



conducta suicida

Manual de
prevención en
personas mayores
que viven en
residencias

Autoras

Dra. Alicia Sales Galán

Universitat de València

Dra. Rita Redondo Flores

Universidad Europea de Valencia

Dra. Carolina Pinazo Clapés

Universitat de València

Dra. Irene Checa Esquiva

Universitat de València

Este manual ha sido financiado bajo el proyecto «Evaluación, prevención e intervención de conductas suicidas en personas mayores que viven en residencias» (PID2022-139404OA-I00), financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.



© De los textos: Alicia Sales, Rita Redondo, Carolina Pinazo e Irene Checa.
Correo de correspondencia: alicia.sales@uv.es

© De la presente edición: Universidad de Valencia, 2026

Departamento de Psicología Evolutiva y de la educación, Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Diseño y maquetación: Eva Marín Pérez | martinicaestudio.es
Edición digital

ISBN: 978-84-9133-913-7

DOI: <https://doi.org/10.7203/PUV-OA-9788491339137>



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Atribución- No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

Esta obra está bajo una Llicència Creative Commons Reconeixement-NoComercial-SenseObra-Derivada 4.0 Internacional.

Colaboraciones

Gesmed SL

Gestió Mediterrània de Necessitats
Socials

SOLIMAR

Residencias de Mayores

Entidades que facilitaron el desarrollo del proyecto EPIMaRe y la recogida de información en sus centros, tanto de personas mayores que viven en la residencias como de los trabajadores de los centros.

Alberto Ramos Pardo

Psicólogo General Sanitario
Centro Tipología Mixta de Quart de Poblet

Elaboración, junto con Rita Redondo Flores, de un primer protocolo de actuación ante la conducta suicida en personas mayores que viven en residencias, que constituye uno de los antecedentes del protocolo desarrollado y ampliado en el presente manual.

Revisión externa de expertos

Expertos en conducta suicida

Susana Al-Halabí

Doctora en Psicología. Profesora Titular de Universidad.

Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo.

Grupo de Investigación CIPRES.

Mercedes Cavanillas de San Segundo

Psicóloga sanitaria y experta en emergencias.

Revisión especializada del capítulo 5. Actuación ante una situación de riesgo suicida inminente.

José Eduardo Rodríguez Otero

Facultativo Especialista de Área en Psicología Clínica.

Servicio Gallego de Salud.

Grupo de Investigación CIPRES.

Expertos en gerontología

Sacramento Pinazo-Hernandis

Doctora en Psicología. Profesora Titular de Universidad.

Departamento de Psicología Social, Universidad de Valencia.

Directora de Grupo BestAging

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro especial agradecimiento a todas las personas mayores que participaron en el proyecto EPIMaRe y a los equipos profesionales de los centros participantes, cuya implicación y colaboración hicieron posible el desarrollo de la investigación y contribuyeron a generar el conocimiento que sustenta parte de los contenidos y recomendaciones de este manual.

Nos gustaría hacer mención especial a Tomas Martínez y María José Monfort de GESMED S.L. y Guillermo Ramiro de SOLIMAR por su apoyo incondicional al proyecto desde el primer momento que se les propuso y su inestimable ayuda en todo momento para facilitar y hacer posible el desarrollo del estudio.

DOI: <https://doi.org/10.7203/PUV-OA-9788491339137>

Prólogo

Considero un honor el encargo de prologar esta magnífica obra. Este manual constituye una aportación valiosa, necesaria y oportuna a un ámbito tradicionalmente desatendido, como es la prevención de la conducta suicida en personas mayores que viven en residencias. Por ello, acompañar esta publicación con unas breves palabras representa para mí tanto un privilegio como una responsabilidad moral y profesional difícilmente eludible.

Toda obra encuentra su justificación en una necesidad a la que pretende dar respuesta. Este manual no es una excepción. La conducta suicida en las personas mayores constituye una realidad doblemente silenciada. Por un lado, el suicidio continúa siendo un fenómeno rodeado de estigma y tabú. Por otro, el sufrimiento psicológico en las personas mayores suele quedar invisibilizado bajo creencias erróneas que asumen que la tristeza, la soledad, la desesperanza o incluso el deseo de morir forman parte natural del proceso de envejecimiento. Esta doble invisibilidad ha contribuido a relegar a un segundo plano una realidad humana, social y sanitaria que exige mayor atención, sensibilidad, compromiso, conocimiento y una respuesta más digna y humanizada. Precisamente por ello, resulta especialmente necesaria una obra como la que usted, lector o lectora, tiene ahora entre sus manos.

Entre sus principales virtudes destacan su orientación eminentemente práctica, la sensibilidad humana con la que aborda el sufrimiento psicológico, así como el esfuerzo por integrar la evidencia científica con la realidad cotidiana de los centros residenciales. Resulta especialmente destacable la incorporación de una perspectiva centrada en la dignidad, la autonomía y el sentido de vida de las personas mayores, alejándose de enfoques excesivamente medicalizados y situando a la persona en el epicentro de la atención y el cuidado. Asimismo, el manual ofrece herramientas concretas, protocolos y numerosos ejemplos que facilitan su transferencia a la práctica profesional. En esencia, es un manual que destila, por los cuatro costados, una perspectiva psicológica humanizada, no estigmatizante y, sobre todo, basada en la evidencia empírica. Es una obra que habla de personas, no de pacientes. Más que de etiquetas diagnósticas, se ocupa de narrativas personales con nombre y apellidos. Más que de enfermedades, reivindica la diversidad humana. Más que de chispazos cerebrales erráticos, se interesa por los comportamientos y contextos. Más que explicar, intenta comprender. Más que clasificar, procura escuchar. En definitiva, un manual que trata de poner más cabeza y menos cerebro. Todo ello resulta especialmente loable, pues no son buenos tiempos para la lírica ni para aquellos enfoques que sitúan a la persona, y no al diagnóstico, en el primer plano y en el centro del encuadre de su propia historia.

Con la publicación de esta obra, los profesionales que desarrollan su labor en este ámbito, así como el estudiantado, disponen de un recurso formativo riguroso, actual, práctico y accesible para la prevención y el abordaje de la conducta suicida. Se trata, además, de un texto que cumple sobradamente con lo que cabe esperar de una obra universitaria. Por un lado, la Universidad tiene encomendada la misión de formar a las futuras generaciones de profesionales y de promover la generación, difusión y transferencia del conocimiento científico sobre problemas de gran relevancia sanitaria y social, siempre sobre la base de la mejor evidencia disponible. Por otro, los contenidos desarrollados en este manual poseen una evidente trascendencia práctica, pues su aplicación contribuye directamente a mejorar el bienestar, la calidad de vida y el cuidado de algunas de las personas más vulnerables de nuestra sociedad. En este sentido, la obra refleja fielmente los valores de una universidad comprometida con la generación de conocimiento científico, la innovación, la responsabilidad social y el servicio a la comunidad. Una Universidad que empuja las fronteras del conocimiento con el propósito de mejorar el bienestar presente y futuro de la sociedad. En esencia, estamos ante un manual de referencia que será de gran utilidad para estudiantes y profesionales de la psicología, la enfermería, el trabajo social, la medicina y otras disciplinas vinculadas a la salud mental, la atención residencial y el cuidado integral de las personas mayores.

Querido lector, querida lectora, creo que lo importante ya ha sido dicho. Si así lo desea, este es un buen momento para pasar directamente al texto principal. No tendría derecho alguno a ofenderme. Sin embargo, me permitirá una última licencia, pues me gustaría compartir algunas reflexiones que considero pertinentes. Al fin y al cabo, el prólogo encierra una curiosa paradoja: suele escribirse después, pero rara vez se lee antes del texto.

Tampoco suele leerse después. Casi siempre queda gravitando en una suerte de tierra de nadie. Quizá por ello constituya un espacio privilegiado para detenerse unos instantes, tomar aire desde el altozano y re-pensar algunas cuestiones que trascienden las páginas que siguen. Más aún en esta modernidad líquida que busca soluciones rápidas para problemas que requieren profundidad.

La conducta suicida se caracteriza por la presencia de sufrimiento vital y de dolor psicológico intolerable en el que una persona, en una circunstancia determinada (construida y vivida como insufrible, irresoluble, interminable, inescapable, sin futuro y sin esperanza) decide quitarse la vida. Se trata de un dolor inhabitable (no se puede vivir en él), de un sufrimiento insoportable y para el que la persona siente que no existe esperanza ni futuro. Nadie se quita la vida mientras esta siga siendo habitable, llena de sentido y de esperanza. Se trata de un drama existencial y no de un síntoma aislado de una supuesta “enfermedad mental” (aunque en algunos casos pueda coexistir con trastornos de salud mental) o de una “avería intrapsíquica” que hay que “curar”. No hay, por tanto, una única causa de la conducta suicida, sino que es multicausal, sin olvidar la importancia de las razones para vivir de cada persona. Se podría decir que existen tantos motivos como personas: nadie se intenta suicidar sin alguna razón. Hay que entender la conducta suicida como un fenómeno asociado al sufrimiento humano y al sentido o falta del mismo, que tiene lugar en los contextos biográficos (sociales y culturales) de las personas, así como en la vivencia particular de sus dificultades o circunstancias vitales. En general, se puede decir que las personas con ideas de suicidio no desean morir sino huir o poner fin a un dolor vivido como intolerable, inescapable e incontrolable (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023).

Conviene recordar que el comportamiento humano es plural, complejo y abierto; se ajusta mal a lo lineal, a lo estático y a lo unidimensional. Los modelos hegemónicos de salud mental y de conducta suicida suelen concebir el sufrimiento humano como un fenómeno aislado de los contextos sociales, relacionales e históricos en los que emerge, y lo interpretan fundamentalmente a través de las denominadas «4 D»: disfunción, desviación, deterioro y distrés. Bajo mi modesto punto de vista, y como hemos defendido en trabajos previos (Fonseca-Pedrero y Al-Halabí, 2026), el sufrimiento emocional no puede entenderse como la mera consecuencia de una supuesta «enfermedad mental», ni tampoco como el resultado directo de hipotéticos déficits neuroquímicos, fallos del sistema de recaptación sináptica o chispazos cerebrales erráticos. Las experiencias psicológicas (tristeza, sentimiento de vacío, percepción de ser una carga para los demás, etc.) no pueden reducirse sin más a sus correlatos neurobiológicos. Desde esta óptica se desechan de plano expresiones neuroesencialistas o cerebrocentristas que atribuyen propiedades psicológicas a estructuras cerebrales concretas, como si pudiera afirmarse, sin más, que «el cíngulo está triste». Ninguna experiencia humana puede comprenderse analizando exclusivamente los cambios que acontecen en el cerebro, al margen de la trayectoria vital y de los contextos relacionales, históricos y culturales en los que dicha experiencia adquiere significado. Somos personas-en-el-mundo (Fonseca-Pedrero et al., 2027).

Esta perspectiva invita a comprender a las personas-en-el-mundo, atendiendo al significado que adquieren sus experiencias en el contexto de su propia biografía (Stanghellini et al., 2019). Se trata de enfoques que evitan descontextualizar la experiencia de sufrimiento o separar los problemas psicológicos de las circunstancias biográficas, relacionales, sociales y culturales que les confieren significado. Esta perspectiva sitúa a la persona en el centro de la comprensión psicológica, atendiendo a lo bio, no tanto en su acepción biológica como en su dimensión biográfica. Desde esta óptica, el interés no recae en identificar síntomas o asignar etiquetas diagnósticas (supuestos diagnósticos que no explican ni los comportamientos ni las causas), sino en comprender la trayectoria vital y las circunstancias de la persona que experimenta el malestar. Se trata de conocer a la persona que presenta el trastorno y no tanto el trastorno que presenta una persona. La idea no sería tanto buscar la causa como comprender las razones por las que una persona acaba desarrollando y manteniendo un problema (Fonseca-Pedrero et al., 2027).

En este contexto, dichas experiencias lejos de ser vistas como signos o síntomas patognómicos de una supuesta (mal denominada) “enfermedad mental” se deben comprender como formas de responder, más o menos desadaptativas, a los problemas consustanciales de la vida (Garson, 2022). Desde esta perspectiva, el «síntoma» deja de entenderse exclusivamente como la manifestación de una disfunción para concebirse también como una estrategia o tentativa de adaptación ante determinadas circunstancias vitales. En el fondo, esta forma de entender el sufrimiento psicológico remite a dos grandes tradiciones presentes en la psicología y la psiquiatría contemporáneas: disfunción (*madness as dysfunction*) o estrategia (*madness as strategy*) (Garson, 2022). Estos dos modos de pensar en términos de disfunción o de estrategia suponen dos visiones o percepciones gestálticas incompatibles (figura del pato/conejo) (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2024). La idea de disfunción supone que algo dentro de uno (la mente o el cerebro) no funciona bien y es cosa de reparación (medicación, intervención, técnicas psicoterapéuticas específicas). La idea de la estrategia supone que el trastorno tiene un propósito o función y es así un intento de solución o esfuerzo adaptativo, que no sería cosa de eliminar (típicamente reducción de síntomas). De acuerdo con este enfoque no habría mecanismos averiados dentro de uno, sino circunstancias de la vida a las que uno responde con más o menos éxito. Como ocurre con la imagen gestáltica del pato/conejo, si ves en el trastorno una estrategia no puedes ver, ni la necesitas, una avería en la mecánica y maquinaria de la mente y el cerebro (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2024).

Estas disquisiciones técnicas deben comprenderse en el marco del *Zeitgeist*, esto es, del espíritu de nuestra época. Un tiempo que se despliega sobre el telón de fondo de una sociedad caracterizada por la incertidumbre, la sobreabundancia de información, la digitalización acelerada, la psico(pato)logización de la vida cotidiana y la fragilidad de los vínculos humanos (Pérez-Álvarez, 2023, 2025). En la denominada por Bauman la “modernidad líquida”, las condiciones cambian antes de que las formas de actuar se consoliden en hábitos estables y formas duraderas de vida. La vida líquida se caracteriza por individuos sin arraigo, ligeros, volátiles, cuyo factor común es la liviandad. Asimismo, nos en-

contramos en la era del vacío, caracterizada por la apatía, la indiferencia, el individualismo y el narcisismo. Es la época del “suceso vacío” donde coleccionamos momentos, pero no habitamos ninguno; una época en la que tomamos innumerables fotografías, pero no contemplamos el paisaje. El resultado es una sociedad dominada por individuos flotantes y muchedumbres solitarias, hiperconectadas en lo digital pero cada vez más proclives a sentirse “solas juntas”. El espíritu de nuestro tiempo parece configurarse en torno al culto por la ignorancia y al narcisismo (digital), donde los individuos entronizados, auténticos “yoes inflados”, y la cosmética de la felicidad campan a sus anchas. Incluso el gimnasio ha terminado por convertirse en una nueva ágora donde se construye, exhibe y proyecta buena parte de la identidad y la vida social contemporáneas. Vivimos, además, en una sociedad crecientemente individualizada y en la era del diagnóstico, donde el malestar cotidiano es medicalizado y tiende a interpretarse y expresarse mediante categorías psicológicas y clínicas. Problemas inherentes a la condición humana, a las dificultades de la existencia o a las circunstancias vitales adversas son reconvertidos con frecuencia en trastornos, síndromes o diagnósticos clínicos. Parafraseando a Alonso Quijano, nos ha tocado vivir en un mundo de máquinas y trazas contrarias unas de otras.

La nueva visión en el campo de la conducta suicida reclama dejar atrás el modelo biomédico cerebro-centrista, neuro-esencialista, paternalista, curativo y basado en la discapacidad y los síntomas. Es necesario dar paso a una mirada radicalmente psicológica, focalizada en la persona (como ser-en-el-mundo) y sus capacidades, basada en un enfoque colaborativo donde se ofrezca la posibilidad de hablar detalladamente de las experiencias y dar sentido a la biografía, elaborando una visión compartida y comprensiva del sufrimiento para, posteriormente, abordarlo mediante intervenciones psicológicas empíricamente apoyadas. Tampoco nos vendría mal rescatar el modelo de salutogénesis, que promueva una concepción de la salud menos preocupada por las causas de la enfermedad y las discapacidades, y más atenta a las capacidades, fortalezas y condiciones que hacen posible una vida digna, plena y con sentido; una mirada interesada no solo en reducir el sufrimiento, sino también en ayudar a las personas a construir vidas que merezcan la pena ser vividas. Bien sabemos que el cuidado, la escucha, la compañía, la esperanza y los vínculos significativos constituyen intervenciones tan necesarias como cualquier tratamiento formal. Recuerdo aquí a mi abuela cuando me decía que el mejor medicamento eran unas palabras de cariño en el momento adecuado. Y no le faltaba razón. Las relaciones sociales significativas, la actividad física y la estimulación cognitiva (p.ej., aprendizaje de idiomas), entre otras, constituyen un buen antídoto para la prevención del sufrimiento psicológico y de la conducta suicida. No deberíamos olvidar que el grupo de pares, las familias, los barrios y las comunidades son algunos de los principales activos de nuestra sociedad para la promoción del bienestar y la prevención de problemas, algo que, a menudo, ha sido descuidado u olvidado, más si cabe si se tienen en cuenta los hallazgos sobre la soledad no deseada. Como bien señala la OMS, la soledad y el aislamiento social constituyen una amenaza silenciosa para la salud que ya no podemos desoir. Ciertamente, los factores de protección no se limitan a las características individuales, sino que incluyen también determinantes sociales, como el cuidado mutuo, el

desarrollo infantil temprano, la seguridad laboral, el acceso a la educación, los espacios de ocio y las políticas de justicia social e inclusión.

Voy acabando. Sigo a pies juntillas a Baltasar Gracián, pues lo bueno, si breve, dos veces bueno; y aun lo malo, si poco, no tan malo.

Esta obra viene a responder a la necesidad de poner de manifiesto una realidad que permanece aún entre bambalinas, alejada del foco público, y que, pese a su relevancia clínica, social y humana, continúa siendo insuficientemente reconocida y atendida: la conducta suicida en personas mayores.

Mi más calurosa bienvenida a esta obra. Mis felicitaciones a los autores. Mi más sincera enhorabuena al lector o a la lectora por haber seleccionado este manual e iniciado una andadura que, sin lugar a dudas, no le dejará indiferente. Se trata de un manual escrito en español, innovador y eminentemente práctico, a la vez que riguroso, cimentado en la mejor evidencia científica disponible. Es una obra que arroja luz y esperanza a las personas que necesitan ayuda y a sus familiares. En esencia, es un manual de referencia y de gran utilidad, especialmente para los profesionales de la psicología, la enfermería, el trabajo social, la medicina y disciplinas afines.

Promover, proteger y cuidar el bienestar y la salud de toda la población, pero en particular de los más vulnerables, es un deber ético, profesional y social, amén de constitucional. Las personas mayores que viven en residencias, con demasiada frecuencia invisibilizadas, no merecen menos. Es hora de generar esperanza a través de la acción, con la firme convicción de que donde no hay esperanza, tenemos que construirla. Queda mucho por hacer, si bien todas las grandes caminatas comienzan por un pequeño paso. Este libro es uno de ellos.

Queda dicho.

Eduardo Fonseca Pedrero.

Catedrático de Psicopatología

Universidad de La Rioja

Índice

Prólogo.....	6
Presentación	15
	marco conceptual.
El modelo de Atención Centrada en la Persona (AICP) en residencias.	16
El reconocimiento de la identidad personal	18
La autonomía como necesidad psicológica básica.....	18
El vínculo interpersonal	19
Propósito de vida y sentido existencial	19
Estrategias preventivas desde la Atención Integral Centrada en la Persona.....	20

capítulo 1.

Introducción a la conducta suicida en centros residenciales.....	21
Introducción.....	22
1.1. Comprender la conducta suicida en las personas mayores que viven en residencias: conceptos clave	22
1.2. Creencias erróneas sobre la conducta suicida en personas mayores.	26
1.3. Particularidades de la conducta suicida en personas mayores.	32
1.4. Conducta suicida en personas con deterioro cognitivo y demencia.....	35
1.5. La prevención del suicidio como una labor comunitaria.....	36

capítulo 2.

Factores relacionados con la conducta suicida.....	38
Introducción.....	39
2.1. Factores de riesgo	39
2.2. Señales de alerta	42
2.3. Factores de protección.....	45

capítulo 3.

Prevención de la conducta suicida (I). Actuación según niveles de prioridad.	46
Introducción.....	48
3.1. Protocolo de prevención según el nivel de prioridad.....	48
3.2. Flujograma de actuación	59
3.3. Cómo acompañar a una persona que reporta ideas de muerte.....	60
3.4. Actuación y aspectos a considerar en casos de personas que acuden a centro de día o que salen del centro a casas de sus familiares.	62

capítulo 4.

Prevención de la conducta suicida (II) Herramientas personalizadas de prevención. ...	73
Introducción.....	74
4.1. Plan de Protección Personalizado (PPP)	74
4.2. Plan de seguridad	82
4.3. Cómo ayudar a la persona cuando no identifica razones para vivir	91

capítulo 5.

Actuación ante una escena de riesgo suicida inminente: Código S.....	106
Introducción.....	107
5.1. Activación del código S por pasos.....	107
5.2. Plan de actuación por pasos del profesional interviniente.....	108
5.3. Flujograma de activación código S.....	120
5.4. Cómo dirigirse después a la persona que ha tenido un intento de suicidio reciente..	121

capítulo 6.

Intervención psicológica ante el riesgo suicida en personas mayores que viven en residencias.	125
Introducción.....	126
6.1. Herramientas de evaluación psicológica	126
6.2. Perfiles clínicos de prioridad medio/baja con vulnerabilidad emocional. Características y pautas de intervención.	128
6.3. Perfiles clínicos de prioridad medio/alta con vulnerabilidad emocional. Características y pautas de intervención.	132
6.4. Intervenciones psicoterapéuticas aplicables a la prevención de la conducta suicida y a la promoción de factores protectores	134

capítulo 7.

Duelo por suicidio: claves para acompañar a familiares, residentes y profesionales... 141	141
Introducción.....	142
7.1. Cómo dar la noticia a los supervivientes.....	142
7.2. Cómo viven las personas el duelo por suicidio: aspectos emocionales, cognitivos y sociales.....	143
7.3. Plan de acompañamiento a los supervivientes	146
7.4. Acompañamiento a la familia	149
7.5. Acompañamiento al grupo de residentes	150
7.6. Recomendaciones para los y las profesionales	152
7.7 Responsabilidad legal	154

capítulo 8.

Recursos de prevención y actuación ante la conducta suicida.	161
Introducción.....	162
8.1. Recursos.....	162
8.2. Guías prácticas	163

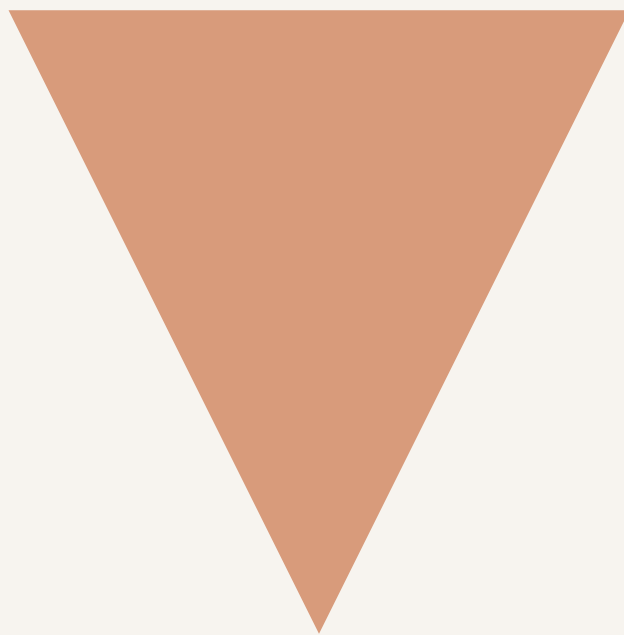
Presentación

Este manual nace con el propósito de proporcionar a los y las profesionales que trabajan en residencias un marco de referencia para la prevención y actuación ante la conducta suicida. Su elaboración combina la evidencia científica disponible, el conocimiento experto y la experiencia profesional de las autoras, parte de las cuales cuentan con una amplia trayectoria de trabajo directo en el ámbito residencial. Todo ello permite integrar el conocimiento científico con la realidad y las necesidades de la práctica cotidiana en estos centros.

Con el fin de garantizar su calidad y utilidad, el contenido ha sido revisado por dos personas expertas de reconocido prestigio a nivel nacional en el ámbito de la prevención del suicidio, una psicóloga sanitaria experta en emergencias, y una experta en el campo de la gerontología, cuyas aportaciones han contribuido a reforzar el rigor científico y enriquecer el contenido del manual.

Este manual se fundamenta, entre otras fuentes de conocimiento, en los resultados obtenidos en el proyecto de investigación «Evaluación, prevención e intervención de conductas suicidas en personas mayores que viven en residencias» (EPIMaRe) (PID2022-139404OA-I00), financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Queremos expresar un especial agradecimiento a las personas mayores participantes, a los equipos profesionales y a los grupos Solimar y Gesmed S.L. que, como entidades gestoras, facilitaron el desarrollo de la investigación al abrir las puertas de sus residencias y hacer posible la recogida de información. Su colaboración ha contribuido a generar el conocimiento que sustenta parte de los contenidos y recomendaciones recogidos en este manual.

Confiamos en que este manual contribuya a sensibilizar sobre el sufrimiento psicológico en la vejez, favorezca la detección precoz de las situaciones de riesgo y proporcione herramientas que permitan a los y las profesionales actuar con mayor seguridad, confianza y eficacia en la prevención de la conducta suicida en personas mayores que viven en residencias.



marcoconceptual.

escrito por Sacramento Pinazo Hernandis

AICP

El modelo de atención
centrada en la persona
(AICP) en residencia.

En las últimas décadas, la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) se ha consolidado como un paradigma fundamental para transformar los cuidados de larga duración. Frente a modelos asistenciales rígidos, medicalizados y centrados exclusivamente en la enfermedad, la AICP propone situar a la persona mayor en el centro de las decisiones, reconociendo su dignidad, biografía, autonomía y capacidad de seguir construyendo sentido vital.

Desde esta perspectiva, el abordaje de la conducta suicida en residencias no puede limitarse únicamente a la detección de síntomas depresivos o a intervenciones clínicas puntuales. Resulta imprescindible comprender el sufrimiento desde una mirada integral, relacional y ética, capaz de reconocer la importancia del vínculo, la identidad, el propósito vital y la participación significativa en la vida cotidiana.

Una correcta prevención del suicidio en personas mayores exige modelos de cuidado humanizados que promuevan la autonomía, la conexión social y el sentido de vida.

La AICP representa un cambio profundo en la cultura de los cuidados e implica reconocer a cada persona como alguien único, con historia, preferencias, deseos y proyectos de vida propios.

De este modo, la atención debe orientarse hacia la dignidad de la persona y el respeto a su autonomía, promoviendo su participación activa en las decisiones sobre su vida cotidiana. Este enfoque supone abandonar modelos institucionales homogeneizadores para avanzar hacia algo diferente: los cuidados personalizados y relacionales.

Desde la AICP, la persona mayor no es definida únicamente por su dependencia o enfermedad, sino por su condición de sujeto con derechos, emociones, deseos y capacidad de seguir desarrollándose.

La prevención del suicidio encuentra en este paradigma un marco especialmente adecuado porque muchos factores de riesgo están relacionados precisamente con esas experiencias de pérdida de identidad, despersonalización y desconexión social.

El reconocimiento de la identidad personal

Uno de los principios esenciales de la AICP es el reconocimiento de la biografía. La historia de vida permite comprender quién es la persona más allá de sus diagnósticos.

Cuando las residencias ignoran la trayectoria vital de las personas, pueden generar procesos de despersonalización que aumentan el sufrimiento emocional. Por el contrario, conocer los gustos, valores, aficiones, creencias y experiencias significativas ayuda a mantener la continuidad de la identidad.

Preservar la identidad personal constituye un factor protector frente a la desesperanza. Todas las personas necesitan sentir que siguen siendo reconocidas y valoradas: las personas mayores en residencias, las personas mayores en sus domicilios, las personas adultas, las personas jóvenes. Todas.

La AICP ha subrayado la importancia de los apoyos personalizados y de la participación activa de las personas mayores en las decisiones cotidianas. La escucha de preferencias y deseos no solo mejora la calidad de vida, sino que fortalece la autoestima y el sentido de control.

La autonomía como necesidad psicológica básica

La pérdida de autonomía es una de las experiencias más dolorosas asociadas al envejecimiento y a la institucionalización. En muchos centros residenciales, las rutinas rígidas limitan las posibilidades de elección.

Sin embargo, incluso en situaciones de dependencia avanzada, las personas mantienen capacidades de decisión sobre múltiples aspectos de su vida: horarios, vestimenta, alimentación, actividades, relaciones, espacios personales, ritmos cotidianos, etc.

La AICP promueve una autonomía relacional y adaptada, entendiendo que decidir fortalece la autoestima y disminuye la sensación de indefensión.

La teoría psicológica de la autodeterminación señala que la autonomía es una necesidad humana básica. Cuando las personas sienten que no tienen control sobre su vida, aumenta el riesgo de depresión y desesperanza. En este sentido, prevenir la conducta suicida implica también devolver espacios de decisión y participación.

La falta de reconocimiento emocional puede generar un profundo sufrimiento psicológico. Cuando las personas se sienten ignoradas, infantilizadas o invisibles, aparece un deterioro de la autoestima y del sentido de pertenencia.

La prevención del suicidio exige precisamente construir entornos donde las

personas puedan sentirse escuchadas, queridas, incluidas, valoradas, útiles, y reconocidas.

La humanización de los cuidados no es un elemento accesorio, sino un componente esencial de la salud mental.

El vínculo interpersonal

Las relaciones sociales son uno de los principales factores protectores frente al suicidio. Las personas mayores necesitan sentirse emocionalmente conectadas con otras. La escucha activa, la validación emocional y la presencia afectiva reducen el sentimiento de abandono. Y por esta razón la creación de relaciones significativas dentro de las residencias debe ser una prioridad de los centros.

La AICP propone transformar la cultura organizacional para favorecer entornos más cálidos, flexibles y participativos. La dignidad debe preservarse incluso en situaciones de elevada dependencia.

La prevención del suicidio requiere integrar intervenciones psicoterapéuticas continuadas: espacios de escucha, atención al duelo, terapias grupales, acompañamiento emocional, programas de abordaje de la soledad, actividades significativas.

Propósito de vida y sentido existencial

Tener motivos para levantarse cada día, sentirse útil o mantener vínculos afectivos favorece el bienestar psicológico.

El paso de la vida en casa a la vida en una residencia puede debilitar el sentido de propósito cuando las personas dejan de participar activamente en las decisiones en su vida cotidiana. Por ello, las residencias deben crear oportunidades reales de participación y contribución.

En la vejez, el sentido puede construirse a través de relaciones afectivas, espiritualidad, recuerdos biográficos, transmisión de experiencias, participación comunitaria, creatividad, y actividades cotidianas. La AICP favorece estos procesos al reconocer la singularidad de cada persona.

No todas las actividades tienen el mismo valor subjetivo. La AICP propone diseñar para cada persona actividades vinculadas con sus intereses reales y genuinos. P.ej.: jardinería, cocina, música, lectura, manualidades, participación en proyectos con otras generaciones, voluntariado, espacios de espiritualidad, etc. La ocupación significativa fortalece la autoestima y el sentimiento de utilidad.

La revisión de vida y las historias biográficas ayudan a integrar experiencias, resignificar pérdidas y reforzar la identidad. Escuchar la historia de las perso-

nas mayores no solo tiene valor terapéutico, sino también ético. La narrativa personal permite reconocer logros, vínculos y aprendizajes, favoreciendo una percepción más integrada y valiosa de la propia existencia.

Estrategias preventivas desde la Atención Integral Centrada en la Persona

Así pues, la AICP ofrece un marco ético, relacional y organizativo especialmente adecuado para abordar este desafío. Al situar a la persona en el centro, reconocer su dignidad, preservar su autonomía y fortalecer sus vínculos afectivos, la AICP actúa directamente sobre muchos de los factores asociados a la desesperanza y al sufrimiento emocional.

La prevención de la conducta suicida en residencias debe abordarse desde una perspectiva interdisciplinar y comunitaria. La conexión con la comunidad también evita el aislamiento. La inclusión social protege frente a la desesperanza.

La prevención de la conducta suicida en personas mayores en residencias exige mucho más que protocolos clínicos o intervenciones de crisis. Requiere una transformación profunda de los modelos de cuidado y de la manera en que comprendemos el envejecimiento.

Los espacios físicos también influyen en el bienestar psicológico. de manera que, las residencias deben favorecer ambientes hogareños, espacios íntimos, contacto con la naturaleza, libertad de movimiento, y personalización de habitaciones. Un entorno cálido disminuye el estrés institucional.

Reducir la conducta suicida en residencias implica crear entornos donde las personas mayores puedan seguir sintiéndose útiles, escuchadas, queridas y valoradas. Significa sustituir prácticas institucionales despersonalizadoras por modelos de cuidado humanizados y participativos. El bienestar psicológico en la vejez depende profundamente de la calidad de las relaciones, del reconocimiento de la identidad y de la posibilidad de mantener un proyecto vital con sentido.

La esperanza, el propósito vital y el sentido de pertenencia no son aspectos secundarios de la atención: constituyen elementos esenciales para la vida y para la prevención del sufrimiento extremo.



capítulo 1.

Introducción

a la conducta
suicida en centros
residenciales

Introducción

En este capítulo se presenta una visión general sobre la conducta suicida, definiendo conceptos clave y desmitificando ideas erróneas que pueden dificultar su comprensión y prevención. Se abordan también las particularidades del suicidio en personas mayores, sentando las bases para la intervención en contextos residenciales.

1.1. Comprender la conducta suicida en las personas mayores que viven en residencias: conceptos clave

La conducta suicida es un fenómeno complejo, multicausal y multifactorial. No suele ser un acto impulsivo ni una llamada de atención, sino la expresión de un dolor psicológico y un malestar muy intenso que desborda los recursos de afrontamiento disponibles.

El término conducta suicida abarca diversas manifestaciones que incluyen desde los pensamientos y deseos de muerte (conocido como ideación suicida) hasta los intentos de suicidio y la muerte por suicidio. No todas las personas que presentan ideación suicida o comunican su deseo de morir llegan a intentarlo, pero sí se considera un factor de riesgo importante e implica un alto nivel de sufrimiento en las personas con este tipo de pensamientos.

