

¡No estás solo!

Aunque sientas...

tristeza
desesperanza
culpabilidad
cansancio
apatía

DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS Y FACILITADORES SOCIALES

**Guía para la detección y prevención
de la conducta suicida**

Más información en
www.madrid.org/sanidad

ALGUNAS DE LAS COSAS QUE NECESITA SABER SOBRE EL SUICIDIO



La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) identifica en 2013 tanto al suicidio y a sus intentos como uno de los problemas más graves de salud que pueden afectar a las personas y recomienda a todos sus estados miembros que sea atendido de forma prioritaria para reducir sus tasas.

- El suicidio aparentemente se nos presenta como una solución permanente ante un intenso dolor emocional, mental y/o físico temporal, o para las relaciones interpersonales disruptivas. Aunque no lo parezca, muchas veces la desesperanza, el dolor y el vacío son **estados temporales**, no permanentes.
- El suicidio puede ser el resultado de un acto impulsivo repentino o de una planificación muy cuidadosa. La **impulsividad** necesaria para el acto, no persiste indefinidamente (no hay que desesperarse, ya que normalmente la persona no tiene la idea permanente en su cabeza).
- La mayoría de las personas que piensan en suicidarse realmente no quiere morir, lo que desea es **liberarse** de las circunstancias intolerables de su vida y del sufrimiento emocional, mental y físico que siente. Es por ello, que casi siempre viven en una constante ambivalencia entre razones para vivir frente a razones para morir, y es la conducta suicida la única alternativa que ven.

- El apoyo de la familia y/o los amigos, el papel clave de los **profesionales sanitarios**, así como el desempeñado por los **facilitadores sociales**, constituyen factores protectores muy valiosos para la prevención de la tentativa suicida y/o del suicidio consumado.
- El suicidio y sus tentativas es un problema de salud pública muy grave. Según la O.M.S. cada año se suicidan en torno a un millón de personas. El suicidio en los países industrializados está entre las diez primeras causas de muerte, en el grupo de edad de 15-29 es la segunda causa principal de mortalidad.
- Se estima que al menos el 90% de las personas que atentan contra su propia vida sufre algún tipo de enfermedad mental.
- El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre las personas diagnosticadas de depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia o trastorno por consumo de sustancias.
- Las personas afectadas por una **depresión mayor** presentan una probabilidad de riesgo suicida 20 veces superior frente a la población general. Hasta un 15% de ellas fallece tras una tentativa.
- Las personas afectadas por un **trastorno bipolar** presentan una probabilidad de riesgo suicida 15 veces superior frente a la población general. Hasta un 15% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 56% lo intentan al menos una vez en la vida.
- Las personas afectadas por **esquizofrenia** presentan una probabilidad de riesgo suicida 9 veces superior frente a la población general. Hasta un 10% de ellas fallece tras una tentativa y hasta un 30% lo intenta al menos una vez en la vida.
- Las personas diagnosticadas de un **trastorno de personalidad límite** presentan una probabilidad de riesgo suicida entre 4 y 8 veces superior frente a la población general. Hasta un 8% de ellas fallecen tras una tentativa y hasta un 70% lo intentan al menos una vez en la vida.
- Las personas afectados por **consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y otras drogas**, sobre todo en los jóvenes cuando presentan dificultades de relaciones interpersonales o con otros miembros de la familia, presentan mayor riesgo suicida que la población general.
- El 30-40% de las muertes por suicidio son precedidas por intentos de suicidio.

MITOS SOBRE LA PERSONA CON IDEACIÓN SUICIDA



La sociedad está plagada de numerosos conceptos erróneos sobre la conducta suicida en los que es relativamente fácil caer.

Estos mitos **no ayudan en nada** a la persona o a sus familiares, e incluso a profesionales y facilitadores sociales, es más, entorpecen la prevención de dicha conducta y por lo tanto deben ser eliminados para poder afrontar eficazmente este grave problema.

Mito 1 *Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse, puede incitarle a hacerlo*

Evidencia

Está demostrado que preguntar y hablar con la persona sobre la presencia de pensamientos suicidas, disminuye el riesgo de cometer el acto.

