

MANUAL

Detectar, acompañar y proteger

FICHAS DE CONSULTA RÁPIDA

Prevención de la conducta suicida y la autolesión

*Material orientado a profesionales, personas en situación de riesgo,
familiares, allegados y personas cuidadoras*

AYUNTAMIENTO DE COLLADO VILLALBA

Comunidad de Madrid

Elaborado por ISNISS Psicología y Formación, S.L.P.

El contenido de esta publicación se ha editado por el Ayuntamiento de Collado Villalba gracias al convenio establecido con la Comunidad de Madrid dentro del Plan de Prevención del Suicidio 2022-2026 de la Comunidad de Madrid

COORDINACIÓN y revisión de la edición

Antonio Gamonal García y Virginia Hidalgo Morcillo. Responsables del Programa de Bienestar emocional y Prevención de la Conducta Suicida. Ss Sociales de Atención Primaria de Collado Villalba.

AUTORES

- Dr. Luis Fernando López Martínez. Codirector Isniss Psicología y Formación. Director Área Terapéutica
- Eva M. Carretero. Codirectora Isniss Psicología y Formación. Directora Área de Formación

Consultoría y revisión realizada por los siguientes miembros de comité de Bienestar Emocional y prevención de la conducta suicida de Collado Villalba:

- Sheila Ramos Gómez. Centro Tratamiento de Adicciones de Collado Villalba
- Daniel Gómez Fernández. Psicólogo del Centro de atención temprana. Fundación Apascovi
- Francisco Javier Rodríguez Contreras Pediatra. Centro de salud Collado Villalba Estación
- Begoña González Basabe. Servicio de Bienestar emocional y prevención conducta suicida de Collado Villalba. Instituto Safman. Servicios Sociales de atención primaria de Collado Villalba
- Lorena García-Romeral Fariñas. Equipo de orientación del Colegio Maristas Santa María de Collado Villalba
- Lydia Morgan Alcantarilla Álvarez. Servicio de Bienestar emocional y prevención conducta suicida de Collado Villalba. Instituto Safman. Servicios Sociales de atención primaria de Collado Villalba
- Equipos de Centro de Día del Menor y la familia, y de educación de calle de Aldeas Infantiles de Collado Villalba

Presentación

La conducta suicida y las autolesiones constituyen un importante problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, su impacto social y sanitario, y su carácter potencialmente prevenible. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 700.000 personas fallecen cada año por suicidio, siendo una de las principales causas de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes. Además, por cada suicidio consumado se producen múltiples intentos y episodios de autolesión, los cuales incrementan significativamente el riesgo de futuras conductas suicidas.

La evidencia científica señala que el suicidio es un fenómeno multicausal que no puede explicarse únicamente desde la perspectiva clínica. Los determinantes sociales, educativos, económicos y culturales ejercen una influencia decisiva en la aparición y distribución del riesgo de este problema. Entre estas variables asociadas están aquellas relacionadas con la salud mental, el bienestar emocional y las redes y recursos sociales que dan apoyo y soporte a la población. Diversas experiencias en diversos países de nuestro entorno señalan la prevención como un factor clave a abordar por cualquier comunidad que quiera responder de manera eficaz a este problema. Es desde la comunidad, sus entidades y su ciudadanía, donde mejor se puede abordar una conducta de este tipo.

Por ello, en un esfuerzo conjunto por promover el bienestar emocional y prevenir las conductas suicidas y de autolesión en el municipio, se ha realizado diversas iniciativas desde el ayuntamiento de Collado Villalba, fruto del convenio de colaboración con la Comunidad de Madrid para el desarrollo de la Atención Social Primaria y otros programas de las Servicios Sociales de las entidades locales y en el marco del Plan de Prevención del Suicidio 2022-2026 impulsado por el Gobierno regional.

Entre estas iniciativas destacaremos:

1. Constitución de un Comité Intersectorial de Promoción del Bienestar Emocional y Prevención de la Conducta Suicida y de Autolesiones.
2. Creación de un Servicio de Bienestar emocional y prevención de la conducta suicida
3. Elaboración de diversos estudios de la situación de esta conducta en nuestro municipio entre los años 2024 y 2026
4. Elaboración de una guía de recursos de este sector

5. Actividades comunitarias como la semana de la promoción de la salud mental
6. Actividades de formación y dotación de herramientas e instrumentos de apoyo a las personas profesionales de la atención comunitaria y primaria para el abordaje de la prevención de la conducta autolesiva y suicida

En este último sector es donde enmarcamos el material que ahora presentamos. En este contexto, la Atención Primaria y Comunitaria ocupa una posición estratégica para la prevención, la detección precoz y el abordaje integral de la conducta suicida. Diversos estudios han demostrado que entre el 70 % y el 90 % de las personas que fallecen por suicidio habían tenido contacto con un profesional de atención primaria durante el año previo a su muerte, y aproximadamente entre el 40 % y el 60 % habían acudido a consulta en el mes anterior. Estos datos ponen de manifiesto que la atención primaria representa una oportunidad clave para identificar factores de riesgo, explorar la presencia de ideación suicida e iniciar intervenciones preventivas.

Estas fichas de apoyo al personal profesional pretenden ofrecer a la diversidad de profesionales un soporte científico, práctico y validado a su intervención en este ámbito de actuación. Se han diseñado de manera que sean fácilmente accesibles y replicables en la práctica a modo de guiones de actuación que faciliten una práctica profesional viable y rigurosa, respetuosa con las personas que pueden estar viviendo una situación que compromete su desarrollo y salud. Para ello se ha intentado abarcar un abanico amplio de los diferentes momentos y situaciones que profesionalmente se pueden encontrar en el proceso de actuación.

En conjunto, la evidencia científica respalda que una atención primaria accesible, continuada, centrada en la persona y basada en la detección precoz, la evaluación sistemática del riesgo, la intervención temprana y la coordinación interdisciplinar constituye uno de los pilares fundamentales para prevenir la conducta suicida y autolesiva. Fortalecer las herramientas de intervención de los equipos profesionales de Atención Primaria y Comunitaria representa, por tanto, una intervención coste-efectiva con un elevado potencial para reducir la morbilidad asociada al suicidio especialmente cuando forman parte de estrategias multicomponente.

Esperamos que estas fichas sean de utilidad a nuestros equipos

Centro de Servicios Sociales de Atención Social Primaria.

Ayuntamiento de Collado Villalba

Índice

Introducción pág. 7

PARTE I. FICHAS PARA PROFESIONALES

- | | |
|--|---------|
| 1. Mitos y realidades sobre la autolesión y el suicidio | pág. 9 |
| 2. Factores de riesgo, factores de protección y factores precipitantes | pág.13 |
| 3. Señales de alerta | pág. 17 |
| 4. Ante una sospecha de riesgo. Cómo acoger y crear un contexto de confianza | pág. 24 |
| 5. Preguntas clave. Exploración de la ideación suicida | pág. 26 |
| 6. La importancia de la confidencialidad | pág. 27 |
| 7. Qué decir y qué no decir | pág. 30 |
| 8. Qué hacer y qué no hacer ante la autolesión y la conducta suicida | pág. 35 |
| 9. Qué hacer en situación de crisis | pág. 39 |
| 10. Qué hacer cuando la persona rechaza la ayuda | pág. 42 |
| 11. Estrategias de regulación emocional | pág. 46 |
| 12. Duelo por suicidio | pág. 48 |
| 13. Autocuidado del profesional | pág. 56 |
| 14. Cribado breve y testeo por niveles | pág. 60 |
| 15. Indicadores de registro de atenciones realizadas | pág. 65 |
| 16. Vocabulario de interés | pág. 67 |

PARTE II. FICHAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE RIESGO pág. 70

- | | |
|--|---------|
| 17. Mitos y realidades | pág.71 |
| 18. Señales de alerta | pág.72 |
| 19. Factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo | pág. 73 |
| 20. Estrategias de regulación emocional | pág. 74 |
| 21. Qué puedo decir cuando necesito ayuda | pág. 75 |
| 22. Qué hacer cuando aparece la idea de morir | pág. 76 |
| 23. Mi plan de seguridad | pág. 77 |
| 24. Si he sobrevivido a un intento. Ficha para personas supervivientes | pág. 78 |

PARTE III. FICHAS PARA FAMILIARES, ALLEGADOS Y PERSONAS CUIDADORAS pág. 80

25. Mitos y realidades	pág. 82
26. Señales de alerta	pág. 83
27. Qué decir y qué no decir	pág. 84
28. Qué hacer y qué no hacer	pág. 85
29. Tú también importas	pág. 86
30. Acompañarme en mi propio duelo. Ficha para personas en duelo por suicidio	pág. 87
31. Comunicar un suicidio a menores de edad ¿cómo hacerlo?	pág. 91
32. Recursos de ayuda	pág. 93

PARTE IV. RECURSOS DE AYUDA AMPLIADOS) pág. 95

32. Recursos nacionales y autonómicos)	pág. 97
33. Recursos en Collado Villalba).	pág. 98
34. Recursos digitales y orientación online)	pág. 101

ANEXO. CUADERNO COMPLETO DE FICHAS (F-01 a F-43) pág. 103

Índice de fichas	pág. 104
Parte A. Fichas para profesionales	pág. 106
Parte B. Fichas para personas en situación de riesgo	pág. 128
Parte C. Fichas para familiares y allegados de personas en situación de riesgo	pág. 138

Introducción

En muchas ocasiones, las personas expresan su malestar en entornos educativos, sociales, familiares o comunitarios, antes que en dispositivos sanitarios especializados. A veces lo hacen de forma directa, diciendo que no pueden más, que están agotadas o que no quieren seguir viviendo. En otras ocasiones, lo hacen de forma más silenciosa y se aíslan, cambian bruscamente de conducta, abandonan actividades, se autolesionan, se muestran irritables, desesperanzadas o dejan señales preocupantes en redes sociales, pero en cualquiera de los casos, se trata de personas que están sufriendo y este dolor necesita ser atendido de forma urgente.

Por eso es imprescindible que los equipos profesionales que trabajan en estos espacios cuenten con herramientas básicas para detectar señales de alerta, acoger y sostener a la persona con cuidado, preguntar de forma clara, valorar cuándo puede existir riesgo y activar los recursos de ayuda que sean necesarios.

Su papel, entonces, no consiste en realizar una valoración especializada, sino en identificar de forma temprana posibles señales de alerta, facilitar con su apoyo una intervención preventiva que contribuya a reducir la escalada del problema antes de que sea necesaria una actuación propiamente sanitaria o derivar a un recurso especializado si la situación así lo requiriera. Su función, a estos niveles, puede ser decisiva.

Con esta finalidad, esta guía de fichas nace para facilitar esa primera respuesta. Ofrece orientaciones claras y prácticas sobre qué observar, qué decir, qué evitar, cómo preguntar por la ideación suicida, qué hacer si la persona rechaza ayuda, cómo implicar a la familia, cuándo pedir apoyo externo y cómo actuar ante una situación de crisis.

Asimismo, incluye fichas que se pueden trabajar y entregar a las personas en riesgo, así como a sus familiares y allegados.

Este material no sustituye los protocolos de cada servicio, la coordinación con recursos sanitarios o sociales, ni la valoración especializada cuando sea necesaria. Su finalidad es ayudar a actuar con más seguridad, más claridad y más cuidado en los primeros momentos.

El objetivo final es que ningún profesional se sienta solo o desorientado ante una situación de riesgo, y que ninguna persona en sufrimiento quede sin una primera respuesta humana, segura y bien orientada.

Este apartado aspira a situar al personal profesional ante un papel adecuado y realista. No se trata de que actúe como un terapeuta ni de exigirle una valoración clínica completa, sino de ofrecerle herramientas para detectar señales de alarma, sostener una primera conversación, reducir el riesgo inmediato y activar los recursos adecuados.

En muchas ocasiones, las personas expresan su malestar antes en entornos educativos, sociales, familiares o comunitarios que, en dispositivos sanitarios especializados, lo que convierte la intervención sociocomunitaria en parte fundamental en la prevención del suicidio. Por ese motivo es necesario que quienes desarrollan su labor en estos dispositivos tengan las herramientas necesarias para detectar y sostener posibles situaciones de riesgo.

PARTE I Fichas para profesionales



1. Mitos y realidades sobre la autolesión y el suicidio

Los mitos son creencias erróneas ampliamente difundidas en una comunidad, que se transmiten con facilidad y se aceptan como si fueran ciertas, aunque en realidad simplifican, distorsionan o contradicen la realidad.

Cuando hablamos de conductas autolesivas, los mitos resultan especialmente preocupantes, ya que pueden fomentar el silencio, aumentar el estigma, dificultar que las personas pidan ayuda y llevar a quienes acompañan a minimizar señales relevantes o a actuar desde el miedo. Por ello, es fundamental identificarlos y sustituirlos por mensajes claros, útiles y respetuosos.

Desmentir estos mitos no es por tanto una cuestión meramente informativa, sino que tiene un impacto directo en la práctica profesional. Por ejemplo, cualquier profesional que cree que “hablar del suicidio puede provocarlo” evitará explorar la ideación suicida, cuando realmente la evidencia científica ha demostrado de forma consistente que preguntar de manera empática y directa sobre pensamientos suicidas no aumenta el riesgo, sino que reduce la angustia y facilita la búsqueda de ayuda.

Del mismo modo, creencias como “solo busca llamar la atención” o “si lo quisiera hacer de verdad, ya lo habría hecho” pueden llevar a minimizar el sufrimiento de una persona y retrasar intervenciones que podrían salvar su vida. La autolesión, por su parte, es frecuentemente malinterpretada como manipulación, cuando la investigación muestra que se trata de una estrategia disfuncional de regulación emocional ante un dolor psíquico que la persona no sabe gestionar de otro modo.

FICHA. MITOS SOBRE LA AUTOLESIÓN

MITO	REALIDAD
La autolesión es un intento de suicidio fallido.	La autolesión sin intención suicida y la conducta suicida son dos conductas diferentes que se diferencian principalmente en la intención con la que se lleva a cabo la conducta.
Las personas que se autolesionan lo hacen para llamar la atención.	Reducir la autolesión a “llamar la atención” constituye una interpretación simplista e injusta. La autolesión, en muchos casos, refleja una necesidad de ser visto o de pedir ayuda ante la dificultad para encontrar otras vías de expresión del malestar emocional.
Si no hay heridas graves, no es preocupante.	La gravedad de la herida no refleja la gravedad del sufrimiento. Una persona con heridas superficiales puede estar experimentando un dolor emocional tan intenso como alguien con heridas más profundas.
La autolesión es una “moda” de adolescentes.	Si bien la autolesión es más frecuente durante la adolescencia, no se limita a esta etapa ni puede explicarse como una “moda”. Puede aparecer a cualquier edad y suele relacionarse con dificultades en la regulación y gestión de las emociones.
Solo se autolesionan las personas con un trastorno mental.	Aunque la autolesión es más frecuente en población clínica, no todas las personas que se autolesionan presentan necesariamente un trastorno mental.
Autolesionarse es hacerse cortes.	El “cutting” es una de las formas más habituales de autolesión, pero no es la única. La autolesión puede manifestarse de distintas maneras y todas ellas merecen atención.
Con el tiempo se le pasará solo/a.	Si no se realiza una intervención adecuada, la autolesión puede llegar a cronificarse. Cuanto más tiempo se mantiene la conducta, más difícil es abandonarla porque se convierte en la principal estrategia de afrontamiento de la persona.

FICHA. MITOS SOBRE EL SUICIDIO

MITO	REALIDAD
Hablar sobre el suicidio puede provocarlo.	Hablar sobre el suicidio de manera abierta, directa y cuidadosa no aumenta el riesgo; al contrario, puede brindar alivio y conectar a la persona con la ayuda.
Quien habla de suicidio no lo hará.	Expresar ideas de muerte o suicidio es una señal de alarma que hay que tomarse en serio.
El suicidio ocurre sin previo aviso.	A menudo hay señales previas, aunque a veces pueden pasar desapercibidas. La mejora en la detección temprana y en el acceso a la ayuda son fundamentales para reducir el riesgo.
Si la muerte no se consuma, no quería morir; es una llamada de atención.	Etiquetar estas conductas como “llamar la atención” supone una minimización del riesgo y del sufrimiento. Todo intento de suicidio debe ser entendido como una expresión de malestar psicológico grave y como clara señal de necesidad inmediata de ayuda.
La persona que muere por suicidio está decidida a morir.	En la gran parte de los casos, la persona que muere por suicidio no quiere morir, sino dejar de sufrir, y no encuentra otra alternativa al sufrimiento que la muerte.
Quien ha intentado morir por suicidio una vez, lo seguirá intentando hasta conseguirlo.	No necesariamente. Las crisis suicidas suelen ser episodios delimitados en el tiempo, con inicio y fin. El antecedente aumenta el riesgo y requiere seguimiento, pero muchas personas no vuelven a realizar nuevas tentativas.
Solo se suicidan las personas con algún tipo de trastorno mental.	Pese a que los trastornos mentales pueden aumentar el riesgo, el suicidio no es un trastorno mental, ni tiene que estar necesariamente asociado a uno.
El suicidio es un acto impulsivo que no se puede prevenir.	Aunque la impulsividad es un importante factor de riesgo, con frecuencia existen señales previas que indican que la persona está atravesando un periodo de especial malestar y vulnerabilidad. Acompañar, reducir riesgos, activar una red de apoyo y facilitar atención especializada es imprescindible para prevenir el suicidio.
Quien muere por suicidio es cobarde o valiente.	La persona que muere por suicidio es una persona que sufre y no encuentra otra alternativa a su sufrimiento que la muerte. Hablar de “cobardía/valentía” estigmatiza y aleja de

	la ayuda.
Solo mueren por suicidio personas de determinada edad, clase o grupo social.	Puede haber grupos con mayor vulnerabilidad, pero el riesgo no se limita a un único perfil. Este mito genera falsa seguridad y dificulta la prevención y la detección precoz.



- Desmentir mitos es una medida preventiva que reduce el estigma y facilita la petición de ayuda.
- Cada mito que se mantiene (“es para llamar la atención”, “si lo dice no lo hará”) puede traducirse en minimización del riesgo, retraso en la intervención y más soledad para quien está sufriendo.
- Hablar con responsabilidad, sin juicios y con orientación a la ayuda y difundir recursos, no solo no aumenta el riesgo, suele aliviar y abrir una puerta a la ayuda.
- La información veraz protege: cuando el entorno entiende lo que está pasando, puede responder con calma, claridad y acompañamiento, en vez de con miedo o rechazo.
- El silencio es terreno fértil para los mitos. Nombrar lo que pasa con respeto y cuidado es una forma de cuidar la vida.
- En prevención, lo importante no es “tener la frase perfecta”, sino estar disponible, escuchar y activar apoyos cuando sea necesario

2. Factores de riesgo, factores de protección y factores precipitantes



Los factores de riesgo son aquellas características, circunstancias o condiciones que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle conducta suicida. Los factores de protección, por el contrario, son aquellos que reducen dicha probabilidad o amortiguan el impacto de los factores de riesgo.

Es importante entender que ningún factor de riesgo por sí solo es determinante ni predictivo. La presencia de múltiples factores de riesgo, y especialmente la ausencia de factores de protección, configuran una situación de mayor vulnerabilidad y que, por lo tanto, aumenta la posibilidad de que aparezcan este tipo de conductas. Por esto, es importante que cuando se realiza una evaluación, esta debe contemplar ambos tipos de factores de forma simultánea, buscando siempre fortalecer los factores protectores.

Hay algunos factores, tanto de riesgo como de protección, que son comunes a toda la población y que por lo tanto pueden aparecer en distintos perfiles y contextos -como por ejemplo los trastornos mentales, el aislamiento o la soledad no deseada-, mientras que hay otros que están asociados a un determinado colectivo.

Estos factores varían significativamente según la etapa del ciclo vital. Así, la infancia y adolescencia, la edad adulta y la vejez presentan perfiles de riesgo y protección diferenciados que requieren abordajes específicos.

En este contexto, no podemos olvidar los factores precipitantes, que son aquellos eventos o situaciones inmediatas que pueden desencadenar una crisis en personas vulnerables y que merecen una principal atención, ya que su detección permite una intervención preventiva inmediata.

FICHA. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

FACTORES PERSONALES	
Tentativas de suicidio previas	Buen estado de salud física
Desesperanza	Buen estado de salud mental
Dolor emocional intenso	Autoestima saludable
Sensación de fracaso personal	Habilidades sociales
Depresión	Estilo de afrontamiento positivo
Trastornos mentales	Habilidades de comunicación
Impulsividad elevada	Regulación emocional
Baja tolerancia a la frustración	Creencias espirituales
Déficits de habilidades en resolución de problemas	Valores prosociales
Consumo de sustancias (alcohol u otras drogas)	Red social de apoyo de calidad
Victimización por violencia	
Aislamiento social	
Soledad no deseada	
Presencia de autolesión	
Acceso a medios letales	

FACTORES FAMILIARES	
Factores de riesgo	Factores de protección
Antecedentes familiares de suicidio	Relaciones familiares saludables
Disfunción familiar	Cohesión familiar
Entorno familiar muy exigente	Confianza
Rigidez familiar	Respeto
Enfermedad física o mental en la familia	Flexibilidad
Consumo de sustancias en familiares	Seguridad
Maltrato intrafamiliar	

FACTORES ACADÉMICOS Y LABORALES	
Factores de riesgo	Factores de protección
Acoso escolar	Relaciones saludables en la institución
Acoso laboral	Formación específica
Autoexigencia elevada	Protocolos de prevención y actuación
Malestar asociado al desempeño	Conexión con recursos externos
Ausencia de formación específica para la labor a desempeñar	
FACTORES COMUNITARIOS Y SOCIALES	
Factores de riesgo	Factores de protección
Duelo	Apoyo social de calidad
Pérdida de un ser querido	Acceso a recursos eficaces
Ruptura de pareja	Información veraz
Desempleo	Concienciación social
Fracaso escolar	
Soledad no deseada	
Aislamiento social	
Barreras de acceso a recursos sanitarios y comunitarios	

FICHA. FACTORES PRECIPITANTES (DESENCADENANTES PRÓXIMOS)

Ruptura sentimental reciente o conflicto interpersonal grave.

Pérdida de un ser querido (incluidas las mascotas).

Humillación pública o pérdida de estatus o reputación.