Los pensamientos de suicidio no suelen reflejar un deseo real de morir sino la necesidad de poner fin a un sufrimiento (físico o psicológico) vivido por la persona como insoportable, incontrolable e interminable. Detrás de este acto hay un profundo dolor que la persona no sabe cómo aliviar, junto con la presencia de emociones complejas de desesperanza, derrota o de sentirse una carga para los demás. En este contexto, la muerte por suicidio aparece como una alternativa aceptable a ese sufrimiento y puede vivirse como una fantasía de descanso.

La conducta suicida no es un síntoma de una enfermedad sino una forma de expresar un dolor emocional intenso y dificultades en la regulación del malestar. Este aspecto es importante ya que permite acompañar desde la comprensión, no desde la patologización.

Si bien, es necesario diferenciar tipos de pensamientos de suicidio o ideación suicida, y aclarar algunos otros términos:

► Ideación suicida pasiva

Pensamientos abstractos sobre la muerte o deseos de morir sin intención o planes concretos.

Ejemplo:

Una persona verbaliza: “Ojalá no me despertara mañana.”

► Ideación suicida activa

Ideas de poner fin a la propia vida con un plan concreto o una intención clara.

Ejemplo:

Una persona le dice a la auxiliar mientras le ayuda a vestirse: “A veces pienso en tomarme todas estas pastillas y acabar con todo” o “Ya he decidido que no quiero vivir más, aunque todavía no sé cómo hacerlo”.

► Ideación suicida controlada

Pensamientos autolíticos que no pasan al acto porque rápidamente aparecen las razones para seguir viviendo y no hacerlo.

Ejemplo:

Una persona que sufre tanto que se plantea el suicidio como la forma de salir de esa situación, pero también piensa en el daño que eso le haría a su familia y por eso no pasa al acto.

► Ideación suicida descontrolada

La ideación suicida es intensa, recurrente, en bucle y la persona no es capaz de apelar a sus razones para vivir, para frenarla, aunque las haya.

Ejemplo:

“En ese momento sólo pensaba en acabar con todo, no pensé en mis hijos ni en el futuro”.

► Plan suicida

La persona tiene un plan más o menos detallado de cómo, cuándo o dónde se quitaría la vida. Puede comunicarlo o no.

Ejemplo:

Una persona explica a un profesional de su confianza: “ he decidido tirarme por la ventana de mi habitación”.

► Intento de suicidio

Acto en el que la persona intenta quitarse la vida sin resultado fatal. La intención de morir puede estar clara o inferirse por el contexto.

Ejemplo:

Una persona toma varias pastillas de golpe diciendo que “Ya no quiero seguir viviendo”, pero es atendida a tiempo y sobrevive.

► Suicidio

Acto por el que la persona pone fin de forma intencionada a su propia vida.

Ejemplo:

Una persona en la residencia decide precipitarse por una ventana con la clara intención de morir y fallece como consecuencia del acto.

► Suicidio pasivo

Consiste en dejar de realizar acciones necesarias para la propia supervivencia como comer, beber, tomar medicación o moverse, con la intención (explícita o implícita) de morir.

En el suicidio pasivo la persona deja de cuidarse de manera consciente para abandonar la vida. Esta forma de suicidio pasivo suele darse con mayor probabilidad en personas mayores.

Ejemplo:

Una persona en la residencia rechaza sistemáticamente la comida y la medicación, o se niega a ir de forma repetida al hospital a pesar de que la asistencia médica es urgente y necesaria.

► Comunicación suicida

La persona dice o da a entender que podría quitarse la vida pronto. Puede hacerlo de forma verbal o no verbal.

Ejemplo:

Una persona en la residencia dice “Cuando duerman todos, yo me voy a tomar todo el pastillero” o deja a la vista una nota de despedida donde se evidencia la intencionalidad suicida.

► Autolisis, autolesión o autodestrucción

Son términos que hacen referencia a conductas diversas mediante las que la persona se hace daño a sí misma, sin distinguir la intención de morir. Es un término general que incluye tanto el intento de suicidio como la autolesión sin intención de morir.

Ejemplo:

Un profesional detecta que una persona de forma frecuente amanece con heridas en uno de los brazos, que claramente se han realizado de forma intencionada debido a un rascado excesivo o el uso de algún objeto punzante. Cabría explorar si se han realizado con la intención de morir o para liberar angustia o a causa de sintomatología psicótica.

► Sobreviviente

Es el nombre que recibe una persona que ha intentado suicidarse, pero ha sobrevivido a dicho intento.

Ejemplo:

Una persona que realiza un intento de suicidio mediante una sobreingesta de medicación, pero es atendido a tiempo y sobrevive.

Superviviente

Es el nombre que recibe la persona que ha perdido a una persona cercana por suicidio (familiares, amigos, profesionales, etc.).

Ejemplo:

Una persona que pierde a su compañero de habitación de la residencia por suicidio con el que mantenía una estrecha relación de amistad.

1.2. Creencias erróneas sobre la conducta suicida en personas mayores.

Hablar de suicidio ha sido, históricamente, un tema cargado de silencio y miedo. Muchas personas ni siquiera se atreven a pronunciar la palabra “suicidio” o se sienten muy incómodas al hacerlo. Este tabú ha alimentado numerosas creencias erróneas que nos alejan de la realidad y dificultan la prevención. La permanencia de estas creencias erróneas puede hacer que no sepamos cómo ayudar a alguien que está sufriendo. Por eso, es fundamental hablar con claridad y llamar a las cosas por su nombre. Comprender la conducta suicida permite acompañar mejor, detectar señales de alerta y actuar con calma, sensibilidad y seguridad.

CREENCIA ERRÓNEA 1	REALIDAD
“Si le pregunto si está pensando en suicidarse, le estoy metiendo la idea en la cabeza”.	Preguntar de forma clara y con respeto no provoca ideas de suicidio. Al contrario: puede ser un alivio para quien está sufriendo en silencio y suponer una oportunidad para prestar ayuda.

Ejemplo 1:

María cuida a Antonia, una mujer mayor que lleva días sin hablar mucho. Ya no quiere levantarse, ha perdido peso de forma visible y ha dicho cosas como “Ya no pinto nada aquí”.

María no sabe cómo abordar el tema, pero un día le pregunta: Antonia, ¿alguna vez ha pensado que ya no quiere seguir viviendo?

Antonia se pone a llorar y le dice que sí, que a veces piensa que estaría mejor muerta.

Gracias a esa pregunta, María puede hablar con Antonia sobre las cosas que le angustian y hablar con la psicóloga del centro para ver cómo ayudarla.

Recomendaciones

- No tener miedo a preguntar, con calma y sin presión.
- Utilizar frases como:

“A veces, cuando una persona sufre mucho, puede pensar en morir o en quitarse la vida, ¿Te ha pasado eso alguna vez?”, “Veo que estás angustiada últimamente.... Me preocupa que puedas estar pensando en el suicidio, ¿es así? Estoy aquí para escucharte”.

- Escuchar sin juzgar. Una actitud tranquila puede ser el primer paso para salvar una vida.

CREENCIA ERRÓNEA 2	REALIDAD
“Hablar del suicidio puede contagiar la idea a otras personas”	Hablar ayuda a las personas a expresar algo que les preocupa y es una oportunidad para hacerles saber que son importantes para nosotros. El tabú y el ocultamiento impiden que las personas pidan ayuda o que los equipos detecten señales de alerta.

Ejemplo 2:

En una residencia, una persona muere por suicidio. Varias profesionales comentan: “Mejor no hablarlo, no vaya a ser que otros hagan lo mismo o que se agiten”.

Pero lo que ocurre es lo contrario: se extienden rumores, varias personas se angustian ante la falta de información y una persona dice sentirse muy sola y piensa en “seguir el camino de su compañero”. Hablar del tema con apoyo emocional permite detectar otras situaciones de riesgo, evitar información falsa y abordar preocupaciones y dudas.

Recomendaciones

- No ocultar ni banalizar lo que ha pasado. Acoger las emociones con respeto.

Se puede decir: “Esto que ha pasado es muy doloroso. Si en algún momento tú también te sientes mal, podemos hablarlo y buscar ayuda”.

El silencio no protege. Hablar con empatía, sí.

CREENCIA ERRÓNEA 3	REALIDAD
“El que lo dice no lo hace; solo lo dice por llamar la atención.”	Muchas personas que se suicidan han avisado antes, a veces de forma directa y otras con frases o comportamientos más indirectos (“No vale la pena seguir”, “Quiero descansar para siempre.”), o se despiden, regalan objetos o dejan de participar en actividades. Comunicar la intención de suicidio o pedir ayuda no es chantaje ni teatro. Es una señal de alerta que tiene lugar en situaciones ambivalentes. No hay que minimizarla nunca.

Ejemplo 3:

Ramón, una persona de 81 años, dice a menudo: “Estoy harto, no quiero seguir viviendo así”. Algunas compañeras piensan que “quiere llamar la atención” y no le hacen caso. Días después, Ramón intenta quitarse la vida.

Recomendaciones

- No ocultar ni banalizar lo que ha pasado. Acoger las emociones con respeto.

Se puede decir: “Esto que ha pasado es muy doloroso. Si en algún momento tú también te sientes mal, podemos hablarlo y buscar ayuda”.

El silencio no protege. Hablar con empatía, sí.

CREENCIA ERRÓNEA 4	REALIDAD
“La persona que se suicida quiere morir.”	Las personas que se quieren suicidar suelen estar ambivalentes entre la vida y la muerte. La mayoría de las personas que se suicidan quieren acabar con su sufrimiento y no encuentran otra forma de hacerlo. Muchas personas elegirían seguir viviendo si hubiera pequeños cambios en su vida que fuesen valiosos para ellas.

Ejemplo 4:

Una persona dice: “No quiero seguir viviendo así, esto es insoportable.” El profesional interpreta que desea morir y no hace nada más, cuando en realidad lo que expresa es un profundo deseo de dejar de sufrir o de seguir viviendo de una determinada manera, pero no necesariamente de morir.

Recomendaciones

- La mayoría de las personas con ideas suicidas no quieren morir, sino acabar con su dolor o expresar la necesidad de establecer cambios en su vida.
- Ofrecer un espacio de escucha y acompañar en el sufrimiento, mostrando que su vida sigue teniendo valor y tratando de encontrar razones para vivir en pequeños proyectos de futuro, personas cotidianas o animales de compañía.

CREENCIA ERRÓNEA 5	REALIDAD
“Si de repente mejora, ya está fuera de peligro”	A veces, cuando una persona toma la decisión de suicidarse tras un tiempo de sufrimiento y ambivalencia, puede sentir alivio. Esto puede hacer que se la vea más tranquila o animada. Por ello, esa “mejoría repentina” puede ser una señal de alto riesgo.

Ejemplo 5:

Clara, que estaba muy angustiada y “desconectada” desde hacía meses, de repente se arregla, sonríe y dice que está mejor. Incluso ha decidido llamar a un notario para poner todos sus papeles en regla, algo que le daba mucha pereza. Todos se tranquilizan, pues la ven activa. Dos días después, se quita la vida en su habitación.

Recomendaciones

- Si alguien mejora de repente después de un tiempo de tristeza, no hay que bajar la guardia.
- Observar si se despide, regala cosas, habla en pasado.
- Si algo llama la atención, es mejor comentarlo.

La intuición del profesional podría salvar una vida.

CREENCIA ERRÓNEA 6	REALIDAD
“Quien haya intentado suicidarse alguna vez, nunca deja de ser un suicida”.	Los pensamientos de suicidio suelen estar relacionados con situaciones concretas que desbordan la vida de la persona, o como una forma de regulación emocional ante situaciones muy adversas. No son permanentes. ¡Pero ojo! Debe tenerse en cuenta como un factor de riesgo. El mayor riesgo suele ser a corto plazo y específico según la situación.

Ejemplo 6:

Una persona tuvo un intento de suicidio hace años. Desde entonces, algunos profesionales la etiquetan como “suicida” y asumen que siempre tendrá ese riesgo, sin valorar su situación actual, su evolución o sus factores protectores. Hoy en día no tiene ideación suicida y se encuentra bien, con pequeños proyectos cotidianos e ilusión por eventos del futuro.

Recomendaciones

- Recordar que los pensamientos suicidas no son permanentes; pueden estar presentes o no dependiendo de la situación, el estado emocional y los apoyos.
- Evitar etiquetar de forma crónica a la persona; valorar su situación actual con objetividad y sin prejuicios.
- Tener en cuenta que un intento previo es un factor de riesgo importante, pero el riesgo mayor suele ser a corto plazo tras el intento, no necesariamente para siempre.
- Mantenerse alerta, pero también ofrecer un acompañamiento que refuerce su autonomía, dignidad y confianza en sus propios recursos.

CREENCIA ERRÓNEA 7	REALIDAD
“Únicamente los profesionales de la salud mental (psicología, psiquiatría) pueden prevenir el suicidio”	La evidencia muestra que todas las personas/profesionales pueden ser agentes de ayuda. Acercarse a la persona con actitud de escucha y con deseo real de ayudarlo es el primer paso de la prevención. Los vínculos valiosos suponen una verdadera relación de ayuda.

Ejemplo 7:

Una auxiliar de enfermería escucha a una persona decir: “No quiero seguir aquí, esto no tiene sentido para mí”. Ella piensa que solo el profesional de la psicología puede ayudarlo y no hace nada en ese momento. Sin embargo, simplemente escucharle con calma, validar su malestar, decirle que es importante para ella y avisar al equipo de referencia ya es un acto de prevención. Todos los profesionales pueden ayudar, sea cual sea su rol.

Recomendaciones

- Si una persona expresa ideas de muerte, hay que tomarse el tiempo necesario para escucharle, mantener la calma y no cambiar bruscamente de tema.
- Mostrarte disponible y no huir de la conversación ya es un acto preventivo
- Cualquier profesional, aunque no sea profesional de la psicología, puede estar atento a cambios en el estado de ánimo de las personas que viven en el centro, o frases de desesperanza y comunicarlo al resto del equipo para valorar juntos los siguientes pasos.

CREENCIA ERRÓNEA 8	REALIDAD
“Las personas mayores no se suicidan”	También hay personas mayores que mueren por suicidio. De hecho, las personas mayores es el grupo etario con tasas más elevadas de suicidio.

Ejemplo 8:

Luis, de 87 años, ha perdido a su esposa y dice: “Estoy cansado. Ya he vivido suficiente.”

Además, ha dejado de comer, no quiere tomar la medicación, evita hablar.

Nadie lo considera un intento de suicidio, pero en realidad lo es: está dejando morir su cuerpo poco a poco (y se considera suicidio pasivo).

Recomendaciones

- Observar cambios: dejar de comer, de hablar, de moverse.
- Hablar con el equipo técnico si se observan señales de aislamiento o desesperanza.
- Si se observa cierto malestar, darle un espacio para hablar sobre ello, permitir el desahogo emocional y si lo precisa, intervenir.

CREENCIA ERRÓNEA 9	REALIDAD
“Es normal que las personas mayores piensen en acabar con su vida porque la vejez es la peor etapa de la vida, y siempre va acompañada de dolor, sufrimiento y enfermedad”	No es normal que una persona mayor quiera morir por el hecho de envejecer; la vejez no es sinónimo de pérdida de sentido o de sufrimiento, también puede ser una etapa de sentido, vínculos y nuevas oportunidades. Puede ser una etapa de pérdidas, pero también de ganancias. La vejez no hace perder el propósito vital.

Ejemplo 6:

Jaime dice: “Mi vida ya no tiene sentido”. Y el profesional le responde: “Bueno, es normal sentirse así a tu edad...”

Recomendaciones

- No normalizar el sufrimiento por edad: Expresiones como “A su edad es normal” invisibilizan el malestar real y deshumanizan a las personas. Toda verbalización de deseo de morir debe tomarse en serio, independientemente de la edad que tenga la persona que la expresa.
- Validar, no minimizar: Si una persona mayor expresa que no quiere seguir viviendo, hay que evitar frases resignadas o paternalistas. En lugar de eso, crear un espacio seguro de escucha para explorar qué hay detrás de ese dolor.
- Informarse y ofrecer opciones: En los casos donde realmente exista un escenario irreversible o degenerativo de dolor y sufrimiento, informarse sobre los derechos y considerar derivar o hablar sobre entidades como la Asociación Derecho a Morir Dignamente, siempre desde el respeto a la voluntad y valores de la persona.

A modo de síntesis

El suicidio es la expresión extrema de un sufrimiento que desborda a la persona.

En general, las personas con pensamientos de suicidio no desean morir sino dejar de sufrir o de vivir en unas circunstancias insostenibles para ellas.

El suicidio se relaciona con las crisis existenciales, no con problemas mentales.

Cuando el dolor se percibe como intolerable, cuando se siente como mayor que las razones para vivir, no se puede escapar de él, o no va terminar, la persona puede pensar que no hay salida y que el suicidio es la única salida posible.

Por todo ello, es necesario comprender, acompañar y aliviar el dolor.

1.3. Particularidades de la conducta suicida en personas mayores.

Cada año, en todo el mundo, más de 720.000 personas mueren por suicidio, lo que lo convierte en la tercera causa de muerte externa a nivel global, según la OMS (2024). A nivel mundial, el suicidio en las personas mayores es un importante problema de salud pública. Diversos estudios señalan que las tasas de suicidio en personas mayores de 65 años son las más elevadas de todos los grupos de edad y aumentan progresivamente conforme se avanza en edad. De hecho, se estima que las personas en torno a los 70 años presentan un riesgo de suicidio aproximadamente 1,5 veces superior al de los grupos de edad media; este riesgo se duplica en los mayores de 75 años y puede llegar a ser entre 3-4 veces mayor en quienes superan los 80.

En España, el suicidio en personas mayores constituye una realidad mantenida en el tiempo. La evolución de las estadísticas oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE) muestra que, de forma consistente durante las dos últimas décadas, aproximadamente el 30 % de las personas que fallecen por suicidio tienen 65 o más años. Además, las tasas de suicidio aumentan progresivamente conforme avanza la edad, alcanzando sus valores más elevados en los grupos de mayor edad. Esta tendencia pone de manifiesto que las personas mayores constituyen un grupo de población prioritario en las estrategias específicas de detección, prevención e intervención dirigidas a este grupo de población.

Los datos de mortalidad reflejan la manifestación última y extrema de la conducta suicida, pero debemos saber que ésta solo es parte de un continuo que puede incluir pensamientos, deseos de muerte, planificación o intentos. Aunque no existe una progresión necesariamente lineal entre estas manifestaciones, la ideación suicida aparece con frecuencia como una de las expresiones más tempranas y detectables del espectro, lo que la convierte en un punto clave para la intervención preventiva.

En este sentido, la prevalencia de ideación suicida en personas mayores muestra una notable variabilidad según el contexto y el momento de la evaluación. En población general mayor, las estimaciones anuales suelen situarse en torno al 6-12%, cifras que superan las observadas en población adulta general. En muestras clínicas, especialmente en presencia de sintomatología depresiva o ansiosa, la prevalencia puede alcanzar el 25-40%. En el ámbito residencial, aunque la evidencia sigue siendo limitada, distintos estudios sitúan la prevalencia de ideación suicida aproximadamente entre el 15-20% (Beach et al., 2021). No obstante, tal y como señalan algunos autores, la ideación y las verbalizaciones suicidas pueden estar infradetectadas en estos contextos, ya que con frecuencia pasan desapercibidas o no son interpretadas como señales de alerta (O'Riley et al., 2014; Connors et al., 2025). En este sentido, un estudio reciente sugiere que la presencia de ideación podría ser mayor de lo que habitualmente

se identifica en la práctica clínica, encontrando que hasta un 46,8% reportó algún nivel de ideación suicida en la escala Paykel (Pinazo-Clapés et al., 2026).

Estas cifras deben interpretarse teniendo en cuenta que, aunque las personas mayores reportan ideación con menor frecuencia que otros grupos de edad, presentan mayores tasas de suicidio consumado y mayor letalidad en los intentos, lo que refleja una mayor gravedad de la conducta suicida en esta etapa de la vida (Connors et al., 2025). No obstante, la investigación sobre suicidio en entornos residenciales sigue siendo escasa, lo que pone de relieve la necesidad de seguir avanzando en su estudio y en el desarrollo de herramientas específicas para su prevención.

Por otro lado, el suicidio pasivo suele provocar otros problemas o complicaciones de salud que acaban siendo el motivo de muerte, por lo que se acaba enmascarando el verdadero motivo. Detrás de cada una de estas expresiones hay una persona doliente y sufriente que merece ser escuchada, comprendida y acompañada con sensibilidad y sin prejuicios.

Ahora bien, que una persona sea mayor no significa que sea normal que manifieste que quiere morir. No se puede dar por hecho que, al envejecer, lo lógico es desear la muerte. La conducta suicida es un fenómeno humano complejo y en ella influyen muchos factores: lo vivido, el estado emocional, la salud, las razones para vivir, los valores o las relaciones personales, entre otros, y no solo la edad. Por eso, no se debe normalizar en esta etapa de la vida; al contrario, es clave tener formación para poder detectarlo a tiempo y saber cómo ayudar y acompañar. Aunque las dificultades que aparecen con la edad pueden suponer un factor de riesgo, la prevención también es posible.

La vejez puede representar una etapa de mayor bienestar subjetivo en comparación con etapas anteriores, aunque puede ir acompañada de una mayor vulnerabilidad, especialmente a partir de los 80 años. En este contexto, las elevadas tasas de suicidio en la población mayor reflejan, probablemente, la intensificación de factores de riesgo que han estado presentes a lo largo del ciclo vital, pero que se vuelven más frecuentes o impactantes en esta etapa, como los problemas de salud física, la pérdida de autonomía, la pérdida del sentido vital, la reducción del rol social y el debilitamiento de los vínculos interpersonales.

Además, a las muertes por suicidio hay que sumar también los intentos y la ideación suicida, que no se registran ni aparecen en las estadísticas nacionales. Y aunque la ideación no siempre conduce a un intento de suicidio, sí es un factor de riesgo importante y supone un gran sufrimiento.

En cuanto a los intentos de suicidio, hay una diferencia importante en las personas mayores con respecto a otros grupos de edad: mientras que en jóvenes y adultos se estima que hay unos 200 intentos por cada muerte por suicidio, en personas mayores esa proporción baja a solo 4 (Connors et al., 2025). Esto se debe a que, aunque hay menos intentos, los métodos que usan son más letales,

sobre todo en el caso de los hombres. Es común que los varones mayores de 60 años que intentan un suicidio, fallezcan en el primer intento.

Por todo ello hay que destacar dos características de la muerte por suicidio en personas mayores: menos señales de aviso y mayor planificación del acto suicida (es decir, menor impulsividad). Igualmente, y tal y como se comentó previamente, el suicidio pasivo es más habitual o característico en las personas mayores que en otros grupos de edad. En estos casos, donde la persona abandona o rechaza las necesidades para sobrevivir, pueden darse las siguientes situaciones: rechaza alimentación, no toma la medicación, no quiere beber, rechaza atención de terceras personas e incluso no realiza controles médicos.

Tanto la ideación suicida pasiva como el suicidio pasivo son realidades silenciadas. La ideación pasiva no debe normalizarse como una simple verbalización “típica” del envejecimiento, porque asumirlo así es caer en un edadismo que invisibiliza su sufrimiento. Además, la conducta suicida pasiva necesita ser conocida y reconocida, ya que, si no se identifican como una forma de conducta suicida, no se podrán detectar ni prestar ayuda a tiempo.

CARACTERÍSTICAS CONDUCTA SUICIDA EN PERSONAS MAYORES

Métodos más letales

Menos señales de aviso

Mayor planificación

Mayor determinación

Mayor presencia de suicidio pasivo

En cuanto al sexo, tanto en la población general como en las personas mayores, los hombres presentan de forma consistente tasas de suicidio significativamente más elevadas que las mujeres. La evolución de las estadísticas oficiales del INE muestra que esta diferencia se ha mantenido de forma estable durante las últimas décadas y que, en las personas mayores, aproximadamente un 75% de muertes por suicidio corresponden a hombres. Esta tendencia se mantiene incluso en las edades más avanzadas, lo que pone de manifiesto la necesidad de comprender los factores específicos que incrementan la vulnerabilidad masculina en esta etapa de la vida.

Algunos hombres mayores han sido socializados en modelos de masculinidad que favorecen la autosuficiencia, la fortaleza y la contención emocional. Esto puede dificultar la expresión del malestar, la búsqueda de ayuda y la comunicación de pensamientos suicidas, aumentando el riesgo de que las situaciones de sufrimiento pasen desapercibidas (Connors et al., 2025; Starkey y Moore., 2025).

Estas diferencias pueden explicarse, en parte, por determinados roles de género tradicionales. Muchos hombres mayores han construido su identidad alrededor del trabajo, la autonomía o el papel de proveedor, por lo que acontecimientos como la jubilación, la pérdida de la pareja o la dependencia pueden vivirse con especial impacto. Además, suelen disponer de redes sociales más reducidas y presentar mayores dificultades para expresar el malestar o pedir ayuda. En el contexto residencial, donde existe una menor proporción de hombres, estas circunstancias pueden favorecer un mayor aislamiento social y aumentar su vulnerabilidad.

El suicidio en personas mayores, y en particular en el contexto residencial, no puede seguir siendo un tema invisible ni asumido como algo “esperable” por la edad. Detrás de cada cifra hay historias, biografías concretas, un dolor que a veces no se nombra, y señales que pueden pasar desapercibidas. Por eso, es clave visibilizar esta realidad, dejar atrás los mitos y contar con herramientas claras que nos ayuden a detectar a tiempo, acompañar con sensibilidad y actuar con responsabilidad. Solo así podremos ofrecer a las personas mayores el cuidado digno y humano que merecen.

1.4. Conducta suicida en personas con deterioro cognitivo y demencia.

La relación entre las demencias y la conducta suicida es compleja y no puede entenderse únicamente desde el deterioro cognitivo. Durante años se asumió que, a medida que avanzaba la enfermedad, el riesgo aumentaba de forma paralela. Sin embargo, la evidencia científica actual muestra una realidad diferente.

La revisión sistemática y metaanálisis de Mormont et al (2025) estima que aproximadamente una de cada diez personas con demencia puede experimentar ideación suicida, siendo este porcentaje incluso superior en algunas muestras de personas con deterioro cognitivo leve, oscilando entre el 5% y el 17,6%.

No obstante, el factor clave no parece ser el grado de deterioro cognitivo, sino la combinación entre conciencia de enfermedad y capacidad para anticipar el futuro. En las fases iniciales, muchas personas comprenden lo que está ocurriendo, mantienen una importante capacidad de reflexión y son capaces de anticipar las posibles pérdidas asociadas a la enfermedad: pérdida de autonomía, dependencia de otras personas, cambios en la identidad personal o temor a convertirse en una carga para la familia. Esta vivencia puede generar sufrimiento emocional intenso, desesperanza y una profunda sensación de amenaza sobre el propio proyecto vital.

Por este motivo, numerosos estudios han identificado una “ventana de espe-

cial vulnerabilidad” tras el diagnóstico. El riesgo de conducta suicida es significativamente más elevado durante los primeros meses, especialmente en los primeros 90 días, y permanece aumentado durante el primer año en comparación con etapas posteriores de la enfermedad. Entre los factores asociados a este mayor riesgo destacan la edad relativamente más joven, la presencia de síntomas depresivos, antecedentes de problemas de salud mental y determinados subtipos de demencia, como la demencia frontotemporal.

A medida que la enfermedad progresa, esta situación suele modificarse. Aunque el sufrimiento emocional puede seguir presente, la pérdida progresiva de determinadas funciones cognitivas, la disminución de la capacidad de planificación y la necesidad creciente de supervisión reducen la posibilidad de llevar a cabo conductas suicidas estructuradas. Por ello, el riesgo no aumenta de manera lineal con el deterioro, sino que tiende a concentrarse en aquellas fases en las que todavía existe suficiente conciencia de enfermedad y capacidad ejecutiva para anticipar el futuro y actuar en consecuencia.

Desde el momento del diagnóstico, y desde una perspectiva de AICP, es importante complementar la evaluación clínica con una comprensión de cómo cada persona está viviendo su diagnóstico, qué significado tiene para ella, cuáles son sus principales preocupaciones y qué apoyos necesita.

1.5. La prevención del suicidio como una labor comunitaria

En las personas mayores que viven en residencias, el vínculo con otras personas constituye uno de los principales elementos del día a día y de los factores de protección frente al sufrimiento psicológico y la conducta suicida. No se trata únicamente del vínculo terapéutico con el profesional de psicología, sino de una red más amplia de relaciones significativas que se construyen en lo cotidiano con los profesionales del centro (auxiliares, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, personal de limpieza, servicios y administración), otros residentes, familiares y la propia comunidad que rodea al centro.

El acompañamiento que protege no es solo técnico, sino relacional. La evidencia y la experiencia clínica coinciden en que sentirse visto, reconocido y tratado como alguien valioso, y no solo como “un residente” o “un caso”, puede marcar una diferencia. Un saludo con nombre propio, una conversación breve pero atenta, la continuidad en las figuras de referencia o la posibilidad de compartir espacios y actividades refuerzan la sensación de pertenencia y dignidad personal.

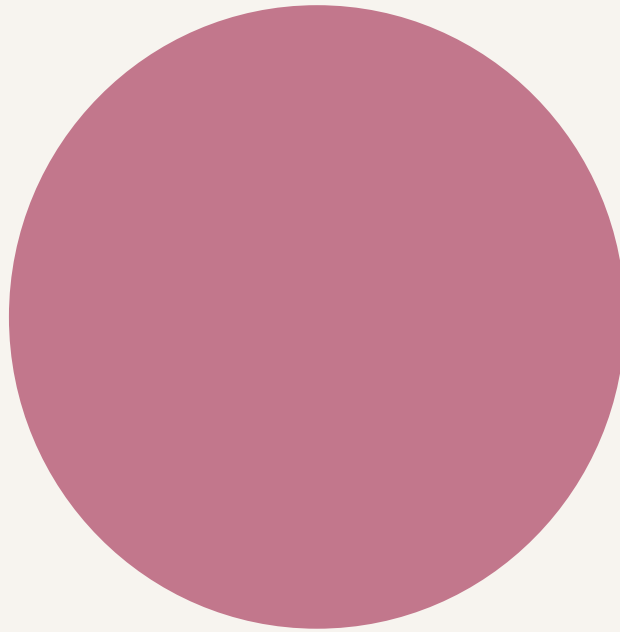
En el contexto residencial, donde muchas personas han experimentado pérdidas importantes (de salud, de roles, de hogar o de vínculos previos), el riesgo



no reside únicamente en el malestar individual, sino en el aislamiento emocional y la ruptura de los lazos. Por ello, la prevención del suicidio es una responsabilidad compartida del conjunto del equipo y del entorno comunitario.

Fomentar una cultura de cuidado basada en el vínculo implica promover relaciones estables, accesibles y no estigmatizantes; facilitar la participación de las personas mayores en la vida del centro; favorecer los vínculos entre residentes; y mantener abiertas las conexiones con el exterior (familia, barrio, asociaciones, actividades intergeneracionales). La comunidad, entendida como red de apoyo y de sentido, actúa como un amortiguador del sufrimiento y como un recordatorio de que la vida sigue teniendo valor, incluso en situaciones de fragilidad.

Prevenir también supone estar, mirar, escuchar y sostener. Y en ese gesto cotidiano, compartido por todas las personas que participan de una forma u otra en las residencias, se construye una de las formas más eficaces y humanas de sentido vital.



capítulo 2.

Factores

relacionados con la
conducta suicida

Introducción

El análisis de los factores de riesgo permite identificar situaciones que pueden pasar desapercibidas. Algunos de estos factores están relacionados con el estado de salud física y psicológica, así como el contexto social de la persona, mientras que otros tienen que ver con cambios recientes, pérdidas significativas o sentimientos persistentes de desesperanza.

Paralelamente, deben conocerse y tenerse en cuenta los factores protectores: valores personales, razones para vivir u otras condiciones personales, relacionales o contextuales que favorecen el bienestar emocional y pueden contribuir a que la persona afronte mejores situaciones de sufrimiento o crisis. Estos factores no eliminan el riesgo, pero sí pueden reducirlo o actuar como barrera frente a la conducta suicida en un momento dado.

2.1. Factores de riesgo

La presencia de enfermedades, el deterioro físico o cognitivo, la pérdida de autonomía o la falta de apoyo, pueden hacer a las personas mayores que viven en residencias especialmente vulnerables a problemas emocionales, como la desesperanza y la depresión, considerados factores de riesgo para la conducta suicida.

Sin embargo, la conducta suicida no responde únicamente a factores psicológicos; su origen es complejo y multifactorial, resultado de la acumulación e interacción de diversos elementos personales, que incluyen factores sociales, físicos/funcionales y contextuales. Además, los pensamientos de suicidio son muy dinámicos e interactivos, es decir, cambian mucho en función del momento, y pueden variar en función de la etapa del ciclo vital.

A continuación, en la siguiente tabla 2, se muestran, por categorías, los diferentes factores de riesgo que podemos encontrar.

Tabla 2. Factores de riesgo

Factores psicológ. y emocionales	Factores sociales	Factores de salud y funcionalidad	Entorno residencial	Otros factores
Depresión	Soledad	Dolor crónico y otros problemas de salud o enfermedades graves	Ingreso reciente	Antecedentes familiares de suicidio
Desesperanza y falta de propósito de vida (visión pesimista y catastrófica del futuro).	Falta de apoyo social		Cambios en el entorno	Historia de intentos previos de suicidio
Duelo complicado	Escasa participación	Pérdida de la autonomía	Percepción de trato impersonal	Cerrar temas pendientes
Ansiedad	Conflictos interpersonales	Deterioro cognitivo	No integración o no adaptación al centro	Acumular medicación
Expresión de ideación suicida directa o indirecta (“ojalá me durmiera y mañana no despertará”; “No me queda mucho tiempo”)	Pérdidas personas significativas o proceso de duelo	Problemas de sueño	Acceso a medios letales	Suceso desencadenante reciente
Inquietud o agitación creciente	Aislamiento social	Conductas “imprudentes” (uso de alcohol, drogas, etc.)		Dejar de comer o hidratarse
Preocupación anticipada de pérdidas futuras (por ejemplo, pérdidas físicas o cognitivas)	Sentimientos/percepción de carga	Trastornos mentales graves		Se niega a tomar la medicación
Estigma asociado a conductas de búsqueda de ayuda/apoyo psicológico	Bajos ingresos	Situaciones de dependencia física o cognitiva		Rechaza atención de terceras personas o incluso se niega a controles médicos o ingresos hospitalarios.
Traumas/abusos	Falta de actividades significativas	Barreras para obtener acceso a la atención de salud (por ejemplo, acceso a recursos sanitarios, médicos privados...)		Estado civil: soltería, viudez, separación, divorciado
Atrapamiento o percepción de estar bloqueado o sin posibilidad de escapar, impotente para poder cambiar aspectos de uno mismo.	Cuestiones de discriminación, como:	Factores genéticos y biológicos		
Trastorno o rasgos de personalidad	• Edadismo o autoedadismo: Creencias/percepciones negativas sobre el envejecimiento.			
	• Diversidad sexual (LGTBI).			
	• Migración.			