Recomendación

Preguntar y escuchar a la persona en riesgo sobre sus pensamientos y emociones relacionadas con la conducta suicida aliviará su tensión. Es muy importante que adoptemos una disposición de escucha auténtica y respeto, lo que le indicará que nos preocupa y que deseamos ayudarlo. Discutir o minimizar estas ideas es una actitud equivocada.

Mito 2 *La persona que expresa su deseo de acabar con su vida nunca lo hará*

Evidencia

Con frecuencia, la mayor parte de las personas que han intentado suicidarse, previamente expresaron su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.

Recomendación

Estas verbalizaciones NUNCA deben ser consideradas como un alarde, chantaje o manipulación de la persona para la obtención de un fin determinado.

Mito 3 *La persona que se quiere suicidar no lo dice*

Evidencia

De cada diez personas que se suicidan, nueve expresan claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida. Es importante saber que sólo un escaso número de suicidios se produce sin aviso. La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones.

Recomendación

Es muy importante que si detectamos que la persona se encuentra en una situación de riesgo suicida le preguntemos sobre ello. Por consiguiente, deben tomarse en serio todas las amenazas de autolesión.

Mito 4 *El suicidio es impulsivo y la mayoría de los suicidas no avisa*

Evidencia

El suicidio puede ser el resultado de un acto impulsivo repentino o de una planificación muy cuidadosa. En ambos casos, casi siempre existen signos directos o indirectos, verbales o no verbales, pistas o advertencias de riesgo suicida.

Recomendación

Es erróneo pensar que no podemos hacer nada para prevenir la conducta suicida. El suicidio y/o sus intentos, en muchas ocasiones, se puede prevenir y es por ello muy importante que aprendamos a detectar las señales de alerta de riesgo inminente, y que conozcamos cuáles son los factores que reducen o incrementan su aparición.

Mito 5 *Sólo las personas con problemas graves se suicidan*

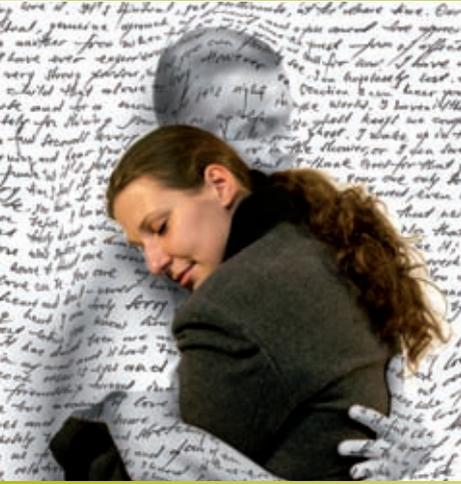
Evidencia

El suicidio es multicausal. Muchos problemas pequeños pueden llevar al suicidio, además, lo que para unos es algo nimio, para otros puede ser algo catastrófico.

Recomendación

Valorar, desde nuestro punto de vista, lo que para otros puede ser grave o menos grave, puede llevar a que infravaloremos el dolor que les puede causar.

FACTORES DE PROTECCIÓN



A partir de los numerosos estudios realizados se ha podido constatar que existen una serie de situaciones sociales, familiares y personales que disminuyen la probabilidad de aparición de los pensamientos, intentos y/o conductas suicidas y que por tanto, habrá que promover y reforzar para así prevenir la conducta suicida.

Cuántos más factores de protección concurren en una misma persona, menor será la probabilidad de que la persona realice un intento o una conducta suicida. Ahora bien que estos factores de protección estén presentes no significa que la persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.

Entre los principales factores de protección detectados destacan:

Factores de Protección Personales

- Presencia de habilidades de comunicación.
- Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa.
- Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades.
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas.
- Tener confianza en uno mismo.
- Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad.
- Creencias religiosas.

Factores de Protección Familiar

- Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta.

Factores de Protección Social

- Apoyo social de calidad y consistencia. Los amigos, constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida.

FACTORES DE RIESGO

A partir de los numerosos estudios realizados se ha podido constatar que existen una serie de situaciones sociales, familiares y personales que hacen aumentar la probabilidad de aparición de los pensamientos, intentos y/o conductas suicidas.

