

SUICIDIO, ¿PUEDE PREVENIRSE?.

VII CONGRESO DE SEMERGEN.
SÁBADO DÍA 23 DE NOVIEMBRE DE 12-13H.

DR. JUAN CARLOS MARCO SANJUÁN.

PSIQUIATRA U.S.M. FUENTES NORTE.

PROF. ASOCIADO PSIQUIATRÍA. UNIV. DE ZARAGOZA.

CONSULTA PRIVADA ZARAGOZA. TFNO.: 976230263



ÍNDICE



- **1.- Introducción.**
- **2.- Epidemiología del suicidio.**
- **3.- Factores de riesgo de suicidio.**
 - 3.1.- Generales.
 - 3.2.- Individuales.
- **4.- Factores protectores del suicidio.**
 - 4.1.- Generales.
 - 4.2.- Individuales.
- **5.- Programas de prevención del suicidio.**
- **6.- Entrevista clínica para identificar riesgo suicida.**
- **7.- Intervención y tratamiento en paciente suicida.**
- **8.- Conclusiones.**
- **9.- Bibliografía.**

INFORME O.M.S. 2014

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD.

PLAN DE SALUD 2013-2020

- La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la OMS.
- La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se propone reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidio en los países (1).

Informe OMS-2014 Plan de acción de Salud Mental.

GENERALIDADES:

- El suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre los individuos de 15 y 34 años y la primera causa de muerte violenta
- La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida especialmente entre jóvenes y adultos (OMS 2002)
- La OMS estima que para el año 2020, 1,53 millones de personas morirán por suicidio en este año.
- Cada año mueren en el mundo un millón de personas por suicidio, más que por accidentes de tráfico o conflicto bélicos.
- Esto representa un promedio de una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos.
- Si tenemos en cuenta que por cada suicidio cometido con éxito, se lleva a cabo otros 20 que no fructifican pero que terminan con graves lesiones, con hospitalizaciones y graves secuelas emocionales, tanto para el suicida como para su familia y amigos

INFORME O.M.S.

PLAN DE SALUD 2013-2020

- **No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas.**
- **Muchos suicidios se cometen impulsivamente.**
 - El acceso fácil a medios de autodestrucción (plaguicidas o armas de fuego) diferencia vida / muerte.
- **Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida.**
- **Debido a la estigmatización de los trastornos mentales y el suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda.**
- **Datos científicos indican que numerosas muertes son evitables.**
- **Con demasiada frecuencia el suicidio tiene escasa prioridad para los gobiernos y las instancias normativas.**

OMS

MAYO - 2013

- El objetivo de este informe es priorizar la prevención del suicidio en los programas mundiales de salud pública y de políticas públicas.
- Concientizar acerca del suicidio como una cuestión de salud pública.
- El informe se elaboró mediante un proceso consultivo mundial y se basa en revisiones sistemáticas y en datos científicos, junto con aportaciones de asociados y de interesados directos.

Informe OMS-2014 Plan de acción de Salud Mental.

OMS 2014

“LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, UN IMPERATIVO GLOBAL”

- Alienta a los países a considerarla prevención del suicidio como una prioridad alta en sus programas.
- Mediante intervenciones oportunas y eficaces (basadas en datos científicos), tratamiento y apoyo, pueden prevenirse tanto suicidios como tentativas.
- La carga del suicidio no pesa sólo en el sector de la salud, sino que tiene repercusiones múltiples sobre otros muchos sectores y sobre la sociedad en su conjunto.
- Para prevenir eficazmente el suicidio, los países deben emplear un enfoque multisectorial abordaje integral.
- Los ministerios de salud los responsables de liderar la participación de otros ministerios.

Informe OMS-2014 Plan de acción de Salud Mental.

- Los datos científicos avalan que **muchos suicidios son evitables**,
- Aumento de investigaciones y del conocimiento de que los suicidios **son prevenibles**, no siempre se ha reconocido la prioridad de realización de programas.
- El estigma y el tabú persisten, por lo que muchas personas no buscan ayuda e incluso cuando la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz (OMS 2014).

Informe OMS-2014 Plan de acción de Salud Mental.

- La conducta suicida es un **fenómeno multifactorial y complejo**; No un factor único que lo explique.
- Los **grupos que sufren discriminación y marginalidad** presentan una mayor vulnerabilidad.
- Hay que **implicar a las Administraciones Públicas**, para trabajar en red con colectivos profesionales y entidades que trabajan en la **prevención** de conductas suicidas.
- **Promover estrategias, políticas y planes para su prevención**, tanto en la Comunidad Autónoma de Aragón como en el ámbito nacional.
- Las acciones para la prevención y detección de las conductas suicidas, así como la intervención y continuidad de cuidados posteriores, se consideran **imprescindibles**.
- **También las familias afectadas necesitan visibilidad, apoyo y atención psicológica**. El impacto emocional que para ellas tiene la conducta suicida, sea cual sea el resultado de la misma, necesita de medios y ayuda para reorientar sus vidas.
- La OMS estima que por cada suicidio quedan afectadas directamente 6 personas (2019).

DEFINICIÓN DE SUICIDIO

- Etimología: procede del latín: “*sui caedere*” “matar a uno mismo”.
- **CIE-10:** “**La acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada**”. (a veces impulsiva).
- Muerte por lesión autoinflingida, intencional y consciente, en la que se obtiene un resultado deseado como es, el morir.
- El personal de salud debe considerar la presencia de los criterios operativos de la conducta suicida:
- Un acto con finalidad letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto.
- El sujeto sabe o espera el deliberadamente el resultado letal.
- Busca la muerte como instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y/o en el medio social.

OTROS CONCEPTOS

- *IDEACION SUICIDA:*

- Pensamientos, ideas, fantasías o amenazas de provocarse injuria intencional o muerte (leve, moderada o grave)

- *INTENTO DE SUICIDIO:*

- Actos que amenazan la vida, intencional y premeditado, que tiene el potencial, de dar como resultado lesiones o la muerte (gesto, intento).

- *SUICIDIO:*

- Actos que provocan la muerte (suicidio consumado)

MITOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

- **Quienes hablan del suicidio no tienen la intención de cometerlo**
 - Pueden estar pidiendo así ayuda o apoyo. Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión y desesperanza y pueden considerar que carecen de otra opción.
- **La mayoría de los suicidios suceden repentinamente sin advertencia previa**
 - La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Desde luego, algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Pero es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presentes.

MITOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

- **La persona suicida está decidido a morir:**
 - Por el contrario, suele estar ambivalente acerca de la vida o la muerte.
 - El apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio
 -
- **Quien haya sido suicida alguna vez nunca dejará de serlo:**
 - El mayor riesgo de suicidio suele ser a corto plazo y específico según la situación.
 - Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes,
 - Tras haber tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida

MITOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

- **Sólo las personas con trastornos mentales son suicidas**

- El comportamiento suicida indica infelicidad profunda. No necesariamente un trastorno mental.
- Muchas personas con trastornos mentales no están afectadas por el comportamiento suicida.
- No todas las personas que se quitan la vida tiene un trastorno mental.

- **Hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo**

- Dado el estigma generalizado alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién hablar. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio

ÍNDICE



- **1.- Introducción.**
- **2.- Epidemiología del suicidio.**
- **3.- Factores de riesgo de suicidio.**
 - 3.1.- Generales.
 - 3.2.- Individuales.
- **4.- Factores protectores del suicidio.**
 - 4.1.- Generales.
 - 4.2.- Individuales.
- **5.- Programas de prevención del suicidio.**
- **6.- Entrevista clínica para identificar riesgo suicida.**
- **7.- Intervención y tratamiento en paciente suicida.**
- **8.- Conclusiones.**
- **9.- Bibliografía.**

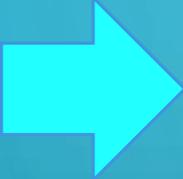
2.1.- EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL SUICIDIO (OMS)

- En el 2012 se registraron en el mundo unas 804.000 muertes por suicidio. 1/ 40”
- Por cada adulto que consuma suicidio, otros 20 lo intentan. $804.000 \times 20 = 16.080.000$
- Tasa anual mundial de suicidio, normalizada según la edad, de 11,4/100.000 hab.
 - 15,0 hombres y 8,0 mujeres.
 - Países ricos 3 hombres/1mujer.
 - Países pobres 1,5 hombres/ 1 mujer
- Asunto “delicado”, (incluso ilegal) subnotificado.
- Puede estar mal clasificado como “muerte por accidente o por otra causa”.
- A nivel mundial representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres.

2.2.- EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL SUICIDIO (OMS)

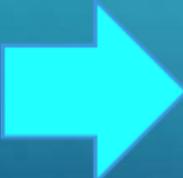
- Edad: tasas de suicidio: más elevadas > **de 70 años** hombres/ mujeres en el mundo.
- En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes.
- Mundialmente el suicidio: segunda causa principal de muerte en el grupo de **15 a 29 años**.
- La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más frecuentemente utilizados.
- Significativamente, **un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general.**
 - **Riesgo: 100 veces superior a la población general .**
 - **Cuatro veces superior a personas con un trastorno mental.**

2.3.- EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL SUICIDIO (OMS)



- El 50% de las personas que se suicidan han presentado una tentativa previa, siendo éste el factor de riesgo más importante en la población general.

- Fundamental disponer de un sistema de información que proporcione datos de calidad y accesibilidad a los mismos.



- Europa: **Uno de los mayores problemas de salud pública**, estimándose una prevalencia de 11,8 por 100.000 habitantes (Eurostat 2010) afectando a personas de cualquier edad, cultura o grupo población.

2.4.- PREVENCIÓN MUNDIAL SUICIDIO

- Para una prevención eficaz de los suicidios se requieren del registro civil, de los hospitales y de las encuestas una mejor disponibilidad y calidad de los datos sobre suicidios e intentos de suicidio.
- La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es un elemento clave de la prevención del suicidio.
- Sin embargo, las políticas de restricción de esos medios (como la limitación del acceso a plaguicidas y armas de fuego o la colocación de barreras en los puentes) requieren un conocimiento de los métodos preferidos en diversos grupos de la sociedad, y cooperación y colaboración entre múltiples sectores

EVOLUCIÓN DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

- El suicidio es la primera causa de muerte por factores externos.
- Se producen:
 - 1,8 suicidios por cada accidente mortal.
 - 11,7 suicidios por cada homicidio.
 - 68,1 suicidios por cada muerte por violencia de género.
- Según los datos del INE:
 - Las muertes por suicidio han aumentado en los últimos 15 años.

EVOLUCIÓN DEL SUICIDIO EN ESPAÑA (I.N.E.)

