

INTERVENCIÓN CONTEXTUAL EN CONDUCTA SUICIDA

**Detección,
tratamiento
y actuación en
emergencias**



COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

**Documento elaborado por Jesús Rivero, responsable del
Grupo de Trabajo en Conducta Suicida.**

Septiembre, 2026.

EDITA: Colegio Oficial de Psicología del Principado de Asturias.
C/ Ildefonso Sánchez del Río, 4 - 1B
33001 - Oviedo
www.cop-asturias.org

ÍNDICE

1. MARCO CONCEPTUAL Y ONTOLÓGICO: EL ENFOQUE CONTEXTUAL-EXISTENCIAL	3
2. FASES DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	4
3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA DETECCIÓN DE IDEACIÓN O SEÑALES INDIRECTAS	6
4. ATENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA (RIESGO INMINENTE)	8
5. CUESTIONES ÉTICAS, DEONTOLÓGICAS Y LEGALES (MARCO JURÍDICO ESPAÑOL)	11

NOTA: Para que la lectura del documento resulte más sencilla, se ha evitado utilizar conjuntamente el género femenino y masculino en aquellos términos que admiten ambas posibilidades. Así, cuando se habla de “alumno”, se entiende que se refiere al alumno y a la alumna, y aludir a la “coordinadora” no excluye la existencia de “coordinadores”.

1. MARCO CONCEPTUAL Y ONTOLÓGICO: EL ENFOQUE CONTEXTUAL-EXISTENCIAL

La conducta suicida se conceptualiza, desde una perspectiva analítico-funcional y transdiagnóstica, como un fenómeno psicológico poliédrico y dinámico determinado por variables históricas, contextuales y relacionales, y no como un mero síntoma o consecuencia de una supuesta enfermedad mental subyacente. Bajo esta óptica analítica, se establecen distinciones nucleares fundamentadas en la evidencia de la suicidología moderna (Joiner, O'Connor, Jobes, Bryan).

- **Proceso suicida frente a conducta suicida:** El proceso suicida remite al recorrido afectivo-cognitivo, existencial y frecuentemente silencioso de rumiación en el que la persona aprende a tolerar el sufrimiento y derriba las barreras del miedo al dolor. Por su parte, la conducta suicida abarca las manifestaciones observables que van desde la ideación activa o pasiva y la comunicación (amenazas, notas o planes) hasta los **intentos** y la **muerte por suicidio**.
- **El núcleo fenomenológico (las 3 "Íes"):** La crisis suicida se entiende como un intento de solución límite o "autoterapia fallida" ante un dolor psicológico central (psychache, en términos de Shneidman) que la persona experimenta como **Intolerable, Inescapable e Interminable**.
- **Funcionalidad operante y evitación experiencial:** Las cogniciones y actos suicidas constituyen conductas operantes que se moldean, mantienen y consolidan fundamentalmente por mecanismos de reforzamiento negativo a corto plazo (el alivio inmediato de una autoconciencia aversiva, la culpa, el vacío o el atrapamiento existencial). En ocasiones interpersonales, también pueden poseer funciones de reforzamiento positivo (obtención de cuidado o filiación) o de reforzamiento negativo interactivo (detener dinámicas de abuso o castigo del entorno).

2. FASES DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El abordaje clínico e idiográfico de la persona en situación de riesgo debe estructurarse de forma interactiva, asumiendo que la evaluación y la intervención están indisolublemente conectadas desde el primer contacto terapéutico.

Fase 1: Evaluación funcional-fenomenológica y alianza terapéutica

El objetivo primordial es generar un contexto de seguridad, validación radical, aceptación incondicional y horizontalidad donde el consultante pueda exteriorizar su dolor sin sentirse juzgado, patologizado o coaccionado. El sentido de presencia auténtica del terapeuta es el factor común más potente para mitigar el aislamiento de la persona.