¿Cómo detectar señales de riesgo en el discurso?

En personas mayores que viven en residencias, no siempre la expresión del malestar emocional se manifiesta; a menudo, sus pensamientos o deseos relacionados con la muerte se observan en verbalizaciones indirectas, que encierran un profundo sufrimiento psicológico, algunos ejemplos de ello:

► Sentimiento de ser una carga / inutilidad.

Frases que reflejan una pérdida del sentido de utilidad, del valor propio y de la autoestima, muy frecuentes en personas con deterioro funcional o desconexión con el entorno.

“Me siento inútil, no valgo para nada.”

“Soy un estorbo.”

► Deseo de desaparecer sin sufrir (ideación pasiva).

Aunque no mencionan actos concretos, son frases que expresan el deseo de cesar la existencia. Esta ideación pasiva es especialmente frecuente en personas mayores y muestran un claro desgaste emocional o existencial. La resignación aparente no debe restarles valor clínico, y deben considerarse señales de alerta.

“Ojalá me fuera a dormir y ya no despertara.”

“Solo quiero dormir y descansar, quedarme quietecita y descansar.”

► Sensación de soledad o aislamiento.

Frases que reflejan una vivencia subjetiva de desconexión o pérdida de vínculos significativos.

“Cuando salgo con mi familia y tengo que regresar a la residencia, siento que ya se me ha acabado la felicidad y vuelvo a la cárcel.”

“Aquí nadie se acuerda de mí.”; “Mi familia está muy ocupada con el trabajo y los niños”

“Me siento solo/sola”

► Pérdida del sentido de la vida.

En personas mayores, la fe puede ser uno de los últimos pilares. Estas frases



representan el agotamiento del último recurso interno y puede ser una forma indirecta de expresar desesperanza o ideación suicida sin nombrarla directamente.

“Cada día es igual, mi vida no tiene sentido alguno ya.”

“Me siento vacío/vacía.”

“No tengo motivos para levantarme por la mañana.”

“Ya he vivido lo que tenía que vivir.”

► **Desesperanza y visión catastrófica del futuro.**

La desesperanza es uno de los factores más fuertes en la predicción del riesgo suicida. Estas frases indican que la persona no visualiza ninguna mejora posible, lo que puede llevar a renunciar a buscar ayuda o pedirla.

“Las cosas no van a mejorar, ¿qué voy a esperar del futuro?”

“El futuro lo veo negro.”

► **Ideación activa o pensamientos de muerte más explícitos.**

Estas expresiones ya evidencian una ideación activa y/o planificación, aunque se expresen de forma “espontánea” o con tono resignado.

“No me importaría que me pasara algo.”

“El carro de pastillas del comedor lo cogía y me las tomaba todas.”

“Si pudiera tirarme por la ventana lo haría, pero todas las ventanas están con rejas.”

A veces lo que se observa (la ‘punta del iceberg’) son las manifestaciones visibles. Sin embargo, debajo de la superficie hay un conjunto profundo de factores emocionales, sociales y existenciales que deben ser atendidos y comprendidos (ver figura 1).

2.2. Señales de alerta

La identificación de señales de alerta puede ayudar a los profesionales de las residencias a detectar cambios significativos en el bienestar, la conducta o el estado emocional de las personas. Estas señales, que a menudo pueden pasar

desapercibidas, permiten reconocer indicios que pueden requerir más atención o un mayor acompañamiento.

Sin embargo, estas señales no siempre predicen la conducta suicida y no deben entenderse como determinantes. La evidencia reciente, incluida la guía National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2022), recuerda que muchas personas que se suicidan habían sido clasificadas previamente como de “bajo riesgo”, lo que subraya la necesidad de evitar interpretaciones basadas únicamente en indicadores aislados. Por ello, en este manual entendemos las señales de alerta como aspectos que hay que atender. Además, estas señales deben interpretarse teniendo en cuenta que, en muchas personas mayores, la expresión del sufrimiento puede ser indirecta o no verbal.

A continuación, en la Tabla 3 se presentan algunas de las principales señales de alerta organizadas por categorías. Esta clasificación tiene únicamente una finalidad práctica para facilitar su identificación por parte de los profesionales y no implica que unas señales sean más importantes o predictivas que otras. La presencia de cualquiera de ellas debe valorarse siempre en el contexto de la persona, su historia y la evolución reciente de la situación.

Tabla 3. Señales de alerta clasificadas por categorías.

SEÑALES EMOCIONALES Y COGNITIVAS
Apatía
Falta de energía
Manifiesta preocupación por pérdidas futuras
Tristeza
Reporta desesperanza
Anhedonia (dificultad para sentir placer)
Depresión
Reporta sentimiento de soledad.
Preocupaciones desmedidas.
SEÑALES VERBALES
Ideación suicida pasiva
Ideación suicida activa
Verbaliza ser una carga
Verbaliza tener un plan suicida claro y pensado

SEÑALES DE ALERTA INMINENTE

- Verbaliza un plan suicida claro
- Cuenta con los medios preferentes (preferidos o elegidos)

SEÑALES CONDUCTUALES Y OBSERVABLES

- Baja participación en actividades
- Aislamiento
- Reporta deseo de cerrar temas pendientes
- Deja de comer o de tomar su medicación
- Aumento/Disminución de apetito
- Cambios en las rutinas del sueño
- Llanto
- Realiza conductas de despedida (regala objetos, despedirse...)
- Cerrar temas pendientes (testamento, ultimas voluntades...)

SEÑALES CLÍNICAS Y ANTECEDENTES

- Historial de tentativas
- Fecha de último intento:
- Enfermedades crónicas
- Trastornos mentales
- Consumo de sustancias/alcohol

SEÑALES CONTEXTUALES Y SOCIALES

- Aislamiento frecuente
- Falta de apoyo social
- Suicidio de un familiar o persona cercana
- Sucesos vitales relevantes recientes o posibles desencadenantes
- Coincidencia de múltiples factores de riesgo

2.3. Factores de protección

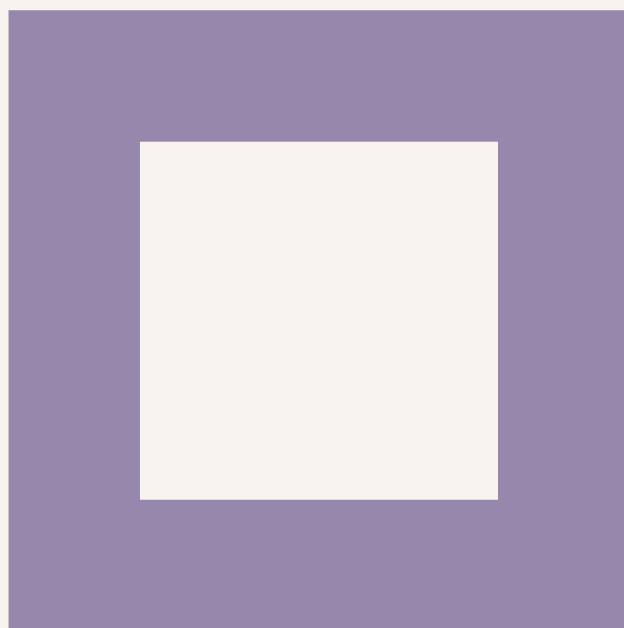
No todas las personas mayores que presenten factores de riesgo tienen idea-ción suicida. La diferencia está en que existan factores de protección, que pue-den frenar la escalada del malestar y favorecer respuestas más adaptativas.

Los factores de protección actúan como barreras psicológicas y sociales frente al deseo de morir. Estos factores son especialmente relevantes en el entorno residencial, donde muchas veces los elementos protectores naturales (como la vida en familia, la participación comunitaria o la autonomía personal) pueden verse reducidos.

Los factores de protección que más se han encontrado en investigaciones realizadas con personas mayores incluyen el sentido de vida, el apoyo social, la religiosidad o espiritualidad, el afrontamiento activo y la resiliencia. Todos ellos ayudan a dar significado a la vida, tolerar el sufrimiento y afrontar las dificulta-des cotidianas con mayor fortaleza emocional.

En residencias, trabajar de manera activa para el desarrollo de estas varia-bles es clave. No se trata sólo de evitar los riesgos, sino de aumentar todo aque-llo que puede proteger del sufrimiento psicológico y la ideación suicida.

Factores personales	Factores relacionales	Factores espirituales / culturales
Sentido de vida y propósito	Apoyo social percibido	Espiritualidad o religiosidad
Alta autoestima y autocon-fianza	Relaciones familiares posi-tivas	Creencias protectoras sobre el suicidio
Resiliencia psicológica	Pertenencia a grupos	Participación en actividades con significado
Autonomía personal	Conexión emocional con otras personas	Prácticas de introspección o meditación
Habilidades de afrontamien-to activo	Vínculos intergeneracionales	Sentido de trascendencia
Plan de Seguridad	Solicitar ayuda	
Optimismo y esperanza	Habilidades comunicativas	



capítulo 3.

Prevención

de la conducta suicida (I).
Actuación según niveles
de prioridad



La actuación ante la conducta suicida en residencias requiere una respuesta sensible y proporcionada, basada en las necesidades reales de la persona y no en categorías rígidas de riesgo. Siguiendo las recomendaciones de la guía NICE (2022) y la evidencia reciente, este manual evita emplear los niveles de riesgo como herramienta predictiva y propone, en su lugar, un sistema de niveles de prioridad, pensado como un marco organizativo para orientar la intervención, el seguimiento y la coordinación del equipo.

Un elemento esencial en la intervención es identificar desde el inicio las barreras que pueden dificultar que la persona pida ayuda: vergüenza, miedo a molestar, deterioro sensorial o creencias relacionadas con la vejez. Reconocer estas barreras permite anticiparse a ellas y ofrecer un acompañamiento más ajustado, incluso cuando la persona no expresa abiertamente lo que necesita.

En este sentido, la priorización se convierte en una herramienta útil para modular la intensidad y la inmediatez del apoyo, garantizando que todas las personas que muestran señales de sufrimiento reciban atención, tanto ante indicios leves como ante situaciones que requieren una respuesta más urgente. Este modelo no sustituye el juicio profesional ni la valoración individualizada, y se articula con otras herramientas clave: el PPP y el Plan de Seguridad (ver capítulo 4), que promueven un trabajo colaborativo y centrado en la historia de vida, los valores y las razones para vivir de cada persona.



Introducción

Este capítulo ofrece un marco estructurado para actuar en función del nivel de prioridad identificado, desde los primeros indicios de malestar hasta situaciones de riesgo inminente, que se abordará de forma más específica en el capítulo 5.

El abordaje de la conducta suicida no se limita a actuaciones clínicas ni es responsabilidad única del profesional de psicología. Todos los profesionales del centro son agentes de ayuda y tienen posibilidad de prevenir y abordar de forma adecuada las situaciones de riesgo, con la información necesaria. Además, también es una oportunidad para fortalecer el vínculo humano y restaurar el sentimiento de pertenencia de la persona.

Este capítulo se desarrolla en dos bloques:

- Protocolo de prevención según nivel de prioridad
- Cómo acompañar a persona que reporta ideas de muerte

Recuerda que...

Uno de los mitos en torno al suicidio es pensar que únicamente los profesionales de la salud mental pueden prevenir el suicidio. La evidencia científica subraya que poner atención en las señales de alerta y acercarse a la persona con actitud de escucha y con deseo real de ayudarle es el primer paso en la prevención.

3.1. Protocolo de prevención según el nivel de prioridad

La detección temprana del riesgo de conducta suicida es un paso clave en su prevención dentro del entorno residencial. A menudo, este riesgo no aparece de forma repentina, sino que se manifiesta en pequeños cambios en el comportamiento, el estado de ánimo o el discurso de la persona mayor.



Ejemplo:

“Federico tiene 78 años y vive en la residencia desde hace cinco años, cuando tuvo el ictus. Últimamente se siente una carga y apenas puede hacer cosas solo. Se muestra bastante decaído, poco hablador y cada vez colabora menos en las rutinas de aseo o las actividades del centro. Se le nota triste la mayor parte del tiempo y cada vez le cuesta más levantarse por las mañanas. Dice que se siente una carga para su familia y verbaliza que estarían mejor sin él; que ya está cansado de la vida y que, si desaparece, tampoco pasaría nada: unas lágrimas de la familia unos días y ya está.”

Este tipo de verbalizaciones son señales de alerta. Cualquier profesional que detecte alguna de las señales de alerta mencionadas en el capítulo 2, o se encuentre con una persona que verbalice ideas de muerte, deberá seguir 4 pasos: validar, trasladar, valorar y activar plan de actuación.

PASO 1: VALIDAR

Atender y acompañar verbalmente a la persona con las técnicas y herramientas que se mencionan en el [epígrafe 3.3.](#) de este capítulo.

PASO 2: TRASLADAR

Contactar con el profesional de la psicología en cuanto sea posible (si se encuentra en el centro), para que conozca lo que está ocurriendo, o bien, al profesional de enfermería o responsable del centro en el turno, para que active el protocolo de prevención (PPP) (en el caso de ser una residencia y que ocurra en el turno de noche y no haya responsable de centro en ese momento, se activará a la mañana siguiente).

En ausencia del profesional de la psicología, la prioridad de actuación debe ser valorada por el profesional responsable del centro, sin embargo, la evaluación clínica es competencia exclusiva del profesional de la psicología.

El profesional de la psicología o el responsable del centro en dicho turno pasará a ser desde ese momento el profesional referente del protocolo de prevención, con dos funciones principales: valorar y activar plan de actuación (descritas en paso 3 y 4):

PASO 3. VALORAR

El profesional referente deberá entrevistarse con la persona mayor para valorar el nivel de prioridad de la situación, utilizando como guía la escala de screening Paykel, compuesta por cinco ítems dicotómicos (sí/no), y explorando



de forma complementaria la posible presencia de otros factores de riesgo (ver tabla de señales de alerta en el [epígrafe 2.2](#) del capítulo 2).

La Paykel constituye una herramienta de detección o cribado, por lo que no sustituye la evaluación clínica. En caso de que durante la entrevista la persona verbalice algún tipo de ideación suicida o se obtenga respuesta afirmativa en alguno de los ítems, la información deberá trasladarse al profesional de psicología para su valoración posterior mediante una entrevista clínica ampliada (véase un ejemplo de entrevista en el [documento complementario 6.1](#) del capítulo 6). Esta exploración permitirá comprender con mayor profundidad el significado del malestar, la función de los pensamientos de muerte y establecer el plan de intervención adecuado.

La escala Paykel debe aplicarse en formato de entrevista, tal y como se presenta a continuación. Aunque los ítems mantienen su carácter dicotómico, se formulan de manera conversacional para favorecer un clima de confianza y escucha activa. Asimismo, se incluyen posibles verbalizaciones que permiten al profesional recoger y validar el malestar de la persona antes de continuar con la siguiente pregunta.

Esta metodología facilita detectar con mayor realismo el nivel de prioridad y, por tanto, orientar la urgencia de las actuaciones preventivas que deben desplegarse. Además, la información puede y debe completarse con aportaciones de otros profesionales de atención directa que conozcan aspectos relevantes, como cambios recientes en el estado emocional o el posible acceso a medios letales.

El profesional referente debe registrar esta información por escrito para trasladarla al equipo interdisciplinar.

ENTREVISTA ESCALA PAYKEL

Esta breve entrevista tiene como objetivo comprender cómo se encuentra la persona y detectar si necesita apoyo adicional. Es importante no evitar las preguntas claras y directas: hablar abiertamente del malestar o de pensamientos de muerte no incrementa el riesgo sino que facilita un espacio seguro donde la persona puede sentirse escuchada y acompañada. Escuchar con calma, respeto y sin juzgar constituye ya una forma relevante de ayuda.

Inicio de la entrevista

ENTREVISTADOR: “Me gustaría hablar contigo porque he percibido -o me han comentado mis compañeras- que estás pasando por un momento difícil. Me gustaría saber cómo te encuentras y ver si puedo ayudarte en algo. Si te parece bien, podemos hablar con calma en tu habitación o en el despacho, donde estemos más tranquilos.”



Una vez en un espacio adecuado y sin interrupciones, para facilitar el inicio de la conversación se puede formular alguna pregunta abierta, como:

ENTREVISTADOR: “¿Cómo te encuentras?” o “¿Cómo te estás sintiendo últimamente?”

A continuación:

ENTREVISTADOR: “Para poder ayudarte mejor, voy a hacerte algunas preguntas más concretas. Si en algún momento no te apetece responder, puedes decírmelo sin ningún problema. ¿Te parece bien?”

Indicaciones generales:

- Ante una respuesta afirmativa, validar brevemente sin profundizar en este momento. Lo prioritario es que la persona se sienta escuchada y acompañada.
- La exploración clínica ampliada será realizada posteriormente por el profesional de psicología.
- Ante una respuesta negativa, validar también la experiencia y adaptar el cierre a la situación, informando de la derivación al profesional de psicología.

Ítems de la escala PAYKEL:

PAYKEL 1. En las últimas semanas, ¿ha habido momentos en los que hayas sentido que la vida no merece la pena o que ya no tiene sentido seguir adelante?

Si responde SÍ: “Entiendo... Cuando una persona llega a sentirse así suele ser porque está atravesando un momento especialmente difícil.”

PAYKEL 2. A veces, cuando el cansancio emocional es grande, pueden aparecer pensamientos como desear no despertarse o que todo termine sin tener que hacer nada. ¿Te ha ocurrido algo parecido?

Si responde SÍ: “Gracias por compartirlo conmigo. Esto me ayuda a comprender mejor cómo te estás sintiendo. Cuando el malestar es muy intenso, pueden aparecer pensamientos así, y entiendo que no debe de estar siendo fácil para ti.”



PAYKEL 3. En algún momento, ¿has llegado a pensar en hacerse daño o en quitarse la vida, aunque no tuvieras intención de hacerlo?”

Si responde Sí: “Es importante que podamos hablar de esto y te agradezco que lo compartas conmigo. Voy a hacerte una pregunta un poco más concreta.”

PAYKEL 4. Cuando han aparecido esos pensamientos, ¿has llegado a imaginar o pensar cómo podría hacerlo?

Si responde Sí: Explorar las siguientes cuestiones (no puntuables):

- ¿Existe un medio preferente?
- ¿Hay acceso a ese medio?
- ¿Existe acceso a otros medios potencialmente letales?

Si informa de acceso a medios: “Dado lo que me estás contando, es importante que contemos con algunos apoyos para asegurarnos de que estés bien. No vamos a dejarte solo/sola en esto. Voy a informar al equipo y a la psicóloga del centro para que podamos acompañarte de la mejor manera posible. Te iré explicando cada paso y lo haremos contigo.”

PAYKEL 5. ¿En algún momento de tu vida has intentado quitarte la vida?

Si responde Sí: ¿Fue reciente (p.ej., en el último año)?

Validación: “Lamento mucho todo lo que estás pasando y te agradezco que lo hayas compartido conmigo. Vamos a hacer todo lo posible para ayudarte y aliviar, al menos en parte, este sufrimiento. No estás solo/a. El primer paso será trasladar esta información a la psicóloga del centro y reunirnos como equipo para valorar con qué apoyos podemos contar y comprometernos con tu seguridad cuanto antes.”

Si SÓLO puntúa en ítem 1 y 2	Si ADEMÁS puntúa en ítem 3	Si ADEMÁS puntúa en ítem 4
NIVEL DE PRIORIDAD BAJO	NIVEL DE PRIORIDAD MEDIO/ ALTO	NIVEL DE PRIORIDAD MUY ALTO

El ítem 5 ayuda a explorar si ha habido intentos previos, hecho que se considera un factor de prioridad elevado ya que es más probable que pueda volver a cometer el acto suicida. Si el intento, además, ha sido reciente el nivel de prioridad será mayor, por lo que este ítem se valorará de forma complementaria al resto.



PASO 4: Activar plan de actuación

Con todo ello, se establecerá un nivel de prioridad. Una vez explorado el nivel de prioridad, el profesional referente iniciará el siguiente plan de actuación:

A continuación, se recogen de manera estructurada las acciones para cada uno de los niveles de prioridad (baja, media/alta, muy alta o inminente). El profesional referente será el responsable de llevar a cabo las actuaciones inmediatas y trasladar el seguimiento del plan hasta que el equipo interdisciplinar asuma el caso.

PRIORIDAD BAJA

Hay ideación pasiva pero no hay ideación activa, ni planificación, ni intentos previos, ni otros factores de riesgo relevantes en el momento de la evaluación.

PLAN DE ACTUACIÓN mediado por profesional referente:

- Registrar en el libro de incidencias o circular interna y en el programa Resi-plus, asegurando además su comunicación verbal al equipo, especialmente durante el cambio de turno o en las reuniones de coordinación.

*Nota

La comunicación deberá incluir, de forma breve y clara, qué ha ocurrido, qué actuaciones se han realizado y qué seguimiento o medidas quedan pendientes.

- Se trasladará el caso a reunión interdisciplinar y se realizará seguimiento de este de forma quincenal.
- En caso de que el profesional de la psicología sea el profesional referente valorará las medidas adicionales que estime oportunas si existe la posibilidad para realizarlas con profesional.

Aunque muchas personas que acaban suicidándose habían sido clasificadas previamente como de “riesgo bajo” (lo que se conoce como la paradoja del bajo riesgo), en el contexto residencial es necesario ser especialmente cautelosos. La ideación suicida pasiva está muy presente en estos entornos, pero no es posible asumir que todas las personas que la presentan requieren una supervisión intensiva. Sería inviable y podría afectar a la calidad de vida de las personas. Por eso, más allá de las etiquetas de nivel de riesgo, es fundamental realizar un seguimiento individualizado, con revisiones periódicas quincenales (al menos seis meses, coincidiendo con su Valoración Geriátrica Integral (VGI)), que permita ajustar la prioridad de actuación en función de la evolución real de cada persona.

Además de ideación pasiva, hay presencia de ideación activa, sospecha de planificación y/o intentos previos, además de la posible presencia de otros factores de riesgo.

PLAN DE ACTUACIÓN INMEDIATO mediado por profesional referente:

- Valorar posible acceso a medios letales generales: Retirar o limitar de forma inmediata cualquier objeto, sustancia o condición ambiental que pueda ser utilizada por la persona para autolesionarse o intentar quitarse la vida ([ver documento complementario 3.1](#)).

La retirada debe hacerse siempre desde un enfoque de atención centrada en la persona, con sensibilidad, respeto y sin dramatismo. Es importante explicar a la persona que no se trata de una medida punitiva ni de desconfianza, sino de una forma de proteger su bienestar en un momento de vulnerabilidad.

Siempre que sea posible, se recomienda pedir permiso o informar de forma clara y calmada, evitando registros invasivos o mecánicos. La clave está en transmitir cuidado, no control

- Registrar en el libro de incidencias o circular interna y en el programa Resi-plus, asegurando además su comunicación verbal al equipo, especialmente durante el cambio de turno o en las reuniones de coordinación.

*Nota

La comunicación deberá incluir, de forma breve y clara, qué ha ocurrido, qué actuaciones se han realizado y qué seguimiento o medidas quedan pendientes.

- Reportar a equipo interdisciplinar y profesional de la psicología.
- Supervisión y observación activa y registro continuo (2 registros por día, uno en cada turno mañana/tarde-noche) ([ver documento complementario 3.2](#)). Lo cumplimentará el profesional auxiliar de cuidados designado por el profesional referente (uno por turno, según planilla).
- Motivar a la participación en actividades de interés (siempre que la persona quiera) y reforzar su rol dentro del centro.



PLAN DE ACTUACIÓN EN DIFERIDO mediado por **equipo interdisciplinar**:

- Activación del Plan de Protección Personalizado (PPP) y elaboración del Plan de Seguridad (PS), ambos se encuentran desarrollados en el siguiente capítulo 4.

El PPP recoge de forma estructurada la información relevante sobre la persona, sus factores de riesgo y las medidas de intervención acordadas por el equipo interdisciplinar.

El PS es elaborado junto a la persona atendida, se centra en la identificación de señales de alerta, apoyos significativos y estrategias personales para afrontar momentos de crisis.

- Sesiones psicológicas individuales periódicas (mínimo quincenal; información complementaria en el capítulo 6).
- El profesional de la psicología cumplimentará un registro semanal de evolución ([ver documento complementario 3.3](#)).
- Si existe seguimiento con salud mental, informar a su profesional de referencia para solicitar interconsulta. En caso de que no conste seguimiento, valorar iniciarlo en caso de que no pueda mantenerse desde el propio equipo de la residencia, priorizando siempre el vínculo, la continuidad y el trato desarrollado desde el propio centro.

PRIORIDAD MUY ALTA

Hay ideación activa clara, con planificación concreta y acceso al método elegido, posible preparación del entorno o despedidas, e historia de intentos previos.

La persona expresa intención de llevarlo a cabo en breve (horas o días), pero todavía no se encuentra en ejecución directa en este momento.

PLAN DE ACTUACIÓN INMEDIATO

- Asegurar que la persona no tenga acceso a su medio letal preferente.
- Control de acceso a otros posibles medios letales: Retirar o limitar de forma inmediata cualquier objeto, sustancia o condición ambiental que pueda ser utilizado por la persona para autolesionarse o intentar quitarse la vida ([ver documento complementario 3.1](#)).



- Supervisión y observación muy frecuente (al menos 1 vez por hora) ([ver documento complementario 3.2](#))
- Evitar que la persona esté sola.
- Registrar en el libro de incidencias o circular interna y en el programa Resi-plus, asegurando además su comunicación verbal al equipo, especialmente durante el cambio de turno o en las reuniones de coordinación.

***Nota**

La comunicación deberá incluir, de forma breve y clara, qué ha ocurrido, qué actuaciones se han realizado y qué seguimiento o medidas quedan pendientes.

- Reportar a equipo interdisciplinar y profesional de la psicología para activación del PPP y elaboración junto con la persona del PS (Capítulo 4) con máxima prioridad.

OTRAS MEDIDAS:

- Sesiones psicológicas individuales con la mayor frecuencia posible (mínimo una vez a la semana) hasta bajar de nivel de prioridad) (ver Capítulo 6).
- El profesional de la psicología cumplimentará un registro semanal de evolución al menos dos veces por semana ([ver documento complementario 3.3](#)).
- Motivar a participación en actividades de interés para la persona (siempre que la persona quiera) y reforzar su rol dentro del centro.
- Si existe seguimiento con salud mental, informar a su profesional de referencia para solicitar interconsulta. En caso de que no conste seguimiento, valorar iniciarlo en caso de que no pueda mantenerse desde el propio equipo de la residencia, priorizando siempre el vínculo, la continuidad y el trato desarrollado desde el propio centro.
- El profesional de la psicología traslada la información a la familia siguiendo las indicaciones del [epígrafe 3.4 de este capítulo](#).

Pese a ello, al igual que en el nivel anterior, es recomendable mantener a la persona en seguimiento con PPP y Plan de Seguridad en equipo interdisciplinar al menos 6 meses, antes de decidir el cambio de nivel de prioridad, con especial atención las siguientes semanas posteriores al cambio (cambios de comportamiento, rutinas y estado emocional...), con observación periódica y espacios de escucha accesibles.

¡Importante!

Esta clasificación no debe sustituir la mirada clínica, relacional y contextual, ésta propuesta de clasificación es tan sólo una herramienta para orientar la respuesta y guiar al profesional, no para etiquetar ni “predecir”.

¿Cuándo considerar que una persona baja de nivel de prioridad?

La transición de un nivel de prioridad media/alta o muy alta a prioridad más baja debe basarse en una evaluación clínica por el profesional de la psicología basada en la evolución del estado emocional, conductual y cognitivo de la persona. Se considerará que el riesgo ha disminuido cuando:

- La ideación activa ha desaparecido completamente, no hay indicios de planificación.
- La persona verbaliza un mayor deseo de vivir, y se observa una implicación y/o participación más activa en su entorno. Se observan razones para vivir y mayor propósito vital.
- Se detecta mejora en su estado emocional (menor desesperanza, apatía o angustia).
- Colabora en el PS y se muestra receptiva a la ayuda, con mayor conexión con figuras o actividades significativas.
- No se han producido nuevas verbalizaciones de alerta ni conductas de riesgo durante el seguimiento intensivo.

En conclusión, se evidencia una reducción importante de los factores de riesgo ([ver epígrafe 2.1 del capítulo 2](#)).

En estos casos, el profesional de la psicología, junto con el equipo interdisciplinar, podrá determinar el cambio del nivel de prioridad y ajustarlo a un nivel más bajo.

Pese a ello, es recomendable mantener un seguimiento de la persona con PPP y PS en equipo interdisciplinar al menos 6 meses, antes de decidir el cambio de nivel de prioridad, con especial atención las siguientes semanas posteriores al cambio (cambios de comportamiento, rutinas y estado emocional...).

*Nota

COMUNICACIÓN A LA FAMILIA:

En el caso de que sea una persona usuaria de centro de día o de residencia pero que salga de la misma por festividad o periodos vacacionales y esté en un nivel de prioridad muy alta, el profesional de psicología trasladará a la familia siguiendo las indicaciones del [epígrafe 3.4 de este capítulo](#).

RIESGO INMINENTE

Se considera riesgo suicida inminente aquella situación en la que la persona se encuentra ejecutando activamente un acto suicida o bien está a punto de hacerlo, habiendo preparado ya los medios necesarios (p.ej.: acceso a objetos cortantes, como unas tijeras, intento de precipitarse por el balcón, etc.).

Este nivel implica que la intencionalidad suicida es firme y el riesgo de que el acto se consume es muy alto, por lo que requiere una intervención urgente de máxima prioridad, sin demora, en condiciones de seguridad, acompañamiento emocional y activación del protocolo correspondiente.

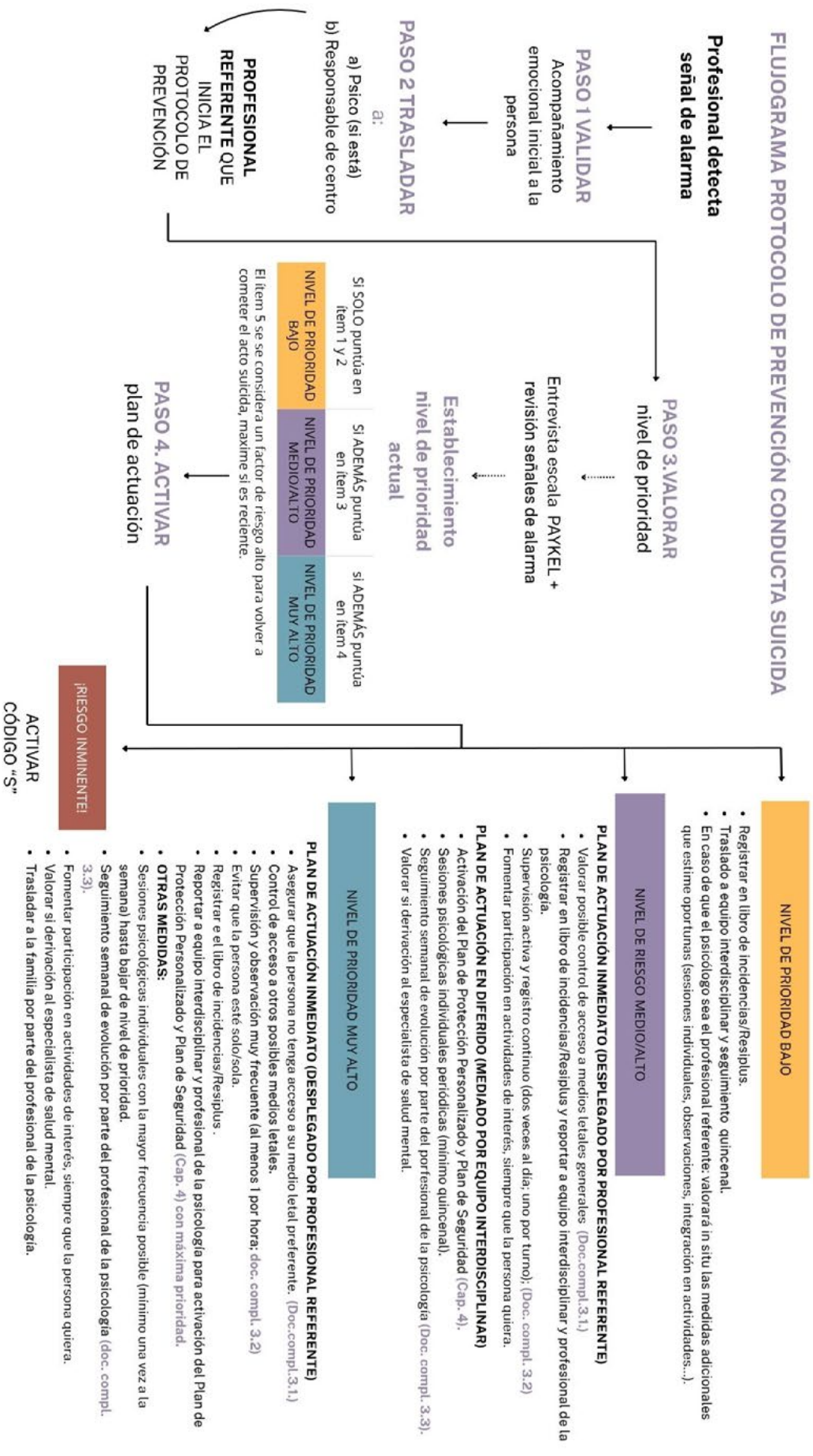
Es fundamental no colocar la etiqueta de “persona en riesgo suicida” tras una tentativa o episodio previo. Haber vivido una crisis no implica mantener un riesgo y por tanto una prioridad alta de forma indefinida. De hecho, muchas personas logran superar ese momento con apoyo adecuado.

