados miembros cuentan con datos de registro civil fiables y que el número real de casos se infradetectan).

En la actualidad, las últimas cifras publicadas por el INE ascienden a **4.003 muertes por suicidio en 2021 en España**. Son las más altas registradas en nuestro país desde que se computan este tipo de fallecimientos en 1906. En el año 2021, **2.982**

varones y 1.021 mujeres, fallecieron por suicidio.

Profundizando en el análisis, se produjeron **316 muertes por suicidio en personas de 15-30 años** (237 varones, y 79 mujeres). El número de suicidios **en menores de 15 años aumentó un 57%** con un total de 22 fallecimientos (duplicándose el número de chicos).

En ese mismo año, 2021, fallecieron por suicidio **999 mayores de 70 años** en nuestro país.

Según datos de la misma fuente (INE), **durante el primer semestre de 2022 fallecieron 2.015 personas por suicidio**, un 5,1% más

que en el mismo periodo del año anterior.

Entre los 15-30 años en ese primer semestre de 2022, fallecieron por suicidio 150 personas, lo que supone un incremento en esta franja etaria del 17%.

Además de las más de 4.000 muertes por suicidio al año (algunas fuentes coinciden en que este tipo de muertes se infradetectan, ya que, por ejemplo, la Guardia Civil afirma que un 5% de los fallecimientos en accidentes de tráfico fueron suicidios), se registran al menos unos **70.000 intentos de suicidio**.

cada suicidio hay al menos 10-20 supervivientes. (Miguel Guerrero Díaz).

En la Comunidad de Madrid, murieron 348 personas por suicidio en 2021, con una tasa por 100.000 habitantes del 5,2 por debajo de la tasa nacional media de 8,45.

En relación con el mecanismo empleado para realizar la tentativa de suicidio, se observa que la ingesta de sustancias líquidas o sólidas (medicamentos y otras sustancias), es el método principalmente utilizado durante los últimos años, con valores siempre por encima del 70% sobre el total.

SUICIDIO EN ESPAÑA (DATOS 2021)	
CADA 24 HORAS	• Se suicidan 11 personas • Alrededor de 100-200 personas lo intentan
CADA 2 Horas y 15 Minutos	Se suicida una persona en nuestro país.
CADA 7,5 Minutos	Se produce una Urgencia Médica por intento de suicidio

Más de 20.000 personas que han intentado suicidarse tendrán secuelas físicas o psíquicas graves. Además de esto, **el suicidio deja a 70.000-80.000 personas devastadas por el dolor. Son los supervivientes**, personas que han perdido a un ser querido por suicidio. Se estima que por

El segundo mecanismo es la utilización de objetos cortantes y punzantes (entre el 5% y el 13% del total de intentos en la serie estudiada), y el tercero el salto desde un lugar alto, o tenderse delante de un objeto en movimiento (entre el 3% y el 7% de las tentativas). (Fuente: Oficina Re-

gional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, 2022).

El suicidio **en mayores de 79 años aumentó un 20% respecto a 2019**, tanto en hombres como en mujeres, superando las 1.000 muertes en el año 2020.

Un estudio de la Universidad de La Rioja con 6.000 jóvenes de entre 14 y 19 años de varias CCAA arroja que:

- el 19% “ha deseado estar muerto alguna vez en el último año”
- el 15% “tiene ideas de quitarse la vida”
- el 7% “lo ha planificado alguna vez”.
- el 9,3% de los jóvenes “ha intentado quitarse la vida alguna vez”.

Una intervención en contexto educativo reduce:

- un 34% los intentos
- y un 13% la ideación suicida.

(Fuente: Eduardo Fonseca, doctor en Psicología y responsable de la investigación).

“El 19% de jóvenes reconoce ideación suicida en el último año, pero el 19% de jóvenes no puede tener algún trastorno mental. El suicidio tiene más que ver con el contexto y determinantes sociales que con

la propia enfermedad mental”. (Jon García Ormaza)

Según el Ministerio de Sanidad, se ha producido un incremento alarmante de los intentos de suicidio en jóvenes. **En España, se han triplicado los casos de intentos de suicidio en jóvenes desde 2006, superando los 2.000 casos/año**, el perfil mayoritario son chicas y por intoxicación con medicamentos.

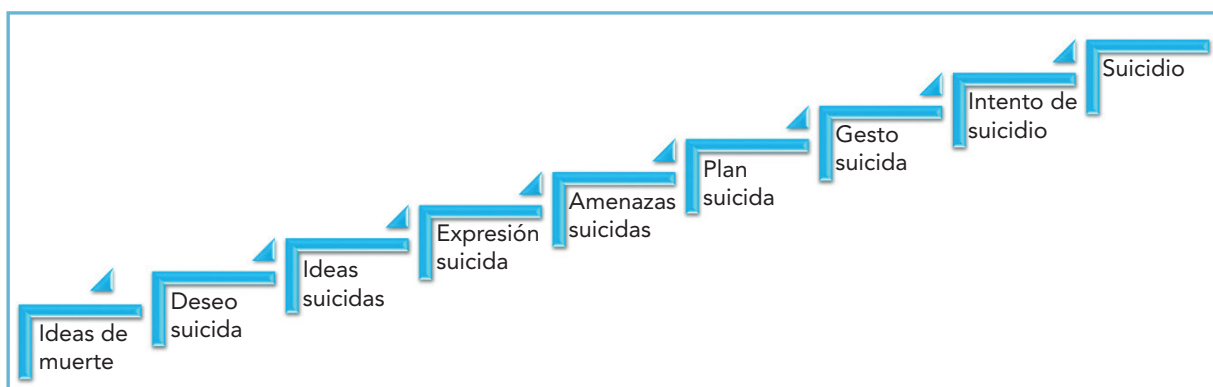
- Entre 10-24 años: de 628 intentos (2006) a 2.092 (2020), más del triple. De ellos, 1.511 fueron chicas.
- En mayores de 12 años, 70% por ciento de las hospitalizaciones psiquiátricas son chicas.
- En los menores de 12 años, la demanda está más igualada entre niñas (52%) y niños.

Las hospitalizaciones por autolesiones, consideradas en muchos casos el preámbulo del suicidio, casi se han cuadruplicado en las últimas décadas: de 1.270 (año 2000) a 4.048 (en el año 2020), según el Ministerio de Sanidad.

- El 70% de adolescentes que se autolesionan, realizarán al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida
- El 55% tendrán varias tentativas.

3

ASPECTOS GENERALES DE LA CONDUCTA SUICIDA



Para poder dimensionar la magnitud del impacto de la conducta suicida en el municipio de Tres Cantos, además de conocer el número de fallecimientos real o aproximado por esta causa, debemos multiplicar por 20 el número de personas que intentaron suicidarse y no lo consiguieron, pero que desarrollarán diferentes tipos de secuelas físicas y/o psicológicas, además de las diferentes discapacidades que se derivan de los diversos intentos según el método empleado.

Y por otra parte, debemos tener en cuenta el número de supervivientes al suicidio de un familiar o allegado, que como es sabido, se convierten con frecuencia en personal de riesgo

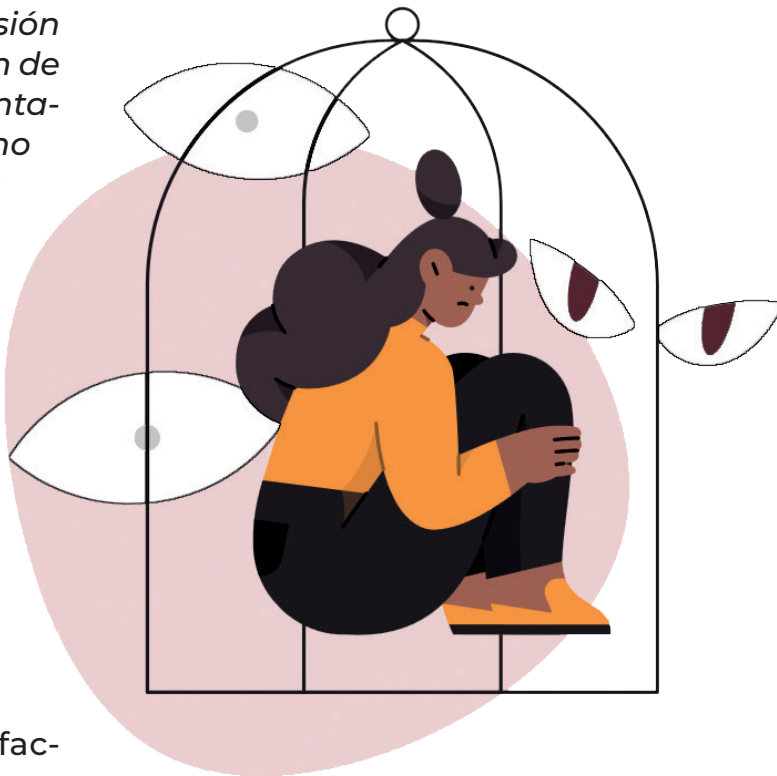
de suicidio también, tal y como reza la literatura específica. **“Las personas que han perdido a un familiar o a una persona significativa por suicidio, tienen un mayor riesgo de duelo patológico, desarrollo de enfermedades físicas y mentales, así como de comportamiento suicida”** (Beautrais, 2004; Qin et al., 2002).

Szasz: *“En la época actual, la visión del suicidio como manifestación de un trastorno mental, es presentada no sólo como verdadera, sino como beneficiosa, tanto para los pacientes, como para el resto de la población”.*

Esta afirmación tiene dos implicaciones, actualmente ya no se ve a la persona como un malvado, un pecador, o incluso un sádico, como en otros periodos de la historia, pero se le sigue estigmatizando al considerarlo *“un loco”*.

Es muy habitual, confundir el factor precipitante o lo que conduce a la persona a la conducta suicida (por ejemplo: recibir un diagnóstico de enfermedad crónica o terminal, un despido, el descubrimiento de una infidelidad, un desahucio..., etc.), con su causalidad. El factor

precipitante puede ser el hecho más visible, o el más reciente..., aquel al que tendemos a atribuir la causa en la búsqueda de explicaciones, pero **el suicidio es un fenómeno multicausal, una serie de circunstancias que la persona vive como insoportables**, y le impelen a tomar la decisión de terminar con su vida.



Quienes hemos trabajado o trabajamos con población psiquiátrica, sabemos que la mayoría de éstos pacientes no se suicidan, si además cruzamos información con los servicios de emergencias extra-

hospitalarias, comprobamos que no todo el mundo que se suicidó tenía un diagnóstico en enfermedad mental (como suele ser el caso de los menores).

Por tanto, podemos concluir que **la psicopatología es un factor necesario, pero no suficiente para explicar una muerte por suicidio. La correlación no implica causalidad.** Tal y como afirma la psiquiatra Pilar Saiz: “para tener un comportamiento suicida, no hace falta tener un trastorno mental”. Es necesario describir los llamados factores de riesgo, para ayudar a explicar la conducta suicida, para lo que conviene hacer un breve apunte sobre la diferencia entre: **Factores de Riesgo y Factores Precipitantes.** Los primeros serían aquellos que hacen referencia a condiciones estables (aunque podrían dividirse también en modificables, e inmodificables). En segundo lugar, los Factores Precipitantes hacen referencia a situaciones “sobrevinidas” y menos estables en el tiempo.

Aunque existen diferentes motivaciones y razones que pueden inducir al suicidio, los principales factores de riesgo son (ver cuadro 1):

30% de suicidios en población juvenil está relacionado con la condición sexual. Su prevalencia es 5-10 veces superior en los jóvenes de colectivos LGTBI.