Problemas legales o judiciales.

Diagnóstico de enfermedad grave o crónica, o de enfermedad mental.

Pérdida de empleo o crisis económica.

Alta hospitalaria reciente (primeras semanas: período de alto riesgo).

Aniversarios de pérdidas o eventos traumáticos.

Acceso a medios letales.

Consumo de alcohol u otras sustancias.

Acoso (presencial u online).

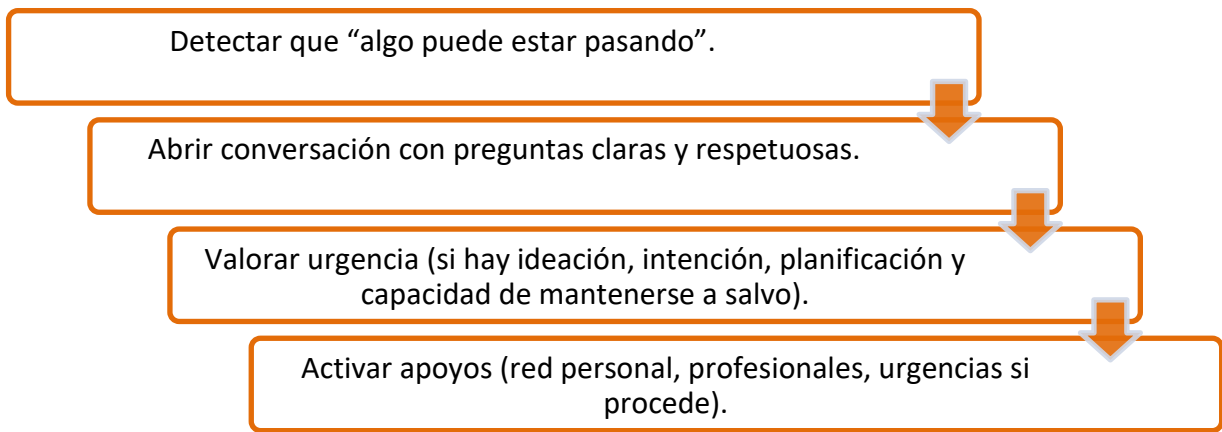
Episodios de violencia de género.

Muerte por suicidio en el entorno cercano.

3. Señales de alerta

Las señales de alerta son indicios observables (verbales y no verbales) que pueden indicar riesgo de autolesión y/o riesgo de conducta suicida. Reconocerlas permite actuar a tiempo: acercarse, preguntar, valorar seguridad y activar apoyos.

Las señales de alerta pueden ser verbales o no verbales. Su función principal es:



A) Señales verbales

Directas. Comentarios relacionados con la muerte o el suicidio (directos o indirectos) o la idea de desaparecer.

- “Quiero morirme”, “me voy a suicidar”, “no quiero seguir viviendo”.
- “Pronto dejaré de ser una carga”, “cuando me vaya, estaréis mejor”.
- “He decidido acabar con todo”.

Indirectas

- Comentarios negativos sobre el futuro: “no tengo futuro”, “no vale la pena seguir adelante”, “no puedo más”, “no veo salida”, “ojalá no despertara”.
- Comentarios negativos sobre uno mismo: “soy un fracaso”, “no sirvo para nada”, “me siento una carga”, “soy un problema para todos”.

- Verbalizaciones de hastío/cansancio de vivir, desesperanza, soledad/falta de apoyo, culpa/vergüenza/rabia, inutilidad, temor (“nada tiene sentido”, “estoy acabado/a”).
- Despedidas verbales o escritas a personas significativas (incluyendo cartas, notas o mensajería): “gracias por todo”, “perdona por...”, o “cerrar asuntos”.
- Verbalizaciones de desesperanza/derrota: “nada va a cambiar”, “da igual lo que haga”, “no hay salida”.

Expresiones que merecen atención particular:

- Carga percibida: “soy un estorbo”, “estaríais mejor sin mí”.
- Agotamiento vital: “estoy cansado/a de vivir”, “no quiero seguir luchando”.
- Deseo de desaparecer (ideación pasiva): “ojalá no despertara”, “me gustaría desaparecer”.
- Autodesprecio y culpa extrema: “no valgo”, “lo arruino todo”, “no merezco estar aquí”.
- Atrapamiento/visión de túnel: “solo hay dos opciones...”, “no veo alternativa”.
- Miedo a perder el control: “tengo miedo de hacer una locura”, “no sé qué soy capaz de hacer”.

B) Señales no verbales

Conductuales

- Aislamiento repentino, cortar contacto, dejar actividades significativas.
- Regalar pertenencias, ordenar papeles, “poner todo en regla”.
- Despedidas (visitas inesperadas, mensajes a varias personas).
- Cambios bruscos en el autocuidado: abandono marcado o, a veces, “preparación” inusual.
- Conductas de riesgo incrementadas (impulsividad, consumo, temeridad).
- Insomnio severo o hipersomnia mantenida.

- Descenso brusco del rendimiento académico/laboral.
- Cambios bruscos y repentinos en el comportamiento.
- Abandono de las actividades cotidianas.
- Falta de interés en actividades de ocio y escolares; apatía/tristeza; actitud pasiva.
- Aumento del aislamiento y falta de contacto con personas significativas; abandono de actividades deportivas y de ocio.
- Consumo de alcohol u otras sustancias (habitual, ocasional o en aumento).
- Cambios de horarios en hábitos de alimentación y forma de vida.

Emocionales y cognitivas

- Tristeza intensa, ansiedad aguda, agitación.
- Anhedonia (nada apetece, nada alivia) y fatiga extrema.
- Desesperanza persistente.
- Sensación de “desconexión”, embotamiento emocional o “vacío”.
- Aumento de irritabilidad, agresividad o conflictos sin causa aparente.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Cambios bruscos del estado de ánimo: pasar de un estado muy bajo a una calma repentina tras un periodo de sufrimiento (puede indicar decisión tomada, especialmente si coincide con despedidas u ordenamiento).

 **ATENCIÓN
IMPORTANTE**

- Una señal de alerta no equivale a “riesgo seguro”, equivale a “hay que estar más pendiente y preguntar”.
- El riesgo suele aumentar cuando las señales son nuevas, intensas, persistentes o aparecen varias a la vez.
- Hablar de suicidio y preguntar de forma clara y respetuosa no empeora la situación, suele reducir tensión y facilita que la persona pida ayuda.
- Presta especial atención a la comunicación no verbal (gestos, conducta, cambios de rutina): a menudo “dicen” más que las palabras.
- Las señales pueden ser directas (relacionadas con ideación/intención/plan) o indirectas (más inespecíficas; pueden reflejar malestar o un problema de salud mental y no implican necesariamente riesgo suicida).
- Las conductas de cierre son conductas preparatorias orientadas a “dejar todo resuelto” o “cerrar etapas” como si la persona estuviera poniendo un punto final. En prevención del suicidio se consideran especialmente relevantes porque pueden indicar intencionalidad o decisión y, por tanto, requieren preguntar y valorar riesgo de forma inmediata.

FICHA. SEÑALES DE ALERTA

VERBALES

Tipo	Indicadores / ejemplos
Directas - Expresiones explícitas de suicidio o deseo de morir.	“Quiero morirme” · “Me voy a suicidar” · “No quiero seguir” · “He decidido acabar con todo” · “Cuando me vaya estaréis mejor”.
Indirectas -Desesperanza, visión de túnel, ideación pasiva, sentirse una carga, atrapamiento, miedo a perder el control.	“No hay salida” · “No tengo futuro” · “No puedo más” · “Ojalá no despertara” · “Soy una carga” · “No sé de qué soy capaz”.

NO VERBALES

Tipo	Indicadores / ejemplos
Conductuales - aislamiento, abandono de actividades, cambios de rutina y autocuidado, conductas de riesgo, alteraciones del sueño, bajada de rendimiento.	Retirada social · Dejar aficiones · Temeridad · Insomnio/hipersomnia · Descenso del rendimiento académico o laboral · Cambios importantes en hábitos.
Emocionales/cognitivas - tristeza intensa, ansiedad/agitación, anhedonia, vacío/embotamiento, irritabilidad, conflictos, dificultad para concentrarse o decidir, calma repentina tras estar muy mal.	Malestar persistente · Irritabilidad · Cambio brusco a “calma” (atención si coincide con despedidas u otras conductas de cierre).

SEÑALES DE ALERTA DE AUTOLESIÓN

- Lesiones o cicatrices frecuentes o inexplicables.
- Llevar abundante material de curas.
- Ropa de manga larga fuera de temporada.
- Evitar piscina o duchas.
- “Accidentes” repetidos o inexplicables.
- Salidas frecuentes al baño en situaciones de activación emocional.
- Sangre o manchas de desinfectantes en la ropa.

SEÑALES DE ALERTA EN EL ENTORNO DIGITAL

- Publicaciones repetidas con contenido de desesperanza, vacío o despedida.
- Compartir contenido relacionado con la muerte o el suicidio (imágenes, canciones, citas).
- Cambios bruscos en la actividad online.
- Mensajes privados de despedida o agradecimiento inusual.
- Búsquedas de información sobre métodos letales o lugares de riesgo.
- Participación en foros o comunidades que normalizan la autolesión o el suicidio.
- Regalar cuentas digitales, contraseñas o archivos personales.
- Uso de hashtags o códigos asociados a autolesiones (#sh, #selfharm, etc.).
- Publicar notas o mensajes de despedida.
- Cierre de cuentas en redes sociales.

FICHA. CONDUCTAS DE CIERRE

Las conductas de cierre son conductas preparatorias orientadas a “dejar todo resuelto” o “cerrar etapas”, como si la persona estuviera poniendo un punto final. Su detección obliga a preguntar y valorar riesgo de forma inmediata.

Visitas inesperadas a personas cercanas (en actitud “de despedida”), llamadas o mensajes a personas con las que no se hablaba, agradecimientos intensos, disculpas, cerrar “cabos sueltos”.

Resolver asuntos pendientes (documentación, cuentas, conversaciones “necesarias”).

Cierre o limpieza de huella digital: cerrar cuentas, borrar contenido, bloquear a gente significativa.

“Dejarlo todo en orden “en casa: limpieza u orden inusual, clasificar pertenencias, etiquetar cosas “para” alguien.

Regalar o repartir objetos valiosos o significativos (sin un motivo claro) y frases tipo “prefiero que lo tengas tú”.

Cartas o notas de despedida (o mensajes similares).



4. Ante una sospecha de riesgo. Cómo acoger y crear un contexto de confianza

La acogida es un momento fundamental en la atención de las personas en situación de riesgo. Antes de preguntar al usuario o a la usuaria por la presencia de una posible ideación suicida o autolesión, es necesario crear un contexto mínimo de seguridad interpersonal en el que la persona pueda hablar de su sufrimiento sin miedo a ser juzgada o minimizada. La entrevista debe realizarse en un lugar seguro, donde la persona pueda hablar libremente, sin temor a ser escuchada por terceros.

La acogida debe transmitir calma, disponibilidad, ausencia de juicio y claridad sobre los límites del rol profesional. El profesional debe acercarse sin dramatizar, sin minimizar y sin convertir la conversación en un interrogatorio.

Competencias clave: comunicación compasiva, escucha activa, construcción de vínculo y evitación de actitudes estigmatizantes o de juicio hacia la autolesión y/o la conducta suicida.



Componentes esenciales de una acogida eficaz

- Encuadre físico: un espacio privado, sin interrupciones, con tiempo suficiente.
- Actitud del profesional: escucha activa, empatía genuina, postura corporal abierta, ausencia de juicio.
- Comunicación verbal y escucha activa: preguntas abiertas, validación emocional, normalización de la petición de ayuda.
- Transparencia sobre el proceso: qué va a ocurrir, qué puede esperar la persona, cuáles son los límites.

FICHA. ACOGIDA INICIAL ANTE CONDUCTAS DE RIESGO

Objetivo: crear un contexto de seguridad, confianza y colaboración.

PROTOCOLO DE ACOGIDA

Paso	Cómo hacerlo
Crear un espacio seguro	Lugar privado, sin interrupciones, tiempo suficiente. Postura abierta y cercana.
Comunicar disponibilidad	“Estoy aquí para escucharte. Tienes todo el tiempo que necesites.”
Escucha activa	Contacto visual, asentimientos, silencios respetuosos, parafraseos, resúmenes. No interrumpir.
Validar sin juzgar	“Lo que sientes tiene sentido dada tu situación.”
Normalizar la petición de ayuda	“Has dado un paso muy importante al hablar de esto.”
Preguntar con calidez y claridad	Ver Ficha de preguntas clave.
No prometer lo que no se puede cumplir	Ser sincero y honesto sobre los límites.
Transmitir esperanza realista	“Hay opciones y personas que pueden ayudarte.”

5. Preguntas clave. Exploración de la ideación suicida



Cuando la acogida ha generado un mínimo de confianza, conviene preguntar de forma clara, directa y sin rodeos. Las preguntas eufemísticas, las que esconden la palabra “suicidio” o las que dan rodeos suelen aumentar la sensación de tabú y dificultan que la persona se abra.

FICHA. PREGUNTAS CLAVE. EXPLORACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA

PREGUNTAS BÁSICAS	
Dimensión	Preguntas
Apertura	“¿Has pensado alguna vez en hacerte daño?” “¿Has tenido pensamientos de que la vida no merece la pena o de que sería mejor no estar?” “¿Has pensado en la muerte?”; “¿Has pensado en tu muerte?”
Ideación	“¿Has pensado en el suicidio?”
Intensidad y frecuencia	“¿Con qué frecuencia aparecen esos pensamientos? ¿Cuánto duran?”
Intención	“Cuando aparecen estos pensamientos, ¿sientes que podrías hacerte daño o quitarte la vida?”
Planificación	“¿Has pensado cómo lo harías?” (explorar cómo, cuándo y dónde)
Acceso a medios	“¿Tienes ahora acceso a algo con lo que podrías hacerte daño?” · “¿Tienes acceso a medios para hacerlo?”
Preparativos	“¿Has hecho algo para prepararlo o despedirte?”
Intentos previos	“¿Has intentado suicidarte en el pasado? ¿Cuándo? ¿Cómo?”
Estado actual	“¿Has consumido alcohol u otras sustancias?” ¿Estás durmiendo correctamente? ¿Te sientes fuera de control?”
Factores precipitantes	“¿Ha pasado algo recientemente que haya aumentado tu malestar?”
Protección y apoyo	“¿Hay algo o alguien que te haga querer seguir?” · “¿Has hablado con alguien más sobre esto?” · “¿Hay algo que te haría sentir un poco mejor ahora mismo?”
Seguridad	“¿Puedes comprometerte a estar acompañado/a y alejarte de cualquier medio de daño mientras pedimos ayuda?”

6. La importancia de la confidencialidad



La confidencialidad es un deber profesional y un derecho de la persona atendida. El Código Deontológico del Consejo General de la Psicología de España establece el deber de secreto profesional sobre la información obtenida en el ejercicio profesional, salvo en caso de consentimiento expreso o en los supuestos legalmente previstos.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, reconoce el derecho a la confidencialidad de los datos de salud, pero también permite intervenciones indispensables sin consentimiento cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica y no es posible obtener autorización.

Es recomendable que la confidencialidad se explique desde el inicio como una norma básica del vínculo profesional, pero no como una promesa absoluta de secreto. Cuando existe riesgo grave para la vida, la integridad o la seguridad de la persona, el profesional debe activar la ayuda. En ese caso, se compartirá solo la información imprescindible, con las personas o recursos necesarios y, siempre que sea posible, informando previamente a la persona e implicándola en la decisión.

Explicar al paciente o usuario esta dualidad del compromiso de confidencialidad, pero con límites claros, es una tarea delicada que debe realizarse al inicio de la relación profesional, no en el momento de la crisis. Si la persona conoce de antemano cuáles son las excepciones a la confidencialidad y entiende que estas responden a la protección de su vida y no a una traición de confianza, es más probable que acepte la intervención cuando sea necesario romper la confidencialidad.

En el caso de los menores de edad, la situación resulta algo más compleja, ya que las obligaciones legales de informar a los tutores legales y, en caso de que proceda, a los servicios de protección a la infancia, añaden una capa de complejidad que debe ser manejada con sensibilidad. Es fundamental explicar al menor por qué se informa a sus

padres o tutores, dejando claro que es para protegerle, no para castigarle. También es importante involucrarle, en la medida de lo posible, en el proceso.



Ejemplo · Encuadre de la confidencialidad

“Quiero que sepas que este es un lugar seguro y que todo lo que hablemos aquí es confidencial: puedes hablar con libertad, sin miedo a que lo que digas se comparta fuera de este espacio.

Solo hay una excepción: si en algún momento aparece algo que pudiera suponer un riesgo grave para ti o para otras personas, tendremos que pedir ayuda para protegerte. En ese caso, no lo haríamos de cualquier manera ni a tus espaldas, lo hablaríamos y juntas veríamos cuál es la mejor forma de hacerlo, a quién necesitamos implicar y qué información es realmente necesario compartir.

En caso de que esto ocurriera, es importante que sepas que solo compartiríamos lo estrictamente necesario para cuidar tu seguridad o la de la otra persona; el resto de lo que aquí hablemos seguirá siendo confidencial.”

En caso de menores de edad: la información debe adaptarse a su madurez y debe preservarse su participación. En España, la Ley 41/2002 regula el consentimiento por representación y establece que, cuando existe grave riesgo para la vida o la salud del menor, el consentimiento corresponde al representante legal, después de escuchar y tener en cuenta la opinión del menor.

FICHA. CONFIDENCIALIDAD Y SUS LÍMITES

MARCO LEGAL Y DEONTOLÓGICO

- ▶ Código Deontológico (Consejo General de la Psicología de España): secreto profesional, salvo consentimiento expreso o supuestos legales.
- ▶ Ley 41/2002: derecho a la confidencialidad y excepción cuando hay riesgo inmediato grave.
- ▶ Menores: consentimiento por representación; escuchar y tener en cuenta la opinión del menor.

ENCUADRE INICIAL · NO EN LA CRISIS

- ▶ Confidencialidad como norma básica del vínculo.
- ▶ Excepción única: riesgo grave para sí o para terceros.
- ▶ Si se activa, se hace con la persona, no a sus espaldas, compartiendo solo lo imprescindible.

MODELO DE FRASE



“Todo lo que hablamos es confidencial. Solo hay una excepción: si aparece algo que pueda suponer riesgo grave para ti o para otra persona, pediremos ayuda para protegerte. Lo haríamos contigo, no a tus espaldas, compartiendo solo lo imprescindible.”

7. Qué decir y qué no decir



En situaciones de sufrimiento intenso, ideación suicida o conductas autolesivas, el lenguaje y las palabras que empleamos importan. Las palabras pueden sostener, calmar y abrir caminos de ayuda, o bien aumentar la vergüenza, el aislamiento y el cierre.

A continuación, se ofrecen orientaciones claras y realistas sobre qué decir y qué no decir en situaciones de riesgo. No se busca proporcionar frases perfectas ni discursos cerrados, sino ayudar a construir una comunicación ética, respetuosa y coherente con un enfoque de cuidado, seguridad y trabajo en red.

Antes de hablar

Antes de iniciar cualquier conversación, es importante tener presentes tres ideas clave:

- Prioridad absoluta: seguridad, vínculo y activación de apoyos.
- Tono: sereno, directo y respetuoso, sin dramatizar ni minimizar.
- Objetivo: acompañar y orientar, no convencer ni resolver en ese momento.



Hablar de suicidio o autolesión de forma clara, directa y responsable no aumenta el riesgo:
reduce la incertidumbre y permite proteger mejor.

FICHA. QUÉ DECIR Y NO DECIR

PARA TRANSMITIR APERTURA Y DISPONIBILIDAD

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
"Gracias por decírmelo."	"Tranquilo/a, no es para tanto."
"Me importa lo que te está pasando."	"No digas tonterías."
"Estoy aquí contigo y vamos a buscar ayuda de forma segura."	"No pienses esas cosas."
"No estás solo/a en esto."	"Con lo que tú tienes, no deberías sentirte así."

Estas frases transmiten presencia, interés y disponibilidad sin generar presión. Las del lado derecho minimizan el sufrimiento y suelen cerrar la comunicación.

VALIDAR EL SUFRIMIENTO SIN REFORZAR LA CONDUCTA

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
"Tiene sentido que te sientas desbordado/a con lo que estás viviendo."	"Eso es solo una llamada de atención."
"Entiendo que estés buscando una forma de parar este dolor."	"Lo haces para manipular."
"Podemos sostener este momento sin que tengas que hacerlo a solas."	"Eres débil / egoísta."
"Lo que sientes es importante y merece atención."	"Piensa en el daño que harías a tu familia."

Validar no significa estar de acuerdo con la conducta, sino reconocer el dolor. Las frases del lado derecho generan culpa, vergüenza y suelen aumentar el aislamiento.

PREGUNTAR CON CLARIDAD Y RESPETO

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
“Cuando dices que no puedes más, ¿has pensado en hacerte daño o en morir?”	“No estarás pensando en hacer una locura, ¿no?”
“¿Es algo que aparece a ratos o está muy presente ahora?”	“¿Por qué harías eso?”
“¿Qué ha pasado para que hoy sea especialmente difícil?”	“¿Cómo puedes pensar algo así?”
“¿Te sientes en peligro en este momento?”	“Cuéntame todos los detalles.”

Las preguntas deben ser directas, sin rodeos ni eufemismos. El tono acusatorio o morboso suele bloquear la conversación.

CONTENCIÓN EN EL MOMENTO

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
“Estoy contigo.”	“Cálmate.”
“Vamos a centrarnos en las próximas horas, no en todo el futuro.”	“Si quisieras, podrías controlarlo.”
“¿Qué te ayuda aunque sea un poco a bajar la intensidad?”	“No llores.”
“¿Te parece bien que busquemos a alguien de confianza para que esté contigo ahora?”	“Te voy a explicar por qué estás así.”

Estas frases ayudan a reducir la activación y a ganar tiempo. Ordenar o interpretar suele aumentar la distancia emocional.