Cuántos más factores de riesgo concurren en una misma persona, mayor será la probabilidad de que la persona realice un intento o una conducta suicida. Ahora bien, que no se den estos factores de riesgo no significa que la persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.



Entre los principales factores de riesgo detectados destacan:

Factores de Riesgo Personales

- Presencia de una enfermedad médica invalidante (cáncer terminal, enfermedades neurodegenerativas...).
- Padecer una enfermedad mental, especialmente depresión, trastorno bipolar, trastorno por abuso de sustancias (alcohol y otras drogas), esquizofrenia o trastorno límite de la personalidad.
- Debut reciente en una enfermedad mental grave y persistente.
- Alta reciente de una unidad de hospitalización psiquiátrica.
- Mala evolución de la enfermedad mental, caracterizada por constantes recaídas, o por la presencia persistente de sintomatología activa.
- Escasa adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.
- Antecedentes personales de ideación o tentativas suicidas: La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado.
 - *A más número de intentos, mayor riesgo.*
 - *A más gravedad de los intentos previos, mayor riesgo.*
 - *A mayor grado de ocultación de los mismos, mayor riesgo.*
- Sentimientos de fracaso personal, indefensión y desesperanza frente a la vida y su futuro.
- Altos niveles de impulsividad, agresividad y baja tolerancia a la frustración.

FACTORES DE RIESGO

Factores de Riesgo Familiares

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Pertener a una familia con altos niveles de crítica y hostilidad.
- Abuso de alcohol o drogas en la familia.
- Haber sufrido o sufrir maltrato físico, psicológico y/o abuso sexual.

Factores de Riesgo Sociales

- Desempleo.
- Ausencia/pérdida de una red social de apoyo.
- Aislamiento social.
- Dificultad para acceder a los servicios de atención socio-sanitarios especializados: Servicios de Salud Mental y Servicios Sociales.
- Presencia de acontecimientos vitales negativos (p.e. muerte de una persona querida, ruptura de pareja, problemas legales).



SEÑALES DE ALERTA

Muchas personas, antes de intentar suicidarse, evidencian una serie de signos y síntomas que hacen posible la detección del riesgo suicida. Es muy importante conocer cuáles son estas señales de alerta para minimizar el riesgo de aparición de un intento suicida.

Estas son algunas de las señales que pueden indicarnos que alguien está pensando en acabar con su vida:

Señales de alerta verbales

- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida.
- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro.

p.e. "No valgo para nada", "Esta vida es un asco", "Mi vida no tiene sentido", "Estaríais mejor sin mí", "Soy una carga para todo el mundo", "Toda mi vida ha sido inútil", "Estoy cansado de luchar".

p.e. "Lo mío no tiene solución", "Quiero terminar con todo", "Las cosas no van a mejorar nunca".

- Despedidas verbales o escritas.

p.e. "Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho".

- Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte.

p.e. "Me gustaría desaparecer", "Quiero descansar", "No deseo seguir viviendo", "Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto", "Quiero quitarme la vida pero no sé cómo", "Nadie me quiere y es preferible morir", "No merece la pena seguir viviendo", "Después de pensar mucho ya se cómo quitarme de en medio".

SEÑALES DE ALERTA



Señales de alerta no verbales

- Cambio repentino en su conducta. Este cambio puede ir en dos sentidos:
 - *Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual.*
 - *Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. Considerar esta situación como una mejoría de la persona podría ser un error; puede constituir una señal de peligro de riesgo inminente.*
- Aparición de lesiones recientes en alguna de parte del cuerpo.
- Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- Cerrar asuntos pendientes.
- Preparación de documentos para cuando uno no esté (p.e. testamento, seguro de vida, etc.).

La identificación de estas señales de alerta está directamente relacionada con la presencia de una ideación suicida. Ahora bien el hecho de que no se detecten estas señales no significa que la persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.

HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Los profesionales sanitarios pueden utilizar escalas de detección del riesgo de suicidio complementarias de la entrevista clínica. Una de las más conocidas es el módulo C de la MINI International Neuropsychiatric Interview que consta de 6 preguntas de respuesta dicotómica, llevando cada respuesta anclada una puntuación:

Durante este último mes:

- *¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?*
- *¿Ha querido hacerse daño?*
- *¿Ha pensado en el suicidio?*
- *¿Ha pensado cómo suicidarse?*
- *¿Ha intentado suicidarse?*

A lo largo de su vida:

- *¿Alguna vez ha intentado suicidarse?*

¿QUÉ HACER ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO?