1. Edad: Mayor de 45 años.
2. Alcoholismo.
3. Irritación, ira, violencia.
4. Conducta suicida previa, uno de los factores que predice con más fidelidad la posibilidad del suicidio consumado (Cooper et al., 2005; Zahl y Hawton, 2004)
5. Sexo: Varón.
6. Rechazo de ayuda.
7. Mayor duración del episodio de depresión.
8. Tratamiento psiquiátrico previo.
9. Pérdida o separación reciente.
10. Depresión.
11. Pérdida de salud física.
12. Desempleo o jubilación.
13. Estado Civil: soltero, viudo o divorciado

Cuadro 1: Fuente: Vega-Piñero et al.

3.1. TERMINOLOGÍA SOBRE EL SUICIDIO

AUTOLESIÓN	Daño corporal auto-infligido deliberadamente.
CONDUCTA SUICIDA	Comportamiento que abarca desde los pensamientos, deseos, e ideación autolítica, a los intentos de suicidio y el suicidio consumado.
COMUNICACIÓN SUICIDA	Declaraciones, verbales o no verbales, relativas a la ideación o planificación sobre quitarse la vida.
IDEACIÓN SUICIDA	Pensamientos, fantasías, deseos de llevar a cabo una tentativa de suicidio.
INTENTO O TENTATIVA DE SUICIDIO	Comportamiento potencialmente autolesivo, con resultado no mortal, para el que existen pruebas de que la persona tenía la intención de atentar contra la propia vida.
SUICIDIO	Acto de quitarse la propia vida deliberadamente.
POSTVENCIÓN	Estrategia o enfoque que se aplica después de que se haya producido una crisis o un acontecimiento traumático. Su objetivo es reducir la posibilidad de que la situación de peligro vuelva a darse, así como el sufrimiento de las personas implicadas.
SUPERVIVIENTE	Familiar o persona allegada que ha experimentado la pérdida de un ser querido a causa del suicidio.
SOBREVIVIENTE	Persona que ha sobrevivido a una tentativa de suicidio propia.

Fuente: BOAM núm. 9.288. 22 Diciembre 2022. Plan de Actuación de Prevención del Suicidio del Ayuntamiento de Madrid.

3.2. MITOS SOBRE EL SUICIDIO

Los mitos sobre el suicidio son **ideas erróneas que transmiten una noción del suicidio que minimiza su impacto y subestima el riesgo real que supone para la vida, dificultando su prevención.** *“Se trata de creencias erróneas, pero ampliamente extendidas y profundamente aceptadas”.* Pérez Barrero (1996, 2000), OMS (2006).

Sin mencionarlos todos, destacaremos los mitos más populares y extendidos sobre el suicidio, que impiden e interfieren en su prevención.

“Quien amenaza con suicidarse, nunca lo lleva a cabo”

La mayoría de las personas que se suicidan, habían manifestado de manera explícita o implícita su intención previamente. *“No sé qué hago aquí; cualquier día me quito de en medio; no puedo más; la vida no vale la pena”.*

Considerar estas manifestaciones como amenazas o chantajes, conlleva a subestimar y minimizar el

riesgo. **Realmente se trata de expresiones de petición de ayuda.**

“Quien quiere suicidarse realmente, no lo dice”

A las personas en riesgo suicida les cuesta admitir ante los demás que están pensando en el suicidio por vergüenza y culpa, y cuando lo hacen, a menudo es de manera vacilante, minimizando la seriedad de sus pensamientos..., etc., lo que *“puede ser peligroso por confundir al sanitario, y concluir que no existe riesgo real”.*

Esta idea errónea lleva a no prestar atención, ni tomar en serio las expresiones de ideas o propósitos suicidas que alguien hace, con el riesgo que ello implica.

Según datos de la Sociedad Española de Suicidología (III Congreso Sociedad Española de Suicidología, Madrid. 2019):

- El 18% de las personas que se suicidaron habían consultado a su médico de atención primaria el mismo día que se suicidaron.
- El 66% lo había hecho durante el último mes.
- El 75% en los tres últimos meses.
- Además, el 60% pidieron ayuda durante la última semana.

“Las personas que se suicidan tienen un trastorno mental”

Es cierto que la presencia de un trastorno mental aumenta la frecuencia de suicidio, pero no es necesario sufrir un trastorno mental para llegar a pensar en el suicidio, o incluso a suicidarse. Por tanto, **no toda persona que se suicida tiene un trastorno mental.**

– Hasta el 50% de la población normal, no clínica, llega a desarrollar ideas suicidas a lo largo de su vida. Un 20% de los anteriores, incluso identificarán el método para llevarlo a cabo. (Chiles, J, Strosahl, 2004; Chiles, J, Strosahl, K, Weiss, L.; 2019).

– Calvillo, M. 2023: “Cerca del 60% de la población tendrá pensamientos relacionados con la muerte en algún momento de su vida”

– Toda persona que se suicida tiene niveles de sufrimiento insostenible.

“Quien piensa en suicidarse, desea morir”

- Esta idea es un intento de justificar el suicidio de alguien.
- En la medida en que se asigna veracidad a esta idea, se acepta la inevitabilidad del suicidio.

- El 85% de las personas que sobreviven a un intento de suicidio grave, no morirán por esta causa (García Ormaza, J). Es decir, lo consideran una equivocación.
- Quien piensa en suicidarse solo busca una forma de terminar con su sufrimiento sin poder encontrar otra alternativa.

“El suicidio no se puede prevenir”

Asumir esta idea como cierta, lleva a no hacer nada por intentar evitarlo. Antes del suicidio, en la mayoría de ocasiones, existe una secuencia que sí se puede identificar, y por tanto abortar el intento.

“Hablar de suicidio con alguien en riesgo, le incita a hacerlo”

- Hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo, en vez de incitar, reduce el peligro de cometerlo.
- Ser escuchado o escuchada, alivia la angustia, la sensación de soledad e incompreensión, y facilita la petición de ayuda.
- Puede ser la única, y también la última posibilidad para reconsiderar su propósito y valorar otras alternativas.

4

MARCO ESTRATÉGICO Y DE ATENCIÓN

Dada la complejidad y multicausalidad del fenómeno del suicidio, **es necesario un abordaje multidisciplinar, transversal y de trabajo en red**, con el que muchos de los profesionales implicados aún no estamos familiarizados.

Tradicionalmente se ha depositado la responsabilidad de la prevención del suicidio “sobre los hombros” de los recursos y/o los profesionales de salud mental, teniendo en cuenta los factores de riesgo más documentados, y para los que se han invertido más recursos: la enfermedad mental (y su medicalización), y los intentos previos (este último el mejor predictor del suicidio consumado).

Sin embargo, es sabido que muchas de las personas que se suicidan consultan previamente con un profesional médico no especialista en salud mental, por lo que apremia emprender acciones proactivas de sensibilización y capacitación, del resto de profesionales sanitarios para detectar estos casos de riesgo silentes, sobre todo en Medicina de Familia.

Sirva como ejemplo ilustrativo de la necesidad de implicar a otros agentes de cambio en la prevención, que **la medida preventiva de limitación del acceso a los medios letales es la intervención con una evidencia más clara en prevención del suicidio**, habiendo demostrado

reducciones de hasta el 85% en los suicidios con métodos concretos, y sin evidencia de un efecto de sustitución del método empleado significativo. (Gabilondo, A. en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>. Gac Sanit. 2020;34(S1):27–33

Ejemplos de estas medidas pueden ser la protección de lugares públicos de alto riesgo, o los denominados “puntos calientes” (colocación de mamparas en lugares elevados y puentes, medidas arquitectónicas que dificulten acceso a las vías del tren, barreras en las estaciones ferroviarias que se abran sólo cuando el tren se ha detenido, la restricción del acceso a armas de fuego, y medidas para dificultar el acopio de fármacos, como la colaboración y sensibilización con los profesionales farmacéuticos, como ya se viene haciendo obligatoriamente en algunos países, entre otras medidas).

La influencia relativa de diferentes factores en la conducta suicida impele a emprender acciones que trascienden lo rigurosamente sanitario, incorporando accio-

nes desde el ámbito comunitario, cultural, educativo, urbanístico..., etc., y dirigidas a la ciudadanía en su globalidad.

El Teorema de Rose, está en la base del modelo que promueve la OMS y que defiende la necesidad de incidir sobre los factores de vulnera-



bilidad al suicidio más extendidos, que son de tipo socioeconómico: **problemas económicos, laborales o legales, conflictividad familiar y de pareja, o pérdida de seres queridos.**

Otro tipo de intervención que está cobrando cierto auge en nuestro país, y que empieza a gozar de cierta evidencia, son los **programas de prevención en el ámbito educativo** dirigidos a padres, alumnos y profesores, con el objetivo de sensibilizar e informar



sobre salud mental, y que vienen demostrando una reducción significativa en los intentos e ideación suicida, además de la detección, y correcta derivación a los recursos especializados.

La formación a agentes clave tiene evidencia científica (Andriessen and van den Brande, 2001; Capp et al., 2001; Matheson et al., 2005; Ramberg and Wasserman, 2004). La formación a profesionales o facilitadores comunitarios mejora los conocimientos, actitudes y capacidad para prevenir el suicidio (Brunero et al., 2008; Gask et al., 2006; Hayes et al., 2008; Oordt et al., 2009). En España, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Ministerio de Sanidad, 2020) recomienda la **formación de profesionales clave no sanitarios**, fundamentalmente, sobre factores de riesgo de conducta suicida, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional.

En este breve recorrido de medidas preventivas, por último, y no menos importante, debemos destacar el papel fundamental de los **medios de comunicación**, durante tanto tiempo ajenos, o “marginados” (cuando no obsoletos), respecto a las guías de estilo sobre cómo publicar noticias relacionadas con el suicidio.

Hace más de 20 años que la OMS facilitó estas guías de estilo, y en la Comunidad de Madrid se publicó una específica. Facilitamos el enlace de la última publicación al respecto: <https://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-RECOMENDACIONES-COMUNICAR-SUICIDIO.pdf>

Superado el debate sobre el efecto contagio a la hora de dar visibilidad al suicidio, el consenso internacional sobre si hay que informar o no sobre el suicidio tiene una respuesta que es unánime: **por supuesto que hay que informar, pero hay que saber cómo hacerlo.**

El silencio, y el ocultismo alrededor del mismo, es uno de los principales escollos de la prevención del suicidio, y que interfiere en la petición de ayuda (y la posibilidad de poder prestarla), en el peso cultural del estigma y del desconocimiento en torno al suicidio, es donde los medios de comunicación juegan un papel fundamental en todas sus modalidades (prensa escrita o digital, radio, televisión y las TIC).

En España tenemos el claro ejemplo del impacto y la eficacia de otras campañas preventivas: campaña de plan nacional de drogas, de violencia de género, y quizá la que goza

de unos resultados más positivos y también espectaculares: la campaña de la Dirección General de Tráfico. El resultado no deja dudas sobre su eficacia: de 6.098 muertes en carretera en el año 2000, se redujeron a 1.463 muertes en el año 2020.

Es posible exportar a la prevención del suicidio algunas variables que han influido en el éxito de esta campaña: combinación de varios medios (radio, prensa, televisión, carteles luminosos...etc.), campañas dirigidas a poblaciones específicas (p.ej. prevención del suicidio y del bullying para adolescentes, o personas mayores). Una iniciativa bien intencionada, pero infructuosa sobre la importancia de la salud mental, fue la reciente campaña estatal de: “Pide ayuda”, un ejemplo claro de fracaso, si no hay continuidad en las acciones, y no se dota al sistema del presupuesto y los profesionales suficientes que presten esa ayuda.