SEGURIDAD Y ACOMPAÑAMIENTO

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
“No quiero que te quedes solo/a ahora; vamos a buscar apoyo.”	“Prométeme que no lo harás.”
“Vamos a alejarnos de aquello que pueda aumentar el riesgo.”	“No se lo voy a decir a nadie pase lo que pase.”
“Si hay peligro, necesitamos pedir ayuda; lo haremos contigo.”	“Yo me encargo de todo.”
“Lo importante es que estés cuidado/a mientras buscamos apoyos.”	

Estas frases introducen medidas de protección sin confrontar. Promesas imposibles o mensajes culpabilizadores aumentan el riesgo.

CONEXIÓN CON APOYOS Y RECURSOS

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
“Vamos a pedir apoyo ahora; te acompaño a hacerlo.”	“Eso ya no es cosa mía.”
“Podemos llamar juntos/as a un recurso de ayuda.”	“Si no aceptas ir, no puedo hacer nada.”
“¿A quién podemos avisar hoy para que esté contigo?”	“Esto se queda aquí y ya está.”
“Buscaremos la opción que te resulte más llevadera, pero no cortamos el apoyo.”	

La activación de recursos debe vivirse como cuidado, no como castigo. Desentenderse rompe el vínculo y deja a la persona sola.

EN CASO DE AUTOLESIÓN SIN INTENCIÓN SUICIDA

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
"Me gustaría entender qué te aporta hacerte daño."	"Lo haces porque es una moda."
"No voy a juzgarte; me importa tu seguridad."	"Eso no es grave."
"¿Te has hecho daño hoy?"	"Así acabarás suicidándote."
"Busquemos alternativas más seguras para esos momentos."	"Enséñame las heridas." · "Si quisieras morir lo harías."

El alarmismo o la intrusión suelen empeorar la situación.

CIERRES QUE MANTIENEN EL VÍNCULO

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
"Gracias por confiar en mí."	"Bueno, ya hablaremos."
"Hablar de esto hoy ha sido importante."	"Seguro que mañana estás mejor."
"Hablemos del siguiente paso y quién estará contigo."	"No vuelvas a pensar en esto."
"No tienes que pasar por esto solo/a."	

Cerrar sin un plan de actuación aumenta la sensación de abandono.

8. Qué hacer y qué no hacer ante la autolesión y la conducta suicida

La verbalización de ideas de muerte o suicidio, así como la presencia de conductas autolesivas, constituye en cualquier contexto social o comunitario una señal de alerta de máxima relevancia. Las personas profesionales que trabajan en ámbitos educativos, sociales, juveniles, comunitarios o de atención directa ocupan una posición clave como figuras de referencia, detección temprana y acompañamiento inicial.

A continuación, se presenta un marco claro y concreto sobre qué hacer y qué no hacer ante estas situaciones. Su finalidad es facilitar una actuación serena, ética y coordinada, que proteja a la persona en situación de vulnerabilidad, al propio profesional y al dispositivo comunitario, favoreciendo siempre el trabajo en red.

Objetivo de la primera respuesta profesional

Ante la verbalización o detección de conductas suicidas o autolesivas, el objetivo principal del profesional es:

- Ofrecer presencia, calma y contención emocional inicial
- Sostener el vínculo y la comunicación sin juicio.
- Priorizar la seguridad inmediata.
- Ganar tiempo para aplazar cualquier decisión de daño.
- Activar apoyos adecuados dentro del entorno y la red comunitaria.

Principios básicos de actuación

Toda intervención inicial debe apoyarse en estos principios:

- La seguridad es prioritaria cuando existe riesgo.
- Escuchar es más importante que dar respuestas.
- Preguntar con claridad reduce la incertidumbre y la ansiedad.
- Acompañar no implica hacerse cargo en solitario.
- El trabajo en red es una medida de protección.

FICHA. QUÉ HACER ANTE IDEACIÓN SUICIA O AUTOLESIÓN

1. Crear un entorno seguro

- Buscar un espacio tranquilo, privado y sin interrupciones.
- Mantener un tono de voz calmado y una postura abierta.
- Transmitir disponibilidad real, sin prisas ni presiones.
- Evitar reacciones de alarma o urgencia innecesaria.

2. Escuchar para comprender

- Permitir que la persona se exprese sin interrumpir.
- Escuchar sin discutir, corregir o cuestionar.
- Mostrar interés genuino por su vivencia.
- Verificar comprensión resumiendo brevemente lo escuchado.

3. Validar el sufrimiento

- Reconocer el dolor sin justificar la conducta.
- Diferenciar claramente entre sufrimiento y acciones de riesgo.
- Agradecer la confianza depositada al compartir algo difícil.

Ejemplos de frases

“Gracias por contármelo, entiendo que lo estás pasando muy mal.”

“Me importa lo que te está ocurriendo.”

“Estoy aquí contigo y podemos ir paso a paso.”



4. Preguntar con claridad y respeto

Hablar abiertamente sobre suicidio o autolesión no induce la conducta; reduce la tensión y permite proteger mejor.

- Preguntar de forma directa, sin rodeos ni eufemismos.
- Explorar cuándo aparecen estas ideas y qué intensidad tienen.
- Preguntar si la persona se siente en peligro en ese momento.

Ejemplos

“Cuando dices que no puedes más, ¿has pensado en hacerte daño o en morir?”

“¿Es algo que aparece a ratos o está muy presente ahora mismo?”



5. Reconocer la ambivalencia

- Identificar que suele coexistir una parte que sufre y otra que quiere seguir.
- Explorar vínculos, valores o responsabilidades significativas sin imponer razones externas.
- Reforzar cualquier motivo de cuidado, aunque sea pequeño.

6. Aplazar la decisión

- Proponer no tomar decisiones definitivas en ese momento.
- Centrar el acuerdo en el aquí y ahora (horas, día actual).
- Reforzar la idea de atravesar el momento con apoyo.

7. Activar apoyos y coordinar

- Compartir la situación con el equipo o la coordinación correspondiente.
- Contactar con figuras de referencia del entorno cuando sea pertinente.
- Activar recursos comunitarios o institucionales si el riesgo lo requiere.
- Dejar constancia de las actuaciones realizadas.

FICHA. QUE NO HACER ANTE IDEACIÓN SUICIDA

Evitar minimizar o trivializar

- No restar importancia a lo expresado.
- No interpretar la situación como manipulación o exageración.
- No cerrar el tema por incomodidad personal

Evitar juzgar o culpabilizar

- No reprochar ni responsabilizar a la persona de su sufrimiento.
- No imponer valores, creencias o lecciones morales.
- No comparar su situación con la de otras personas

Evitar el alarmismo o la confrontación

- No amenazar ni utilizar el miedo como control.
- No discutir la lógica de lo que siente.
- No convertir la conversación en un interrogatorio.

Evitar promesas inviables

- No prometer confidencialidad absoluta si hay riesgo.
- No asegurar soluciones que no dependen del profesional.
- No asumir responsabilidades que exceden el rol comunitario.

Evitar actuar en soledad

- No gestionar la situación sin apoyo del equipo o la red.
- No retrasar la activación de recursos necesarios.
- No dejar sola a la persona si existe riesgo elevado.

9. Qué hacer en situación de crisis



Una crisis suicida es una situación en la que la persona se encuentra en un estado de sufrimiento agudo y el riesgo de suicidio es elevado o inminente.

En estos casos, la prioridad no es convencer, discutir ni buscar explicaciones profundas. La prioridad es proteger la vida, reducir el riesgo inmediato y activar ayuda urgente.

La actuación en crisis requiere una combinación de serenidad, empatía y estructura. El personal profesional debe ser capaz de mantener la calma, escuchar sin juzgar, evaluar el riesgo de forma rápida y activar los recursos necesarios que garanticen la seguridad de persona usuaria.

El paso fundamental, ante una situación de riesgo inminente, es llamar al 112. Esto debe hacerse especialmente si la persona tiene un plan inmediato, dispone de medios para hacerse daño, está intoxicada o bajo los efectos de alguna sustancia, se encuentra muy agitada, desorientada o desregulada, no puede comprometerse a mantenerse a salvo o el personal profesional o la familia no puede garantizar su seguridad.

Mientras se activa y llega la ayuda, la persona no debe quedarse sola. Es importante permanecer con ella todo el tiempo, mantener un tono sereno y evitar respuestas de alarma, reproche o confrontación. Puede decirse algo sencillo y firme, por ejemplo: “Ahora mismo lo más importante es que estés a salvo. Voy a acompañarte en esta situación. Vamos a pedir ayuda”.

También conviene reducir el acceso a cualquier medio con el que pudiera hacerse daño, siempre que pueda hacerse sin aumentar el riesgo ni entrar en una confrontación. Lo adecuado es hacerlo de forma calmada, acompañada y colaborativa.

Si la persona rechaza la ayuda, es importante no convertir la situación en una discusión. Puede validarse su miedo o su enfado, pero manteniendo el límite de su seguridad: “Entiendo que no quieras que llamemos. Sé que puede asustarte. Pero ahora mismo me

preocupa tu vida y voy a quedarme contigo en esta situación. Si te parece, vamos a intentar hacerlo de la forma más cuidadosa posible”.

En la llamada al 112 debe transmitirse la información de manera clara y concreta. Se debe indicar dónde está la persona, qué ha ocurrido, qué ha dicho, si existe riesgo inmediato, si ha habido una tentativa, si está sola o acompañada, si hay consumo de alcohol u otras sustancias, si hay acceso a medios y qué apoyos hay presentes en ese momento.

Una vez activado el servicio de emergencias (112), el papel del personal profesional o de la persona acompañante es sostener la situación hasta que llegue la ayuda, hablar con calma, no saturar con preguntas, no minimizar el sufrimiento y no hacer promesas que no se vayan a poder cumplir.

Cuando la crisis se haya contenido, será necesario registrar todo lo ocurrido: las señales detectadas, verbalizaciones relevantes, preguntas realizadas, personas o servicios contactados, hora de llamada al 112, indicaciones recibidas, medidas adoptadas para reducir el riesgo y el seguimiento posterior. Es importante tener en cuenta que este registro no es un mero trámite administrativo, sino que ayuda a garantizar la seguridad de la persona en riesgo y de los equipos profesionales implicados.

FICHA. QUÉ HACER EN SITUACIÓN DE CRISIS. ACTUACIÓN INMEDIATA

1. Mantener la calma. Tu serenidad es terapéutica.



2. Garantizar la seguridad inmediata.



3. Llamar al 112.



4. No dejar sola a la persona en ningún momento.



5. Escuchar sin juzgar: permitir que la persona exprese su sufrimiento.



6. Validar el dolor: “entiendo que estás sufriendo mucho ahora mismo”.



7. Retirar el acceso a medios letales.



8. Activar la red de apoyo (si procede).



9. Si hay autolesión activa, atender la herida física.



10. Acompañar hasta la llegada de los servicios de emergencia.



11. Documentar la intervención realizada

10. Qué hacer cuando la persona rechaza la ayuda



Que una persona rechace la ayuda no significa necesariamente que no la necesite.

A veces el rechazo aparece por miedo, vergüenza, desconfianza, experiencias previas negativas o temor a perder el control sobre lo que va a ocurrir después. Por eso, la primera respuesta no debe ser presionar, discutir ni interpretar el rechazo como falta de colaboración. La prioridad es mantener el vínculo, garantizar la seguridad y ofrecer ayuda de la forma menos invasiva posible.

Sin embargo, es importante diferenciar dos situaciones: cuando existe riesgo inminente y cuando, aunque hay sufrimiento o ideación suicida, no parece haber una emergencia inmediata. La distinción entre estas dos situaciones es imprescindible, ya que es lo que va a marcar los pasos a seguir a continuación.

En caso de riesgo inminente, no se debe negociar la seguridad. Aunque la persona rechace la ayuda, es necesario activar recursos urgentes, llamar al 112, acompañarla en todo momento y permaneciendo con ella hasta que llegue la ayuda.

Si no existe riesgo inminente, pero la persona rechaza hablar, acudir a un recurso o implicar a su familia, conviene bajar la exigencia y ofrecer opciones pequeñas en lugar de plantear la ayuda como un todo o nada. Puede proponerse un primer paso asumible: quedarse acompañada un rato, llamar al 024, avisar a una persona concreta, retirar temporalmente aquello con lo que podría hacerse daño, aceptar una nueva conversación más tarde o permitir que se deje concertada una cita. Es importante tratar de equilibrar el respeto a la autonomía de la persona con la necesidad de garantizar su seguridad, utilizar las medidas menos restrictivas posibles e implicar a la persona en la toma de decisiones siempre que sea posible.

También es importante explorar el motivo del rechazo. No es lo mismo que la persona rechace ayuda porque teme que se entere su familia, porque no quiere ir a urgencias,

porque ha tenido malas experiencias previas o porque siente que nada va a servir. Preguntar con calma puede abrir una vía de colaboración.

Cuando el rechazo se relaciona con la familia, debe evitarse plantear la comunicación como una amenaza. La implicación familiar o de personas cuidadoras debe explicarse como una medida de protección, no como un castigo. Siempre que sea posible, se debe acordar con la persona a quién avisar, qué decir y qué no decir.

Si la persona mantiene el rechazo, conviene dejar una puerta abierta, pero sin olvidar que la prioridad es la seguridad. Puede acordarse un seguimiento cercano, facilitar recursos por escrito, pactar una nueva llamada o encuentro, identificar una persona de apoyo y revisar qué hará si el riesgo aumenta. La Línea 024 puede utilizarse como recurso de orientación y contención cuando no hay una emergencia vital inmediata.

Desde el punto de vista profesional, todo rechazo de ayuda debe registrarse con claridad: qué ayuda se ofreció, qué rechazó la persona, qué motivos expresó, qué nivel de riesgo se valoró, qué alternativas aceptó, qué recursos se facilitaron, qué medidas de seguridad se tomaron y qué seguimiento quedó acordado. Este registro es especialmente importante cuando se decide respetar la negativa y también cuando, por riesgo grave, se activa ayuda urgente pese al rechazo.

FICHA. QUÉ HACER CUÁNDO SE RECHAZA LA AYUDA

Situación	Respuesta profesional
Riesgo inminente	No negociar la seguridad. Acompañar, no dejar sola a la persona, activar 112 o urgencias, informar lo necesario y documentar.
Riesgo no inminente, pero rechazo de ayuda	Explorar ambivalencia, validar autonomía, ofrecer opciones pequeñas y concretas: “¿Qué podrías aceptar ahora: llamar al 024, avisar a una persona, quedarte con alguien una hora, acudir mañana a una cita?”
Rechazo por miedo a consecuencias	Aclarar qué información se compartirá, con quién y para qué. Reforzar control compartido: “No quiero decidir por ti más de lo imprescindible para protegerte, ¿qué te parece si pensamos juntas la mejor forma de hacerlo?”
Rechazo familiar	Psicoeducar, explicar señales de alarma, pautar acompañamiento, reducir acceso a medios letales y activar urgencias si aumenta el riesgo.

Cuando una persona rechaza ayuda, no conviene discutir, amenazar ni ridiculizar. Es mejor reducir la exigencia y proponer pasos pequeños:

En lugar de...	Prueba con...
"Si no haces caso, me enfado."	"Me preocupa tu seguridad. Quiero acompañarte en esta situación"
"Tienes que ir a un profesional de la psicología ya."	"¿Qué ayuda sí aceptarías ahora?"
"Entonces no puedo hacer nada."	"Aunque no quieras hablar, puedo quedarme contigo."

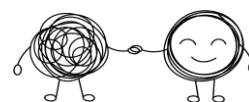


- Ante el rechazo de ayuda conviene recordar tres ideas:

no confrontar, no abandonar y no minimizar.

- Si no hay emergencia inmediata, se trabaja desde la colaboración y los pasos pequeños.
- Si hay riesgo grave o inminente, la prioridad es proteger la vida, aunque la persona no pueda aceptar ayuda en ese momento.

11. Estrategias de regulación emocional



La regulación emocional se refiere a la capacidad de una persona para identificar, comprender y gestionar sus estados emocionales de forma adecuada. Las dificultades en la regulación emocional constituyen un factor transversal presente en la mayoría de las conductas autolesivas y suicidas, en las que la persona experimenta un dolor emocional tan intenso que siente que no tiene herramientas para manejarlo y recurre a estrategias disfuncionales (como la autolesión) o a la idea de la muerte como única vía de escape.

FICHA. ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Estrategia	Descripción / Ejemplo
Identificación emocional	Nombrar la emoción: “¿qué estoy sintiendo ahora?”. Usar escalas visuales (0-10) para identificar intensidad.
Técnicas de grounding (anclaje)	<i>Técnica 5-4-3-2-1:</i> identificar 5 cosas que se ven, 4 que se tocan, 3 que se oyen, 2 que se huelen, 1 que se saborea.
Respiración diafragmática	Inspirar 4 seg., mantener 4 seg., exhalar 6 seg. Repetir hasta notar reducción de activación.
Acción opuesta	Actuar en la dirección opuesta al impulso emocional. Si el impulso es aislarse, llamar a alguien.
Distracción funcional	Actividades que requieren atención: puzzles, ejercicio físico moderado, cocinar, escribir.

Tolerancia al malestar	Aceptar el momento de crisis sin intentar eliminarlo de inmediato. <i>Técnicas TIPP:</i> • <i>Temperatura</i> (por ejemplo, aplicar frío en el cuerpo: una compresa fría, hielo envuelto en un paño o salpicar agua fría en tu rostro durante 15 a 30 segundos mientras se aguanta la respiración) • <i>Intensidad de ejercicio</i> (hacer algún ejercicio de alta intensidad: correr rápida, fondos, flexiones...). • <i>Patrón respiratorio</i> (aplicar ejercicio de respiración diafragmática). • <i>Relajación muscular Progresiva.</i>
Expresión emocional segura	Escribir un diario emocional, dibujar, componer música. Canalizar la emoción de forma no dañina.
Reestructuración cognitiva	Identificar pensamientos distorsionados y generar alternativas más realistas y compasivas.
Planificación de actividades agradables	Programar diariamente al menos una actividad que proporcione placer o sentido de logro.
Búsqueda de apoyo interpersonal	Identificar personas de confianza y pedir ayuda específica cuando se necesita.

12. Duelo por suicidio



El duelo por suicidio es una experiencia profundamente dolorosa que presenta características diferenciadas respecto a otros tipos de duelo. Los supervivientes del suicidio (término que designa a las personas cercanas que han perdido a un ser querido por suicidio) enfrentan un proceso de duelo marcado por la culpa (“podría haberlo evitado”), las preguntas repetitivas, la búsqueda obsesiva de sentido (“¿por qué?”), el estigma social, la vergüenza y, con frecuencia, un profundo aislamiento.

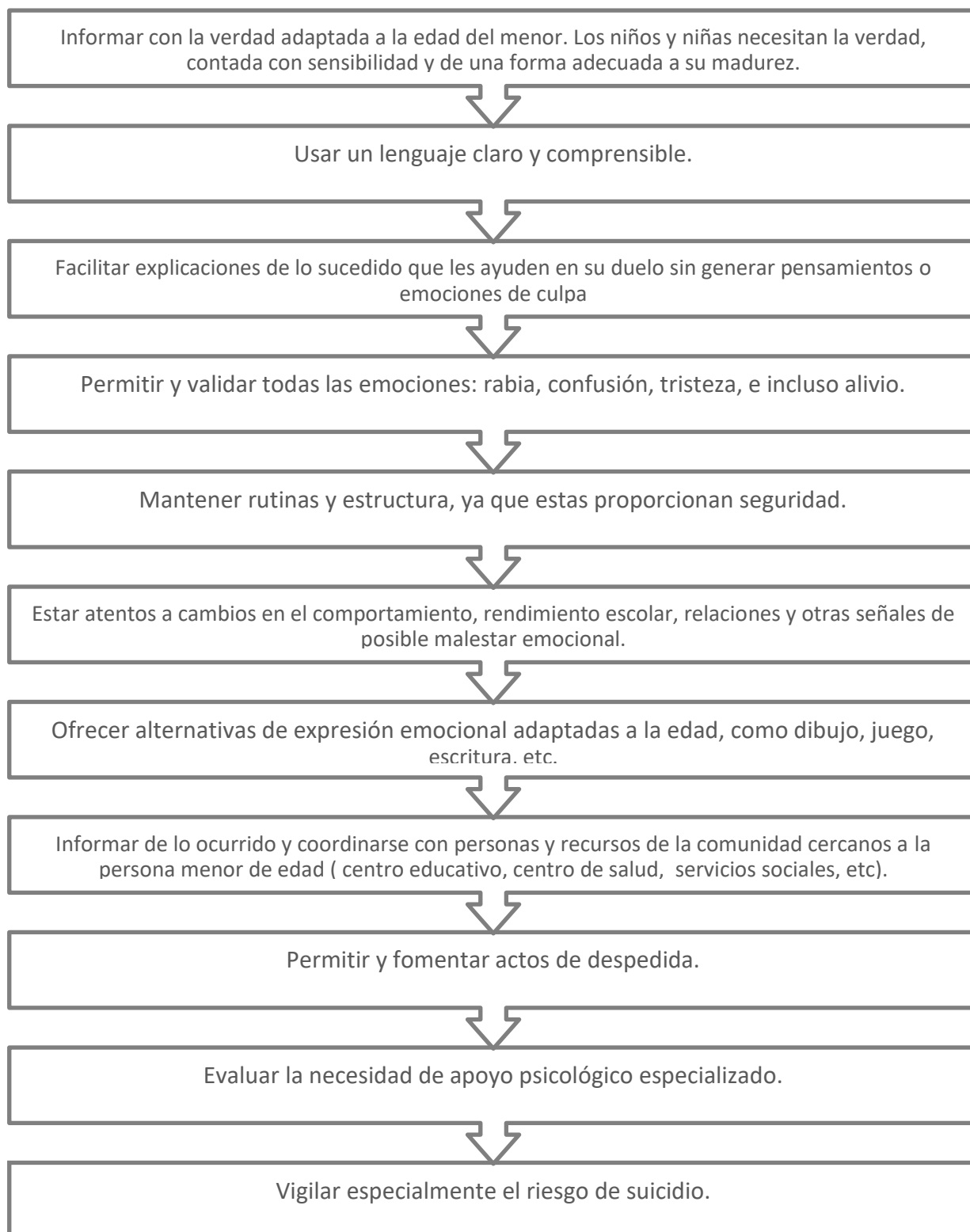
Esta difícil situación hace que los supervivientes sean especialmente vulnerables a la aparición de trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, duelo complicado y, a su vez, conducta suicida, lo que convierte a la posvención en una importante estrategia de prevención.