- Las muertes por suicidio han aumentado considerablemente en los últimos 15 años.
- En 1989, fallecieron en España 5.940 personas por accidente de tráfico y, por suicidio, perdieron la vida 2.987 personas.
- En 2015, los fallecimientos por accidente de tráfico fueron 1.880, mientras que por suicidio perdieron la vida 3.602 personas.
- En los últimos 35 años, la relación entre muertes por accidente de tráfico y por suicidio prácticamente se ha invertido (1:2-2:1)

SUICIDIOS EN ESPAÑA 2010-2015

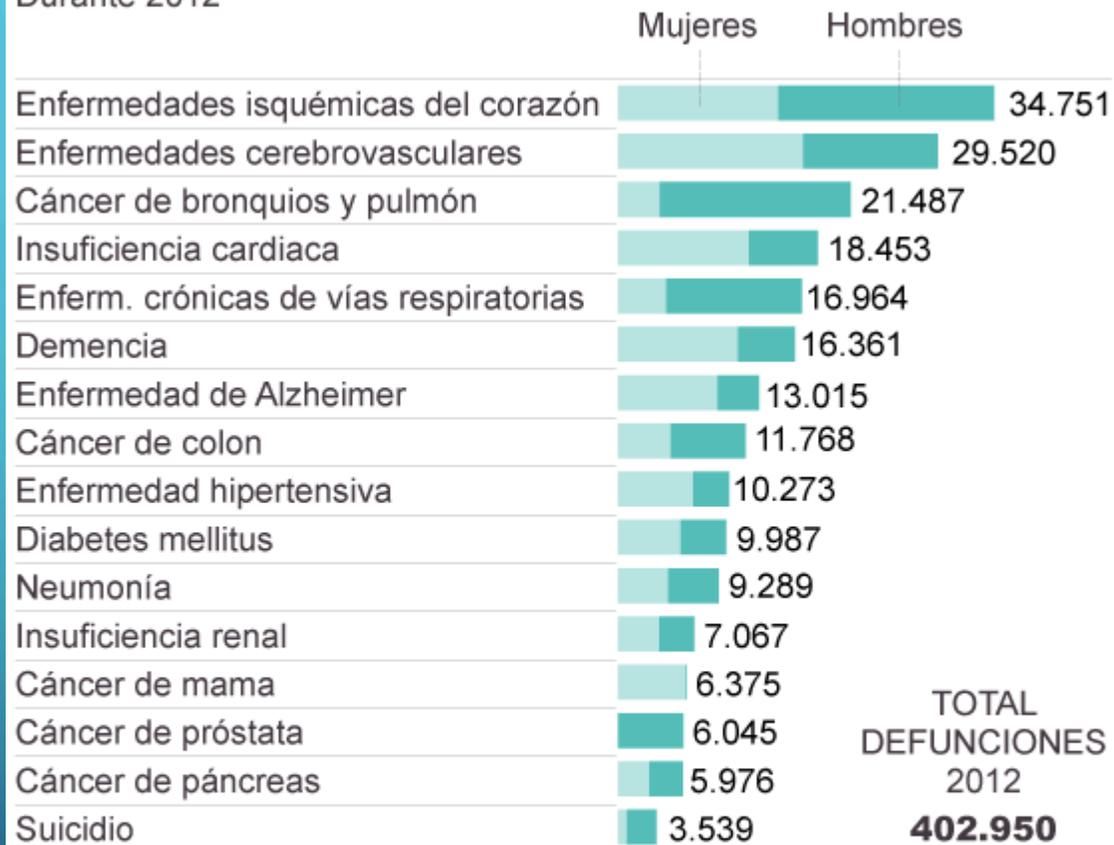


Evolución de los suicidios en España desde el año 2010 al 2015.
Datos del Instituto Nacional de Estadística

CAUSAS DE MUERTE EN ESPAÑA - 2012

CAUSAS DE MUERTE MÁS FRECUENTES

Durante 2012

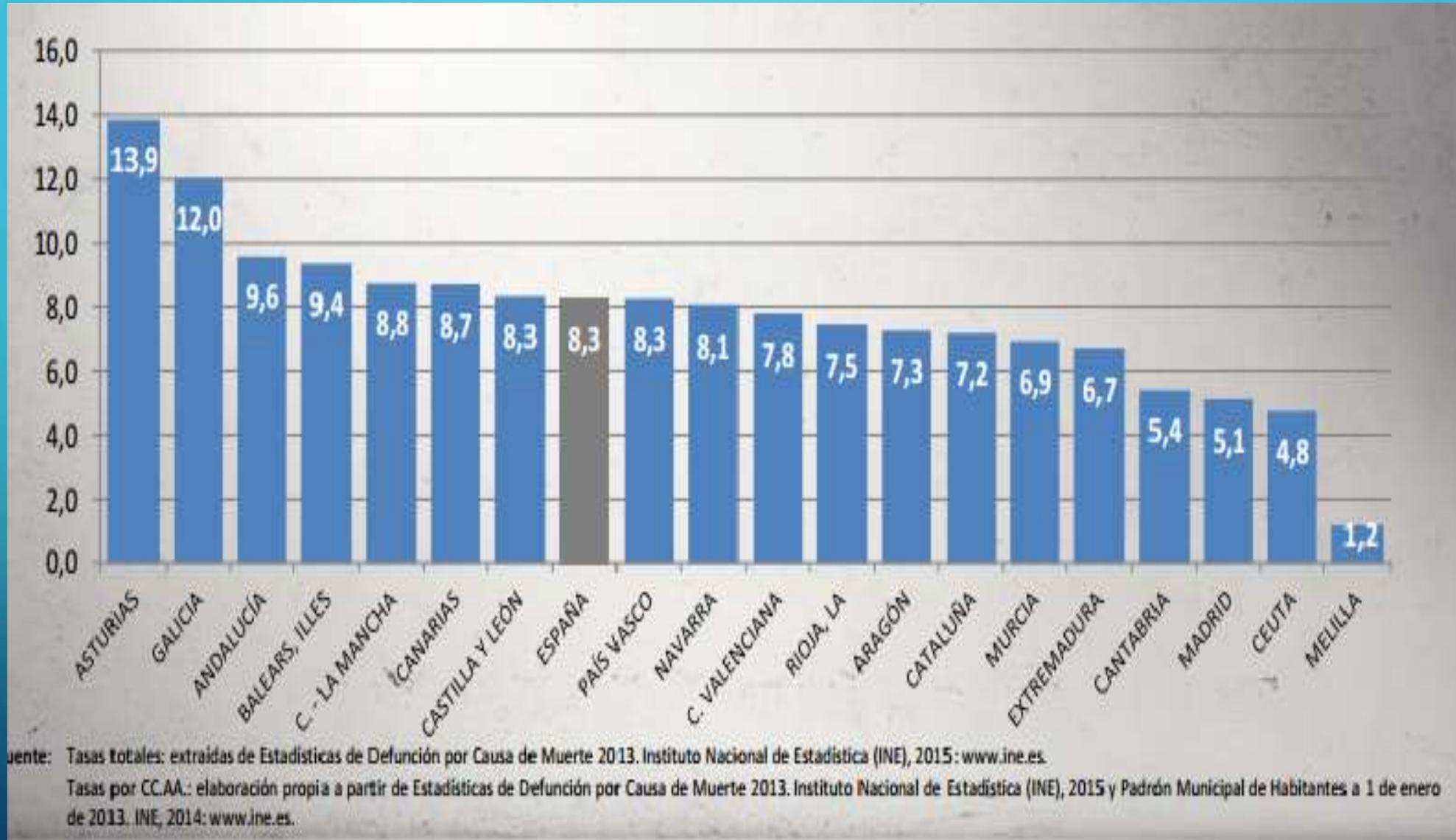


SUICIDIOS EN 2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE-2012).
EL PAÍS

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO SEGÚN CCAA



Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)

PREVALENCIA DE SUICIDIO EN ESPAÑA (I.N.E. - 2017)

3.679 PERSONAS (2.718 HOMBRES Y 981 MUJERES).
UN 3,1% MÁS QUE EN 2016.

PRIMERA CAUSA DE MUERTE NO NATURAL EN ESPAÑA.

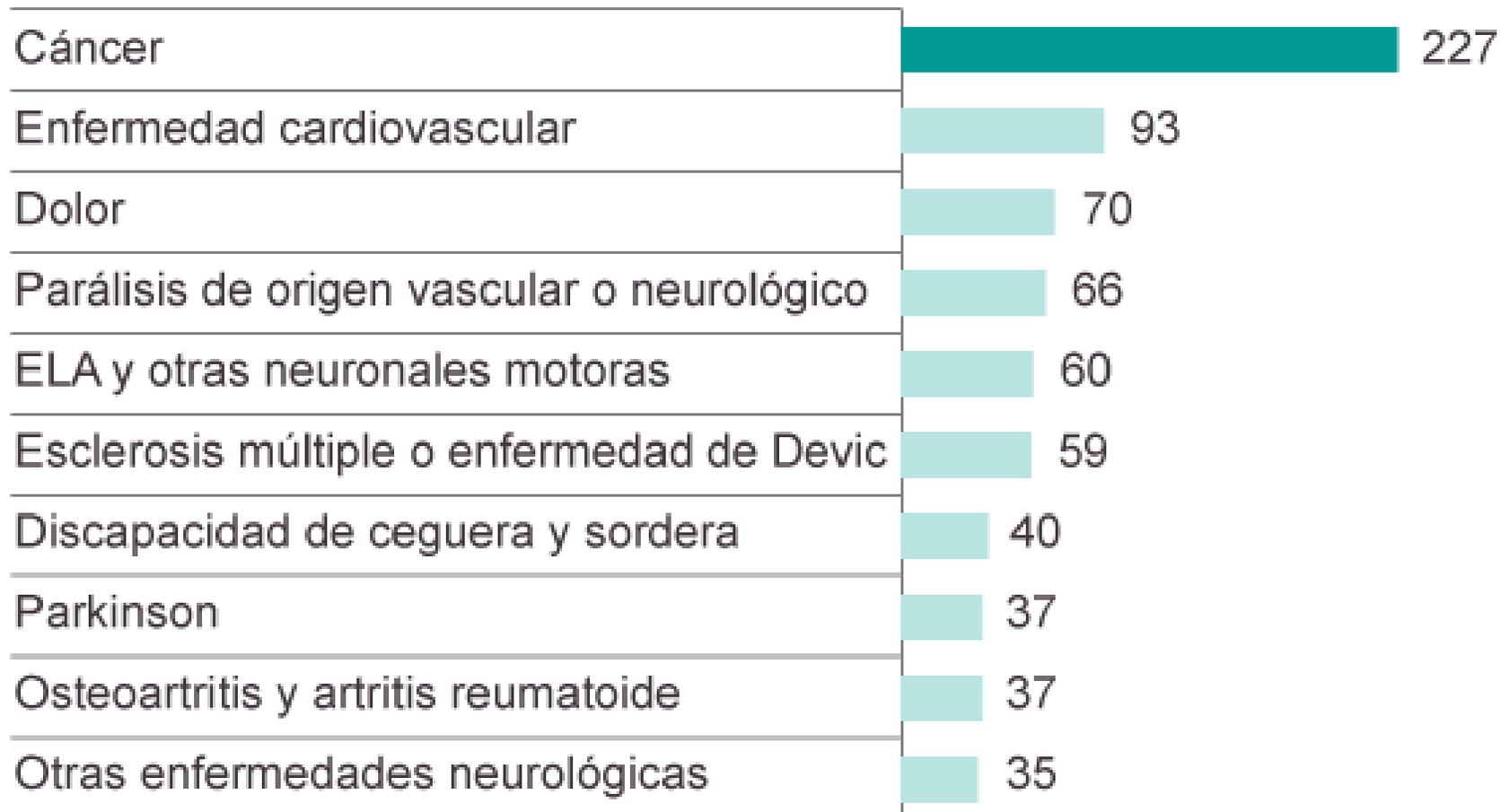
PRIMERA CAUSA DE MUERTE EXTERNA EN HOMBRES Y LA TERCERA
EN MUJERES EN ESTE AÑO.

ES UN AUTÉNTICO PROBLEMA DE SALUD:

NO SE PUEDE SEGUIR DANDO LA ESPALDA.

CAUSAS QUE LLEVAN AL SUICIDIO. ESPAÑA.