5

ABORDAJE ACTUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA EN TRES CANTOS

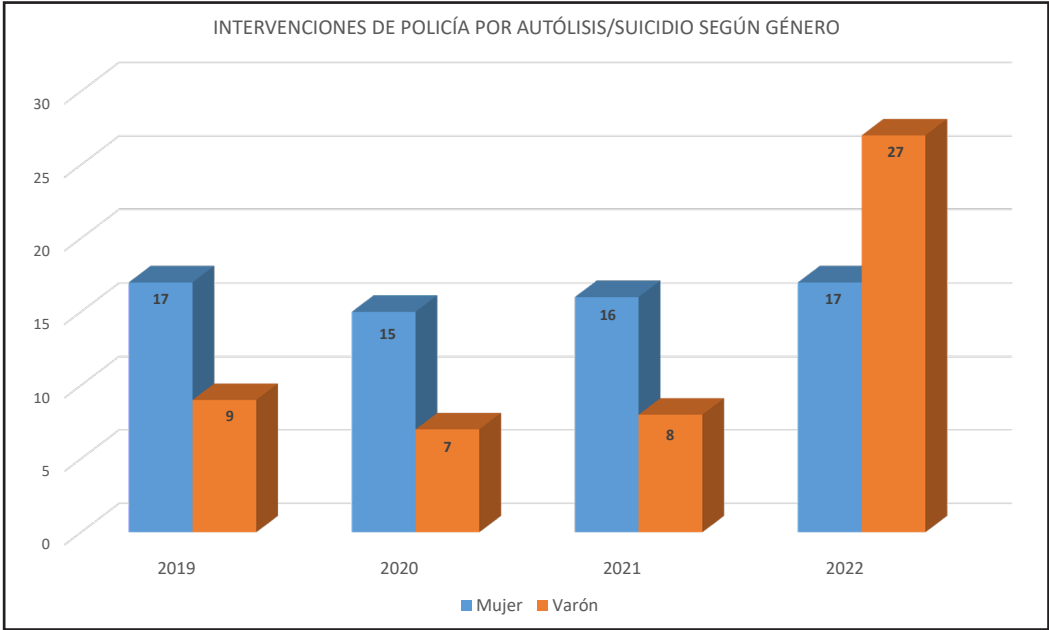
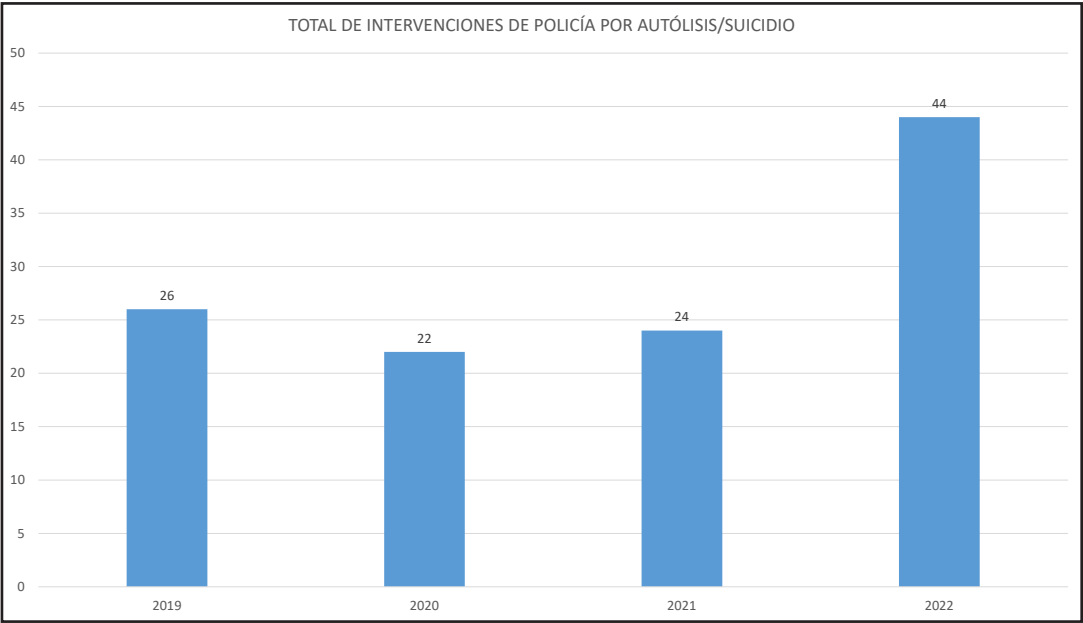
Actualmente, en el Municipio de Tres Cantos se llevan a cabo diferentes iniciativas relacionadas transversal o directamente en la prevención, intervención y postvención en conductas suicidas.

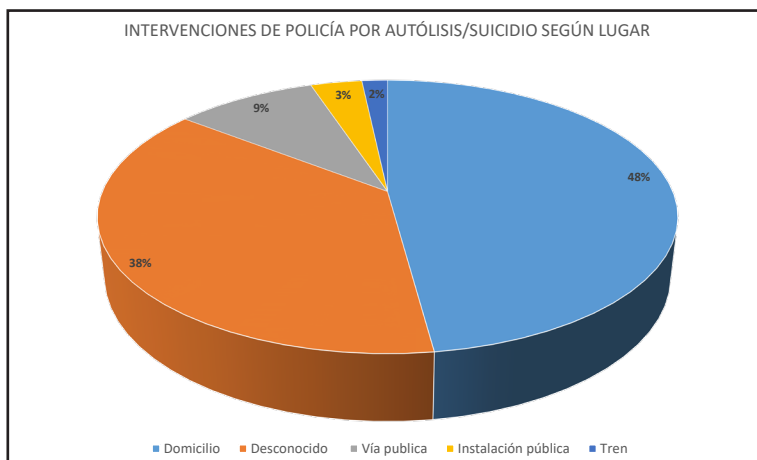
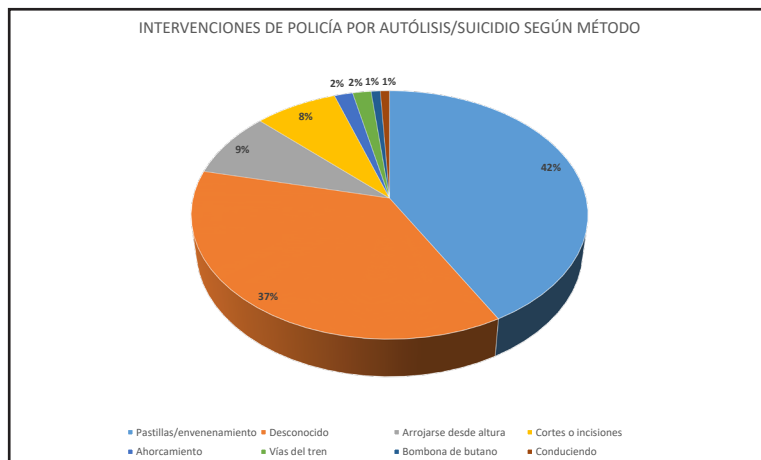
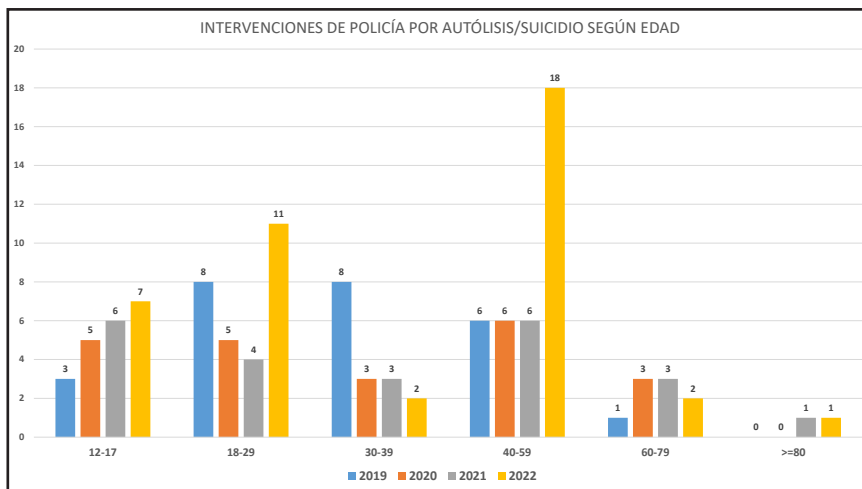
Los principales agentes de cambio serían: Policía (Concejalía de Seguridad), Concejalía de Familia e Igualdad, Concejalía de Educación, Concejalía de Juventud, Concejalía de Salud Pública y Concejalía de Deportes, cuyas acciones se explicitan a continuación.

5.1. POLICÍA

Según los datos de las intervenciones de Policía relacionadas con autólisis- suicidio en los últimos 4 años (no contamos con los datos exactos de suicidios consumados), se advierte un incremento significativo en el último año 2022 **en el caso de los varones: más del triple de varones atendidos respecto al año anterior**, manteniéndose relativamente estable el número de mujeres atendidas en los 4 años analizados.

INTERVENCIONES DE POLICÍA DE TRES CANTOS POR AUTÓLISIS O MANIFESTACIONES DE INTENTOS DE SUICIDIO 2019-2022





ANÁLISIS DE LOS DATOS APORTADOS POR POLICÍA:

- El método más usado es el de pastillas/envenenamiento y el lugar el domicilio.
- Resulta llamativo que en el último año 2022, se hayan duplicado los avisos totales, y que en el caso de los hombres se han triplicado las llamadas el último año.
- Igualmente resulta de interés que se han presentado algunos casos de intentos o amenazas en instalaciones públicas.
- En cuanto a la edad, se aprecia un aumento progresivo de más del doble en la edad de 12-17 años de 2019 a 2022 (3, 5, 6 y 7 intentos).
- En cuanto a la edad de 40-59, este último año 2022 ha aumentado significativamente el número de intentos, habiéndose triplicado.
- Se hace necesario investigar las causas del aumento de llamadas de hombres de 40-59 años este año; y evaluar si existe un cambio en la forma de registrar datos, o la mejora en la accesibilidad a la información para poder ayudar de manera más fluida..., etc.

5.2. CONCEJALÍA DE FAMILIA E IGUALDAD

► **Familia e Igualdad** (personas con discapacidad, mujer, LGTBI, servicios sociales, cooperación, inmigración, voluntariado y familia): Con un **equipo multidisciplinar** de psicólogos, administrativos, auxiliares administrativos, trabajadores sociales, técnicas, terapeuta ocupacional, abogados, mediadora y educadores. Ofrece información, asesoramiento, acompañamiento, apoyo emocional, derivación a recursos/activida-

des... y, en resumen, realiza una intervención integral con las personas de forma individual y grupal.

Mujer: Punto Municipal del Observatorio Regional de la Violencia de Género (PMORVG) compuesto por 2 psicólogas, 1 trabajadora social, 1 asesora jurídica y 1 técnica de área.

► Convenio con el **Centro de Escucha Los Camilo** para apoyo a duelos y otras problemáticas.

► **Mayores:** Programa de deterioro cognitivo para usuarios y familia-

res y Proyecto sobre Soledad no deseada en coordinación Cruz Roja e intervención integral.

- **Programa “Empiezo”**: asesoramiento para padres y madres separados o divorciados o en proceso de separación o divorcio.