El acompañamiento adecuado a los supervivientes implica romper el silencio y el estigma que rodean al suicidio, ofrecer espacios seguros para la expresión emocional sin juicio, facilitar el acceso a grupos de apoyo mutuo y, cuando sea necesario, derivar a atención especializada en duelo por suicidio.

FICHA. DUELO POR SUICIDIO

QUE SÍ SE DEBE HACER	QUE NO SE DEBE HACER
Acompañar con presencia y disponibilidad.	Buscar culpables o explicaciones simplistas o empatizar de forma estereotipada (por. ejemplo, <i>“comprendo cómo te sientes”</i>)
Permitir y validar la expresión de todas las emociones (rabia, culpa, alivio).	Juzgar, minimizar o utilizar palabras inadecuadas (por ejemplo, <i>“se cometió suicidio”</i> -lenguaje que criminaliza-).
Nombrar lo sucedido: <i>“murió por suicidio”</i> (sin eufemismos).	Evitar el tema o actuar como si nada hubiera pasado.
Ofrecer información sobre grupos de apoyo mutuo para supervivientes.	Juzgar la relación que tenía con la persona fallecida.
Derivar a terapia especializada en duelo por suicidio en caso de ser necesario.	Compartir detalles o circunstancias del método, hacer preguntas <i>“morbosas”</i> , preguntar cosas que no tienen relación con el trabajo que se va a realizar.
Respetar los tiempos del duelo.	Presionar para que se supere el duelo.
Preguntar a la persona cómo está y qué necesita (no solo al principio).	Dar opiniones personales del porqué.
Evaluar el posible riesgo de suicidio en la persona superviviente.	Mostrar incomodidad o evitar preguntar o hablar de la persona fallecida.

FICHA. PAUTAS DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO INFANTIL Y ADOLESCENTE



FICHA. ORIENTACIONES PARA ABORDAR EL DUELO POR SUICIO SEGÚN LA EDAD

Nota clínica. Los rangos de edad son orientativos. La comprensión de la muerte y del suicidio depende del desarrollo cognitivo y emocional, de la experiencia previa con la muerte, del contexto familiar y cultural y de las circunstancias concretas del fallecimiento. La comunicación debe ajustarse a lo que el niño, la niña o la persona adolescente pregunta y puede comprender, utilizando un lenguaje claro, veraz y no estigmatizante. Debe evitarse la descripción innecesaria del método y cualquier explicación unicausal del suicidio.

Antes de explicar, el profesional debe explorar



- Qué cree el menor que significa morir.
- Qué sabe ya sobre la muerte concreta.
- Qué ha escuchado de familiares, compañeros, medios o redes sociales.
- Qué capacidad lingüística y nivel de desarrollo tiene.
- Si presenta discapacidad intelectual, autismo u otras necesidades comunicativas.
- Si vio el cuerpo, encontró a la persona o estuvo expuesto a imágenes o detalles potencialmente traumáticos.

Apoyo mediante materiales narrativos.



Para facilitar la explicación pueden utilizarse cuentos y materiales psicoeducativos adaptados al desarrollo que ayuden a comprender la muerte y el suicidio, siempre como apoyo a la conversación con una persona adulta y no como sustitución de esta (ver ficha para familiares).



Edad: de 3 a 5 años	
A nivel cognitivo y evolutivo	Sugerencias para la intervención
En estas edades la comprensión de la muerte todavía es parcial. Pueden aparecer ideas de reversibilidad y preguntas repetidas sobre cuándo volverá la persona fallecida. El concepto de suicidio resulta demasiado abstracto para muchos niños y niñas, por lo que la explicación debe centrarse en la muerte, en su carácter irreversible y en hechos corporales sencillos, sin introducir detalles que no hayan preguntado.	Objetivo de la comunicación: La persona ha muerto y su cuerpo ha dejado de funcionar. La muerte es permanente. Qué decir: “[Familiar] murió. Su cuerpo ha dejado de funcionar: ya no respira, no come y no siente dolor”. <i>“La muerte es para siempre. No va a regresar, pero podremos recordarle, hablar de él/ella y conservar lo que vivimos juntos”.</i> Qué evitar: Expresiones como “se durmió”, “se fue”, “se marchó de viaje” o formulaciones que puedan interpretarse literalmente. A estas edades pueden generar miedo a dormir, expectativas de regreso o vivencias de abandono. Foco emocional: Sostener la seguridad y la continuidad de los cuidados. Repetir, cuando sea necesario: <i>“Tú estás a salvo. Estoy aquí y voy a cuidarte”</i>. Mantener rutinas y permitir que las mismas preguntas reaparezcan sin interpretar esa repetición como falta de comprensión.



De 6 a 9 años: inicio de una comprensión más estable

A nivel cognitivo y evolutivo	Sugerencias para la intervención
La irreversibilidad de la muerte suele comprenderse con mayor claridad, aunque persisten interpretaciones concretas, pensamiento mágico y atribuciones de responsabilidad personal. Pueden preguntarse si algo que hicieron, dijeron, pensaron o dejaron de hacer provocó la muerte. También pueden aumentar los temores relacionados con la enfermedad, la muerte propia o la de otras figuras de apego.	Objetivo de la comunicación: Explicar que la persona murió por suicidio mediante palabras comprensibles para su nivel de desarrollo, dejando claro que el niño o la niña no causó la muerte y que el suicidio no puede explicarse por una única causa. Qué decir: “[Familiar] murió. Estaba sufriendo de una forma muy intensa y, en ese momento, no pudo encontrar otra manera de afrontar lo que le estaba pasando. Se hizo daño y murió”. <i>“Esto no ocurrió por nada que tú hayas hecho, dicho o pensado. No es culpa tuya”.</i> Qué evitar: Atribuir el suicidio exclusivamente a “estar muy triste”, a una enfermedad mental concreta si no existe información clínica que lo sostenga, o a una decisión simple y plenamente libre. Evitar detalles del método. Si preguntan cómo ocurrió, puede responderse de manera breve y ajustada: <i>“Se hizo daño en el cuerpo y murió. Si necesitas saber algo más, puedes preguntármelo”.</i> Foco emocional: Explorar de forma explícita culpa, miedo, enfado y dudas sobre la propia seguridad o la de otros familiares. Validar el enfado hacia la persona fallecida sin convertirlo en un juicio moral sobre ella.



De 10 a 12 años: mayor capacidad de razonamiento causal

A nivel cognitivo y evolutivo	Sugerencias para la intervención
A estas edades suele existir una comprensión más completa de la universalidad e irreversibilidad de la muerte y es frecuente que conozcan la palabra “suicidio”. Buscan explicaciones causales, detectan contradicciones en los adultos y pueden preocuparse por la reacción de sus iguales, por el estigma o por qué información compartir fuera de la familia.	Objetivo de la comunicación: Nombrar el suicidio con claridad, sin dramatización ni eufemismos, y explicar que suele producirse en un contexto complejo de sufrimiento y múltiples factores. La explicación debe diferenciar comprender el sufrimiento de presentar la muerte como una solución. Qué decir: “[Familiar] murió por suicidio. Estaba atravesando un sufrimiento muy intenso y, en ese momento, no pudo ver o utilizar otras formas de afrontarlo. Su muerte no tiene una única explicación”. <i>“Cuando alguien siente que no puede soportar lo que le ocurre o piensa en morir, necesita contárselo a una persona adulta y recibir ayuda. Hablar de ello permite que podamos acompañarle y buscar alternativas”.</i> Qué evitar: Romantizar o glorificar la muerte, presentarla como liberación, destino o acto heroico. Evitar también calificativos como “cobarde”, “egoísta” o “débil”. No ofrecer detalles innecesarios del método ni explicaciones simplificadas que atribuyan el fallecimiento a un único conflicto o acontecimiento. Foco emocional: Favorecer preguntas, corregir interpretaciones erróneas y acordar con la familia qué información puede compartir el menor si otras personas preguntan. Observar cambios persistentes en sueño, conducta, funcionamiento escolar, aislamiento, desesperanza, autolesiones o verbalizaciones sobre la muerte.



De 13 años en adelante (adolescencia)

A nivel cognitivo y evolutivo	Sugerencias para la intervención
La capacidad para comprender la muerte y el suicidio se aproxima a la del adulto, aunque la elaboración emocional continúa condicionada por el momento evolutivo, la relación con la persona fallecida, la identidad, el grupo de iguales y los recursos de regulación disponibles. Pueden aparecer rabia, culpa, vergüenza, aislamiento, preguntas existenciales, identificación con la persona fallecida o temor a repetir su trayectoria.	Objetivo de la comunicación: Transparencia, lenguaje directo, validación emocional y valoración individual del riesgo. Haber perdido a un progenitor por suicidio se asocia con un aumento del riesgo posterior de conducta suicida, pero ese incremento es probabilístico y no determina el futuro del adolescente. Qué decir: Hablar de la muerte por suicidio de forma directa y respetuosa. Responder a lo que el adolescente necesita saber, comprobando qué conoce ya y qué significado está dando a lo ocurrido. Puede decirse: <i>“Que [familiar] haya muerto por suicidio no significa que vaya a ocurrirte a ti. Si alguna vez aparecen pensamientos de muerte, desesperanza o ganas de hacerte daño, quiero que podamos hablarlo sin miedo y pedir ayuda”</i>. Qué evitar: Interrogatorios insistentes, silencios familiares que conviertan el suicidio en un secreto, juicios morales sobre la persona fallecida, explicaciones deterministas sobre herencia o enfermedad mental y exposición a detalles gráficos o innecesarios del método. Foco emocional: Realizar seguimiento activo y proporcional a las necesidades del adolescente. Valorar ideación suicida, autolesiones, intentos previos, desesperanza, consumo de sustancias, cambios conductuales, apoyos disponibles y funcionamiento familiar cuando existan indicadores clínicos. La derivación a atención psicológica debe responder a la valoración clínica, al impacto del duelo y a la presencia de factores de riesgo, evitando asumir que todo adolescente en duelo desarrollará psicopatología.

13. Autocuidado del profesional



El trabajo continuado con personas que sufren, especialmente cuando se encuentran en situación de riesgo, puede generar un importante impacto emocional en el personal profesional y las persona que las acompañan.

Sostener este sufrimiento extremo, la presión de tomar decisiones que pueden afectar a la vida de otra persona y la posibilidad de que un paciente o usuario muera por suicidio son fuentes de estrés que, si no se gestionan de la forma correcta, pueden provocar un importante malestar, llegando a ocasionar burnout, fatiga por compasión o traumatización vicaria, entre otros. Por este motivo, el autocuidado no es un lujo ni una opción: es una responsabilidad personal, profesional y ética.

Cuando el personal profesional está agotado, emocionalmente desbordado o desconectado de sus propias emociones y necesidades no solo no puede ofrecer una atención de calidad a las personas con las que trabaja y corre el riesgo de cometer errores en su práctica diaria, sino que además se está poniendo a sí mismo en una situación de malestar, que puede afectar a su vida cotidiana.

Por este motivo es imprescindible que cualquier persona profesional tenga un autocuidado, que debe abordarse de forma integral, atendiendo a las dimensiones física, emocional, cognitiva, social, profesional y espiritual o de sentido.

FICHA. AUTOCUIDADO DEL PERSONAL PROFESIONAL

Autocuidado antes de la intervención	
QUÉ HACER	QUÉ EVITAR
Reafirmar el rol: acompañar, sostener, valorar y activar apoyos.	Pensamientos de heroísmo o autosuficiencia.
Recordar que no corresponde resolver el sufrimiento ni controlar el desenlace.	La creencia de que “si pasa algo, será culpa mía”.
Tomarse una micro-pausa de 60–90 seg.: respiración lenta, postura estable.	Entrar sin encuadre ni plan.
Formular una intención operativa clara: seguridad + vínculo + apoyo y, en caso de ser necesario, derivación.	Acelerar la intervención por presión interna o externa.

Autocuidado durante la intervención	
QUÉ HACER	QUÉ EVITAR
Mantener presencia serena y comunicación clara, incluso con alta activación.	Sustituir el sistema con la disponibilidad personal ilimitada.
Tomar decisiones basadas en criterios compartidos con el equipo, no en impulsos.	Afrontar el episodio en solitario por temor a “molestar” o por sensación de incompetencia.
Mantener límites definidos de rol, tiempo y disponibilidad.	Entrar en discusión, moralización o confrontación.
Mantener la continuidad del apoyo a través	Prometer confidencialidad absoluta o

de la red, no de la entrega individual ilimitada.	determinados resultados.
Usar anclajes conductuales discretos: tono de voz estable, pausas funcionales, respiración deliberada, postura abierta.	Mantenerse en intervención prolongada sin pausas ni apoyo, cuando el contexto exige corresponsabilidad.
Solicitar apoyo o relevo ante señales de saturación: aumento brusco de activación, bloqueo cognitivo, irritabilidad, deseo de controlar.	
Aplicar límites clínicamente coherentes: delimitar disponibilidad, explicitar escalado y activar red cuando proceda.	

Autocuidado postintervención	
QUÉ HACER	QUÉ EVITAR
Cierre documental adecuado.	Encadenar tareas sin transición tras un episodio de alta intensidad.
Debriefing breve (10–15 minutos) con par o equipo: qué funcionó, qué no, qué se requiere ajustar.	Revisión mental reiterada del episodio sin contención ni supervisión.
Descarga fisiológica breve: caminar, hidratación, respiración lenta, alimentación si corresponde.	Uso de estrategias desadaptativas como mecanismo de regulación (evitación, consumo de sustancias, sobretrabajo, etc.).
Cierre psicológico intencional: “se ha activado la red; mi parte del proceso queda completada y registrada”.	

Autocuidado estructural	
QUÉ HACER	QUÉ EVITAR
Supervisión clínica/técnica regular como higiene profesional.	Normalizar la sobrecarga crónica como parte de la cultura del equipo.
Espacios breves de coordinación de equipo para reparto de carga y revisión de incidentes críticos.	Sustituir autocuidado estructural por “descargas” puntuales sin base (solo ocio intenso o desconexión brusca).
Clarificación de límites y disponibilidad.	Posponer la supervisión indefinidamente por falta de tiempo.
Establecimiento de rutinas: sueño y alimentación adecuadas, actividad física regular, pausas reales, etc.	
Gestión prudente de exposición: reducir consumo adicional de contenidos de alto impacto (especialmente digitales) cuando el trabajo ya es intenso.	

14. Cribado breve y testeo por niveles

Cuando el profesional comunitario detecta una posible situación de riesgo, los instrumentos de cribado breve permiten estructurar la primera valoración y compartir un lenguaje común con el resto del dispositivo y con la red sanitaria. Estos instrumentos no diagnostican ni sustituyen la valoración especializada: orientan al profesional sobre el nivel de atención y la urgencia con la que conviene actuar.

Esta guía propone un procedimiento de cribado que combina la exploración breve de la ideación suicida mediante el Cuestionario de Paykel, compuesto por cinco ítems, con la valoración de la desesperanza. El Cuestionario de Paykel permite identificar la presencia de ideación de muerte e ideación suicida, mientras que la evaluación de la desesperanza aporta información relevante sobre uno de los factores psicológicos asociados al riesgo suicida.

14.1. Cuestionario de cribado breve de Paykel

El Cuestionario de Paykel es un instrumento de cribado de la ideación suicida ampliamente utilizado en atención primaria y en dispositivos comunitarios por su brevedad (cinco ítems) y por su orden ascendente de gravedad, que va desde el cansancio vital hasta la planificación o intento de suicidio. Permite estructurar la conversación clínica sin exigir formación especializada y orienta sobre cuándo conviene escalar la respuesta.

Aplicación: cinco preguntas de respuesta “sí/no” referidas al último año o al último mes, en función del momento clínico. Cada “sí” supone un punto. La presencia de un solo “sí” en cualquier ítem (especialmente en los ítems 4 y 5) ya es indicación de exploración detallada y de derivación.

FICHA. CUESTIONARIO DE CRIBADO DE PAYKEL

ÍTEMS

Nº	Pregunta
1	¿Ha sentido alguna vez que la vida no merece la pena ser vivida?
2	¿Ha deseado alguna vez estar muerto/a o no despertar?
3	¿Ha pensado en quitarse la vida, aunque no lo hiciera realmente?
4	¿Ha pensado en cómo podría quitarse la vida (planificación)?
5	¿Ha intentado quitarse la vida?

INTERPRETACIÓN POR NIVELES Y PAUTA DE ACTUACIÓN

VERDE - 0 puntos

Sin ideación suicida en el periodo evaluado. Continuar con cuidados ordinarios, escucha activa y seguimiento. Reforzar factores de protección y mantener canal abierto para futuras consultas.

AMARILLO - 1–2 puntos (ítems 1 a 3)

Cansancio vital, deseo de no estar o ideación pasiva sin planificación. Exploración más detallada. Plan de seguridad básico, retirada o limitación de medios, fijar a una persona de referencia, cita de seguimiento en plazo corto y, si procede, derivación a recursos comunitarios o atención primaria y/o recursos específicos de promoción del bienestar emocional y prevención de la conducta suicida.

ROJO - “sí” en los ítems 4 o 5, o ≥ 3 puntos totales

Ideación con planificación, antecedentes de tentativa o sufrimiento agudo. Derivación urgente a salud mental o a urgencias. Acompañamiento sostenido, no dejar sola a la persona, retirada efectiva de medios, llamada al 112 si la seguridad no puede garantizarse en el contexto comunitario.



- Un cribado positivo no es un diagnóstico: indica que es necesario abrir conversación, valorar el contexto y decidir el nivel de respuesta.
- Cualquier “sí” en los ítems 4 (planificación) o 5 (intento) exige activar la red sanitaria sin demora.
- La negativa a contestar no descarta riesgo. Si las señales de alerta son evidentes, conviene actuar como si la respuesta fuese afirmativa

14.2. Cribado de desesperanza por niveles

La desesperanza es uno de los factores con mayor capacidad predictiva del riesgo suicida. Una persona que sufre, pero conserva la convicción de que las cosas pueden mejorar, mantiene activado el principal factor protector frente al suicidio. Cuando esa convicción se erosiona, el riesgo se eleva, incluso en ausencia de plan suicida claro.

Para el primer cribado comunitario no se requiere una escala extensa: bastan cuatro afirmaciones, contestadas en una graduación de tres niveles, que permitan al profesional situar el grado de desesperanza percibido por la persona.

FICHA. CRIBADO BREVE DE DESESPERANZA

Nº	AFIRMACIONES PARA EL CRIBADO
1	Cuando miro hacia el futuro, espero que las cosas mejoren
2	Hay personas y momentos que merecen la pena en mi vida
3	Aunque ahora sufra, creo que esto puede cambiar
4	. Si pido ayuda, encontraré quien me escuche y me acompañe

“Cada afirmación se contesta con tres opciones: “Estoy de acuerdo / A veces / No estoy de acuerdo”.

INTERPRETACIÓN

Patrón de respuestas	Nivel y actuación
“Estoy de acuerdo”	VERDE. Desesperanza baja. Reforzar factores de protección y mantener seguimiento ordinario.
Combinación de “A veces”	AMARILLO. Desesperanza moderada. Conversación clínica, exploración de motivos para vivir, revisión de apoyos, derivación recomendada a recursos comunitarios o salud mental.
Uno o más “No estoy de acuerdo” en cualquier ítem	ROJO. Desesperanza intensa. Combinar con cribado Paykel y derivar a salud mental. Si coexiste con ideación con planificación, activar el protocolo de crisis.

FICHA. ALGORITMO DE ACTUACIÓN POR NIVELES

Resultado del cribado	Pauta mínima de actuación
Paykel 0 + desesperanza baja	Apoyo ordinario, refuerzo de factores protectores, registro de la consulta y disponibilidad para futuras visitas.
Paykel 1–2 o desesperanza moderada	Conversación clínica con exploración estructurada (preguntas de la Ficha 5). Plan de seguridad básico. Persona de referencia y cita de seguimiento en 7–14 días. Derivación a salud mental si las dificultades persisten o se intensifican.
Paykel positivo en ítems 4–5 o desesperanza intensa	Activación inmediata: no dejar sola a la persona, retirar medios, contactar con la red sanitaria. Si la seguridad no puede garantizarse, llamada al 112. Registro detallado y seguimiento estrecho hasta confirmar continuidad asistencial.



- Los cribados nunca sustituyen al juicio clínico. Cuando la observación profesional indica riesgo, debe primar sobre cualquier puntuación.
- Una negativa a contestar o una respuesta evasiva, especialmente si es acompañada de conductas de cierre, debe leerse como signo de alerta.
- Las decisiones basadas en el cribado se documentan en la ficha de registro elaborado por cada servicio

15. Indicadores de registro de atenciones realizadas

El registro sistemático de las situaciones detectadas, de las intervenciones realizadas y de los recursos activados cumple tres funciones: garantiza la continuidad de cuidados, protege jurídicamente a profesionales y dispositivos, y genera información agregada que permite mejorar el programa en futuras ediciones.

Este apartado propone un conjunto mínimo de indicadores que cada dispositivo comunitario debería incorporar a su práctica habitual. La ficha siguiente puede utilizarse directamente o adaptarse al sistema de información de cada servicio.

FICHA. REGISTRO MÍNIMO DE INTERVENCIÓN

DATOS DE LA INTERVENCIÓN	
Campo	Contenido
Código de caso	Identificador anonimizado del caso (sin nombre completo).
Fecha y hora	Cuándo se inició la intervención y cuánto duró.
Dispositivo y profesional	Recurso desde el que se atiende y profesional que recoge la información.
Vía de detección	Espontánea, derivación interna, derivación externa, autodetección, alerta familiar, alerta escolar, otros.
Edad y franja vital	Adolescente (12–17), joven (18–30), adulto/a (31–64), persona mayor (≥ 65).
Ámbito de procedencia	Educativo, sociocomunitario, sanitario, laboral, judicial, digital, otros.

VALORACIÓN INICIAL

Campo	Contenido
Señales detectadas	Verbales (directas/indirectas), no verbales (conductuales, emocionales, online).
Conductas de cierre	Presencia/ausencia y cuáles.
Cribado Paykel	Puntuación total (0–5) y ítems positivos.
Cribado desesperanza	Verde / amarillo / rojo.
Factores precipitantes	Pérdidas recientes, conflictos, consumo, otros.
Factores de protección	Vínculos disponibles, motivos para vivir, recursos en curso.
Antecedentes	Tentativas previas, autolesión, seguimiento en salud mental.