► Principales enfermedades que llevan al suicidio



EL PAÍS

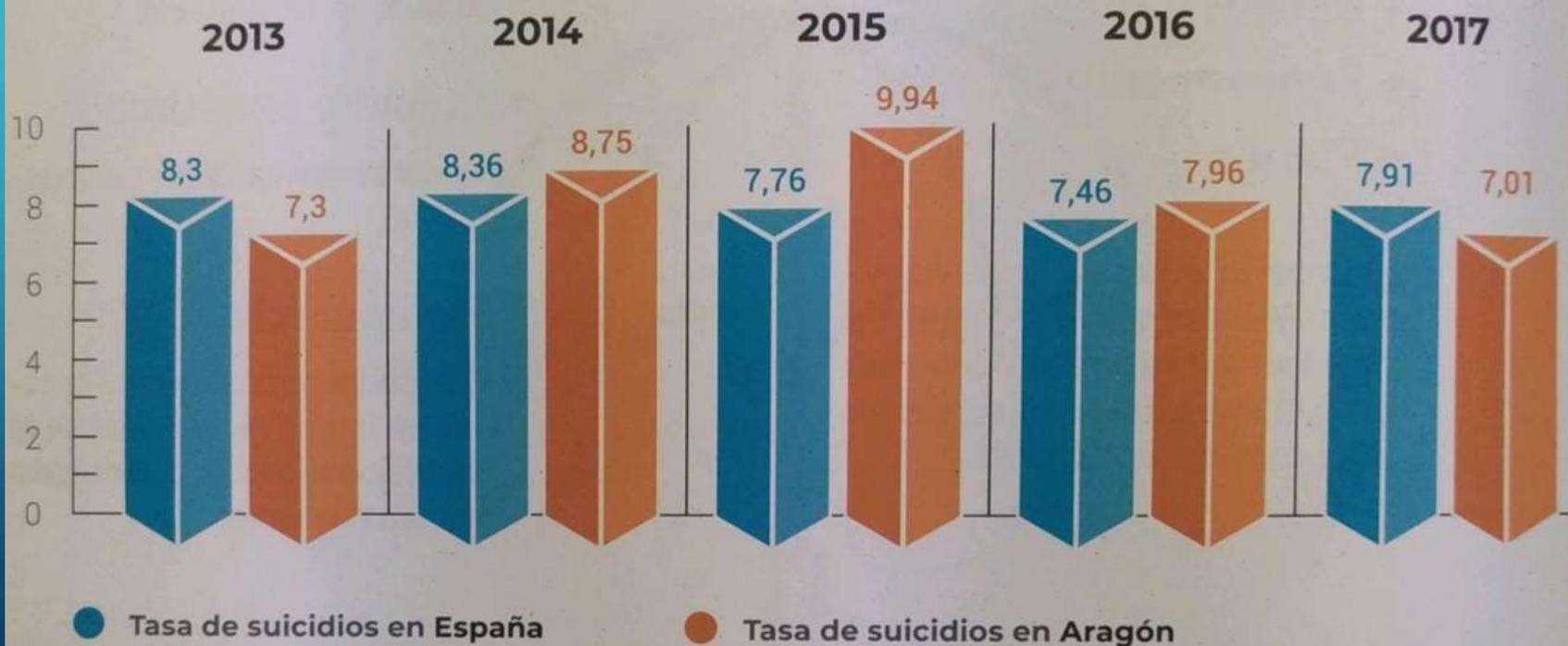
SUICIDIO EN ARAGÓN (2.017)

- N° total de muertes: 100 personas (73 hombres y 27 mujeres).
- Por provincias, las muertes por suicidio en Zaragoza fueron de 66 personas (48 hombres y 18 mujeres), en Huesca 25 personas (18 hombres y 7 mujeres) y en la provincia de Teruel fueron 9 personas (7 hombres y 2 mujeres) 2/ 5.
- El mayor número: Grupo de edad de 40 a 54 años, descendiendo la cifra a partir de esta franja de edad para experimentar un repunte a partir de los 75 años.
- En mujeres, el mayor número se produce en edades entre los 65 y 89 años.

Datos de Aragón

En Aragón, en los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, el número de personas que se quitaron la vida, según datos del **Observatorio del Suicidio (Fundación Salud Mental de España para la Prevención de Trastornos Mentales y el Suicidio)** ha sido respectivamente de 98, 116, 131, 113 y 100.

En la comparativa de tasas por 100.000 habitantes de dichos años en Aragón y la tasa promedio nacional, apreciamos que entre 2014 y 2016 las cifras están por encima de la media nacional.



Podemos establecer también una comparativa de número de personas fallecidas por causas externas en dos tipologías de gran importancia: muerte por suicidio o por accidentes de tráfico. Observamos que la primera de las causas es muy superior a la otra, siendo la alarma social inexistente en el caso de las muertes por suicidio (fuente INE).

Causas de muerte	2013	2014	2015	2016	2017
Suicidio	3.870	3.910	3.602	3.569	3.679
Accidentes de tráfico	1.943	1.890	1.880	1.944	1.943



Llamadas	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Totales	6.386	4.411	3.993	3.009	5.771	6.694
Prevención del suicidio	907	641	494	404	868	780
Contenido suicida	114	86	41	23	57	71

• Guía Suicidio Aragón. 2019

ÍNDICE

- **1.- Introducción.**
- **2.- Epidemiología del suicidio.**
- **3.- Factores de riesgo de suicidio.**
 - 3.1.- Generales.
 - 3.2.- Individuales.
- **4.- Factores protectores del suicidio.**
 - 4.1.- Generales.
 - 4.2.- Individuales.
- **5.- Programas de prevención del suicidio.**
- **6.- Entrevista clínica para identificar riesgo suicida.**
- **7.- Intervención y tratamiento en paciente suicida.**
- **8.- Conclusiones.**
- **9.- Bibliografía.**

3.1.1.- FACTORES DE RIESGO GENERALES (OMS)

- Dificultad de acceso a la atención de salud y recibir la asistencia.
- Fácil disponibilidad de los medios para suicidarse.
- Sensacionalismo de los medios de difusión de los suicidios: Efecto imitación/contagio: Efecto Werther.
- Estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas.
- Guerras, desastres, estrés ocasionado por la aculturación, la discriminación, el sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas.

3.1.2.- FACTORES DE RIESGO GENERALES

- **SISTEMAS DE SALUD**

- Barreras para obtener acceso a la atención de salud

- **SOCIEDAD**

- Acceso a medios utilizables para suicidarse
- Notificación inapropiada por los medios de difusión.
 - EFECTO WHERTER O EFECTO CONTAGIO.
- Estigma asociado a comportamientos de búsqueda de ayudas

- **COMUNIDAD**

- Desastres, guerras y conflictos.
- Estrés por desplazamientos y aculturación.
- Discriminación.
- Traumas o abuso.

3.2.1.- FACTORES DE RIESGO PARTICULARES

- **INDIVIDUO:**

- Intento de suicidio anterior.
- Trastornos mentales.
- Consumo nocivo de alcohol.
- Pérdida de trabajo y financiera.
- Desesperanza.
- Dolor crónico.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Factores genéticos y biológicos.

- **RELACIONES**

- Sentido de aislamiento y falta de apoyo social.
- Conflictos en las relaciones, disputas, pérdidas.

3.2.2.-Clasificación Factores de Riesgo Suicida

Factores Modificables

- Trastorno afectivo.
- Esquizofrenia.
- Trastornos de ansiedad.
- Abuso de sustancias.
- Trastorno de personalidad.
- Otros trastornos mentales.
- Salud física.
- Dimensiones psicológicas.

Factores No Modificables

- Heredabilidad.
- Sexo.
- Edad (adolescentes, adultos jóvenes, edad geriátrica).
- Estado civil.
- Situación laboral y económica.
- Creencias religiosas.
- Apoyo social.
- Conducta suicida previa.

3.2.3.- CAUSAS DE CONDUCTA SUICIDA: FACTORES PSICOLÓGICOS Y CONTEXTUALES

- Situación social.
- Relaciones interpersonales.
- Acontecimientos vitales recientes o problemas actuales.
- Historia de trastorno mental, intentos de suicidios previos, abuso de alcohol y otras drogas.
- Características psicológicas relacionadas con la conducta suicida y su motivación.

3.2.4.-RIESGO DE SUICIDIO: TRASTORNO MENTAL.

1.- Depresión. 300 Millones de personas en el mundo.

50% de los suicidas tienen depresión como 1º diagnóstico.

2.- Trastornos afectivos: 15% suicidio.

3.- Consumo de sustancias tóxicas: Alcoholismo/drogodependencia:

1. El alcoholismo es el diagnóstico 1º en el 25% de los suicidas.

2. Multiplica hasta por 20 el riesgo de conducta futura.

4.- Psicosis / Esquizofrenia.

Paranoia o alucinaciones con mandatos que insten a la autodestrucción.

Pacientes deprimidos con delirios (máximo riesgo).

10% de los esquizofrénicos mueren por suicidios.

Trastorno psiquiátrico del post-parto.

5.- Trastorno de la personalidad.

6.- Trastornos conducta alimentaria.

3.2.5.- FACTORES DE RIESGO Y SALUD.

1. Dolor crónico.
2. Enfermedad crónica / Discapacidad.
 1. Incapacitante/dependiente: E.L.A. Lesión medular. Ictus. Ceguera/sordera.
 2. Estigmatizante: Desfiguración. Lesiones visibles. VIH.
3. Enfermedad terminal.
4. Post hospitalización.
 1. Tras ingreso psiquiátrico.
 2. Tras cirugía.

3.2.6.- FACTORES DE RIESGO: INTENTOS PREVIOS

1. Elevado factor de riesgo: Se multiplica por 5.
2. Riesgo de 2º intento es superior en los próximos 3 meses.
3. Los Intentos suicidas repetidos y los de llamada de atención a menudo consuman el suicidio.

3.2.7.- FACTORES DE RIESGO: EDAD

1. Va en aumento antes de la adolescencia.
2. Hombres: la frecuencia aumenta con la edad, punto máximo 75 años.
3. Mujeres: 55-65 años.

FACTORES DE RIESGO: SEXO

1. Intentos: mujeres >3-4v hombres.
2. Consuman suicidio: hombres > 2-3v mujeres.

FACTORES DE RIESGO SOCIALES

1. Estado civil: solteros > viudos > separados o divorciados > casados sin hijos > casados con hijos.
2. Viven solos, pérdida de algún ser querido o fracaso afectivo.
3. Ciudad > Medio rural.

FACTORES DE RIESGO LABORALES

1. En paro. Trabajadores no cualificados > empleados y trabajadores con cualificación.
2. Profesiones de riesgo: policías, músicos, agentes de seguros, abogados, dentistas y médicos (oftalmólogos, anesthesiólogos y psiquiatras)

FACTORES DE RIESGO FAMILIAR

Mayor riesgo los pacientes con historia familiar de suicidios o intentos.

Este riesgo es independiente del diagnóstico psiquiátrico.

FACTORES DE RIESGO ACCESO A MEDIOS

Factor de riesgo independiente de suicidio.

Armas de fuego en el hogar representa un mayor riesgo.

Plaguicidas (Mundial).