5.3. CONCEJALÍA DE EDUCACIÓN

- **Equipo Psicopedagógico municipal**: tres especialistas que atienden a alumnos de Primaria derivados por los centros educativos desde los equipos de orientación. Se trabaja individualmente, con las familias, de manera integral familia - alumno y también con grupos terapéuticos. Servicio gratuito que se encuentra emplazado en el edificio de familia.
- **Servicio de Atención Emocional ACOMPAÑANDOTC**: Equipo de tres terapeutas que dan servicio a jóvenes (desde el instituto) y sus familias de manera anónima y gratuita. El acceso al servicio es a través de WhatsApp y correo electrónico, ya sea por contacto directo por parte del joven, su familia o bien por las orientadoras de los centros de secundaria, pediatras/médicos de familia, Servicios Sociales... Este servicio se

puso en marcha tras la pandemia al detectarse un aumento preocupante de trastornos psicológicos en los adolescentes del municipio, destacando las actitudes autolíticas. **Se ha intervenido directamente de manera satisfactoria en 4 intentos de suicidio.** Han sido atendidas unos 40 jóvenes y sus familias. Servicio que ha tenido una gran demanda.

- **Grupo terapéutico de habilidades sociales organizado por el servicio ACOMPAÑANDOTC**: En vista de la similitud de dificultades emocionales de algunos jóvenes que tienen que ver con la depresión y la falta de habilidades sociales y gestión emocional, se lleva a cabo los lunes un grupo terapéutico de dos horas de duración, liderado por una de las psicólogas especialistas.



5.4. CONCEJALÍA DE JUVENTUD

- **Programa de Educación en el Tiempo Libre y Animación Juvenil**: Uno de los objetivos que preside las propuestas de actuación de la Casa de la Juventud es el de promover de forma sistemática las actividades de educación no formal dentro de la programación del centro.

Es objetivo prioritario el potenciar entre los jóvenes actitudes y prácticas tolerantes, responsables y cívicas en la esfera de su tiempo libre así como concienciar a los adultos en la tolerancia hacia prácticas de ocio saludable de los jóvenes en el espacio público.

- **Programa de Educación para la Salud con Jóvenes:** Tanto desde el punto de vista asistencial como desde la prevención se trabajan las siguientes áreas: alimentación, sexualidad, drogodependencias y prevención de violencia entre iguales.

Existe un programa de trabajo para abordar estos temas desde la escuela, la familia y lo comunitario.

- **Programa de Intervención en Centros Escolares**
 - Actividades formativas en el aula
 - Actividades de dinamización y participación
 - Actividades de movilidad juvenil
 - Actividades complementarias
 - Formación de Dinamizadores Escolares

5.5. CONCEJALÍA DE SALUD

- **Teléfono del Servicio de orientación socio-sanitario para familias con menores de 14 años**

(900.314.015). Atención sanitaria 24 horas - 365 días al año y atención psicológica en horario laboral

- **Teléfono del Servicio de orientación socio-sanitario para mayores de 65 años** (900.151.180). Atención sanitaria 24 horas - 365 días al año y atención psicológica en horario laboral
- **Programa de Prevención y Promoción de la Salud en Centros Educativos.** Mesa de Salud Escolar

5.6. CONCEJALÍA DE DEPORTES

El deporte se puede considerar como una “puerta de escape”. Diversos estudios apuntan que la actividad física puede ser beneficiosa para la salud mental y, con ello, la prevención del suicidio.

- **Programa DEPORTE Y SALUD:** Programa para adolescentes que promueve la mejora de la condición física y de sus hábitos nutricionales para alcanzar su bienestar físico y psicológico y que puedan mejorar su calidad de vida, a través de un programa estructurado de ejercicio físico y nutricional. El programa se centra en adolescentes con edades comprendidas entre los 12 años a los 17 años.

6

BASES Y DESARROLLO DEL PLAN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el suicidio como una prioridad de salud pública. En el Plan de acción sobre salud mental 2013-2030, los Estados Miembros se comprometieron a trabajar para **reducir la tasa mundial de suicidios en un 1/3 para 2030**, mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. Esto se recoge como meta en los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** de las Naciones Unidas (Objetivo 3.4.2. Tasa de Mortalidad por Suicidio).

Desde el Ayuntamiento de Tres Cantos ya se abordó la necesidad de un Plan Local de Prevención del Suicidio, incluido en el **Plan Gene-**

ral de Salud Social, presentado el 17 de mayo de 2021, dentro de las medidas adoptadas como consecuencia de los efectos negativos de la fatiga pandémica. Además, se respondía también a la aprobación en pleno por unanimidad de todos los grupos municipales, de una moción para abordar esta cuestión.

6.1. OBJETIVOS DEL PLAN

El presente documento tiene como propósito elaborar un “mapa de ruta” sobre las diferentes acciones a emprender en el Plan Local de Prevención del Suicidio 2023-2027 del Ayuntamiento de Tres Cantos, a través de actuaciones de prevención, fundamentalmente universal

y selectiva, y cuenta con 5 objetivos estratégicos:

1. Conocer y comprender la conducta suicida en la localidad de Tres Cantos.

2. Informar y sensibilizar sobre la conducta suicida a través de campañas de concienciación, y la celebración de jornadas divulgativas sobre prevención del suicidio (10 de Septiembre día internacional de la prevención del Suicidio, y tercer fin de se-
- mana de Noviembre día inter-

nacional del Superviviente).

3. Prevenir los factores de riesgo y promocionar los factores de protección frente al suicidio.

4. Actuar mediante medidas preventivas dirigidas a colectivos vulnerables.

5. Potenciar la capacidad de profesionales y población en general en la detección y prevención en personas de riesgo de conducta suicida.

Tabla 1
Descripción de los principales tipos de medidas de prevención del suicidio y su relación con los factores de riesgo

Tipos de prevención		Categorías de factores de riesgo ^a	
Tipo	Ejemplo	Categoría	Ejemplo
<i>Universal</i> Afecta a toda la población, independientemente del riesgo de suicidio que pudiera tener cada persona	Limitación de acceso a medios letales ^b Campañas de sensibilización e información Formación de profesionales de los medios Políticas para reducir el consumo de alcohol	Sociedad	Fácil acceso a medios letales Estigma, desinformación sobre el suicidio y el trastorno mental
<i>Selectiva</i> Se dirige a colectivos con ciertas características sociodemográficas, biológicas o psicológicas que incrementan el riesgo de suicidio	Programas escolares de educación y sensibilización sobre salud mental y suicidio ^b Formación de agentes sociales Líneas telefónicas de ayuda para personas en situación de crisis suicida Programas de prevención, ámbito laboral (profesiones de riesgo) Programas de prevención, prisiones	Comunidad, interpersonal	Soledad, aislamiento, discriminación Problemas de relación, pérdidas Problemas económicos, laborales Victimización, trauma
<i>Indicada</i> Se dirige a individuos concretos altamente vulnerables por presentar ciertos síntomas-signos de riesgo suicida o una enfermedad altamente asociada	Evaluación y tratamiento de la conducta suicida ^b (p. ej., psicoterapias específicas, continuidad de cuidados y seguimiento tras tentativa) Evaluación y tratamiento de los trastornos mentales ^b (p. ej., tratamiento de la depresión, formación de médicos de atención primaria, cribado de riesgo en atención primaria)	Individual	Tentativa suicida previa Trastorno mental Uso perjudicial de alcohol Enfermedad física grave, dolorosa, discapacidad Antecedente familiar de suicidio

^a La tabla refleja el vínculo principal entre cada tipo de prevención y cada categoría de factores de riesgo. Existen vínculos secundarios que no quedan reflejados.
^b Intervenciones que cuentan con una evidencia más sólida según las fuentes revisadas.
Modificada de refs. 2, 4, 20 y 21.

Grosso modo, hemos diferenciado tres ámbitos de actuación específicos, a partir de los tres tipos de prevención según la tabla 1: Prevención Universal, Selectiva, e Indicada.

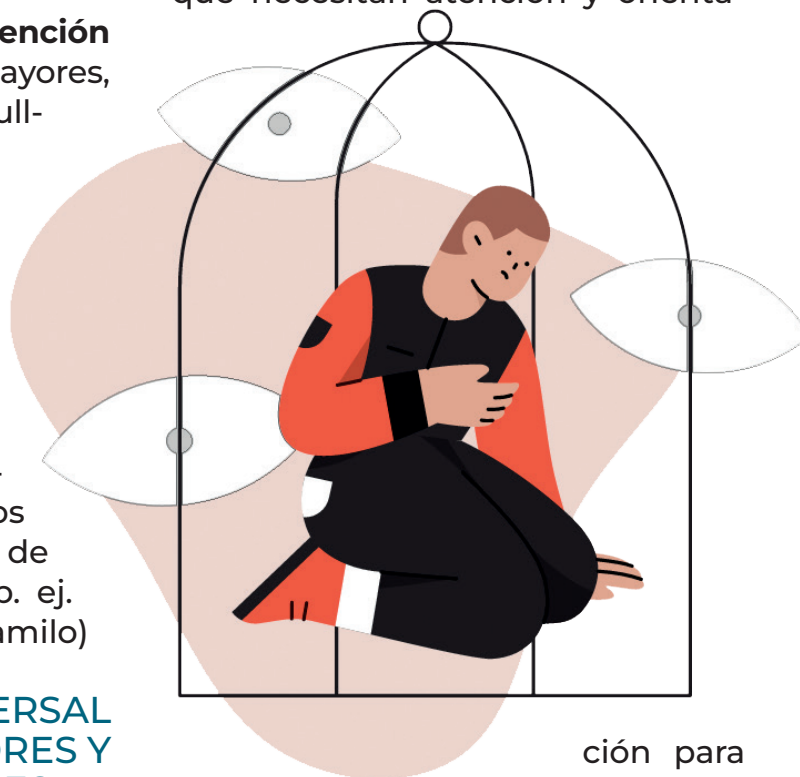
- PREVENCIÓN UNIVERSAL Y SELECTIVA: Prevención del suicidio y autolesión en menores, ámbito educativo, e influencia de las redes sociales y nuevas tecnologías en el suicidio infanto-juvenil.
- PREVENCIÓN UNIVERSAL Y SELECTIVA: Prevención del suicidio en mayores y otros colectivos vulnerables (adicciones, violencia doméstica, discapacidad, problemas socio-económicos..., etc.).
- PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA: Detección, prevención, evaluación del nivel de riesgo, intervención en conductas suicidas en curso, y acompañamiento inicial a familiares y testigos tras suicidio consumado para profesionales de urgencias y emergencias (policía, bomberos, protección civil, medicina, enfermería, técnicos en emergencias sanitarias, psicología, trabajadores sociales, educadores..., etc).

6.2. LINEAS ESTRATÉGICAS DE ACTUACIÓN

1. Creación de una **Mesa de seguimiento municipal** del Plan que incluya a los representantes de las diferentes concejalías implicadas.
2. Compartir y consensuar acciones emprendidas, promover la **colaboración y aunar esfuerzos entre las diferentes concejalías** e iniciativas desarrolladas hasta la fecha.
3. Activar sistemas de **coordinación y monitorización** para identificar la conducta suicida en diferentes grupos etarios, y en diferente grado: ideación, tentativa y suicidio, con fines preventivos y atención al superviviente.
4. Elaborar un **“mapa” para conocer y limitar el acceso a los “puntos calientes”**: instalar barreras arquitectónicas, información o instrumentos disuasorios (p. ej. Renfe).
5. Desarrollar acciones de **sensibilización y prevención universal** destinadas a la población general, a través de jornadas y actos conmemorativos, y a través de los canales de comunicación y medios digitales municipales (página web trescantos.es, revista informativa municipal 360° y 5', whatsapp de Atención vecinal, sms de difusión...).