Mediante entrevistas semiestructuradas y narrativas, se delimitan los antecedentes contextuales (vicisitudes biográficas, situaciones límite, dinámicas familiares disfuncionales) y la topografía exacta de la suicidalidad (frecuencia, intensidad y duración de la ideación). Se descartan explicaciones tautológicas basadas en etiquetas diagnósticas y se busca responder para qué le sirve la conducta a la persona. Se combina la entrevista clínica con herramientas psicométricas de cribado validadas en población española (como la escala C-SSRS o la escala SENTIA) para evaluar de forma multiinformante variables críticas como la desesperanza, la vivencia de atrapamiento y derrota, la homofobia o autoestigma internalizado y la capacidad adquirida para el suicidio.

Fase 2: Planificación de la seguridad y gestión de la crisis

En las primeras sesiones se pacta un Plan de Seguridad (SPI, por sus siglas en inglés, al estilo de Stanley-Brown) estructurado en pasos jerárquicos: reconocimiento de señales de alarma (triggers internos), estrategias individuales de afrontamiento autónomo, redes sociales de distracción, contactos de ayuda familiar y recursos profesionales de emergencia. Se descartan por completo los contratos de "no-suicidio" tradicionales, debido a su falta de apoyo empírico, su naturaleza punitiva y su tendencia iatrogénica a generar culpa o falsa seguridad en el clínico. Paralelamente, se realiza un abordaje asertivo y colaborativo con la persona y sus allegados para limitar o eliminar radicalmente el acceso físico a métodos de alta letalidad (custodia de fármacos, retirada de armas de fuego u objetos cortantes, etc.), lo cual reduce de forma drástica la impulsividad del acto en momentos de escalada afectiva.

Fase 3: Intervención psicoterapéutica contextual específica

Se interviene sobre los procesos de inflexibilidad psicológica y fusión con pensamientos catastróficos o autodespreciativos ("soy una carga") mediante metáforas y ejercicios experienciales de defusión (Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT), enseñando a la persona a observar sus cogniciones como eventos transitorios y no como verdades absolutas. Se promueve la aceptación psicológica de las experiencias privadas aversivas frente al patrón destructivo de control emocional o evitación experiencial.

Se asienta el tratamiento en un marco axiológico, explorando las elecciones y direcciones vitales que dotan de sentido la existencia del individuo. Se establecen compromisos de mínimos y conductas asertivas dirigidas a metas concretas para incentivar el contacto con contingencias de reforzamiento positivo natural en la comunidad.

En consultantes con alta desregulación emocional e impulsividad (p. ej., perfiles con TLP), se lleva a cabo un entrenamiento en tolerancia al malestar, efectividad interpersonal y atención plena en el presente (Terapia Dialéctica Conductual, DBT). A través del análisis en cadena, se desglosan los episodios de crisis en microconductas para ensayar respuestas alternativas habilidosas.

Fase 4: Prevención de recaídas y continuidad asistencial

A medida que la ideación remite, las sesiones se van espaciando de forma programada, reformulando los intervalos terapéuticos como ensayos de campo controlados dentro de un plan de mantenimiento del estilo de vida y consolidación de valores. Se implementa un seguimiento asertivo e intensivo para evitar el abandono prematuro. Ante una falta injustificada a sesión, el profesional realiza de forma inmediata una llamada telefónica de apoyo para monitorizar el estado clínico y reajustar el plan de contingencias.

3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA DETECCIÓN DE IDEACIÓN O SEÑALES INDIRECTAS

Ante la manifestación implícita o la sospecha fundamentada por parte del terapeuta de que un consultante puede albergar intenciones de terminar con su vida, se activa un algoritmo secuencial inmediato. En la perspectiva contextual, lo que clínicamente se denomina "intuición" o "sospecha" se operativiza como la detección de estímulos discriminativos (SD) verbales y no verbales que señalan un cambio drástico en el repertorio conductual de la persona y un aumento probabilístico de la respuesta suicida.