Medicación / Psicofármacos.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA

- Características del intento:
 - Intencionalidad, elaboración del plan, letalidad, método elegido.
- Características personales:
 - Edad, sexo, presencia de trastorno mental, conducta suicida previa, desesperanza, etc.
- Características contextuales:
 - Aislamiento social, clase social, enfermedad física

ÍNDICE

- **1.- Introducción.**
- **2.- Epidemiología del suicidio.**
- **3.- Factores de riesgo de suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **4.- Factores protectores del suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **5.- Programas de prevención del suicidio.**
- **6.- Entrevista clínica para identificar riesgo suicida.**
- **7.- Intervención y tratamiento en paciente suicida.**
- **8.- Conclusiones.**
- **9.- Bibliografía.**

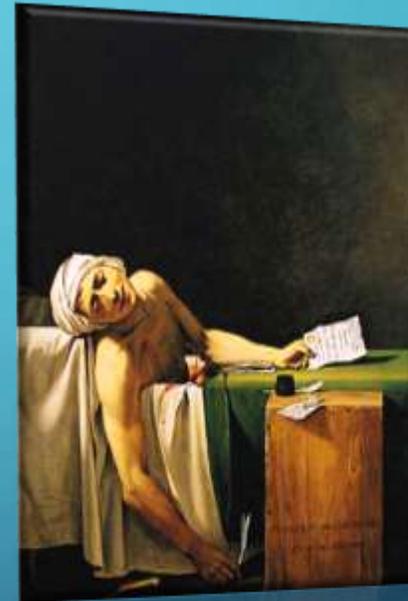
ESTRATEGIAS PARA CONTRARRESTAR FACTORES DE RIESGO GENERALES.

- Facilitar el acceso a la atención de salud.
- Promover la salud mental.
- Reducir el consumo nocivo de alcohol/tóxicos.
- Limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse.
- Promover una información responsable en medios de difusión.

SUICIDIO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

LA PRINCIPAL CAUSA QUE JUSTIFICA UNA LIMITACIÓN A LAS NOTICIAS INDISCRIMINADAS SOBRE SUICIDIOS ES EL “EFECTO CONTAGIO”

Y además añadiría:
¿el suicidio es un hecho/acto público o privado?



S.A.R.P. Blanca Morera. Zaragoza.

EFECTO WERTHER-“COPYCAT SUICIDE” ¿REALIDAD O FICCIÓN?

- ◎ Siglo XVIII (1774) Goethe escribe “Las penas del joven Werther”.
- ◎ Durkheim (1897) revisa la cuestión y niega la sugestión fuera de un círculo cercano, minimizando su peso.
- ◎ “The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect”. **David P. Phillips**, ASR 1974.
- ◎ National Workshop CDC (1992): “el contagio puede ser prevenido con información responsable”



ELEMENTOS DE PREVENCIÓN UTILIZABLES

La OMS recomienda que al facilitar las noticias de suicidio se mantengan las siguientes estrategias:

- Publicitar servicios o líneas de contacto actualizados que puedan resultar de ayuda
- Transmitir mensajes sobre la frecuente asociación depresión-comportamiento suicida, tratando la depresión como una enfermedad tratable
- Ofrecer un mensaje de solidaridad a los supervivientes y posibilidades de apoyo

ÍNDICE

- **1.- Introducción.**
- **2.- Epidemiología del suicidio.**
- **3.- Factores de riesgo de suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **4.- Factores protectores del suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **5.- Programas de prevención del suicidio.**
- **6.- Entrevista clínica para identificar riesgo suicida.**
- **7.- Intervención y tratamiento en paciente suicida.**
- **8.- Conclusiones.**
- **9.- Bibliografía.**

FACTORES PROTECTORES INDIVIDUALES

- **Patrones Familiares:**
 - Buena relación con los miembros de la familia.
 - Apoyo de la familia.
- **Estilo Cognitivo y Personalidad:**
 - Buenas habilidades sociales.
 - Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.
 - Búsqueda de consejo cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.
 - Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes.
 - Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.
 - Receptividad hacia conocimientos nuevos.
- **Factores Culturales Sociodemográficos:**
 - Integración social, por ejemplo, participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes, etc.
 - Buenas relaciones con sus compañeros.
 - Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos.
 - Apoyo de personas relevante.

FACTORES PROTECTORES INDIVIDUALES

- **Sólidas relaciones personales.**
 - Mantener relaciones estrechas sanas.
 - Importancia del círculo próximo de una persona.
 - Familia/amigos: Apoyo social, emocional y financiero que reduzca factores estresantes.
 - Los amigos especialmente importantes en adolescentes y ancianos.
 - Disminuye el riesgo de suicidio asociado a infancias traumáticas.
- **Creencias religiosas o espirituales.**
 - Cuestionado a veces: la religión proporciona un sistema estructurado de creencias, a veces no busca ayuda por estigma. Valor protector de la religión y la espiritualidad más vinculado a la pertenencia a una comunidad de apoyo mutuo y con similares valores. Depende de contextos culturales. Los estudios no son conclutetes (Anseán, 2014).

FACTORES PROTECTORES INDIVIDUALES

- **Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida.**
- El bienestar: rasgos de personalidad vulnerabilidad/resistencia/recuperación frente al estrés y a los traumas. RESILIENCIA
- La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida.
- Una buena autoestima, competencia personal y capacidad de resolver problemas (incluida la capacidad de pedir ayuda) mitigan la repercusión de las adversidades.

ÍNDICE

- **1.- Introducción.**
- **2.- Epidemiología del suicidio.**
- **3.- Factores de riesgo de suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **4.- Factores protectores del suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- ➔ • **5.- Programas de prevención del suicidio.**
- **6.- Entrevista clínica para identificar riesgo suicida.**
- **7.- Intervención y tratamiento en paciente suicida.**
- **8.- Conclusiones.**
- **9.- Bibliografía.**

Portada > Secciones > Especialidades > Psiquiatría

El suicidio, línea estratégica del nuevo Plan Nacional de Salud Mental

El Ministerio anuncia sus planes para abordar de manera integral la prevención de la conducta suicida en España



¿Quieres recibir redacción médica en tu correo de fondo?

"Nos une la enorme **preocupación** por el **suicidio**, un problema que afecta a numerosos ciudadanos en España y que es especialmente doloroso en personas jóvenes". Con esta declaración de la ministra de Sanidad **María Luisa Carcedo**, el **Ministerio** ha anunciado que está trabajando en una **línea estratégica** que permita el abordaje integral de la **prevención de la conducta suicida** en España.

La propuesta está incluida dentro de la **Estrategia de Salud Mental 2019-2024** que se está ultimando y que, en palabras Carcedo, su presentación en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud está prevista para antes de fin de año.

Uno de los principales problemas de salud pública

10 Septiembre de 2019



Guía informativa para la detección y prevención del suicidio

2019

Conceptos y orientaciones para la ciudadanía,
familiares y afectados/as en Aragón



Colegio Profesional de
Psicología de Aragón



**Teléfono de
la esperanza**

telefonodelaesperanza.org



ASOCIACIÓN DE
PERIODISTAS DE ARAGÓN

anis
INFORMADORES
DE LA SALUD

GUÍAS Y RECOMENDACIONES DE ÁMBITO NACIONAL

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



Suicidio y psiquiatría

Recomendaciones preventivas
y de manejo del comportamiento suicida

Julio Bobes García
José Giner Ubago
Jerónimo Saiz Ruiz
(Editores)



Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Editorial Triacastela

GUÍA PARA FAMILIARES

Detección y prevención de la conducta suicida

En personas con una enfermedad mental

PROGRAMA DE D
CONDUCTA SUIC

27.000
EJEMPLARES



120



El objetivo que perseguimos con esta Guía es **proporcionar información veraz y objetiva sobre la conducta suicida, ayudar a identificar cuáles son las señales de alerta y proponer distintas habilidades de afrontamiento validadas para su pronta identificación y prevención.**

CAMPAÑA PREVENCIÓN DEPRESIÓN Y SUICIDIO PARA FACILITADORES SOCIALES WEB e impresa

Ciudadanos Profesionales Entidades y Empresas Centros de Salud Hospitales

Problemas de salud. Depresión. Prevención del suicidio

Introducción
+Qué debes saber
+Qué debes hacer
Bibliografía

Depresión. Prevención del suicidio

Depresión. Prevención del suicidio

SHARE

¡No estás solo!
Aunque sientas...

tristeza
desesperanza
culpabilidad
cansancio
apatía

Si tienes estos síntomas de manera continuada y limitan tu vida diaria, puedes estar sufriendo una depresión.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, y una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si se añaden otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Algunas personas están más predispuestas a padecerla, aproximadamente un 15% de la población sufre algún episodio a lo largo de su vida. Además, se prevé en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares. Se estima que afecta a 1 de cada 6 españoles en algún momento a lo largo de su vida.

Las personas afectadas de depresión grave presentan un riesgo suicida mayor que la población general. El suicidio constituye un problema de salud pública importante, y en gran medida prevenible. Se trata, como la depresión, de un fenómeno complejo de origen multifactorial, en el que los factores de riesgo diversos, de carácter biológico, psicológico y ambiental. La depresión se puede curar y el suicidio se puede prevenir.

A pesar de ser una enfermedad frecuente, sin embargo como advierte la Organización Mundial de la

2.000 carteles

16.000 dípticos
y Guías informativas



RECOMENDACIONES

Plan Nacional de Prevención del Suicidio.

EL PAÍS

OPINIÓN

EDITORIALES · TRIBUNAS · COLUMNAS · ANÁLISIS · BLOGS · VIÑETAS · DEFENSORA DEL LECTOR

AVANCE Consulta la primera página de EL PAÍS, Edición Nacional, del viernes, 17 de abril +

TRIBUNA

Prevenir el suicidio

Todavía no hay un plan nacional que ayude a combatir la primera causa externa de muerte evitable en España

MERCEDES NAVID ACOSTA | 15 ABR 2015 - 09:09 CEST

f 258 t 33 in 25 g

Archivado en: Suicidio · Mortalidad · Prevención enfermedades · Ministerio de Sanidad · Ministerios · Demografía · Enfermedades · Medicina · Administración Estado