6. Implementar **programas formativos en colectivos profesionales específicos**, homogeneizando criterios de evaluación, intervención, postvención y derivación.
7. **Promoción de la salud mental, prevención primaria y lucha contra el estigma.**
8. Aunar esfuerzos en la **Prevención Selectiva e Indicada** (mayores, soledad no deseada, bullying, violencia de género, personas sin hogar, población penitenciaria, personas con intentos previos, etc.).
9. Desarrollar espacios y **crear sinergias con entidades del sector**, para facilitar el acceso a la atención especializada para los supervivientes al suicidio de un familiar o allegado. (p. ej. Centro de Escucha San Camilo)

Este apartado del plan está destinado a profesionales de centros educativos (docentes, equipos de dirección, personal no docente, etc.) y a otros profesionales que estén vinculados de alguna manera con el alumnado, y que puedan tener contacto cercano con niños y jóvenes que necesitan atención y orienta-



ción para prevenir el dolor, el sufrimiento y la desesperación en sus experiencias.

Prevenir el suicidio y la autolesión es esencial para proteger la salud mental y el bienestar de esta población vulnerable. Por lo tanto, es

6.3. PREVENCIÓN UNIVERSAL Y SELECTIVA: MENORES Y ENTORNOS DIGITALES

6.3.1. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y AUTOLESIÓN EN MENORES

Ámbito educativo, e influencia de las redes sociales y nuevas tecnologías en el suicidio infanto-juvenil.

crucial que estos profesionales estén familiarizados con los signos de alerta y los recursos disponibles para brindar ayuda a aquellos que puedan estar en riesgo de suicidio, o que estén experimentando dolor y sufrimiento.

Además, es importante tener en cuenta la influencia de las redes sociales e Internet en la conducta suicida y autolesiva. Las redes sociales e Internet pueden ser una herramienta útil para conectarse y apoyarse mutuamente, pero también pueden difundir información perjudicial o promover comportamientos peligrosos.

Es necesario que estos profesionales estén familiarizados con estos riesgos, y estén preparados para intervenir y brindar apoyo a aquellos que puedan estar en riesgo debido a la influencia de las redes sociales o Internet. Esto incluye saber cómo abordar el tema de manera abierta y sin prejuicios, saber cómo escuchar y brindar apoyo emocional, y saber a dónde dirigir a las personas que puedan necesitar ayuda adicional.

Además, es importante que estos profesionales estén capacitados para identificar y manejar situa-

ciones de emergencia, y estén familiarizados con los protocolos de respuesta a crisis y la atención de emergencia. Es necesario que estos profesionales se sientan cómodos y capaces de abordar abiertamente el suicidio, la autolesión y la influencia de las redes sociales e Internet con los niños y jóvenes a su cargo, ya que esto puede ser crucial para evitar situaciones de riesgo, realizar una detección temprana, y brindar apoyo a aquellos que lo necesitan.

Todos podemos contribuir a la prevención del suicidio y la autolesión. El suicidio y la autolesión son problemas globales y complejos, que requieren intervenciones multidimensionales y multicausales. Es importante difundir información precisa y sensibilizar a los profesionales, a las organizaciones e instituciones, sobre estos problemas para que los programas de prevención sean efectivos, y puedan implementar las estrategias que desarrollaremos en este Plan Local de Prevención del Suicidio. Cada persona, cada profesional, cada uno de nosotros, puede tener un papel importante en la promoción de la salud mental, y el bienestar de nuestras comunidades y de nuestros alumnos, de nuestra infancia y adolescencia.

6.3.2. PELIGROS ASOCIADOS A UN USO INADECUADO DE LAS REDES SOCIALES ANTE EL SUICIDIO Y LA AUTOLESIÓN EN ENTORNOS ESCOLARES

Las redes sociales pueden ser una herramienta muy útil para conectarnos con otras personas y compartir

nuestras vidas con ellas. Sin embargo, también pueden ser peligrosas si no se usan de manera responsable. A continuación, se presentan sucintamente algunos peligros de las redes sociales en relación con la autolesión y el suicidio, que se desarrollarán de manera más prolija en las siguientes Fases del Plan:

- Comparación: Las redes sociales pueden dar la impresión de que todos los demás tienen vidas perfectas, lo que puede llevar a la comparación y la inseguridad. Esto puede aumentar el riesgo de autolesión y suicidio.
- Cyberbullying: El acoso en línea puede ser devastador, y puede aumentar el riesgo de autolesión y suicidio.
- Exposición a contenido violento o degradante: Ver imágenes o vídeos violentos o degradantes en línea, puede afectar negativamente nuestro estado de ánimo y aumentar el riesgo de autolesión y suicidio.
- Falta de privacidad: Las redes sociales pueden poner en peligro nuestra privacidad al compartir información personal en línea que vulnere nuestra intimidad. Esto puede llevar a la exposición a situaciones peligrosas, o aumentar el riesgo de autolesión y suicidio.
- Fomento de conductas de uso inadecuadas-adicción a las TIC: Las redes sociales pueden ser adictivas y consumir mucho tiempo y energía, lo que puede interferir con nuestras actividades diarias, y nuestro bienestar general. Esto puede aumentar el riesgo de autolesión y suicidio.
- Influencia de contenido negativo: Las redes sociales a menudo están llenas de contenido negativo, como noticias tristes o eventos violentos, lo que puede afectar negativamente nuestro estado de ánimo. Esto puede aumentar el riesgo de autolesión y suicidio.
- Influencia del contenido de influencers o celebridades: Los influencers o celebridades en las redes sociales, a menudo promueven productos o estilos de vida que pueden ser inalcanzables, o incluso peligrosos para algunas personas. Esto puede crear una presión para vivir de cierta ma-

nera o tener ciertas cosas, lo que puede aumentar el riesgo de autolesión y suicidio.

- Exposición a información falsa o engañosa: Las redes sociales pueden difundir rápidamente información falsa o engañosa, lo que puede llevar a decisiones peligrosas o aumentar el riesgo de autolesión y suicidio.

6.3.3. SEÑALES DE ALERTA EN ENTORNOS DIGITALES ANTE EL SUICIDIO Y LA AUTOLESIÓN

Es importante tener en cuenta que estas señales de alerta pueden ser diferentes para cada persona, y que no siempre están presentes en todas las situaciones. Algunas personas que están en riesgo de autolesión o suicidio, pueden no mostrar ninguna de estas señales, mientras que otras pueden mostrar muchas de ellas. Por lo tanto, es importante estar atentos a cualquier comportamiento (o cambio de comportamiento), que pueda ser una señal de

alerta, y estar dispuestos a ofrecer apoyo y buscar ayuda si es necesario.

Además, es importante recordar que la autolesión y el suicidio son problemas complejos y que no siempre hay una solución fácil. Por lo tanto, es importante ser paciente y comprensivo, y brindar apoyo y comprensión a las personas que puedan estar luchando con estos problemas.

Hay varias **señales de alerta de suicidio y autolesión** que pueden aparecer en entornos digitales, incluyendo:

- Mensajes o publicaciones que hablan abiertamente sobre el suicidio o la autolesión: Esto puede incluir afirmaciones como *“no quiero seguir viviendo”* o *“me cortaré”*.
- Publicaciones o mensajes que muestran un cambio significativo en el estado de ánimo: Si una persona que solía ser activa y positiva en línea, de repente se vuelve muy negativa o apática, podría ser una señal de alerta.
- Publicaciones o mensajes que mencionan un sentimiento de soledad o aislamiento: Si una persona menciona sentirse sola o aislada con frecuencia, podría ser una señal de que está en riesgo de autolesión o suicidio.
- Publicaciones o mensajes que muestran una pérdida de interés en actividades que solían disfrutar: Si una persona deja de participar en actividades que solía disfrutar, podría ser una señal de que está en riesgo de autolesión o suicidio.
- Publicaciones o mensajes que mencionan sentimientos de inutilidad o de culpa: Si una persona menciona sentirse inútil o culpable con frecuencia, podría ser una señal de que está en riesgo de autolesión o suicidio.
- Publicaciones o mensajes que muestran un cambio significativo en el patrón de sueño o el apetito: Si una persona de repente duerme demasiado o demasiado poco o tiene un apetito muy cambiado, podría ser una señal de que está en riesgo de autolesión o suicidio.
- Publicaciones o mensajes que mencionan planes o pensamientos suicidas: Si una persona menciona planes específicos para suicidarse, o habla abiertamente sobre sus pensamientos suicidas, es una señal de alerta grave y debe buscarse ayuda de inmediato.
- Si observa alguna de estas señales de alerta en un entorno digital, es importante tomarlo en serio y buscar ayuda de inmediato. Puede contactar a una línea de ayuda o hablar con un profesional de la salud mental para obtener ayuda y apoyo.

Algunas **señales de alerta de suicidio y autolesión en entornos digi-**

tales que pueden ser no verbales incluyen:

- Publicaciones o mensajes que muestran un cambio significativo en el patrón de uso de redes sociales: Si una persona que solía ser activa en línea de repente deja de usar las redes sociales o si su uso aumenta significativamente, podría ser una señal de alerta.
- Publicaciones o mensajes que muestran un cambio en la apariencia o el cuidado personal: Si una persona deja de prestar atención a su apariencia o cuidado personal, podría ser una señal de que está en riesgo de autolesión o suicidio.
- Publicaciones o mensajes que muestran un cambio en el patrón de interacción con amigos y familiares: Si una persona deja de interactuar con amigos y familiares en línea o si su interacción disminuye significativamente, podría ser una señal de alerta.
- Publicaciones o mensajes que muestran una actitud negativa o desesperanzada: Si una persona muestra una actitud negativa o desesperanzada en sus publicaciones o mensajes, podría ser una señal de que está en riesgo de autolesión o suicidio.
- Publicaciones o mensajes que muestran un cambio en el uso de hashtags o palabras clave: Si una persona comienza a usar hashtags o palabras clave relacionadas con el suicidio o la autolesión, podría ser una señal de alerta.
- Publicaciones o mensajes que muestran un cambio en el uso de imágenes o contenido visual: Si una persona comienza a usar imágenes o contenido visual que pueden ser dañinos o suicidas, podría ser una señal de alerta.
- Publicaciones o mensajes que muestran un cambio en la frecuencia de publicación: Si una persona que solía publicar con regularidad de repente deja de hacerlo o si su frecuencia de publicación aumenta significativamente, podría ser una señal de alerta.
- Publicaciones o mensajes que muestran un cambio en el tono o la intensidad: Si una persona que solía tener un tono de voz más suave o moderado de repente comienza a usar un tono más fuerte o intenso, podría ser una señal de alerta.
- Publicaciones o mensajes que muestran un cambio en la temática o el contenido: Si una persona comienza a publicar sobre temas o contenidos que pueden ser dañinos o suicidas, podría ser una señal de alerta.

Es importante que los profesionales del entorno escolar y los profesionales de la salud, estén bien formados en la detección temprana de señales de alerta de suicidio y autolesión. Esto es especialmente importante en el entorno escolar, ya que los estudiantes pueden pasar mucho tiempo en la escuela, y pueden ser más propensos a compartir sus sentimientos y pensamientos con sus profesores, y/o otros adultos de confianza.

La detección temprana de señales de alerta es crucial para la prevención del suicidio y la autolesión, ya que puede permitir que se brinde ayuda y apoyo a tiempo. Los profesionales que estén bien formados en la detección temprana de señales de alerta podrán identificar a las personas que pueden estar en riesgo, y brindarles el apoyo y la ayuda que necesitan para mantenerse seguros y protegidos.

Además, es importante que los profesionales del entorno escolar y los profesionales de la salud estén familiarizados con las diferentes opciones de apoyo y ayuda disponibles, para las personas que puedan estar en riesgo de suicidio o autolesión. Esto puede incluir líneas de ayuda, servicios de atención médica y de salud mental, y otros recursos de apoyo.