Por eso, cada evaluación debe partir de la situación de ese momento concreto: de su contexto, estado emocional, evolución, apoyos y sentido de vida.

Convertir una tentativa pasada en una etiqueta clínica sólo contribuye a reforzar el estigma, resta autonomía de la persona y condicionar las intervenciones futuras.

PLAN DE ACTUACIÓN INMEDIATO

En caso de detectar escenario de riesgo inminente, activación CÓDIGO S y seguir los pasos desarrollados en el capítulo 5.



3.2. Flujoograma de actuación

¡Importante!

La conducta suicida se puede prevenir, pero no se puede predecir.

Igual que ocurre con los accidentes de tráfico, se pueden desplegar recursos, protocolos y campañas para reducir el riesgo, pero no se puede saber con certeza cuándo ni cómo se va a producir.

Si se ha actuado con responsabilidad, sensibilidad y coordinación, se ha hecho una actuación ética, aunque el desenlace no haya podido evitarse.

No predecir no es fallar.

3.3. Cómo acompañar a una persona que reporta ideas de muerte

A continuación, se muestran unas recomendaciones prácticas sobre cómo comunicarse, actuar y acompañar a la persona mayor cuando se detectan señales de ideación suicida. Estas recomendaciones están orientadas a ofrecer una intervención humana, respetuosa y eficaz, evitando errores comunes que pueden generar mayor sufrimiento. El objetivo no es resolver el problema de inmediato, sino ofrecer acompañamiento emocional, validar el malestar y activar los recursos adecuados. A continuación, se resumen actitudes y recomendaciones, y otras que deben evitarse en el contexto residencial.

Qué no hacer

Evitar	Porque...
Ignorar la situación	La persona está verbalizando su malestar, hay que darle la importancia que corresponde. No intervenir puede aumentar su riesgo.
Decir que “todo está bien”	No es creíble ni ayuda. Puede sentir incompreensión. Si la persona está en una situación difícil y está buscando una solución desesperada, no está bien.
Evitar actitud pesimista	Buscar un equilibrio entre “echarnos a llorar con la persona” y animarle como “si no pasara nada”. Hay que mostrar una respuesta empática y acorde a la situación, dando valor a lo que está sintiendo.



Evitar	Porque...
Animar sin escuchar ("¡Venga, ánimo!")	Minimizar el malestar. No reconocer el sufrimiento.
Jurar secreto	No se puede prometer confidencialidad si está en riesgo. Informar con tacto: "Entiendo lo mal que tienes que estar sintiéndote y que me pidas esto, sin embargo, como estoy muy preocupada/preocupado por ti y quiero ayudarte, no puedo prometerte esto, porque no te estaría ayudando".
Retar ("¿A que no te atreves?")	Puede ser extremadamente peligroso. Toda verbalización debe tomarse en serio.
Ofrecer soluciones rápidas	La persona necesita ser escuchada más que "arreglada". Evitar imponer/proponer ideas ("lo que debes hacer es...").
Dar falsas garantías	Nosotros no podemos saber qué pasará en el futuro, pero sí podemos verbalizar que estamos aquí para ayudarlo.

Qué hacer

Recomendaciones	Ideas clave
Escucha activa y sin juzgar	Prestar atención real a lo que la persona dice, sin interrumpir ni emitir juicios.
Validar el malestar	Frases como: "Entiendo que te sientas así", "Gracias por contármelo, no estás solo/sola". Mostrar apertura e interés de verdad.
Mostrar calma y empatía	Mantener un tono sereno, corporalidad tranquila, sin minimizar ni exagerar. Tratar a la persona con cariño y respeto.
Iniciar conversación en un espacio tranquilo	Buscar un lugar seguro y sin interrupciones. Evitar los espacios comunes y tener estas conversaciones en su habitación o un lugar tranquilo, sin nadie más. Perder el miedo a escuchar y a qué decir.
Hacer preguntas abiertas	"¿Desde cuándo te sientas así?", "¿Qué te ha hecho sentir tan mal últimamente?"
Ofrecer disponibilidad	"Estoy aquí para ayudarte. Vamos a buscar una forma de que te sientas mejor".
Informar de que se va a pedir ayuda	"Voy a hablar con el equipo para que podamos ayudarte mejor."
Implicar a personas clave	Informar o involucrar (si procede) a personas significativas para la persona.



Frases validadoras y respuestas recomendadas ante verbalizaciones de ideación suicida

En primer lugar, hay que reconocer que es una conversación difícil, por lo que es posible sentir nervios y eso está bien, es normal.

Cuando la persona dice	Frases validadoras y respuestas recomendadas
“Ya no quiero vivir”	“Siento que te estés sintiendo así. Gracias por decírmelo. Estoy aquí para escucharte.” “Debe de ser muy difícil sentirte de esa manera. No estás solo/a.”
“No sirvo para nada” / “Soy una carga”	“¿Te gustaría contarme por qué tienes esa sensación?” “Tener días malos no significa que no importes. Lo que sientes cuenta, y estamos aquí para ti.”
“No me importaría que me pasara algo”	“¿Quieres que hablemos de eso? Estoy aquí para ayudarte.” “Cuéntame más, me interesa cómo te estás sintiendo.”
Estoy cansado/a de luchar”	Tiene que ser agotador sentir eso. ¿Te gustaría que buscáramos juntos una forma de que te sientas mejor?” “A veces hablar de ello puede aliviar. ¿Qué te haría sentir un poco mejor hoy?”
“Ya no quiero comer ni tomar la medicación”	“Veo que estás pasando por un momento muy difícil. ¿Quieres que lo hablemos?” “Lo que sientes es importante. Vamos a buscar una manera de que te sientas un poco mejor.”

3.4. Actuación y aspectos a considerar en casos de personas que acuden a centro de día o que salen del centro a casas de sus familiares.

En los centros de día, la prevención de la conducta suicida requiere una estrecha coordinación entre el equipo profesional y la familia o personas de referencia. A diferencia de los recursos residenciales, la persona usuaria de centro de día pasa parte de su tiempo en el centro y parte en su domicilio por lo que muchas de las medidas de apoyo y protección dependen de una actuación coordinada entre ambos entornos.

La comunicación con la familia o persona de referencia puede constituir una medida complementaria de protección y continuidad de cuidados cuando las características y el nivel de prioridad de la situación así lo requieran. Su indicación deberá valorarse de forma individualizada, atendiendo especialmente a



las situaciones de prioridad muy alta en las que resulte necesario reforzar la supervisión, la coordinación o las medidas de seguridad más allá de la atención prestada en el centro, o en casos de personas usuarias de Centro de día.

Su finalidad es garantizar que las personas implicadas dispongan de la información necesaria para favorecer su seguridad y bienestar, sin trasladar a la familia la responsabilidad de la intervención, que continuará siendo coordinada por el equipo profesional.

¿Cuándo será necesario contactar con la familia?

En caso de personas que duermen en sus domicilios, el traslado a la familia se realizará siempre, en cualquier nivel de prioridad evaluado por el protocolo.

La comunicación con la familia se realizará como medida de protección, especialmente en recursos de atención diurna donde la persona alterna su tiempo entre el centro y el domicilio.

Esta actuación también puede considerarse en el caso de personas que viven en residencias pero que por periodos de vacaciones van a marcharse con la familia y se encuentra activado el protocolo en cualquier nivel de prioridad; o en aquellos casos en los que la persona está en un nivel de prioridad muy alta.

Principios esenciales de comunicación con la familia

La comunicación debe realizarse desde el respeto a la dignidad, la intimidad y los derechos de la persona.

Siempre que la situación lo permita:

- Se informará previamente a la persona usuaria.
- Se solicitará su consentimiento para contactar con la familia.
- Se acordará conjuntamente qué información se va a compartir.
- Se explicará la finalidad protectora de dicha comunicación.
- En situaciones de prioridad medio-alto o alto, el equipo profesional podrá realizar la comunicación, aunque no exista consentimiento explícito, cuando se valore para proteger la seguridad de la persona.



Procedimiento

1. La evaluación del nivel de prioridad

Se hará siguiendo el mismo protocolo/flujoograma que se ha ido determinado en este mismo capítulo.

2. Informar a la persona

Explicar la necesidad de contactar con la familia enfatizando el objetivo de protección

3. Seleccionar la persona de la familia más adecuada/disponible/cercana

Según preferencia de la persona, y considerando vínculo y capacidad/disponibilidad para dar apoyo

4. Realizar la comunicación al familiar indicado

Preferentemente verbal (teléfono o presencial). Se compartirá la información sobre lo sucedido si:

- Existe situación de vulnerabilidad o riesgo
- Hay necesidad de supervisión y apoyo
- Existen medidas ya adoptadas por el centro
- Hay indicaciones concretas a seguir en el domicilio

La familia tiene un papel de acompañamiento y apoyo en el domicilio, pero el seguimiento y la intervención serán coordinados por el equipo profesional del centro.

Evitar:

- Información innecesaria o excesivamente clínica
- Detalles que vulneren la intimidad
- Mensajes que puedan generar culpa o sobrecarga en la familia, recordando que su papel es acompañar, no asumir la responsabilidad de la situación.

Dar indicaciones:

- **Supervisión:** Procurar que la persona no permanezca sola en momentos y aumentar la presencia y contacto cálido.

Ejemplo:

“Estos días es importante que no esté mucho tiempo solo/sola. Si podéis, intentad estar más presentes o en contacto frecuente con él/ella.”

- **Entorno seguro:** Retirar o controlar medios potencialmente letales como medicación, objetos punzantes o acceso a lugares de riesgo (ventanas, azotea).

Ejemplo:

“Es recomendable revisar en casa algunas cosas, como la medicación u otros objetos punzantes, para tenerlos controlados.”

- **Observación:** Atender a posibles señales de alerta en el discurso o comportamiento. Para ello se recomienda proporcionar al familiar el [documento complementario 3.4](#) (en la tabla 1 hay ejemplos de señales en el discurso).

Ejemplo:

“Si se perciben cambios o comentarios que llamen la atención, como frases de desesperanza o de no querer seguir viviendo, es importante comunicarlo. Para ello, en el documento adjunto hay algunos ejemplos prácticos que os pueden orientar.”

- **Comunicación:** Mantener actitud de escucha y evitar juicios o minimización. Para ello, se recomienda proporcionar al familiar el [documento complementario 3.4](#); en la tabla 2 hay ejemplos de como escuchar sin juzgar.

Ejemplo:

“Lo más importante es que pueda sentirse escuchado/escuchada. A veces no hace falta decir mucho, solo estar y escuchar sin juzgar. En el documento adjunto hay ejemplos que pueden ayudar a saber qué decir”

- **Qué hacer ante empeoramiento:** En caso de que la familia observe un empeoramiento, deberá contactar con el centro o recursos de emergencia (según la situación).



- Comunicar con el centro en caso de un empeoramiento.

- Ante situación de emergencia:

Llamar al 024 (Línea 024) o teléfono de la esperanza (963916006)

En situación de urgencia llamar al 112

Acudir a servicio de urgencias más cercano, si lo precisa.

Ejemplo:

“Si en algún momento veis que está peor o que la situación os preocupa, podéis llamar directamente al centro. Y si es algo urgente, no dudéis en llamar al 024, al 112 o acudir a urgencias. En el documento adjunto están los teléfonos.”

5. Registrar la actuación

- Persona contactada
- Información transmitida
- Consentimiento o motivo de no consentimiento

Si quien detecta la señal de alerta es el familiar, el profesional deberá:

- Validar la preocupación
- Recoger información relevante
- Facilitar pautas del documento complementario 3.4 (documento imprimible para la familia).
- Valorar la necesidad de una intervención inmediata





Posibles medios letales.

1. Medicación	4. Lugares
Benzodiacepinas Antidepresivos Antipsicóticos Analgésicos (especialmente opioides) Insulina Polimedicación acumulada en habitación	Ventanas sin protección Balcones con acceso libre Escaleras con acceso libre Terrazas con acceso libre
2. Objetos punzantes o cortantes	5. Productos tóxicos / químicos / inflamables
Cuchillos (comedor o personales, como una navaja) Tijeras Cúter Agujas / jeringuillas Hojas de afeitar	Lejía Amoniaco Detergentes Productos de limpieza Alcoholes Botella de oxígeno
3. Elementos	6. Herramientas
Cinturones y tirantes Sábanas Cordones de zapatos Bufandas, foular, etc. Cables (cargadores, televisores) Frascos de cristal	Tijeras de podar. Pesticidas, herbicidas o abonos químicos Cuerdas, mangueras o sistemas de sujeción utilizados en el huerto.

***Nota**

Prestar atención de lo que traen del exterior la propia persona o la familia.

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO 3.2.



Registro de supervisión y observación activa.

Día y hora	Quién supervisa	Qué observó / Qué está haciendo/ Qué está diciendo*	Estado	Cambios
			☐ Tranquilo ☐ Triste ☐ Irritable ☐ Aislado ☐ Participativo ☐ Verbaliza malestar ☐ Otro	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor
			☐ Tranquilo ☐ Triste ☐ Irritable ☐ Aislado ☐ Participativo ☐ Verbaliza malestar ☐ Otro	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor
			☐ Tranquilo ☐ Triste ☐ Irritable ☐ Aislado ☐ Participativo ☐ Verbaliza malestar ☐ Otro	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor
			☐ Tranquilo ☐ Triste ☐ Irritable ☐ Aislado ☐ Participativo ☐ Verbaliza malestar ☐ Otro	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor

*NOTA: Qué está haciendo la persona y dónde está, contacto visual con el profesional, respuesta a interacciones sociales (saludos, preguntas), grado de participación en actividades, y manifestaciones emocionales (ideas de muerte, desesperanza...). Si expresa deseo persistente de aislamiento, o la presencia de posibles riesgos ambientales (objetos peligrosos, aislamiento, etc.).

Resumen breve del turno / interacción emocional significativa:

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO 3.3.

Registro de evolución (profesional de la psicología).

Nombre de la persona:

Fecha de inicio del seguimiento:

Observación periódica (semanal en prioridad media/alta y dos veces/semana en prioridad muy alta)

Estado emocional general	Fecha	Cambios respecto al día anterior / semana anterior	Observaciones adicionales / intervención realizada / Factores protectores
☐ Estable ☐ Tristeza ☐ Ansiedad ☐ Desesperanza ☐ Ideación presente ☐ Mejora observable			
☐ Estable ☐ Tristeza ☐ Ansiedad ☐ Desesperanza ☐ Ideación presente ☐ Mejora observable			
☐ Estable ☐ Tristeza ☐ Ansiedad ☐ Desesperanza ☐ Ideación presente ☐ Mejora observable			
☐ Estable ☐ Tristeza ☐ Ansiedad ☐ Desesperanza ☐ Ideación presente ☐ Mejora observable			



Este documento recoge algunas orientaciones prácticas para ayudar a acompañar a un familiar en casa. No sustituye la atención profesional, sino que pretende servir como guía de apoyo.

Tabla 1. Señales de riesgo en el discurso:

Sentimiento de ser una carga / inutilidad	“Me siento inútil, no valgo para nada.”; “Soy un estorbo”; “Os estoy dando mucha faena, no quiero ser una carga para vosotros”
Deseo de desaparecer sin sufrir	“Ojalá me fuera a dormir y ya no despertara”; “Solo quiero dormir y descansar, quedarme quietecita y descansar”
Sensación de soledad, aislamiento o desconexión	“Me siento solo/sola”; “Cuando os vais, la casa se queda muy vacía, hay mucho silencio”; “Os veo muy ocupados y no quiero molestar.”; “Vais con mucho lío, no tenéis tiempo para mí y lo entiendo”
Pérdida del sentido de la vida	“Cada día es igual, siento que mi vida no tiene sentido”; “Me siento vacío/vacía”; “No tengo motivo para levantarme por la mañana”; “Ya he vivido lo que tenía que vivir”
Desesperanza y visión catastrófica del futuro	“Las cosas no van a mejorar, ¿qué voy a esperar del futuro?”; “El futuro lo veo negro.”
Ideación activa o pensamientos de muerte más explícitos	“No me importaría que me pasase algo”; “El carro de pastillas del comedor lo cogía y me las tomaba todas”; “Si pudiera tirarme por la ventana lo haría, pero todas las ventanas están con rejas”

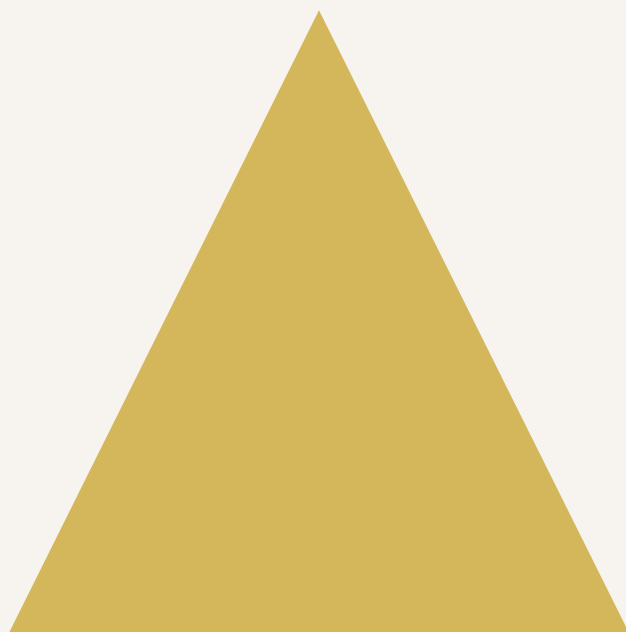
Tabla 2. Escuchar sin juzgar:

Qué evitar	Qué hacer	Ejemplo de cómo decirlo
Ignorar lo que dice o cambiar de tema	Prestar atención y mostrar interés	“Te estoy escuchando... si quieres, puedes contarme más”
Quitar importancia (“no es para tanto”)	Reconocer que lo está pasando mal	“Veo que lo estás pasando mal... estoy aquí contigo”
Ponerse nervioso/nerviosa o reaccionar con miedo	Mantener la calma y acompañar	“Cuéntame... quiero entenderte bien”
Dar consejos rápidos sin escuchar	Escuchar primero sin interrumpir	“Si veo que necesitas ayuda, buscaremos apoyo juntos”
Prometer que no se lo dirás a nadie	Explicar que, si es necesario, se pedirá ayuda	“Lo que me dices es importante para mí”
Dudar o cuestionar lo que dice	Tomarlo en serio	“No hace falta solucionarlo todo ahora... vamos poco a poco”
Intentar resolver todo de golpe	Ir paso a paso	“No hace falta solucionarlo todo ahora... vamos poco a poco”
Dar falsas garantías (“todo va a ir bien”)	Ofrecer compañía y apoyo	“No sé cómo se va a resolver todo, pero no estás solo/sola”



Tabla 3. En caso de emergencia:

024. Ministerio de Sanidad.
963916006. Teléfono de la esperanza
112. Teléfono de emergencias
Acudir a servicios de urgencias más cercano, si lo precisa.



capítulo 4.

Prevención

de la conducta suicida
(II). Herramientas de
prevención

Introducción

La intervención con personas mayores que presentan riesgo de suicidio, o bien que han sobrevivido a un intento de suicidio, requiere de una respuesta inmediata y estructurada.

Este capítulo presenta dos herramientas que conforman el eje central del abordaje del riesgo suicida en personas mayores en contexto residencial:

- El Plan de Protección Personalizado (PPP)
- Y el Plan de Seguridad (PS)

Ambos recursos están diseñados para facilitar la labor del equipo profesional desde una atención centrada en la persona, orientada a la prevención de recaídas y a la reconstrucción de un proyecto vital con sentido. Son recursos válidos tanto para personas que han intentado quitarse la vida, como para aquellos en riesgo de hacerlo.

Además, en este capítulo, se aborda el modo en que se puede ayudar a las personas que no identifican razones para vivir.

4.1. Plan de Protección Personalizado (PPP)

El PPP es un registro que sirve como herramienta interdisciplinar para recoger de forma estructurada la información relevante sobre la persona, sus condiciones clínicas actuales, los factores de riesgo identificados y las medidas de intervención específicas. El PPP precisa de una coordinación con el equipo profesional, que facilite el seguimiento, la toma de decisiones y la revisión periódica.

Los objetivos del PPP son:

- Garantizar una respuesta rápida, coherente y personalizada con personas mayores en riesgo o tras un intento de suicidio.
- Coordinar las actuaciones del equipo profesional desde una perspectiva biopsicosocial.
- Favorecer el seguimiento continuo, la toma de decisiones compartida y la sistematización del proceso
- Disminuir el riesgo suicida.
- Aumentar la percepción de acompañamiento, seguridad y apoyo.

Información importante sobre el PPP:

- El PPP deberá ser cumplimentado por el equipo interdisciplinar.
- El PPP debe ser compartido y conocido por todos los profesionales de atención directa, no solo por el equipo interdisciplinar.

***Nota**

La comunicación al resto del equipo deberá realizarse mediante un comunicado o circular interna con la máxima discreción y respeto hacia la persona. Se compartirá únicamente la información imprescindible para que cada profesional pueda desempeñar adecuadamente su labor, preservando en todo momento su intimidad y confidencialidad. La información compartida tendrá como único objetivo favorecer un cuidado coordinado, seguro y centrado en la persona, evitando cualquier difusión que pueda dar lugar a interpretaciones, comentarios o situaciones de morbosidad.

- El PPP debe aplicarse con sensibilidad, evitando intervenciones intrusivas o sobreprotección excesiva.
- El PPP debe tener en cuenta y debe basarse en el sentido de dignidad, respeto y autonomía de la persona.
- El PPP debe favorecer la normalización progresiva de rutinas y relaciones sociales.
- El PPP debe ser conocido por la persona.

DATOS DE LA PERSONA

Nombre:

CONDICIONES CLÍNICAS ACTUALES

Diagnósticos de interés para PPP:

ÁREA PSICOLÓGICA:

► Interconsulta psiquiatría:

☐ Si (fecha última visita/fecha próxima visita) ☐ No

► Tratamiento con psicofármacos:

· Desde cuándo:

· Última revisión:

· Consumo de sustancias (drogas/alcohol):

Cuáles/desde cuándo:

ÁREA COGNITIVA:

► Nivel de deterioro cognitivo (si lo hay):

ÁREA FUNCIONAL:

► Nivel funcional:

ÁREA SOCIAL:

► Dispone de relaciones o vínculos relevantes:

Situación actual resumida ¿Ha ocurrido algo importante recientemente?, ¿Qué ha cambiado en la persona/situación/entorno? (P.ej.: Tras fallecimiento de su pareja/hijos, verbaliza deseos de morir y rechaza actividades habituales).

ACTIVACIÓN PPP	FIRMA PERSONA RESPONSABLE
Revisión en función de nivel de prioridad determinado. El PPP no se cierra hasta que la persona haya bajado a nivel de prioridad bajo.	
Fecha de activación:	
Fecha de revisión:	
Fecha de cierre:	

SCREENING. PUNTUACIÓN ESCALA PAYKEL

Reportado por profesional referente que ha activado el plan.

Nombre del profesional y fecha:

Puntuación Entrevista escala Paykel:

Comentarios a destacar durante la entrevista Paykel:

SEÑALES DE ALERTA	
Marque la casilla de aquellas señales que estén presentes en la persona.	
Señales emocionales y cognitivas	Señales conductuales y observables
☐ Apatía ☐ Falta de energía ☐ Manifiesta preocupación por pérdidas futuras ☐ Tristeza ☐ Reporta desesperanza ☐ Anhedonia (dificultad para sentir placer) ☐ Depresión ☐ Reporta sentimiento de soledad ☐ Preocupaciones desmedidas	☐ Baja participación en actividades ☐ Aislamiento ☐ Reporta deseo de cerrar temas pendientes ☐ Deja de comer o tomar su medicación ☐ Aumento / Disminución de apetito ☐ Cambios en rutinas del sueño ☐ Llanto ☐ Inquietud y agitación ☐ Realiza conductas de despedida (regala objetos, despedirse...) ☐ Cerrar temas pendientes (testamento, últimas voluntades...) ☐ Tiene conductas autolesivas / Ha tenido recientemente ☐ Acceso a medios letales o cuenta con ellos.

Señales verbales	Señales clínicas y antecedentes
☐ Ideación suicida pasiva ☐ Ideación suicida activa ☐ Verbaliza ser una carga ☐ Verbaliza tener un plan suicida claro y pensado	☐ Historial de tentativas Fecha de último intento: ☐ Enfermedades crónicas ☐ Trastornos mentales ☐ Consumo de sustancias / Alcohol ☐ Aumento demanda / consumo de psicofármacos
Señales de alerta inminente	Contextuales y sociales
☐ Verbaliza un plan suicida claro ☐ Cuenta con los medios preferentes (preferidos o elegidos)	☐ Aislamiento frecuente ☐ Falta de apoyo social ☐ Suicidio de un familiar o persona cercana ☐ Sucesos vitales relevantes recientes o posibles desencadenantes ¿Cuáles? ☐ Coincidencia de múltiples factores de riesgo.
Otras señales no contempladas en la tabla:	

NIVEL DE PRIORIDAD DETERMINADA

Importante! Esta clasificación puede variar y debe revisarse semanalmente (coincidiendo con el registro semanal del profesional de la psicología. ([Ver documento complementario 3.3](#) del capítulo 3).

* Una vez la persona baje al nivel bajo se cierra el PPP y se activan las actuaciones de nivel bajo.

Fecha de revisión					
Prioridad muy alta					
Prioridad media / alta					
Prioridad baja					

Observaciones:

MEDIDAS ACTIVADAS

Marcar aquellas acciones que ya están en marcha por profesional referente que detectó nivel de prioridad inicial y aquellas que se activen a raíz de la puesta en marcha de este PPP:

PRIORIDAD MEDIO / ALTO

ACTUACIONES INMEDIATAS

- ☐ Valorar si es necesario el control de acceso a medios letales generales (p.ej., acceso a fármacos, cocina, acceso a escaleras, pisos superiores, azotea...) ([ver documento complementario 3.1](#) del capítulo 3).
- ☐ Registrar en el libro de incidencias o circular interna y en el programa Resi-plus.
- ☐ Reportar a equipo interdisciplinar y profesional de la psicología.
- ☐ Supervisión y observación activa y registro continuo (2 registros por día, uno en cada turno mañana/tarde-noche) ([ver documento complementario 3.2](#) del capítulo 3).
- ☐ Motivar para la participación en actividades de interés y reforzar su rol en el centro.

ACTUACIONES EN DIFERIDO

- ☐ Activación del PPP y PS.
- ☐ Sesiones psicológicas individuales periódicas (mínimo quincenal).
- ☐ El profesional de la psicología cumplimentará un registro semanal de evolución ([ver documento complementario 3.3](#) del capítulo 3).
- ☐ Si existe seguimiento con servicio de salud mental, informar a su profesional de referencia (psiquiatría) para solicitar interconsulta. En caso de que no conste seguimiento, valorar iniciarlo.

PRIORIDAD MUY ALTA:

ACTUACIONES INMEDIATAS

- ☐ Asegurar que la persona no tenga acceso a su medio letal preferente.
- ☐ Control de acceso a otros posibles medios letales ([ver documento complementario 3.1](#) del capítulo 3).
- ☐ Supervisión y observación muy frecuente (al menos 1 vez por hora) ([ver documento complementario 3.2](#) del capítulo 3).
- ☐ Evitar que la persona esté sola.
- ☐ Registrar en el libro de incidencias o circular interna y en el programa Resi-plus.
- ☐ Activación del PPP y PS con máxima prioridad.

OTRAS MEDIDAS

- ☐ Acompañamiento psicológico individuales con la mayor frecuencia posible (mínimo una vez a la semana).
- ☐ Seguimiento semanal de evolución al menos dos veces por semana ([ver documento complementario 3.3](#) del capítulo 3).
- ☐ Motivar para la participación en actividades de interés para la persona y reforzar su rol en el centro.
- ☐ Si existe seguimiento con servicio de salud mental, informar a su profesional de referencia (psiquiatría) para solicitar interconsulta. En caso de que no conste seguimiento, iniciar el seguimiento.
- ☐ El profesional de la psicología traslada la información a la familia siguiendo las indicaciones del [epígrafe 3.4](#).

OTRAS MEDIDAS ACTIVADAS:

En caso de haberse activado otras medidas excepcionales (aquellas que no se hayan contemplado en el protocolo de prevención), indicar cuáles:

PLAN DE COMUNICACIÓN

En el caso de que sea una persona usuaria de residencia pero que cotidianamente salga de la misma por festividad o periodos vacacionales, el profesional de psicología trasladará la información a la familia siguiendo las indicaciones del [documento complementario 3.4](#) del capítulo 3, ante cualquier nivel de prioridad. En caso de ser persona usuaria de residencia y estar en un nivel de prioridad muy alto se realizará el plan de comunicación a la familia.

Se ha explicado la necesidad de las medidas tomadas:

1. Se le ha comunicado a las medidas a la persona:

☐ Sí ☐ No

No se ha realizado porque:

2. Se ha informado a la familia:

☐ Sí ☐ No

No se ha informado a la familia o concretamente a un familiar y/o persona significativa porque:

**Profesional de referencia designado para mantener contacto con la Familia/
Personas significativas:**

IMPLICACIÓN RED SOCIAL/FAMILIAR

Registro de familiares o figuras significativas informadas y su implicación:
(a rellenar por profesional de la psicología de la residencia junto con a la persona)

NOMBRE/TELÉFONO MÓVIL DE CONTACTO:

NOMBRE/TELÉFONO MÓVIL DE CONTACTO:

NOMBRE/TELÉFONO MÓVIL DE CONTACTO:

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA EXTRAÍDA Plan de Seguridad

(a rellenar por profesional de la psicología de la residencia)

RAZONES PARA VIVIR

(detallar aquí cuáles son los anclajes que la persona ha manifestado) (a rellenar por profesional de la psicología de la residencia junto con la persona)

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS PLANIFICADOS EN Plan de Seguridad

(a rellenar por profesional de la psicología de la residencia junto con la persona)

OBSERVACIONES (Información complementaria de interés):

4.2. Plan de seguridad

Este PS está basado en el Plan de Seguridad propuesto por Stanley y Brown (2012)

El PS es una herramienta práctica para desarrollar habilidades de afrontamiento y manejar momentos de crisis, más que como un documento formal. Su efectividad aumenta cuando las estrategias son concretas, accesibles y adaptadas al día a día de la persona en la residencia. La elaboración del plan es un proceso colaborativo que respeta la autonomía personal y evita enfoques coercitivos o de control.

A diferencia del PPP, el PS lo realiza el profesional de Psicología en colaboración directa con la persona atendida, buscando que ésta identifique sus señales de alerta, recursos personales, apoyos significativos y estrategias concretas para afrontar momentos críticos. Es un documento vivo, que fomenta la autonomía y la implicación activa de la persona en su propio cuidado y que debe ser revisado y ajustado tantas veces como sea necesario.

Objetivos del PS:

- Ayudar a la persona a reconocer sus señales de crisis emocional.
- Promover su implicación activa en el PS y el manejo de pensamientos suicidas.
- Ofrecer estrategias realistas y accesibles para afrontar momentos de desesperanza.
- Fortalecer el vínculo y la percepción de apoyo.
- Prevenir futuras crisis y facilitar el paso a fases de mayor estabilidad.

Información importante sobre el Plan de Seguridad:

El papel de los profesionales es acompañar, guiar y facilitar. Esto implica sostener el proceso, ofrecer apoyo y ayudar a traducir en palabras lo que a veces cuesta expresar. Por ello, se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Escuchar sin prisa ni juicio. Algunas personas tardan en nombrar lo que sienten. Es necesario acompañar ese ritmo.
- Validar lo que emerge. No hay respuestas buenas o malas. Desde su vivencia subjetiva, todo lo que aparece tiene sentido.
- Sugerir solo cuando sea necesario. Podemos ofrecer ejemplos o ideas si la

persona lo necesita, pero sin llenar los espacios que aún no puede completar.

- No forzar, respetar los vacíos. Si hay partes que no desea completar en ese momento, se pueden dejar abiertas para cumplimentar otro día.
- Asegurar que la persona entiende cuándo puede pedir ayuda, a quién y cómo hacerlo.

Antes de empezar, es importante indicar a la persona que debe de tener en cuenta algunos aspectos:

- Este plan es tuyo. Está pensado para que lo adaptemos a ti: a lo que te importa, lo que te calma, lo que te ayuda.
- No hace falta completarlo todo de golpe. Podemos ir haciéndolo poco a poco, con calma y acompañado/a si lo necesitas.
- Tu seguridad es lo primero. Si en algún momento no te sientes capaz de reducir por ti mismo/misma los pensamientos suicidas, el plan incluye pasos concretos para pedir ayuda y protegerte.
- Pedir ayuda puede resultar difícil, especialmente si has sentido que no quieres molestar o te preocupa que “se note” que lo estás pasando mal. En este plan vamos a dejar claro que pedir apoyo no es una carga para nadie: es un acto de cuidado hacia ti mismo/misma y estamos aquí para acompañarte.
- Este plan también te ayudará a descubrir pequeñas habilidades que ya tienes, aunque a veces no lo parezca, para manejar momentos difíciles: respirar hondo, recordar algo que te ha ayudado antes, pedir compañía, hacer una pausa... Pequeñas acciones que pueden marcar la diferencia cuando el malestar aparece de repente.
- El Plan de Seguridad es también una manera de recordarte que siempre existen momentos, personas y recursos que pueden devolverte un poco de luz cuando todo parece oscuro.
- Si en algún momento te resulta difícil recordar los pasos del plan, podemos dejarlo en un sitio visible o repasarlo juntos cada cierto tiempo. No pasa nada: el plan está para ayudarte, no para ponerte presión.
- Podemos hacerlo poco a poco y yo puedo escribir por ti si te resulta más cómodo.

El Plan de Seguridad también es una oportunidad para fortalecer el vínculo terapéutico, mostrar disponibilidad y construir confianza. No se trata solo de llenar un documento, sino de abrir un espacio seguro donde la persona pueda sentirse escuchada y valorada con estrategias de afrontamiento jerarquizadas y personales.

Paso 1. Mis señales de alerta

Por ejemplo:

Cuando dejo de hacer cosas que antes sí hacía como ya no quiero y no salgo al jardín, no participo en actividades, no cuido mi higiene...

Es normal que tu estado emocional cambie a lo largo del día. Esto no significa que tengas que poder con todo. Precisamente por eso hemos creado este plan: para acompañarte en esos momentos en los que el malestar aparece sin avisar.