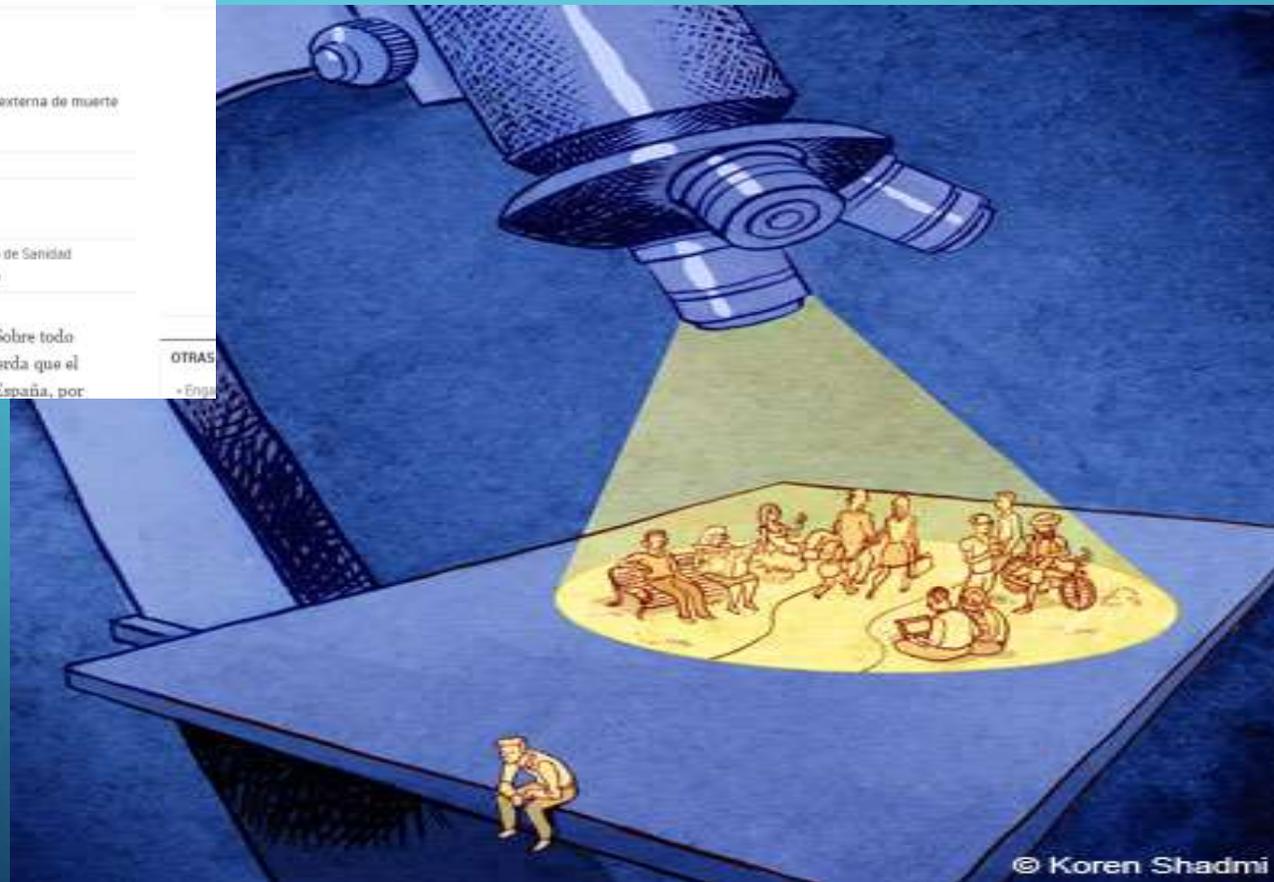
Share

Instagram

"Qué solos se quedan los muertos", decía el poeta. Sobre todo algunos. Una vez más la estadística anual nos recuerda que el suicidio es la primera causa externa de muerte en España, por

OTRAS

» Eng



ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL SUICIDIO.

- Conocer la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas.
- Identificar con más precisión los factores de riesgo y de protección frente al suicidio en población general y grupos vulnerables.
- Variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio. Aumentar o reducir su probabilidad.
- Políticas nacionales: Plan Nacional de Prevención del Suicidio (más de 28 países).
- Día Mundial para la Prevención del Suicidio 10 de Septiembre.
 - Asoc. internacional para la prevención del suicidio.
- Creación de unidades de investigación sobre el suicidio.
- Formación: cursos académicos centrados en el suicidio y su prevención: Proporcionar ayuda práctica, a fin de mejorar la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas.

ESTRATEGIAS PARA CONTRARRESTAR FACTORES DE RIESGO SELECTIVOS.

- Dirigidos a grupos vulnerables: personas que han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados, migrantes y los familiares de suicidas.
- Establecimiento de “vigilantes” o “guardianes” adiestrados que ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda como los prestados a través de líneas telefónicas.
- Las estrategias específicas a personas vulnerables de la comunidad:
 - Seguimiento a quienes salen de urgencias ambulatorias o de hospitales con “Riesgo”.
 - Capacitación del personal sanitario para identificar y manejar los trastornos mentales y por uso de sustancias. Especialmente si hay riesgo de suicidio.
- La prevención fortaleciendo aspectos positivos protectores: relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas.

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL SUICIDIO.

- Grupos de apoyo mutuo entre familiares de suicidas, y voluntarios capacitados están prestando ayuda y orientación en línea y por teléfono.
- En los últimos 50 años, muchos países han despenalizado el suicidio, y esto ha facilitado mucho que quienes tengan comportamientos suicidas soliciten ayuda.
- **En pro de una respuesta integral para la prevención del suicidio**
- Una manera sistemática de dar una respuesta al suicidio en un país es establecer una estrategia nacional de prevención del suicidio.
- Una estrategia nacional refleja el compromiso claro de un gobierno de ocuparse del problema del suicidio.
- Algunas estrategias nacionales características abarcan varias medidas de prevención como la vigilancia, la restricción de los medios utilizables para matarse, directrices para los medios de difusión, la reducción de los estigmas y la concientización del público, así como la capacitación de personal de salud, educadores, policías y otros guardianes.
- También suelen incluir servicios de intervención en casos de crisis y servicios posteriores.

ESTRATEGIA NACIONAL PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

- Hacer de la prevención una prioridad multisectorial que incluya no solo el sector de la salud sino también los de la educación, el empleo, el bienestar social, la justicia y otros.
- La estrategia debe adaptarse al contexto cultural y social de cada país y establecer mejores prácticas e intervenciones basadas en datos científicos con un abordaje integral.
- Deben asignarse recursos para lograr objetivos a corto, mediano y largo plazo y debe haber una planificación eficaz; la estrategia debe evaluarse regularmente, y los resultados de su evaluación deben utilizarse para la planificación futura.
- La falta de una estrategia nacional integral plenamente desarrollada en un país no debe obstaculizar la ejecución de programas de prevención del suicidio porque estos pueden contribuir a una respuesta nacional.
- En esos programas focalizados se procura identificar a grupos vulnerables al riesgo de suicidio y mejorar su acceso a los servicios y recursos.

Un protocolo servirá de guía a profesionales de Osakidetza que intervengan en crisis suicidas
La Estrategia de Prevención del Suicidio del Servicio Vasco de Salud pretende derribar estigmas y tabúes de forma transversal en el ámbito sociosanitario.

Eva Fariña | 7 - junio - 2019 9:55 am



La consejera de Salud del [Servicio Vasco-Osakidetza](#), Nekane Murga, ha presentado la **Estrategia de Prevención del Suicidio de Euskadi**.



Guía informativa para la detección y prevención del suicidio

Conceptos y orientaciones para la ciudadanía,
familiares y afectados/as en Aragón



Colegio Profesional de
Psicología de Aragón



**Teléfono de
la esperanza**

telefonodelaesperanza.org



ASOCIACIÓN DE
PERIODISTAS DE ARAGÓN

anis
INFORMADORES
DE LA SALUD

**VI ENCUENTROS
EN PSIQUIATRÍA**

conducta suicida

Sevilla, 17 y 18 de Abril 2015

**ABORDAJE Y PREVENCIÓN A NIVEL
INSTITUCIONAL
DE LA CONDUCTA SUICIDA**

Dra. M. Navío Acosta

Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS

Sevilla. Abril-2015



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DRETA DE L'EIXAMPLE 2005-2007

- Hospital Sta Creu i Sant Pau. U.A.B.
- Servei de Psiquiatria.
- Centre Psicoterapia Barcelona-SSM.

Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)

Código Riesgo Suicidio “CRS”



Disminuir la mortalidad por suicidio, aumentar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida y prevenir la repetición de tentativas autolíticas en los pacientes de alto riesgo.

Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)

CRS: fases y proceso asistencial



Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)

LA EXPERIENCIA GALLEGA (ORENSE, Ernesto Ferrer):

Original

Teresa Reijas¹
Ernesto Ferrer²
Amparo González³
Fernanda Iglesias²

Evaluation of an Intensive Intervention Program in Suicidal Behaviour

¹Psicóloga clínica. Servicio de Psiquiatría,
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

²Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría,
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

³DUE especialista en Salud Mental. Servicio de Psiquiatría.
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

LA EXPERIENCIA GALLEGA (ORENSE, ERNESTO FERRER): OBJETIVOS

- Reducir los reintentos de suicidio en pacientes que han realizado al menos un intento.
- Reducir la mortalidad por suicidio en la provincia de Ourense. Objetivos intermedios:
- Incrementar la detección de pacientes en riesgo de suicidio en Atención Primaria.
- Dar asistencia específica a pacientes tras un intento de suicidio. Servicio de Urgencias
- Garantizar el tratamiento de estos pacientes mediante un programa específico y con carácter asertivo (abandonos 0): Especialmente tras alta de UHB.

Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)



European Regions Enforcing Actions Against Suicide

Acciones de las regiones europeas destinadas a la prevención del suicidio

Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)

PLAN ESTRATEGICO SALUD MENTAL 2010-014: APARTADO “PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO”

OBJETIVO 2

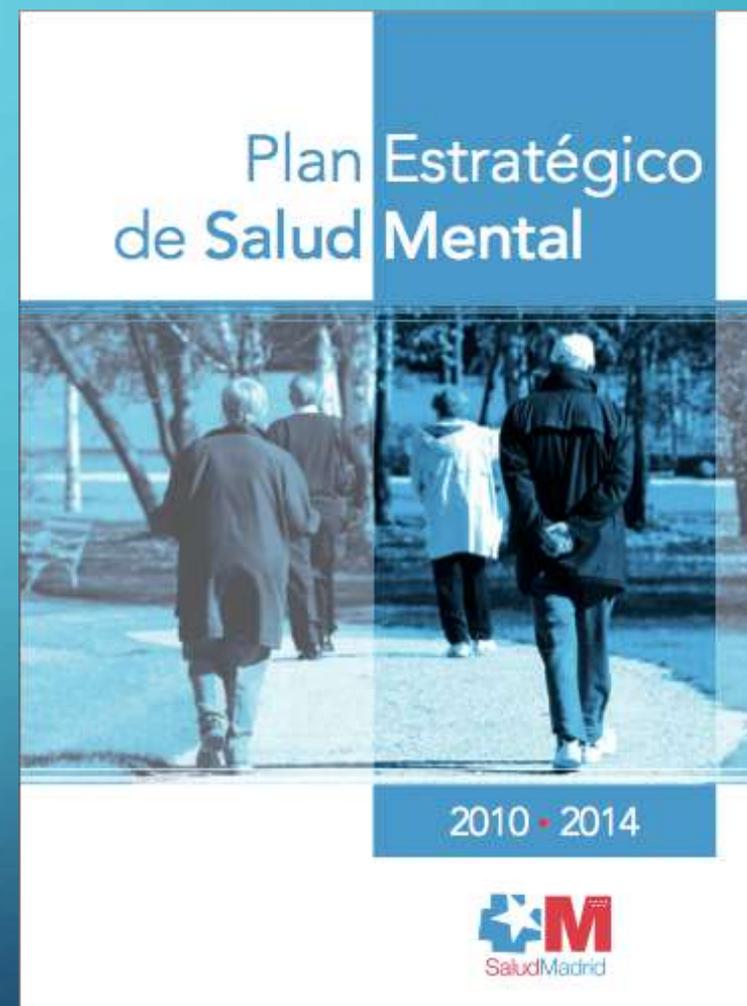
Implantación de procedimientos clínicos normalizados para la prevención del suicidio

Se considera necesario implantar un protocolo que sirva de guía para la evaluación de los pacientes suicidas en los Servicios de Urgencia de los Hospitales de la Comunidad de Madrid que permita la creación del posterior informe clínico, de modo que siempre se consignen los aspectos considerados fundamentales en la evolución de los pacientes que han presentado conducta suicidas y se garantice la coordinación con los Servicios de Salud Mental.

ACCIONES A REALIZAR:

En coordinación con el Observatorio Regional de Gestión de Riesgos Sanitarios se procederá a:

1. *Implantar un protocolo único en los Servicios de Urgencia para la recogida de información asociada a la conducta suicida.*
2. *Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de actuación de los Servicios de Salud Mental ambulatorios para pacientes con riesgo suicida e intentos de suicidio previos.*
3. *Implantar de forma generalizada protocolos de actuación de enfermería en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica para pacientes con riesgo suicida.*



Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL AGCPSM.