La formación en la detección temprana de señales de alerta puede incluir la familiarización con los diferentes tipos de señales de alerta, tanto verbales como no verbales, y la comprensión de cómo estas señales pueden ser diferentes para cada persona. También puede incluir la familiarización con las opciones de apoyo y ayuda disponibles para las personas que puedan estar en riesgo de suicidio o autolesión, y cómo brindar ese apoyo.

Es importante que los profesionales del entorno escolar y los profesionales

de la salud estén bien formados en la detección temprana de señales de alerta de suicidio y autolesión para que puedan proporcionar apoyo y ayuda a las personas que lo necesiten de manera efectiva. Esto puede ayudar a prevenir el suicidio y la autolesión, y a garantizar que las personas tengan acceso a los recursos, y el apoyo



que necesitan para mantenerse seguros y protegidos.

En resumen, la formación en la detección temprana de señales de alerta de suicidio y autolesión, es crucial para la prevención de estos problemas, y para garantizar que se brinde ayuda y apoyo a tiempo a las personas que lo necesiten.

6.4. PREVENCIÓN UNIVERSAL Y SELECTIVA: MAYORES Y OTROS COLECTIVOS VULNERABLES

Existen evidencias que muestran la eficacia de la prevención selectiva y universal de la conducta suicida, en los modelos que incorporan la acción sobre aquellos grupos de la sociedad, y de la comunidad más vulnerables.

Según el Teorema de Rose, la mayoría de los casos de un evento de salud suelen producirse en el grupo mayoritario de personas con riesgo bajo o medio, por lo que resultaría más eficaz centrarse en reducir el riesgo medio de toda una población, para incidir en la reducción de un problema de salud como puede ser el suicidio.

Es por ello que la OMS, siguiendo este teorema, hace hincapié en la

importancia de incidir sobre los factores de vulnerabilidad relacionados con el suicidio, como por ejemplo: los de tipo socioeconómico, edad, u otros colectivos vulnerables que desarrollaremos a continuación con más detalle.

Estas intervenciones se desarrollan en la comunidad, y tienen un impacto para toda la sociedad, a través de acciones como la educación, información, sensibilización, y por supuesto: la identificación de personas en riesgo, así como el aumento de los recursos de ayuda y el aumento de la seguridad del entorno.



6.4.1. TERCERA EDAD

La población anciana es uno de los colectivos más vulnerables y con tasas más altas de suicidio; además, la depresión y la demencia son los problemas de salud mental más comunes en esta población. En 2021 fallecieron 999 mayores de 70 años por suicidio en nuestro país.

El proceso de envejecimiento de por sí es una etapa que trae consigo pérdidas, tanto a nivel físico (pérdida de movilidad, disminución de la capacidad auditiva y visual, pérdida del control de esfínteres), pérdidas de tipo sociolaboral (jubilación, per-

dida de liderazgo), pérdidas de tipo social (amistades, roles, disminución de la actividad social y del prestigio) y pérdidas cognoscitivas (capacidad de aprendizaje y memoria).

Y además: una pérdida en la calidad del sueño, el deseo sexual y la aparición de enfermedades, todo ello pertenecientes al ciclo vital.

A nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a incrementarse con la edad; algunos estudios epidemiológicos ponen de manifiesto un aumento progresivo de la tasa de suicidio a medida que los años avanzan, convirtiéndose en un fenómeno frecuente a partir de los 65 años, y siendo esta tasa de suicidio incluso de 2 a 5 veces superior con respecto a otros grupos de edad.

Otra característica dentro de este grupo poblacional es que las cifras de intentos de suicidio son menores que otros grupos etarios, pues se caracterizan por utilizar metodología con mayor letalidad y violencia, siendo las cifras de mortalidad más altas que las de los intentos de suicidio. Es decir, lo “consiguen” con mucha más frecuencia que otros grupos de edad.

Podemos decir que existen una serie de factores de riesgo dentro de las personas mayores que, si bien el factor de riesgo nunca implica causa directa de suicidio, sí es importante tenerlos en cuenta a la hora de abordar la prevención.

Algunos de estos **factores de riesgo** serían:

- Género: dentro de las personas mayores, las mujeres realizan más intentos de suicidio, pero los varones se suicidan más. (Aunque estas diferencias se reducen con el aumento de la edad).
- Edad: las tasas de suicidio crecen con la edad, sobre todo a partir de los 65 años
- Presencia de enfermedades crónicas o limitantes que puedan afectar a la autonomía (dificultades para escuchar, para ver, deterioros en la memoria o deterioros en las capacidades físicas).
- Presencia de trastornos del estado de ánimo (depresión).
- Consumo de alcohol
- Estado civil: las tasas de suicidio son superiores en viudos, solteros o separados
- Ausencia de apoyo social, aislamiento y sentimientos de soledad

- Desesperanza
- Intentos previos de suicidio: En la tercera edad, en el caso de los varones, alcanzan el propósito de quitarse la vida 9 de cada 10 personas
- Fácil acceso a medios letales
- Presencia eventos vitales estresante (diagnostico reciente de una enfermedad; hospitalizaciones recurrentes; cambios en el lugar de residencia; ser cuidador principal de una persona con dependencia; estar en duelo; dificultad para la adaptación a la jubilación)
- Situación socioeconómica con bajos ingresos económicos.
- Lugar de residencia: la tasa de mortalidad por suicidio es más elevada en los núcleos rurales aislados

¿CÓMO SE PUEDE DETECTAR SI UNA PERSONA MAYOR ESTÁ PENSANDO EN SUICIDARSE?

Aunque las personas mayores pueden mostrar menos señales de aviso o comunicar en menor medida, o de manera no explícita, sus intenciones autolíticas, no debemos perder de vista cómo este grupo de edad verbaliza o expresa las ideaciones suicidas, en ellas puede haber sentimientos de tristeza y culpa, sintiéndose *“una carga para los demás”*, ya que no quieren seguir dándole trabajo a sus seres queridos.

Podemos encontrar verbalizaciones del tipo:

“Los demás estarían más tranquilos sin mí”

“Soy un lastre para mi familia”

“Yo ya he vivido demasiado”

“Pronto dejaré de ser un estorbo”

“No tiene sentido continuar”.

A parte de las verbalizaciones, debemos tener en cuenta los cambios bruscos de humor, con empeoramiento en el estado de ánimo, mayor irritabilidad o ira, o sentimientos de desesperanza y depresión, o lo que conocemos como conductas de cierre, como, por ejemplo:

- El regalo de pertenencias
- Despedidas efusivas
- La cesión de mascotas
- Arreglar cuestiones de seguros y testamentos
- Notas de despedida
- Búsqueda del método: acumular pastillas, adquirir medios como cuerdas o armas.

Por otro lado, existen otro tipo de señales como son:

- El aislamiento social y familiar
- Sentimientos de aburrimiento y de falta de proyectos vitales

- La pérdida de interés por actividades que antes sí realizaban
- La despreocupación por la imagen o higiene
- Cambios en los hábitos de alimentación y sueño.

Una conducta característica de este grupo de edad es lo que se conoce como “*suicidio por abandono*” donde la persona deja de comer y beber, o de tomar la medicación prescrita.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LAS PERSONAS MAYORES

Uno de los mitos más extendidos en torno a la conducta suicida en

la vejez, es pensar que el sentirse solo, triste o mal, es una condición normal del proceso de envejecimiento, es por eso que, aunque la vejez sea una etapa de cambios a muchos niveles, no debemos caer en mitos como que “forma parte de la condición de las personas mayores que se sientan tristes, sin ganas, solas o desesperanzadas”, ya que esto dificultaría la petición de ayuda.

Algunas de las medidas preventivas propuestas, serían las de disminuir los factores de riesgo, y potenciar los factores de protección, a través de:

- Inclusión de actividades destinadas al mantenimiento activo de las personas mayores en la sociedad, con el fin de que asuman responsabilidades, y mantengan una actividad autónoma e independiente dentro de lo posible.
- Entrenamiento en habilidades sociales, para fomentar la mejora en las relaciones con la órbita social y familiar, con el fin de potenciar una buena red de apoyo.
- Psicoeducación sobre la importancia del mantenimiento de pautas básicas como: la alimentación, higiene, la adherencia a los posibles tratamientos, tanto médicos, farmacológicos o psicológicos, y sociales.
- Disminución de las barreras asistenciales, y contar con adecuados servicios sociales.
- Implantar ayuda a domicilio: teleayuda, telechequeo, y atención telefónica durante las 24 horas del día.

Es importante que nuestra actitud ante las personas mayores sea siempre la de tomarles en serio, haciéndoles saber que queremos ayudarles, permitiendo y facilitándole que nos expresen como se sienten.

Podemos ayudarle a recuperar el significado de su vida y del sentido de la senectud, siempre desde el cariño y el apoyo, no juzgando, ni retando y promoviendo un envejecimiento activo.

6.4.2. MIGRACIÓN



La migración es un proceso complejo que implica renunciar a una parte muy querida de tu vida, y a la pérdida de referencias como los apoyos sociales, familiares, los lugares comunes, o el entorno de trabajo.

Por todo esto, supone un duelo extremo por separación, en el cual además aparecerán decepciones por las altas expectativas que se tenían y no se han cumplido, acompañado de altos grados de incertidumbre.

Conlleva además, dejar un “modelo de vida” para incorporar una “nueva identidad”, por lo que psicológi-

camente supone una vivencia vital estresante y puede que también disruptiva.

Este duelo migratorio, traerá consigo la pérdida de apoyo social, de seres queridos y familiares, de propiedades, lengua, cultura, estatus, trabajo, añadiendo además factores de riesgo como la pérdida de seguridad, la ausencia de red de apoyo, el racismo, la situación socioeconómica, o las barreras a la hora del acceso a los recursos (tanto laborales, educativos o sanitarios). Todo ello aumentará la probabilidad de agravar el estado emocional, de la aparición de trastornos del estado de ánimo, y el aumento de las conductas suicidas.

Según la OMS, los migrantes de la región europea presentan mayor prevalencia de ansiedad y depresión, además de estrés postraumático, que la población autóctona. Dentro de la población migratoria de adolescentes, también presentaban tasas más altas de intentos de suicidio, que la población autóctona.

Existe un síndrome para definir este estrés crónico y este alto malestar presente en las personas que han tenido que dejar atrás sus vidas en

condiciones extremas, y que supone una alta fuente de malestar: Síndrome de Ulises

FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN MIGRATORIA ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

Existen una serie de factores de riesgo característicos de la migración que pueden afectar a la salud mental de las personas migratorias:

- Falta de reconocimiento en el país de destino
- Cambios en el estatus económico y social
- Dificultades con el idioma, afectando a la adaptación laboral o educacional
- Sufrir discriminación o rechazo por parte de la sociedad
- Dificultades en la adaptación tanto por barreras culturales, comunicativas o administrativas, que aumenten el aislamiento de las personas migrantes
- Dificultades en el acceso a la red sanitaria
- Viviendas inadecuadas, o zonas de riesgo social
- Situación administrativa de irregularidad
- Escaso o nulo apoyo sociofamiliar
- Sentimiento de inestabilidad y desarraigo
- Sentimientos de miedo, tristeza, confusión y desorientación.

Dentro de la población migratoria, los adolescentes son el grupo más vulnerable, ya que presentan más dificultades en la adaptación, pues su proceso de socialización y de construcción de la propia identidad, se ve interrumpido bruscamente.

Se encuentran sin un proyecto vital propio, y en una nueva sociedad donde su posible promoción se ve más dificultada por las barreras anteriormente mencionadas, es por ello que pueden mostrar conductas conflictivas, y comportamientos más ambiguos.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN MIGRATORIA

El trabajo en la prevención del suicidio debe ser multi e interdisciplinario, a través de la promoción de la salud, fortaleciendo recursos, y no dejando de lado áreas importantes como el entorno educativo en el caso de los adolescentes.