INTERVENCIÓN Y DERIVACIÓN

Campo	Contenido
Tipo de intervención	Acogida, exploración, contención, plan de seguridad, derivación, activación de urgencias.
Recursos activados	024, 112, 116 111, Cuídate, salud mental, atención primaria, servicios sociales, ANAR, INCIBE 017, otros.
Personas avisadas	Familia, equipo, coordinación, otros (con consentimiento o por riesgo grave).
Retirada de medios	Sí / No / No procede. Detalle.
Acuerdo de seguridad	Sí / No. Quién acompaña en las próximas horas.
Cita de seguimiento	Fecha y dispositivo responsable.

INDICADORES DE PROGRAMA

Indicador	Definición operativa
Volumen de cribados	Nº de cribados completados en el periodo.
Tasa de derivación	Porcentaje de casos derivados a salud mental o urgencias.
Tiempo a derivación	Mediana de tiempo entre detección y primera consulta especializada.
Retorno de información	Porcentaje de casos con devolución desde la red sanitaria al dispositivo emisor.
Reapertura de caso	Nº de casos reabiertos por nueva crisis en los 6 meses siguientes.



- Cada registro incluye únicamente la información imprescindible para cuidar a la persona y para continuar el proceso asistencial.
- Los registros se conservan conforme a la normativa vigente de protección de datos y secreto profesional.
- El conjunto de registros permite generar indicadores agregados sin identificar a las personas atendidas.

20. Vocabulario de interés

CONDUCTA SUICIDA

- **Conducta suicida:** incluye ideación, comunicación, tentativa y suicidio consumado.
- **Ideación suicida:** pensamientos sobre morir por suicidio, pueden ser transitorios o persistentes.
- **Ideación suicida activa:** ideación con planificación o identificación de un método.
- **Amenaza suicida:** manifestación verbal o no verbal del deseo de morir.
- **Planes suicidas:** planificación del medio y la forma de morir
- **Crisis suicida:** periodo en el que las ideas de suicidio aumentan considerablemente, y hay un posible riesgo inminente para la vida.
- **Tentativa de suicidio:** acto autolesivo con intención clara de morir, sin resultado letal.
- **Intento de suicidio:** conducta autolesiva con intención de morir, aunque la muerte no se consuma por alguna intervención o circunstancia.
- **Suicidio consumado:** intento de suicidio con resultado fatal.
- **Suicidio colectivo:** dos o más personas acuerdan morir por suicidio de forma conjunta.

CONCEPTOS CLAVE

- **Ambivalencia:** coexistencia de deseos contradictorios de vivir y no vivir.
- **Desesperanza:** percepción de problemas o situaciones sin salida, es un importante factor de riesgo.
- **Letalidad:** peligro real de muerte del método empleado (distinto de la intención).

LA AUTOLESIÓN

- **Autolesión deliberada:** cualquier daño autoinfligido, con o sin intención suicida.
- **Autolesión no suicida (NSSI, ANS):** daño autoinfligido sin intención de morir.

DESPUÉS DE UN INTENTO DE SUICIDIO

- **Sobreviviente:** persona que permanece con vida tras un intento de suicidio.
- **Superviviente:** allegado/a que afronta la pérdida tras un suicidio.
- **Posvención:** atención y acompañamiento a los supervivientes.

COMUNICACIÓN Y ENTORNO DIGITAL

- **Efecto Werther:** imitación por exposición mediática inadecuada al suicidio (riesgo).
- **Efecto Papageno:** efecto preventivo de la narrativa responsable y la búsqueda de ayuda.
- **Cibersuicidio:** influencia del entorno digital en la conducta suicida.

PARTE II

Fichas para personas en situación de riesgo

Las siguientes fichas están pensadas para ser entregadas y explicadas directamente con la persona afectada, siempre valorando el momento en el que se encuentra, su nivel de activación emocional, su capacidad para comprender la información y el grado de riesgo existente. No se trata de entregar el material de forma automática, sino de utilizarlo como una herramienta de apoyo dentro de una conversación cuidadosa, respetuosa y adaptada a cada caso.

Este material no sustituye la intervención profesional, la valoración sanitaria ni los protocolos específicos de cada servicio. Debe utilizarse como complemento a la acogida, la escucha, la valoración inicial del riesgo, la coordinación con otros recursos y, cuando sea necesario, la activación de ayuda urgente.

Conviene que el personal profesional no se limite a entregar la ficha, sino que la contextualice. Puede ser útil leerla junto a la persona y comprobar que entiende qué pasos debe seguir si el malestar aumenta.

RECUERDA

Ante una situación de riesgo inminente, una tentativa en curso, la existencia de un plan suicida inmediato, acceso a medios de daño, intoxicación, desorientación, agitación intensa o imposibilidad de garantizar la seguridad de la persona debe llamarse al 112, acompañar a la persona y evitar que permanezca sola.



FICHA - MITOS Y REALIDADES

Mitos y realidades sobre autolesión y suicidio



MITO	REALIDAD
“Pedir ayuda significa que soy débil.”	Falso. Pedir ayuda requiere valentía. Reconocer que necesitas apoyo es uno de los actos más difíciles y más valientes que existe. La fortaleza no es aguantar en silencio.
“Pensar en morir significa que no hay salida.”	Falso. Tener pensamientos de muerte es una señal de que el dolor se ha vuelto muy difícil de soportar, no de que no haya solución. Muchas personas que han tenido esos mismos pensamientos han encontrado alivio y razones para continuar.
“Haberme autolesionado me define como persona.”	Falso. La autolesión es una forma de intentar manejar un dolor que desborda. No define tu valor, tu identidad ni tu futuro. Es una conducta, no una identidad.
“Si hablo de suicidio, lo haré más real.”	Falso. Hablar del suicidio no aumenta el riesgo; al contrario, lo reduce. Hablar permite que las personas busquen ayuda.
“Tengo que llegar al límite para merecer ayuda.”	Falso. No existe un umbral mínimo de sufrimiento para pedir ayuda. Si sientes que no puedes más o que estás llegando al límite, no esperes más: eso es suficiente razón.
“El suicidio es un acto egoísta.”	Falso. Esta idea añade culpa a alguien que ya sufre enormemente. El suicidio es la consecuencia de un dolor que supera los recursos disponibles en ese momento, no un acto moral.

FICHA - SEÑALES DE ALERTA

Cómo reconocer que necesito ayuda



A veces el malestar aumenta poco a poco y es difícil darse cuenta. Estas son señales de que es el momento de buscar apoyo, cuanto antes mejor:

Señales en mis pensamientos

Pensamientos repetidos sobre la muerte, morir o querer que todo acabe o desaparecer.

Pensar que “la gente estaría mejor sin mí”.

Sentir que el dolor nunca va a terminar.

Pensar en formas de hacerte daño.

Sentir que no ves salida o que no hay otra opción.

Señales en mis emociones

Desesperanza intensa, sentir que nada va a mejorar.

Vergüenza o culpa aplastante.

Sensación de ser una carga para los demás.

Vacío o entumecimiento emocional.

Agitación, ansiedad o rabia muy intensa.

Señales en mi comportamiento

Alejarte de las personas que te importan.

Dejar de hacer cosas que antes te importaban.

Decir adiós o hacer comentarios de despedida.

Regalar cosas personales.

Buscar formas o medios de hacerte daño.

Consumir más alcohol u otras sustancias.

ATENCIÓN

Si sientes que no puedes esperar, que el impulso de hacerte daño es muy fuerte o que estás en peligro ahora mismo, llama al 112.

FICHA - SEÑALES DE ALERTA

Factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo



Entender qué situaciones desestabilizan y qué cosas te ayudan a mantenerte a salvo puede ser muy útil.

Situaciones que pueden aumentar mi malestar

- Dormir muy poco o muy mal.
- Permanecer en soledad durante mucho tiempo, especialmente de noche.
- Consumir alcohol u otras sustancias.
- Tener acceso a medios de hacerme daño (medicamentos en grandes cantidades, objetos cortantes, etc.).
- Pasar mucho tiempo en lugares donde me siento peor.
- Estar expuesto/a a contenido sobre suicidio en redes o internet.
- Tener conflictos intensos con personas cercanas.
- No seguir el tratamiento o dejar la medicación de golpe.

Cosas que pueden ayudarme a mantenerme a salvo

- Dormir, aunque sea un poco. El no dormir y el cansancio hacen que me sienta peor.
- Estar acompañado/a, aunque sea en silencio.
- Seguir mi plan de seguridad.
- Contactar con mi terapeuta, personal de atención social, sanitaria o servicio de salud mental.
- Alejarme de medios con los que puedo hacerme daño; dárselos a alguien, sacarlos de casa.
- Hacer pequeñas cosas que me conecten al presente: ducharme, comer algo, salir un momento.
- Hablar con alguien de confianza o, en caso de no poder hablar con nadie, llamar al 024.

FICHA - ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Estrategias de regulación emocional para momentos difíciles



RECUERDA



Si el riesgo es alto, llama al 112.

Cuando el malestar es muy intenso, el objetivo no es “sentirte bien” de golpe, sino bajar el nivel del malestar lo suficiente para tomar decisiones seguras.

1. Cambia de lugar.

Sal de la habitación o del espacio donde estás. El entorno influye en cómo nos sentimos, si puedes, sal a la calle o a otro cuarto.

2. Respira despacio.

Inhala contando hasta 4, aguanta 4 segundos, exhala contando hasta 6. Repite al menos 5 veces. Esto activa el sistema nervioso parasimpático y reduce la activación fisiológica.

3. Usa anclajes sensoriales (técnica 5-4-3-2-1).

Nombra mentalmente: 5 cosas que ves, 4 que puedes tocar, 3 que escuchas, 2 que hueles, 1 que puedes saborear. Esto te ayuda a volver al presente.

4. Contacta con alguien.

Manda un mensaje o llama a alguien, aunque solo sea para decir “no estoy bien”. No tienes que explicar todo.

5. Escribe lo que sientes.

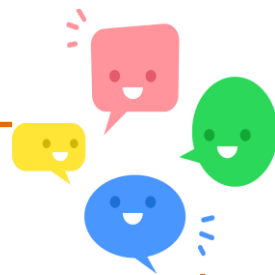
No para resolverlo, sino para sacarlo fuera. Escribir reduce la intensidad emocional cuando el malestar desborda.

6. Aplaza la decisión.

Si tienes un impulso de hacerte daño, dítelo: “Voy a esperar 15 minutos antes de hacer cualquier cosa”. Luego otros 15. La mayoría de los impulsos disminuyen con el tiempo si no se actúa.

7. Sigue tu plan de seguridad.

Si tienes un plan de seguridad, este es el momento de usarlo.



FICHA – QUÉ PUEDO DECIR CUANDO NECESITO AYUDA

Recuerda que te acompañamos si lo necesitas...

No hace falta que tengas las palabras perfectas; puedes expresarte como sientas en cada momento. Aquí tienes algunas ideas de lo que puedes decir.

Para decirle a alguien de confianza

- “No estoy bien y no quiero permanecer en soledad.”
- “Tengo miedo de hacerme daño.”
- “Necesito que estés conmigo un rato.”
- “No puedo explicarlo todo, pero necesito ayuda ahora.”
- “¿Puedes llamar conmigo al 024?”
- “Estoy teniendo pensamientos de hacerme daño y quiero contártelo.”

Para llamar al 024 o al 112

- “Estoy teniendo pensamientos de suicidio y necesito ayuda.”
- “No sé si estoy en peligro, pero no me encuentro bien y quiero hablar con alguien.”
- “Necesito orientación, no sé qué hacer.”

RECUERDA

No necesitas justificarte ni demostrar que estás “suficientemente mal”. Decir que necesitas ayuda es suficiente.



FICHA – QUÉ HACER CUANDO APARECE LA IDEA DE MORIR

Recuerda que no tienes que vivirlo en soledad



Si en este momento estás teniendo pensamientos de morir, de hacerte daño o de que “ya no puedes más”, estas pautas pueden ayudarte. No tienes que hacerlo todo a la vez ni de memoria. Léelas con calma e intenta dar un primer paso.

1. **Aléjate de cualquier objeto con el que pudieras hacerte daño** (medicamentos, cortantes, ventanas o lugares de altura). Pide a alguien que lo guarde por ti si puedes.
2. **Llama o escribe a una persona de confianza.** Si no encuentras a nadie en este momento, llama al 024 (atención a la conducta suicida, gratuito, 24 horas).
3. **Si sientes que estás en peligro real ahora mismo, llama al 112.**
4. **Respira despacio durante un minuto:** inhala 4 segundos, sostén 4, exhala 6. Repite varias veces.
5. **Cambia de lugar y de estímulo:** enciende una luz, sal a otra habitación, abre la ventana, escucha algo conocido.
6. **Aplaza cualquier decisión por unas horas.** La idea de hacerte daño puede ser muy intensa ahora, pero la intensidad casi siempre baja con el tiempo si no actúas sobre ella.
7. **Si llevas un plan de seguridad, este es el momento de mirarlo y usarlo.** Si no lo tienes, díselo a la persona profesional que te atienda en cuanto puedas y constrúyelo con ella.

RECUERDA



El dolor que sientes ahora es real, pero no es la única realidad posible. Hay personas preparadas para acompañarte y la mayoría de las crisis suicidas, atendidas a tiempo, son episodios delimitados que pueden remitir.

FICHA - MI PLAN DE SEGURIDAD

Mi Plan de Seguridad



El plan de seguridad es una herramienta personal que se construye con calma, mejor con una persona profesional, y que se utiliza cuando el malestar aumenta. Te ayuda a recordar qué señales son importantes, qué puedes hacer y a quién puedes acudir, sin tener que improvisar en mitad de una crisis.

Estas son las secciones que conviene rellenar. Puedes hacerlo a mano, en una libreta o en una nota del teléfono.

1. Mis señales de alerta (¿qué noto cuando el malestar aumenta?)

2. Mis estrategias (¿qué puedo hacer yo solo/a?)

3. Mis personas seguras (nombre y teléfono)

4. Mis recursos profesionales (terapeuta, centro, urgencias)

5. Cómo reduciré el acceso a medios de daño

6. Qué haré si el riesgo aumenta

RECUERDA

- 024 - Línea de atención a la conducta suicida (gratuita, 24 h).
- 112 - Teléfono de emergencias. Llamar en caso de riesgo inmediato.



FICHA – FICHAS PARA PERSONAS SOBREVIVIENTES

Si he sobrevivido a un intento de suicidio



Si has llegado hasta aquí después de una tentativa, lo primero que conviene reconocer es que estás vivo/a y que el dolor que te llevó hasta ese momento sigue mereciendo atención y cuidado. Sobrevivir no significa que el sufrimiento haya terminado, ni que tengas que rendir cuentas a nadie por lo que hiciste o por cómo te sientes ahora.

Las semanas siguientes a un intento son un periodo especialmente vulnerable. Es habitual que aparezcan emociones contradictorias: alivio, culpa, miedo, rabia, vergüenza, agradecimiento, vacío. Todas tienen cabida y todas merecen ser nombradas y acompañadas.

QUÉ TE PUEDE AYUDAR

- Mantener el contacto con la red sanitaria que te ha atendido. Las primeras semanas son las más sensibles y conviene no quedarte en soledad con el proceso.
- Construir un plan de seguridad con una persona profesional. Tener por escrito qué señales son tuyas y qué pasos darás te quita la presión de improvisar.
- Reducir, con ayuda de alguien de confianza, el acceso a aquello con lo que pudieras hacerte daño.
- Permitirte hablar de lo ocurrido cuando puedas y sin obligarte. Hablar con respeto y sin morbo, contigo y con tu entorno cercano, ayuda a integrar lo vivido.
- Conectar, si te apetece, con grupos de personas supervivientes o con espacios de pares. No permanezcas en soledad en esta situación.
- Aceptar la ayuda profesional sostenida. No es un signo de debilidad: es la forma más eficaz de prevenir que vuelva a ocurrir.

QUÉ CONVIENE EVITAR

- Permanecer en soledad durante largos periodos en las primeras semanas, sobre todo de noche.
- Tomar decisiones importantes (laborales, sentimentales, vitales) en caliente.
- Consumir alcohol u otras sustancias para “borrar” lo ocurrido: aumentan el riesgo.
- Convertir el silencio en estrategia. El silencio prolongado suele aumentar la culpa y el aislamiento.
- Compararte con personas que “se han recuperado rápido”. Cada proceso tiene su tiempo.

RECUERDA

Si vuelves a sentir que el impulso de hacerte daño es muy fuerte,

llama al 024 o, en caso de peligro inmediato, al 112.

No esperes a tener la certeza de que tu situación es grave para pedir ayuda:

cualquier señal merece ser escuchada,

háblalo con alguna persona.



PARTE III

Fichas para familiares, allegados y personas cuidadoras

Las siguientes fichas están pensadas para ser entregadas y trabajadas con familiares, personas cuidadoras o acompañantes de una persona que se encuentra en situación de riesgo.

Su finalidad es ayudarles a comprender mejor lo que puede estar ocurriendo, saber cómo actuar en los primeros momentos y acompañar de una forma más segura, serena y ajustada.

No se trata de entregar el material de manera automática: las fichas deben utilizarse como una herramienta de apoyo dentro de una conversación guiada por el profesional, adaptando siempre la información al caso concreto, al nivel de riesgo, al vínculo existente con la persona afectada y a la capacidad real de la familia o del entorno para acompañar.

Este material no sustituye la intervención profesional, la valoración sanitaria ni los protocolos específicos de cada servicio. Tampoco convierte a los familiares o acompañantes en responsables únicos de la seguridad de la persona. Su función es orientarles, ofrecerles pautas claras, reducir la sensación de desbordamiento y facilitar que sepan cómo acompañar, cuándo pedir ayuda y cuándo activar recursos de urgencia.

FICHA– FICHA. MITOS Y REALIDADES

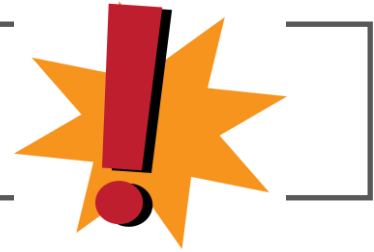
PARA FAMILIARES, ALLEGADOS Y PERSONAS CUIDADORAS



MITO	REALIDAD
“Si pregunto si está pensando en suicidarse, estoy dando ideas.”	Falso. Preguntar directamente sobre el suicidio no aumenta el riesgo; más bien lo reduce. Permite que la persona se sienta comprendida, menos sola y abre la puerta a pedir ayuda.
“Si de verdad quisiera hacerlo no lo diría.”	Falso. En muchas ocasiones las personas que se hacen daño o que están pensando en morir por suicidio dan alguna señal de ello. Comunicar el sufrimiento es siempre una señal que hay que tomar en serio.
“Ahora se encuentra más en calma y fuera de riesgo.”	Falso. Una calma repentina después de un periodo de crisis puede indicar que la persona ha tomado una decisión. No interpretes la calma como recuperación sin más información.
“Es mi responsabilidad evitar que se haga daño.”	Falso. No puedes controlar las decisiones de otra persona. Tu misión es estar presente, activar apoyos y pedir ayuda profesional. La responsabilidad de protegerle por completo no es tuya.
“Si cuento lo que me ha dicho, le estoy traicionando.”	Falso. Cuando hay riesgo real, activar ayuda profesional o de emergencias no es traición: es la forma más importante de proteger a la persona que quieres.
“Solo está llamando la atención.”	Falso. Cualquier expresión de sufrimiento merece una respuesta seria. Minimizar estas expresiones puede aumentar el aislamiento y el riesgo.

FICHA – SEÑALES DE ALERTA

A lo que conviene prestar atención



Hablar sobre el suicidio no empeora las cosas; más bien al contrario, las mejora, eso sí, siempre que se haga de la forma adecuada, desde el respeto y la sensibilidad.

LO QUE DICE

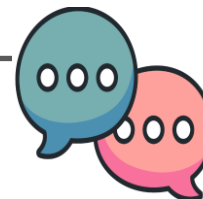
- “No quiero seguir.” · “Todos estaríais mejor sin mí.”
- “Ya no le veo sentido a nada.” · “Esto no va a mejorar.”
- Comentarios de despedida sin motivo claro.
- Dice que tiene un plan o ha pensado cómo hacerlo.
- Verbaliza ideas de muerte, desesperanza, deseos de desaparecer.

LO QUE HACE

- Se aísla y evita el contacto.
- Regala objetos personales o arregla asuntos.
- Deja de cuidarse, comer o dormir.
- Busca medios o métodos para hacerse daño.
- Consume más alcohol u otras sustancias.
- Cambios bruscos e inexplicables.

CÓMO SE LE VE

- Tristeza profunda, vacío visible o agitación intensa.
- Calma repentina e inusual tras crisis (señal de alarma).
- Pérdida total del interés.
- Distancia, como si se estuviera despidiendo.



FICHA – QUÉ DECIR Y NO DECIR

La importancia de las palabras

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
● “Tiene sentido que te puedas desbordar con lo que estás viviendo.” ● “Entiendo que estés buscando una forma de parar este dolor.” ● “Lo que sientes es importante y merece atención.” ● “Podemos sostener este momento sin que tengas que hacerlo a solas.” ● “Estoy contigo.” ● “¿Qué te ayuda, aunque sea un poco, a bajar la intensidad o estos pensamientos, aunque solo sea un 1 %?” ● “¿Estás pensando en hacerte daño o en no querer seguir?” ● “Me importa lo que te pasa y quiero que estés a salvo.” ● “¿Me dejas acompañarte a pedir ayuda?”	● “Tranquilízate, no es para tanto.” ● “No digas tonterías / no pienses esas cosas.” ● “Con lo que tú tienes, no deberías sentirte así.” ● “Si quisieras hacerlo de verdad, no lo contarías.” ● “No digas eso.” ● “No lo dirás en serio.” ● “Hay gente peor que tú.” ● “Con lo que tenemos los que te queremos, ¿cómo puedes pensar eso?” ● “Eso es una tontería.” “Estás exagerando.” ● “Prométeme que no lo harás” (la promesa bajo presión no protege). ● “Cálmate ya.” ● “No llores / no te pongas así.”