“Intervención psicoterapéutica de prevención secundaria de conductas suicidas y psicoeducativas dirigidas a pacientes con tentativas suicidas (emergentes), a familiares de personas con enfermedad mental grave y a profesionales”.

- ***(Fondos de Cohesión concedidos a las Comunidades Autonomas para Estrategias de Salud del SNS***
- ***Dr.Jiménez-Arriero y Dra.Navío Acosta)***

Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)

PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)





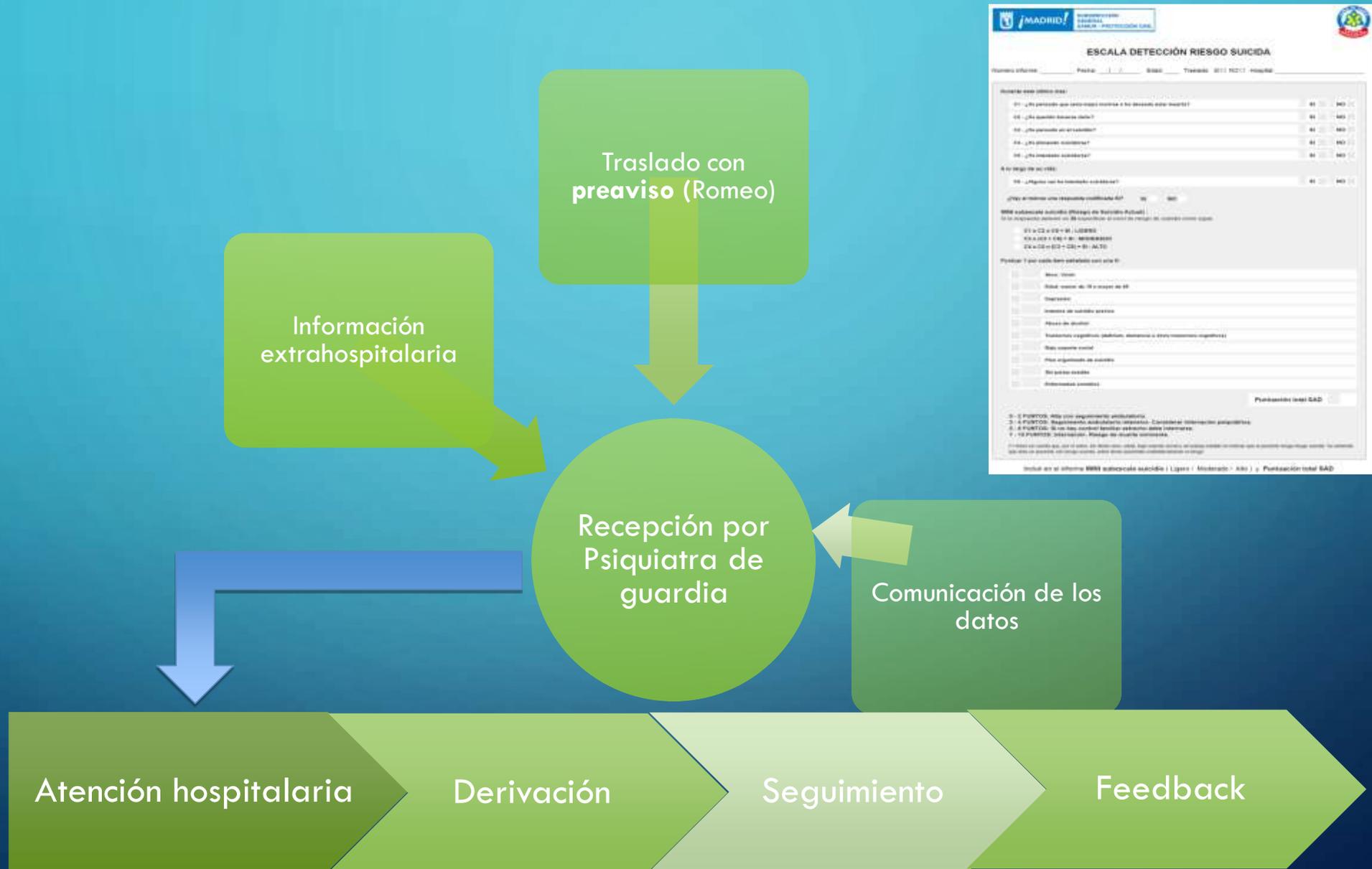
“PROGRAMA PILOTO DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA FJD-SAMUR-CÓDIGO 100”

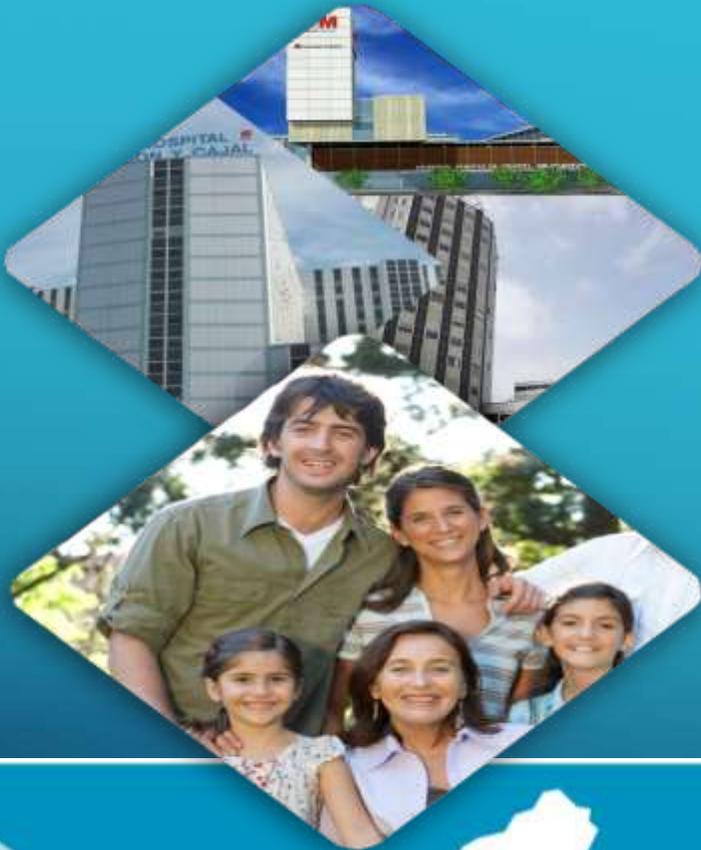
- **Dr. Enrique Baca García**
- **Dra. Lucía Villoria Borrego**

Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)

PROGRAMA CÓDIGO 100-SAMUR





PRESTACIÓN “ARSUIC”: ATENCIÓN AL RIESGO SUICIDA EN TODOS LOS HOSPITALES DE LA CM VÍA CONTRATO DE GESTIÓN

*Dra. Mercedes Navío Acosta
Coordinadora asistencial ORCSM*

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO Y DETECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ed. I - Código: 12339

FECHA: 28 noviembre de 2013

26 EDICIONES:

HORARIO de 9,00 a 14,00 horas

>900 MAP Y EAP

DURACIÓN: 5 horas

LUGAR DE CELEBRACIÓN: CS Dr. Castroviejo
c/ Cándido Mateos 11, 28035 Madrid

NÚMERO DE PLAZAS: 30 alumnos
La inscripción se realizará vía web :

Haciendo clic en el siguiente enlace: http://formap.salud.madrid.org/formap/x32_application.htm?12239

FECHA LÍMITE PARA LA INSCRIPCIÓN: hasta completar aforo

La admisión o no al curso, se comunicará al correo electrónico institucional del solicitante

Para cualquier duda o aclaración puede dirigirse a fc@salud.madrid.org

Para la obtención del Certificado ES IMPRESCINDIBLE:

En los cursos de 20 horas o menos, la asistencia y firma del 100% de las horas lectivas.
En los cursos de más de 20 horas, la asistencia y firma de, al menos el 90% de las horas lectivas.

Programa de Formación para Profesionales Sanitarios de la CAM que trabajan con pacientes en edad geriátrica sobre Detección y Prevención de la Depresión y el Suicidio

Docentes: Dra. Matilde Hernández
Profesor J.L. Ayuso Mateos



Proyectos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

PROYECTO:

**“DETECCIÓN TEMPRANA,
TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE
LA REINCIDENCIA DE LAS
TENTATIVAS DE SUICIDIO”**

2013-2015

DIRECTORA DE PROYECTO:

DRA.MERCEDES NAVÍO ACOSTA.MADRID

EXPERTOS DE PROYECTO:

- EVELIN HUIZING.ANDALUCÍA
- JOSÉ ANTONIO BLANCO.CASTILLA-LEÓN
- VICTOR PEREZ SOLA.CATALUÑA
- LORETO MEDINA.MURCIA
- NEL ANXELU GONZALEZ ZAPICO. FEAFES
- GUADALUPE MORALES.FUNDACIÓN MUNDO BIPOLAR
- JAVIER JIMENEZ PIETROPAOLO.AIPIS.
- CECÍLIA BORRÀS.DSAS.CATALUÑA
- ENRIQUE BACA GARCIA.MADRID

PUNTOS CRÍTICOS:

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- Mejora en la **valoración del riesgo suicida** tras tentativas en los Servicios de Urgencias y en los Servicios de emergencia extrahospitalaria.
- Mejora de **la continuidad Asistencial** entre los Servicios de urgencias y los Servicios de Salud Mental ambulatorios, y Atención Primaria a corto y medio plazo tras realización de tentativa.
- Pacientes con **riesgo crónico elevado** de suicidio atendidos en recursos no específicos.

PREVENCIÓN PRIMARIA

- Mejora en el manejo y la **Detección del Riesgo suicida en Atención Primaria.**

POSTVENCIÓN

- Mejora en la **Atención a las personas supervivientes** (familiares y allegados).

Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)

ÍNDICE

- **1.- Introducción.**
- **2.- Epidemiología del suicidio.**
- **3.- Factores de riesgo de suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **4.- Factores protectores del suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **5.- Programas de prevención del suicidio.**
- ➔ • **6.- Entrevista clínica para identificar riesgo suicida.**
- **7.- Intervención y tratamiento en paciente suicida.**
- **8.- Conclusiones.**
- **9.- Bibliografía.**

EVALUACIÓN DEL PACIENTE MÉDICO O PSIQUIÁTRICO. PREVENCIÓN PRIMARIA INTERROGAR SOBRE IDEAS DE SUICIDIO

- 1.- Todos los pacientes con trastornos psiquiátricos mayores.
- 2.- Todos los pacientes con consumos de tóxicos.
- 3.- Pacientes con “Delirium” o estados tóxicos.
- 4.- Pacientes con enfermedad terminal.
- 5.- Pacientes con dolor crónico.
- 6.- Pacientes con enfermedades incapacitantes/ dependientes:
E.L.A.; Ictus con hemiparesias; Amputaciones; lesiones medulares.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE MÉDICO O PSIQUIÁTRICO. PREVENCIÓN PRIMARIA INTERROGAR SOBRE IDEAS DE SUICIDIO

- 7.- “Desmoralizados”: Cuidadores principales de enfermos, ancianos, hijos con trastornos de comportamiento, malos tratos, etc.
- 8.- Pérdidas recientes: Duelo; trabajo, economía, embargos.
- 9.- A los que han sobrevivido a un intento de suicidio.
- 10.- Los que acuden verbalizando ideas o impulsos suicidas.
- 11.- Los que son traídos por la familia o amigos porque se lo han oído al paciente, aunque lo niegue (pero se comporta de tal modo que lo muestra).