Algunas propuestas serían:

- Facilitar la elaboración del duelo migratorio a través de grupos de ayuda, donde cada persona pueda expresar como se siente y como lo ha vivido, y establecer nuevas redes de apoyo como personas que estén pasando por situaciones similares

- Conocimiento del idioma y cultura del país receptor
- Conocer los recursos tanto sociales, sanitarios, como institucionales del país receptor
- Facilitar el establecimiento de nuevos objetivos, y proyectos de vida dada la nueva situación
- Psicoeducación sobre pautas de autocuidado y bienestar personal



6.4.3 VIOLENCIA DE GÉNERO

Naciones Unidas (1993) definió la violencia contra la mujer como: *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*.

La OMS estima que el maltrato es la causa del 25% de los intentos de suicidio de las mujeres, ser víctima de violencia de género es uno de los factores de riesgo para la ideación y la conducta suicida, es por ello que es importante establecer procedimientos para detectar el riesgo, y poder prevenir la conducta suicida en aquellas mujeres y menores víctimas

de violencia de género. Además, este crecimiento es exponencial cuando la violencia ha sido sexual.

Según el observatorio de salud de la mujer, en su informe de salud y género, “El 80 % de las víctimas de violencia de género encuestadas, había pensado en el suicidio como única opción de salir de su situación, y que, de estas, un 65 % había tenido uno o más intentos autolíticos”

Ser víctima de violencia de género, hace que aparezcan o se incrementen problemas de salud mental como: el trastorno de estrés post-traumático, la ansiedad y depresión, que a su vez, son factores de riesgo de la ideación suicida.

Factores de riesgo en la conducta suicida específicos en situaciones de maltrato:

- Consecuencias físicas de la violencia
- Pérdida del rol, sentimiento de fracaso, e incluso sensación de baja realización personal
- Aislamiento familiar, social y laboral
- Baja autoestima, sentimientos de culpabilidad
- Miedo y desesperanza
- Dificultad para encontrar ayuda o recursos

Así mismo, en las menores víctimas de violencia de género se incrementa la probabilidad de ideación y/o conducta suicida, cuando encontramos los siguientes factores de riesgo:

- La madre ha sido asesinada
- Ha habido denuncias contra el agresor
- Los dos progenitores han fallecido
- Reciben la violencia de la madre de una forma directa
- Sufren acoso escolar
- Han sufrido violencia sexual

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

- Psicoeducación y desestigmatización del suicidio y la violencia de género, pues ambos fenómenos están ligados y siguen siendo tabú
- Creación de espacios seguros para trabajar la prevención del suicidio
- Desarrollar programas para trabajar la autoestima, el autoconcepto, los hábitos de vida saludables, autoafirmación positiva y la autoconfianza, que han podido verse afectados tras la situación de violencia de género
- Fomentar y reforzar la red de apoyo, tanto social como familiar

- Facilitar la reinserción laboral
- Colaboración interdisciplinar entre servicios sociales, sistemas de salud y educación, para proporcionar el desarrollo de los factores de protección tanto a las mujeres víctimas de violencia de género, como a los menores.

6.4.4. ADICCIÓN A SUSTANCIAS

Los estudios pioneros que relacionaron la tasa de riesgo de suicidio en población adicta a drogas ilegales fueron los de Kessler, Borges y Walters, quienes estimaron que la probabilidad de que una persona con un trastorno por uso de sustancias cometiera un suicidio era 5,8 veces superior, con respecto a la población general.



Otros estudios que relacionan el consumo de alcohol con la conducta suicida, encontraron que aquellas personas que hacían un uso abusivo de alcohol, presentaban un riesgo de 2-3 veces mayor, en comparación con la población general (Darvishi et al., 2015).

Además del deterioro en la salud física y mental, existen algunos **fac-**

tores de riesgo asociados al consumo de sustancias, que a su vez agravan el riesgo de suicidio, como:

- Programas de prevención y ayuda para el tratamiento de las conductas adictivas

- El síndrome amotivacional: el consumo de sustancias influye en la motivación de las personas, haciendo que experimenten sensaciones constantes de “falta de ganas”. Aquellas cosas que antes les gustaban, han perdido el valor y el interés, y ya no les apetece hacer nada.
- Alucinaciones/psicosis: alteraciones en las percepciones sensoriales que no corresponde con la realidad, y que pueden llevar a acciones peligrosas e involuntarias.
- Problemas económicos: la inversión del dinero en el consumo puede afectar también al entorno familiar y social, repercutiendo en otras áreas. Además, pueden aparecer problemas económicos debido a la pérdida del trabajo, o la dificultad para la búsqueda del mismo por la situación de consumo.
- Los trastornos mentales: el consumo de drogas puede provocar la aparición de trastornos mentales, como, por ejemplo: la depresión, la esquizofrenia, el trastorno de la personalidad, o ataques de pánico. Estas enfermedades mentales aumentan el riesgo de suicidio.
- Deterioro de las relaciones sociales: el consumo de drogas hace que la relación entre familiares y allegados se vea afectada, muchas veces este trato y comunicación se ve perjudicado, produciéndose mayor aislamiento o incluso la ruptura con sus círculos cercanos, es por ello que aumenta el aislamiento, y los sentimientos de soledad.
- El estigma social: al igual que con el suicidio, el trastorno por adicción también es uno de los temas tabú en nuestra sociedad, por lo que el estigma y la señalización están presentes en este colectivo.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADICCIÓN A SUSTANCIAS

- Psicoeducación y desestigmatización del suicidio y trastornos por consumo de sustancias, pues ambos fenómenos están ligados y siguen siendo tabú.

- Acceso a barreras asistenciales para el tratamiento y seguimiento de los trastornos por adicción.
- Desarrollar programas para fortalecer los factores de protección como el restablecimiento de las relaciones sociales y familiares, los

hábitos de vida saludables o la reinsertión laboral que han podido verse mermados tras el consumo de sustancias.

- Programas para la prevención de recaídas.



6.4.5. DISCAPACIDAD

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) establece en su Artículo 1 como definición: *“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*.

Algunos estudios realizados hasta la fecha, y que han relacionado la prevalencia de la conducta e ideación suicida con la discapacidad, apuntan que la tasa de riesgo de suicidio entre las personas de este colectivo, era de 1´9 veces

mayor que en personas sin discapacidad, además eran mayores las tasas de riesgo de suicidio en aquellas personas con lesión cerebral, trastorno mental, discapacidad física o insuficiencia renal (Lee et al. 2017).

La discapacidad se ha relacionado con mayores sentimientos de percepción de carga (carga auto percibida), sentimientos de soledad, y de pertenencia frustrada, que a su vez suponen factores de riesgo para la conducta suicida. Además, la presencia de una discapacidad física, puede suponer una alteración en la realización de las actividades de la vida cotidiana, todo ello afectando a la calidad de vida de la persona, y a su autoestima.

Por otro lado, cabe mencionar factores del tipo social asociados a la discapacidad como: las dificultades para el acceso al mundo laboral, la alta probabilidad de sufrir acoso o discriminación, y eventos sociales negativos, es por ello que se observa una probabilidad de hasta tres veces superior de ideación suicida en personas con discapacidad, respecto a personas sin discapacidad.

Una de las variables más estudiadas y relacionadas con la discapacidad ha sido los sentimientos de

soledad (Díez y Morenos, 2015), los cuales conllevan a:

- Falta de interacción social
- Percepción de no disponer de redes de apoyo
- Sensación de ser una carga, y alguien emocionalmente negativo para los demás

Cabe mencionar como las experiencias de perjuicio y discriminación pueden afectar a la autoimagen de las personas con discapacidad, afectando a su identidad y a su autoestima. Esta distancia con respecto al “estándar normativo” se traduce en una devaluación de sí mismos.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN DISCAPACIDAD

- Detección de riesgo de suicidio y seguimiento en personas con discapacidad, formando a trabajadores y allegados
- Programas de prevención y ayuda para la prevención del suicidio
- Acceso a barreras asistenciales
- Desarrollar programas para fortalecer los factores de protección como el restablecimiento de actividades de la vida cotidiana, autonomía, inserción laboral, autoestima y establecimiento de redes de apoyo que han podido verse afec-

tadas por la situación de discapacidad.

- Acceso a barreras arquitectónicas, sensibilización y visibilización por parte de la sociedad sobre la discapacidad.

6.5. PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA: EMERGENCIAS E INTERVENCIÓN EN CRISIS SUICIDAS

Cada intento de suicidio es único y particular, y cada persona cuenta con unos factores de riesgo, pero también con unos factores de protección, por lo que debería cuestionarse el empleo de “técnicas genéricas”, siendo de vital importancia adaptar la intervención a cada caso en particular.

La intervención en crisis suicidas es altamente estresante y con una alta probabilidad de fracaso, siendo en este caso las consecuencias literalmente fatales para la persona en riesgo, y de alto impacto emocional para el interviniente.

En muchas ocasiones, los profesionales que intervienen en este tipo

de situaciones con personas en riesgo no cuentan con experiencia previa ni protocolos específicos de intervención en crisis, ni tampoco con herramientas de atención telefónica a personas en riesgo inminente de suicidio.

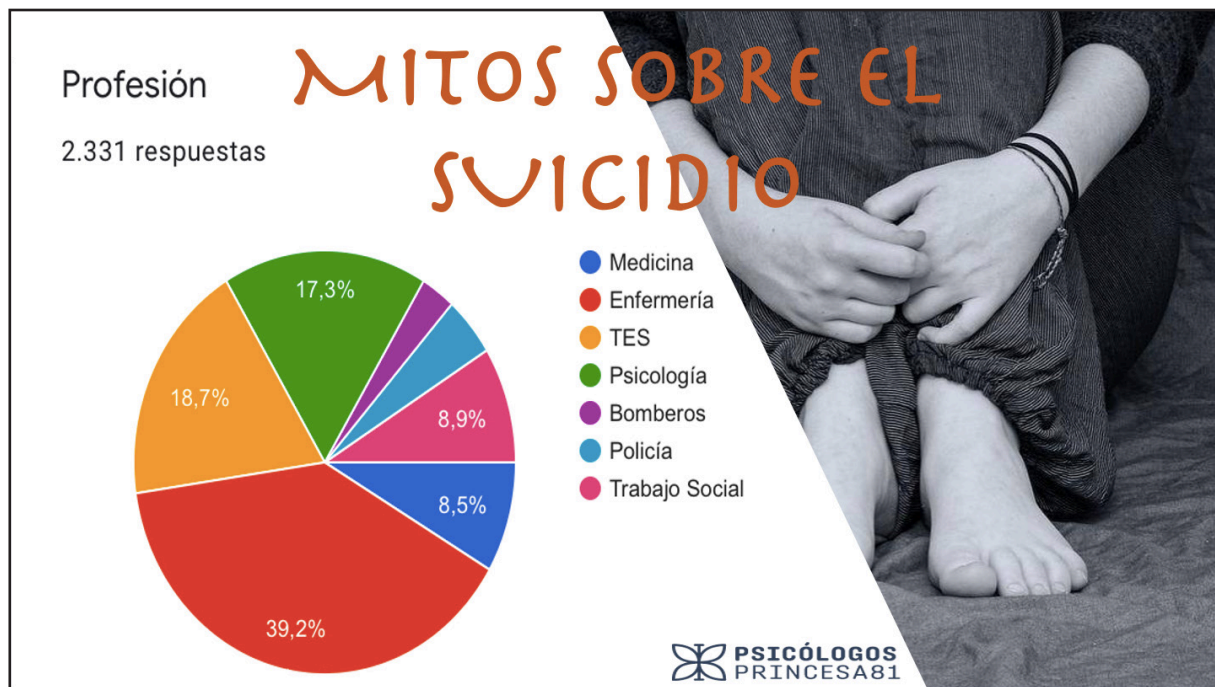
Parece conveniente contar con el mayor número de herramientas para la evaluación y detección de la inminencia del intento, así como tener previstas una serie de pautas de actuación tanto en la atención telefónica, como en la intervención presencial en suicidio en curso, para disminuir la probabilidad de que la persona en riesgo acabe con su vida.

