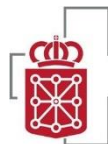


PLAN DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON CONDUCTAS SUICIDAS EN LA RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA



Servicio Navarro de Salud

Osasunbidea

Gerencia de Salud Mental
Osasun Mentaleko Kudeatzailletza

**GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO SUICIDIO
2020**

Elaboración: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Edita: Gerencia de Salud Mental

Este Plan de Atención ha sido elaborado por el Grupo Técnico de Trabajo Sobre La Prevención de las Personas con Conducta Suicida en Navarra. Finalizado en diciembre de 2021.

Este Plan debe citarse:

Grupo Técnico de Trabajo Sobre La Prevención de las Personas con Conducta Suicida en Navarra: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Gerencia de Salud Mental (2021). *Plan de Atención a las Personas con Conductas Suicidas de Navarra.*



Esta obra está bajo la licencia CREATIVE COMMONS atribución-no comercial-compartir igual 4.0 internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> o envíe una carta a CREATIVE COMMONS, PO BOX 1866, MOUNTAIN VIEW, CA 94042, USA.



1. INTRODUCCIÓN	1
2. GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO	2
3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA	3
3.1. Conducta suicida en España	3
3.2. Conducta suicida en Navarra.....	7
4. LÍNEAS DE ACCIÓN	9
4.1. Detección y valoración del riesgo autolítico.....	9
4.1.1. Exploración de la ideación y conducta de suicidio	10
4.1.2. Exploración de factores de riesgo, factores de protección, precipitantes y señales de alarma	11
4.2. Código Suicidio	12
4.3. Intervención en la ideación y en la conducta de suicidio desde los diferentes recursos asistenciales.....	15
4.3.1. Recomendaciones psicoterapéuticas	17
4.4. Registro de los intentos de suicidio	22
4.5. Registro de los suicidios consumados.....	22
4.6. Plan de actuación al superviviente en suicidio consumado.....	24
5. ANEXOS.....	26
Anexo 1. Escala Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	26
Anexo 2. Factores de riesgo, factores de protección, precipitantes y señales de alarma.....	30
Anexo 3. Flujograma detección del riesgo de suicidio y activación del código	34
Anexo 4. Flujograma de atención en el Servicio de Urgencias	35
Anexo 5. Flujograma de atención en Hospitalización	36
Anexo 6. Flujograma de atención en Recursos Comunitarios e Intermedios.....	37
Anexo 7. Recomendaciones para la prevención del suicidio	38
Anexo 8. Plan de actuación ante el suicidio consumado	39
Anexo 9. Plan de seguridad.....	40
6. BIBLIOGRAFÍA	41
7. Tabla de indicadores anuales de implantación y seguimiento del plan.....	45
GRÁFICOS	
Gráfico 1. Número de suicidios por sexo en España, 2000-2019	4
Gráfico 2. Tasa de suicidios por sexo en España, 2000-2019.....	4
Gráfico 3. Tasa de suicidios por 100 000 habitantes, por edad y sexo, en España	5
Gráfico 4. Métodos de suicidio empleados por sexos en España, 2019.....	5
Gráfico 5. Tasa de suicidio por comunidades autónomas en España 2019.....	6
Gráfico 6. Tasa de suicidio en países OCDE.....	6
Gráfico 7. Número de suicidios por sexo en Navarra, 2000-2020.....	7
Gráfico 8. Tasa de suicidios por sexo en Navarra, 2000-2019.	8
Gráfico 9. Tasa de suicidios por 100 000 habitantes, por edad y sexo, en Navarra,	9
Gráfico 10. Métodos de suicidio empleados por sexo, en Navarra, 2019.....	9

1. Introducción

La mortalidad por suicidio constituye un problema de salud pública de primera magnitud y de elevada complejidad. Los intentos autolíticos suponen del 10 al 20 % del total de las atenciones en los servicios de urgencias psiquiátricas (Jiménez-Treviño et al., 2015). La prevención de la conducta suicida es actualmente un objetivo prioritario de las políticas sanitarias (Zalsman et al, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la política en Salud Mental Europea o la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud e incluso la proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio, ponen el foco en que el suicidio se puede prevenir y para ello son necesarias acciones específicas que incluyan la información y sensibilización al ciudadano, la formación de los profesionales, la colaboración con los medios de comunicación y la mejora en los sistemas sanitarios, educativos y sociales que permitan la detección e intervención adecuadas (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En el área que nos ocupa, la Salud Mental, la evidencia acumulada muestra que ciertas estrategias preventivas y de intervención pueden reducir el riesgo de la conducta suicida. Entre ellas, contar con protocolos de evaluación y abordaje según los diferentes niveles asistenciales y evitar la fragmentación entre los mismos, el entrenamiento del personal sanitario y no sanitario, la reducción del acceso a los métodos, el tratamiento de los trastornos mentales, asegurar la continuidad terapéutica, la intervención y monitorización específica de las personas en riesgo y la adherencia terapéutica son los que más evidencia han mostrado hasta el momento (Doupnik et al., 2020; Labouliere et al., 2018; Zalsman et al., 2016).

En Navarra, en 2014, se elaboró el [Protocolo de Colaboración Interinstitucional](#) de prevención y actuación ante conductas suicidas. Documento pionero que comprometía a la administración en este tema. Establece un sistema de coordinación entre los profesionales de salud, educación, servicios sociales, emergencias, policía, medios de comunicación y agentes sociales. Conceptualiza el suicidio como un problema que afecta a todas las instituciones, incluida la sociedad civil, y no únicamente a las sanitarias. En estos momentos es necesario revisarlo, actualizarlo y alinearlos con los avances que posteriormente se han ido desarrollando.

Así mismo, una comisión interinstitucional se encarga del seguimiento de dicho protocolo y de la coordinación de los recursos existentes en Navarra, tanto públicos

como entidades sociales, para prevenir y mejorar la respuesta que se ofrece ante las conductas suicidas. Con estas medidas se pretende disminuir las muertes por suicidio, intervenir en las tentativas, mejorar la detección de los casos de riesgo, y apoyar tanto a las familias como al entorno de las víctimas.

El [Plan de Salud Mental de Navarra](#) 2019-2023 prioriza el suicidio en dos de las cuatro metas desarrolladas: mejorar la salud de la población y mejorar los cuidados y la experiencia de los y las pacientes. Así, recoge tres objetivos relacionados con el suicidio:

1. Elaborar un programa de prevención del suicidio.
2. Impulsar la Comisión Interinstitucional para la Prevención de Conductas Suicidas que lidere iniciativas y propuestas de mejora.
3. Implementar el Plan de Atención a las Conductas Suicidas en la Red de Salud Mental de Navarra.

Para el desarrollo y consecución de estos objetivos, se ha creado un Grupo Técnico de Trabajo. Este grupo se ha centrado en los objetivos 1 y 3, entendiendo que el objetivo 2 no le compete.

2. Grupo Técnico de Trabajo

Según Resolución 7/2019 de la Gerente de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se crea el Grupo Técnico de Trabajo para diseñar un programa de prevención y de atención a las conductas suicidas en la Red de Salud Mental de Navarra. El grupo ha estado constituido por las siguientes personas:

Sara Chivite Lasheras. Psiquiatra. Jefa de Servicio de Recursos Ambulatorios y Centros de Salud Mental.

Adriana Goñi Sarriés. Psicóloga Clínica. Jefa de Servicio de Área de Recursos Intermedios

Itzal Puchol Martínez. Técnica de Gestión Sanitaria

Esther Figueras Famadas. Técnica de Gestión Sanitaria

Elena Aisa Lusarreta. Presidenta de la Asociación de supervivientes Besarkada

Begoña Artaso Irigoyen. Psiquiatra. Jefa de Sección de Psiquiatría Hospital Universitario de Navarra

Paula Azanza Álvarez. Trabajadora Social. Hospital de Día I

Leire Azcárate Jiménez. Psicóloga Clínica. Primeros Episodios Psicóticos

Nieves Izco García. Enfermera. Jefa de Unidad de Enfermería de Hospitalización Psiquiátrica

Clara Madoz Gúrpide. Psiquiatra. Directora de Salud Mental Infanto-Juvenil

Rocío Palacio Ibarrodo. Enfermera. Unidad de Atención al Paciente

Amalia Zarzuela Ituarte. Psicóloga Clínica. Directora de la Unidad de Rehabilitación

3. Epidemiología de la conducta suicida

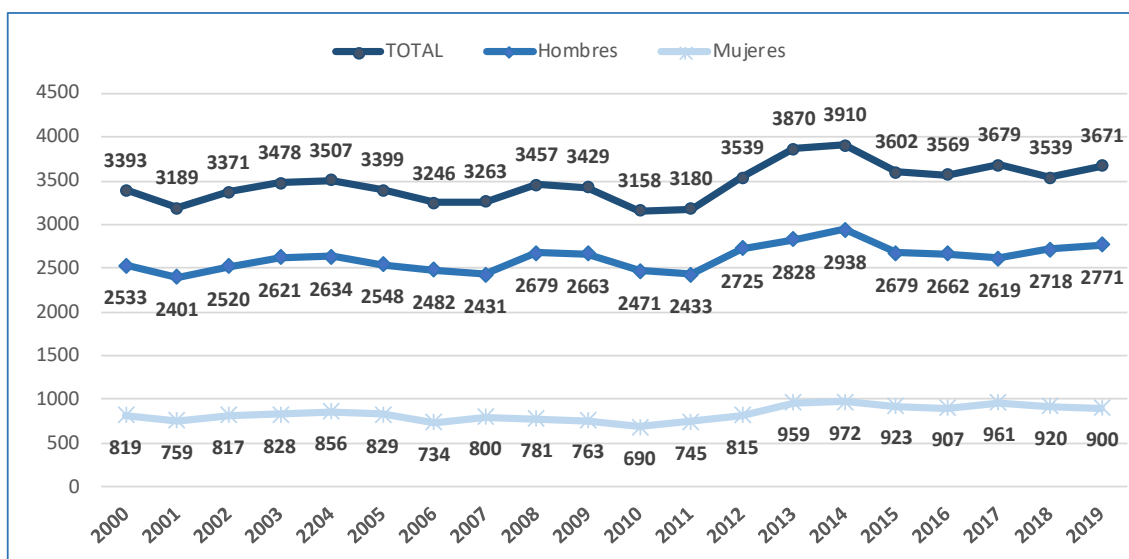
3.1. Conducta suicida en España

En España, según la serie histórica, se produce una media de 10 muertes al día, siendo la principal causa de muerte no natural. Duplica a las producidas por accidentes de tráfico y multiplica por más de 70 las generadas por la violencia de género. Es la principal causa entre la juventud española (15 a 34 años), después de los tumores. En el mundo, provoca más muertes que las guerras y los homicidios juntos, hasta casi las 900 000 muertes anuales. La OMS calcula que por cada suicidio se producen entre 10 y 20 intentos no letales.

Según número absoluto de casos y las tasas, se aprecia un aumento de las mismas a partir de 2011. El Instituto Nacional de Estadística ([INE](#)) advierte de un cambio en el registro a partir de ese año, ya que antes de esta fecha se disponían de tasas ajustadas a población estándar y a partir de ese año se ajustaron a población europea. Además, contribuye a ello la incorporación al registro oficial de varios Institutos de Medicina Legal de la Comunidad de Madrid y de Cataluña, que no informaban, lo que ha incrementado los datos. Así mismo, se atribuye también la crisis económica sufrida en España durante esos años, como otro factor explicativo.

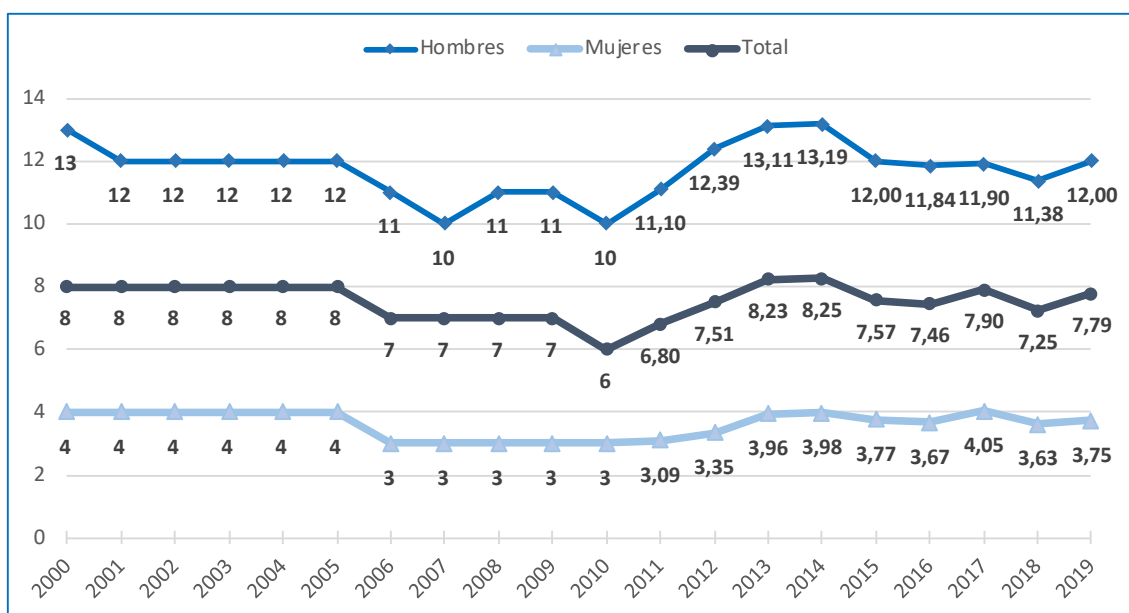
Los datos y gráficos expuestos en el documento se han elaborado a partir de los datos publicados por el [INE](#) y el [Instituto de Estadística de Navarra](#). Así mismo, la [Fundación Española para la Prevención del Suicidio](#) ha servido como guía para el diseño y presentación de los gráficos.