EVALUACIÓN DEL PACIENTE SUICIDA. PREVENCIÓN PRIMARIA: OBJETIVOS BÁSICOS.

- ¿iHAY IDEAS DE SUICIDO?
- ¿SON IDEAS DE MUERTE PASIVAS?
 - ¿Las puedes controlar?
 - ¿Qué le frena? ¿Qué le sujeta? Grado de oposición a impulsos tanáticos.
- ¿HAY IDEAS DE MUERTE ACTIVAS? ¿HAY INTENCIÓN SUICIDA?
 - ¿Están muy estructuradas?
 - ¿Hace crítica sobre ellas?
 - ¿Tiene un plan concreto de acción? ¿Es letal?
 - ¿Tiene apoyo para frenar esta decisión?
 - CONTRASTAR INFORMACIÓN CON LA FAMILIA. ¿GRADO DE CONTROL EXTERNO FIABLE?
 - ENVIARLE A PSIQUIATRA A URGENCIAS ACOMPAÑADO Y/O SEDADO.

IDEA S.



INTENCIÓN S.



PLAN S.

¿QUÉ HACER?

- **Escuchar, mostrar empatía e interés.**
- **Mantener el control emocional y dar tranquilidad.**
- **Mostrar interés genuino y preocupación.**
- **Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo**
- **Preguntar acerca de los intentos previos**
- **Explorar posibilidades diferentes al suicidio**
- **Preguntar acerca del plan de suicidio**
- **Ganar tiempo, pactar un contrato de no suicidio**
- **Identificar otros apoyos**
- **Quitar los medios, si es posible**
- **Tomar acción, contar a otros, obtener ayuda**
- **Si el riesgo es alto, permanecer con la persona**

¿QUÉ NO HACER?

- **No juzgarle.**
- **Minimizar o ignorar la situación.**
- **Mostrarse consternado, desbordado o avergonzado.**
- **Retar a la persona a que se atreva a hacerlo.**
- **Minimizar el problema como algo trivial**
- **Dar falsas expectativas y garantías**
- **Comprometerse a no decírselo a nadie.**
- **Dejar al paciente solo.**

EVALUACIÓN DEL PACIENTE SUICIDA. PREVENCIÓN PRIMARIA.

- **¿Cómo preguntar? Progresivamente: Ir de lo general a lo específico.**
- ¿Se siente feliz? – ¿A veces piensa que para estar así sería mejor morir? ¿A veces cree que sería mejor no despertarse? ¿Se siente sobrepasado y desesperado? – ¿Se siente incapaz de afrontar el día a día? – ¿Siente su vida como una pesada carga? – ¿Siente que la vida no merece vivirse? – ¿Siente deseos de hacerse daño? ¿Quiere quitarse la vida? ¿Ha pensado como?
- **¿Cuándo preguntar?**
- Crear buen contacto terapéutico. Tras establecer empatía. Cuando la persona se sienta suficientemente comprendida. Cuando el paciente se siente liberado expresando sus sentimientos (incluso llora). Cuando el paciente exprese sentimientos de rabia, impotencia, soledad, angustia, desesperanza.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE SUICIDA. PREVENCIÓN PRIMARIA.

- **Qué preguntar?**

- **Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría? Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?**

EVALUACIÓN DEL PACIENTE SUICIDA. PREVENCIÓN PRIMARIA.

1. Recibir con profesionalidad todas las amenazas de suicidio.
2. Interrogar sobre el grado de pensamiento/acto suicida.
3. Antecedentes previos de suicidio en el paciente.
4. Antecedentes en la familia.
5. Si hay frecuentes accidentes interrogar sobre problemas existenciales.
6. Examinar los consumidores de alcohol o drogas: Equivalentes depresivos.
7. Depresión, duelos y sentimientos de autodestrucción.

ÍNDICE

- **1.- Introducción.**
- **2.- Epidemiología del suicidio.**
- **3.- Factores de riesgo de suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **4.- Factores protectores del suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **5.- Programas de prevención del suicidio.**
- **6.- Entrevista clínica para identificar riesgo suicida.**
- ➔ • **7.- Intervención y tratamiento en paciente suicida.**
- **8.- Conclusiones.**
- **9.- Bibliografía.**

ATENCIÓN DEL PACIENTE SUICIDA EN URGENCIAS: PREVENCIÓN SECUNDARIA

- 1.- Evaluar la gravedad somática inmediata y brindar la atención requerida.
- 2.- Superada la urgencia médica: Examen por psiquiatra y/o psicólogo.
En Servicio de Urgencias.
En la U.C.I.: Psicósomática.
En planta médico-quirúrgica tras gesto autolítico: Psicósomática.
- 3.- Evaluar la gravedad y riesgo del intento y la probabilidad de que reincida.

EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Anexos

Anexo 1. Aspectos a recoger en urgencias hospitalarias ante una conducta suicida

DATOS PERSONALES	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Edad: _____ Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/en pareja <input type="checkbox"/> Separado/divorciado <input type="checkbox"/> Viudedad Ocupación: <input type="checkbox"/> Trabaja/estudia <input type="checkbox"/> Paro <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros _____
FACTORES DE RIESGO	Antecedentes de trastornos mentales: <input type="checkbox"/> Depresión mayor <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Trastornos psicóticos <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno conducta alimentaria <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas <input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad, impulsividad y agresión Intentos previos suicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presencia reciente de ideación suicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad física, dolor, discapacidad o cronicidad: <input type="checkbox"/> Historia familiar previa de suicidio: <input type="checkbox"/> Presencia de eventos vitales estresantes: <input type="checkbox"/> Factores sociales y ambientales: <input type="checkbox"/> Falta de apoyo social/familiar <input type="checkbox"/> Historia de maltrato físico o abuso sexual <input type="checkbox"/> Historia de acoso
CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO	<input type="checkbox"/> Intoxicación medicamentosa, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Intoxicación por otro producto químico, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Daño físico (cortes, etc...) <input type="checkbox"/> Otros métodos, especificar: _____ Planificación de la conducta suicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Letalidad de la conducta suicida: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Intermedia <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja Actitud ante la conducta suicida actual: <input type="checkbox"/> Alivio/arrepentimiento <input type="checkbox"/> Lamento de resultado no fatal
EVALUACIÓN CLÍNICA	Existencia de alteración del nivel de conciencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Afectación de capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presencia de enfermedades mentales: <input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____ <input type="checkbox"/> No Estado de ánimo, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Eufimia <input type="checkbox"/> Euforia <input type="checkbox"/> Animo inadecuado <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ Presencia de planes futuros de suicidio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apoyo social o familiar actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CONCLUSIONES	Riesgo de suicidio inmediato: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Necesidad de evaluación psiquiátrica durante el episodio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inmediata <input type="checkbox"/> En 24 horas <input type="checkbox"/> En una semana <input type="checkbox"/> Otro periodo, especificar: _____

•ASPECTOS A RECOGER EN LA HISTORIA CLINICA DE PACIENTES EVALUADOS POR CONDUCTA SUICIDA:

- Número de intentos de suicidio previos
 - Ideación suicida reciente
 - Planificación suicida reciente
- Grado de daño médico como resultado del intento actual
 - Información sobre intentos previos
- Historia familiar de intentos de suicidio
 - Apoyo social o familiar

Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)

- El suicidio no es una conducta absolutamente predecible.
- Cerca del 10% de los pacientes con una tentativa de suicidio terminan por suicidarse.
- El 1-2% lo hacen el año siguiente.
- El 50% de los suicidios consumados tienen antecedentes de tentativas previas.

EVALUACIÓN DEL INTENTO SUICIDA

- ¿Era peligroso el método utilizado?
- ¿Creía el paciente que iba a funcionar?
- ¿Qué sintió al darse cuenta de que no ha funcionado?
- ¿Esta sorprendido de haber sobrevivido?
- ¿Realizó el intento de forma que pudiera ser descubierto?
- ¿Se sintió aliviado al ser salvado?
- ¿Hace crítica del episodio?

EVALUACIÓN DEL PACIENTE SUICIDA

- ¿Intentaba transmitir un mensaje? ¿Era contra alguien?
- ¿Sólo quería morir?
- ¿Fue impulsivo?
- ¿Fue premeditado o planificado?
- ¿Han cambiado las circunstancias emocionales, psicológicas y mentales que lo fundamentaron?
- ¿Se han modificado las circunstancias vitales que determinaron el intento?
- ¿Le ha agradado la reacción de sus familiares y amigos tras el acto?
- Tiene planes de futuro realistas.
- Su estado mental es relevante. ¿deprimido, psicótico, intoxicado?

ATENCIÓN DEL PACIENTE SUICIDA EN URGENCIAS: PREVENCIÓN SECUNDARIA

- 4.- Dejar en observación en boxes.
- 5.- Ingresar en Unidad de Psiquiatría.
- 6.- Remisión inmediata para continuar la atención por equipo de salud mental.
- 7.- Utilización de Unidades Especializadas o con mayor frecuencia de visitas.
 - Hospital de Día.
 - Centro de Día.
 - Comunidad terapéutica.
- 8.- Comunicación con el M.A.P.
- 9.- Seguimiento a corto, medio y largo plazo.

RIESGO DE SUICIDIO: TRASTORNO MENTAL.

TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO



1.- Depresión. 300 Millones de personas en el mundo.

50% de los suicidas tienen depresión como 1º diagnóstico.



2.- Trastornos afectivos: 15% suicidio.



3.- Consumo de sustancias tóxicas: Alcoholismo/drogodependencia:

1. El alcoholismo es el diagnóstico 1º en el 25% de los suicidas.

2. Multiplica hasta por 20 el riesgo de conducta futura.

4.- Psicosis / Esquizofrenia.

Paranoia o alucinaciones con mandatos que insten a la autodestrucción.

Pacientes deprimidos con delirios (máximo riesgo).

10% de los esquizofrénicos mueren por suicidios.

Trastorno psiquiátrico del post-parto.



5.- Trastorno de la personalidad.



6.- Trastornos conducta alimentaria.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE SUICIDA PREVENCIÓN SECUNDARIA

- TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO LO MÁS EFICAZ POSIBLE.
- OTROS:
 - ANTIPSICÓTICOS.
 - ANSIOLÍTICOS.
 - ESTABILIZADORES DEL HUMOR.
- TRATAMIENTO PARA LAS TOXICOMANÍAS.

CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS MÁS USADOS SEGÚN SU MECANISMO DE ACCIÓN.