Paso 2 Mis estrategias

Actividades o cosas que puedo hacer yo sola/solo para distraerme, manejar la crisis y sentirme mejor, sacar mi mente de los problemas sin tener que acudir a otra persona.

Por ejemplo:

Ver la TV, acudir a tu espacio favorito (terraza, jardín, sala común), escuchar música significativa y gratificante, ver fotografías, objetos o recuerdos que activan sentido y/o me activan recuerdos...

*Nota

A muchas personas los estímulos sensoriales como un aroma, una textura, una manta suave, un objeto cálido entre las manos, una música concreta, etc., ayudan de forma especial a calmarse. Si alguno de estos te ayuda, podemos incluirlo aquí.

*Nota

Puedo darme permiso para hacer algo muy pequeño, como beber un vaso de agua, lavarme la cara, abrir la ventana un momento o cambiar de postura. Las micro-acciones cuentan.

Paso 3. Mis personas y entornos sociales

¿Quién o qué puede ayudarme a distraerme cuando me empiezo a sentir mal?
Distracciones sociales / actividades con otras personas.

Por ejemplo:

Llamar o hablar con algún familiar o persona significativa, hablar con “esa persona del centro” con quien tenga confianza (auxiliar, recepción, otro residente...), acudir al salón donde suele haber gente con quien suelo relacionarme, pedir acompañamiento para dar un paseo por los exteriores, participar en una actividad sencilla (manualidades, talleres o alguna actividad propuesta por el centro), etc.

*Nota

Muchas personas no piden ayuda porque no quieren “molestar”. Si te cuesta pedir ayuda, puedes usar frases sencillas como: “¿Te importa sentarte un momento conmigo?” o “¿Podrías quedarte cerca un rato?”»

Nombre:

Entorno social:

Teléfono (Si es externo al centro):

Dirección (Si es de fuera del centro):

Paso 4. Mi agenda de seguridad: personas o profesionales a las que puedo pedir ayuda durante una crisis.

¿A quién puedo acudir si me siento mal? (personas del centro, familiares, profesionales concretos), ¿Qué puede ayudarme a sentirme acompañado/acompañada o comprendido/comprendida?

Contactos:

Profesionales del centro (trabajo social, psicología, auxiliares, medicina, enfermería...)

- .
- .
- .

Familiares o amistades con quienes siento comodidad

- .
- .
- .

Compañeros de la residencia que me hacen sentir bien

- .
- .
- .

*Nota

Cuando la persona identifique profesionales o familiares a los que acudir, deberá informarse a las personas seleccionadas (con conocimiento de la persona y respetando la confidencialidad). Es importante explicarles qué se espera de su papel dentro del plan de seguridad (p.ej., disponibilidad para escuchar, supervisión puntual, acompañamiento o aviso al equipo profesional si el malestar aumenta). El apoyo designado debe ser consciente de su función y aceptar participar en el PPS.

Paso 5. Mi entorno seguro

Crear un entorno seguro eliminando objetos peligrosos al alcance (medicamentos, elementos cortantes, cuerdas...) y qué hacer para no tener acceso a ello.

- 1.
- 2.
- 3.

Paso 6. Mis razones para vivir

Lo que me motiva a 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....

*Nota

En caso de que la persona no sea capaz de evocar razones para vivir, consultar [epígrafe 4.3.](#) de este capítulo.

Sobre mí:

Por ejemplo:

Mis recuerdos valiosos, mis logros pasados, mi sentido del humor, mi fe.

Sobre mi entorno: Personas significativas (por las que vale la pena vivir).

Por ejemplo:

Mi nieto/nieta, mi hijo/hija, los compañeros de la residencia, los profesionales....

Actividades con sentido o significativas.

Por ejemplo:

escuchar música especial, fotos familiares, costura, huerto, manualidades, leer un libro, un poema o una oración, etc.

*Nota

Siempre que sea posible, revisar conjuntamente aquellos objetos que puedan resultar potencialmente peligrosos, evitando retirarlos sin el conocimiento o consentimiento de la persona y sin generar sentimientos de vergüenza o desconfianza. Las medidas deben acordarse de forma colaborativa, respetando su autonomía y explicando que se trata de una custodia temporal orientada a proteger su seguridad, no de una retirada definitiva ni de una medida de control. Es importante transmitir que, si en algún momento necesita utilizar ese objeto, podrá disponer de él con el apoyo o la supervisión necesaria. La conversación debe plantearse desde la confianza y la colaboración, utilizando mensajes como: *«Vamos a hacerlo juntos para que te sientas más seguro/a»*.

Si no fuera posible alcanzar este acuerdo y el riesgo se considerará elevado, el equipo profesional podrá custodiar temporalmente aquellos objetos que incrementen el riesgo, procurando que la intervención sea la menos invasiva posible. Esta decisión deberá comunicarse de forma clara y respetuosa, preservando la dignidad y la participación de la persona, y revisándose periódicamente para restablecer el acceso a dichos objetos tan pronto como la situación clínica lo permita.

¡Importante!

Tener en cuenta la disponibilidad real del equipo (horarios, quién está por la noche, etc.); considerar alternativas si la persona tiene déficits sensoriales o deterioro cognitivo; y/o evitar recursos inaccesibles (teléfonos que no pueden manejar, servicios que no comprenden).

Tips para elaboración del plan de seguridad

El PS constituye una herramienta clínica fundamental para el abordaje del riesgo suicida en personas mayores. Su elaboración, centrada en la participación activa de la persona, requiere del acompañamiento especializado del profesional de la psicología. A continuación, se proponen algunas orientaciones para guiar este proceso en el contexto residencial:

- ▶ **Crear un clima de seguridad y colaboración:** El PS debe construirse en un entorno de confianza. Es recomendable dedicar al menos una sesión individual a su elaboración, dejando claro que el objetivo es prevenir crisis y ofrecer apoyo, no fiscalizar ni imponer normas.
- ▶ **Usar lenguaje adaptado y concreto:** Asegurarse que cada parte del plan sea entendida por la persona. Utilizar un lenguaje claro, sin tecnicismos, y explorar ejemplos reales de su vida cotidiana que puedan integrarse (personas del entorno, actividades, lugares seguros, etc.).
- ▶ **Facilitar la reflexión sin presionar:** Algunas personas mayores pueden mostrarse reticentes a hablar directamente del riesgo. En estos casos, trabajar desde la preocupación por su bienestar y desde los factores protectores puede facilitar la entrada al tema.
- ▶ **Favorecer la autonomía:** El profesional acompaña el proceso, y por eso es importante que la persona participe en su elaboración y perciba el plan como suyo. Siempre que sea posible, fomenta que sea ella quien decida qué le ayuda, a quién acudir, qué actividades le calman, etc.
- ▶ **Incluir recursos reales y alcanzables:** Todo lo recogido debe ser aplicable en su contexto inmediato. Es preferible ser concreto y realista en la propuesta de soluciones.
- ▶ **Revisar y actualizar periódicamente:** El plan no es un documento estático. Debe revisarse periódicamente en función de los cambios emocionales o sociales de la persona, con una frecuencia establecida en función del nivel de priori-

dad o tras cualquier evento significativo.

- Coordinar con el equipo profesional: El contenido es confidencial, pero el equipo debe conocer que la persona cuenta con un plan activo. Se recomienda mantener comunicación fluida con el profesional de referencia para detectar señales tempranas o reforzar elementos del plan en el día a día.
- Traslado al equipo interdisciplinar: Siempre que cuente con la autorización expresa de la persona, el profesional de la psicología podrá compartir con el equipo interdisciplinar aquella información que resulte útil para el PS. Esta colaboración debe guiarse por criterios éticos y garantizar la protección de la intimidad.
- Tenerlo en un lugar accesible y/o visible. Es imprescindible que la persona pueda tener una copia en versión abreviada y accesible de su propio PS ([ver documento complementario 4.1](#). Tarjeta plan urgente de seguridad).

4.3. Cómo ayudar a la persona cuando no identifica razones para vivir

A continuación, se abordan estrategias para acompañar a la persona mayor que, en un momento de sufrimiento, expresa no encontrar razones para vivir. Cuando una persona afirma que no tiene razones para seguir viviendo, el impulso natural podría ser contradecirla o animarla rápidamente. Sin embargo, ciertas respuestas pueden ser contraproducentes y aumentar el malestar o el aislamiento emocional.

Frases a evitar:

“Venga, no diga eso, seguro que sí tiene cosas buenas” “No diga tontearías, claro que tiene motivos para vivir”

*“Ahora no lo ve, pero seguro que si piensa un poco se le ocurre algo”;
“Tiene que ser positivo/positiva”*

¿Por qué evitarlas?

- Pueden generar culpa por no sentirse mejor.
- Refuerzan la idea de que “debo tener algo bonito que me motive”, cuando no lo siente así.

- Dificultan la expresión emocional, impidiendo que la persona pueda compartir lo que siente.
- Restan valor a su experiencia personal, lo que puede aumentar su sensación de incomprensión y soledad.

Recomendaciones para favorecer la verbalización de motivos de vida

1. Respetar el punto en el que está

- Validar con honestidad: *“Entiendo que ahora mismo no vea nada que le motive”.*
- Evitar presionar: *“No pasa nada si ahora mismo no se le ocurre nada. Podemos explorar juntos, si le parece.”*

2. Explorar desde lo concreto.

- *“¿Qué cosas le han gustado siempre?”*
- *“¿Qué recuerdos le hacen sentir bien cuando piensa en su vida en conjunto?”*

3. Buscar anclajes no evidentes

- A veces una conversación, un sabor, una canción, una rutina sencilla pueden ser fuente de conexión emocional. Se puede preguntar:

“¿Qué parte del día es la mejor para ti?”

“¿Hay alguien con quien sienta más tranquilidad?”

“¿Hay algo que le moleste menos?”

4. Aceptar silencios y pequeñas pistas

Si dice: “No sé, la verdad”, se puede responder: “*Está bien no saberlo ahora. A veces, las razones aparecen cuando menos lo esperamos. Y si no, podemos buscarlas juntos.*”

5. Acompañar sin urgencia

- Reforzar la idea de que no es necesario tener una razón “grande” para vivir. A veces, basta con una muy pequeña.

6. Utilizar ejercicios que pueden ayudar a la persona en la búsqueda, en caso de que no surjan de forma espontánea.

- En el [documento complementario 4.2](#) se adjuntan algunos ejemplos de ejercicios que se pueden realizar. Todos ellos deberán ser realizados por el profesional de la psicología. Además, deberá de tenerse en cuenta su ajuste al nivel educativo y cognitivo de la persona.

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO 4.1. Tarjeta plan urgente de seguridad

(IMPRIMIR A LA PERSONA)

1. Pedir ayuda de inmediato a:	
2. Ir a un lugar donde me sienta seguro/a:	
3. Recordar algo que me ayude a resistir este momento:	
4. Quitar de mi alcance cualquier cosa que pueda hacerme daño:	
5. Si no puedo hacer nada de lo anterior, llamar al 024.	

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO 4.2. Ejercicios prácticos para trabajar la búsqueda e identificación de razones para vivir

A continuación, se muestran algunos ejercicios prácticos para ayudar a la persona a la búsqueda de razones para vivir. Se puede seleccionar el o los ejercicios más pertinentes para la persona.

Ejercicio 1. “El jardín de las pequeñas cosas”

Enfoque	Revalorizar lo cotidiano como fuente de sentido
Objetivo	Ayudar a identificar pequeñas experiencias del presente o del pasado reciente que generan bienestar, aunque a priori no se perciban como “especiales”.
Material	Tarjetas con imágenes sencillas (naturaleza, comida, abrazos, mascotas, café, música, libros, niños, amaneceres, risas...).

Proceso:

Mostrar 8–10 tarjetas y pedirle que elija las 2-3 que le resulten más agradables, sin necesidad de justificar por qué.

Una vez elegidas, hacer preguntas sencillas relacionadas con la imagen. Aquí puedes ver algunos ejemplos:

· *¿Qué le transmite esta imagen?”*

- *“¿Esta imagen te da calma, alegría, nostalgia...” “¿Has vivido algo parecido alguna vez?”*
- *“¿Te recuerda a algún momento especial de tu vida?” “¿Cómo te sentías o sientes en situaciones como esa?”*
- *“¿Hay algo de esta imagen que te gustaría volver a experimentar?”
“¿Qué crees que haría falta para tener un día parecido?”*
- *“¿Con quién compartirías un momento así?” “¿Crees que aún puede haber momentos así en tu vida?”*
- *“¿Qué te gustaría que otros supieran sobre lo que significa esta imagen para ti?”*

No se trata de generar una dinámica de pregunta-respuesta. Se debe dejar que la conversación fluya por donde vaya surgiendo. La idea es que, a raíz de estas imágenes y preguntas, la persona pueda identificar pequeñas cosas de su día a día que sirvan como motivos o razones para seguir viviendo. Puede que, a partir de estas imágenes, la persona conecte con otras que no aparecen en las tarjetas. El profesional podrá imprimir si así lo considera nuevas imágenes que hayan surgido a raíz de la conversación.

¿Cómo cerrar el ejercicio?

Se puede destacar la importancia de valorar y rescatar esos pequeños momentos que aportan sentido y bienestar, reforzando que no siempre es necesario buscar grandes cambios, sino ir recuperando poco a poco lo que resulta significativo.

“A veces no se trata de grandes cosas, sino de recuperar momentos así poco a poco. ¿Le gustaría que intentáramos buscar más momentos como estos en su día a día?”

Como complemento, se sugiere plastificar las 2 ó 3 imágenes que la persona haya elegido como más relevantes, añadiendo en el reverso algunas frases evocadoras relacionadas con sus razones para vivir (dichas por la propia persona). De este modo, la persona podrá llevarse un recordatorio tangible y motivador que le acompañe y refuerce en su día a día. Puede ponerlo en algún lugar visible como en su habitación o llevarlo consigo en su cartera o tarjetero.

Ejemplo:

Imagen:

Atardecer en el mar



Reverso:

CADA DÍA TRAE UNA
NUEVA OPORTUNIDAD
PARA SENTIRME MEJOR.
EL AROMA DEL MAR
ME LLENA DE PAZ Y
RECUERDOS.
AUNQUE EL MAR ESTÉ
LEJOS, SIEMPRE PUEDO
DAR UN PASEO POR LA
NATURALEZA.

Ejercicio 2. “La caja de la esperanza”

Enfoque	Activación de recuerdos, vínculos y elementos significativos como fuente de sentido y regulación emocional.
Objetivo	Facilitar la identificación, concreción y consolidación de razones para vivir a través de la creación de un recurso tangible que reúna elementos con valor personal y emocional.
Material	Caja (puede ser decorada por la persona si se desea); Objetos personales significativos (fotografías, cartas, recuerdos, pequeños objetos); Tarjetas o papeles; Bolígrafo o rotulador; Opcional: música, olores u otros elementos sensoriales.

Proceso:

Se introduce la actividad de forma sencilla y cercana:

“A veces, cuando uno no se encuentra bien, cuesta recordar las cosas importantes o lo que le da sentido a seguir. Hoy vamos a construir una pequeña caja con cosas que sean importantes para ti, que te recuerden motivos para seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles.”

1. Exploración inicial

Antes de construir la caja, iniciar una breve conversación para facilitar la activación de contenido significativo:

“¿Qué cosas, personas o momentos han sido importantes en tu vida?”

“¿Qué te ha ayudado otras veces a seguir adelante?”

“¿Hay algo o alguien por lo que sientes que merece la pena continuar?”

No se trata de forzar respuestas, sino de ir abriendo el campo de significado.

2. Selección de elementos.

Invitar a la persona a elegir o identificar elementos que representen aquello que es importante para ella. Es importante tener en cuenta que los contenidos no son aleatorios, sino que se seleccionan de forma terapéutica, intentando incluir diferentes tipos de elementos que faciliten la conexión con el sentido y el bienestar:

- Elementos relacionales: Fotografías de seres queridos, cartas, mensajes significativos, etc.
- Razones para vivir explícitas: Listas escritas como “por qué seguir aquí”, metas o deseos futuros.
- Reguladores emocionales: Música, objetos que generen calma, elementos sensoriales como olores si procede), etc.
- Estrategias de afrontamiento: Instrucciones breves sobre qué hacer en momentos difíciles, técnicas aprendidas previamente.
- Elementos identitarios y de valor personal: Logros, recuerdos importantes, símbolos de valores o de lo que da sentido a su vida.

Si la persona no dispone de objetos en ese momento, se pueden crear de forma simbólica (escribiendo, dibujando o utilizando imágenes) o contactar con la familia para que nos los puedan proporcionar.

3. Construcción de la caja.

Se van introduciendo los elementos en la caja, acompañando el proceso con preguntas suaves:

“¿Qué significa esto para ti?”

“¿Qué te hace sentir cuando lo ves o lo recuerdas?”

“¿Cómo te ayuda esto a seguir adelante?”

Es importante que se le refuerce verbalmente las razones para vivir que vayan emergiendo, ayudando a explicitarlas: *“Entonces, esto podría ser una razón importante para ti, ¿verdad?”*

4. Integración

Una vez completada la caja, se puede hacer una síntesis:

“Si tuvieras que resumir, ¿qué cosas importantes hay dentro de esta caja?”

“¿Qué te gustaría recordar de todo esto cuando tengas un momento difícil?”

Si es posible, se pueden añadir tarjetas escritas con frases propias de la persona

Cierre:

El cierre debe reforzar el carácter de recurso personal disponible: *“Esta caja recoge cosas muy importantes para ti. Puedes acudir a ella cuando lo necesites, especialmente en momentos más difíciles, para recordar que hay motivos para seguir.”*

Se puede sugerir:

- Guardarla en un lugar accesible
- Compartir su contenido con alguien de confianza (si la persona lo desea)
- Revisarla o ampliarla con el tiempo

Ejercicio 3. Libro “MI VALOR”

Enfoque	Construir con la persona un libro donde se reflejen los valores importantes para la persona, Puede ser formato escrito o visual con imágenes.
Objetivo	Facilitar un espacio seguro donde la persona identifique y plasme sus valores fundamentales, favoreciendo la conexión con sus razones para vivir
Material	Cuaderno o carpeta con hojas en blanco; Bolígrafo, lápices de colores, rotuladores; Imágenes, recortes de revistas, fotografías (opcional)

Proceso:

Explicaremos la finalidad de la actividad: crear un “libro personal” donde la persona pueda reflejar lo que más valora en la vida, ya sea a través de palabras o imágenes. Recaltar que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Identificación de “las razones para vivir, lo que importa”:

Preguntar a la persona qué cosas, personas, actividades o ideas siente que son importantes para ella.

Si cuesta identificar, se pueden usar preguntas guía como:

¿Qué es lo que más te importa en la vida?

¿Qué te hace sentir orgulloso/orgullosa?

¿Qué te da paz o alegría?

¿Qué esperas mantener o proteger en tu vida?

La persona puede elegir escribir palabras, frases, o pegar imágenes que representen ese valor que la persona tiene para otras personas. Puede hacerlas más personales y significativas. Mientras crea el libro, invitar a que comparta lo que va escribiendo, qué significan para ella esos valores y cómo le ayudan a seguir adelante.

¡Importante!

Para facilitar el manejo del libro, se recomienda elegir un tamaño pequeño, por ejemplo, ¼ de folio.

Cierre:

Finalizar destacando que este libro es suyo. La idea es que guarde en un lugar de fácil acceso para que pueda consultarlo siempre que necesite recordar lo que da sentido a su vida.

Ejemplo de páginas del libro “Mi valor”:

MI FAMILIA (FOTO DE MIS NIETOS)	SOY ÚTIL AYUDANDO A LOS DEMÁS EN LO QUE PUEDO. (Pej.: soy útil para mis compañeras de mesa porque siempre les ayudo cuando no pueden coger algo, por ejemplo, sirviéndoles agua)	EL VALOR DE HACER TODO LO POSIBLE POR MÍ MISMA. (EJEMPLO: aunque mi cuerpo ya no es el que era, siempre pongo todo de mi parte para que las auxiliares no tengan que hacer grandes esfuerzos.)
---	--	--

Ejercicio 4. “Semillas de sentido”

Enfoque	Revalorizar lo cotidiano como fuente de sentido
Objetivo	Ayudar a la persona mayor a identificar, fortalecer y reconectar con razones para vivir a través del modelo SOC de Baltes (Selección-Optimización-Compensación), adaptando su proyecto vital a sus circunstancias actuales.
Material	Papel o cartulina con el dibujo de una planta con tres ramas principales (una por cada componente del modelo SOC); Tarjetas o post-it de colores; Lápices, rotuladores.

Proceso:

“A veces, cuando sentimos que hemos perdido cosas importantes, es difícil encontrar motivos para seguir. Hoy vamos a mirar juntas/juntos qué sigue siendo valioso, qué podríamos fortalecer, y qué podríamos hacer diferente para seguir adelante con dignidad y sentido.”

1. Selección

Lo que todavía importa

Pregunta guía:

“¿Qué cosas, personas o actividades siguen teniendo valor para ti, aunque cueste más acceder a ellas ahora?”

Ejemplos

Familia (hijos, nietos), música, espiritualidad (o religión), paseos, cuidar una planta.

Escribir una por tarjeta y pegarlas en la primera rama (“Selección”).

2. Optimización

Lo que puedes nutrir

Pregunta guía:

“De esas cosas importantes, ¿en cuáles podrías poner más energía, aunque sea un poquito? ¿Qué podrías hacer más o mejor, con ayuda si hace falta?”

Ejemplos

Llamar a una amiga/familiar cada semana, participar en actividades del centro, pedir ayuda para ver una película que le gusta...

Pegarlas en la segunda rama (“Optimización”).

3. Compensación

Lo que puedes hacer de otra manera

Pregunta guía:

“¿Hay algo que ya no puedes hacer como antes, pero que podrías vivir de otra forma? ¿Qué apoyos podrían ayudarte?”

Ejemplos

Usar audífono para volver a disfrutar de conversaciones, escuchar misa por radio en vez de asistir presencialmente, recibir llamadas de familiares o videollamadas, etc.

Pegarlas en la segunda rama (“Compensación”).

Cierre:

“De todas estas cosas que hemos puesto, ¿cuál te gustaría empezar a cultivar esta semana?”

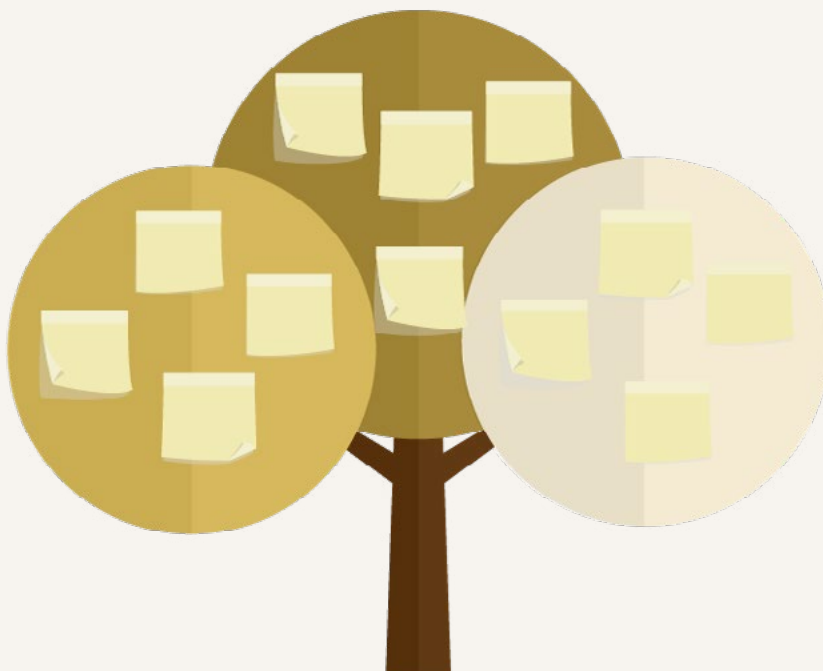
Invitar a la persona a elegir una acción concreta, pequeña y realista que esté relacionada con el valor o aspecto que haya señalado. Esta acción puede servir como primer paso para reconectar con aquello que le da sentido. Animarla a compartir esa intención con el equipo profesional o con alguien de confianza en su entorno, para que pueda recibir acompañamiento y apoyo en su cumplimiento. Esta conexión también refuerza el sentimiento de agencia y pertenencia.

Idea

Proponer a la persona si desea dejar la cartulina como recordatorio o colocarla en su habitación como recurso visual que represente sus razones para vivir, adaptadas a su realidad.

Ejemplo:

Lo que puedes nutrir.



Inventario de Razones para Vivir de Linehan (Reasons for Living Inventory, RFL)

El Inventario de Razones para Vivir (Linehan, 1983) es un instrumento desarrollado originalmente para identificar factores protectores frente a la conducta suicida. Aunque fue concebido como una escala estructurada con puntuación, en el presente protocolo no se propone su administración formal ni la obtención de una puntuación cuantitativa.

Se presenta como un recurso de apoyo para el profesional, que puede utilizar sus dimensiones y ejemplos como guía para explorar con la persona posibles razones para seguir viviendo, especialmente en contextos de desesperanza o bloqueo emocional.

No es necesario completar el listado íntegro ni formularlo como cuestionario cerrado. Puede emplearse de manera flexible, adaptando el lenguaje y el ritmo a las capacidades cognitivas y emocionales de la persona mayor.

Su objetivo en este protocolo es facilitar la identificación de vínculos, valores, responsabilidades, creencias o proyectos que puedan actuar como anclajes vitales, dentro de un proceso conversacional y clínico.

1. Soy responsable y estoy comprometido con mi familia
2. Creo poder aprender a adaptarme y a lidiar con mis problemas
3. Creo tener control sobre mi vida y mi destino
4. Deseo vivir
5. Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar una vida
6. Le tengo miedo a la muerte
7. Mi familia podría pensar que no los quiero
8. No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que prefiriera estar muerto
9. Mi familia depende de mí y me necesita
10. No quiero morir
11. Quiero ver a mis hijos crecer
12. La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada



13. Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo
14. Por mal que me sienta, sé que no durará
15. Le tengo miedo a lo desconocido
16. Quiero a mi familia y disfruto de ellos demasiado para dejarlos
17. Quiero vivir todo lo que la vida ofrece y hay muchas experiencias que aún no he tenido y que quisiera tener
18. Temo que mi método de matarme no funcionaría
19. Yo mismo me aprecio lo suficiente para seguir viviendo
20. La vida es demasiado bella y preciada para ponerle fin
21. No sería justo dejar a mis hijos para que otros los cuiden
22. Creo poder encontrar otras soluciones a mis problemas
23. Tengo miedo de ir al infierno
24. Amo la vida
25. Soy demasiado estable para matarme
26. Soy un cobarde y no tengo la valentía para matarme
27. Mis creencias religiosas me lo prohíben
28. Podría tener un efecto perjudicial en mis hijos
29. Tengo curiosidad sobre lo que pasará en el futuro
30. Le dolería demasiado a mi familia y no quisiera hacerlos sufrir
31. Me preocupa lo que otros pensarían de mí
32. Creo que las cosas salen como convienen
33. No podría describir dónde, cuándo ni cómo lo haría
34. Lo considero inmoral
35. Todavía me quedan muchas cosas por hacer
36. Tengo la valentía de enfrentarme a la vida



- 37. Soy feliz y estoy a gusto con mi vida
- 38. Le tengo miedo al acto de matarme (el dolor, la sangre, la violencia)
- 39. Creo que con matarme no lograría ni resolvería nada
- 40. Tengo la esperanza de que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz
- 41. La gente pensaría que soy débil y egoísta
- 42. Tengo un impulso innato de sobrevivir
- 43. No quisiera que la gente pensara que no tenía control sobre mi vida
- 44. Creo que puedo encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir
- 45. Para qué apresurar la muerte
- 46. Soy tan inepto que mi método no funcionaría
- 47. No quisiera que mi familia se sintiera culpable después
- 48. No quiero que mi familia piense que soy egoísta o cobarde



capítulo 5.

Código S

Actuación ante una
situación de riesgo
suicida inminente

Introducción

Este capítulo ofrece un plan de actuación ante situaciones de riesgo de suicidio inminente en personas mayores que viven en residencias. Se basa en la práctica clínica, la experiencia en intervención en crisis y los aportes recogidos de seminarios especializadas en suicidio.

5.1. Activación del código S por pasos

Ante cualquiera de estos posibles ejemplos o escenarios, se activará el CÓDIGO “S”:

1. El profesional que se encuentra la escena, o recibe la noticia por parte de un tercero (por ejemplo, otro residente), llamará por teléfono al DUE de turno o responsable de centro diciendo código “S”, nombre de la persona y el lugar donde se esté desarrollando la escena (ejemplo: “código S Carmen en su habitación”). En caso de que la escena la encuentren dos profesionales, uno se quedará en la escena atendiendo a la persona y el otro avisará a DUE de turno.
2. El DUE o responsable de centro verificará si está el profesional de la psicología en el centro, y si es así, le trasladará el código “S” para que este acuda a la escena. En caso negativo será el DUE o responsable de centro el que tenga que acudir a la escena.
3. El profesional que se dirija a la escena (profesional de la psicología o DUE o responsable de centro), evaluará la situación y llamará al 112 para que se presenten en el centro.
4. Una vez en la escena, este profesional analizará la situación y valorará si es preciso intervenir para dar apoyo al compañero/compañera que esté interviniendo con la persona en riesgo.

5. En el caso de que el DUE o responsable de centro o profesional de la psicología valoren que el profesional interviniente esté conduciendo la situación de forma favorable, se mantendrán en segunda línea a la espera de si se precisa su ayuda, nunca abandonando la escena.

6. Este profesional también se encargará de desalojar la escena y un espacio alrededor que no permita interrupciones indeseadas en caso de que se aproximen otros profesionales o residentes curiosos.

Asegurar la escena:

En caso de que la conducta de la persona en crisis suponga un peligro potencial a terceros (por ejemplo, el intento de provocar un incendio en la habitación) será necesario activar medidas de protección (como evacuar la zona o solicitar refuerzos), pero sin dejar sola a la persona en ningún momento.

En estos casos, el profesional que se encuentre en el escenario de crisis, debe mantener una distancia de seguridad y autoprotección prudente de aproximadamente 4-5 metros, asegurar la posibilidad de escape si fuese necesario, especialmente si existe riesgo de descontrol o reacción impulsiva.

5.2. Plan de actuación por pasos del profesional interviniente

Este plan de actuación recoge un total de 8 pasos que buscan proteger a la persona en el momento de crisis y reducir el riesgo suicida inminente en este momento.

Se basa en la teoría de la “ventana del tiempo”: es el periodo de tiempo crítico que transcurre desde que la persona experimenta una intencionalidad suicida firme, hasta que inicia la conducta suicida. Durante este intervalo, la pulsión puede ser intensa, pero no constante, y la intervención emocional adecuada puede marcar la diferencia. Si durante este momento permitimos un desahogo emocional, esto puede reducir la impulsividad y la pulsión emocional, si logramos acceder al diálogo, esto reducirá el riesgo suicida.

Paso 1. Actuar de forma calmada, no tener prisa.

Paso 2. Aproximación progresiva.

Paso 3. Primer acercamiento emocional: romper el hielo.

Paso 4. Facilitar el desahogo emocional: escuchar y validar.

Paso 5. Sembrar ambivalencia: abrir espacio a la duda y a la esperanza.

Paso 6. Demorar la decisión suicida y alejarse del peligro.

Paso 7. Favorecer el compromiso con una alternativa de ayuda.

Paso 8. Valorar la evolución

Paso 9. Continuar interviniendo hasta que la persona esté en un lugar seguro.

Paso 1. Actuar de forma calmada, no tener prisa.

Antes de cualquier intervención, el primer acto profesional debe ser mantener la calma en todo momento. Estar ante una posible conducta suicida genera un alto impacto emocional en quien presencia la escena: miedo, urgencia, impulso de actuar rápido. Sin embargo, la precipitación puede aumentar el riesgo.

La calma no es pasividad, es el punto de partida para una intervención eficaz, segura y humanizada.

Para ello, tómate unos segundos para respirar profundamente antes de intervenir. Evitar hablar alto, correr, mostrar tensión o hacer movimientos rápidos.

Paso 2. Aproximación progresiva

Una vez asegurada la escena y garantizada la seguridad del entorno, se iniciará la aproximación a la persona, siempre de forma muy progresiva, calmada y respetuosa, evitando cualquier gesto que pueda generar sobresalto o tensión adicional. La intervención debe centrarse en generar un clima de confianza y acompañamiento, adaptándose al ritmo emocional de la persona.

A continuación, se detallan las principales pautas de aproximación recomendadas en este tipo de situaciones.

PAUTAS DE APROXIMACIÓN INICIAL:

Reducir la estimulación ambiental, por ejemplo, otras personas curiosas en el centro u otros profesionales observando.

No tener prisa, respetar los tiempos.

Usar un tono cálido, pero nunca infantilizador ni paternalista/condescendiente.

Evitar movimientos bruscos, los brazos siempre alto y a la vista y aproximándonos siempre poco a poco.

No interrumpir y tratar de mantener el mismo interviniente a menos que no se sienta capaz de llevar la situación (recordar que no es recomendable más de 2 intervinientes).

Sin acercarse demasiado, se le pregunta: ¿te importa si me acerco?, ¿Aquí te va bien?

¡Importante!

La contención debe ser la última opción. Hay otras alternativas, aunque en determinados casos puede resultar necesario.

La contención física no constituye una intervención terapéutica en sí misma y debe considerarse una medida excepcional y proporcionada, utilizada únicamente cuando exista un riesgo inminente para la integridad de la persona y no sean posibles otras alternativas menos restrictivas.

Su finalidad es garantizar la seguridad en un momento de crisis aguda. No sustituye la intervención clínica posterior ni el abordaje del malestar subyacente.

Siempre que se recurra a esta medida, será necesario realizar posteriormente una explicación clara y respetuosa a la persona sobre los motivos de la actuación, favoreciendo la comprensión y preservando la relación de confianza con el equipo.

En este punto, valoraremos si la persona está aceptando nuestra presencia y está abierta a hablar con nosotros.

Si el profesional que se ha encontrado la escena no tiene buena relación con la persona o no tiene un vínculo con ella, el profesional le sugerirá la posibilidad de que acuda otro compañero/a en su lugar, por ejemplo: “¿Te parece si llamo a mi compañera Marisa para que venga a estar con nosotros y ayudarnos?”