Gráfico 1. Número de suicidios por sexo en España, 2000-2019



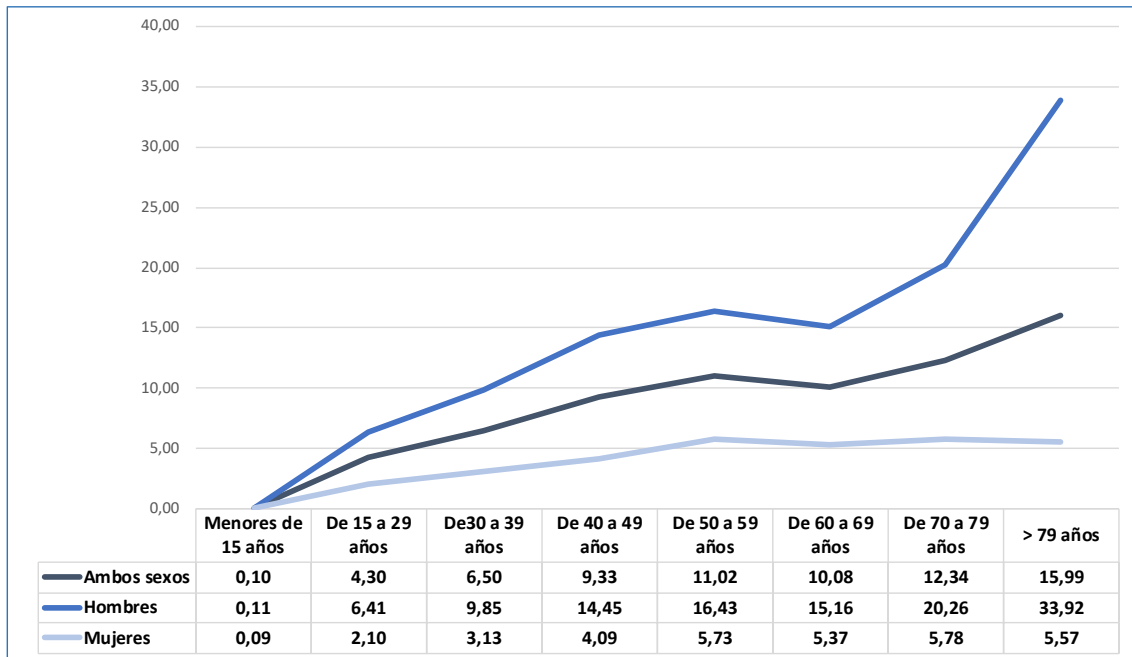
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

Gráfico 2. Tasa de suicidios por sexo en España, 2000-2019.



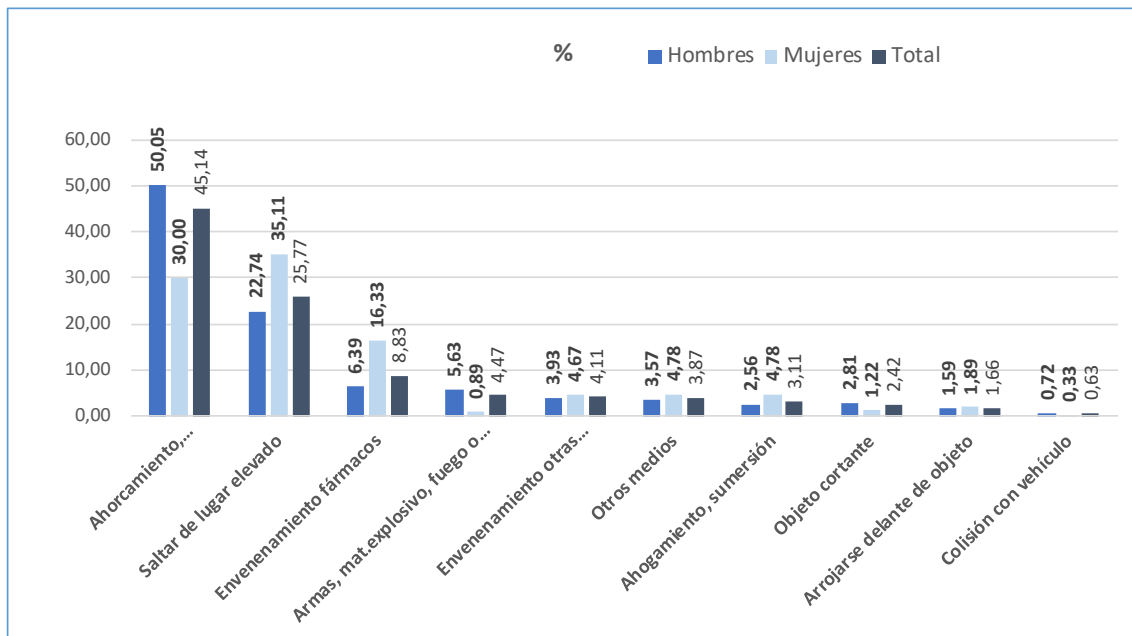
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

Gráfico 3. Tasa de suicidios por 100 000 habitantes, por edad y sexo, en España, en 2019.



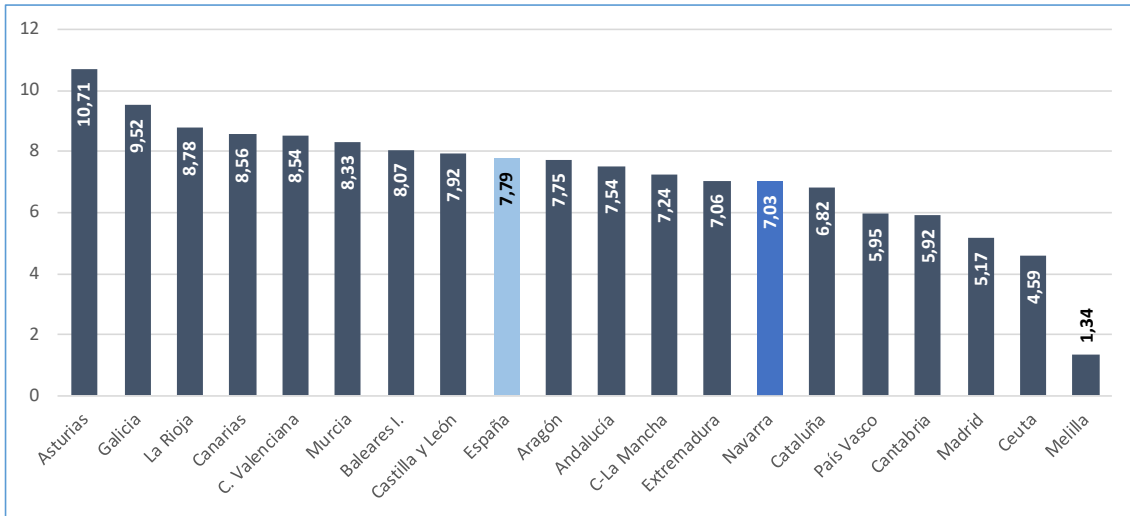
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

Gráfico 4. Métodos de suicidio empleados por sexos en España, 2019.



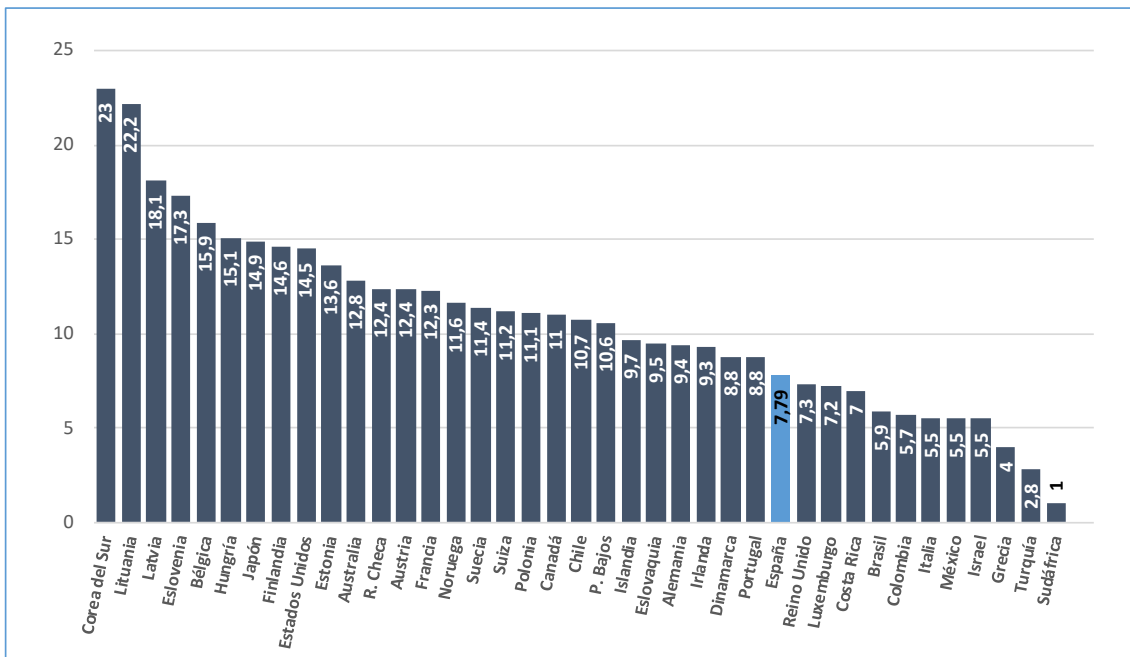
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

Gráfico 5. Tasa de suicidio por Comunidades Autónomas en España, 2019.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

Gráfico 6. Tasa de suicidio en países OCDE.



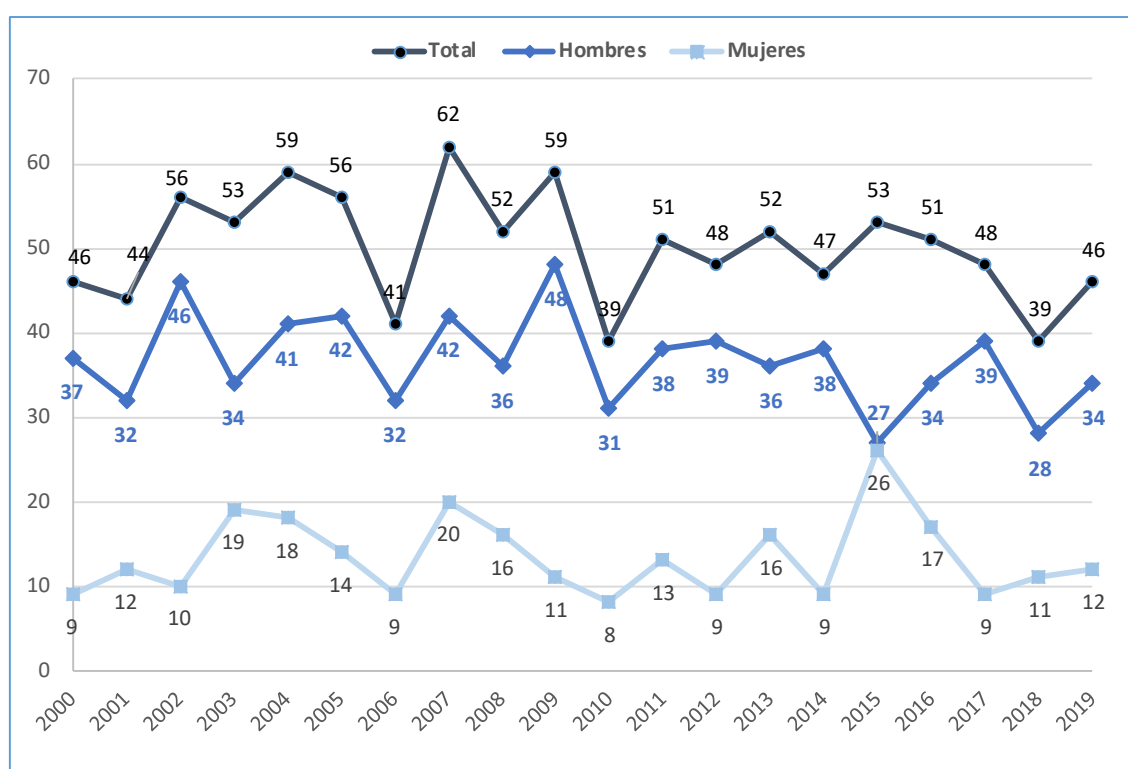
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