Cuando se detecta una o más de las señales de alerta referidas o ante una situación potencial de riesgo suicida, se deben tener en cuenta distintas estrategias de actuación:

ESTRATEGIA 1 *Tener disponibles teléfonos de emergencia o ayuda*

Es muy importante contar con el apoyo de los distintos agentes que integran la red preventiva del suicidio: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, familiares y amigos. En caso de riesgo:

- ⊙ Llamar a los **Servicios de Emergencias Médicas a través del 112 (SUMMA, SAMUR)**. Atención de emergencias a situaciones de riesgo inminente o de suicidio consumado. SAMUR - Protección Civil dispone de psicólogos de emergencias para el apoyo psicológico de las víctimas y entorno, durante la intervención sanitaria.
- ⊙ Acudir a Urgencias del Hospital más cercano.
- ⊙ En caso de que la persona en riesgo reciba tratamiento psiquiátrico, ponerse en contacto inmediato con su especialista de referencia.
- ⊙ Informar a las personas más cercanas (familiares, amigos etc.) de la situación que está atravesando y de la importancia de darle apoyo.

ESTRATEGIA 2 *Limitar el acceso a posibles medios lesivos*

Tener siempre presente que las personas en riesgo suelen utilizar aquellos medios letales que son accesibles y más conocidos. Por ello:

- ⊙ Retirar de su entorno todo tipo de material susceptible de ser utilizado potencialmente con finalidad suicida.
- ⊙ Pensar siempre, si ha fracasado en un intento previo, que utilizará un método más letal al previamente usado.
- ⊙ Tener cuidado con los domicilios en pisos altos, la precipitación es el segundo método de suicidio más frecuente en España en el medio urbano, y en el medio rural, el ahorcamiento.
- ⊙ La ingesta medicamentosa es uno de los métodos más utilizados en las tentativas autolíticas. Es por ello, que se deberá mantener un control sistemático en el acceso a cualquier tipo de fármacos. Un paciente en tratamiento nunca debería tomar más medicación que la pautaada por su médico.

ESTRATEGIA 3 *No dejarle solo: Involucrar a las familias y a los amigos*

Los sentimientos de desesperanza, la impulsividad y el aislamiento social son factores que combinados multiplican el riesgo de suicidio y sincronizan la acción. Además sabemos que la recuperación tiene su propio tiempo y que ésta muchas veces no es percibida cognitivamente por la persona afectada. El aislamiento es incompatible con la oportunidad que pueda tener una persona para expresar su estado emocional a otra que le pueda proporcionar una visión más realista y ajustada sobre sí mismo y sus circunstancias. Un estilo de vida aislado, también priva a las personas de la comprensión y el cuidado que podrían recibir de la familia y de los amigos. A veces, los amigos llegan allí a donde las familias no pueden llegar, pedirles su colaboración.

- ⊙ Ante el riesgo de suicidio es muy importante **no dejar sola a la persona en riesgo y ponerla lo antes posible en contacto con un Servicio de Salud Mental o Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias**. Y una vez valorados por estos servicios, acompañar a la persona, manteniendo un contacto emocional cálido, sin ser invasivos, atendiendo a las posibles señales críticas, transmitiendo esperanza como resultado del contacto terapéutico, y ayudando a descender el nivel de estrés de las situaciones interpersonales, flexibilizando la percepción negativa de las cosas para neutralizar la denominada **“visión en túnel”** y facilitar la búsqueda de alternativas.
- ⊙ Es importante señalar que, una vez dado de alta de la hospitalización psiquiátrica, el riesgo de suicidio aun puede continuar. **Continuar con el seguimiento por los profesionales sanitarios es muy importante**. Muchos suicidios se producen en una fase de mejoría, cuando la persona tiene la energía y la voluntad para convertir sus pensamientos desesperados en una acción destructiva. No obstante, una persona que alguna vez haya tratado de suicidarse no tiene por qué estar necesariamente siempre en riesgo. Los pensamientos suicidas pueden reaparecer, pero no son permanentes y en muchos casos no vuelven a reproducirse. El riesgo de suicidio puede ser agudo, pero puede haber personas crónicamente con riesgo.