FICHA – QUÉ HACER Y NO HACER

¿Qué podemos hacer cuando se verbaliza la idea de morir?

ESTO AYUDA	QUÉ NO HACER
● No dejes sola a la persona si percibes riesgo elevado. ● Limita el acceso a medios u objetos peligrosos. ● Prioriza la seguridad, la calma, la presencia y el tiempo suficiente. ● Busca un espacio tranquilo, privado y sin interrupciones. ● Mantén tono pausado, mirada amable y postura abierta. ● Muestra empatía, comprensión y preocupación por su seguridad. ● Escucha sin juzgar ni minimizar lo que siente. ● Tómate en serio cualquier señal, aunque te parezca pequeña. ● Llama al 024 juntos si el malestar es intenso. ● Llama al 112 si hay peligro inmediato. ● Acompaña a urgencias si es necesario. ● Sigue el plan de seguridad si la persona tiene uno.	● Ignorar señales de advertencia ni minimices la situación. ● Evitar el tema del suicidio ni lo cierres por incomodidad. ● No juzgues, no culpes ni discutas con la persona. ● Amenazar, no intimides ni utilices el castigo como forma de control. ● Generar reacciones de alarma. ● Moralizar o imponer valores, creencias o lecciones. ● Convertir la conversación en un debate, un interrogatorio o una confrontación. ● Poner como ejemplo o comparar su situación con la de otras personas. ● Dar consejos rápidos o soluciones simplistas; por ejemplo, decir “haz esto y ya está”. ● Minimizar, dramatizar, o ironizar.

FICHA – TU TAMBIÉN IMPORTAS

Cuidarte para poder cuidar



Acompañar a personas en situación de vulnerabilidad o riesgo, puede ser agotador, por eso no puedes ni debes olvidar que tu bienestar también importa.

Muchas personas que acompañan a alguien en situación de riesgo terminan agotadas, asustadas y solas. Cuidarte no es egoísta, es imprescindible para poder seguir estando presente.

Qué puedes hacer por tí	Qué conviene evitar
● Pide apoyo a otras personas de tu entorno: no tienes que gestionarlo en soledad. ● Llama al 024: también atiende a familiares y personas cercanas. ● Mantén tus rutinas básicas: dormir, comer, descansar. Son la base. ● Pon límites realistas: no puedes estar disponible las 24 horas. ● Busca una persona profesional para ti si el malestar persiste o no puedes sostenerlo. ● Acepta que no puedes controlar las decisiones de otra persona. ● Habla con el equipo de salud mental de la persona o profesional de referencia si tienes acceso: pueden orientarte. ● Dedícate algo de tiempo a ti, para hacer algo que te haga sentir bien.	● Aislarte de tu propia red por dedicarte únicamente a acompañarle. ● “Cargar” con la responsabilidad de todo lo que ocurra. ● Normalizar el agotamiento como parte inevitable del rol. ● Sentirte culpable por necesitar un descanso o un espacio propio. ● Pensar que pedir ayuda para ti es egoísta o secundario.

FICHA – ACOMPAÑARME EN MI PROPIO DUELO

Ficha para personas en duelo por suicidio

Si has perdido a alguien por suicidio, lo primero que conviene decirte es que existen personas y recursos que te pueden ayudar y que lo que estás viviendo es uno de los duelos más complejos que existen. Las personas supervivientes describen, con frecuencia, una mezcla intensa y agotadora de tristeza, culpa, rabia, vergüenza, alivio y desconcierto. Todas esas emociones son comprensibles y merecen un espacio donde poder ser nombradas sin juicio.

Qué te puede ayudar

- Permitirte sentir lo que sientes, en el orden y al ritmo en que aparezca. No hay una secuencia “correcta” de duelo, ni un calendario.
- Nombrar lo ocurrido sin eufemismos cuando puedas: “murió por suicidio”. Hablarlo así, con cuidado, ayuda a integrar la pérdida y reduce el peso del silencio.
- Buscar grupos de apoyo mutuo de personas supervivientes. Encontrar a alguien que entiende sin necesidad de explicar mucho es, para muchas personas, el punto en el que empieza a respirarse.
- Apoyarte en una persona de confianza estable, aunque no entienda del todo lo que sientes. Estar acompañado/a importa más que ser comprendido/a a la perfección.
- Considerar la ayuda profesional especializada en duelo por suicidio si el dolor se vuelve abrumador, si aparecen pensamientos sobre tu propia vida o si te aíslas de forma sostenida.
- Cuidar tus rutinas básicas: sueño, comida, hidratación, movimiento suave. Cuando todo lo demás se tambalea, lo cotidiano sostiene.

Qué conviene evitar

- Buscar culpables o una única explicación. El suicidio nunca se explica por una sola causa.
 - Imponer un tiempo al duelo (propio o de otra persona).
 - Aislarte del entorno por miedo al juicio o a los silencios incómodos.
- Compartir detalles del método o circunstancias de la muerte fuera de espacios seguros.
- Sostener todo el peso emocional de quienes te rodean. Cuidarte también es cuidar a tu entorno.

RECUERDA



Tras la muerte por suicidio de un ser querido, el riesgo de sufrimiento intenso e incluso de aparición de conducta suicida puede aumentar. Si en algún momento sientes que no puedes más o aparecen pensamientos de hacerte daño, llama al 024 o, si hay peligro inmediato, al 112. Pedir ayuda no traiciona a quien ya no está: cuida la vida que sigue.

ACOMPAÑANDO MI PROPIO DUELO

QUÉ PUEDE AYUDARME

- ▶ Permitirme sentir lo que siento, en el orden y al ritmo que aparezca.
- ▶ Nombrar lo ocurrido sin eufemismos cuando pueda: “murió por suicidio”.
- ▶ Buscar grupos de apoyo mutuo de supervivientes.
- ▶ Apoyarme en una persona de confianza estable.
- ▶ Considerar ayuda profesional especializada en duelo por suicidio.

QUÉ CONVIENE EVITAR

- ▶ Cuidar rutinas básicas: sueño, comida, hidratación, movimiento.
- ▶ Buscar un único culpable o explicación.
- ▶ Imponer un tiempo al duelo, propio o de otra persona.
- ▶ Aislarme por miedo al juicio o a los silencios incómodos.
- ▶ Compartir detalles del método fuera de espacios seguros.
- ▶ Sostener el peso emocional de todo mi entorno.

FICHA COMUNICAR UN SUICIDIO A MENORES DE EDAD

¿CÓMO HACERLO?

Cuando un niño, una niña o una persona adolescente pierde a una persona cercana por suicidio, la manera de comunicar lo ocurrido debe ajustarse a su edad, su nivel de comprensión y las circunstancias concretas de la muerte. La información debe ser verdadera, clara y gradual, ofrecida por una persona adulta de confianza y en un contexto en el que pueda preguntar, expresar lo que siente y volver sobre la conversación tantas veces como necesite.

INDICACIONES PARA LA FAMILIA

1. La verdad, de forma gradual

Informa primero de lo importante y esencial: que la persona ha muerto, que la persona menor de edad va a estar acompañada y protegida y que puede preguntar todo aquello que necesite. Después, amplía la información atendiendo a sus preguntas y a su capacidad de comprensión. No es necesario ofrecer de entrada detalles físicos sobre el método utilizado. Si, por ejemplo, un niño de siete años no pregunta cómo ocurrió la muerte, no es preciso introducir ese detalle. Sus preguntas orientan sobre aquello que necesita comprender en ese momento, aunque la persona adulta debe comprobar también qué ha entendido y corregir posibles interpretaciones erróneas. La conversación sobre una muerte por suicidio no suele resolverse en un único momento: puede retomarse a medida que aparecen nuevas preguntas o cambia su comprensión de lo sucedido.

2. Utiliza palabras claras y comprensibles

Es preferible emplear palabras reales como “muerte”, “murió” o, cuando la edad y el nivel de comprensión lo permitan, “murió por suicidio”. Hablar con serenidad y sin convertir el suicidio en un secreto ayuda a que el niño o la niña pueda preguntar y elaborar lo ocurrido dentro de un contexto de confianza. Conviene evitar expresiones como “se durmió”, “se fue”, “nos dejó” o “se marchó”, especialmente en edades tempranas, porque pueden interpretarse literalmente y generar miedo al sueño, a las separaciones o a que otras personas queridas también desaparezcan. En niños mayores y adolescentes, una comunicación abierta reduce también la posibilidad de que intenten completar por su cuenta una explicación incompleta mediante búsquedas en internet o redes sociales, donde pueden encontrar información inadecuada o contenidos potencialmente dañinos.

3. Se puede llorar delante del niño o de la niña

No es necesario ocultar completamente el dolor. Ver a una persona adulta llorar permite comprender que la tristeza forma parte del duelo y que expresar las emociones no constituye algo peligroso. Puede decirse con naturalidad: “Estoy llorando porque le echo de menos y estoy triste”. Lo importante es que el niño o la niña siga percibiendo que las personas adultas mantienen su capacidad para cuidarle, protegerle y atender sus necesidades. Si la intensidad emocional de la persona adulta impide sostener la conversación o genera en la persona menor la sensación de que debe hacerse cargo de ella, será preferible contar con otra figura adulta cercana que pueda acompañar ese momento.

4. No tenemos respuesta para todo

Después de una muerte por suicidio aparecen con frecuencia preguntas para las que la familia tampoco dispone de una explicación completa. No es necesario inventar respuestas. Puede decirse: “Yo tampoco sé exactamente por qué ocurrió y entiendo que te hagas esa pregunta. Hay cosas que sabemos y otras que quizá no lleguemos a saber. Podemos hablar de ello siempre que lo necesites”. Si aparecen dudas que la familia no sabe cómo abordar, se puede recurrir a profesionales o recursos especializados que ayuden a acompañar el proceso. Reconocer la incertidumbre resulta preferible a ofrecer explicaciones cerradas que simplifiquen en exceso una conducta compleja.

5. Aborda la culpa de forma explícita

Una persona menor de edad puede establecer relaciones causales que para una persona adulta resultarían improbables y pensar que la muerte ocurrió porque se portaron mal, discutieron con el familiar, dijeron algo inadecuado o no hicieron lo suficiente para ayudarlo. Es necesario explorar estas ideas y corregirlas de manera directa: “Esto no ocurrió por nada que tú hayas hecho, dicho o pensado. Tú no causaste su muerte y no era tu responsabilidad evitarla”. Esta aclaración puede necesitar repetirse en distintos momentos del duelo. También conviene evitar mensajes como “tenías que haberle hecho más feliz”, porque pueden reforzar involuntariamente la idea de que el bienestar o la supervivencia del familiar dependían de la persona menor de edad.

6. Explica el suicidio sin presentarlo como una solución

La explicación debe evitar tanto la condena moral de la persona fallecida como cualquier representación del suicidio como una respuesta comprensible, inevitable o liberadora frente al sufrimiento. Puede explicarse que la persona estaba atravesando un sufrimiento psicológico muy intenso y que, en ese momento, no pudo percibir o utilizar otras alternativas para afrontar lo que estaba viviendo. Es

importante transmitir que ante un sufrimiento intenso existen formas de pedir ayuda y personas a las que acudir: familiares y otras figuras adultas de confianza, profesionales sanitarios o de salud mental y servicios de atención disponibles. En niños y adolescentes mayores conviene insistir en que hablar de pensamientos de muerte, desesperanza o deseos de hacerse daño permite buscar ayuda y no debe mantenerse en secreto.

7. Valida la variedad de emociones

El duelo por suicidio puede incluir tristeza, enfado, miedo, culpa, vergüenza, alivio, confusión o incluso momentos en los que el niño o la niña juega y parece encontrarse bien. Ninguna de estas respuestas, considerada de forma aislada, determina cómo está elaborando la pérdida. Puede sentirse enfadado con la persona que murió y seguir queriéndola profundamente. También puede no querer hablar en determinados momentos. La tarea de la persona adulta consiste en ofrecer disponibilidad, poner palabras cuando sea necesario y permitir que las emociones aparezcan sin exigir una determinada manera de vivir el duelo.

Cuentos y libros que pueden acompañar la conversación

Los cuentos pueden servir como apoyo para hablar de la muerte, las emociones y los recuerdos, pero no sustituyen una explicación directa y adaptada de lo ocurrido. No todos los libros sobre duelo abordan específicamente el suicidio; por ello, conviene que una persona adulta los lea previamente y valore si su lenguaje y sus metáforas encajan con la edad del niño o la niña y con la historia concreta de la familia.

Ana del Lago, de Kitty Crowther

Álbum ilustrado que permite acercarse, mediante un lenguaje simbólico y poético, a experiencias de tristeza, pérdida y muerte. Antes de utilizarlo para explicar una muerte por suicidio, conviene acompañar la lectura con una conversación explícita que diferencie la metáfora literaria de los hechos reales.

La mirada de Daniel, Editorial BABIDI-BÚ

Recurso ilustrado orientado a abordar con niños y niñas una pérdida por suicidio. Puede utilizarse como punto de partida para preguntar qué ha entendido el menor, qué dudas tiene y qué emociones le despierta la historia.

El árbol de los recuerdos, de Britta Teckentrup

No aborda específicamente el suicidio. Su utilidad se encuentra en el trabajo sobre la muerte, el recuerdo y la permanencia del vínculo afectivo con quien ha fallecido. En un duelo por suicidio es preferible no utilizar expresiones como “ya no podía más” para explicar la causa de la muerte, porque pueden simplificar el suicidio y asociarlo de forma imprecisa al cansancio o a una tristeza intensa.

Te echo de menos, de Paul Verrept

Puede ayudar a conversar sobre la ausencia, la tristeza y otras emociones relacionadas con una pérdida. Cuando la muerte ha sido por suicidio, la lectura necesita acompañarse de una explicación específica de la causa de la muerte adaptada a la edad.

Delfín, de Alma Serra y Blanca Galván

Recurso centrado en la experiencia de la pérdida y en las emociones que aparecen durante el duelo. Puede emplearse como apoyo para que el niño o la niña identifique y exprese lo que está sintiendo, sin utilizar el cuento como sustituto de la información familiar sobre lo ocurrido.



Nota para las familias. Si tras la muerte aparecen ideas persistentes de culpa, miedo intenso a que otras personas mueran, aislamiento marcado, deterioro mantenido del funcionamiento cotidiano, conductas de autolesión o verbalizaciones relacionadas con querer morir, es aconsejable solicitar una valoración profesional. Preguntar de manera directa y serena por pensamientos de muerte o de hacerse daño no introduce esas ideas; permite conocer qué está ocurriendo y ofrecer ayuda cuando es necesaria.

*** Estas recomendaciones se han formulado a partir de principios de comunicación del duelo infantil y del acompañamiento tras una muerte por suicidio: información honesta y adaptada al desarrollo, uso de lenguaje claro, comunicación abierta sobre la causa de la muerte, atención a culpa y vergüenza, disponibilidad para conversaciones repetidas y vigilancia de posibles dificultades emocionales o conductuales que requieran valoración profesional.*

FICHA 5 – RECURSOS DE AYUDA

¿Qué podemos hacer cuando se verbaliza la idea de morir?

HELP



Situación	Recurso
En caso de peligro inmediato o no poder garantizar la seguridad	112
Jóvenes 14–30 años en la Comunidad de Madrid	Cuídate · 900 14 30 00
Si es menor o afecta a un menor	116 111 y/o ANAR · Si hay peligro, 112
Si hay violencia de género asociada	016 · Si hay peligro, 112
Si el problema central está mediado por lo digital (acoso, sextorsión, difusión)	INCIBE 017
Si hay ideación o riesgo sin inminencia, y se necesita contención u orientación	024

PARTE IV

Recursos de ayuda ampliados

Esta parte reúne, de forma ordenada, los recursos que pueden activarse desde el dispositivo comunitario. La lista está organizada por nivel (nacional, autonómico, municipal y digital) para facilitar su consulta rápida.

Recursos nacionales y autonómicos

URGENCIAS Y ATENCIÓN INMEDIATA

Recurso	Información de contacto y uso
112 - Emergencias	Llamada gratuita, 24 h. Activación en caso de peligro inmediato, tentativa en curso, intoxicación, agitación grave o imposibilidad de garantizar la seguridad.
024 - Atención a la conducta suicida	Línea estatal de prevención, gratuita, confidencial y disponible 24 h. Atiende también a familiares y personas cercanas.
717003717 Teléfono de la esperanza ayuda@telefonodelaesperanza.org	Línea gratuita de atención, disponible 24 horas de consulta y apoyo en situación de crisis

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Recurso	Información de contacto y uso
116 111 - Línea de ayuda a la infancia y la adolescencia (Fundación ANAR)	Gratuita y confidencial. Atención a menores y a personas adultas preocupadas por un menor.
ANAR Familia · 600 50 51 52	Orientación a familias en situaciones de riesgo o sufrimiento infantojuvenil.

VIOLENCIA DE GÉNERO Y DELITOS DIGITALES

Recurso	Información de contacto y uso
016 - Atención ante violencia, control o amenaza	No deja rastro en la factura telefónica. WhatsApp 600 000 016. Atención también a personas del entorno.
INCIBE 017 - Ciberseguridad	Línea estatal gratuita para situaciones de ciberacoso, sextorsión, suplantación y difusión no consentida de imágenes.

COMUNIDAD DE MADRID

Recurso	Información de contacto y uso
Programa Cuídate · 900 14 30 00	Atención a jóvenes de 14 a 30 años de la Comunidad de Madrid con malestar emocional, autolesión o ideación suicida. Gratuito y confidencial.
Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid	Acceso preferente a través del centro de salud de atención primaria de referencia. Solicitar valoración por psiquiatría o psicología clínica.
Servicio de Urgencias Hospitalarias	Hospitales con guardia de psiquiatría 24 h en la Comunidad de Madrid. Activación cuando la atención primaria o el dispositivo comunitario no pueden garantizar la seguridad.

Recursos en Collado Villalba

El municipio dispone de una red de recursos sociales, sanitarios y comunitarios que pueden orientar, acompañar y derivar a las personas en situación de riesgo y a sus familias.

Para tener una visión completa consultar la “Guía de Recursos de Salud Mental y Bienestar emocional” editada recientemente en Collado Villalba. Se puede encontrar en el siguiente enlace

Poner enlace

ATENCIÓN MUNICIPAL

Recurso	Función
Servicios Sociales de atención social primaria de Collado Villalba Concejalía de Familia y Asuntos Sociales <i>Plaza Príncipe de España. Collado Villalba</i> <i>serviciosociales@ayto-colladovillalba.org</i> <i>Teléfono. 918 50 69 11</i>	Información, orientación y acompañamiento ante situaciones de vulnerabilidad social y emocional. Coordinación con la red sanitaria y comunitaria. Servicio de Bienestar emocional y prevención conducta suicida (Adultos y Jóvenes)
Concejalía de Juventud. Centro de Juventud <i>C. Rincón de las Eras, 10, 28400 Collado Villalba, Madrid</i> <i>Teléfono: 918 51 24 94</i>	Programas dirigidos a la población joven de C. Villalba. Espacios de escucha y dinamización. Servicio de Bienestar emocional y prevención conducta suicida (Jóvenes)
Concejalía de Educación <i>Parque de Peñalba</i> <i>Calle Dr. José María Poveda, 9, 28400 Collado Villalba, Madrid</i> <i>Teléfono: 918 51 56 50</i>	Coordinación con centros educativos del municipio. Activación de protocolos en el entorno escolar.

Punto Municipal del Observatorio Regional contra la Violencia de Género <i>Centro Polifuncional, Plaza Príncipe de España, s/n, 1ª planta. - Collado Villalba. · Teléfono: 91 851 97 45. puntoviolenciagenero@ayto-colladovillalba.org</i>	Atención a víctimas y a personas cuidadoras. Coordinación con 016 y con el sistema sanitario.
--	--

ATENCIÓN EDUCATIVA/ SOCIO EDUCATIVA/ EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA

Todos los centros educativos de Collado Villalba, tanto de primaria como de secundaria, tienen **equipo de orientación educativa** compuestos por profesionales del trabajo social y la psicología que prestan apoyo y orientan a los recursos pertinentes en este tipo de situaciones.

ATENCIÓN SANITARIA

Recurso	Función
Centros de Salud de Collado Villalba	Atención primaria de referencia. Derivación a salud mental y coordinación con el dispositivo comunitario.
Centro de Salud Mental de referencia	Atención especializada en psicología y psiquiatría. Acceso a través del centro de salud.
Hospital General de Villalba · Urgencias <i>M-608 Carretera, M-608, Km 41, 28400 Collado Villalba Teléfono: 910 90 81 02</i>	Atención hospitalaria 24 h. Activación en caso de tentativa, intoxicación o riesgo no asumible por la red ambulatoria.

RECUERDA



Los datos de contacto exactos de cada dispositivo (teléfono, dirección y horario) deben mantenerse actualizados por el Ayuntamiento en la guía oficial del programa. La presente ficha indica los recursos disponibles y su función dentro del itinerario asistencial.

Recursos digitales y orientación online

El acompañamiento de personas que sufren no termina en el espacio presencial: una parte significativa del malestar y de la búsqueda de ayuda se canaliza hoy por canales digitales. Estos recursos pueden combinarse con la atención presencial y son especialmente útiles para población joven.

INFORMACIÓN Y AUTOAYUDA

Recurso	Función
Web oficial del 024	Información sobre el funcionamiento de la línea y materiales de autoayuda.
Salud Madrid · Portal de Salud Mental	Información institucional, dispositivos y materiales para profesionales y ciudadanía.
Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA · materiales de sensibilización	Guías, infografías y campañas para profesionales y para población general.
Papageno · Asociación de profesionales en prevención del suicidio	Recursos formativos, decálogos y materiales para periodistas, docentes y profesionales sociosanitarios.

ATENCIÓN ONLINE

Recurso	Función
Chat 024 https://www2.cruzroja.es/web/cruzroja/chat-linea024	Atención escrita en tiempo real a personas que no pueden o no desean llamar por teléfono.
Chat ANAR https://chatanar.es/	Atención escrita a menores y a personas adultas que acompañan a menores.
Línea Cuídate Comunidad de Madrid https://www.comunidad.madrid/juventud/cuidate	Atención telefónica y online para jóvenes 14–30 años.