<https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>

3.2. Conducta suicida en Navarra

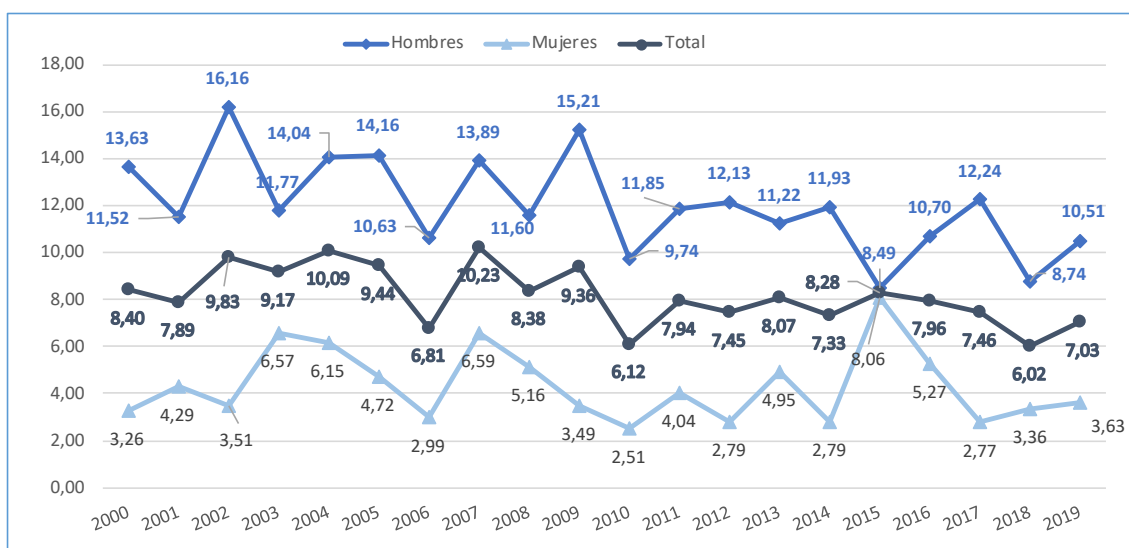
En Navarra, la tasa de suicidio se mantiene estable en estos últimos años. En 2018 se registra la menor tasa de la serie histórica y en 2019 se produce un aumento del 16,8 %, el 20,2 % en hombres y el 8 % en mujeres, respecto al año anterior. Se destaca dos picos de aumento de tasas, tanto en hombres como en mujeres, en la década de 40-49 años y a partir de los 70 años, sobre todo en hombres, siguiendo la tendencia del resto de España.

Gráfico 7. Número de suicidios por sexo en Navarra, 2000-2019.



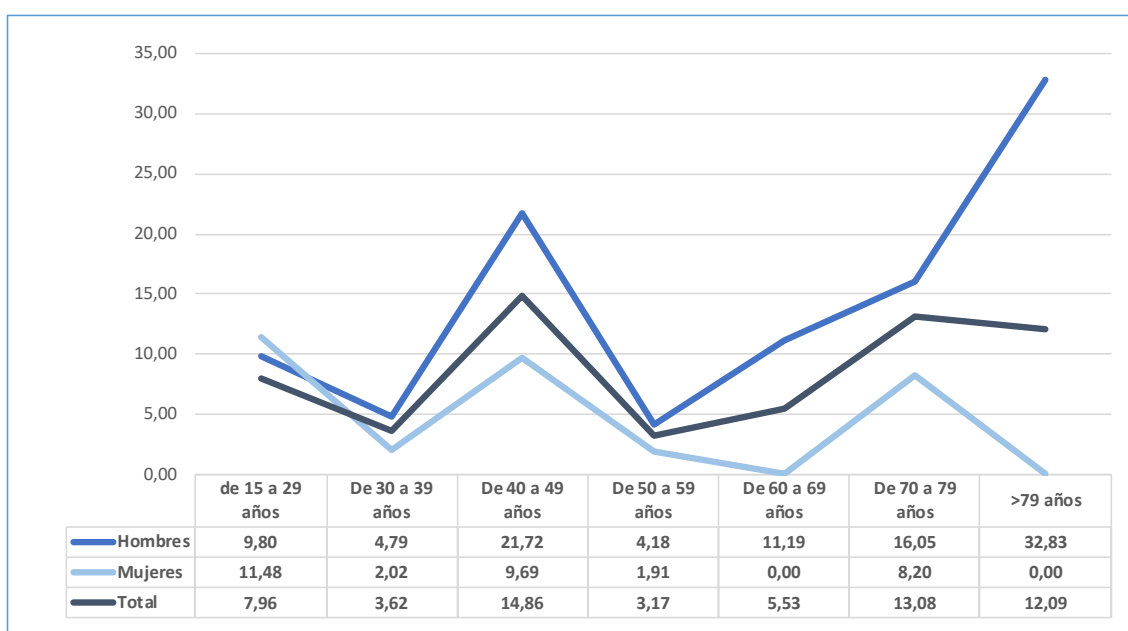
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

Gráfico 8. Tasa de suicidios por sexo en Navarra, 2000-2019.



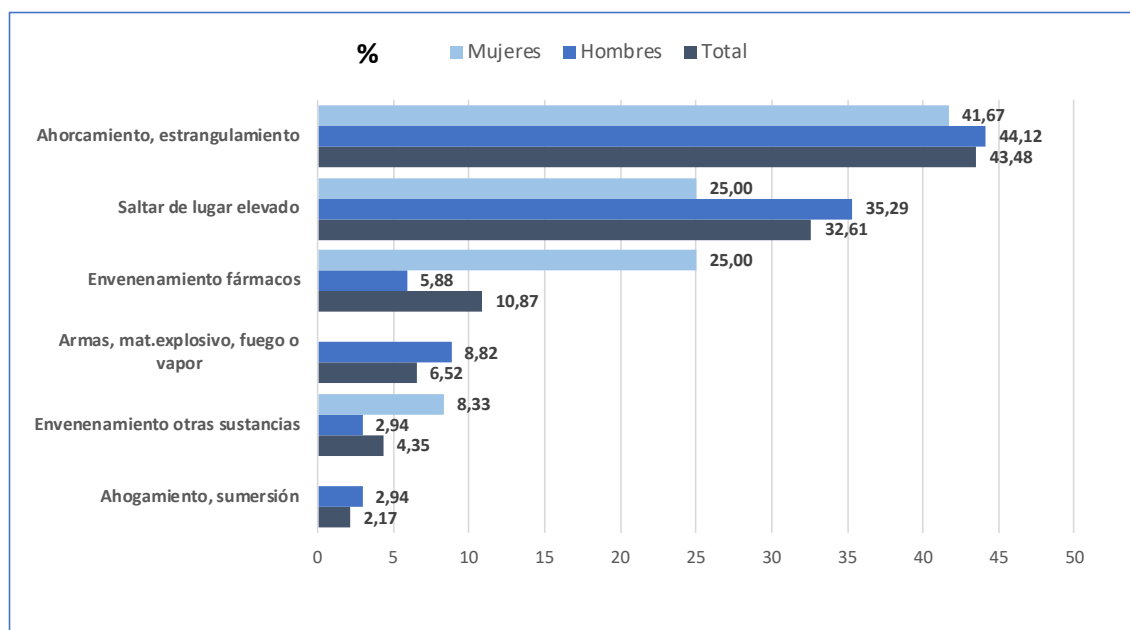
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

Gráfico 9. Tasa de suicidios por 100 000 habitantes, por edad y sexo, en Navarra, 2019.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

Gráfico 10. Métodos de suicidio empleados por sexo, en Navarra, 2019.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

4. Líneas de acción

4.1. Detección y valoración del riesgo autolítico

La detección y valoración del riesgo de suicidio en Salud Mental, en sus diferentes niveles, ambulatorio, hospitalización parcial, total y urgencias psiquiátricas constituye una de las tareas más importantes y de mayor responsabilidad dentro de la práctica clínica. Se realiza como parte de la exploración clínica básica de cualquier persona que acude a consulta.

La exploración de la ideación suicida, presente hasta en un 9 % de la población general (Gabilondo et al., 2007), se relaciona con estados depresivos y debe evaluarse siempre. Para la transición de la ideación al intento de suicidio deben concurrir una serie de condiciones psicológicas que aumenten el distrés, además de factores psicosociales estresantes y tener capacidad y medios para el paso al acto. Todo ello es susceptible de una evaluación sistematizada y continuada en el tiempo. Si ya se ha producido el intento de suicidio, esta valoración debe hacerse tanto por riesgo de una repetición del mismo como por riesgo de consumación.

La detección del riesgo en la población infanto-juvenil comporta mayor especificidad. La evaluación en esta población debe seguir los mismos principios que en el adulto considerando, a su vez, los aspectos psicopatológicos y evolutivos propios de la infancia y de la adolescencia, prestando especial atención a la familia y a su situación social. Se recomienda preguntar directamente sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, así como ampliar la evaluación a personas cercanas (padres/madres, profesorado). Este documento adopta la misma [guía de evaluación](#) del Protocolo de Colaboración Interinstitucional.

4.1.1. Exploración de la ideación y conducta de suicidio

La exploración de la ideación y conducta suicida forma parte de la evaluación clínica básica de cualquier paciente. Existen distintas escalas de evaluación, pero ninguna con suficiente capacidad predictiva y menos aún pueden sustituir la entrevista clínica. Sin embargo, sirven para generar información del paciente de forma ordenada, para ayudar al clínico en la formulación y para estructurar el gradiente de las preguntas, pero en ningún caso se tomarán decisiones a partir de las escalas únicamente.

Este documento incluye en el [Anexo 1](#) la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) (Posner et al., 2011). Es una entrevista semiestructurada para la evaluación de la conducta suicida, adaptada al contexto clínico. Recoge el proceso de este tipo de conducta en el periodo de evaluación y también en seguimientos posteriores, tanto la ideación y sus parámetros como la propia conducta suicida. Ha mostrado buenas propiedades psicométricas. Tiene claridad de conceptos, es breve y cuenta con validación española (Al-Halabí et al., 2016). Mide 4 constructos:

1. La gravedad de la ideación, con una subescala que evalúa 5 tipos de ideación de gravedad creciente con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 = deseos de morir a 5 = ideación suicida con plan específico e intención). Las dos primeras preguntas ponen de manifiesto la ideación suicida y las tres siguientes exploran la gravedad de la misma, en función de si existe un método y un plan.
2. La intensidad de la ideación, con una subescala de 5 elementos; dos de ellos (frecuencia y duración) se evalúan con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros tres (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evalúan con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5).
3. La conducta suicida, que evalúa con escala nominal las tentativas reales, las interrumpidas y la conducta autolesiva no suicida. Se registran aspectos

específicos del intento como la peligrosidad y convicción del método elegido, la actitud y el grado de planificación y de premeditación.

4. La letalidad de la conducta suicida, con una escala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 = no hay daño físico a 5 = muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos.

Si en la valoración del paciente se detecta ideación grave y /o conducta suicida será necesario continuar la exploración mediante la aplicación de toda la Escala C-SSRS, así como tener en cuenta los factores de riesgo, de protección, precipitantes y señales de alarma. Todos los recursos de la Red de Salud Mental de Navarra dispondrán de estas escalas y de otros documentos de apoyo en Escalas Andía, entorno común de Atención Primaria y Especializada que facilita el registro desde diferentes ámbitos, así como la recogida de datos históricos y su accesibilidad desde Historia Clínica Informatizada (HCI). Desde 2014 aproximadamente, urgencias, hospitalización y recursos intermedios cuentan con la Escala Columbia de screening en formato de Ficha en HCI y de protocolos de suicidio de uso interno.

La C-SSRS tiene como objetivo facilitar la exploración, pero no cuantifica el riesgo ni determina por sí misma la toma de decisiones. La evaluación debe contar con una parte fundamental que es contrastar la información con la familia o acompañante, tanto para obtener información como para informar, así como para valorar soporte familiar y capacidad de contención de la misma. Con todo ello, el clínico hará una valoración global de la gravedad que se cuantificará por medio de la Impresión Clínica Global (ICG) en dos categorías: no riesgo actual/riesgo actual; y posterior toma de decisiones.

4.1.2. Exploración de factores de riesgo, factores de protección, precipitantes y señales de alarma

Es fundamental tener en cuenta los factores de riesgo, los factores de protección y las señales de alarma y, sobre todo, poseer una buena técnica de entrevista clínica con el fin de obtener información lo más completa posible del paciente y de sus circunstancias y optimizar la exploración del paciente y del familiar en unas circunstancias en las que se dispone de un tiempo limitado. Los protocolos de evaluación del riesgo con escalas clínicas integradas se potencian con una buena entrevista clínica en la que la relación terapéutica se convierte en su principal elemento. Así, la empatía, el lenguaje, la congruencia, el *feedback*, el acuerdo sobre metas y la

colaboración, entre otros, constituyen parte esencial de esa relación y de la intervención en crisis (Norcross & Wampold, 2011).

No existe ningún factor de riesgo o combinación de ellos que tengan una sensibilidad o especificidad suficientes para predecir un intento, su repetición o consumación (Franklin et al., 2016). De todos ellos, el mejor conocido y, un potente indicador de riesgo, es tener intentos previos (Parra Uribe et al., 2013). Destaca, también, tener problemas de salud mental como un factor de riesgo a tener en cuenta, aunque parece que sólo un 30 % de las personas que se suicidan tenían historia de tratamiento previo con profesionales de la salud mental (Cavanagh et al., 2003). Merecen especial consideración los trastornos afectivos, la psicosis, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos adictivos (especialmente el alcohol) y trastornos adaptativos pues suponen un riesgo mayor de suicidio (Too et al., 2019). Las conductas autolesivas debido a su alta prevalencia en población clínica, y puesto que incrementan el riesgo de conducta suicida, se recomienda su valoración específica.