ESTRATEGIA 4 *Mejorar las habilidades: preguntar y escuchar*

Preguntar sobre la existencia de las ideas suicidas no incrementa el riesgo de desencadenar este tipo de acto y puede ser la única oportunidad, tal vez la última, de iniciar las acciones preventivas. Es muy importante:

- ⊙ No juzgar a la persona. No reprocharle su manera de pensar o actuar.
- ⊙ Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos. Minimizar sus ideas es una actitud equivocada.
- ⊙ No entrar en pánico.
- ⊙ Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
- ⊙ Comprender que, por muy extraña que parezca la situación, la persona en riesgo está atravesando por un momento muy difícil en su vida.
- ⊙ Emplear términos y frases amables y mantener una conducta de respeto, p.e. *“Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte”*.
- ⊙ Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor (descartar el mito de que nosotros le vamos a dar la idea de suicidarse).
- ⊙ Conocer los motivos que le llevan a querer acabar con su vida y barajar alternativas de solucionarlo o brindar apoyo emocional si ya no tiene solución.
- ⊙ Estar atento a las señales de alarma.



ESTRATEGIA 5 *Qué hacer en caso de riesgo de suicidio inminente*

Los facilitadores sociales como bomberos y miembros de las fuerzas de seguridad, pueden encontrarse en su desempeño profesional ante situaciones de riesgo inminente de suicidio. Su objetivo es disuadir a la persona de su intención de suicidarse, rescatándola y garantizando su seguridad hasta que sea transferida a los servicios de emergencia sanitaria. Además de tener en cuenta las recomendaciones anteriores, se aplicarán las siguientes más específicas:

- ⊙ En caso de que la persona en riesgo contactara telefónicamente, se intentará recabar la máxima información y mantenerla el mayor tiempo posible al teléfono.
- ⊙ Antes de intervenir en una situación de riesgo de suicidio inminente, es conveniente haber obtenido toda la información posible entre las personas del entorno (nombre, posible precipitante del intento, problemas principales, intentos previos y método, consumo de alcohol y drogas, enfermedad mental o física, profesión, contexto sociofamiliar, aficiones y preferencias etc.).
- ⊙ Desde el primer momento actuar con mucha paciencia, tranquilidad y empatía, transmitiendo calma y creando un clima de confianza mediante una actitud comprensiva, de escucha auténtica e interés genuino por la persona.
- ⊙ Realizar un acercamiento físico muy progresivo, sin brusquedades, manteniendo inicialmente una distancia prudencial que no resulte ni fría ni invasiva para la persona. Puede facilitar la aproximación el referirse a la mayor privacidad y comodidad en la comunicación, que siempre han de tenerse en cuenta. Si la persona lo permite, el contacto físico (*p.e. mano sobre un hombro*) puede ser muy positivo y contenedor de las emociones.
- ⊙ A veces puede ser útil un abordaje indirecto, interesándose por las necesidades básicas de la persona (*p.e. beber agua, abrigo para el frío, etc.*) para cambiar el foco de atención y que la persona se sienta cuidada y atendida.
- ⊙ Utilizar FRASES CORTAS: es más probable el fracaso cuando se habla más de lo que se escucha. Tolerar los silencios, también comunican. Estar atentos a la comunicación no verbal (*p.e. tensión gestual, temblor etc.*).
- ⊙ Preguntar cuando sea posible por los motivos para querer suicidarse, empezando por preguntas generales y yendo progresivamente hacia la concreción. Utilizar la palabra "suicidio" con normalidad, sin que la persona perciba rechazo alguno.
- ⊙ Si la decisión de suicidarse es firme, se intentará generar ambivalencia o dudas sobre este propósito. Si ya existen dudas, se procurará reforzar los aspectos negativos de la decisión.

>> sigue

¿QUÉ HACER ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO?