A. Detección de señales indirectas críticas

- **Señales verbales implícitas:** Expresiones de desesperanza o desvalorización existencial radical ("estaría mejor si no despertara", "ya falta poco para que deje de ser una carga", "pronto descansarán de mí").
- **Señales conductuales y operantes:** Conductas de despedida inesperadas (redacción de testamentos no urgentes, donación de posesiones de alto valor sentimental, cierre repentino de cuentas o redes sociales), acopio de fármacos o conductas de aislamiento social de inicio abrupto.
- **Señales afectivas:** Una calma o apaciguamiento repentino e inexplicable tras un periodo de intensa agitación o depresión. Con frecuencia, esto no es señal de mejoría, sino un indicador de que la persona ha tomado la decisión firme de morir, lo que reduce transitoriamente la disonancia y la angustia.

B. Exploración directa e indagación idiográfica

Se debe preguntar de manera clara, unívoca y sin eufemismos. Está empíricamente demostrado que preguntar directamente sobre el suicidio no induce el acto (no genera efecto contagio o iatrogenia), sino que reduce la reactividad emocional y abre un espacio de validación clínica: "Por las cosas que me estás comentando y lo insoportable que está siendo el dolor estos días, me preocupa si has estado pensando en el suicidio o en quitarte la vida".

C. Evaluación funcional intra-sesión y estratificación del riesgo

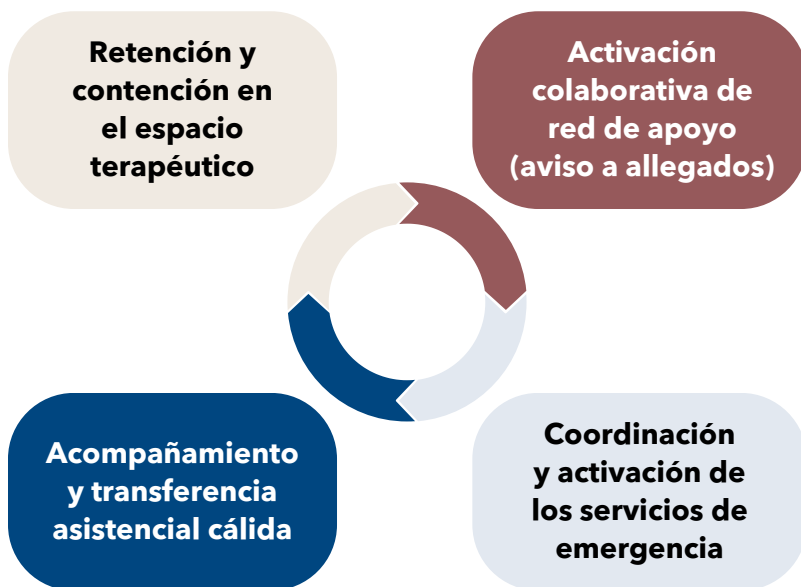
Una vez explicitada la ideación, se suspende temporalmente cualquier objetivo terapéutico secundario para priorizar la gestión del riesgo. Se evalúan los componentes molares y moleculares de la ideación: la estructuración y planificación (discriminar entre ideación pasiva, activa sin planificación o activa estructurada con método y fecha), y la presencia de variables de la Teoría Interpersonal (pertenencia frustrada, percepción de carga y capacidad adquirida).

MATRIZ DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CLÍNICO

Nivel de riesgo	Indicadores clínicos	Acción inmediata
Bajo / Pasivo	Ideación pasiva, sin plan, sin intención latente, factores protectores sólidos.	Establecer SPI, intervenciones contextuales ambulatorias, espaciamiento normal.
Moderado	Ideación activa, plan difuso, fluctuaciones afectivas, intentos previos lejanos.	Intensificar sesiones, involucrar red de apoyo con consentimiento, revisión diaria de medios.
Alto / Inminente	Plan estructurado, alta intencionalidad, acceso a medios letales, desesperanza radical.	Retención en consulta, aviso inmediato a familiares/emergencias, traslado supervisado.

4. ATENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA (RIESGO INMINENTE)

Cuando el clínico se enfrenta a un intento de suicidio en curso o a un plan inminente estructurado y letal detectado en sesión, la intervención en crisis se rige por los principios de inmediatez, proximidad, simplicidad y desescalada. El objetivo principal deja de ser el cambio psicológico a largo plazo y pasa a ser la preservación de la vida.



Protocolo de Emergencia en Consulta y Coordinación

1. Retención y contención en el espacio terapéutico.

El terapeuta nunca debe dejar solo al consultante en el despacho ni permitir que abandone la consulta de forma autónoma. Se mantiene una postura de validación radical (DBT), comunicando de forma asertiva que, debido al nivel de sufrimiento actual, el terapeuta va a asumir temporalmente el control de la seguridad.

2. Activación colaborativa de red de apoyo (aviso a allegados).

Se intenta consensuar con el consultante a qué familiar, tutor o persona de confianza de su red de apoyo se va a notificar la situación. Se prefiere que sea el propio consultante quien realice la llamada en presencia del terapeuta, o que autorice explícitamente al profesional a hacerlo. Si se niega y el riesgo es vital, se le informa de la suspensión de la confidencialidad por imperativo legal.

3. Coordinación y activación de los servicios de emergencia.

Si el consultante presenta agitación extrema, manifiesta una negativa absoluta a cooperar o existe sospecha de que ha ingerido alguna sustancia o fármaco previamente, se debe llamar inmediatamente al 112 (Emergencias) o al 024 (Línea de atención a la conducta suicida) desde la propia consulta. El psicólogo debe identificarse con su nombre y número de colegiado, aportando datos técnicos descriptivos (nivel de riesgo, método planificado, antecedentes de intentos) y solicitando el envío de una unidad asistencial medicalizada al centro.

4. Acompañamiento y transferencia asistencial cálida.

Si el consultante presenta agitación extrema, manifiesta una negativa absoluta a cooperar o existe sospecha de que ha ingerido alguna sustancia o fármaco previamente, se debe llamar inmediatamente al 112 (Emergencias) o al 024 (Línea de atención a la conducta suicida) desde la propia consulta. El psicólogo debe identificarse con su nombre y número de colegiado, aportando datos técnicos descriptivos (nivel de riesgo, método planificado, antecedentes de intentos) y solicitando el envío de una unidad asistencial medicalizada al centro.

INTERVENCIÓN EN EMERGENCIA

Actuación inmediata ante riesgo inminente



PROTOCOLO DE EMERGENCIA EN CONSULTA Y COORDINACIÓN

1



RETENCIÓN Y CONTENCIÓN EN EL ESPACIO TERAPÉUTICO

El terapeuta nunca deja solo al paciente ni permite que abandone la consulta. Validación radical y comunicación asertiva: por su seguridad, el terapeuta asume temporalmente el control.

2



ACTIVACIÓN COLABORATIVA DE LA RED DE APOYO

Consensuar a qué familiar o persona de confianza se notificará la situación. Preferir que el propio paciente haga la llamada en presencia del terapeuta o autorizar al profesional. Si se niega y el riesgo es vital, se informa de la suspensión de la confidencialidad por imperativo legal.

3



COORDINACIÓN Y ACTIVACIÓN DE EMERGENCIAS

Si hay agitación extrema, negativa a cooperar o sospecha de ingesta de sustancias, llamar inmediatamente al 112 o al 024 desde la consulta. Identificarse (nombre y nº de colegiado), aportar datos técnicos (nivel de riesgo, método, antecedentes) y solicitar unidad asistencial medicalizada.

4



ACOMPANIAMIENTO Y TRANSFERENCIA ASISTENCIAL CÁLIDA

Si el paciente colabora y el recurso está próximo, acompañamiento físico con el terapeuta o familiar. Coordinación con el equipo de urgencias y entrega de informe de urgencia con el análisis funcional para asegurar continuidad y evitar re-traumatización.

5



CONTINUIDAD Y SEGUIMIENTO

Tras la derivación, mantener coordinación con el dispositivo receptor. Revisar y ajustar el Plan de Seguridad y el plan terapéutico al retorno al tratamiento ambulatorio.