La evaluación de todos los factores, en su conjunto, puede ayudar a prevenir la conducta suicida. Se incluyen en el entorno de Andía. En el [Anexo 2](#) de este documento se detallan los principales factores de riesgo, de protección, factores precipitantes y señales de alarma para facilitar la tarea del clínico. Se incluyen también los factores específicos infanto-juveniles.

En el ámbito de Salud Mental la detección precoz, la evaluación, la intervención en crisis y el seguimiento de pacientes en riesgo son los factores determinantes para la prevención de la conducta suicida.

4.2. Código Suicidio

La literatura afirma que entre 12-30 % de quienes han realizado un intento de suicidio no letal lo volverán a repetir al cabo de un año (Larkin, Di Blasi, & Arensman, 2014) y el 1-3 % fallecen por suicidio al cabo de un año (Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003). El seguimiento activo de pacientes en riesgo reduce el reintento y la muerte por suicidio (Inagaki et al., 2019).

Por ello, en este documento se explicita la puesta en marcha del Código Suicidio en Navarra, integrado en HCI como una herramienta innovadora que va a permitir una mejor identificación y seguimiento del paciente de riesgo.

Se parte del Programa de Prevención del Suicidio que se inició en noviembre de 2017. Este programa realiza seguimiento telefónico durante un año a pacientes adultos derivados desde urgencias por intento de suicidio. Además, se ocupa también de gestionar la cita en CSM (Centro de Salud Mental) al alta de urgencias y de potenciar la adherencia al sistema sanitario. El Código pretende automatizar este circuito, incluir a la población infanto-juvenil e incorporar pacientes con ideación suicida grave e intentos de suicidio detectados y valorados desde cualquier recurso de la Red de Salud Mental de Navarra.

El Código Suicidio es un procedimiento de atención clínica que va a dar respuesta de forma coordinada, rápida y eficiente a las personas con ideación y/o conducta suicida, cuando una vez valorado, el clínico considera activarlo. Ofrece una detección precoz, una atención inmediata y un seguimiento proactivo. El Código facilita al clínico las herramientas que permiten poner el foco de la atención en el problema. No determina una puntuación cuantitativa, debido a la limitación que supone cuantificar el riesgo de suicidio y estratificarlo. Incide, por tanto, en una evaluación integral del paciente y sus circunstancias en la que el clínico puede activarlo o no según su juicio e impresión clínica global.

Desde cualquier ámbito, profesionales de psiquiatría y psicología clínica, podrán activar o desactivar el Código Suicidio desde HCI, en función del riesgo y de la evolución del mismo ([Anexo 3](#)).

- Para todos los y las pacientes atendidos en la Red de Salud Mental, en su HCI habrá un botón que enlaza con el entorno Andia, donde estará la Valoración del Riesgo de Suicidio. Este enlace, entre HCI y Andia, generará la apertura de una pantalla que ofrecerá la valoración para población adulta y para población infanto-juvenil:
 - La Escala C-SSRS
 - Factores de riesgo, de protección, precipitantes, señales de alarma
 - La Escala ICG
- Una vez realizada la valoración global, si el/la clínico/a puntúa en la categoría de la escala ICG como riesgo actual, se activará de forma automática el circuito

específico de prevención del suicidio: Código Suicidio. Esto conlleva un procedimiento de actuación:

- Un icono identificativo en HCI visible en todos los entornos, similar a otras alertas de HCI.
- De forma paralela, se comunica al paciente y/o tutor/a legal del procedimiento clínico y lo que ello implica: evaluación y seguimiento en salud mental. Si el paciente no acepta, se procede a la desactivación, según motivo parametrizado.
- Se definen tiempos máximos de derivación entre servicios: cita en CSM de referencia de tipo preferente, antes de 7 días naturales para adultos y antes de 3 días hábiles para menores de 17 años.
- Se garantiza la continuidad asistencial y de cuidados. Para ello, se crea un Centro de Seguimiento Proactivo.
- Cada paciente que se incluya en Código Suicidio, de forma automatizada, entrará a formar parte de un panel de control visible en el centro de seguimiento proactivo, cuyo control lo asumirá un profesional de enfermería especialista en salud mental.
- El panel de control recogerá una serie de variables básicas que faciliten el seguimiento asistencial y la toma de decisiones rápidas, así como la posibilidad de obtención de los datos registrados para su análisis. Entre sus funciones va a supervisar que el paciente tiene un seguimiento en cualquier recurso de la Red. Además, va a detectar las consultas programadas a las que el paciente no acude, la falta de adherencia terapéutica, nuevas atenciones en el servicio de urgencias y la transición entre servicios. En estos casos, se contactará con el paciente para interesarse, reevaluar la situación y si es conveniente el retorno terapéutico, en todos los supuestos mantendrá la coordinación con el CSM.
- El panel de control, en el caso de pacientes atendidos o no atendidos en CSM, comprobará que la programación de la cita esté prevista en el plazo definido previamente para personas adultas y menores, supervisando la asistencia a la misma. En

el caso de que los plazos de cita sean superiores a los estipulados, el centro de seguimiento contactará con personal de enfermería del CSM receptor para que cite, evalúe al paciente y realice a nivel interno la gestión del caso.

- En el caso de que se active el código y el paciente esté ingresado en psiquiatría o quede ingresado en cualquier servicio hospitalario, la cita cumplirá los plazos propios de la post-hospitalización. En estos casos, el panel de control también facilitará el seguimiento.
- El código se desactivará manualmente, tanto por los mismos profesionales que lo activaron como por el referente del caso, en cualquier momento del proceso terapéutico. Exige un motivo parametrizado: negativa del paciente a iniciar o seguir en tratamiento; desaparición del riesgo de suicidio; por criterio clínico; cambio de Comunidad Autónoma; exitus; otros.
- El código, al año de estar activado, enviará un mensaje al panel de control que se derivará al profesional referente del caso para que sea valorada la desactivación o mantenimiento del mismo.
- Una vez activado el código, si se produce otro intento de suicidio, se tomará como referencia esta segunda fecha como reinicio del proceso.
- Los menores de 16 años serán informados y su opinión será escuchada. A partir de 16 años se les tratará como adultos.

4.3. Intervención en la ideación y en la conducta de suicidio desde los diferentes recursos asistenciales

Después de un intento de suicidio, el riesgo de repetición es alto entre 1 y 6 meses después (Wang et al., 2019). Prestar especial atención al alta del servicio de urgencias (Betz et al., 2015) y de la hospitalización total cuando el motivo de atención/ingreso ha sido un intento de suicidio, nos obliga a ser especialmente cuidadosos con las transiciones de un nivel asistencial a otro evitando rupturas en la cadena de cuidados. Garantizar una cita al alta constituye una parte fundamental de la continuidad terapéutica.

En el contexto de una atención en urgencias, debido a una crisis suicida, se recomiendan las siguientes actuaciones, [Suicide Prevention Resource Center \(SPRC\)](#):

- Intervención breve psicoeducativa que transmita una información básica en torno al riesgo de suicidio
 - Informar de factores de riesgo y de protección
 - Informar acerca de las posibilidades terapéuticas
 - Informar acerca del riesgo que implica el uso de sustancias
 - Establecer posibilidades de seguimiento
 - Informar acerca de signos de eventual crisis y/o alarma
- Proporcionar recomendaciones para pacientes y familiares, y recursos ante una emergencia. Entregar al paciente/familia al alta el documento del [Anexo 6](#) que está colgado en el pergamino de HCI. Existen guías muy recomendables que los profesionales sanitarios pueden difundir:
 - [Guía de autoayuda](#) para personas con ideas de suicidio.
 - [Guía para familiares](#) para la detección y prevención de la conducta suicida.
 - [Consejos preventivos para padres](#)
- Establecer un plan de seguridad, incluido en el pergamino de HCI
- Procurar una derivación rápida
- Monitorizar a los y las pacientes al alta
- Decidir si hay indicaciones de ingreso hospitalario:
 - Existe plan de suicidio
 - Gravedad del cuadro psicopatológico
 - Intentos de suicidio previos
 - Alto nivel de ansiedad
 - Intención letal en la tentativa con lamento de resultado no fatal
 - Historia familiar de conducta suicida
 - Red de apoyo social insuficiente
- Tener en cuenta indicaciones para seguimiento ambulatorio:
 - Conducta suicida como reacción a un acontecimiento estresante y precipitante
 - Método, plan o ideación de baja letalidad
 - Situación global estable y de apoyo
 - El paciente coopera con las recomendaciones de seguimiento, tiene cita próxima y se compromete a acudir

- Planes realistas de futuro
- Alivio de que el intento de suicidio no fue efectivo

Un seguimiento pactado de pacientes en riesgo, ya sea por ideación como por tentativa, en el nivel asistencial adecuado y con un plan de tratamiento acordado, se convierte en una de las principales herramientas terapéuticas.

En los [Anexos 4, 5 y 6](#) se pueden consultar los procesos a seguir.

Desde cualquier nivel vamos a considerar la intervención en crisis como marco de acción que contempla:

- Acoger, focalizar el problema, valorar la gravedad y actuar
- Activar Código Suicidio
- Elaborar de forma colaborativa un plan de seguridad individualizado
- Abordaje psicoterapéutico según la mejor evidencia disponible
- Prescripción farmacológica con la menor toxicidad posible y control de la prescripción electrónica.
- Medidas psicoeducativas y psicosociales: servicios sociales, red de apoyo informal, grupos de autoayuda, teléfonos de ayuda.

4.3.1. Recomendaciones psicoterapéuticas

Las intervenciones psicológicas y técnicas psicoterapéuticas son una parte fundamental del tratamiento de las personas con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para quienes las necesitan (GPC, 2020). Demuestran que son efectivas en disminuir la ideación y conducta suicida y en prevenir la repetición del intento. Sin embargo, se desconoce qué técnica es mejor. Obtienen resultados satisfactorios diferentes tipos de psicoterapia (Hawton et al., 2016), la Terapia Cognitivo-Conductual, el Tratamiento Asertivo Comunitario, la Terapia Interpersonal, la Terapia Dialéctica-Conductual, la Terapia de Mentalización, la Resolución de Problemas, la Terapia Familiar, la Terapia Grupal, la Psicoeducación e Intervenciones de contacto breve. En cualquier terapia si se implica a los padres/madres o familia, se consigue mayor beneficio.

En este ámbito, es importante remarcar la importancia de la **intervención en crisis** como un modelo terapéutico de intervención genérico y adaptable al recurso en el que el paciente se encuentre, así como a la situación del mismo. Los cuatro pasos en los que se basa esta intervención son: acoger, focalizar el problema, valorar la gravedad y actuar.

Una intervención en crisis debe abordar e intentar conseguir los siguientes aspectos:

- Reducir el sufrimiento e instilar esperanza por medio de estrategias psicoterapéuticas y psicofarmacológicas.
- Implementar o aumentar los canales de comunicación, es decir establecer conexiones: familia, amigos, profesionales.
- Reducir la capacidad suicida: limitar la accesibilidad al método y manejar impulsividad.

No debe considerarse un corsé a la actividad terapéutica, sino un amplio marco de acción, que dependiendo de las circunstancias y de la persona que consulta tomará más importancia un paso u otro. No es lo mismo atender un intento de suicidio en el domicilio, en urgencias, en la hospitalización psiquiátrica, en un CSM o en otro recurso. Tampoco es lo mismo atender una ideación suicida, un intento leve o un intento de consecuencias graves.

Se define una crisis suicida como una ideación o un intento de suicidio en el que una persona emocionalmente angustiada considera seriamente o planea inminentemente quitarse la vida, [SPRC](#). Una parte fundamental del trabajo terapéutico va a ser la elaboración colaborativa de un **Plan Individualizado de Seguridad**, es decir un documento que apoya y guía a alguien cuando está experimentando pensamientos de suicidio, para ayudarlo a evitar un estado de crisis suicida intenso.

El objetivo de desarrollar un plan de seguridad para la persona que experimenta pensamientos suicidas o ya lo ha intentado, va a ser identificar con ayuda del terapeuta los siguientes aspectos clave:

- Sus señales de alarma personales.
- Estrategias de afrontamiento que le han funcionado en el pasado, y/o estrategias que creen que pueden funcionar en el futuro.
- Personas y entornos que son fuentes de apoyo en su vida (amigos/as, familiares, profesionales, otros apoyos) y proporcionen la interacción.
- Profesionales de salud, agentes sociales o servicios de urgencias a contactar.
- Sus razones personales para vivir, o lo que le ha ayudado a mantenerse con vida.
- Entorno seguro y cómo se pueden eliminar los medios de suicidio de su entorno.

Es recomendable redactar el plan cuando la persona no esté experimentando intensos pensamientos de suicidio. Puede escribirse después de una crisis, pero no durante ya que podría sentirse abrumado o incluso confuso. Se debería escribir cuando la persona tiene esperanza en la vida y puede considerar la posibilidad de vivir, para que pueda identificar sus razones para vivir y las acciones positivas que puede tomar para evitar que sus pensamientos se vuelvan intensos y abrumadores. El plan no va a ser algo estático o rígido, de hecho, va a cambiar según cambien las circunstancias de la persona y sus mecanismos de cambio y, por tanto, deberá revisarse.