Una intervención basada en la buena intención del interviniente, si no

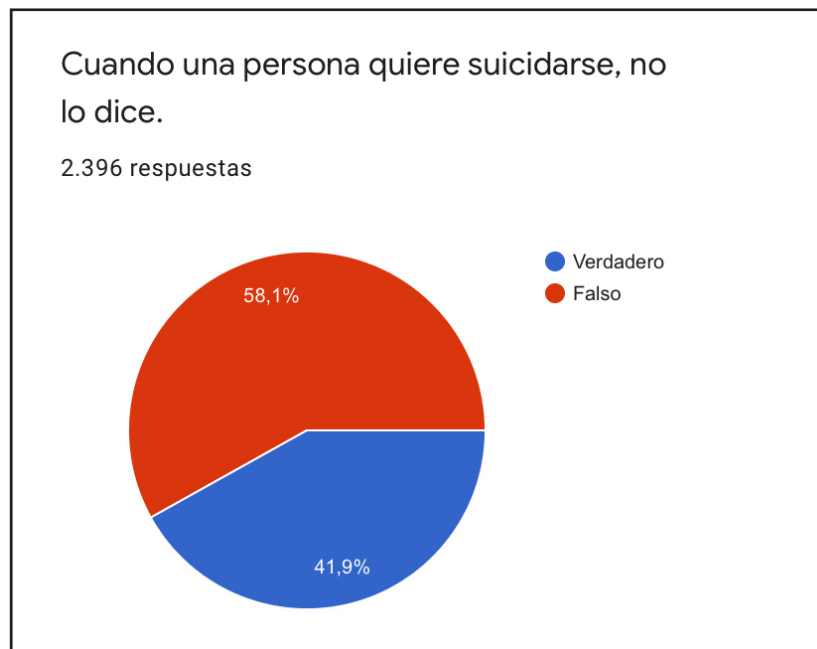
está basada en fundamentos empíricos y científicos, puede causar más daño que alivio, a pesar de esas buenas intenciones.

La responsabilidad de cada interviniente es muy alta, y no debemos desestimar las consecuencias para la propia salud mental del profesional, en el caso de no evolucionar favorablemente la intervención con la persona en riesgo de suicidio, o de verse desprotegido y falto de herramientas, o sin protocolos de actuación para afrontar este tipo de sucesos de gran impacto en la Comunidad. Uno de los principales obstáculos en la prevención del suicidio, es la presencia de mitos y creencias erróneas en torno al mismo aún vigentes entre los propios profesionales de primera línea.

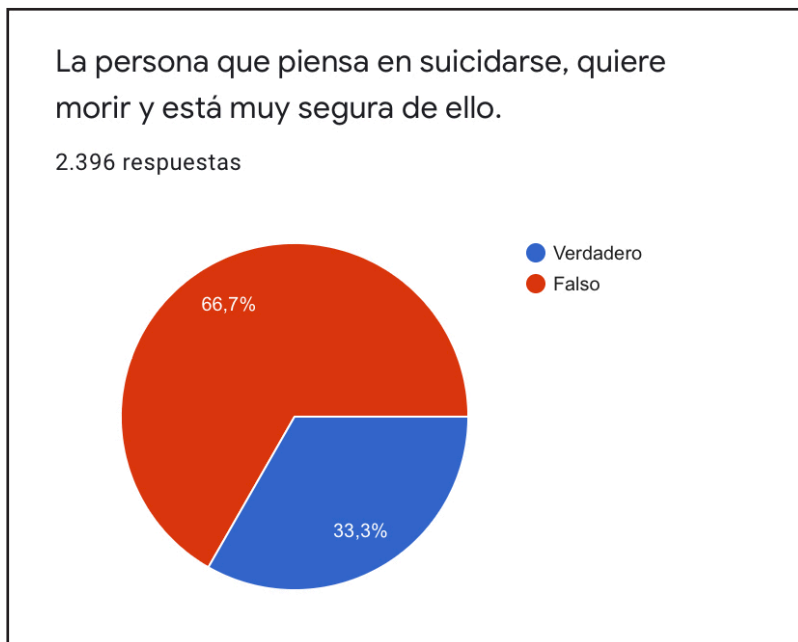
El estudio realizado por Martín-Barrajón et al. (2019), sobre una muestra de 2400 profesionales de las emergencias, demuestra la vigencia de algunos mitos en dicho colectivo con los riesgos que ello implica ante las intervenciones.



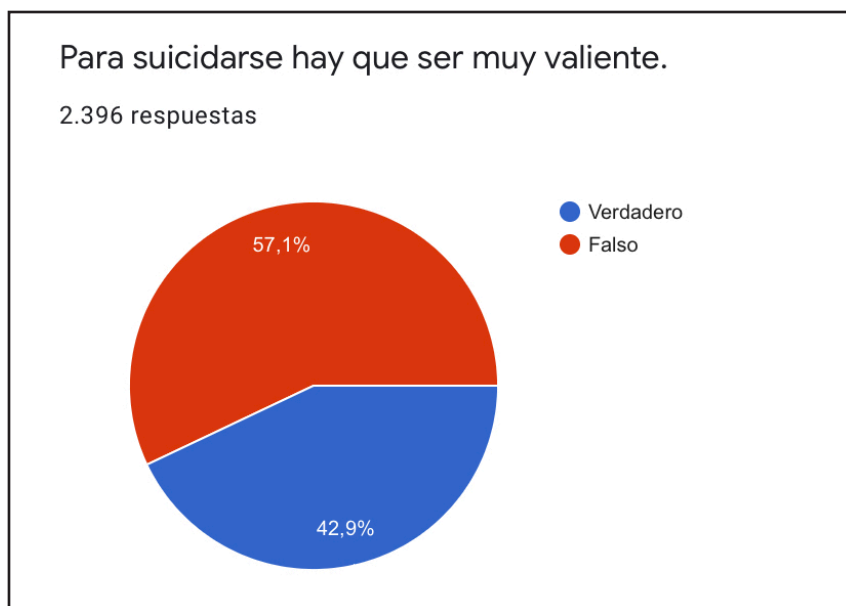
Cuando una persona quiere suicidarse, no lo dice:



La persona que piensa en suicidarse, quiere morir y está muy segura de ello



“Para suicidarse hay que ser muy valiente”.



A tenor de los datos anteriores, y con el propósito de paliar las carencias actuales, y el de optimizar las intervenciones por parte de los profesionales de primera línea, se propone en el presente plan llevar a cabo **acciones de sensibilización, formación, y entrenamiento para profesionales de primera línea, en la intervención presencial en crisis suicidas, y el desarrollo y adaptación de protocolos de actuación telefónica en crisis, así como de comunicación de malas noticias tras fallecimiento por suicidio y acompañamiento en el proceso de inicio del duelo** para todo el personal involucrado en este tipo de actuaciones.

En las siguientes fases del presente Plan Local de Prevención del Suicidio del Ayuntamiento de Tres Cantos se impartirán y desarrollarán para los profesionales de emergencias de primera línea, los protocolos de actuación elaborados para diferentes entidades públicas y privadas a lo largo de los últimos años: Algoritmo de Atención Telefónica en Crisis Suicidas desarrollado durante el SPAP (Servicio de Primera Atención Telefónica Durante la Crisis Covid-19) para el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología, e impartido en diferen-

tes CC.AA. (Operadores 112 Samur Ayto. de Madrid, Servicio del 112 Islas Baleares, 061 Andalucía, Plan Estratégico de Prevención del Suicidio del Gobierno de Aragón, Teléfono contra el Suicidio de Barcelona, Teléfono de la Esperanza Gipuzkoa, SESCAM, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Colegios Oficiales de Psicólogos..., etc.); así como los procedimientos de intervención conjunta entre Sanitarios, Bomberos y Policía elaborados para la Guía Práctica para la Intervención en Crisis Suicidas 2023 del Gobierno Vasco, Departamento de Atención Sociosanitaria- Departamento de Salud.

DIRECTORIO MUNICIPAL

Ayuntamiento de Tres Cantos

Plaza del Ayuntamiento, 1
Centralita - T: 91 293 80 00

Edificio de Familia e Igualdad

Pl/ de la Estación, 4 (mañana)
C/ Viento, 4 (tarde)
Conserje - T: 91 293 80 88

**Concejalía de Familia e Igualdad
y Concejalía del Mayor**

T: 91 293 81 27
familia@trescantos.es y
centro.mayores@trescantos.es

Servicios Sociales

T: 91 293 81 91
serviciosociales@trescantos.es

Mujer

T: 91 293 80 67
mujer@trescantos.es

Mediación familiar

mediacion.familiar@trescantos.es

Inmigración y Voluntariado

T: 91 293 80 66
inmigracion@trescantos.es
piv@trescantos.es

Personas con Discapacidad

T: 91 293 82 12
personascondiscapacidad@tres-
cantos.es

Centro de Escucha “San Camilo”

Sector Escultores, 39
T: 91 533 52 23
escucha@humanizar.es

Atención al Vecino

T: 91 293 80 10
atencion.vecino@trescantos.es

**Centro Municipal de Mayores
'Antonio Somalo'**

Avda. de los Labradores, 24

T: 91 173 05 85

cristina.colmenarejo@emstrescantos.es

**Servicio Municipal de Atención
Emocional AcompañandoTC**

acompanandotc@trescantos.es

Whatsapp: 634 856 208

**Equipo Psicopedagógico
Centro Municipal 21 de Marzo**

C/ Viento, 4. (Por las mañanas se accede por la Plaza de la Estación, 3)

T: 91 293 80 27

equipo.psicopedagogico@trescantos.es

Asesoría Jurídica Familiar

asesoria.familia@trescantos.es

Servicio de Orientación socio-sanitario para familias con menores de 14 años

T: 900 314 015

Servicio de Orientación socio-sanitario para mayores de 65 años

T: 900 151 180

Casa de la Juventud

Sector Literatos, 12

T: 91 293 81 50

Whatsapp: 620763057

Telegram: t.me/Cjuventud3C

8

OTROS RECURSOS DE INFORMACIÓN Y AYUDA

- **Emergencias:** 112
- **Línea de Atención a la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad:** 024
- **Teléfono de la Esperanza:**
717.003.717
- **Teléfono Fundación ANAR:**
900.20.20.10 ó 116.111
- **App PrevenSuic:**
<https://prevensuic.org>
- **Fundación Española para la Prevención del Suicidio:**
<https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio>
- **Colegio Oficial de la Psicología de Madrid:**
<https://www.copmadrid.org/web/el-colegio/hablemos/suicidio>
Teléfono: 91.541.99.99
- **Red Nacional de Psicólogos Expertos en Suicidio de Psicólogos Princesa 81:**
<https://psicologosprincesa81.com/asociacionp81/red-nacional-psicologos-expertos-suicidio/>
Teléfono: 679.278.988



Documento elaborado por Psicólogos Princesa 81, S.L.P.

- Rebeca Alcocer Velarde
- Luis Fernando López Martínez
- Pedro Martín-Barrajón Morán
- M^a Dolores Portela Oviedo

Febrero 2023

Diseño y maquetación: David Ruiz López

Las imágenes usadas en esta guía tienen copyright de pch.vector en Freepik



AYUNTAMIENTO
TRES CANTOS