PRINCIPIOS CLAVE DE LA INTERVENCIÓN EN EMERGENCIA



INMEDIATEZ

Actuar sin demora para preservar la vida.



PROXIMIDAD

No dejar solo al paciente ni física ni emocionalmente.



SIMPLICIDAD

Mensajes claros, concretos y directos.



VALIDACIÓN

Escuchar y validar el dolor sin juzgar.



DEESCALADA

Reducir la activación y restablecer la seguridad.



RECUERDA

Preguntar directamente sobre el suicidio no induce el acto, abre la puerta a la ayuda. Tu presencia y acción pueden ser el factor decisivo.



5. CUESTIONES ÉTICAS, DEONTOLÓGICAS Y LEGALES (MARCO JURÍDICO ESPAÑOL)

El abordaje clínico de la conducta suicida se inserta en un marco jurídico y deontológico estricto en España que delimita de forma clara la responsabilidad y protección del profesional sanitario.

Secreto profesional frente al deber de protección (estado de necesidad)

La confidencialidad y el secreto profesional son exigencias legales y deontológicas básicas. No obstante, ante un riesgo de intento inminente y grave, entra en colisión el derecho a la intimidad frente al derecho fundamental a la vida como bien superior. En este escenario de Estado de Necesidad (Art. 20.5 del Código Penal), el psicólogo está plenamente facultado y obligado por ley a quebrantar el secreto profesional para proteger la integridad física del consultante. La ruptura de la confidencialidad debe limitarse estrictamente a los datos e informaciones indispensables para garantizar la contención y el auxilio de la persona, notificando a los familiares o a las autoridades competentes.

Consentimiento informado y minoría de edad

Conforme a la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, el consentimiento se modula según criterios evolutivos de madurez:

- **Menores de 12 años:** El consentimiento se otorga obligatoriamente por representación a través de sus padres o tutores legales.
- **Entre 12 y 16 años:** Se recomienda una fórmula de doble conformidad, escuchando y recabando el consentimiento tanto de los representantes legales como del propio menor.
- **A partir de los 16 años:** El menor goza de consentimiento informado autónomo y es legalmente capaz de decidir sobre el alcance de la intervención, salvo que su estado afectivo-cognitivo limite de forma severa su competencia o juicio. En caso de riesgo de intento o ideación grave, si el menor se niega a informar a su familia, prima el principio de beneficencia y preservación de la vida, facultando al facultativo a notificar formalmente a los tutores y/o servicios sanitarios.

Responsabilidad profesional, mala praxis e impericia

La conducta suicida es una de las causas más frecuentes de reclamaciones judiciales en salud mental. Esta exigencia legal puede aparecer bajo tres figuras doctrinales:

- **Imprudencia profesional o temeraria:** Omisión de la diligencia elemental o falta de previsión de un riesgo que era clínicamente previsible y humanamente evitable.
- **Negligencia:** Dejadez, descuido o abandono en las funciones de vigilancia, custodia o en el mantenimiento de la cadena de cuidados (p. ej., permitir que un consultante con riesgo alto se marche solo de la consulta). Esto conecta directamente con el deber de socorro tipificado en los Artículos 195 y 196 del Código Penal (omisión del deber de socorro y denegación de asistencia sanitaria).
- **Impericia:** Falta de conocimientos científicos actualizados y carencia de competencias técnicas o metodológicas requeridas para el manejo específico de la conducta suicida bajo estándares de la práctica basada en la evidencia (lex artis ad hoc).

Custodia documental de la historia clínica como salvaguarda legal

Ante cualquier eventualidad o resultado adverso, la Historia Clínica completa, detallada y minuciosa constituye el pilar fundamental de la defensa legal del profesional.