Un plan de seguridad lleva un enfoque colaborativo para centrarse en las fortalezas de la persona. Se identifican y enfatizan sus habilidades únicas para que puedan recurrir a ellas cuando sus pensamientos suicidas se vuelven intensos. El primer objetivo es aprovechar sus puntos fuertes o fortalezas durante el proceso de recuperación posterior. Los recursos personales son otro componente integral del plan de seguridad, buscar ayuda también puede ser necesario.

El plan de seguridad se organiza en etapas. Comienza con estrategias que el individuo puede implementar solo y termina con números de contacto de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que deberán usarse cuando existe un peligro inminente o una crisis grave.

La persona con pensamientos suicidas puede verificar, junto con su terapeuta o familiar/amistades, si las habilidades de afrontamiento son factibles, así como si las personas de contacto elegidas son apropiadas o no. Cualquiera de las partes puede presentar ideas alternativas según sea necesario.

Se incluye en el [Anexo 8](#) de este documento un modelo genérico de plan de seguridad.

Por otra parte, merecen especial atención algunas intervenciones psicológicas específicas para la conducta suicida que se nombran a continuación.

La guía clínica de la [National Institute for Health and Care Excellence \(NICE\)](#) para el abordaje del comportamiento autolesivo recomienda de 3-12 sesiones estructuradas, que incluye componentes cognitivo-conductuales, psicodinámicos o de resolución de problemas. Las sesiones deben ser aplicadas por terapeutas entrenados y supervisados, cuyo objetivo principal sea identificar los problemas que están provocando el malestar o activando la conducta autolesiva. Propone una intervención individualizada en la que se trabaje de forma colaborativa con la persona.

El **Programa ASSIP** (Attempted Suicide Short Intervention Program) (Michel & Gysin-Maillart, 2015), que demuestra una reducción del 80 % en el riesgo de que los y las pacientes reintenten el suicidio. Sus elementos clave son:

- Fomentar una alianza terapéutica temprana
- Entrevistas narrativas (se graban en vídeo, consentimiento informado)
- Psicoeducación
- Conceptualización conjunta del problema o situación
- Plan de seguridad: formular las vulnerabilidades personales y desencadenantes de la crisis, desarrollar señales de alarma individuales y estrategias de seguridad para futuras crisis
- Contacto regular durante 24 meses (cartas, mail)

El Modelo de Evaluación Colaborativa y Control de las Tendencias Suicidas (Collaborative Assessment and Management of Suicidality) (CAMS) (Jobes, 2012).

Se trata de un marco terapéutico que enfatiza una evaluación colaborativa y un proceso de planificación del tratamiento entre paciente y clínico. El objetivo es mejorar la alianza terapéutica y aumentar la motivación del tratamiento en pacientes suicidas. Usa una herramienta de evaluación clínica, planificación del tratamiento y seguimiento: el formulario de estado de suicidio.

La Terapia Cognitiva para la Prevención del Suicidio (CT-SP) (Brown et al., 2005), demuestra que pacientes que participan en este tratamiento, frente al estándar, tienen un 50 % menos probabilidad de repetir el intento de suicidio en los 18 meses posteriores. Es un programa de 10 sesiones específicamente diseñadas para abordar los intentos de suicidio. Incluye un plan de prevención de recaídas.

En España, se han desarrollado diversos programas centrados en la prevención del suicidio, que demuestran un efecto positivo en la reducción de los reintentos de suicidio, pero que requieren de mayor evidencia empírica.

Destaca el **Programa de prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC)** (Sáiz et al., 2014), desarrollado en Asturias. Es un programa psicoeducativo grupal de 10 sesiones e incluye técnicas cognitivo-conductuales como el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de comunicación, habilidades sociales, relajación, plan de seguridad, aprender a reconocer las señales de alarma, entre otras. Incorpora contenido acerca de recursos socio-sanitarios, información epidemiológica, mitos y realidades sobre la conducta

suicida. Facilita la adherencia del paciente al tratamiento, aspecto que repercute en un descenso de la tasa de repetición de las tentativas suicidas.

El **Programa de Intervención Intensiva (PII)** (Reijas et al., 2013) en conducta suicida. Desarrollado en Ourense, sigue el modelo de tratamiento del grupo de Berk Henriques de la Universidad de Pensilvania. Incluye un programa psicoterapéutico grupal cognitivo-conductual de 10 sesiones durante 6 meses, con seguimiento telefónico entre sesiones. Consta de una primera fase en la que se conceptualiza el caso y se crea un plan de crisis, una segunda fase de desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales para manejar las crisis y la tercera de prevención de recaídas.

El **programa de intervención en conducta autolítica para adolescentes**, desarrollado en el Hospital Universitari Parc Taulí Sabadell. Dirigido a menores de 18 años atendidos en urgencias por tentativa autolítica. Al alta, entre 24-72 horas, cada menor y sus padres/madres son atendidos en Hospital de Día Infanto Juvenil. Se valora el estado psicológico, el riesgo de suicidio, los factores sociales y se inicia un tratamiento de unas 5-7 sesiones individuales y familiares ambulatorias. Se utilizan fundamentalmente técnicas cognitivas y de resolución de problemas dirigidas a la adquisición de habilidades para el manejo del afecto negativo y a diseñar un plan para la gestión del estrés. Al finalizar se programa seguimiento en el CSM Infanto Juvenil.

El **programa de atención a las autolesiones no suicidas en adolescentes**, desarrollado en el Hospital Universitari Parc Taulí Sabadell. Consta de una intervención para menores de 18 años que presentan episodios de autolesiones no suicidas y se lleva a cabo en cualquiera de los dispositivos asistenciales de salud mental IJ. Se identifica y se trata el trastorno mental de base si lo hubiera y se identifican factores psicológicos y sociales relacionados con la conducta, y su funcionalidad. Se enseñan estrategias alternativas a la conducta en situaciones de malestar emocional. Se trabaja con padres/madres o tutores para no contribuir al mantenimiento de las mismas y, en caso necesario y previa autorización, se contacta con el centro escolar. Este programa tiene un desarrollo de [prevención y promoción de la salud mental IJ](#) en las escuelas.

4.4. Registro de los intentos de suicidio

Dentro de las estrategias de prevención cobra especial relevancia la intervención con las personas que han realizado un intento de suicidio. El periodo inmediatamente posterior al intento de suicidio es considerado de alto riesgo para la repetición de la conducta suicida. Por tanto, la adherencia y el seguimiento en el sistema sanitario se asocia a una disminución del riesgo de repetición.

No se dispone de un registro de datos de las personas atendidas en los servicios de urgencias por este motivo, a pesar de ser una puerta de entrada a este tipo de crisis. Como importante acción de mejora para conocer el volumen de los intentos de suicidio atendidos en los servicios de urgencias de psiquiatría se establece:

- Registrar en la **Ficha de Anamnesis**, en el campo motivo de la atención, la categoría «Intento autolítico». De esta forma, se podrá cuantificar los casos atendidos por este motivo en uno o en más episodios de la Historia Clínica del paciente.
- Registrar en la **Ficha de Interconsulta a Psiquiatría** en el campo de motivo explicitado por el servicio peticionario, el código parametrizado «Intento autolítico».
- Registrar el **diagnóstico CIE-10 en el episodio de urgencias** según la clasificación «Lesiones autoinflingidas intencionalmente» (X60-X84), como principal diagnóstico si se le ha atendido por un intento de suicidio.

4.5. Registro de los suicidios consumados

El registro de suicidios consumados es un proceso complejo (Giner & Guija, 2014) que pasa, en primer lugar y una vez judicializada la muerte, por el Instituto de Medicina Legal, quien explicita la causa de la misma, mediante autopsia médico-legal. Posteriormente, la información se emite al juzgado de instrucción, de ahí al Órgano de Registro Civil, posteriormente a la Delegación Provincial del INE y finalmente se reporta al INE. Es el INE quien publica los datos nacionales y por CCAA casi con dos años de retraso.

Conocer los casos de suicidio en tiempo real permite varios objetivos:

- Realizar intervención de postvención, tanto con los y las profesionales como con la familia y allegados directos, de modo sistemático y protocolizado.
- Valorar la pertinencia de hacer un análisis causa-raíz desde el punto de vista de la seguridad del paciente con el fin de aprender y proponer acciones de mejora en la atención sanitaria.

Para ello, desde enero de 2020, se ha establecido el siguiente procedimiento con el objetivo de tener un registro propio de los suicidios que ocurren en Navarra:

- El director del Instituto Navarro de Medicina Legal informa a la Gerencia de Salud Mental del caso de la persona fallecida.
- Se incorpora el caso al Registro de Suicidios autonómico y se introducen los datos de las variables que incluye el registro. Algunos de estos datos son proporcionados por el Instituto Navarro de Medicina Legal y otros se extraen de la historia clínica del paciente. Para ello, mediante resolución 730/2020, de 25 de agosto, del Director-Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se autoriza a tres personas de la Gerencia de Salud Mental el acceso a HCI.
- El conjunto mínimo de datos que se registra es:
 - Sexo y edad
 - Fecha y lugar de fallecimiento
 - Método empleado
 - Estar en tratamiento en Salud Mental
 - Fecha de la última consulta en Salud Mental
 - Centro de la Red de SMNa al que está acudiendo
 - Nombre del referente
 - Diagnóstico de Salud Mental
 - Valoración del riesgo de suicidio
 - Intentos de suicidio previos atendidos
 - Haber estado en tratamiento en Salud Mental en el pasado
 - Atención en urgencias de psiquiatría la última semana
 - Profesional referente de atención primaria: nombre
 - Fecha de la última consulta en Atención Primaria

Este registro, se cumplimentará de forma manual, hasta que se desarrolle un sistema de información integrado que facilite dicha información, garantizando la confidencialidad y según la legislación aplicable en protección de datos.

4.6. Plan de actuación al superviviente en suicidio consumado

Vivir el suicidio de una persona querida es seguramente uno de los mayores acontecimientos traumáticos que pueden ocurrir. La OMS subraya que la intervención posterior a un suicidio, llamada postvención, es una parte esencial de la prevención del suicidio: las familias y amigos que han perdido a un ser querido por suicidio también requieren apoyo y atención (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Se considera superviviente a las personas afectadas por un suicidio consumado. Las cifras son un continuum, se hablaba de 6 personas afectadas, pero actualmente se identifican hasta 135 en diferentes grados de exposición emocional. Las percepciones de cercanía al fallecido casi duplican las probabilidades de depresión y de ansiedad, y casi cuaduplican las probabilidades de trastorno por estrés postraumático (Cerel et al., 2019).

Entre supervivientes al suicidio es preciso incluir a profesionales de la salud considerados como segundas víctimas. Según [American Association of Suicidology](#), las reacciones de las familias, los litigios judiciales, el estigma y la consideración negativa sobre la actuación profesional proveniente de los compañeros y compañeras de profesión complejizan la elaboración del duelo.

El duelo por suicidio tiene unas particularidades que lo diferencian de otro tipo de duelos: es un hecho potencialmente traumático que causa *shock*, vergüenza y culpa (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016; Tal Young et al., 2012), se puede complicar hasta en un 78 % de los casos (Camacho, 2018), es más prolongado en el tiempo y es el más devastador en relación a otros duelos por muertes violentas (Jordan, 2001). Además, entre las personas supervivientes se describe ideación de suicidio en los primeros meses del duelo y mayor riesgo de suicidio (De Groot & Kollen, 2013), así como consecuencias a largo plazo en su salud mental. Probablemente sea el duelo con mayor riesgo de desestructurar el sistema familiar debido al traumatismo que conlleva daños relacionales y cambios duraderos en las relaciones.

Este tipo de duelo está caracterizado por el estigma, la falta de apoyo social y de comprensión que, normalmente, le acompañan y van a influir en su desarrollo hasta el punto que pueden producir un daño psicológico igual o incluso mayor que el propio evento trágico (Payás Puigarnau, 2010).

Existen recomendaciones para familiares que pueden ayudar a afrontar el [duelo por suicidio](#) . Entre ellas destacan los Grupos de Apoyo Mutuo que ofrecen un espacio para compartir la misma experiencia vivida, e intercambiar fortaleza y comprensión entre las personas integrantes del mismo. La [Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida](#) contempla también el duelo en niños y niñas, en el anexo 2, apartado 3.1. ¿Cómo actuar ante un niño o una niña que vive el suicidio de alguien cercano?

Por todo ello, desde Salud Mental se hace necesaria la intervención adecuada y respetuosa con las personas supervivientes, ofreciendo la ayuda profesional para la elaboración del duelo en quienes lo precisen. La ayuda debe ir dirigida al superviviente pero también al equipo y profesionales afectados, con una serie de conocimientos mínimos y recomendaciones terapéuticas, tal y como queda reflejado en el [Anexo 7](#).