USO RESPONSABLE DE REDES

- Si detectas contenido de riesgo en redes sociales (apología, métodos, ideación grupal), repórtalo a la plataforma y, en caso de menor, notifícalo a INCIBE 017.
- Acompañar a personas jóvenes en su relación con las redes implica enseñar a identificar cuentas de apoyo legítimas frente a comunidades que normalizan la autolesión o el suicidio.
- Las pautas de la OMS sobre comunicación responsable del suicidio (efecto Werther / efecto Papageno) son la referencia para difundir información sin generar imitación.

ANEXO

CUADERNO COMPLETO DE FICHAS

Esta sección reúne, en formato de tarjeta independiente, las 37 fichas del programa. Pensadas para imprimirse, fotocopiarse o entregarse por separado dentro de la consulta o la intervención comunitaria.

Cada ficha está identificada con un código (F-XX), un destinatario (profesional, persona en riesgo o familia) y una banda corporativa. La cabecera de página y el pie de página se mantienen para garantizar identificación institucional incluso en copias sueltas.

ÍNDICE DE FICHAS

Parte A. Fichas para profesionales **Pág. 108**

Ficha f-01. Mitos sobre la autolesión.	Pág. 109
Ficha f-02. Mitos sobre el suicidio.	Pág. 110
Ficha f-03. Factores de riesgo y protección.	Pág. 111
Ficha f-04 Factores precipitantes (desencadenantes próximos).	Pág. 113
Ficha f-05 Señales de alerta.	Pág. 114
Ficha f-06 Conductas de cierre.	Pág. 116
Ficha f-07 Acogida inicial ante sospecha de riesgo.	Pág. 117
Ficha f-08 Preguntas clave para explorar la ideación suicida.	Pág. 118
Ficha f-09 Marco legal y deontológico.	Pág. 119
Ficha f-10 Qué decir y no decir.	Pág. 120
Ficha f-11 Qué hacer ante autolesión o ideación suicida.	Pág. 121
Ficha f-12 Qué NO hacer ante autolesión o ideación suicida.	Pág. 122
Ficha f-13 Actuación inmediata en crisis suicida.	Pág. 123
Ficha f-14 Qué hacer cuando se rechaza la ayuda.	Pág. 124
Ficha f 15 Estrategias de regulación emocional	Pág. 126
Ficha f 13 Duelo por suicidio	Pág. 127
Ficha f-17. Duelo infantil y adolescente	Pág. 128
Ficha f-18. Autocuidado profesional	Pág. 129

Parte B. Fichas para personas en situación de riesgo **pág. 130**

Ficha f-19. Mitos y realidades (para mí).	Pág. 131
Ficha f-20. Mis señales de alerta.	Pág. 132
Ficha f-21. Lo que aumenta y lo que reduce mi riesgo.	Pág. 133
Ficha f-22. 7 estrategias para momentos difíciles.	Pág. 134
Ficha f-23. Frases que puedo decir cuando necesito ayuda.	Pág. 135
Ficha f-24. 7 pasos cuando aparece la idea de morir.	Pág. 136
Ficha f-25. Mi plan de seguridad.	Pág. 137
Ficha f-26. Después de una tentativa.	Pág. 139

Parte C Fichas para familiares y allegados de personas en situación de riesgo p.140

Ficha f-27. Ficha f-19. Mitos y realidades (para mí).	Pág. 141
Ficha f-28. Cómo detectar riesgo en alguien cercano.	Pág. 142
Ficha f-29 Qué decir y qué no decir (familia)	Pág. 143
Ficha f-30 Qué hacer y no hacer (familia)	Pág. 144
Ficha f-31 Recursos de ayuda rápida	Pág. 145
Ficha f-32 Tú también importas.	Pág. 146
Ficha f-33 Acompañar mi propio duelo (superviviente)	Pág. 147

PARTE A

Fichas para profesionales

FICHA F-01

PROFESIONAL

Mitos sobre la autolesión

MITO	REALIDAD
La autolesión es un intento de suicidio fallido.	Son dos conductas diferentes: se distinguen por la intención con la que se llevan a cabo.
Se autolesionan para llamar la atención.	Suele reflejar necesidad de ser visible o de pedir ayuda ante la dificultad para expresar el malestar.
Si no hay heridas graves, no preocupa.	La gravedad de la herida no refleja la gravedad del sufrimiento.
Es una “moda” de adolescentes.	Aparece a cualquier edad y se relaciona con dificultades en la regulación emocional.
Solo se autolesionan personas con trastorno mental.	No necesariamente. Es más frecuente en población clínica, pero no exclusivo.
Autolesionarse es hacerse cortes.	El “cutting” es solo una forma; hay muchas otras y todas merecen atención.
Con el tiempo se le pasará solo/a.	Sin intervención puede cronificarse: cuanto más tiempo se mantiene, más difícil es abandonarla.

EN UNA FRASE

La autolesión es una estrategia disfuncional de regulación emocional,
no un capricho ni una moda.



FICHA F-02

PROFESIONAL

Mitos sobre el suicidio

MITO	REALIDAD
Hablar de suicidio puede provocarlo.	Hablar de forma abierta, directa y cuidadosa no aumenta el riesgo; alivia y conecta con la ayuda.
Quien habla de suicidio no lo hará.	Expresar ideas de muerte es una señal de alarma que hay que tomarse en serio.
Ocurre sin previo aviso.	Suele haber señales previas, aunque pueden pasar desapercibidas.
Si no se consuma, era "llamar la atención".	Todo intento debe entenderse como malestar grave y como necesidad inmediata de ayuda.
La persona quiere morir.	En la mayoría de casos no quiere morir: quiere dejar de sufrir y no encuentra otra alternativa.
Quien lo ha intentado, lo seguirá intentando.	No necesariamente. Las crisis suelen ser episodios delimitados; muchas personas no repiten.
Solo se suicidan personas con trastorno mental.	El suicidio no es un trastorno mental; los trastornos pueden aumentar el riesgo pero no son condición.
Es impulsivo, no se puede prevenir.	Acompañar, reducir riesgos, activar red y facilitar atención sí previenen.
Es de cobardes / de valientes.	Esa lectura moral estigmatiza y aleja de la ayuda.
Solo afecta a cierto perfil.	Puede haber grupos vulnerables, pero el riesgo no se limita a uno solo.

EN UNA FRASE

Hablar del suicidio con respeto y claridad protege. El silencio aísla.



FICHA F-03

PROFESIONAL

Factores de riesgo y de protección

PERSONALES

Riesgo	Protección
Tentativas previas · Desesperanza · Dolor emocional intenso	Salud física y mental · Autoestima · Habilidades sociales
Depresión · Trastornos mentales · Impulsividad	Estilo de afrontamiento positivo · Regulación emocional
Baja tolerancia a la frustración · Consumo de sustancias	Habilidades de comunicación · Valores prosociales
Victimización · Aislamiento · Soledad no deseada	Creencias espirituales · Red social de apoyo de calidad
Presencia de autolesión · Acceso a medios letales	

FAMILIARES	
Riesgo	Protección
Antecedentes familiares de suicidio · Disfunción familiar	Relaciones familiares saludables · Cohesión familiar
Rigidez · Exigencia extrema · Enfermedad mental en familia	Confianza · Respeto · Flexibilidad · Seguridad
Maltrato intrafamiliar · Consumo de sustancias en familiares	

ACADÉMICOS Y LABORALES/COMUNITARIOS	
Riesgo	Protección
Acoso escolar o laboral · Autoexigencia · Malestar por desempeño	Relaciones saludables en la institución · Formación específica
Duelo o Pérdida · Rupturas · Desempleo · Aislamiento	Apoyo social de calidad · Acceso a recursos eficaces
Barreras de acceso a recursos · Mitos sobre el suicidio	Información veraz · Concienciación social

EN UNA FRASE Ningún factor de riesgo por sí solo es determinante.
Evaluar siempre riesgo + protección, fortaleciendo lo segundo.



FICHA F-04

PROFESIONAL

Factores precipitantes (desencadenantes próximos)

Eventos o situaciones inmediatas que pueden desencadenar una crisis en personas vulnerables.

Su detección permite intervención preventiva inmediata.

ÁMBITO INTERPERSONAL

- ▶ Ruptura sentimental reciente o conflicto interpersonal grave.
 - ▶ Pérdida de un ser querido (incluidas mascotas).
 - ▶ Episodios de violencia de género.
- ▶ Muerte por suicidio en el entorno cercano.

ÁMBITO SOCIAL Y LABORAL

- ▶ Humillación pública o pérdida de estatus / reputación.
 - ▶ Problemas legales o judiciales.
- ▶ Pérdida de empleo o crisis económica.
 - ▶ Acoso presencial u online.

ÁMBITO SANITARIO

- ▶ Diagnóstico de enfermedad grave o crónica, o de enfermedad mental.
- ▶ Alta hospitalaria reciente (primeras semanas: período de alto riesgo).

ÁMBITO PERSONAL

- ▶ Aniversarios de pérdidas o eventos traumáticos.
 - ▶ Acceso a medios letales.
- ▶ Consumo de alcohol u otras sustancias.

RECUERDA

Un precipitante no causa por sí solo la conducta: actúa sobre una vulnerabilidad previa. Detectarlo es la oportunidad para intervenir.



FICHA F-05

PROFESIONAL

Señales de alerta

VERBALES · DIRECTAS

- ▶ “Quiero morirme” · “Me voy a suicidar” · “No quiero seguir”.
- ▶ “Pronto dejaré de ser una carga” · “Cuando me vaya estaréis mejor”.
- ▶ “He decidido acabar con todo”.

VERBALES · INDIRECTAS

- ▶ Desesperanza · Visión de túnel · Ideación pasiva (“ojalá no despertara”).
- ▶ Sentirse una carga (“soy un estorbo”, “estaríais mejor sin mí”).
- ▶ Atrapamiento, miedo a perder el control, despedidas verbales o escritas.

NO VERBALES · CONDUCTUALES

- ▶ Aislamiento repentino, cortar contacto, dejar actividades significativas.
- ▶ Regalar pertenencias, ordenar papeles, despedidas, “poner todo en regla”.
- ▶ Cambios bruscos en autocuidado, insomnio o hipersomnia, conductas de riesgo.
- ▶ Descenso brusco del rendimiento académico o laboral.

NO VERBALES · EMOCIONALES Y COGNITIVAS

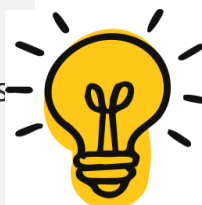
- ▶ Tristeza intensa, ansiedad aguda, agitación, anhedonia.
- ▶ Desesperanza persistente, embotamiento emocional, vacío.
- ▶ Irritabilidad, conflictos, dificultad para concentrarse o decidir.
- ▶ Calma repentina tras un periodo de sufrimiento (atención si coincide con conductas de cierre).

EN EL ENTORNO DIGITAL

- ▶ Publicaciones de desesperanza, vacío, despedida.
- ▶ Búsquedas de métodos letales o lugares de riesgo.
- ▶ Mensajes privados de despedida o agradecimiento inusual.
- ▶ Cierre de cuentas, regalar contraseñas o archivos personales.

REGLA DE ORO

Una señal no equivale a riesgo seguro: equivale a “hay que estar más pendiente y preguntar”. El riesgo aumenta cuando son nuevas, intensas, persistentes o varias a la vez.



FICHA F-06

PROFESIONAL

Conductas de cierre

Las conductas de cierre son conductas preparatorias orientadas a “dejar todo resuelto” o “cerrar etapas”, como si la persona estuviera poniendo un punto final. Requieren preguntar y valorar riesgo de forma inmediata.

INTERPERSONALES

- ▶ Visitas inesperadas en actitud “de despedida”.
- ▶ Llamadas o mensajes a personas con las que no se hablaba.
- ▶ Agradecimientos intensos, disculpas, cerrar “cabos sueltos”.

MATERIALES Y DIGITALES

- ▶ Resolver asuntos pendientes (documentación, cuentas, conversaciones “necesarias”).
- ▶ Cierre o limpieza de huella digital: cerrar cuentas, borrar contenido, bloquear.
- ▶ “Dejarlo todo en orden” en casa: limpieza, etiquetar pertenencias.
- ▶ Regalar objetos significativos sin un motivo claro (“prefiero que lo tengas tú”).

ESCRITAS

- ▶ Cartas o notas de despedida (o mensajes similares).
- ▶ Posts públicos con tono de cierre (“gracias por todo”).

ACCIÓN INMEDIATA

Si detectas conductas de cierre, preguntar de forma directa por ideación, intención y plan. No esperar: valorar y activar apoyos sin demora.



FICHA F-07

PROFESIONAL

Acogida inicial ante sospecha de riesgo

Objetivo: crear un contexto de seguridad, confianza y colaboración.

Paso	Cómo hacerlo
1. Crear un espacio seguro	Lugar privado, sin interrupciones, tiempo suficiente. Postura abierta.
2. Comunicar disponibilidad	“Estoy aquí para escucharte. Tienes todo el tiempo que necesites.”
3. Escucha activa	Contacto visual, asentimientos, silencios respetuosos, parafraseos. No interrumpir.
4. Validar sin juzgar	“Lo que sientes tiene sentido dada tu situación.”
5. Normalizar la petición de ayuda	“Has dado un paso muy importante al hablar de esto.”
6. Preguntar con calidez y claridad	Pasar a las preguntas básicas (Ficha F-08).
7. No prometer lo que no se puede cumplir	Ser sincero/a y honesto/a sobre los límites.
8. Transmitir esperanza realista	“Hay opciones y personas que pueden ayudarte.”

COMPONENTES ESENCIALES

- ▶ Encuadre físico privado, sin prisas.
- ▶ Actitud de escucha y empatía, sin juicio.
- ▶ Comunicación verbal cuidada, preguntas abiertas, validación.
- ▶ Transparencia sobre el proceso y sus límites.



FICHA F-08

PROFESIONAL

Preguntas clave para explorar la ideación suicida

APERTURA

- ▶ “¿Has pensado alguna vez en hacerte daño?”
- ▶ “¿Has tenido pensamientos de que la vida no merece la pena o de que sería mejor no estar?”
- ▶ “¿Has pensado en la muerte? ¿Has pensado en tu muerte?”

Si la respuesta es afirmativa, explorar:

Dimensión	Preguntas
Ideación	“¿Has pensado en el suicidio?”
Intensidad y frecuencia	“¿Con qué frecuencia aparecen esos pensamientos? ¿Cuánto duran?”
Intención	“¿Sientes que podrías hacerte daño o quitarte la vida?”
Planificación	“¿Has pensado cómo lo harías?” (cómo, cuándo, dónde).
Acceso a medios	“¿Tienes ahora acceso a algo con lo que podrías hacerte daño?”
Preparativos	“¿Has hecho algo para prepararlo o despedirte?”
Intentos previos	“¿Lo has intentado antes? ¿Cuándo? ¿Cómo?”
Estado actual	“¿Has consumido? ¿Estás durmiendo? ¿Te sientes fuera de control?”
Precipitantes	“¿Ha pasado algo que haya aumentado tu malestar?”
Protección y apoyo	“¿Hay algo o alguien que te haga querer seguir?”
Seguridad	“¿Puedes comprometerte a estar en compañía de alguna persona y alejarte de medios mientras pedimos ayuda?”

RECUERDA

Preguntar de forma directa, sin eufemismos, no induce la conducta: la previene. Si no puedes preguntar tú, deriva a alguien que sí pueda.



FICHA F-09

Confidencialidad y sus límites

PROFESIONAL

MARCO LEGAL Y DEONTOLÓGICO

- ▶ Código Deontológico (Consejo General de la Psicología de España): deber de secreto profesional, salvo consentimiento expreso o supuestos legales.
- ▶ Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente: derecho a la confidencialidad y excepción cuando hay riesgo inmediato grave.
- ▶ Menores: Ley 41/2002 regula el consentimiento por representación; se escucha y se tiene en cuenta la opinión del menor.

ENCUADRE INICIAL (NO EN LA CRISIS)

Explicar al inicio del vínculo profesional, no en la urgencia. Tres ideas:

- ▶ Confidencialidad como norma básica del vínculo: hablar con libertad y sin miedo.
- ▶ Excepción única: riesgo grave para sí o para terceros, donde hay obligación de proteger.
- ▶ Si esa excepción se activa, se hace con la persona, informándole, compartiendo solo lo imprescindible.

CON MENORES

- ▶ Explicar por qué se informa a familia o tutores: para protegerle, no para castigarle.
- ▶ Implicar al menor en la decisión de quién avisar, qué decir y qué no decir.
- ▶ Adaptar la información a su nivel de madurez y preservar su voz.



MODELO DE FRASE “ Todo lo que hablamos es confidencial. Solo hay una excepción: si aparece algo que pueda suponer riesgo grave para ti o para otra persona, pediremos ayuda para protegerte. Lo haríamos contigo, no a tus espaldas, compartiendo solo lo imprescindible.”

FICHA F-10

PROFESIONAL

Qué decir y qué no decir

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
“Gracias por decírmelo.” · “Me importa lo que te pasa.”	“Tranquilízate, no es para tanto.” · “No digas tonterías.”
“Estoy aquí contigo y vamos a buscar ayuda segura.”	“No pienses esas cosas.” · “Con lo que tú tienes...”
“Tiene sentido que te sientas desbordado/a.”	“Eso es solo una llamada de atención.” · “Eres egoísta.”
“Entiendo que estés buscando una forma de parar el dolor.”	“Lo haces para manipular.” · “Piensa en tu familia.”
“¿Has pensado en hacerte daño o en morir?”	“No estarás pensando en hacer una locura, ¿no?”
“¿Te sientes en peligro ahora?”	“¿Cómo puedes pensar algo así?”
“Vamos a centrarnos en las próximas horas.”	“Cálmate.” · “Si quisieras, podrías controlarlo.”
“¿Te parece bien que busquemos a alguien de confianza?”	“No llores.” · “Te explico por qué estás así.”
“No quiero que te quedes en soledad; vamos a buscar apoyo.”	“Prométeme que no lo harás.” · “No se lo diré a nadie pase lo que pase.”
“Vamos a pedir apoyo ahora; te acompaño a hacerlo.”	“Eso ya no es cosa mía.” · “Si no aceptas ir, no puedo hacer nada.”
“Hablar de esto hoy ha sido importante.”	“Bueno, ya hablaremos.” · “Seguro que mañana estás mejor.”

REGLA DE FONDO

Hablar de forma clara, directa y responsable no aumenta el riesgo:
reduce la incertidumbre y permite proteger mejor.



FICHA F-11

PROFESIONAL

Qué hacer ante autolesión o ideación suicida

1. CREAR UN ENTORNO SEGURO

- ▶ Espacio tranquilo, privado, sin interrupciones.
- ▶ Tono calmado, postura abierta, disponibilidad real.
- ▶ Evitar reacciones de alarma o urgencia innecesaria.

2. ESCUCHAR Y VALIDAR

- ▶ Permitir que la persona se exprese sin interrumpir.
 - ▶ Reconocer el dolor sin justificar la conducta.
 - ▶ Agradecer la confianza al compartir algo difícil.

3. PREGUNTAR CON CLARIDAD

- ▶ Preguntar directamente por ideación, intención y plan.
- ▶ Explorar cuándo aparecen las ideas y qué intensidad tienen.
 - ▶ Preguntar si se siente en peligro en este momento.

4. APLAZAR DECISIONES Y RECONOCER LA AMBIVALENCIA

- ▶ Proponer no tomar decisiones definitivas ahora.
- ▶ Reforzar cualquier motivo de cuidado, aunque sea pequeño.
- ▶ Centrar el acuerdo en las próximas horas, no en todo el futuro.

5. ACTIVAR APOYOS Y COORDINAR

- ▶ Compartir la situación con equipo o coordinación.
- ▶ Avisar a figuras de referencia con la persona, no a sus espaldas.
 - ▶ Activar recursos comunitarios o sanitarios si procede.
 - ▶ Dejar constancia documental de la intervención.

FICHA F-12

PROFESIONAL

Qué NO hacer ante autolesión o ideación suicida

NO MINIMIZAR NI TRIVIALIZAR

- ▶ No restar importancia a lo expresado.
- ▶ No interpretar como manipulación o exageración.
- ▶ No cerrar el tema por incomodidad personal.

NO JUZGAR NI CULPABILIZAR

- ▶ No reprochar ni responsabilizar a la persona de su sufrimiento.
- ▶ No imponer valores, creencias o lecciones morales.
- ▶ No comparar su situación con la de otras personas.

NO ALARMAR NI CONFRONTAR

- ▶ No amenazar ni usar el miedo como control.
- ▶ No discutir la lógica de lo que siente.
- ▶ No convertir la conversación en un interrogatorio.

NO PROMETER LO IMPOSIBLE

- ▶ No prometer confidencialidad absoluta si hay riesgo.
- ▶ No asegurar soluciones que no dependen de ti.
- ▶ No asumir responsabilidades que exceden el rol comunitario.

NO ACTUAR EN SOLEDAD

- ▶ No gestionar sin apoyo del equipo o la red.
- ▶ No retrasar la activación de recursos necesarios.
- ▶ No dejar sola a la persona si el riesgo es elevado.

FICHA F-13

PROFESIONAL

Actuación inmediata en crisis suicida

PRIORIDAD ABSOLUTA ¡PROTEGER LA VIDA!! No es momento de convencer ni de explicar
Reducir el riesgo inmediato y activar ayuda urgente..



1. Mantener la calma. Tu serenidad es terapéutica.
2. Garantizar la seguridad inmediata.
3. Llamar al 112.
4. No dejar sola a la persona en ningún momento.
5. Escuchar sin juzgar: permitir que exprese su sufrimiento.
6. Validar el dolor: “entiendo que estás sufriendo mucho ahora”.
7. Retirar el acceso a medios letales.
8. Activar la red de apoyo (si procede).
9. Si hay autolesión activa, atender la herida física.
10. Acompañar hasta la llegada de los servicios de emergencia.
11. Documentar la intervención realizada.

QUÉ TRANSMITIR AL 112

- ▶ Dónde está la persona y qué ha ocurrido.
- ▶ Si hay riesgo inmediato, tentativa, intoxicación o consumo.
- ▶ Si está sola o acompañada, si hay acceso a medios.
- ▶ Qué apoyos hay presentes en este momento.

FICHA F-14

PROFESIONAL

Qué hacer cuando se rechaza la ayuda

Que rechace la ayuda no significa que no la necesite. Suele aparecer por miedo, vergüenza, desconfianza o experiencias previas negativas. No presionar, no abandonar, no minimizar.