ESTRATEGIA 5 *Qué hacer en caso de riesgo de suicidio inminente*

>>

- ⊙ Se evitará generar falsas expectativas y formular promesas que no se puedan cumplir.
- ⊙ Puede facilitar la comunicación el compromiso de guardar secreto por parte del profesional interviniente, salvo que se trate de información delictiva o imprescindible para otros servicios (*p.e atención médica*).
- ⊙ Se preservará todo lo posible la imagen pública de la persona.
- ⊙ **Es clave** transmitir a la persona en riesgo que la situación en la que se encuentra tiene salida, y que aunque aún no haya encontrado solución a la misma, ésta existe. Se intentará **encontrar conjuntamente alternativas que la “visión en túnel” de la lógica suicida impide vislumbrar.**



**RECUERDA QUE CADA MINUTO QUE PASE
AUMENTARÁ LA PROBABILIDAD DE ÉXITO, SIENDO
LA COMUNICACIÓN LA HERRAMIENTA PRINCIPAL**

Esta **GUÍA PARA LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA** pretende proporcionar información veraz y objetiva sobre la conducta suicida a los profesionales sanitarios y a los facilitadores sociales, personas que por su papel en la sociedad o desempeño profesional facilitan la transmisión de mensajes preventivos y cuya intervención puede ser decisiva para impedir una conducta suicida. Pretende ayudarles a identificar las señales de alerta de riesgo de suicidio y facilitarles distintas habilidades para su afrontamiento.

⊙ **Javier Jiménez Pietropaolo**

Psicólogo Clínico. Presidente de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS).

⊙ **Silvia Martín Ulloa**

Psicóloga Forense.

⊙ **Mercedes Navío Acosta**

Médico Psiquiatra. Coordinadora de la Oficina Regional de Salud Mental de la Dirección General de Atención Especializada. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

⊙ **Teresa Pacheco Tabuenca**

Psicóloga de Emergencias. Subdirección General SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.

⊙ **José Luis Pérez-Íñigo Gancedo**

Teniente Coronel Médico, Especialista en Psiquiatría. Jefe de la Unidad de Vigilancia Intensiva Psiquiátrica: Servicio de Psiquiatría. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

⊙ **Guillermo Petersen Guitarte**

Médico Psiquiatra. Coordinador de la Oficina Regional de Salud Mental de la Dirección General de Atención Especializada. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

⊙ **José Ignacio Robles Sánchez**

Comandante Psicólogo Jefe del Departamento de Psicología de la Escuela Militar de Sanidad. Profesor Asociado del Departamento de Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

⊙ **Paloma Santiago García**

Psicóloga. Centro de Rehabilitación Psicossocial de la Asociación Dual de Madrid. Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Dura. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.

⊙ **Ignacio Tébar del Río**

Diplomado en Gestión y Administración Pública. Bombero. Escala Ejecutiva. Cuerpo de Bomberos de la Comunidad de Madrid.

⊙ **Andrés Torras García**

Ex-Presidente de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM). Presidente de la Asociación Madrileña contra el Estigma en Salud Mental (AMCESM).

⊙ **Lucía Villoria Borrego**

Médico Psiquiatra. Responsable del Programa de Prevención del Suicidio Código-100 del Hospital Fundación Jiménez Díaz. Servicio Madrileño de Salud.

Servicios de Emergencias a través del 112 (SUMMA, SAMUR)

www.madrid.org/summa
www.madrid.es/samur

Atención de emergencias a situaciones de riesgo inminente o tentativas de suicidio.

Servicio Madrileño de Salud

www.madrid.org

Servicios de Salud Mental y Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias. Portal de Salud de la Comunidad de Madrid - Guía de Recursos de Atención a la Salud Mental.

Teléfono de la Esperanza de Madrid

www.telefonodelaesperanza.org

Servicio telefónico que funciona las 24 horas del día.

Tel.: 91 459 00 50

Unión Madrileña de Asociaciones de Salud Mental

www.umasam.org

Información de asociaciones madrileñas pro-salud mental.

Tel.: 91 513 02 43 - Mail: info@umasam.org

Asociación Bipolar de Madrid

www.asociacionbipolar-demadrid.com

Facilita información sobre el trastorno bipolar.

Tel: 91 319 52 60 / 91 533 95 15 - Mail: info@asociacionbipolar-demadrid.com

Más información en
www.madrid.org/sanidad