Anexos

Anexo 1. Escala Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

IDEACIÓN DE SUICIDIO		
<p>Formular las preguntas en negrita. Preguntar gradualmente hasta identificar la de mayor severidad. Si la respuesta es NO a los ítems 1 y 2, pasar a explorar la conducta.</p>		
<p>1. <u>Deseo de estar muerto/a</u></p> <p>La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerto o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormido y no despertar.</p> <p>¿Ha deseado estar muerto/a o dormirse y no volver a despertar?</p>	SÍ	NO
<p>2. <u>Pensamientos activos de suicidio no específicos</u></p> <p>Pensamientos generales y no específicos de suicidarse (por ejemplo, «he pensado en suicidarme») sin contemplar la forma de hacerlo ni el método a emplear.</p> <p>¿Ha tenido realmente pensamientos de quitarse la vida?</p>	SÍ	NO
<p>3. <u>Ideas activas de suicidio con cualquier método, sin intención de actuar, sin plan específico.</u></p> <p>La persona manifiesta ideas de suicidio y ha pensado como mínimo en un método para hacerlo. Todavía no tiene intención de llevar a cabo, ni existe un plan específico.</p> <p>¿Ha estado pensando en cómo podría hacerlo?</p>	SÍ	NO
<p>4. <u>Ideas activas de suicidio con cualquier método, con alguna intención de actuar, sin plan específico.</u></p> <p>La persona indica que sí ha tenido alguna intención de llevar a cabo el suicidio, pero todavía no tiene un plan ni método específico.</p> <p>¿Y en este último tiempo, ha tenido alguna intención de llevarlo a cabo?</p>	SÍ	NO
<p>5. <u>Ideas activas de suicidio con intención de actuar y con plan específico.</u></p> <p>Existe método y un plan, total o parcialmente elaborado para llevar a cabo el suicidio.</p> <p>¿Ha empezado a preparar o ha preparado los detalles de cómo quitarse la vida? ¿Tiene intención de llevar a cabo este plan?</p>	SÍ	NO

INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA	
	Subraye la opción que más se ajusta
<p><u>Frecuencia</u></p> <p>¿En el último mes, con qué frecuencia ha tenido estos pensamientos?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de una vez a la semana 2. Una vez a la semana 3. 2-5 veces a la semana 4. Diariamente o casi diariamente 5. Muchas veces al día
<p><u>Duración</u></p> <p>Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Momentáneamente, unos segundos o minutos 2. Menos de 1 hora/algún rato 3. 1-4-horas/mucho tiempo 4. 4-8 horas/la mayor parte del día 5. Más de 8 horas/persistentes o continuos
<p><u>Capacidad de controlarlos</u></p> <p>Si se lo propone, ¿puede dejar de pensar en ellos?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puede hacerlo fácilmente 2. Puede hacerlo con bastante facilidad 3. Puede hacerlo con alguna dificultad 4. Puede hacerlo, pero con mucha dificultad 5. Incapaz de controlar estos pensamientos 6. No intenta controlar estos pensamientos
<p><u>Razones disuasorias</u></p> <p>¿Existe alguna cosa, alguien o algo que le haga abandonar la idea de quitarse la vida o de llevar a cabo la idea?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las razones le han impedido hacerlo 2. Las razones probablemente le han impedido hacerlo 3. No está seguro de que las razones le hayan impedido hacerlo 4. Las razones muy probablemente no le han impedido hacerlo 5. Las razones decididamente no le han impedido hacerlo 6. No procede
<p><u>Razones para las ideas suicidas</u></p> <p>¿Qué tipo de razones tiene o ha tenido para querer morir o pensar en matarse? ¿Ha sido para dejar de sentir dolor o dejar de sentirse como se sentía (vivir así le causa un dolor que no puede seguir soportando) o ha sido para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás? ¿O ambas cosas?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente para llamar la atención, por venganza o para obtener reacción de los demás 2. Principalmente para llamar la atención, ... 3. Tanto para llamar la atención, ... como para dejar de sentir dolor 4. Principalmente para dejar de sentir dolor 5. Totalmente para dejar de sentir dolor 6. No procede

CONDUCTA SUICIDA		
Conducta autolesiva no suicida ¿Cuándo hizo... lo hizo por otras razones, sin ninguna intención de matarse (como para liberar tensión, sentirse mejor, obtener comprensión o para que pasara algo distinto)?	SÍ	NO
Intento de suicidio interrumpido ¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para acabar con su vida pero alguien o algo le ha detenido antes de que pudiera hacerlo realmente?	SÍ	NO
Intento de suicidio Acción potencialmente dañina realizada con cierto deseo de morir como resultado de la misma. La intención no tiene que ser del 100 %. Si hay intención/deseo de morir asociado a la acción, se considera un intento de suicidio. No tiene que haber lesión o daño, simplemente el potencial de lesionarse o dañarse. ¿Quería morir cuando...?	SÍ	NO
Peligrosidad y grado de convicción sobre la eficacia del método elegido	SÍ	NO
Gravedad:		
Leve	SÍ	NO
Moderada-Grave	SÍ	NO
Actitud ante la tentativa:		
Arrepentimiento	SÍ	NO
Ambivalencia	SÍ	NO
Lamento de resultado no fatal	SÍ	NO
Grado de planificación y de premeditación:		
Toma precauciones contra la intervención de otras personas o para no ser descubierto.	SÍ	NO
Rescatabilidad: pide ayuda, deja pistas	SÍ	NO
Actos de anticipación de la muerte: cambios en el testamento, pólizas de seguros, donaciones, anticipar voluntades, etc.	SÍ	NO
Dejar nota de despedida	SÍ	NO

LETALIDAD DE LA CONDUCTA SUICIDA	
	Indique la opción que más se ajusta
<u>Letalidad real/lesiones médicas</u>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna lesión o muy pequeña (por ej. rasguños superficiales). 1. Lesiones físicas menores (por ej. habla letárgica, quemaduras de primer grado, hemorragia leve, esquince) 2. Lesiones físicas moderadas, con atención médica (por ej. consciente pero somnoliento, responde, quemaduras de segundo grado, hemorragia de vasos). 3. Lesiones físicas moderadamente graves, con hospitalización (por ej. comatoso con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20 % del cuerpo, hemorragia extensiva, fracturas). 4. Lesiones físicas graves, con hospitalización en cuidados intensivos (por ej. comatoso sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20 % del cuerpo, hemorragia extensiva con constantes vitales inestables, importantes lesiones de alguna zona vital). 5. Muerte
Letalidad potencial (responder si la letalidad real=0)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Conducta con poca probabilidad de lesiones 1. Conducta con probabilidad de lesiones, pero sin probabilidad de muerte 2. Conducta con probabilidad de muerte a pesar de disponer de asistencia médica

Anexo 2. Factores de riesgo, factores de protección, precipitantes y señales de alarma

FACTORES DE RIESGO			
INDIVIDUALES	- Intentos de suicidio previos	SÍ	NO
	- Antecedentes de tratamiento en salud mental	SÍ	NO
	- Tratamiento actual en salud mental	SÍ	NO
	- Abuso de tóxicos	SÍ	NO
	- Diagnóstico clínico	SÍ	NO
	- Acceso a métodos de suicidio	SÍ	NO
	- Desesperanza	SÍ	NO
	- Perfeccionismo	SÍ	NO
	- Impulsividad	SÍ	NO
	- Ingreso hospitalario el último año por intento de suicidio	SÍ	NO
	- Enfermedad física terminal o crónica, discapacidad, dolor	SÍ	NO
- Conductas autolesivas	SÍ	NO	
CONTEXTUALES	- Historia familiar de suicidio	SÍ	NO
	- Falta de apoyo sociofamiliar	SÍ	NO
	- Factor socioeconómico y laboral: problemas económicos, desempleo, conflictos laborales o académicos.	SÍ	NO
	- Cambios en el ciclo vital: adolescencia, maternidad, divorcio, jubilación, viudedad.	SÍ	NO
	- Conflictos interpersonales: separación, problemas familiares, pérdida de seres queridos, soledad, acoso, maltrato, violencia de género.	SÍ	NO
	- Cualquier evento vital estresante que señale como conflictivo o preocupante.	SÍ	NO
	- Difusión inapropiada del suicidio en medios de comunicación y redes sociales.	SÍ	NO
- Suicidio de un par o referente significativo	SÍ	NO	

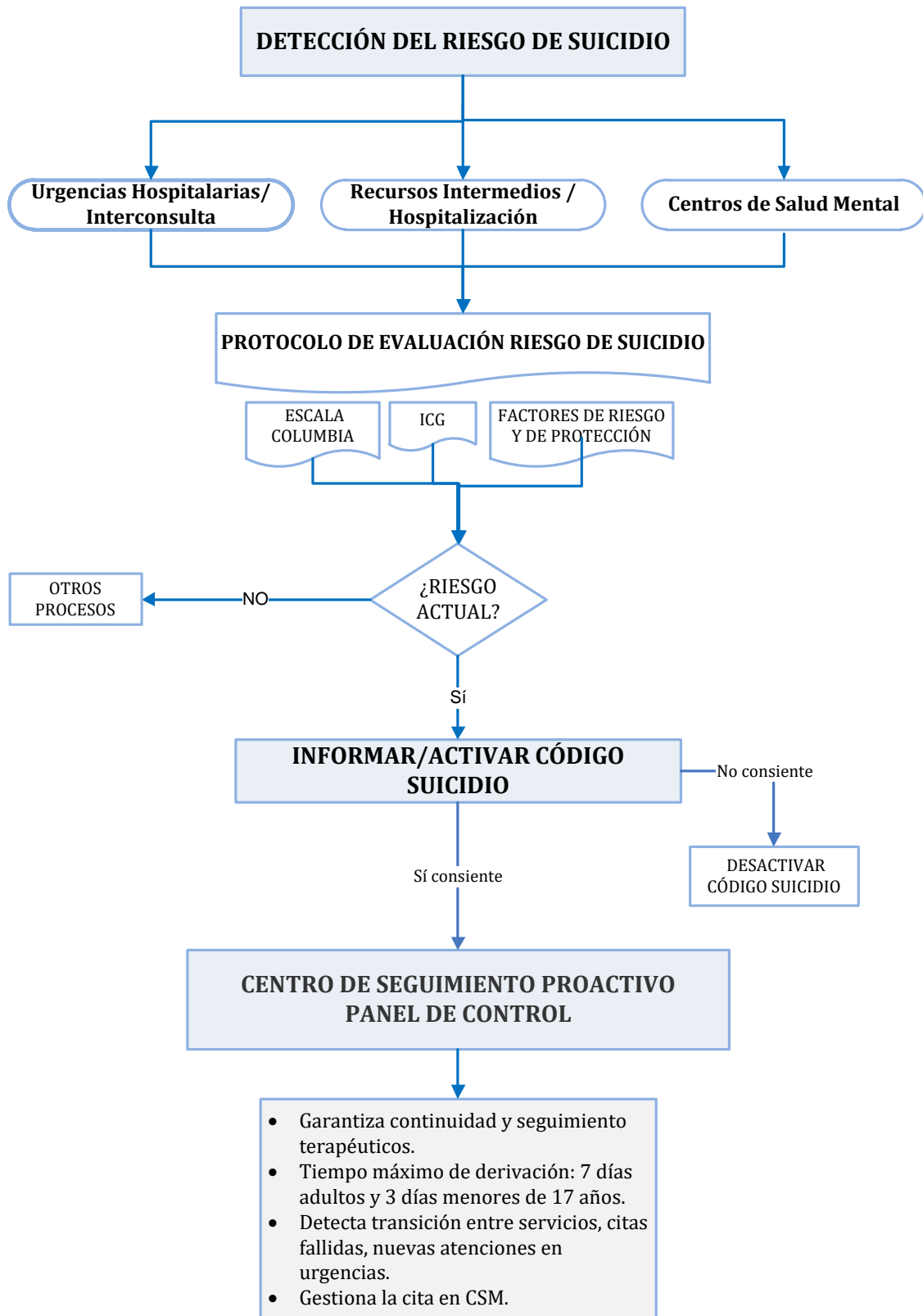
FACTORES DE PROTECCIÓN			
INDIVIDUALES	- Tener habilidades sociales	SÍ	NO
	- Sentirse parte de un grupo o comunidad	SÍ	NO
	- Capacidad de resolución de problemas	SÍ	NO
	- Autocontrol y capacidad de afrontamiento	SÍ	NO
	- Tener confianza en uno mismo, su propia situación y logros	SÍ	NO
	- Saber buscar ayuda en momentos de dificultad	SÍ	NO
	- Resiliencia o sentido para vivir	SÍ	NO
	- Valores, espiritualidad y creencias religiosas	SÍ	NO
	- Adoptar valores culturales y tradicionales	SÍ	NO
	- Locus de control interno, autoestima	SI	NO
	- Hábitos de vida saludables	SI	NO
AMBIENTALES	- Disponer de red y apoyo social (recursos disponibles)	SÍ	NO
	- Integración social	SÍ	NO
	- Cohesión familiar y/o con el grupo de iguales	SÍ	NO
	- Acceso a servicios sanitarios y de salud mental	SÍ	NO
	- Restricción del acceso a medios letales	SÍ	NO