Situación	Respuesta profesional
Riesgo inminente	No negociar la seguridad. Acompañar, no dejar sola, activar 112, informar lo necesario, documentar.
Riesgo no inminente, rechazo de ayuda	Validar autonomía, explorar ambivalencia, ofrecer opciones pequeñas (“llamar al 024”, “avisar a una persona”, “quedarte acompañado/a un rato”).
Rechazo por miedo a consecuencias	Aclarar qué se compartirá, con quién y para qué. Reforzar control compartido.
Rechazo familiar	Psicoeducar a la familia, explicar señales, pautar acompañamiento, reducir medios, activar urgencias si aumenta el riesgo.

REFORMULAR EL LENGUAJE

En lugar de...	Prueba con...
"Si no haces caso, me enfado."	"Me preocupa tu seguridad. Quiero acompañarte en este momento."
"Tienes que ir a tu terapeuta ya."	"¿Qué ayuda sí aceptarías ahora?"
"Entonces no puedo hacer nada."	"Aunque no quieras hablar, puedo quedarme contigo."

TRES IDEAS

No confrontar

No abandonar

No minimizar.

Si no hay urgencia, trabajar desde la colaboración. Si la hay, proteger la vida aunque la persona no pueda aceptar ayuda.



FICHA F-15

PROFESIONAL

Estrategias de regulación emocional

Estrategia	Descripción / Ejemplo
Identificación emocional	Nombrar la emoción (“¿qué estoy sintiendo ahora?”). Escala 0–10 de intensidad.
Grounding (anclaje)	Técnica 5-4-3-2-1: 5 cosas que veo, 4 que toco, 3 que oigo, 2 que huelo, 1 que saboreo.
Respiración diafragmática	Inspirar 4 seg, mantener 4 seg, exhalar 6 seg. Repetir hasta bajar activación.
Acción opuesta	Actuar en sentido contrario al impulso (si tiende a aislarse, llamar a alguien).
Distracción funcional	Actividades que exigen atención: puzzles, ejercicio moderado, cocinar, escribir.
Tolerancia al malestar	Aceptar el momento sin intentar eliminarlo. Técnicas TIPP.
Expresión emocional segura	Diario emocional, dibujo, música. Canalizar de forma no dañina.
Reestructuración cognitiva	Identificar pensamientos distorsionados y generar alternativas realistas y compasivas.
Activación conductual	Programar diariamente al menos una actividad agradable o con sentido de logro.
Búsqueda de apoyo	Identificar personas de confianza y pedir ayuda específica.

FICHA F-16

PROFESIONAL

Duelo por suicidio

Los supervivientes (personas cercanas a quien ha muerto por suicidio) afrontan un duelo marcado por culpa, preguntas repetitivas, búsqueda obsesiva de sentido, estigma, vergüenza y aislamiento. Posvención = prevención.

QUÉ SÍ HACER	QUÉ NO HACER
Acompañar con presencia y disponibilidad.	Buscar culpables o explicaciones simplistas.
Permitir y normalizar todas las emociones (rabia, culpa, alivio).	Juzgar, minimizar o usar lenguaje que criminalice ("se cometió suicidio").
Nombrar lo sucedido: "murió por suicidio" (sin eufemismos).	Evitar el tema o actuar como si nada hubiera pasado.
Ofrecer información sobre grupos de apoyo mutuo.	Juzgar la relación con la persona fallecida.
Derivar a terapia especializada si es necesario.	Compartir detalles del método o hacer preguntas morbosas.
Respetar los tiempos del duelo.	Presionar para que "se supere" el duelo.
Preguntar cómo está y qué necesita, no solo al principio.	Dar opiniones personales del "porqué".
Evaluar el posible riesgo de suicidio en la persona superviviente.	Mostrar incomodidad ante el tema.

FICHA F-17

PROFESIONAL

Duelo infantil y adolescente

- ▶ Informar con la verdad adaptada a la edad y madurez del menor.
- ▶ Usar un lenguaje claro y comprensible, sin eufemismos confusos.
 - ▶ Evitar explicaciones que generen culpa (“se fue porque...”).
- ▶ Permitir y validar todas las emociones: rabia, confusión, tristeza, alivio.
 - ▶ Mantener rutinas y estructura: aportan seguridad.
- ▶ Estar atentos a cambios en comportamiento, rendimiento escolar, relaciones.
 - ▶ Ofrecer alternativas de expresión emocional: dibujo, juego, escritura.
 - ▶ Informar y coordinarse con el centro educativo.
 - ▶ Permitir y fomentar actos de despedida.
 - ▶ Evaluar la necesidad de apoyo psicológico especializado.
 - ▶ Vigilar especialmente el riesgo de suicidio en el menor.

FICHA F-18

PROFESIONAL

Autocuidado del profesional

Sostener este sufrimiento sin cuidado propio conduce a burnout, fatiga por compasión y traumatización vicaria. Cuidarse no es un lujo, es ética profesional.

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

- ▶ Reafirmar el rol: acompañar, sostener, valorar, activar apoyos.
- ▶ Micro-pausa de 60–90 s: respiración lenta y postura estable.
- ▶ Formular intención clara: seguridad + vínculo + apoyo.

DURANTE LA INTERVENCIÓN

- ▶ Presencia serena y comunicación clara, incluso con alta activación.
- ▶ Decisiones basadas en criterios compartidos con el equipo, no en impulsos.
- ▶ Solicitar apoyo o relevo ante señales de saturación.
- ▶ Mantener límites de rol, tiempo y disponibilidad.

POSTINTERVENCIÓN

- ▶ Cierre documental adecuado.
- ▶ Debriefing breve (10–15 min) con par o coordinación.
- ▶ Descarga fisiológica: caminar, hidratarse, respirar.
- ▶ Cierre psicológico intencional: “mi parte queda completada y registrada”.

ESTRUCTURAL

- ▶ Supervisión clínica/técnica regular como higiene profesional.
- ▶ Espacios de coordinación de equipo para repartir carga.
- ▶ Rutinas: sueño, alimentación, actividad física, pausas reales.
- ▶ Reducir exposición adicional a contenidos de alto impacto.

PARTE B

Fichas para personas en situación de riesgo

FICHA F-19

PARA TI

Mitos y realidades (para mí)

MITO	REALIDAD
“Pedir ayuda es ser débil.”	Pedir ayuda requiere valentía. La fortaleza no es aguantar en silencio.
“Pensar en morir significa que no hay salida.”	Es señal de que el dolor se ha vuelto insoportable, no de que no haya solución.
“Haberme autolesionado me define.”	Es una conducta, no una identidad. No define tu valor ni tu futuro.
“Si hablo de suicidio, lo haré más real.”	Hablarlo no aumenta el riesgo; al contrario, lo reduce.
“Tengo que llegar al límite para merecer ayuda.”	No hay umbral mínimo de sufrimiento para pedir ayuda.
“El suicidio es un acto egoísta.”	Es la consecuencia de un dolor que supera los recursos disponibles, no un acto moral.

FICHA F-20

MIS SEÑALES DE ALERTA

PARA TI

A veces el malestar aumenta poco a poco y cuesta darse cuenta. Estas son señales de que es el momento de buscar apoyo.

EN MIS PENSAMIENTOS

- ▶ Pensamientos repetidos sobre la muerte, morir o desaparecer.
- ▶ Pensar de que “todos estarían mejor sin mí”.
- ▶ Sentir que el dolor nunca va a terminar.
- ▶ Pensar en formas de hacerme daño.
- ▶ Sentir que no veo salida.

EN MIS EMOCIONES

- ▶ Desesperanza intensa, sentir que nada va a mejorar.
- ▶ Vergüenza o culpa aplastante.
- ▶ Sensación de ser una carga para los demás.
- ▶ Vacío o entumecimiento emocional.
- ▶ Agitación, ansiedad o rabia muy intensa.

EN MI CONDUCTA

- ▶ Alejarme de las personas que me importan.
- ▶ Dejar de hacer cosas que antes me importaban.
- ▶ Comentarios de despedida o regalar cosas personales.
- ▶ Buscar formas o medios de hacerme daño.
- ▶ Consumir más alcohol u otras sustancias.
- ▶ No dormir o dormir demasiado.

Si sientes que no puedes esperar o el impulso es muy fuerte, llama al 112. Para hablar: 024.

FICHA F-21

PARA TI

Lo que aumenta y lo que reduce mi riesgo

Lo que aumenta mi malestar	Lo que me ayuda a mantenerme a salvo
Dormir muy poco o muy mal.	Dormir, aunque sea un poco. El cansancio empeora todo.
Estar en soledad mucho tiempo, sobre todo de noche.	Estar acompañado/a, aunque sea en silencio.
Consumir alcohol u otras sustancias.	Seguir mi plan de seguridad.
Tener acceso a medios de hacerme daño.	Alejarme de los medios o dárselos a alguien.
Pasar tiempo en lugares donde me siento peor.	Contactar con mi terapeuta o servicio de salud mental.
Estar visionando contenidos sobre suicidio en redes.	Llamar al 024 si no puedo hablar con nadie.
Conflictos intensos con personas cercanas.	Hacer pequeñas cosas que me conecten al presente.
No seguir el tratamiento o dejar la medicación de golpe.	

FICHA F-22

PARA TI



7 estrategias para momentos difíciles

OBJETIVO Cuando el malestar es muy intenso, el objetivo no es sentirme bien de golpe, sino bajar la intensidad lo suficiente para tomar decisiones seguras.

1. Cambia de lugar.

Sal de la habitación o del espacio donde estás. Cambia de entorno.

2. Respira despacio.

Inhala 4 seg, aguanta 4 seg, exhala 6 seg. Repite al menos 5 veces.

3. Anclajes 5-4-3-2-1.

Nombra 5 cosas que ves, 4 que tocas, 3 que oyes, 2 que hueles, 1 que saboreas.

4. Contacta con alguien.

Un mensaje o llamada, aunque solo sea para decir “no estoy bien”.

5. Escribe lo que sientes.

No para resolverlo: para sacarlo fuera y bajar la intensidad.

7. Aplaza la decisión.

“Voy a esperar 15 minutos antes de hacer nada.” Luego otros 15. La intensidad casi siempre baja.

8. Sigue tu plan de seguridad.

Si lo tienes, este es el momento de usarlo.

FICHA F-23

PARA TI

Frases que puedo decir cuando necesito ayuda

No necesitas las palabras perfectas. Aquí tienes algunas frases que ya han ayudado a otras personas a empezar a hablar.

PARA ALGUIEN DE CONFIANZA

- ▶ “No estoy bien y no quiero estar en soledad.”
- ▶ “Tengo miedo de hacerme daño.”
- ▶ “Necesito que estés conmigo un rato.”
- ▶ “No puedo explicarlo todo, pero necesito ayuda ahora.”
- ▶ “¿Puedes llamar conmigo al 024?”
- ▶ “Estoy teniendo pensamientos de hacerme daño y quiero contártelo.”

PARA LLAMAR AL 024 O AL 112

- ▶ “Estoy teniendo pensamientos de suicidio y necesito ayuda.”
- ▶ “No sé si estoy en peligro, pero no me encuentro bien.”
- ▶ “Necesito orientación, no sé qué hacer.”

RECUERDA

No necesitas justificarte ni demostrar que estás “suficientemente mal”. Decir que necesitas ayuda es suficiente.



FICHA F-24

PARA TI

7 pasos cuando aparece la idea de morir

Si en este momento estás teniendo pensamientos de morir, hacerte daño o “ya no puedo más”, léelas con calma e intenta dar un primer paso. No tienes que hacerlo todo a la vez.

1. Aléjate de medios de daño. Pide a alguien que guarde por ti medicamentos, cortantes o aleja la situación de riesgo.

2. Llama o escribe a alguien.

Una persona de confianza. Si no encuentras a nadie, llama al 024 (gratis, 24 h).

3. Si sientes peligro real ahora. Llama al 112.

4. Respira despacio un minuto. Inhala 4, aguanta 4, exhala 6. Repite varias veces.

5. Cambia de lugar y estímulo.

Enciende una luz, sal a otra habitación, abre la ventana, escucha algo conocido.

6. Aplaza cualquier decisión.

Por unas horas. La intensidad casi siempre baja si no actúas sobre ella.

7. Usa tu plan de seguridad.

Si lo tienes, este es el momento. Si no, pídeselo a un profesional.



RECUERDA El dolor que sientes ahora es real, pero no es la única realidad posible. Hay personas preparadas para acompañarte. La mayoría de las crisis suicidas, atendidas a tiempo, son episodios delimitados que pueden remitir.

FICHA F-25

PARA TI

Mi plan de seguridad

Constrúyelo con un profesional y úsalo cuando el malestar aumente. Te ahorra improvisar en mitad de una crisis.

1. Mis señales de alerta (¿qué noto cuando el malestar aumenta?)

2. Mis estrategias (¿qué puedo hacer yo solo/a?)

3. Mis personas seguras (nombre y teléfono)

4. Mis recursos profesionales (terapeuta, centro, urgencias)

5. Cómo reduciré el acceso a medios de daño

6. Qué haré si el riesgo aumenta



TELÉFONOS

024 - Atención a la conducta suicida (24 h, gratuita).

112 - Emergencias. Llama si hay riesgo inmediato.

FICHA F-26

PARA TI

Después de una tentativa

Sobrevivir no significa que el sufrimiento haya terminado. Las semanas siguientes son especialmente sensibles. Es habitual que aparezcan emociones contradictorias: alivio, culpa, miedo, rabia, vergüenza. Todas tienen cabida.

QUÉ TE PUEDE AYUDAR

- ▶ Mantener el contacto con la red sanitaria que te ha atendido.
- ▶ Construir un plan de seguridad con un profesional.
- ▶ Reducir el acceso a medios de daño con ayuda de alguien de confianza.
- ▶ Hablar de lo ocurrido cuando puedas y sin obligarte.
- ▶ Conectar con grupos de personas supervivientes si te apetece.
- ▶ Aceptar ayuda profesional sostenida.

QUÉ CONVIENE EVITAR

- ▶ Quedarte solo/a durante largos periodos las primeras semanas.
- ▶ Tomar decisiones importantes en caliente.
- ▶ Consumir alcohol u otras sustancias para “borrar” lo ocurrido.
- ▶ Convertir el silencio en estrategia.
- ▶ Compararte con personas que “se han recuperado rápido”.

URGENCIA

Si vuelve a aparecer el impulso, llama al 024 o al 112. Pedir ayuda no es retroceder.



PARTE C

Fichas para familiares y allegados de personas en situación de riesgo

FICHA F-27

FAMILIA

Mitos y realidades para familias

MITO	REALIDAD
"Si pregunto, estoy dando ideas."	Preguntar directamente no aumenta el riesgo: lo reduce y abre la puerta a pedir ayuda.
"Si quisiera hacerlo no lo diría."	Muchas personas dan señales. Comunicar el sufrimiento es siempre una señal a tomar en serio.
"Ahora está tranquilo/a, ya pasó."	Una calma repentina tras una crisis puede indicar decisión tomada. No es necesariamente recuperación.
"Es mi responsabilidad evitar que se haga daño."	Tu misión es estar, activar apoyos y pedir ayuda. No puedes controlar las decisiones de otra persona.
"Si lo cuento, le traiciono."	Cuando hay riesgo real, activar ayuda profesional o de emergencias no es traición: es proteger.
"Solo está llamando la atención."	Cualquier expresión de sufrimiento merece una respuesta seria.

FICHA F-28

FAMILIA

Cómo detectar riesgo en alguien cercano

LO QUE DICE

- ▶ “No quiero seguir.” · “Todos estaríais mejor sin mí.”
- ▶ “Ya no le veo sentido a nada.” · “Esto no va a mejorar.”
- ▶ Comentarios de despedida sin motivo claro.
- ▶ Dice que tiene un plan o ha pensado cómo hacerlo.
- ▶ Habla de ideas de muerte, desesperanza, deseos de desaparecer.

LO QUE HACE

- ▶ Se aísla de forma brusca y evita el contacto.
- ▶ Regala objetos personales o arregla asuntos pendientes.
- ▶ Deja de cuidarse, comer o dormir.
- ▶ Busca medios o métodos para hacerse daño.
- ▶ Consume más alcohol u otras sustancias.
- ▶ Cambios bruscos, repentinos e inexplicables.

CÓMO SE LE VE

- ▶ Tristeza profunda, vacío visible o agitación intensa.
- ▶ Calma repentina e inusual tras un periodo de crisis (señal de alarma).
- ▶ Pérdida total de interés en lo que antes le importaba.
- ▶ Parece distante, como si se estuviera despidiendo.

FICHA F-29

FAMILIA

Qué decir y qué no decir (familia)

QUÉ DECIR	QUÉ NO DECIR
“Tiene sentido que estés desbordado/a con lo que vives.”	“Tranquilízate, no es para tanto.”
“Entiendo que estés buscando una forma de parar este dolor.”	“No digas tonterías No pienses esas cosas.”
“Lo que sientes es importante y merece atención.”	“Con lo que tú tienes, no deberías sentirte así.”
“Podemos sostener este momento sin que tengas que hacerlo en soledad.”	“Si quisieras hacerlo de verdad, no lo contarías.”
“Estoy contigo.”	“No digas eso.” · “No lo dirás en serio.”
“¿Estás pensando en hacerte daño o en no querer seguir?”	“Hay gente peor que tú.”
“Me importa lo que te pasa y quiero que estés a salvo.”	“Con lo que tenemos los que te queremos, ¿cómo puedes pensar eso?”
“¿Me dejas acompañarte a pedir ayuda?”	“Eso es una tontería.” “Estás exagerando.”
“¿Qué te ayuda, aunque sea un 1 %?”	“Prométeme que no lo harás” (la promesa bajo presión no protege).

FICHA F-30

FAMILIA

Qué hacer y qué no hacer (familia)

ESTO AYUDA	QUÉ NO HACER
No dejes sola a la persona si percibes riesgo elevado.	No ignores las señales ni minimices la situación.
Limita el acceso a medios u objetos peligrosos.	No evites el tema ni lo cierres por incomodidad.
Prioriza la calma, la presencia y el tiempo suficiente.	No juzgues, no culpes, no discutas.
Busca un espacio tranquilo y sin interrupciones.	No amenaces ni uses el castigo como control.
Mantén tono pausado, mirada amable, postura abierta.	No generes reacciones de alarma.
Muestra empatía y preocupación por su seguridad.	No moralices ni impongas valores.
Escucha sin juzgar ni minimizar.	No conviertas la conversación en interrogatorio.
Tómate en serio cualquier señal, aunque parezca pequeña.	No te pongas como ejemplo ni compares.
Llama al 024 juntos si el malestar es intenso.	No des consejos rápidos ni soluciones simplistas.
Llama al 112 si hay peligro inmediato.	No dramatices, no moralices, no ironices.
Acompaña a urgencias si es necesario.	
Sigue el plan de seguridad si la persona lo tiene.	

REGLA DE FONDO

Escucha el doble y habla la mitad.



FICHA F-31

FAMILIA

Recursos de ayuda rápida

Situación	Recurso
Peligro inmediato o no puedo garantizar la seguridad	112
Ideación o riesgo sin inminencia · necesito orientación	024 (24 h, gratuita)
Jóvenes de 14 a 30 años en la Comunidad de Madrid	Cuídate · 900 14 30 00
Es un menor o afecta a un menor	116 111 · ANAR · Si hay peligro, 112
Violencia de género asociada	016 · Si hay peligro, 112
Acoso digital, sextorsión o difusión de imágenes	INCIBE 017

ANTES DE LLAMAR

Apunta dónde está la persona, qué ha dicho o hecho, si está sola o acompañada, si hay acceso a medios, si hay consumo.

Esa información ayuda al 024 o al 112 a orientarte mejor.



FICHA F-32

FAMILIA

Tú también importas

Acompañar a alguien en situación de riesgo es agotador. Cuidarte no es egoísta: es imprescindible para poder seguir estando.

Qué puedes hacer por ti	Qué conviene evitar
Pide apoyo a otras personas: no tienes que sostenerlo en soledad.	Aislarte de tu propia red por dedicarte únicamente a acompañar.
Llama al 024: también atiende a familiares y personas cercanas.	Cargar con la responsabilidad de todo lo que ocurra.
Mantén tus rutinas básicas: dormir, comer, descansar.	Normalizar el agotamiento como inevitable.
Pon límites realistas: no puedes estar disponible las 24 h.	Sentirte culpable por necesitar un descanso.
Busca un profesional para ti si el malestar persiste.	Pensar que pedir ayuda para ti es egoísta.
Acepta que no controlas las decisiones de la otra persona.	
Habla con su equipo de salud mental si tienes acceso.	
Dedícate algo de tiempo: haz algo que te haga sentir bien.	

FICHA F-33

FAMILIA

Acompañar mi propio duelo (superviviente)

Si has perdido a alguien por suicidio, no estás solo/a. Es uno de los duelos más complejos. La mezcla de tristeza, culpa, rabia, vergüenza, alivio y desconcierto es comprensible y merece espacio.

QUÉ PUEDE AYUDARTE

- ▶ Permítete sentir lo que sientes, en el orden y al ritmo que aparezca.
- ▶ Nombrar lo ocurrido sin eufemismos cuando puedas: “murió por suicidio”.
 - ▶ Buscar grupos de apoyo mutuo de personas supervivientes.
 - ▶ Apoyarte en una persona de confianza estable.
- ▶ Considerar ayuda profesional especializada en duelo por suicidio.
- ▶ Cuidar rutinas básicas: sueño, comida, hidratación, movimiento.

QUÉ CONVIENE EVITAR

- ▶ Buscar un único culpable o explicación.
- ▶ Imponer un tiempo al duelo, propio o de otra persona.
- ▶ Aislarte por miedo al juicio o a los silencios incómodos.
- ▶ Compartir detalles del método fuera de espacios seguros.
 - ▶ Sostener el peso emocional de todo tu entorno.

PROTÉGETE



Si en algún momento aparece el impulso de hacerte daño, llama al 024 o, si hay peligro inmediato, al 112.

Pedir ayuda no traiciona a quien ya no está.

Cuidar la vida

*Requiere palabras,
presencia y red.*

Ayuntamiento de Collado Villalba

ISNISS Psicología y Formación, S.L.P.