



Manual de intervención en ideas autolíticas y suicidio en adicciones sin sustancia

Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

RESPONSABLE Y COORDINACIÓN

Dña. Rosa Ana Santolaria Gómez. Psicóloga Sanitaria.
Coordinadora del Departamento de Psicología de FEJAR y Responsable de Terapia Online de FEJAR.

FINANCIACIÓN

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
Secretaría de Estado de Sanidad.

“Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas o las del Ministerio de Sanidad”.

EDITADO POR:

Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados c/Pasteur 30, bajo 15008, A Coruña
Tel: 900 200 225
www.fejar.org
Mayo 2025

Incluido en el Programa

“FORMACIÓN E INTERVENCIÓN EN IDEAS AUTOLÍTICAS Y SUICIDIO EN ADICCIONES SIN SUSTANCIA”.

Esta publicación está disponible para su uso y está permitida la reproducción, almacenamiento o transmisión total o parcial de esta obra por cualquier medio sin autorización del editor, siempre que se cite la fuente: “FEJAR. (2025). Manual de intervención en ideas autolíticas y suicidio en adicciones sin sustancia. A Coruña; <https://fejar.org/que-hacemos/publicacion/>”

RELACIÓN DE AUTORES/AS

Rosa Ana Santolaria Gómez. Coordinadora Departamento de Psicóloga FEJAR y Responsable del Servicio de Terapia Online de FEJAR.

Enric Armengou Orus. Médico Psiquiatría. Director Médico de la Fundación Ayuda y Esperanza. Voluntario en el Teléfono de Prevención del Suicidio y en el Teléfono de la Esperanza. Miembro del Grupo Motor del Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 del Ministerio de Sanidad.

Teresa Pacheco Tabuenca. Doctora en Psicología (UCM). Magister en Salud Mental en catástrofes y desastres. Subdirectora General de Atención y cuidados sociosanitarios (CM).

Junibel Lancho María. Licenciada en Psicología. Psicóloga Clínica. Coordinadora del teléfono contra el suicidio de la Asociación la Barandilla. Directora Clínica de Hospital de Día Lajman de salud mental (Trastorno Mental Grave).

Mónica Pereira Dávila. Psicóloga. Experta en Psicología de la Urgencia y la Emergencia. Miembro del Grupo de Trabajo de Urgencias, Emergencias y Catástrofes del COP Madrid.

COLABORADORES/AS

Mª Virtudes Micó Valero. Secretaria Técnica y Trabajadora Social de FEJAR.

Víctor Javier García de Santos. Psicólogo de FEJAR.

Mercedes Núñez Gómez. Psicóloga de ASEJER (Entidad integrada en FEJAR).

Dionisio García Osuna. Psicólogo de ASEJER (Entidad integrada en FEJAR).

Juan José Lamas Alonso. Director Técnico de FEJAR.

Lucía Fernández López. Trabajadora Social de FEJAR.

Andrea Sánchez López. Técnica Administrativa de FEJAR.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL A:

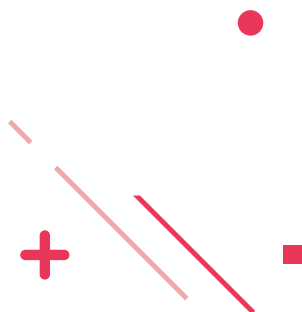
Quienes han ofrecido su testimonio.

Personas en tratamiento de rehabilitación o rehabilitadas de las entidades integradas en FEJAR.

Asociaciones integradas en FEJAR.

“Lo que niegas te somete y lo que aceptas te transforma”

– Carl Jung.



PRESENTACIÓN

Como Presidente de FEJAR, es un honor presentar el Manual de intervención en ideas autolíticas y suicidio en adicciones sin sustancia.

Desde hace tiempo, nuestro colectivo ha sido testigo de la elevada frecuencia de ideación autolítica en personas que padecen trastorno por juego. Los resultados de nuestro reciente estudio, realizado con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas y publicado el pasado año, reflejan esta realidad: la frecuencia de ideación suicida en personas con trastorno por juego es el doble que en la población general, y la tasa de tentativas de suicidio es seis veces superior en quienes padecen esta adicción.

Además, nuestras asociaciones han constatado intentos de suicidio en personas que han solicitado ayuda para superar su adicción. Si bien en muchos casos estas tentativas no llegan a consumarse, lamentablemente no siempre es así. Desde mi experiencia personal, puedo afirmar que logré evitar el suicidio y, afortunadamente, hoy en día he podido ayudar a muchas personas en su proceso de rehabilitación. Sin embargo, no todas han podido gozar de esa otra oportunidad de la vida. De hecho, es probable que en muchas muertes clasificadas estadísticamente como accidentales subyazca un intento desesperado de poner fin al sufrimiento provocado por las consecuencias de la adicción.