FACTORES PRECIPITANTES			
COMUNES	- Enfermedades incapacitantes o dolorosas, propias o ajenas	SÍ	NO
	- Pérdida de seres queridos	SÍ	NO
	- Conflictos interpersonales	SÍ	NO
	- Existencia de un entorno suicida	SÍ	NO
	- Experiencias traumáticas: agresiones, malos tratos, acosos, abusos, desastres naturales	SÍ	NO
	- Consumo o aumento de tóxicos	SÍ	NO
	- Imputaciones o condenas judiciales	SÍ	NO
	- Cambios vitales bruscos no deseados	SÍ	NO
	- Alta por hospitalización psiquiátrica	SÍ	NO
INFANTO-JUVENIL	- Situaciones de vulnerabilidad relacionadas con la identidad sexual o con la orientación sexual.	SÍ	NO
	- Fracaso escolar	SÍ	NO
	- <i>Cyberbullying, bullying, acoso, humillaciones, malos tratos</i>	SÍ	NO
	- Abuso sexual, violación	SÍ	NO
	- Maltrato físico	SÍ	NO
	- Exposición a violencia	SÍ	NO
	- Separación o pérdida de amigos	SÍ	NO
	- Cambios habituales de residencia o de entorno social	SÍ	NO
	- Desengaño amoroso	SÍ	NO
	- Muerte de un ser querido	SÍ	NO
	- Problemas disciplinarios escolares, presión escolar, exámenes	SÍ	NO
	- Entorno suicida	SÍ	NO
	- Embarazo prematuro	SÍ	NO
	- Separación de los padres, conflictos conyugales	SÍ	NO
	- Alteraciones del sueño	SÍ	NO

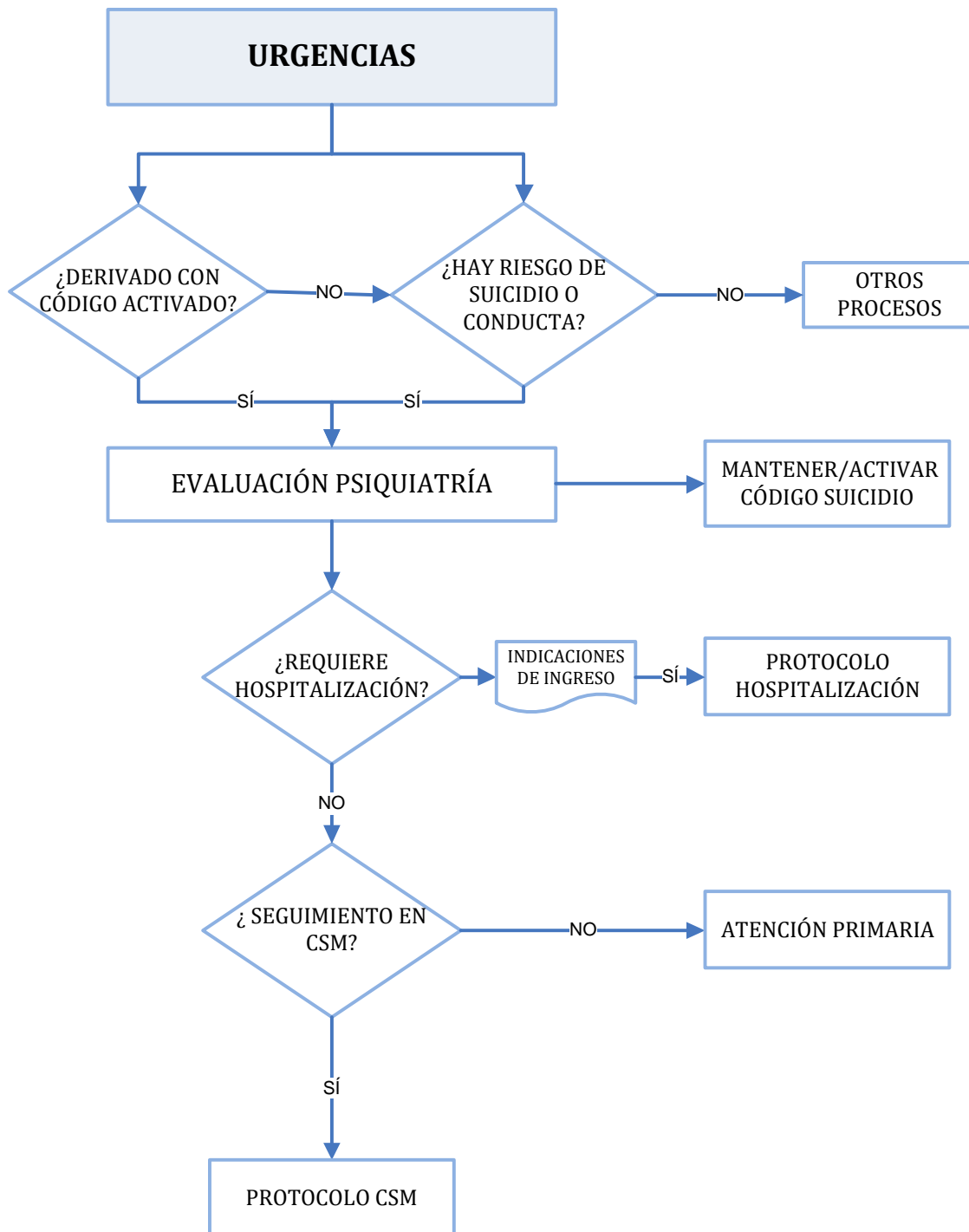
FACTORES PRECIPITANTES			
ADULTOS	- Fracaso profesional	SÍ	NO
	- Pérdida del empleo o dificultades económicas	SÍ	NO
	- Pérdida de estatus o prestigio social	SÍ	NO
	- Ruptura conyugal o desengaño amoroso	SÍ	NO
	- Jubilación	SI	NO
VEJEZ	- Empeoramiento de enfermedades, dolor, hastío terapéutico	SÍ	NO
	- Pérdida de capacidad funcional	SÍ	NO
	- Soledad	SÍ	NO
	- Institucionalización	SÍ	NO
	- Cambio periódico de domicilios	SÍ	NO
	- Malos tratos	SÍ	NO
	- Viudedad	SÍ	NO
	- Pérdida de interés por la vida, depresión	SI	NO
	- Pérdida de la fe	SI	NO

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL	
No riesgo actual	0
Sí riesgo actual	1

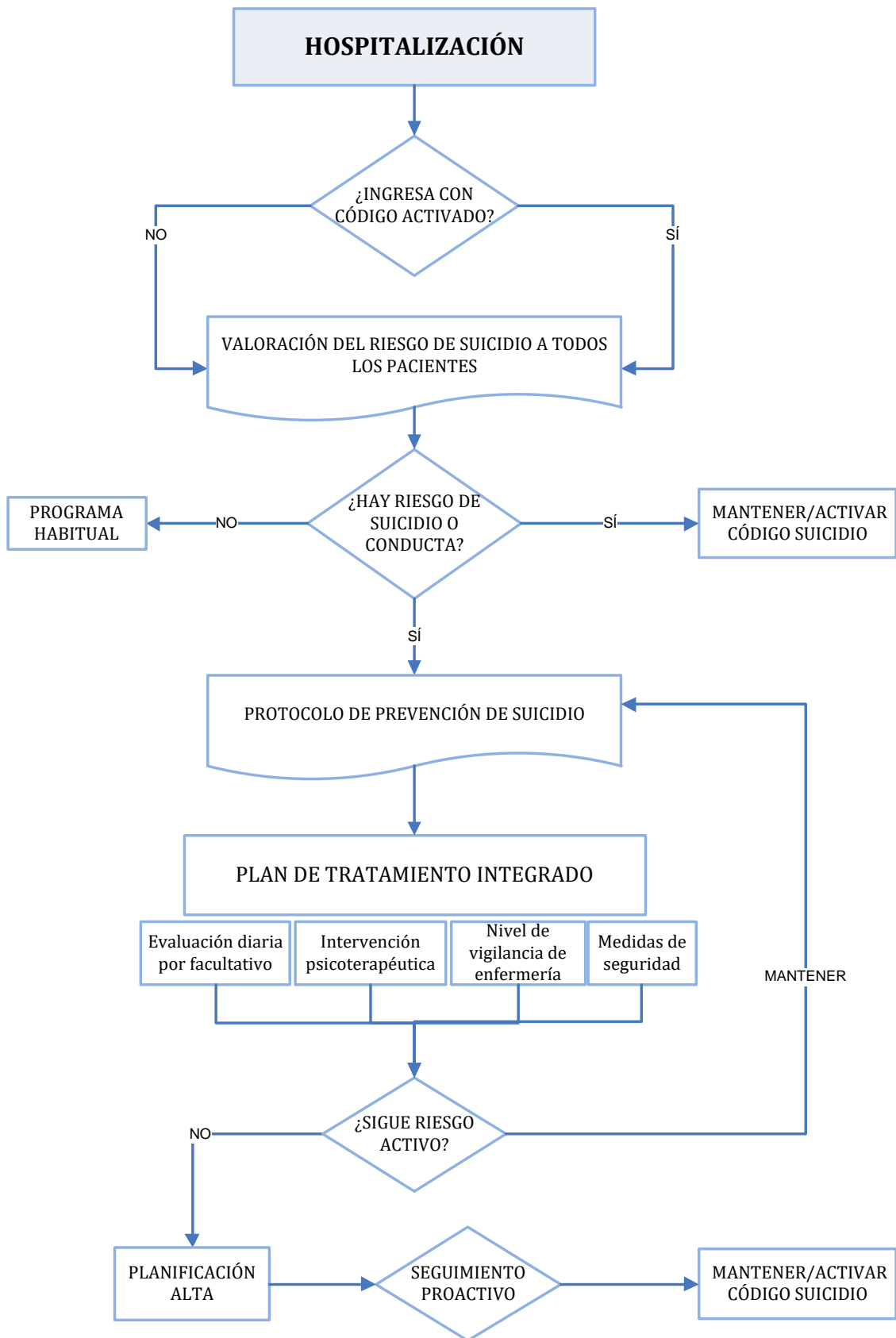
Anexo 3. Flujograma detección del riesgo de suicidio y activación del código



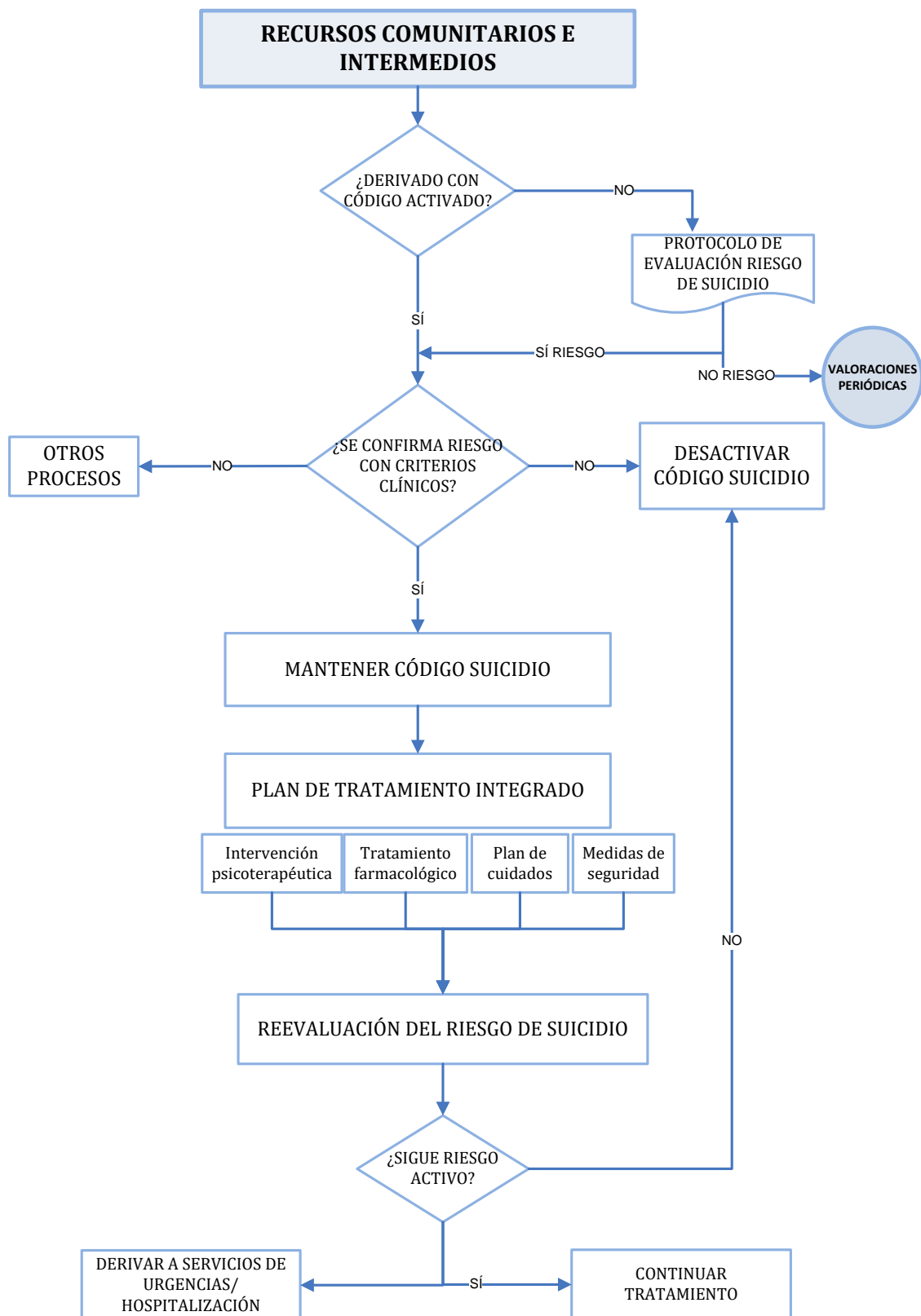
Anexo 4. Flujograma de atención en el Servicio de Urgencias



Anexo 5. Flujoograma de atención en Hospitalización



Anexo 6. Flujoograma de atención en Recursos Comunitarios e Intermedios



Anexo 7. Recomendaciones para la prevención del suicidio

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Después de un intento de suicidio, en los seis primeros meses aumenta el riesgo de una recaída, por lo que la seguridad del paciente debe ser una prioridad.