Paso 3. Primer acercamiento emocional: romper el hielo.

Podemos empezar, y como forma de romper el hielo, mostrando interés en cubrir sus necesidades, por ejemplo, si tiene frío, si quiere un café, si quiere agua o necesita algo. Con ello se logra desviar la atención cubriendo una necesidad, así como ayudar a establecer o fortalecer el vínculo con la persona. Otras opciones es preguntarle si está cansado, si quiere un cigarro o si podemos hacer algo por él o ella. No hemos de empezar hablando del suicidio, pero tampoco hay que negarlo.

Paso 4. Facilitar el desahogo emocional: escuchar y validar

Una vez iniciado y roto el hielo, facilitar el desahogo emocional con el objetivo de ayudar a la persona a regularse emocionalmente y bajar la intensidad emocional, así como entender qué ha pasado y por qué se ha llegado a esa situación. En ese desahogo emocional no se trata de desautorizar con frases tipo “No hagas o digas tonterías”, “Déjalo estar” ... sino de validar sus emociones y mostrar interés por ellas.

Preguntar:

¿Qué está pasando para que te sientas así?, ¿Qué te ha llevado a este punto hoy?, ¿Ha sucedido algo especial para que te sientas así?, ¿Ha pasado algo en la residencia o con alguien que te haya hecho sentir tan mal?, ¿Porque quieres quitarte la vida; o suicidarte?, ¿Te ha dolido algo más estos días o te has sentido diferente últimamente?, ¿Por qué piensas que no quieres seguir viviendo?

No usar eufemismos: usar palabra suicidio y naturalizarlo

Este punto tiene como finalidad principal abrir un espacio emocional de confianza y es clave para que la persona sienta que no está sola, que lo que le ocurre merece atención y que su dolor puede ser expresado sin juicio.

Escucha activa

No interrumpir.

No juzgar.

No intentar arreglar inmediatamente la situación.

Acompañar desde el respeto, sin precipitar consejos o soluciones.

Escuchar para entender, no para responder

Ayudar a la persona a regularse emocionalmente

Validar el sufrimiento. Para ello, algunas expresiones como estas ayudan a que la persona se sienta vista, comprendida y respetada en su sufrimiento:

- *“Entiendo que estés atravesando un momento muy difícil.”*
- *“Después de todo lo que has vivido, tiene sentido que te sientas así.”*
- *“Tienes derecho a sentirte así de mal”*
- *“Pensar en el suicidio no significa estar loco ni ser débil. Significa que estás sufriendo mucho y tu mente ha encontrado esta alternativa de solución.”*
- *“Seguramente está soportando más de lo que muchos podrían.”*

En caso de que exponga sus razones para suicidarse, mostrar comprensión ya que estas pueden ser muy potentes: “Yo no he pasado nunca por la situación en la que tú estás, pero creo que si la viviera también lo estaría pasando muy mal”, “No puedo imaginarme cómo es sentirse como ahora que sientes tú, pero si me ayudas (o me cuentas) quizá pueda entenderte mejor”.

Cosas que no se deben hacer:

Evitar frases del tipo: “Te entiendo”, “Me hago una idea”, “Sé por lo que estás pasando”... y no caer en el rol de experto: “Imagino como te sientes”, “Te entiendo” ...

No tratar de usar esta situación para ventilar las propias emociones o ejemplos personales con frases tipo “A mí también me pasó algo parecido”, “Pues a mí también me pasó...”, “A mi familiar también le paso eso...”, ya que este tipo de frases puede legitimar sus emociones y esto restar o subestimar su sufrimiento.

Paso 5. Sembrar ambivalencia: abrir espacio a la duda y a la esperanza.

Tras validar el sufrimiento y ayudar a reducir la intensidad emocional del momento, el siguiente paso es sembrar la ambivalencia, haciéndole comprender a la persona que hay o existen otras alternativas.

Para ello, en un primer momento podemos empezar a ayudar a sembrar la ambivalencia con algunas cuestiones que el ayuden a buscar esas alternativas:

“¿Qué te ha impedido hacerlo hasta ahora?” (conectar la respuesta con razones para vivir), “¿Puede ser que haya otra manera de acabar con tu sufrimiento?”, “¿Cómo sabes que lo vas a conseguir con este método?” o “¿Por qué estás tan seguro?”.

En definitiva, buscar junto a la persona aquello que todavía la conecta con la vida (anclajes a la vida): personas importantes, vínculos, responsabilidades, valores, actividades, recuerdos, proyectos o cualquier otra cosa que siga teniendo significado para ella. No se trata de buscar grandes razones ni de convencerla de que «tiene motivos para vivir», sino de ayudarla a reconocer aquello que, incluso en estos duros momentos, todavía puede actuar como alternativa de solución o factor protector, abriendo así el espacio a la duda. Algunas formas de explorarlo pueden ser:

“Hay algo o alguien que todavía te ayude a seguir adelante?”

“¿Qué cosas o qué personas siguen siendo importantes para ti, aunque ahora todo resulte tan difícil?”

“Hasta ahora, ¿qué te ha ayudado a sostenerte en momentos especialmente difíciles?”

No tirar de anclajes si no sabemos seguro cuáles son ya que podría ser contraproducente, si recurrimos a algún anclaje que sea precipitante.

Por ejemplo, decirle: “Piensa en tus hijos”, y que por ejemplo no haya una buena relación con éstos y precisamente ellos sean el precipitantes del suicidio.

A menos que no tengamos claro cuáles son los anclajes, ¡NO USARLOS!

Si no lo sabemos, podemos tirar de preguntas tipo: “¿Hay alguien por quien merezca la pena vivir?”, “¿A quién sientes cerca de ti ahora mismo?” No subestimar algunas relaciones por ser visitas más esporádicas, o por ejemplo mascotas.

Una vez que se han podido identificar algunos de estos anclajes, se intenta sembrar la esperanza haciéndole ver que hay otras posibles salidas, soluciones o alternativas sin negar que el suicidio sea una salida, porque puede serlo, pero puede que hayan otras más.

Cuando el sufrimiento es muy intenso, las opciones pueden parecer muy reducidas. No se trata de confrontar ni de convencer, sino de romper el automatismo, abrir grietas en el pensamiento absolutista, sembrar dudas y reducir la impulsividad suicida. Se trata de acompañar a la persona a descubrir otras posibilidades puede abrir un pequeño espacio a la duda y, con ella, a la esperanza.

“Hemos acompañado a otras personas en situaciones muy parecidas, y hemos encontrado soluciones y otros caminos que no imaginábamos al principio.”

“Quizá ahora mismo te resulta difícil pensar en alternativas. Y es comprensible. Pero podemos ayudarte a ver otras opciones.”

“Aquí no estás solo. Queremos darte la atención que mereces y la ayuda que necesitas.”

“No se trata de que no se pueda, sino quizás que todavía no sabes cómo se puede”

“¿Qué cosas o soluciones has intentado ya para paliar esta situación?”

En este momento, puede ser recomendable introducir algún tipo de refuerzo positivo sobre cómo esta situación la está gestionando: “El hecho de que hables conmigo y re-consideres tu decisión, a pesar de tu sufrimiento, es muy meritorio e inteligente por tu parte”.

O también reforzaremos de forma positiva todo aquello que hay intentado o las habilidades que haya mostrado hasta el momento, por ejemplo: “Veo que a pesar de todo lo duro que está siendo toda esta situación, veo que conseguiste (o intentaste hacer ... “

En este punto se puede sugerir nuevas alternativas que a lo mejor no se le hayan ocurrido, sin embargo, se debe tratar de no precipitarse en proponer soluciones que la persona puede que ya haya intentado u ofrecer alternativas de manera azarosa.

Paso 6. Demorar la decisión suicida y alejarse del peligro

Una vez abierta la vía del contacto emocional, y abierto el espacio a la duda, el siguiente objetivo es demorar la decisión suicida, y que la persona se aleje de la situación de peligro inminente, si lo está (por ejemplo, de la ventana). En este punto, el propósito no es convencer a la persona de que no se suicide per se, sino aplazar la acción inminente y abrir espacio a la duda y la reflexión.

¿Qué queremos decir con retrasar la decisión suicida?

Retrasar la decisión suicida no implica negar el malestar ni intentar convencer a la persona de que no lo haga. Supone posponer la acción inmediata, abrir espacio al diálogo y permitir que la persona gane tiempo para explorar alternativas, reducir la impulsividad y crear una oportunidad para intervenir clínicamente. Se basa en la premisa de que la persona siempre puede volver a plantearse esta opción.

Estrategias comunicativas recomendadas

Utilizar frases que validen la autonomía, pero inviten a la pausa:

“Sé que es una decisión importante. Solo te pido que la dejes en pausa un momento, y que antes hablemos de lo que te está pasando.”

Normalizar la ambivalencia sin forzar un cambio inmediato:

“No quiero convencerte de nada. Solo quiero entender lo que estás sintiendo y pensar contigo qué otras opciones hay.”

Reforzar la posibilidad de que el acto aún puede esperar:

“Viendo lo que hemos comentado (aquí se menciona las alternativas que hemos mencionado y las anclas que hayamos identificado en el paso 5), ¿crees que podrías darle una oportunidad a todo esto? Siempre podrías hacer lo que estás pensando más adelante”

Claves profesionales

- No confrontar la idea suicida, sino desactivarla parcialmente mediante el aplazamiento.
- No minimizar ni racionalizar en exceso (“Tienes mucho por lo que vivir”), ya que esto puede desconectar emocionalmente a la persona.
- Centrar la intervención en acompañar el malestar presente y generar una pausa en el automatismo suicida.

Paso 7. Favorecer el compromiso con una alternativa de ayuda

Una vez identificadas otras posibles salidas, se buscará que la persona pueda comprometerse con alguna acción concreta que favorezca su seguridad y le permita seguir recibiendo ayuda. Más que centrar la conversación en pedirle que no lleve a cabo la conducta suicida o que posponga su decisión, se trata de acordar con ella qué puede hacer a continuación: aceptar el acompañamiento, permanecer junto a una persona de confianza, hablar con el profesional de la psicología, contactar con un familiar o participar en alguna de las actuaciones que se hayan planteado conjuntamente. El compromiso debe ser claro, concreto, asumible y adaptado a la situación de la persona, poniendo el foco en aquello que sí puede hacer en ese momento y que contribuye a mantenerla segura mientras se continúa trabajando sobre su sufrimiento.

- *“Si te parece, tal y como hemos comentado, quedamos en que vas a esperar a hablar con el profesional de psicología mañana”. Si dice que sí, invitamos a abandonar el lugar/situación de peligro.*
- *“Solo te pido que aguantes un poco más, hasta que compruebes que esto que hemos estado hablando te puede ayudar”*

Si hay resistencia:

Validar:

“Entiendo que no lo veas claro ahora”, y sugerir otras opciones: “Quizá no puedo prometerte nada... pero ¿me permitirías acompañarte un rato más hasta que pensemos juntos?” o “¿Podemos simplemente esperar juntos un rato y ver cómo sigues sintiéndote?”

Paso 8. Valorar la evolución

Señales de alerta desfavorable:

- En caso de ser una precipitación y se coloca dando la espalda al vacío.
- Inquietud psicomotriz, tics, deambulación o agitación.
- Ignora o no responde o se despide del profesional interviniente.
- Gestos de ira o rabia como golpear o apretar los puños.
- Deshacerse de objetos o prendas de ropa.
- Se santigua.
- Si los pies de la persona no están apuntando hacia el interviniente y está apuntando hacia dónde se quiere precipitar o hacia el método que vaya a utilizar, es una señal de peligro.
- Si da señales de cansancio o fatiga extrema, porque la persona se puede desmayar o tener un accidente fatal.

Señales de evolución favorable en la negociación:

- Ha habido un desahogo emocional y nos ha confiado sus razones.
- Disminuye la impulsividad y es capaz de atender al profesional interviniente, se denota que el paso del tiempo juega en nuestro favor.
- Hace alusiones al futuro.
- Actitud colaboradora accede a nuestros argumentos.
- Existen razones para vivir, existe un cierto temor a la muerte o a no conseguirlo y/o de nota o es consciente del impacto en personas significativas y del posible malestar ante las consecuencias para familiares.
- Muestra arrepentimiento.
- Se aparta del peligro.

No hay una fórmula exacta para intervenir ante este tipo de situaciones lo que intentamos es aplicar la lógica, mantener la calma, tener paciencia y sobre todo escuchar mucho y hacerle ver que no es la mejor solución.

Si la evolución es favorable, no olvides reforzar a la persona.

Un abrazo, una mano en el hombro o unas palabras de reconocimiento pueden ser herramientas poderosas.

Puedes decirle: *“Me alegra mucho que hayas decidido quedarte. Gracias por permitirme acompañarte hoy.”*

El refuerzo sincero fortalece el vínculo, genera esperanza y le recuerda que su vida importa.

- No juzgues ni culpes a la persona por haber tenido un intento suicida y evita que ella misma se juzgue o se avergüence por lo ocurrido.
- No sermonees ni dramatices la situación. Lo importante ahora es acompañarla desde la calma, el respeto y la comprensión, para que sienta que su vida sigue teniendo valor y que puede recibir ayuda sin miedo a ser recriminada.

Paso 9. Continuar interviniendo hasta que la persona esté en un lugar seguro

Si de pronto la persona desiste de su actitud, sobre todo si es un cambio repentino, estamos en una situación o en un momento de mayor peligro porque puede haber un impulso suicida; debemos darle tiempo para replanteárselo y aquí podemos emplear la estrategia de un abrazo instrumental, que consiste en abrazarle emotivamente mientras se dice “Cuánto me alegro de que hayas cambiado de opinión”, después se le pasa el brazo por el hombro y se le acompaña para ser atendido en otro lugar.

Nunca bajar la guardia, aunque la persona exprese que se siente mejor o diga que ya no lo va a hacer. Puede estar tratando de aliviar la presión para que el profesional se retire. Es crucial mantener la vigilancia activa durante las horas y días posteriores.

Una vez la situación esté controlada y fuera de peligro, se valorará:

1. Derivación hospitalaria: El equipo sanitario o 112 valore el traslado si lo considera pertinente. En caso de que la persona no esté conforme con este traslado se deberá rellenar el documento de comunicación a fiscalía ([Documento complementario 5.1](#)).
2. En caso de que la persona se quede en el centro se activará y se seguirá el [plan de actuación de nivel de prioridad muy alta](#) (capítulo 3).

¡Importante!

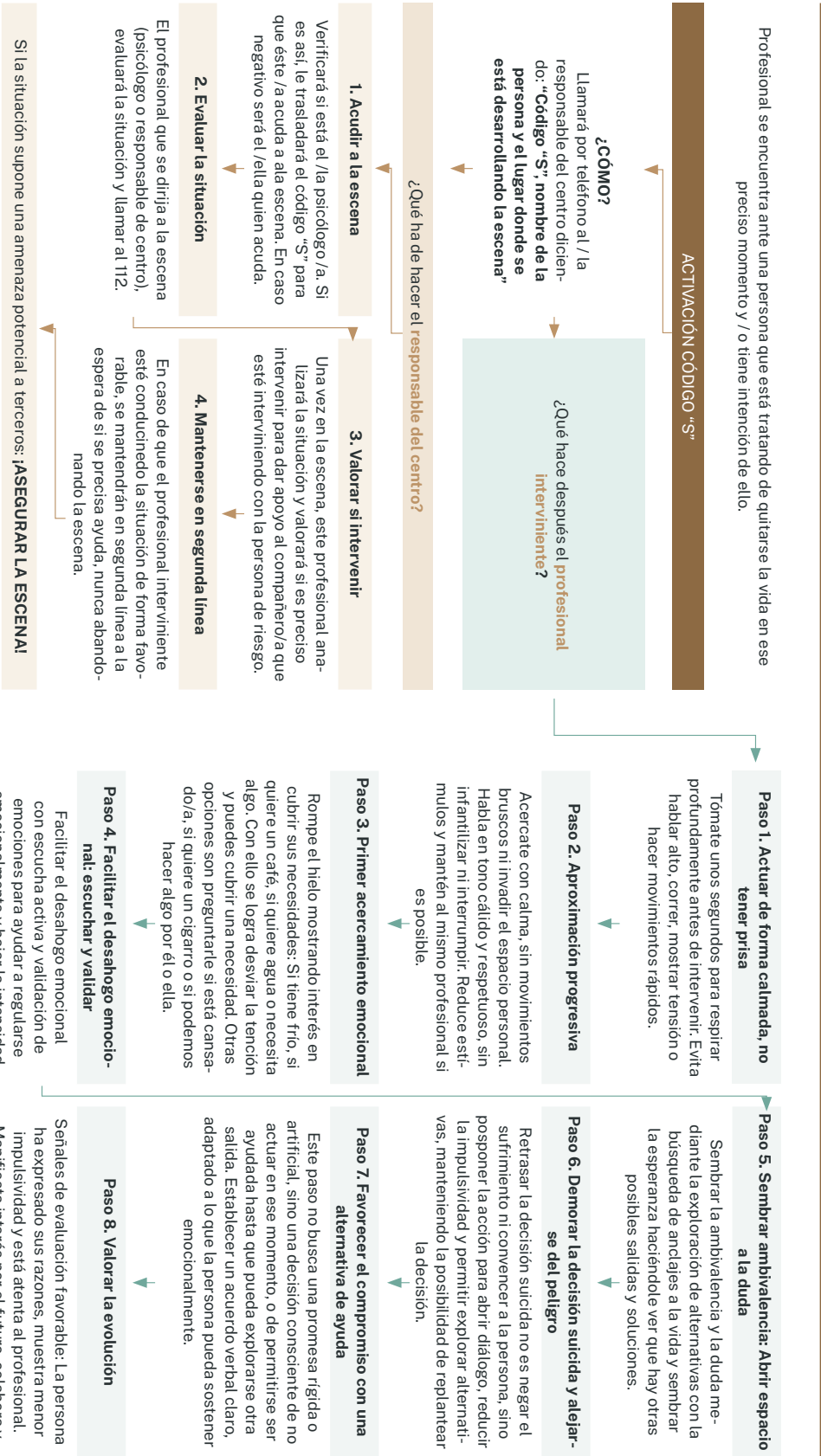
Una vez la persona haya superado el escenario de crisis, el riesgo no desaparece. De hecho, se mantendrá en prioridad muy alta por haber presentado un intento de suicidio reciente por lo que requerirá un plan integral de actuación adecuado para dicho nivel de prioridad, así como activar el Plan de Prevención Personalizado y el Plan de Seguridad (consultar capítulo 3 y 4 para más información).

*Nota

En caso de producirse una situación en la que la persona se encuentre en riesgo inminente de suicidio, no pueda garantizar su seguridad y no exista posibilidad de traslado voluntario, por ejemplo, durante un brote psicótico con riesgo vital, es posible que el equipo sanitario contemple la posibilidad de realizar un traslado forzoso a la unidad psiquiátrica del hospital de referencia. Ante dicha situación, siempre se debe realizar una comunicación a fiscalía para informar de dicho traslado forzoso (Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil). Fuera de estos casos de carácter extraordinario, se priorizará siempre la atención y el acompañamiento dentro del propio centro.

Sin embargo, si interviene el 112, y se realiza el traslado al hospital, será el propio hospital o los servicios de emergencias quienes informen a fiscalía mediante su procedimiento interno. Por tanto, la responsabilidad de la residencia en esta comunicación solo se activa cuando la situación sucede en el centro, sin intervención de emergencias externas, y requiere una medida urgente y excepcional para proteger la vida de la persona.

Actuación ante una escena de riesgo suicida inminente



5.3. Flujograma de activación código S

Consideraciones clínicas importantes

- ▶ No engañar o hacer promesas que no se puedan cumplir (por ejemplo, “No te van a llevar al hospital” si es previsible que sí ocurra; o verbalizar frases tipo: “Ya verás como todo se solucionará”, “Al final no será nada...”, “Todo pasará...”).
- ▶ Cada intento de suicidio aumenta la tolerancia al daño físico y disminuye el miedo a la muerte, por lo que es fundamental intervenir lo antes posible.
 - No confundir precipitantes (el evento visible que desencadena la crisis) con causas reales. El suicidio es un fenómeno multicausal. Se puede explorar con preguntas como:

“¿Qué ha hecho que hoy sea el día?”

“¿Cuál ha sido la gota que ha colmado el vaso?”

“¿Qué es lo que te ha llevado a esta decisión última?”

Estas preguntas también pueden revelar posibles anclajes o vínculos que luego se recogerán en el Plan de Protección Personalizado (PPP). Por ello, es importante tratar de identificar motivos, razones y personas (o mascotas) que son importantes para la persona y que supongan un enganche a la vida o un impedimento para continuar con sus planes; es decir, encontrar los “puntos de anclaje” que luego los trataremos en el PPP.

- ▶ Si existe una carta de despedida, se debe actuar con máximo respeto:
 - No cogerla ni leerla sin consentimiento.
 - Se puede preguntar con sensibilidad: “¿Te importa contarme qué has escrito o a quién va dirigida?”, invitando a que la persona lo comparta de forma verbal.
 - Se puede pedir permiso para leerla e incluso para quedársela y custodiarla.

5.4. Cómo dirigirse después a la persona que ha tenido un intento de suicidio reciente

Las siguientes recomendaciones son válidas tanto para los profesionales como para que estos puedan compartirlas con familiares u otros residentes que tengan dudas sobre cómo dirigirse a la persona que ha realizado un intento de suicidio.

Es importante recordar que, dado que la conducta suicida sigue siendo un tabú en nuestra sociedad, muchas personas no saben cómo dirigirse o entablar una conversación, evitando muchas veces hablar sobre ello.

RECOMENDACIONES

No forzar la conversación	No obligar a la persona a hablar sobre lo sucedido. Permitir que comparta sus sentimientos y experiencias a su propio ritmo. Es importante respetar sus tiempos y su espacio.
Ofrecer presencia	A veces, solo estar presente (sin hablar) es suficiente. Hacer saber a la persona que ella que el profesional está disponible cuando quiera hablar.
Evitar culpabilizar o minimizar	No restar importancia a su dolor ni atribuirlo solo a la edad. Evitar frases como “¿Cómo nos has hecho esto?” o “No es para tanto”. Validar su sufrimiento y mostrar empatía.
Escuchar de forma activa y sin juicio	Escuchar con atención y sin interrumpir. Usar preguntas abiertas como “¿Cómo te has sentido últimamente?” y repetir sus palabras para mostrar comprensión (“Entiendo que te sientes muy abrumado en este momento”).
Promover actividades significativas	Facilitar la participación en actividades que refuercen el sentido de pertenencia y utilidad, adaptadas a sus capacidades físicas y cognitivas.
Mantener la calma y cuidar las emociones	El impacto emocional en el equipo y los compañeros puede ser alto. Buscar espacios de apoyo y acompañamiento profesional si lo necesitas.
Mantener la esperanza	Reforzar la idea de que la recuperación y el bienestar son posibles a cualquier edad.
Apoyar la continuidad del tratamiento	Animar a la persona a seguir con la terapia y el tratamiento médico. Ofrecer ayuda práctica, como acompañarla a las citas o colaborar en su rutina diaria.

Frases útiles

“Estoy aquí para ti, cuando quieras hablar.”

“Lamento mucho que te hayas sentido tan mal. Me alegra que sigas aquí.”

“No tienes que explicarme nada si no quieres, solo quiero que sepas que me importas.”

“¿Cómo puedo ayudarte ahora?”

En el capítulo 7 se muestran posibles recursos de prevención y actuación ante la conducta suicida.

Y recuerda...

El profesional que interviene ante una situación de riesgo suicida inminente NO ES RESPONSABLE si la persona lleva a cabo finalmente el acto suicida y se produce un desenlace fatal. El profesional tiene la responsabilidad de ofrecer acompañamiento, escucha y las medidas de protección disponibles en ese momento.

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO 5.1.

Modelo Comunicación Judicial de Traslado Forzoso ante Riesgo inminente de suicidio.

COMUNICACIÓN JUDICIAL DE TRASLADO FORZOSO ANTE RIESGO INMINENTE DE SUICIDIO

ILMO.SR.JUEZ:

D/Dña _____
en calidad de _____, con número de colegiado
_____ y D.N.I.: _____ con ejercicio profesional
en la Residencia.

Para Personas Mayores Dependientes de _____
dependiente de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, con el debido
respeto.

EXPONE A V.I:

Que en el día de la fecha se ha procedido al traslado forzoso, según el artículo
763 de la Ley de Enjuiciamiento civil, al servicio de urgencias psiquiátricas del
hospital _____
de D/Dña.: _____
con D.N.I.: _____ de _____ de edad y persona
usuaria de este Centro desde _____, por los siguientes
motivos:

Lo que informo a V.I. para su conocimiento, efectos legales oportunos

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo:

ILMO.SR.JUEZ DE GUARDIA



capítulo 6.

Intervención

psicológica ante el riesgo
suicida en personas mayores
que viven en residencias

Introducción

El rol del profesional de la psicología en el contexto residencial es fundamental, no solo en la prevención y manejo del riesgo suicida, sino también para la intervención con personas mayores que, aun presentando un nivel de prioridad bajo, pueden tener dificultades psicosociales como síntomas depresivos, desesperanza, soledad o falta de apoyo, variables que influyen en el bienestar psicológico y en la calidad de vida. En este capítulo se plantea posibles formas de intervenir ante los posibles factores de riesgo, pero también ofrece la oportunidad de promover factores protectores para favorecer una mejor salud mental, fortalecer los recursos personales y prevenir el avance de estados emocionales que podrían derivar en situaciones de mayor vulnerabilidad o riesgo.

6.1. Herramientas de evaluación psicológica

Debe tenerse en cuenta que la entrevista clínica es la principal herramienta de evaluación psicológica para valorar la situación. No obstante, se pueden utilizar cuestionarios como complemento a la entrevista.

A continuación, se presentan algunos de los cuestionarios más empleados y validados en personas mayores, que permiten una exploración más precisa de los factores psicológicos de riesgo y de protección.

preciso intervenir para dar apoyo al compañero/compañera que esté interviniendo con la persona en riesgo.



Escalas útiles para valoración de factores de riesgo	Escalas útiles para valoración de factores protectores
Depresión Yesavage GDS (Geriatric Depression Scale) Evalúa síntomas depresivos en personas mayores, minimizando la influencia de síntomas físicos.	Bienestar psicológico Ryff's Scales of Psychological Well-Being Evalúan dimensiones como autonomía, propósito, crecimiento personal y relaciones positivas.
Desesperanza BHS (Beck Hopelessness Scale) Mide desesperanza, un fuerte predictor de conducta suicida.	Propósito de vida PIL (Purpose in Life Test) Evalúa el sentido de vida y propósito existencial.
DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire Explora la percepción de apoyo social emocional y confidencial.	Bienestar espiritual FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy, Spiritual Well-being) Explora el bienestar espiritual como recurso de afrontamiento.
Soledad UCLA Loneliness Scale Evalúa la percepción subjetiva de soledad	BRCS (Brief Resilient Coping Scale, Sinclair y Kenneth, 2004) Mide la capacidad de recuperación ante la adversidad.
Carga subjetiva INQ (Interpersonal Needs Questionnaire) Mide percepción de carga y falta de pertenencia, factores claves en el riesgo suicida.	Satisfacción con la vida LSI-A / SWLS (Life Satisfaction Index A / Satisfaction with Life Scale) Miden satisfacción vital general.

La administración de cuestionarios con escalas de respuesta tipo Likert (p.ej., “nada de acuerdo” a “totalmente de acuerdo”) puede presentar dificultades para algunas personas mayores con limitaciones cognitivas leves, dificultades visuales o bajo nivel de alfabetización. Para favorecer la comprensión y obtener respuestas más ajustadas a la experiencia emocional de la persona, puede utilizarse una herramienta visual como un termómetro de colores, también llamado escala visual analógica con gradiente cromático.



6.2. Perfiles clínicos de prioridad medio/baja con vulnerabilidad emocional. Características y pautas de intervención.

A continuación, se describen dos casos clínicos a modo de ejemplo, con el objetivo de orientar al profesional y facilitar posibles intervenciones. Estos ejemplos, basados en el estudio de Sales et al., (2026),, resultan útiles como casos orientativos para adaptar la intervención individual a situaciones similares.

¡Importante!

La intervención psicológica debe alinearse siempre con el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP). Esto implica adaptar cada actuación a la historia, valores, necesidades y preferencias de la persona, promoviendo su autonomía, dignidad y sentido de identidad. El perfil clínico es solo una parte: la persona siempre es el centro, dueña de su vida y sus decisiones.

Caso 1

Viñeta clínica

María, 84 años, ingresó en la residencia tras un ictus (dependencia moderada). Se muestra colaboradora en el día a día. Participa en algunas actividades grupales, como el taller de lectura que le encanta porque era maestra y le encantaba leer. En sus interacciones con el personal es muy agradecida, pero también frases como “No quiero molestar” o “Mi hija tiene bastante con su vida”. En las sesiones individuales breves con el profesional de la psicología, aparecen pensamientos recurrentes sobre sentirse una carga para los demás y cierta desesperanza. Conserva intereses, como la educación o la literatura, y mantiene vínculos familiares, pero con cierta distancia emocional por culpa de esa percepción de ser o sentirse un “estorbo”.

Características principales:

- Síntomas depresivos de bajos a moderados
- Percepción de carga significativa (física, emocional o social)
- Conservación parcial de propósito vital y autoeficacia
- Vínculos aún presentes, pero con sentimientos de ser una carga para los demás.

Esta situación es común en personas mayores que requieren ayuda diaria y sienten que su existencia representa un peso para familiares o cuidadores. Suelen tener conciencia de ello, lo que afecta su autoestima y ánimo, pero mantienen cierta conexión con actividades significativas o valores personales.

Objetivos para trabajar en sesión individual

1. Reducir sintomatología depresiva
2. Reducir la percepción de carga desde una intervención emocional y cognitiva.
3. Reforzar el sentimiento de utilidad y sentido de pertenencia en el entorno residencial.
4. Promover un rol activo y valioso dentro del entorno mediante participación significativa.

Plan de intervención:

Psicoterapia individual	Reestructuración de pensamientos distorsionados sobre ser una carga.
	Revisión de valores personales y conexión con lo que aporta.
Intervenciones basadas en el desarrollo de propósito y sentido de vida	Intervenciones grupales, reminiscencia basada en el sentido, tareas útiles dentro de la residencia, diseñadas desde el modelo de AICP y con significado en la historia de vida de cada persona.
Fortalecimiento del vínculo con el equipo y la familia:	Sesiones psicoeducativas con familiares para desactivar discursos de sobreprotección o lástima que refuercen la percepción de carga.
	Favorecer interacciones significativas y recíprocas que refuercen el rol activo de la persona, evitando enfoques asistencialistas.
	Promover espacios donde se reconozcan sus aportes, preferencias y decisiones, tanto en la convivencia diaria como en la relación con sus seres queridos.

Activación emocional y conductual personalizada	Actividades que conecten con su historia de vida, capacidades actuales y sentido del deber o contribución.
Seguimiento individual estructurado	Sesiones periódicas para monitorizar el estado emocional, la evolución de la sintomatología depresiva y el nivel de compromiso con actividades significativas. Comunicación con el equipo profesional para compartir observaciones y asegurar la adecuada evolución del caso.

Caso 2

Viñeta clínica

Joaquín, 87 años, lleva tres años en el centro. Participa de forma pasiva en las rutinas, cumple con lo básico, pero muestra poco interés en las actividades propuestas. Suele permanecer solo, observa sin intervenir y responde con cortesía, pero sin entusiasmo. No verbaliza malestar evidente, aunque con frecuencia dice cosas como “Cada día es igual” o “Uno ya no pinta mucho”. Personal auxiliar comenta que Joaquín rara vez inicia conversación, y que a veces deja la comida a medias. En las sesiones con el profesional de la psicología, no niega sentirse triste, pero le resta importancia diciendo “¿Qué se puede esperar a mi edad?”. No expresa deseos de morir, pero tampoco encuentra sentido a seguir viviendo.

Características principales:

- Síntomas depresivos de bajos a moderados
- Baja percepción de carga
- Escaso sentido de propósito y futuro
- Baja resiliencia y menor tolerancia emocional al malestar

Estas situaciones se observan en personas mayores que, aunque no perciben ser una carga para otros, experimentan un vacío existencial y falta de propósito que afecta su motivación y bienestar emocional. Su actitud suele ser pasiva y desapegada, mostrando escaso interés en las actividades y relaciones, lo que puede conducir a un aislamiento emocional y a una mayor vulnerabilidad frente al malestar psicológico.

Objetivos del plan de acción

1. Reducir sintomatología depresiva
2. Potenciar el sentido de vida y el desarrollo de propósito.
3. Fortalecer la resiliencia y las estrategias de afrontamiento ante el sufrimiento cotidiano.
4. Prevenir el aislamiento

Plan de intervención:

Psicoterapia individual	Intervenir en patrones cognitivos negativos e irracionales, promoviendo la reformulación de creencias sobre el futuro y el valor personal para reducir la desesperanza. Desarrollo de habilidades para la regulación emocional y tolerancia al malestar y desarrollar formas saludables de enfrentar las dificultades cotidianas.
Intervenciones basadas en el desarrollo de propósito y sentido de vida	Trabajar con la persona a partir de su historia de vida, para identificar aquellos aspectos y valores que le dan significado y propósito en su día a día, ayudándole a descubrir pequeños motivos para sentirse útil y conectado.
Estimular actividades creativas y reflexivas:	Proponer actividades que inviten a la expresión personal y la reflexión, adaptadas a los intereses y capacidades individuales, para favorecer el autoconocimiento y la conexión emocional.
Fomentar la integración social y adquisición de vínculos.	Facilitar oportunidades para la interacción y el intercambio emocional con otros, promoviendo un rol activo que contribuya a la sensación de pertenencia y valor personal.
Seguimiento individual estructurado	Sesiones periódicas para monitorizar el estado emocional, la evolución de la sintomatología depresiva y el nivel de compromiso con actividades significativas. Comunicación con el equipo profesional para compartir observaciones y asegurar la adecuada evolución del caso.



6.3. Perfiles clínicos de prioridad medio/alta con vulnerabilidad emocional. Características y pautas de intervención.

Cuando se determine la existencia prioridad de suicidio medio/alto, se plantea la siguiente estrategia de intervención individual, basada en el AIM SP (Assess–Intervene–Monitor for Suicide Prevention), extraído de Al-Halabí y Fonseca (2023), y adaptado de Brodsky et al. (2018).