En ella se deben anotar de forma cronológica, veraz e inalterable a posteriori todas las exploraciones practicadas, los indicadores detectados, las preguntas específicas formuladas, las estimaciones fundamentadas del riesgo, las medidas de seguridad adoptadas (como la co-construcción del SPI), las notificaciones explícitas realizadas a familiares y los datos identificativos del personal de emergencias con el que se coordinó el traslado. Todo juicio clínico debe quedar perfectamente justificado en las anotaciones



TRATAMIENTO Y CUESTIONES LEGALES

Enfoque Conductual-Contextual de la Conducta Suicida

FASES DEL TRATAMIENTO PROTOCOLIZADO

1 EVALUACIÓN Y ALIANZA



- Generar seguridad, validación y presencia auténtica.
- Entrevista clínica y herramientas de cribado (C-SSRS, SENTIA).
- Analizar función de la conducta: ¿para qué le sirve?
- Identificar factores de riesgo y protección.

2 SEGURIDAD Y GESTIÓN DE CRISIS



- Elaborar Plan de Seguridad (SPI) con pasos jerárquicos.
- Reconocer señales de alarma, estrategias de afrontamiento y contactos de ayuda.
- Eliminar o limitar el acceso a medios letales.
- No utilizar "contratos de no-suicidio".

3 INTERVENCIÓN CONTEXTUAL ESPECÍFICA



- Difusión cognitiva: observar los pensamientos, no fusionarse.
- Aceptación de experiencias privadas y tolerancia al malestar.
- Clarificación de valores y metas vitales.
- ACT, DBT y análisis en cadena para ensayar respuestas alternativas.

4 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y CONTINUIDAD



- Espaciamiento gradual de sesiones (tapering).
- Ensayos de campo y mantenimiento del estilo de vida.
- Seguimiento asertivo.
- Inasistencia: llamada de apoyo y reajuste del plan.

MATRIZ DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO



BAJO / PASIVO

Ideación pasiva, sin plan, sin intención latente, factores protectores sólidos.

ACCIÓN:

Establecer SPI, intervenciones contextuales ambulatorias, espaciamiento normal.



MODERADO

Ideación activa, plan difuso, fluctuaciones afectivas, intentos previos lejanos.

ACCIÓN:

Intensificar sesiones, involucrar red de apoyo con consentimiento, revisión diaria de medios.



ALTO / INMINENTE

Plan estructurado, alta intencionalidad, acceso a medios letales, desesperanza radical.

ACCIÓN:

Retención en consulta, aviso inmediato a familiares/emergencias, traslado supervisado.



AVISO IMPORTANTE: EL RIESGO ES DINÁMICO Y VARIABLE.

El nivel de riesgo puede cambiar en cuestión de horas o minutos según las circunstancias de vida de la persona (sucesos estresantes, conflictos, consumo de sustancias, aislamiento, pérdidas, etc.). Por ello, es fundamental permanecer alerta y revisar el plan de seguridad con frecuencia.

CUESTIONES ÉTICAS, DEONTOLÓGICAS Y LEGALES



A. SECRETO PROFESIONAL Y DEBER DE PROTECCIÓN

Ante riesgo de intento inminente y grave, prima el derecho a la vida. El profesional puede y debe quebrantar el secreto únicamente para proteger la integridad del paciente (Estado de Necesidad, Art. 20.5 CP).



B. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y MINORÍA DE EDAD

- < 12 años: consentimiento por representación (padres/tutores).
- 12-16 años: doble conformidad (menor + representantes).
- ≥ 16 años: consentimiento autónomo, salvo incapacidad grave.

En riesgo grave, prima la preservación de la vida.



C. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL (MALA PRAXIS)

- Imprudencia: omisión de riesgo previsible y evitable.
- Negligencia: dejadez, abandono, incumplimiento del deber de socorro (Arts. 195 y 196 CP).
- Impericia: falta de conocimientos o competencias adecuadas.



D. CUSTODIA DOCUMENTAL DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica completa, cronológica y detallada es la mejor garantía legal. Registrar: exploraciones, indicadores, preguntas, estimación del riesgo, medidas adoptadas, avisos a familiares y coordinación con emergencias.



La intervención contextual se basa en la evidencia, el respeto a la persona y la preservación de la vida.