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES:

- Es conveniente acudir a las citas que le programarán con su equipo de atención primaria y salud mental.
- No está solo, tener personas en quién confiar y con quien poder sincerarse puede ser de gran ayuda. Si sigue teniendo pensamientos suicidas, debe comunicárselo a una persona en quien confíe y a su médico. Escuche los consejos y acepte la ayuda que puedan darle. Es muy importante que sea sincero con ellos.
- Los pensamientos suicidas normalmente están asociados con problemas que pueden resolverse. Si no se le ocurre ninguna solución, no significa que no las haya, sino que ahora no es capaz de verlas. Las cosas que parecen insuperables, con el tiempo, serán seguramente menos graves y más controlables.
- Las razones para vivir ayudan a superar momentos difíciles. Es importante desarrollar una rutina, dedicarse a aficiones que alguna vez le han resultado satisfactorias.
- Identificar la causa o comienzo de esos pensamientos, tratar de reducirlos o evitar eventos que los provoquen o responder a ellos de forma diferente. Recuerde que no es beneficioso actuar de forma impulsiva, los pensamientos muchas veces desaparecen.
- Desechar objetos peligrosos y crear un ambiente seguro en el entorno que le rodea.
- En caso de autolesionarse o sentir un peligro inminente de hacerlo, acuda al servicio de urgencias o centro de salud más cercano o llame al 112.

RECOMENDACIONES PARA FAMILIARES:

- Colaborar en la elaboración de un plan de seguridad con su familiar. Reducir riesgos en el hogar y planificar un acompañamiento y supervisión del cumplimiento de las visitas planificadas por su médico.
- Favorecer la comunicación y el respeto, procurar no infravalorar a la persona y evitar tratarla como incapaz. Muéstrese dispuesto a escuchar. Deje que la persona hable de sus sentimientos sin juzgarlos. No cuestione si el suicidio es o no correcto. Acérquese y muestre que está disponible. Demuestre su interés y ofrezca su apoyo.
- Ayudar a tomar decisiones y contribuir a que no las tome precipitadamente. Trabajar en sus fortalezas para incentivar su seguridad. No desafíe a la persona a que lo haga, tranquilícela.
- No prometa confidencialidad. Busque ayuda entre sus familiares y personas allegadas y solicite ayuda profesional cuando considere conveniente.
- Si es posible, no deje sola a la persona, evitando situaciones de excesivo control.
- Si piensa que la persona tiene ideas suicidas, quédese con ella, escúchela y tómela en serio. Ayúdela a obtener ayuda acudiendo al servicio de urgencias, centro de salud más cercano o llamando al 112

TELÉFONOS DE INTERÉS:

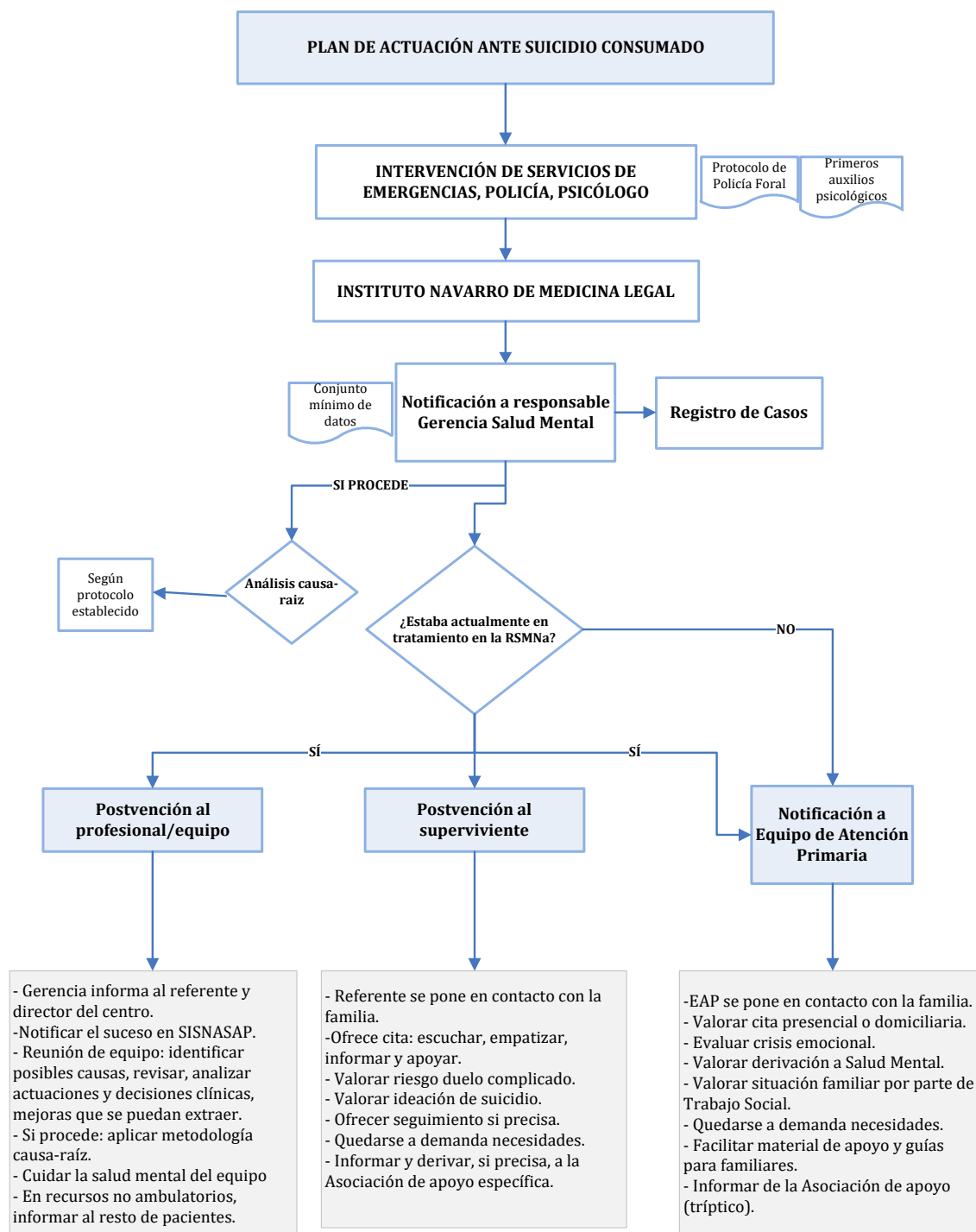
URGENCIAS 112

CENTRALITA COMPLEJO HOSPITALARIO 848 42 22 22

TELÉFONO DE LA ESPERANZA 948 24 30 40 / 902 50 00 02

TELÉFONO DE ANAR 116 111 / 900 20 20 10

Anexo 8. Plan de actuación ante el suicidio consumado



Anexo 9. Plan de seguridad

PLAN DE SEGURIDAD (Stanley & Brown, 2012)

PASO 1. Señales de alarma (pensamientos, imágenes, estados de ánimo, situaciones, conductas, personas) que le indican que está empezando a encontrarse peor, que puede desencadenarse una crisis y las ideas de suicidio hacerse más intensas.

1.
2.
3.

PASO 2. Estrategias de afrontamiento individuales. Actividades que puedo hacer para distraerme, manejar la crisis y sentirme mejor (técnica de relajación, actividad física, ciertos lugares). Estrategias que otras veces me han ayudado.

1.
2.
3.

PASO 3. Personas a las que puedo pedir ayuda y hablar de lo que me está pasando:

Nombre	Teléfono
Nombre	Teléfono
Nombre	Teléfono

PASO 4. Profesionales o agentes sociales y recursos con los que puedo contactar durante una crisis:

Nombre del profesional	Teléfono
Nombre de otro profesional	Teléfono
Centro de Salud	Teléfono
Centro de Salud Mental	Teléfono
Servicio de Emergencias	Teléfono
Teléfono de Ayuda	Teléfono

PASO 5. Buscar razones para seguir adelante. Qué me ilusiona o me ha ayudado a superar otros momentos difíciles. Lo más importante para mí y por lo que vale la pena vivir es:

1.
2.
3.

PASO 6. Crear un entorno seguro. Objetos peligrosos que tengo a mi alcance (medicamentos, elementos cortantes, cuerdas, armas...) y qué hacer para no tener acceso a ellos.

Objetos peligrosos	Qué hago para no acceder a ellos
.....
.....
.....

Bibliografía

- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., ... Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134–142.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Betz, M. E., Arias, S. A., Miller, M., Barber, C., Espinola, J. A., Sullivan, A. F., ... Boudreaux, E. D. (2015). Change in emergency department providers' beliefs and practices after use of new protocols for suicidal patients. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 66(6), 625–631. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400244>
- Brown, G. K., Have, T. Ten, Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Aaron T Beck. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Jama*, 294(5), 563–570.
<https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>.
- Camacho, D. (2018). *Predictores de la culpa en el duelo complicado*. Universidad Camilo José Cela. Madrid.
- Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395–405.
- Cerel, J., Brown, M., Maple, M., Singleton, M., Van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49((2)), 529–534.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12450>. Epub 2018 Mar 7. PMID: 29512876.
- De Groot, M., & Kollen, B. J. (2013). Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: Longitudinal community based cohort study. *BMJ (Online)*, 347.
<https://doi.org/10.1136/bmj.f5519>
- Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., ... Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention Interventions with Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ...

- Nock, M. K. (2016). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*.
<https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... Maria Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494–500. <https://doi.org/10.1157/13111370>
- Giner, L., & Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139–146.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>
- GPC (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad. Avalia-t; 2020. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740–750.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm : long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537–542. <https://doi.org/10.1192/02-540>
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(44), 1–11.
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7>
- Jiménez-Treviño, L., Sáiz, P. A., Corcoran, P., Buron, P., García-Portilla, M. P., China, E. R., ... Bobes, J. (2015). Factors associated with hospitalization after suicide spectrum behaviors: results from a multicentre study in Spain. *Archives of Suicide Research*, 19(1), 17–34. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824841>
- Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide &*

Life-Threatening Behavior, 42(6), 640–653. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x>.

Jordan, J. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91–102. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.91.21310>

Labouliere, C., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., ... Stanley, B. (2018). “Zero Suicide” – A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi*, 23(1), 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>

Larkin, C., Di Blasi, Z., & Arensman, E. (2014). Risk Factors for Repetition of Self-Harm: A Systematic Review of Prospective Hospital-Based Studies. *PLoS ONE*, 9(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084282>

Michel, K., & Gysin-Maillart, A. (2015). *ASSIP Attempted Suicide Short Intervention Program. A Manual for Clinicians*. Hogrefe Publishing. Göttingen, Germany.

Norcross, J., & Wampold, B. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/https://content.apa.org/doi/10.1037/a0022161>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1

Parra Uribe, I., Blasco-Fontecilla, H., García-Parés, G., Giró Batalla, M., Llorens Capdevila, M., Cebrià Meca, A., ... Palao Vidal, D. (2013). Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 840–846. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.013>

Payás Puigarnau, A. (2010). *Las tareas del duelo: psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo relacional* (Paidós). Barcelona.

Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.009>

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and

adults. *The American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>

Reijas, T., Ferrer, E., González, A., & Iglesias, F. (2013). Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 279–286. Retrieved from

<http://actaspsiquiatria.es/repositorio/15/85/ESP/15-85-ESP-279-286-816367.pdf>

Sáiz, P. A., Rodríguez-Revuelta, J., González-Blanco, L., Burón, P., Al-Halabí, S., Garrido, M., ... Bobes, J. (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 131–138.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.001>

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264.

Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177–186.

Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders*, 259, 302–313.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>

Wang M., Swaraj S., Chung D., Stanton C., Kapur N., L. M. (2019). Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(5), 472–483.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., & et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659.

Tabla de indicadores anuales de implantación y seguimiento del Plan de Atención a las Conductas Suicidas en la Red de Salud Mental de Navarra.

<i>Descripción del indicador</i>	<i>Temporalidad</i>	<i>Cálculo</i>	<i>Objetivo</i>
<i>Implantación del Código Suicidio en HCI</i>	2021	SÍ/NO	SÍ
<i>Registro de suicidios consumados</i>	Anual	N.º total	Dato recogido a enero de año vencido
<i>Registro de Intentos de suicidio</i>	Semestral	Nº total	Dato recogido
<i>Acciones formativas a los/las profesionales y Residentes desde Formación Continuada</i>	Anual	Acciones	SÍ/NO
<i>Encuesta al año de implantación del código suicidio a los profesionales</i>	Al año de implantación	0-10 satisfacción con el recurso	8
<i>Encuesta anual de satisfacción de las personas usuarias con código activo en el último año</i>	Al año de implantación	0-10 satisfacción con el recurso	8
<i>Explotación del Panel de Control del código suicidio</i>	Al año de la implantación	Para fijar un estándar se partirá: N.º Códigos activados	Dato inicial
		Códigos desactivados y motivo/s de desactivación	Dato inicial