Este enfoque articula tres fases: Evaluar la ideación y conductas suicidas, Intervenir mediante la co-construcción del Plan de Seguridad y el desarrollo de estrategias de afrontamiento, y Monitorizar de forma continua el estado emocional, garantizando la disponibilidad terapéutica y la coordinación con la red de apoyo.

1. EVALUAR

Exploración explícita y regular del riesgo suicida:

Preguntar directamente por ideación suicida, deseos de muerte, pensamientos pasivos y activos, planificación o intentos previos. Se recomienda realizar preguntas concretas, mediante una entrevista. Además de la escala PAYKEL en su formato entrevista presentado anteriormente en el capítulo 3, se recomienda que, para tomar decisiones clínicas, se hagan mediante evaluaciones más exhaustivas. Es por ello por lo que se precisa de evaluaciones mediante entrevistas más específicas. En el [documento complementario 6.1](#) se muestra un ejemplo de entrevista a modo de guía.

Es importante realizar una evaluación sobre factores de riesgo y protección. Para ello puede usarse herramientas breves y validadas (como las mencionadas en el [epígrafe 7.1](#) de este capítulo) y combinar con la observación del discurso, lenguaje corporal, patrón de retraimiento, funcionalidad y narrativas en sesión.

Valorar fluctuaciones emocionales o situaciones precipitantes recientes como cambios en el estado de salud, pérdida de seres queridos, transiciones dentro del centro o conflictos interpersonales pueden aumentar el riesgo. Tener en cuenta variables propias del envejecimiento, comorbilidades, farmacología, etc. Dolor crónico, deterioro funcional, dependencia, sensación de inutilidad o soledad estructural son factores especialmente relevantes.

Registrar el grado de conexión con el entorno: participación en actividades, vínculos significativos, espiritualidad y percepción de utilidad pueden actuar como moduladores del riesgo.

2. INTERVENIR

- Elaboración del Plan de Seguridad (ver capítulo 4): Se realizará con la persona.
- Intervención emocional centrada en la desesperanza y la sintomatología depresiva: Identificar pensamientos automáticos pesimistas (“Esto no va a cambiar”, “Ya no soy nadie”) y trabajar en su validación y reestructuración. Explorar emociones de inutilidad, vacío o abandono.
- Promover estrategias de regulación emocional: Introducir herramientas de respiración, activación conductual sencilla, reconexión con momentos de sentido o acciones mínimas de Plan de Seguridad (como rutina, contacto sensorial, anclajes).
- Aplicación de intervenciones breves con evidencia para suicidio: [ver el siguiente epígrafe](#).
- Adaptar a las capacidades de la persona mayor: Ajustar ritmo, lenguaje, tiempos y recursos según su estado físico, cognitivo y emocional. Favorecer ejercicios que conecten con su historia personal, valores y legado.

3. MONITORIZAR

- Seguimiento estructurado en sesión individual: Mantener un espacio estable para revisar el riesgo, monitorizar pensamientos de muerte y revisar el PLAN DE SEGURIDAD. Reforzar cualquier cambio positivo, por mínimo que sea.
- Flexibilidad en momentos de mayor riesgo: Estar disponible (en la medida de lo posible) para contactos adicionales en momentos especialmente vulnerables: aniversarios, cambios de salud, conflictos, etc.
- Involucrar a la red de apoyo (formal e informal): Informar al equipo interdisciplinar y familiares, siempre con consentimiento de la persona, sobre signos de alerta y estrategias acordadas en el PLAN DE SEGURIDAD.
- Coordinación clínica y derivación si es necesario: Valorar junto con equipo sanitario el recurso a psiquiatría, unidades de salud mental u otros dispositivos externos si el riesgo aumenta o se vuelve inabordable desde el recurso residencial.
- Documentar y registrar evolución adecuadamente: Registrar cada evaluación del nivel de prioridad, las decisiones clínicas tomadas, intervenciones aplicadas y acuerdos con la persona en la hoja de seguimiento individual o en el software de la residencia (p.ej. Resiplus).

6.4. Intervenciones psicoterapéuticas aplicables a la prevención de la conducta suicida y a la promoción de factores protectores

La evidencia específica sobre intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a la conducta suicida en personas mayores es todavía limitada (Connors et al., 2025). La mayor parte de los estudios se han desarrollado en población adulta general, por lo que muchas de las intervenciones actualmente utilizadas en la vejez proceden de esa evidencia previa y requieren adaptación clínica al contexto del envejecimiento y, especialmente, al entorno residencial.

En conjunto, la evidencia disponible apunta a que no existe una única intervención válida, sino que los enfoques más eficaces son aquellos basados en una evaluación individualizada y en la aplicación de intervenciones estructuradas adaptadas a la persona, centradas en el significado del malestar y en su contexto vital. Entre las intervenciones con mayor respaldo se encuentran la cognitivo-conductual, interpersonal y la centrada en la resolución de problemas, junto con otros abordajes que incorporan dimensiones emocionales, relacionales y de sentido de vida (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023; Al-Halabí et al., 2024; Ministerio de Sanidad, 2012; NICE, 2022).

Concretamente, y por lo que respecta a personas mayores, la literatura destaca modelos de intervención multicomponente, continuados y colaborativos, que combinan estrategias a nivel individual, social y organizativo. En particular, destacan las intervenciones dirigidas a variables como la depresión, la desesperanza, el aislamiento social y la pérdida de sentido de vida, así como la relevancia de la coordinación entre profesionales y el seguimiento activo en la reducción de la ideación suicida. Si bien otras intervenciones, como determinados programas comunitarios o de apoyo continuado, han mostrado resultados prometedores, la evidencia sigue siendo heterogénea y en algunos casos limitada (Connors et al., 2025; Okolie et al., 2017).

No obstante, en el contexto residencial la evidencia directa sigue siendo escasa, lo que hace especialmente necesario un abordaje clínico flexible, individualizado y contextualizado. En este sentido, no se propone una intervención única, sino una selección de enfoques terapéuticos que deben adaptarse a la historia de vida, las capacidades, las necesidades y los valores de cada persona, integrando siempre la intervención psicológica dentro del trabajo interdisciplinar del equipo.

A continuación, se presentan las principales intervenciones psicoterapéuticas organizadas en función de su grado de respaldo empírico y su aplicabilidad clínica en personas mayores.

¡Importante!

La aplicación de los modelos psicoterapéuticos descritos requiere formación específica. La elección de una u otra intervención psicoterapéutica debe realizarse en función de las características individuales de la persona, sus necesidades, preferencias y contexto vital, así como de la formación específica, competencia y estilo profesional de cada uno. No todos los enfoques son adecuados para todos los casos, y su uso debe adaptarse de forma ética y personalizada.

6.4.1. Intervenciones con mayor respaldo empírico y especial interés en personas mayores.

Terapia Cognitivo-Conductual para la prevención del suicidio

Se centra en identificar y modificar pensamientos disfuncionales asociados a desesperanza, inutilidad o percepción de carga, así como en desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas. Incorpora técnicas de resolución de problemas, prevención de recaídas y elaboración de planes de seguridad. Es la intervención con mayor respaldo empírico en conducta suicida en población adulta y constituye una referencia clave también en personas mayores, especialmente cuando se integra con planes de seguridad y seguimiento continuo.

Terapia Interpersonal adaptada a personas mayores

Focalizada en las relaciones interpersonales, el duelo, los cambios de rol y el aislamiento social. Resulta especialmente pertinente en la vejez, donde las pérdidas acumuladas, la soledad o los cambios vitales tienen un papel central. Ha mostrado resultados prometedores, especialmente en el abordaje del duelo, el aislamiento social y las transiciones vitales, contribuyendo a la reducción de la ideación suicida y a la mejora del ajuste emocional.

Terapia de Resolución de Problemas

Ayuda a la persona a identificar dificultades concretas, generar alternativas y tomar decisiones de forma estructurada. Es especialmente útil en personas mayores con sensación de bloqueo, desesperanza o dificultades para afrontar cambios y pérdidas, y aparece de forma consistente en la literatura como una intervención relevante en esta población, especialmente en contextos de depresión y riesgo suicida en personas mayores.

Modelos de atención colaborativa

No constituyen una terapia en sentido estricto, sino un modelo de intervención basado en el trabajo coordinado entre profesionales (de la medicina, psicología, enfermería, ...). Han mostrado eficacia en la reducción de la ideación suicida al abordar de forma conjunta la depresión, los problemas de salud y los factores psicosociales, siendo uno de los enfoques con mayor respaldo empírico en población mayor y especialmente relevantes en este grupo, que suele mantener un contacto frecuente con el sistema sanitario.

En el contexto residencial, este enfoque adquiere un valor especialmente significativo, ya que las residencias cuentan de forma inherente con equipos interdisciplinarios que permiten una intervención continuada, coordinada y cercana a la persona. Esto facilita la detección precoz, el seguimiento diario y la implementación de estrategias compartidas entre profesionales, elementos clave en la prevención y el abordaje de la conducta suicida en personas mayores.

6.4.2. Intervenciones clínicamente pertinentes y aplicables en personas mayores

Estas intervenciones cuentan con menor respaldo empírico específico en conducta suicida en personas mayores, pero han mostrado utilidad clínica en variables relevantes como la regulación emocional, los vínculos interpersonales o el sentido de vida.

Terapia Dialéctico-Conductual

Aunque originalmente diseñada para trastornos de personalidad, la DBT ha mostrado utilidad en adultos mayores con dificultades en la regulación emocional, sentimientos de vacío y desesperanza. Su aplicación adaptada incluye técnicas de tolerancia al malestar, regulación emocional, atención plena (mindfulness) y habilidades interpersonales, facilitando el afrontamiento de situaciones estresantes sin recurrir a conductas disfuncionales.

Terapia de Aceptación y Compromiso

Promueve la aceptación del malestar y la acción orientada a valores personales. Resulta especialmente adecuada en personas mayores con dolor crónico, enfermedad o limitaciones funcionales, facilitando una relación diferente con el sufrimiento y favoreciendo la implicación en actividades significativas, incluso en contextos de pérdida o limitación funcional.

Psicoterapia Analítica Funcional

Se centra en el análisis de la conducta dentro de la relación terapéutica, utilizando la interacción entre profesional y persona como contexto de cambio. Permite trabajar patrones interpersonales problemáticos como la desconexión emocional o la dificultad para pedir ayuda, favoreciendo el desarrollo de vínculos más seguros y funcionales.

6.4.3. Intervenciones centradas en el sentido de vida

Incluyen abordajes orientados a explorar valores, propósito y significado vital. Aunque no cuentan con el mismo nivel de evidencia empírica específica en conducta suicida que otras intervenciones, el sentido de vida se ha identificado como un factor protector relevante en personas mayores, asociado a menor ideación suicida y mayor bienestar. Por ello, su abordaje resulta clínicamente pertinente, especialmente en contextos de pérdida, vacío existencial o falta de propósito.

Contexto:

Persona mayor en residencia

Objetivo:

Comprender qué función cumplen los pensamientos de muerte en la experiencia de la persona y abrir alternativas de acompañamiento.

1. Apertura:

Comprender antes que evaluar (exploración del sentido, no detección de síntomas)

Profesional: “me gustaría que habláramos con calma de cómo se está sintiendo últimamente... quizás juntas podamos comprender qué te está pasando...”

2. Identificación del problema vivido (no del “síntoma”)

Profesional: “¿qué es lo que ahora mismo te está resultando más difícil de llevar en su día a día?” o “¿qué situaciones son las que más te desbordan últimamente?” o “¿qué es lo que más te hace sufrir de esta etapa?”

Persona mayor: “todo... no controlo nada. Aquí deciden por mí.”

Profesional: “cuando te sientes así, sin control, ¿qué emociones suelen aparecer con más fuerza?” o “¿qué es lo que más duele emocionalmente de todo esto?”

Persona mayor: “rabia... y cansancio. Mucho cansancio.”

Profesional (devuelve y valida la experiencia): “entiendo... rabia por cómo están siendo las cosas... y cansancio de tener que soportarlo.”

3. Introducción de los pensamientos de muerte como respuesta al sufrimiento

Profesional: “a veces, cuando una persona se siente tan desbordada o cansada, pueden aparecer pensamientos de no querer seguir, o de desaparecer. ¿Te ocurre algo así en esos momentos?” (pregunta directa, contextualizada y no alarmista).

Persona mayor: “sí... a veces pienso que, si no estuviera aquí, todo se acabaría.”



4. Exploración funcional: ¿para qué sirve ese pensamiento?

Profesional: “cuando aparece ese pensamiento, ¿qué crees que cambiaría si no tuviera que seguir viviendo?” o “¿qué problemas dejarían de estar ahí?”

Persona mayor: “no tendría que aguantar esto. Ni sentirme así.”

Profesional (formulación funcional como solución, no confrontativa): “entonces, por lo que me dices y por lo que veo que estás sufriendo, ¿es posible que, de algún modo, pensar en morir sea una forma de evitar enfrentarse a este sufrimiento.”

5. Función reguladora del pensamiento suicida

Profesional: “¿suele aparecer ese pensamiento justo cuando el malestar es más intenso?” o “¿es posible que pensar en la muerte te ayude a calmarte un poco, aunque sea momentáneamente?”

Persona mayor: “sí... cuando pienso eso, al menos paro de darle vueltas.”

Profesional (reconocimiento, pero sin validar el acto): “tiene sentido... cuando el dolor aprieta mucho, a menudo buscamos alguna forma de aliviarlo o de tener control.”

6. Desesperanza aprendida y bloqueo

Profesional: “¿has intentado otras maneras de manejar ese malestar antes?”

Persona mayor: “sí, pero nada funciona.”

Profesional: “¿y eso te hace pensar que ya no hay salida posible?”

Persona mayor: “exacto.” (aquí aparece el núcleo del riesgo: sufrimiento + desesperanza + falta de alternativas).

7. Apertura a alternativas sin imponer esperanza

Profesional: “Antes de llegar a ese punto, ¿podemos ver qué estás haciendo para tratar de resolver esa sensación de falta de control y ver si hay algo que funcione mejor, y que no implique que tenga que morir?” o “antes de llegar a hacerse daño o desaparecer, ¿te parecería bien que miráramos juntos si hay otras formas de aliviar ese sufrimiento?” o “no te propongo soluciones mágicas, pero me gustaría que pudiéramos ver juntas si hay algo que le ayude un poco más que esto y te produzca menos malestar.”

Persona mayor: “bueno... supongo que sí.”

Claves del enfoque

- No preguntamos solo si hay ideación, sino qué función cumple.
- El foco no es la conducta, sino la experiencia que intenta regular.
- El pensamiento suicida se entiende como respuesta comprensible a un sufrimiento vivido como incontrolable.
- La intervención inicial no es “quitar la idea”, sino ampliar el repertorio de alivio.



capítulo 7.

Duelo por suicidio

claves para acompañar a familiares,
residentes y profesionales

Introducción

La muerte por suicidio tiene un impacto profundo y singular en quienes quedan atrás. En el contexto residencial, esta experiencia afecta no solo a familiares, sino también a otros residentes y a los profesionales del centro. Acompañar adecuadamente el duelo por suicidio implica reconocer su complejidad emocional, social y psicológica, así como ofrecer espacios seguros. Este capítulo ofrece orientaciones prácticas para que los profesionales puedan acompañar a las personas afectadas, favorecer procesos de duelo saludables y prevenir el estigma, el aislamiento o el contagio emocional en la residencia.

Recuerda que, tal y como se mencionó en el capítulo 1, un superviviente es la persona que ha perdido a un ser querido por suicidio y afronta las consecuencias emocionales, sociales y psicológicas de esa pérdida.

7.1. Cómo dar la noticia a los supervivientes

La notificación debe realizarse siempre de manera presencial, en un espacio íntimo y tranquilo, y por parte de dos personas: una con formación psicológica y otra que sea un referente para el entorno (por ejemplo, la dirección del centro).

Es fundamental utilizar un lenguaje claro y directo, pero también respetuoso y humano, evitando tecnicismos, eufemismos o detalles innecesarios que puedan generar confusión o aumentar el impacto emocional. La honestidad debe ir acompañada de contención emocional, permitiendo que la persona reaccione, exprese su dolor y formule preguntas. No se deben imponer interpretaciones ni acelerar el proceso de asimilación de la noticia. No dar la noticia e irnos, es importante permanecer al lado de las personas que han recibido la noticia.

Es importante no ocultar la verdad, pero sí cuidar el modo y el momento en que se transmite. Se debe ofrecer apoyo emocional inmediato y crear un espacio donde puedan expresarse las emociones sin juicios ni presiones.

expresar un dolor emocional intenso y dificultades en la regulación del malestar. Este aspecto es importante ya que permite acompañar desde la comprensión, no desde la patologización.

Qué decir y qué evitar al comunicar un suicidio:

Frases recomendadas	Frases a evitar
“Tengo que darte una noticia muy difícil...”	“Tenemos que hablar de algo” (demasiado vago o ambiguo)
“Ha fallecido [nombre]. Se ha quitado la vida.”	“Se nos ha ido”, “Tuvo un accidente”, “Ya no está”
“Sé que es un impacto muy grande. Estoy aquí para acompañarte.”	“Tienes que ser fuerte ahora”
“Es normal que tengas muchas emociones y preguntas.”	“No pienses en eso ahora” / “No llores”
“Puedes decir lo que necesites, no estás solo/sola.”	“Tienes que mantener la calma”
“Estoy aquí para escucharte cuando lo necesites.”	“Él/Ella lo quiso así”
“Vamos a estar pendientes de ti en los próximos días.”	“Hay que pasar página. Ahora no podemos hacer nada”

7.2. Cómo viven las personas el duelo por suicidio: aspectos emocionales, cognitivos y sociales

Cuando una persona se suicida, el proceso de duelo presenta características diferenciales respecto a otros tipos de pérdida. En este contexto, no solo aparecen emociones intensas, sino también pensamientos recurrentes y cambios en la forma de relacionarse con los demás. Todo ello puede hacer que el proceso sea especialmente complejo, generando reacciones emocionales, cognitivas y sociales que requieren una atención cuidadosa.

A. Aspectos emocionales.

Culpa

Suele ser la emoción más frecuente, y también una de las más dolorosas y persistentes.

Lo más común en los primeros momentos es el ¿por qué ocurrió? Es muy difícil aceptar la idea de que nunca se sabrán los verdaderos motivos que le llevaron a tomar esa decisión.

¿Y si hubiera hecho algo diferente? Esta pregunta puede volverse constante y dolorosa, alimentando la culpa, aunque en realidad nunca se sabrá si otra acción habría cambiado el resultado.

Rabia

El enfado es otra reacción habitual, que suele aparecer desde los primeros momentos y con gran intensidad. A menudo resulta complicado reconocerlo o compartirlo, ya que socialmente se percibe como inadecuado.

Vergüenza

Muchas personas sienten que los demás las observan y las juzgan, incluso quienes están más cerca, como amigos o familiares. Esta percepción puede generar una fuerte sensación de vergüenza, haciendo que eviten hablar de lo sucedido o que se aíslen emocionalmente.

Otras reacciones emocionales típicas son:

- Shock o bloqueo emocional
- Negación
- Incredulidad o incomprensión
- Dolor, pena, desesperanza

B. Aspectos cognitivos.

	Culpa	Rabia	Vergüenza
Familiares	“Si hubiera venido a visitarle más seguido, quizá no se habría sentido tan solo.”	“¿Cómo pudo hacernos esto? Nos dejó con tanto dolor y sin respuestas.”	“Siento que la gente nos mira diferente, como si hubiéramos fallado como familia.”
Compañeros	“Él me lo insinuó una vez... ¿y si le hubiera prestado más atención?”	“Me enfada que se fuera así, sin decir nada... ¿acaso nuestra amistad no significaba nada?”	“Los otros residentes cuchichean... como si algo estuviera mal en quienes éramos cercanos a él.”
Profesionales	“Noté que algo iba mal, pero pensé que solo era un mal día. Debería haber hecho algo”	“Dedicamos tanto tiempo a su cuidado... y aun así tomó esa decisión. Me siento traicionado.”	“Me siento juzgado por mis compañeros, como si se esperara que lo hubiera previsto y evitado.”

C. Aspectos sociales.

Además, pueden aparecer cambios en la relación con el entorno:

- Tendencia al aislamiento social
- Evitación de conversaciones sobre lo ocurrido
- Sensación de incompreensión por parte de los demás
- Dificultad para pedir ayuda o compartir el malestar

Es importante que cuando acompañemos a un superviviente al suicidio le transmitamos que todas las emociones son válidas; la persona doliente debe darse permiso para sentirlas y expresarlas.

Como profesionales, tenemos que conocer las reacciones más frecuentes ante estas situaciones y ofrecer un acompañamiento respetuoso y comprensivo. Algunos consejos:

- Hablar con naturalidad sobre la persona fallecida, sin contribuir a que el suicidio se convierta en un tema prohibido.
- Dar espacio a que las personas expresen libremente su dolor y sus emociones, sin intentar minimizarlas o corregirlas.
- Ser cuidadosos y no solicitar detalles específicos sobre las circunstancias en las que ocurrió la muerte.
- Mantener una actitud libre de juicios, evitando conjeturas o valoraciones sobre las posibles razones del suicidio.
- No dejar que nuestra propia sensación de impotencia se convierta en una barrera para acompañar a quienes están en duelo.
- Comprender que la búsqueda de explicaciones puede ser persistente.

7.3. Plan de acompañamiento a los supervivientes

¿Quiénes son los y las supervivientes?

En el contexto de una residencia de personas mayores serían tanto los familiares de la persona que se ha suicidado, como los residentes que convivían con él o ella, como los profesionales que le atendían en el día a día.

Este plan de acompañamiento se estructura en cuatro fases complementarias, que van desde la intervención inmediata hasta la recuperación e integración institucional; es una guía clara para responder ante un suicidio en el centro, atendiendo a las necesidades emocionales, organizativas y preventivas que puedan surgir.

FASE 1: Intervención inmediata (24h-48h)

Objetivos

- Reconocer y comunicar la muerte por suicidio con sensibilidad.
- Establecer atención emocional inmediata y medidas organizativas.

Responsable principal

Dirección del centro y profesional de la psicología

Acciones

1. Notificación del fallecimiento

- Comunicación oficial del suicidio a familiares directos (por Dirección y profesional de la psicología del centro).
- Comunicación interna al equipo profesional (dirección)
- Comunicación al resto de residentes del centro (profesional de la psicología).

2. Atención emocional inmediata

- Primer acompañamiento emocional a familiares, equipo profesional y residentes.

3. Medidas logísticas y preventivas

- Evitar la exposición innecesaria del suceso ante otros residentes vulnerables.
- Detección de residentes con indicadores previos de riesgo psicológico.

FASE 2: Acompañamiento emocional y ritual despedida (Primera semana)

Objetivos

- Facilitar un espacio seguro para la expresión emocional.
- Prevenir respuestas traumáticas o bloqueos emocionales.
- Aportar sentido y cierre a través de un acto simbólico.

Responsable principal

Profesional de la psicología.

Acciones

1. Atención continuada a supervivientes de riesgo

- Supervisión y seguimiento frecuente de personas con antecedentes de salud mental, duelos recientes o lazos significativos con la persona fallecida.

2. Acompañamiento emocional por parte del profesional de la psicología si se precisa

- Disponibles para familiares, profesionales afectados y residentes con vínculo estrecho.

3. Espacios de despedida y apoyo grupal

- Ofrecer la opción al grupo de participar en rituales o actividades simbólicas adaptadas de despedida realizadas en el propio centro.
- Posibilidad para allegados de asistir a actos oficiales de despedida, si así lo desean.
- Facilitar espacios grupales de apoyo emocional donde los participantes puedan expresar y compartir sus emociones en un ambiente seguro y respetuoso

4. Coordinación y comunicación interna

Se establecerá un canal de comunicación, a través del Libro de comunicaciones, para que el equipo pueda trasladar información relevante con el fin de identificar necesidades emergentes y facilitar la detección de situaciones de riesgo.

En el [documento complementario 7.1](#) se ofrece un ejercicio de despedida a modo de ejemplo para facilitar al profesional de la psicología el manejo de esta fase

FASE 3: Elaboración del duelo (2-8 semanas)

Objetivos

- Favorecer el procesamiento emocional y el sentido de la pérdida.
- Evitar que el suicidio se convierta en un tabú o fuente de culpa prolongada.

Responsable principal

Profesional de la psicología.

Acciones

1. Seguimiento semanal supervivientes en riesgo

Continuar con un seguimiento ajustado para personas con mayor vulnerabilidad o riesgo, adaptando el apoyo según la evolución emocional.

2. Recuperación gradual de la normalidad

Promover la vuelta paulatina a las actividades habituales del centro, equilibrando la continuidad con espacios específicos para el duelo y la reflexión con quien lo precise.

3. Orientación y derivación a recursos externos

Ofrecer información y apoyo para acceder a servicios psicológicos o sociales externos si fuera necesario.

*Nota

En el siguiente capítulo 8 se puedes encontrar recursos de interés para supervivientes.

Fase 4: Evaluación, integración y cierre institucional (2-4 meses)

Objetivos

- Evaluar la gestión del suceso para fortalecer la respuesta del centro.
- Integrar lo sucedido en la dinámica del centro, con respeto, para favorecer el aprendizaje y la prevención.

Responsable principal

Equipo interdisciplinar

Acciones

1. Revisión y actualización de protocolos

- Realizar una evaluación del manejo del suceso.
- Identificar buenas prácticas y aspectos a mejorar, involucrando a todo el equipo.

2. Informe de cierre institucional

- Elaborar un documento detallado que recoja las fases de intervención, recursos utilizados, resultados observados y recomendaciones para futuras situaciones similares.

7.4. Acompañamiento a la familia

El suicidio de una persona mayor en una residencia genera un impacto emocional profundo en sus familiares. El papel de los y las profesionales no es dar explicaciones ni respuestas, sino ofrecer un acompañamiento seguro, empático y respetuoso en un momento de extrema vulnerabilidad.

Algunas recomendaciones generales:

1. Respetar su derecho a decidir qué contar y cómo vivir el duelo. No forzar el diálogo. A veces, estar presente, escuchar y sostener el momento es más útil que dar explicaciones. Un simple abrazo puede ser reconfortante.
2. Proteger su intimidad incluso cuando el hecho sea público: evitar hacer co-

mentarios innecesarios o suposiciones delante de otros; apoya el derecho de los familiares a controlar la narrativa de lo sucedido; evitar etiquetas o explicaciones reduccionistas.

3. Evitar juicios y comentarios que puedan aumentar el estigma: frases como “No lo vimos venir” o “¿Por qué no lo dijo antes?” o frases como: “Él/ella quiso que fuese así”; “Hay que ser fuertes”; “Todo pasará” pueden resultar dolorosas o culpabilizantes; validar su dolor sin intentar buscar causas o responsabilidades.

4. Aceptar las diferencias dentro de la familia; No todos los miembros de la familia reaccionarán igual, puede haber desacuerdos, bloqueos emocionales o incluso silencios. El papel del profesional es no tomar partido, sino contener el proceso emocional de todos con equidad.

5. Detectar cuándo el entorno se vuelve hostil o culpabilizante: si se observa que personas del entorno están juzgando o culpando al núcleo familiar, ayudar a tomar distancia emocional y recordar su derecho a protegerse.

Sugerencias para el profesional de la psicología:

Sugerir ayuda externa cuando sea necesario: si se detecta que el entorno familiar no está pudiendo sostener el dolor, orientar (sin imponer) hacia recursos específicos, cómo asociaciones de supervivientes, grupos de duelo por suicidio o ayuda psicológica profesional.

Activar protocolos si se detecta riesgo emocional en algún familiar o allegado de la persona dentro del centro: observar señales de alerta como desesperanza profunda, ideación suicida, retraimiento extremo o verbalizaciones preocupantes.

Es importante recordar que se puede sobrevivir al dolor. Tal vez haya momentos en que no parezca posible, pero lo es.

7.5. Acompañamiento al grupo de residentes

Recomendaciones generales:

1. Dar información clara, adaptada y veraz: Ofrecer una comunicación controlada y respetuosa sobre lo ocurrido. Evitar el secretismo o los rumores, que pueden aumentar el malestar. Aclarar que el suceso no fue responsabilidad de nadie (ni de los compañeros ni del personal). Tener en cuenta adaptar el contenido a las

capacidades cognitivas y emocionales del grupo, usando un lenguaje sencillo, respetuoso y sin detalles morbosos.

2. Cuidar el entorno emocional comunitario: Evitar el estigma y los rumores dentro de la residencia. Evitar hablar sobre el método. Promover una comunicación clara y respetuosa para crear un clima de seguridad emocional.
3. Respetar los tiempos y la voluntad de hablar de cada persona: Escuchar sin presionar. Cada persona tiene su propio ritmo y derecho a decidir cuándo y cuánto desea compartir. Ofrecer compañía sin invadir; estar disponible sin forzar el contacto.
4. Evitar forzar versiones o detalles de lo ocurrido: Permitir que cada persona hable desde su necesidad, sin empujarlo a revivir el evento ni llenar vacíos con suposiciones.
5. Identificar y fortalecer redes de apoyo positivas: Facilitar el contacto con personas del entorno que ofrezcan acompañamiento emocional. Si existen vínculos que generan malestar o culpa, ayúdale a tomar distancia y protegerse emocionalmente.
6. Normalizar las diversas formas de duelo: No todos expresan su dolor igual. La tristeza, la rabia, la desconexión emocional o incluso la aparente indiferencia pueden ser respuestas normales.
7. Hablarle de la existencia de recursos externos de apoyo si lo necesita: Grupos de ayuda para supervivientes o espacios guiados de duelo pueden ser de gran ayuda.
8. Reforzar la seguridad emocional y la sensación de cuidado: Aumentar la presencia del personal en los espacios comunes durante los días posteriores.
9. Mantener/promover actividades cotidianas estructuradas (manualidades, música, paseos) para recuperar una sensación de rutina y estabilidad.
10. Transmitir disponibilidad por parte del equipo (“Estamos aquí si necesitáis hablar”).
11. Prevenir efectos imitativos: Evitar glorificar o idealizar el acto. No presentar el suicidio como una “salida” o una reacción comprensible. Si hay residentes vulnerables, incrementar la vigilancia y el apoyo durante las semanas siguientes.

¡Importante!

Observar signos de sufrimiento profundo o riesgo: Poner atención a señales de aislamiento extremo, desesperanza, alteraciones del sueño o alimentación, y pensamientos suicidas. Derivar al profesional de psicología si lo detectas.

7.6. Recomendaciones para los y las profesionales

Reconocer la complejidad: Como profesionales, debemos partir de la base de que no hay una sola causa que explique el suicidio. Se trata de un fenómeno complejo y multifactorial. Nuestra labor no es encontrar “la razón”, sino comprender que, incluso en relaciones cercanas, siempre habrá espacios íntimos que la persona decide no compartir. A veces por no sentirse comprendida, otras por protegernos, o simplemente porque forma parte de su derecho a la privacidad.

Evitar la autoexigencia retrospectiva: Es importante aceptar que no teníamos toda la información ni las herramientas necesarias en su momento. Aunque hoy podamos identificar señales que entonces pasamos por alto, en aquel presente no éramos conscientes de lo que estaba ocurriendo. Culpabilizarnos con la perspectiva que nos da el tiempo solo alimenta una carga emocional injusta e inmovilizante.

Aceptar nuestros límites: La prevención del suicidio es posible, pero no absoluta. Aun habiendo estado atentos, habiendo modificado rutinas o fortalecido la escucha, no siempre está en nuestras manos evitar un desenlace trágico. No somos omnipotentes. Nuestra tarea es acompañar, no controlar.

Ser compasivos con nuestro “yo” del pasado: Juzgar con dureza nuestras decisiones pasadas desde el conocimiento que hoy poseemos es un error. El profesional que éramos entonces actuó con los recursos disponibles. Hoy sabemos más, pero eso no invalida el esfuerzo ni el compromiso de aquel momento. La autocompasión es también una forma de cuidado profesional.

Recuerda...

El acompañamiento profesional no siempre implica tener respuestas, sino acompañar a la persona y ofrecer presencia, escucha y una red segura donde el otro pueda sostener su dolor sin juicio.

Si finalmente ocurre, no es culpa de nadie. Cada profesional hace lo que está en sus manos con profesionalidad y humanidad.

A continuación, se presenta una carta escrita por personas que también han perdido a un ser querido por suicidio. A través de sus palabras, ofrecen comprensión, acompañamiento y esperanza a quienes atraviesan este difícil proceso. En ocasiones, descubrir que otras personas han vivido experiencias similares puede ayudar a disminuir la sensación de soledad y favorecer el inicio del camino de recuperación.

Carta Fundación Americana para la Prevención del Suicidio (AFSP):

Querido amigo:

Te escribimos como compañeros supervivientes que han perdido por suicidio a seres queridos y amigos. Somos de todas partes del país. Nos parecemos a ti. Algunos de nosotros somos supervivientes desde hace poco, otros perdieron a sus seres queridos hace algunos años y los hay que son supervivientes desde hace décadas. Cada uno de nosotros ha luchado a su manera con el dolor y la complejidad de una pérdida por suicidio.

[...]

Cuando los supervivientes de suicidio se reúnen, se siente un doloroso abrazo de comprensión. Es terapéutico e infunde esperanza ver en los ojos de otra persona el lugar en el que estás ahora o en el que estarás. El peso de la pérdida y la soledad, el dolor y el duelo, la ira y las preguntas, la tristeza y la culpa nos pertenece a todos.

Cuando nos mantenemos unidos y expresamos nuestros sentimientos, comenzamos a recuperarnos. Cuando nos unimos y hablamos, nos sentimos menos solos. Escuchamos nuestras dudas y preocupaciones expresadas en voz alta por otras personas, y nos consuela que alguien nos comprenda. La intensidad de nuestros dolorosos pensamientos disminuye cuando son expresados y compartidos.

La recuperación no es una evolución ordenada. De un modo u otro tropezamos y avanzamos, y cuando nos atrevemos a mirar hacia atrás, vemos las muchas y pequeñas maravillas que han marcado nuestro camino. Tal vez fue un abrazo que no sentimos por estar demasiado entumecidos, un libro que no absorbimos por estar demasiado dispersos, una tarjeta que no leímos porque nuestros ojos empañados de lágrimas no nos lo permitieron, una anécdota sobre nuestro ser querido que escuchamos con angustia y gratitud al mismo tiempo. Son estas cosas las que nos nutren y nos levantan.