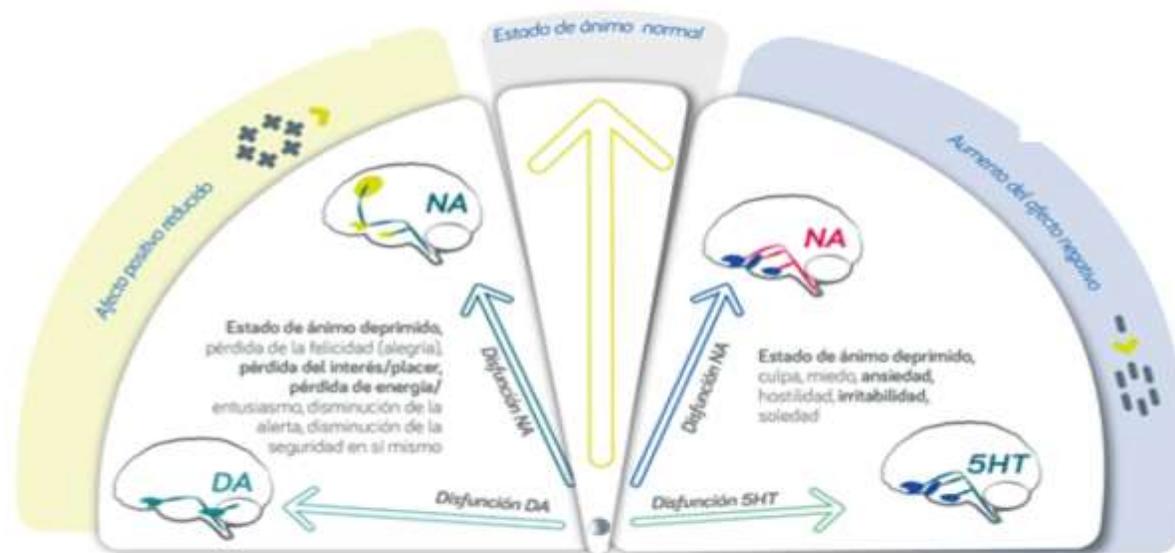
GRUPO	MECANISMO DE ACCIÓN	FÁRMACO
1. ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ADT) Y TETRACÍCLICOS	Inhibidores de recaptación de noradrenalina (NA) y serotonina (5HT) y bloqueantes de receptores aminérgicos.	Amitriptilina, Clomipramina, Nortriptilina.
	Antagonistas de autorreceptores α_2 .	Mianserina.
2. INHIBIDOR SELECTIVO DE RECAPTACIÓN DE 5-HT (ISRS)	Inhibidores del transportador de 5HT.	Fluvoxamina, Fluoxetina,, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram.
3. INHIBIDOR RECAPTACIÓN DE 5-HT Y NA (IRSN)	Inhibición del transportador de 5HT y de NA	Venlafaxina, Duloxetina, Desvenlafaxina.
4. INHIBIDOR RECAPTACIÓN DE DA Y NA (IRDN)	Inhibición el transportador de DA y de NA.	Bupropion.
5. INHIBIDOR RECAPTACIÓN DE NA (ISRN)	Inhibición selectiva del trasportador NA.	Reboxetina.
6. NORADRENÉRGICOS Y SEROTONINÉRGICOS ESPECÍFICOS (NaSSA)	Inhibición de auto y heterorreceptores α_2 : aumento liberación NA y 5HT.	Mirtazapina.
7. OTROS ANTIDEPRESIVOS	Estimula R-MT1 y MT2 y bloquea receptores 5HT2C.	Agomelatina.
	ISRS y afinidad por diversos R-5HT.	Vortioxetina.

Fichas técnicas disponibles en : <https://www.aemps.gob.es>



“Los Psiquiatras deberíamos usar más la polifarmacología desde el inicio, práctica muy habitual en otras patologías. En depresión hay que regular cada uno de los neurotransmisores para conseguir los mejores resultados. Si combinamos mecanismos de acción complementarios, actuamos sobre los diferentes neurotransmisores, circuitos del cerebro y sus síntomas asociados, consiguiendo una acción sinérgica. Esto es lo que yo llamo las malas matemáticas, donde $1 + 1 = 10$ en eficacia antidepresiva”

Prof. Stahl



INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA Y SEROTONINA (IRNS) O ANTIDEPRESIVOS DUALES.

• **DULOXETINA**¹.

-Tiene acción inhibitoria sobre la recaptación de 5-HT y NA, pero presenta baja afinidad por otros receptores como los adrenérgicos, histaminérgicos, dopaminérgicos y colinérgicos.

-La dosis que demuestra un equilibrio más adecuado entre la eficacia y la tolerabilidad es la de 60 mg/día, pudiendo subir dosis hasta 120mg día. Se metaboliza a través del citocromo P450 CYP1A2 y CYP2D6, estando contraindicada la administración junto a fluvoxamina o ciprofloxacino.

- Sus efectos secundarios más frecuentes son cefalea, náuseas, sensación de mareo, somnolencia y aumento de enzimas hepáticas.

1. Chinchilla A et al. La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos. Capítulo X. Duloxetina y Depresión. Editorial Médica Panamericana 2008.

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA Y SEROTONINA (IRNS) O ANTIDEPRESIVOS DUALES (II).

- **VENLAFAXINA**¹.

-A dosis de 75mg/día suele actuar como un ISRS, con 150 a 225mg al día empieza a ejercer efecto inhibitor sobre la recaptación de noradrenalina. Debe usarse la presentación de liberación prolongada, para mejor tolerancia.

-Su vida media es de 5 horas y la de su metabolito activo unas 11 horas, por lo que debe suspenderse de forma gradual para evitar síntomas de discontinuación.

-Presenta bajo nivel de interacciones medicamentosas y un 30% de fijación a proteínas. Sus efectos secundarios más frecuentes son cefalea, sequedad de boca, náuseas y sudoración.

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA Y SEROTONINA (IRNS) O ANTIDEPRESIVOS DUALES (III).

• DESVENLAFAXINA.

- Es el principal metabolito activo de venlafaxina, con una afinidad relativa por los transportadores NA/5-HT mayor que ésta¹. Desvenlafaxina tiene una acción dual desde el inicio².
- La dosis inicial recomendada, que ya es dosis terapéutica, es de 50mg al día, que se puede aumentar hasta 200mg al día³, aunque debe reservarse esta última cantidad para atención especializada.
- No requiere ajuste de dosis en función de la edad, ni en insuficiencia hepática leve, moderada o grave, ni en insuficiencia renal leve y moderada*³.
- Su vida media es de 11 horas y el resto de características desde el punto de vista de su farmacodinamia semejante a Venlafaxina, con menor riesgo de interacciones medicamentosas y mejor tolerancia^{3,4}.
- Está muy indicado ante la presencia de polimedicación, debido a su metabolismo prácticamente independiente de las isoenzimas del CYP450³.

*Para pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina a las 24 horas [CrCl] < 30 ml/min) o enfermedad renal terminal (ERT), la dosis inicial recomendada es de 50 mg en días alternos.

1. Kamath J, Handratta V. Desvenlafaxine succinate for major depressive disorder: a critical review of the evidence. Expert Rev Neurother. 2008 Dec;8(12):1787-97. 2. Lieberman D, et al. Desvenlafaxine in major depressive disorder: an evidence-based review of its place in therapy. Core Evidence 2009;4:67-82. 3. Ficha técnica desvenlafaxina. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/dohtml/ft/75554/FichaTecnica_75554.html 4. Ficha técnica venlafaxina. Disponible en:

ANTIDEPRESIVO MULTIMODAL: VORTIOXETINA.

- Ejerce efectos sobre diferentes receptores serotoninérgicos:
 - Antagonista 5-HT_{1D}, 5-HT₃ y 5-HT₇.
 - Agonista parcial 5-HT_{1B}.
 - Agonista 5-HT_{1A}.Además inhibe al transportador de serotonina SERT¹.
- En algunos estudios ha mejorado significativamente la sintomatología cognitiva y estos efectos se presentaron independientemente de su efecto en la mejoría de la clínica depresiva².
- A dosis terapéuticas (5-20 mg/día) es segura y bien tolerada, siendo las náuseas el efecto adverso más frecuente.

ÍNDICE

- **1.- Introducción.**
- **2.- Epidemiología del suicidio.**
- **3.- Factores de riesgo de suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **4.- Factores protectores del suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **5.- Programas de prevención del suicidio.**
- **6.- Entrevista clínica para identificar riesgo suicida.**
- **7.- Intervención y tratamiento en paciente suicida.**
- **8.- Conclusiones.**
- **9.- Bibliografía**



CONCLUSIONES

- 1.- Los suicidios son prevenibles y existen medidas eficaces. (OMS)
- 2.- Reducir el acceso a medios para autolesionarse o suicidarse.
- 3.- Realizar una praxis informativa responsable medios de comunicación.
- 4.- Implementar la protección de las personas con elevado riesgo.
- 5.- Detectar precozmente el riesgo suicida.

CONCLUSIONES

6.- Abordar y tratar adecuadamente las conductas suicidas.

Ingresos.

Acompañamiento.

Tratamientos Psicofarmacológicos con antidepresivos potentes:

Duales: Duloxetina; Venlafaxina; Desvenlafaxina

Multimodales: Vortioxetina.

PROPUESTA DE MÍNIMOS. PLAN NACIONAL

- **Utilización sistemática de test de cribado en Urgencias**
- **Código de Riesgo Suicidio (ARSUIC/CRS).**
- **Proceso integrado de atención a la conducta suicida:**
 - Subprocesos de Atención Primaria
 - Subproceso Atención Especializada(S.U y CSM).
- **Seguimiento por profesional con competencia adquirida, gestor de caso, al menos durante el primer año.**
- **Programa específico de tratamiento intensivo en riesgo crónico.**
- **Formación de los profesionales de atención primaria**
- **Seguimiento tras el alta en urgencias en la primera consulta en Atención Primaria**
- **Creación de consulta ambulatoria en salud mental específica a supervivientes.**
- **Evaluación sistemática inmediata de supervivientes y acompañamiento en A. P.**

Dra. M. Navío Acosta. Coordinadora asistencial

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del SERMAS (Madrid)

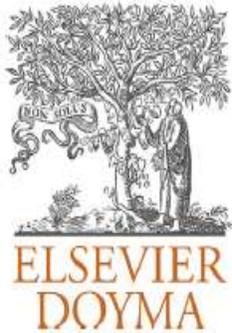
ÍNDICE

- **1.- Introducción.**
- **2.- Epidemiología del suicidio.**
- **3.- Factores de riesgo de suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **4.- Factores protectores del suicidio.**
 - Generales.
 - Individuales.
- **5.- Programas de prevención del suicidio.**
- **6.- Entrevista clínica para identificar riesgo suicida.**
- **7.- Intervención y tratamiento en paciente suicida.**
- **8.- Conclusiones.**
- **9.- Bibliografía**



BIBLIOGRAFÍA

- Guía prevención del suicidio de la O.M.S. 2014.
- Abordaje del suicidio en Atención Primaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. LXX (606) 219-225, 2013. Wendy Navas Orozco*
- Guía informativa para la detección y prevención del suicidio. Aragón.
- Presentaciones ppt. de Blanca Morera.
- Presentaciones ppt. de Mercedes Navío.



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



EDITORIAL

Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta

Suicide prevention in Spain: An uncovered clinical need

Pilar A. Sáiz* y Julio Bobes



Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM); Instituto Universitario de Neurociencias del Principado de Asturias, INEUROPA; Servicio de Salud del Principado de Asturias, SESPA, Asturias, España

LA EXPERIENCIA GALLEGA (ORENSE, Ernesto Ferrer):

Original

Teresa Reijas¹
Ernesto Ferrer²
Amparo González³
Fernanda Iglesias²

Evaluation of an Intensive Intervention Program in Suicidal Behaviour

¹Psicóloga clínica. Servicio de Psiquiatría,
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

²Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría,
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

³DUE especialista en Salud Mental. Servicio de Psiquiatría.
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

GUÍAS Y RECOMENDACIONES DE ÁMBITO NACIONAL

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



MINISTERIO
DE SANIDAD,
POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



MINISTERIO DE POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



MINISTERIO DE POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

avallo-t
Asociación de Psiquiatras de España

Suicidio y psiquiatría

Recomendaciones preventivas
y de manejo del comportamiento suicida

Julio Bobes García
José Giner Ubago
Jerónimo Saiz Ruiz
(Editores)



Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Editorial Triacastela

The image features a dark blue gradient background. In the four corners, there are decorative white line-art elements resembling circuit traces or neural network connections, with small circles at the end of the lines. The text "¡ Gracias !" is centered in a white, sans-serif font.

¡ Gracias !