Como compañeros supervivientes de suicidio te instamos a que recuerdes estas cosas, que son pocas, pero importantes:

No estás solo.

Existen recursos y personas en los que apoyarte.

No hay un margen de tiempo universal para recuperarse, pero avanzarás del lugar en el que te encuentras ahora.

Te deseamos coraje y fuerza en tu viaje a través del dolor y la recuperación.

Cuídate.

Recomendaciones:

SI QUIERES ASISTIR A UN GRUPO DE DUELO POR SUICIDIO

Escribe a info@redaipsis.org.

IMPRESINDIBLE: manda un número de teléfono para que puedan contactar contigo.

7.7 Responsabilidad legal

El siguiente epígrafe se basa en los siguientes artículos del Código Penal:

- ▶ Artículo 199 del Código Penal. Violación del secreto profesional
- ▶ Artículo 196 del Código Penal. Omisión de socorro por parte de profesionales sanitarios
- ▶ Artículo 142 del Código Penal. Imprudencia profesional

El suicidio de una persona mayor en una residencia no solo es un evento profundamente doloroso, sino también una situación que puede tener implicaciones legales para el equipo profesional implicado. Entender bien estas responsabilidades ayuda a promover prácticas cuidadosas, éticas y seguras que protejan tanto a los y las residentes como a los propios profesionales.

El marco legal y ético que regula la atención sanitaria en España establece unos deberes claros para quienes ejercen profesiones sanitarias, incluyendo la Psicología y otros perfiles de atención. Estos deberes buscan asegurar una atención de calidad, proteger los derechos de las personas atendidas y reducir riesgos derivados de malas prácticas.

Aunque es poco común, ningún profesional está exento de enfrentarse a una reclamación judicial si se considera que no actuó de forma adecuada ante una situación de riesgo. Las reclamaciones más frecuentes en el ámbito de la salud mental relacionadas con suicidio se producen cuando se argumenta que la conducta del paciente era previsible y que no se tomaron las medidas necesarias para prevenirla.

En términos generales, la ley contempla la responsabilidad profesional cuando hay evidencia de:

- Negligencia: No actuar cuando la situación lo requería o no seguir los protocolos establecidos.

- Imprudencia: Tomar decisiones sin valorar adecuadamente los riesgos.
- Incompetencia o impericia: Actuar sin los conocimientos, habilidades o experiencia necesarios.

Recomendaciones para actuar con seguridad y profesionalidad

Dirección del centro

La dirección tiene la responsabilidad de garantizar que el centro cuenta con medidas preventivas suficientes para detectar y actuar ante conductas suicidas.

Esto incluye:

- Disponer de protocolos claros y actualizados de prevención, evaluación y actuación.
- Garantizar formación periódica para todo el equipo sobre salud mental, conducta suicida y manejo del riesgo.
- Asegurar que el equipo cuenta con canales de comunicación efectivos y recursos para derivar o intervenir en casos complejos.

Una omisión en estas responsabilidades puede derivar en responsabilidad legal para la entidad gestora, especialmente si se demuestra que no se facilitaron los medios necesarios para una atención adecuada.

Profesional de la psicología del centro

El profesional de la psicología tiene un papel clave en la evaluación y seguimiento de la persona con riesgo suicida. Su responsabilidad se centra en:

- Valorar de forma explícita la presencia de ideación o riesgo suicida cuando existan indicios (verbalizaciones, conductas, antecedentes).
- Registrar adecuadamente tanto la evaluación como las decisiones clínicas tomadas y llevar un seguimiento.
- Elaborar e implementar planes de seguridad o derivaciones si se identifica riesgo elevado.
- Comunicar, en los términos establecidos por la ley y la ética profesional, aquellas informaciones imprescindibles para proteger la vida y la seguridad de la persona.



¿Qué pasa con la confidencialidad y secreto profesional ante el riesgo suicida?

La confidencialidad es un principio esencial en la relación terapéutica. El secreto profesional está además protegido legalmente (artículo 199 del Código Penal), y su vulneración injustificada puede tener consecuencias legales.

No obstante, existen situaciones excepcionales en las que se ha de compartir información confidencial. Una de ellas es si consideramos que la vida de la persona que atendemos corre un grave e inminente riesgo en función de la información que tenemos. Estaremos obligados a actuar de una u otra manera para tratar de evitar que intento suicida finalmente se produzca.

El profesional de la psicología deberá valorar cuidadosamente cada situación, buscar el consentimiento de la persona cuando sea posible y limitar la divulgación de información a lo estrictamente necesario y a los profesionales pertinentes.

Profesionales del equipo (auxiliares, enfermería, medicina, trabajo social, etc.)

El equipo de atención directa tiene un papel importante en la prevención del riesgo, ya que son quienes mantienen contacto más estrecho y cotidiano con los residentes. Su responsabilidad está en:

- Observar y comunicar cambios significativos en el estado emocional, la conducta, la rutina diaria (aislamiento, falta de apetito, frases de desesperanza, etc.).
- No minimizar ni ignorar verbalizaciones o señales de sufrimiento. Si una persona expresa ideas de muerte, no es necesario evaluarlas en profundidad, pero sí registrarlas y transmitirlos al profesional de referencia.
- Aplicar los protocolos establecidos por el centro y buscar orientación en caso de duda.

La ley no exige a estos profesionales una evaluación clínica del riesgo suicida, pero sí se espera una actitud proactiva, vigilante y colaborativa. El silencio, la omisión o el desinterés ante señales claras pueden ser interpretados como falta de diligencia profesional.

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO 7.1. Despedida grupal para supervivientes de duelo por suicidio



En las residencias de personas mayores, el fallecimiento de las personas que viven en el centro forma parte de la realidad cotidiana. Cada vez son más los centros que incorporan pequeños actos de despedida o rituales de recuerdo que permiten reconocer el valor de la vida compartida, ofrecer un espacio para expresar el duelo y acompañar tanto a las personas residentes como a los profesionales y familiares. Este recurso pretende servir de apoyo e inspiración para aquellos centros que deseen desarrollar o enriquecer estas iniciativas, adaptándolas a su cultura, valores y características.

A continuación, se plantea un ejemplo de despedida grupal, que deberá ser guiada por el profesional de la psicología.

Objetivo

Crear un espacio respetuoso para que familiares, profesionales y residentes puedan honrar la memoria de la persona fallecida, compartir emociones y recuerdos, y acompañarse en el proceso de despedida desde el amor y el respeto.

Materiales

- Espacio amplio, tranquilo y cómodo
- Sillas para formar un círculo
- Mesa pequeña para el centro
- Velas y/o flores para colocar en la mesa
- Fotografía tamaño A4 de la persona fallecida, enmarcada
- Pequeños papeles tamaño ¼ de folio
- Bolígrafos para los asistentes
- Música de fondo suave (preferiblemente instrumental)
- Micrófono para facilitar que se escuche bien a quien hable

Preparación del espacio

Colocar las sillas formando un círculo o semicírculo. En el centro, poner la mesa con las velas encendidas, flores y la fotografía enmarcada. Disponer los papeles y bolígrafos en un lugar visible y accesible para todos.

Guía de la sesión de despedida: el profesional de la psicología del centro. Pueden asistir familiares, profesionales y residentes.

Desarrollo de la sesión

1. Bienvenida

El guía de la sesión da la bienvenida a los asistentes y agradece su presencia. Se explica que el objetivo es honrar la memoria de (nombre de la persona) y despedirse juntos desde el amor, el cariño y el respeto.

2. Lectura de la carta de despedida

Leer en voz alta una carta preparada para la ocasión (a continuación, se muestra un ejemplo orientativo como base y sobre el cual puede adaptarse e incluir cuestiones específicas de la persona, como sus aficiones, costumbres, o cosas que supiéramos personalmente de ella).

3. Turno para compartir verbalmente

Se invita a los asistentes a expresar lo que deseen: recuerdos, palabras, sentimientos, o cualquier cosa que quieran compartir. El micrófono se pasa para que todos puedan escucharse bien.

4. Escritura y entrega de mensajes

Con la música de fondo se pedirá silencio y se ofrecerá a todos los asistentes pequeños papeles tamaño ¼ de folio y bolígrafos. Quien quiera puede escribir lo que desee (un recuerdo, una palabra, un mensaje...) y, cuando se sienta preparado, puede levantarse y dejar su papel en la mesa, junto a la fotografía de la persona fallecida. En el caso de que haya alguna limitación física o visual, el profesional dará apoyo a quien lo necesite.

5. Cierre con visualización

Para terminar, se pedirá a los asistentes que cierren los ojos y, con la música de fondo, se guiará en el siguiente ejercicio de visualización.

Palabras de despedida

Nos reunimos aquí hoy para honrar el recuerdo de (nombre de la persona) y despedirnos, cada uno a su forma, desde el cariño y el respeto.

No buscamos olvidar ni de dejar atrás lo que sentimos, sino dar espacio a lo que sentimos y a lo que hemos vivido y estamos viviendo, para que el recuerdo (nombre de la persona) pueda estar con nosotros de una manera más liviana.

Sabemos que la pérdida duele, que a veces la tristeza pesa mucho, y que las preguntas sin respuesta pueden ser difíciles. Hoy, sin embargo, dejamos ir la culpa que no nos ayuda y las dudas que no podemos resolver. En su lugar, nos quedamos con lo bueno que vivimos, con los momentos que nos hicieron sonreír, con el amor y el cariño que nos unió a (nombre de la persona).

Queremos tomar un momento para recordar a (nombre de la persona), para nombrarla con cariño y respeto. Si quieres, puedes traer a tu mente algo que te gustaría decirle, algo que aún llevas en el corazón, o algún recuerdo que te dé paz o fuerza. Este es un espacio seguro para que cada uno pueda expresar lo que necesite. No es necesario que lo compartas en voz alta, si así lo prefieres.

Permitimos que el dolor esté con nosotros, sin tratar de esconderlo, pero también hacemos espacio para la calma, para la esperanza, para la vida que sigue su curso, paso a paso.

Nos damos permiso para sentir, para recordar, para llorar si hace falta, pero también para buscar momentos de alegría y gratitud en lo que aún tenemos y en lo que podemos vivir cada día.

Agradecemos este tiempo que hemos compartido, y nos comprometemos a cuidarnos unos a otros y a nosotros mismos, poco a poco, dándonos el tiempo necesario, con cariño y paciencia. A ser compasivos con nosotros mismos.

Nos despedimos hoy con respeto y amor, sabiendo que, aunque cada uno sigue su camino, no estamos solos.

Gracias por estar aquí.

En primer lugar, vamos a hacer una serie de respiraciones profundas. Inhala contando hasta tres, y exhala contando hasta tres. Repetimos. Inhalamos... exhalamos. Repite esto unas cuantas veces, sintiendo cómo tu cuerpo se va calmando.

Ahora, imagina que estás en el monte, rodeado de un paisaje tranquilo. Miras a tu alrededor, ves los árboles y arbustos. Miras hacia arriba y divisas el cielo azul, despejado. Notas el aire fresco. Hace una temperatura agradable. Es un día soleado.

Siente el viento suave que pasa cerca de ti.

Quiero que imagines que ese viento se lleva con él todas las emociones que te pesan: la tristeza, el miedo, la culpa o la vergüenza.

Respiras... y con cada exhalación dejas ir por unos instantes, el dolor, la angustia, el pesar.

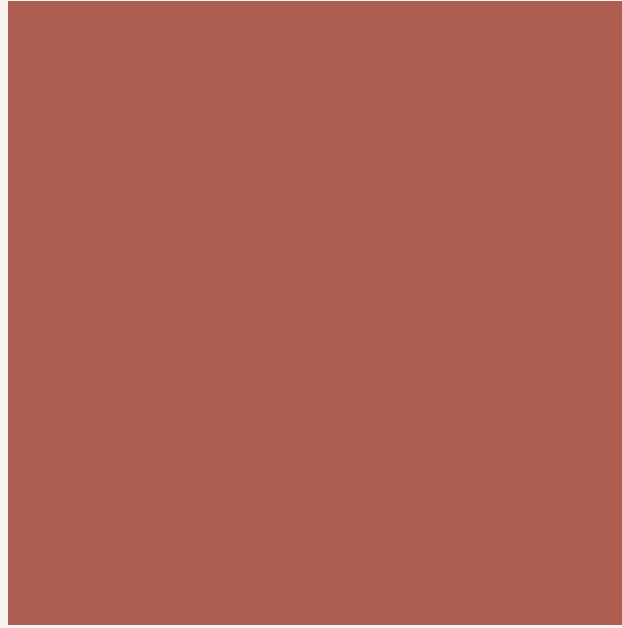
Con cada respiración notas una ligera sensación de alivio, de paz, de calma dentro de ti.

Respira profundo una vez más y siente cómo esa paz llena todo tu cuerpo, como el aire puro de la montaña.

Cuando estés listo, abre los ojos despacio, llevando contigo esa paz que ahora te acompaña.”

*Nota para el profesional

Esta visualización no pretende minimizar ni banalizar el dolor emocional, sino ofrecer un espacio simbólico de calma tras un ejercicio de despedida intenso. Tal como se indica en el [epígrafe 7.5](#) de este capítulo, si se detectan reacciones de sufrimiento intenso, bloqueos o señales de duelo complicado, deberá ofrecerse atención psicológica individual o, en su caso, valorarse la derivación a los recursos especializados correspondientes.



capítulo 8.

Recursos

de prevención y actuación
ante la conducta suicida

Introducción

En este capítulo se recogen recursos externos de interés que pueden ser útiles para profesionales sociosanitarios en su labor diaria de prevención, detección e intervención ante la conducta suicida en personas mayores. Contar con estos apoyos facilita la derivación, el acompañamiento y el Plan de Seguridad profesional, y contribuye a ofrecer una atención más completa y coordinada.

8.1. Recursos

Webs y plataformas de prevención

- Papageno. Plataforma nacional de prevención del suicidio. Recursos, guías, artículos y formación: <https://papageno.es>
- Federación Salud Mental España (FEAFES). Recursos, guías y programas de prevención e intervención psicosocial: <https://consaludmental.org>
- Centro de documentación de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Epidemiología, documentación, guías, planes de prevención (FSME): <https://www.fsme.es/>
- Plataforma Nacional para el Estudio y la Prevención del Suicidio. Epidemiología, investigación, recursos nacionales y autonómicos: <https://www.plataforma-nacionalsuicidio.es>
- La Niña Amarilla: Prevención desde la comunicación: <https://laninaamarilla.com/>
- Asociación Viktor Frankl: Apoyo psicológico en duelo y procesos existenciales: <https://www.asociacionviktorfrankl.org>

Líneas de ayuda y atención en crisis

- Línea 024: Atención 24h para conducta suicida. Teléfono: [024](tel:024).

<https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>

- Teléfono de la Esperanza (Valencia): Apoyo emocional, prevención del suicidio, soledad y crisis vitales. <https://telefonodelaesperanza.org>

- [717 003 717](tel:717003717) (nacional) [963 91 60 06](tel:963916006) (Valencia)

- SAMU / [112](tel:112): Activación urgente ante conducta suicida inminente.

8.2. Guías prácticas

A continuación, se muestran algunas de las guías y recursos sobre prevención e intervención en conducta suicida. Incluyen tanto documentos generales como otros más específicos para distintos contextos y niveles asistenciales. Es importante señalar que, hasta el momento, solo disponemos de una guía centrada exclusivamente en personas mayores, lo que refleja la necesidad de seguir desarrollando recursos adaptados a este colectivo.

Título	Ámbito	Público Objetivo	Enfoque / Resumen	Enlace
Guía práctica en prevención del suicidio en personas mayores (Aragón)	Autonómico (Aragón)	Profesionales sociosanitarios y comunitarios	Adaptación de la guía chilena, con contenidos prácticos sobre factores de riesgo, señales de alerta, mitos, recomendaciones y orientaciones específicas para personas mayores.	https://www.aragon.es/-/estrategia-de-salud-mental
Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida	Nacional	Profesionales sanitarios	Recomendaciones clínicas, cribado, intervención y postintervención en distintos niveles de atención.	https://portal.guiasalud.es/gpc/conducta-suicida/

Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027	Nacional	Profesionales y gestores	Estrategia estatal con observatorio, códigos de riesgo y acciones dirigidas a personas mayores	https://sipes.sanidad.gob.es/sipes2/ver-PublicacionesAction.do?numRegistros=1&origen=indexAction&registrosSeleccionados=41267
Pla de Prevenció del Suïcidi (GVA 2024-2027)	Comunidad Valenciana	Profesionales sociosanitarios	Plan autonómico con líneas de prevención y protocolos de actuación.	https://prevenciodelsuicidi.san.gva.es/va/
Guía rápida – COP Sevilla / Papageno	Nacional	Profesionales sanitarios y sociales	Material práctico con herramientas inmediatas en crisis suicidas.	https://colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/2022/09/guia-rapida-sobre-deteccion-y-prevencion-del-suicidio-6-1-1-1.pdf
Recomendaciones SESCAM (Castilla-La Mancha)	Autonómico	Atención primaria	Documento clínico de manejo de la sospecha y atención a la ideación suicida.	https://sanidad.castillalamancha.es
Guía de prevención del suicidio – Confederación Salud Mental España	Nacional	Profesionales sanitarios y sociales	Recursos clínicos y psicosociales para prevención e intervención.	https://consaludmental.org
Guía de actuación y manejo para la prevención del suicidio (Fundación Buen Samaritano)	Nacional	Profesionales sanitarios	Recursos prácticos para formación y manejo clínico general.	https://fundacionbuensamaritano.es/wp-content/uploads/2024/02/Guia-Actuacion-Manejo-Prevencion-Suicidio-Profesionales-Red.pdf
Programa de Prevención del Suicidio – Comunidad de Madrid	Autonómico	Profesionales y población general	Incluye guías dirigidas a profesionales, familias y personas con ideación.	https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-prevencion-del-suicidio-comunidad-madrid-2022-2026

Prevención del suicidio un imperativo global	Internacio- nal (OMS)	Responsables políticos, profesionales de salud pública, planificadores, profesionales sanitarios y sociales	Informe técnico de la OMS que presenta datos epidemiológicos globales sobre el suicidio, factores de riesgo y protección, y orientaciones para el desarrollo de estrategias nacionales de prevención con un enfoque multisectorial basado en salud pública.	https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide
--	-----------------------------	---	---	---

Webs, guías y recursos internacionales:

- Staying safe from suicide: <https://www.england.nhs.uk/long-read/staying-safe-from-suicide/>
- Suicide Prevention for Older Adults: Practical Guide and Toolkit: <https://research.jcjoyage.hk/research/publications/>
- <https://www.cvshealth.com/content/dam/enterprise/cvs-enterprise/pdfs/2024/Guide%20for%20Understanding%20Suicide%20OlderAdults.pdf>
- International Association for suicide prevención: <https://www.iasp.info/specialinterestgroups/suicideamongolderadults/>
- Life in Mind: <https://lifeinmind.org.au/>
- The Canadian Coalition for Seniors’ Mental Health:

[\(https://ccsmh.ca/areas-of-focus/suicide-risk-and-prevention/\)](https://ccsmh.ca/areas-of-focus/suicide-risk-and-prevention/)

https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/CCSMH_suicideBrochure.pdf

https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/NatlGuideline_Suicide.pdf

Recursos para supervivientes.

- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (documentación para supervivientes): <https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/guías-sobre-conducta-suicida/documentación-para-supervivientes/>
- Després del Suïcidi. Associació de Supervivents (DSAS): <https://dsas.org/>
- Associació Tramuntana Després del Suïcidi (TDS): <https://tdssuicidio.com/es/>
- Caminar-Asociación Valenciana de Apoyo al Duelo: <https://www.ayudaduelo-caminar.com/>
- Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (REDAIPIS): <https://www.redaipis.org/>
- (AIDATU): <https://aidatu.org/asociaciones/>

Derechos, muerte digna y decisiones anticipadas

- Documento de Últimas Voluntades: Información y trámites oficiales para la planificación anticipada de decisiones: <https://www.mjusticia.gob.es/es/ciudadania/tramites/certificado-actos-ultima>
- Muerte digna: Información sobre ley de eutanasia: <https://derechoamorir.org/>

Bibliografía de consulta

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). (2020). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (revisión). Ministerio de Sanidad.
- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. *Clínica y Salud*, 32(2), 89–92. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>
- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2023). Are there common components in effective psychotherapies for suicidal behavior? Implications for professional practice. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 83–99. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.37050>
- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). Editorial for special issue on understanding and prevention of suicidal behavior: Humanizing care and integrating social determinants. *Psicothema*, 36(4), 309–318. <https://doi.org/10.7334/psicothema2024.341>
- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (Eds.). (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide.
- Al-Halabí, S., & García-Haro, J. M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), Manual de tratamientos psicológicos. Adultos (pp. 639–675). Pirámide.
- Al-Halabí, S., Calvo, F., Falcó, R., Díez-Gómez, A., & Fonseca-Pedrero, E. (2025). Niveles y ámbitos de prevención de la conducta suicida. En J. González Moreno & M. Cantero (Eds.), Manual de intervención clínica y psicosocial (pp. 271–279). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J. M., & Fonseca-Pedrero, E. (2022). La entrevista para la detección y prevención de la conducta suicida. En C. Perpiñá, I. Montoya-Castilla, & S. Valero-Moreno (Eds.), Manual de la entrevista psicológica (pp. 385–406). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., & González-González, M. (2023). La entrevista clínica como relación de ayuda en la conducta suicida. En S. Al-Halabí & E. Fonseca-Pedrero (Eds.), Manual de psicología de la conducta suicida (pp. 317–352). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Otero, J. E., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). Tratamiento psicológico de la conducta suicida. En R. Penadés, J. L. López-Santiago, & A. Belloch (Eds.), Manual de tratamientos en psicología

clínica: Guía práctica de intervención en adultos (pp. 667–692). McGraw-Hill.

Al-Halabí, S., González-González, M., & García-Haro, J. (2023). Intervenciones psicológicas para el abordaje clínico de la conducta suicida: Apoyo empírico y componentes fundamentales. En S. Al-Halabí & E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 409–462). Pirámide.

American Foundation for Suicide Prevention. (2015). Sobrevivir a una pérdida por suicidio: Guía de recursos y recuperación. <https://www.redaipis.org/wp-content/uploads/2015/02/perdida-por-suicidio.pdf>

Anseán, A. (2020). *Prevensuic: Guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios*. Editorial FEPS.

Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (Red AIPIS-FAeDS). (2019). *Guía para familiares en duelo por suicidio: Supervivientes*. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press.

Bareeqa, S. B., Samar, S. S., Masood, Y., & Husain, M. M. (2025). Prevalence of suicidal behaviors in residents of long-term care facilities: A systematic review and meta-analysis. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, 92(1), 83–102. <https://doi.org/10.1177/00302228231176309>

Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., Fairweather-Schmidt, A. K., & Christensen, H. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27(2), 501–512. <https://doi.org/10.1037/pas0000053>

Beach, V. L., Brown, S. L., & Cukrowicz, K. C. (2021). Examining the relations between hopelessness, thwarted interpersonal needs, and passive suicide ideation among older adults: Does meaning in life matter? *Aging & Mental Health*, 25(9), 1759–1767. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1855102>

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>

Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Bernardino, G., Piscitelli, D., Resta, E., Logroscino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., Panza, F., & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age:

A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 193–211. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>

Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2021). *Terapia dialéctico conductual*. Psara Ediciones.

Briongos Hernández, N., Gómez Romero, M., Caballero Escalada, R., Díez Saiz, J., Gadea Casas, M. L., & Martínez Martínez, M. (2022). *Guía de prevención del suicidio: Protocolo de actuación en conductas autolíticas*. Federación Salud Mental Castilla y León.

Bryan, C. J. (2022). *Rethinking suicide: Why prevention fails, and how we can do better*. Oxford University Press.

Canal-Rivero, M., Silva, C., Obiols-Llandrich, J. E., García-Bernal, C., García-Sánchez, C., Bustos-Cardona, T., Joiner, T. E., Crespo-Facorro, B., & Ruiz-Veguilla, M. (2022). Toward understanding of suicidality in a Spanish clinical population: Validation of the European Spanish version of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychopathology*, 55(1), 16–27. <https://doi.org/10.1159/000519792>

Chauliac, N., Leane, E., Gardette, V., Poulet, E., & Duclos, A. (2020). Suicide prevention interventions for older people in nursing homes and long-term care facilities: A systematic review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(6), 307–315. <https://doi.org/10.1177/0891988719892343>

Chiles, J. A., Strosahl, K. D., & Weiss, L. (2019). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients*. American Psychiatric Publishing.

Connors, M. H., Draper, B., Wand, A. P., De Leo, D., & Reppermund, S. (2025). Suicide and self-harm in older adults. *Nature Reviews Psychology*. <https://doi.org/10.1038/s44159-025-00454-w>

Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451–468. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>

Crespo Facorro, B., Pérez Costillas, L., Guerrero Díaz, M., Huizing, E., López Vega, D. J., & Mena Jiménez, Á. L. (Eds.). (2023). *Programa de prevención de la conducta suicida en Andalucía 2023–2026*. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.

De Leo, D. (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2(1), 7–12. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00160-1>

Federación Salud Mental Castilla y León. (2025). *Guía breve para la creación y gestión de grupos de ayuda mutua (GAM) en posvención del suicidio*.

- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Sandín, B., Rodríguez-Testal, J. F., Carballo, J. L., y Al-Halabí, S. (2027). Reframing Psychopathology: Contemporary Approaches to Understanding Human Suffering. *Psicothema*.
- Fonseca-Pedrero, E., y Al-Halabí, S. (Coords.) (2026). Enfoques de Psicopatología: Análisis y comprensión del sufrimiento de la persona (vols. I y II). Pirámide.
- Garson, J. (2022). *Madness: A Philosophical Exploration*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197613832.001.0001>
- Generalitat Valenciana. (2023). Vivir es la salida: Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
- Gleeson, H., Roesch, C., Hafford-Letchfield, T., & Ellmers, T. (2022). Assessing suicide ideation among older adults: A systematic review of screening and measurement tools. *International Psychogeriatrics*, 34(5), 439–452. <https://doi.org/10.1017/S1041610221002659>
- Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. (s. f.). Duelo por suicidio: Los supervivientes. Portal de Salud Mental de Navarra.
- Grupo Técnico de Trabajo Suicidio. (2020). Plan de atención a las personas con conductas suicidas en la Red de Salud Mental de Navarra. Gobierno de Navarra.
- Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., & Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: Shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet Psychiatry*, 9(11), 922–928.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2022). Screening for suicide risk among older adults: Assessing preliminary psychometric properties of the Brief Geriatric Suicide Ideation Scale (BGSIS) and the GSIS-Screen. *Aging & Mental Health*, 26(2), 392–406. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1857690>
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). Estadística de defunciones según la causa de muerte: Resultados detallados. Año 2024. Defunciones por suicidios. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?capsel=12965&padre=12959>
- Jackson, J. (2003). *Sobrevivientes de un suicida: Manual para enfrentar el suicidio de un ser querido* (A. M. Chávez Hernández, Trad.). Asociación Americana de Suicidología.
- Jenkins, T. A., Robison, M., & Joiner, T. E. (2023). Dehumanization and mental heal-

th: Clinical implications and future directions. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 50, Article 101257. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101257>

Jessica, L., & Yulianti, E. (2025). A hidden epidemic: Suicide in the elderly and how we can help. *Journal of Psychiatric Practice*, 31(4), 209–213. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000871>

Jobes, D. A. (2022). A standard protocol for the clinical management of suicidal thoughts and behavior: Implications for the suicide prevention narrative. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 929305. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.929305>

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.

Ki, M., Lapierre, S., Gim, B., Hwang, M., Kang, M., Dargis, L., Jung, M., Koh, E. J., & Mishara, B. (2024). A systematic review of psychosocial protective factors against suicide and suicidality among older adults. *International Psychogeriatrics*, 36(5), 346–370. <https://doi.org/10.1017/S104161022300443X>

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152(Pt. 1), Article 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>

Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>

Laflamme, L., Vaez, M., Lundin, K., & Sengoelge, M. (2022). Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews. *PLOS ONE*, 17, e0262889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262889>

Lee, S. (2023). Passive suicidal ideation in older adults from 12 European countries. *Journal of Population Ageing*, 16, 137–154. <https://doi.org/10.1007/s12062-021-09350-6>

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276–286.

Liu, Y., Lan, D., Zhou, Y., Tian, H., Xiao, J., Gan, L., & Zhang, Y. (2024). Role of subjective well-being and resilience in the relationship between hopelessness and suicidal ideation among older adults with moderate to severe ADL limi-

tations in Chinese nursing homes. *Geriatric Nursing*, 59, 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.07.041>

Losantos, S., Díaz, P., & Pastor, P. (2014). Guía de duelo adulto: Para profesionales sociosanitarios. Fundación Mario Losantos del Campo. <https://fundacion-mlc.org/guia-duelo-adulto/>

Luengo Latorre, J. A., & Yébenes Retuerto, R. (Eds.). (2023). Guía para la prevención del riesgo de conducta suicida y/o autolesiones del alumnado: Protocolo para la elaboración de planes individualizados de prevención, protección e intervención en los centros educativos. Subdirección General de Inspección Educativa, Vicepresidencia, Consejería de Educación y Universidades, Comunidad de Madrid.

Malfent, D., Wondrak, T., Kapusta, N. D., & Sonneck, G. (2010). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 843–849. <https://doi.org/10.1002/gps.2426>

Ministerio de Sanidad, Comisionado de Salud Mental. (2025). Plan de acción para la prevención del suicidio 2025–2027. Gobierno de España.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Guía de práctica clínica para la prevención del suicidio en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. <https://portal.guiasalud.es/gpc/conducta-suicida/>

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence (NICE Guideline NG225). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>

O'Connor, R. C. (2021). When it is darkest: Why people die by suicide and what we can do to prevent it. Vermilion.

O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (Eds.). (2016). The international handbook of suicide prevention. John Wiley & Sons.

O'Riley, A. A., Van Orden, K. A., He, H., Richardson, T. M., Podgorski, C., & Conwell, Y. (2014). Suicide and death ideation in older adults obtaining aging services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(6), 614–622. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.004>

Observatorio Aragonés por la Convivencia y contra el Acoso Escolar, Grupo de Trabajo para la Prevención del Suicidio en el Ámbito Escolar. (2021). Prevención, detección e intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo: Guía para centros escolares. Protocolo de actuación inmediata. Gobierno de Aragón.

Okolie, C., Dennis, M., Simon Thomas, E., & John, A. (2017). A systematic review

of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1801–1824. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001430>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789241564779>

Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 124(582), 460–469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>

Pérez-Álvarez, M. (2023). *El individuo flotante: La muchedumbre solitaria en los tiempos de las redes sociales*. Deusto.

Pérez-Álvarez, M. (2025). *La sociedad vulnerable: un ensayo sobre la crisis de salud mental*. NED.

Pérez-Álvarez, M., y García-Montes, J. M. (2024). Los trastornos de personalidad, buenos para pensar todos los trastornos psi. En A. Díaz Garrido, S. Al-Halabí, A. J. Cangas, y F. Rodríguez Otero (Eds.), *Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad. I. Fundamentos, características y persona* (pp. 79-92). Pirámide.

Pinazo-Clapés, C., Redondo, R., Checa, I., Pinazo-Hernandis, S., Sales, A., & Pons, J. (2026). Screening of suicidal ideation in nursing homes: Validation of the Paykel Scale in older adults. *Aging & Mental Health*, 30(1), 75–82. <https://doi.org/10.1080/13607863.2025.2545357>

Pirkis, J., Dandona, R., Silverman, M., Khan, M., & Hawton, K. (2024). Preventing suicide: A public health approach to a global problem. *The Lancet Public Health*, 9(10), e787–e795. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00149-X)

Rodríguez Rodríguez, P., & Vilà i Mancebo, A. (Eds.). (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Tecnos.

Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia*. Fundación Pilares.

Rudd, M. D., Mandrusiak, M., & Joiner, T. E., Jr. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 243–251. <https://doi.org/10.1002/jclp.20227>

Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., &

- Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLOS ONE*, 12(7), e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Sales, A., Redondo, R., Pinazo-Clapés, C., Pinazo-Hernandis, S., Pons, J., & Checa, I. (2025). Latent profiles of mental health in older adults living in nursing homes: The challenge of suicide prevention. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1740402. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1740402>
- Salvatore, T. (2023). Dying by suicide in nursing homes: A preventable end of life outcome for older residents. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, 88(1), 20–37. <https://doi.org/10.1177/00302228211038798>
- Satorres, E., Ros, L., Meléndez, J. C., Serrano, J. P., Latorre, J. M., & Sales, A. (2018). Measuring elderly people's quality of life through the Beck Hopelessness Scale: A study with a Spanish sample. *Aging & Mental Health*, 22(2), 239–244. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247427>
- Stanghellini, G., Broome, M., Raballo, A., Fernandez, A., Fusar-Poli, P., y Rosfort, R. (2019). *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.001.0001>
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Starkey, C., & Moore, F. (2025). Masculinities and suicide: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 20(6), e0342172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0342172>
- Torras García, A. (Ed.). (2014). *Prevención del suicidio: ¿Qué puedo hacer? Guía de autoayuda*. Comunidad de Madrid, Oficina Regional de Salud Mental.
- Van Orden, K. A., Bamonti, P. M., King, D. A., & Duberstein, P. R. (2012). Does perceived burdensomeness erode meaning in life among older adults? *Aging & Mental Health*, 16(7), 855–860. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.657156>
- Van Orden, K. A., O'Riley, A. A., Simning, A., Podgorski, C., Richardson, T. M., & Conwell, Y. (2015). Passive suicide ideation: An indicator of risk among older adults seeking aging services? *The Gerontologist*, 55(6), 972–980. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu026>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

World Health Organization. (2025). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Yárnoz-Goñi, N., López-Goñi, J. J., & Goñi-Sarriés, A. (2023). Intentos de suicidio en personas mayores en servicios de urgencias psiquiátricas hospitalarias. *Revista Española de Salud Pública*, 97, 1–9.

Yuan, Y., Barooah, A., Lapane, K. L., Mack, D., Rothschild, A. J., & Ulbricht, C. M. (2022). Health profiles of older nursing home residents by suicidal ideation: A latent class analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(11). <https://doi.org/10.1002/gps.5829>

Zhang, D., Tian, Y., Wang, R., Wang, L., Wang, P., & Su, Y. (2022). Effectiveness of a resilience-targeted intervention based on “I have, I am, I can” strategy on nursing home older adults’ suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 308, 172–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.046>