Este manual constituye un recurso esencial para los/as profesionales que trabajan en nuestras entidades y en el ámbito de las adicciones sin sustancia en general. Nuestro objetivo es que el riesgo suicida sea siempre una variable a considerar en la intervención en el trastorno por juego. Asimismo, buscamos dotar a los y las profesionales de herramientas para abordar esta problemática: cómo evaluar clínicamente el riesgo, cómo actuar ante la ideación activa y, en definitiva, cómo prevenir una tentativa de suicidio.

Máximo Enrique Gutiérrez Muélledes
Abril, 2025

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN DEL MANUAL DE INTERVENCIÓN	p. 6
SENSIBILIZACIÓN Y CONCIENCIACIÓN SOBRE LA MAGNITUD E IMPACTO	p. 7
-Definición conducta suicida y teorías sobre el suicidio	p. 7
-Impacto y magnitud de la conducta suicida	p. 8
-Mitos y prejuicios que dificultan el correcto abordaje	p. 9
DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA EN LAS ENTIDADES	p. 11
-Problemas de salud mental y su relación con la conducta suicida	p. 11
-Signos y síntomas que presentan las personas con conductas suicidas	p. 14
-Identificación de factores de riesgo y precipitantes	p. 15
-Señales de alerta de riesgo suicida	p. 17
-Factores de protección	p. 20
-Herramientas de evaluación del riesgo suicida	p. 21
ABORDAJE DEL RIESGO SUICIDA	p. 22
-Estrategias de intervención / Cómo actuar ante el riesgo suicida	p. 23
-Qué y cómo preguntar sobre conducta suicida	p. 30
-Plan individualizado de intervención y seguimiento	p. 34
-Recomendaciones de abordaje para familiares y figuras allegadas	p. 36
ACTUACIÓN TRAS EL INTENTO DE SUICIDIO	p. 37
-Qué hacer después de un intento frustrado de suicidio	p. 37
-Qué hacer tras el suicidio consumado	p. 37
TESTIMONIOS	p. 39
BIBLIOGRAFÍA	p. 47
ANEXOS	p. 49
-Anexo I: Guía de recursos	p. 49
-Anexo II: Entidades integradas en FEJAR	p. 50

JUSTIFICACIÓN DEL MANUAL DE INTERVENCIÓN

Según datos del Ministerio de Sanidad (17 de diciembre de 2024), *“las defunciones por suicidio en España han venido experimentando un ascenso desde el año 2018 hasta el año 2022. La cifra de suicidios se incrementó en este periodo en cerca de un 20%, pasando de 3.539 en 2018 a 4.227 en 2022. En el año 2023 el número de suicidios descendió a 4.116 según los datos definitivos publicados por el INE. Sin embargo, ese descenso no se produjo en todos los grupos de edad. Así, en los grupos de 15 a 29 años y de 30 a 44 años, el número de suicidios en 2023, con respecto a 2022, aumentaron en 13 y 30, respectivamente”*.

En el caso de las personas con trastorno por juego, sabemos, gracias al “Análisis de situación de ideación y conducta suicida en población con trastorno por juego de FEJAR”, realizado por FEJAR en 2024 con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, que: en las personas con trastorno por juego la ideación suicida presenta el doble de frecuencia que en la población general (64% frente a 32% respectivamente); igualmente la planificación de la conducta suicida es cuatro veces superior en la población con trastorno por juego respecto a la población general (34% frente a 8%); y, el dato más significativo y preocupante: la conducta suicida resultó ser seis veces superior en la población con trastorno por juego con respecto a la población general (18% vs 3%). Estos resultados guardan cierta coherencia con los expuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría: “Casi la mitad de las personas en tratamiento por trastorno por juego tiene ideación suicida, y alrededor del 17% ha intentado suicidarse” (American Psychiatric Association, 2013).

Los resultados mencionados están en la misma línea de otros estudios realizados internacionalmente: “el 20% de los jugadores patológicos intentarán suicidarse durante su vida” (Meca-Zapatero et al., 2020). Según un estudio realizado con población australiana, el 81,4% de la población jugadora ha tenido ideación suicida y el 30,2% ha tenido una o más tentativas suicidas (Battersby et al, 2006). Con jugadores/as patológicos/as en población británica se encuentra que un 62,18% ha tenido ideación suicida en algún momento de su vida, y de estas personas un 23,27% ha realizado alguna tentativa (Ronzitti et al., 2017). En Francia, otro estudio realizado concluye que el 40,21% de las personas con trastorno por juego presentaban riesgo de suicidio (3,4 veces superior con respecto a la población general); igualmente, es destacable que un historial de depresión mayor y trastornos de ansiedad son predictores de riesgo de suicidio, así como la incapacidad percibida para dejar de jugar (Guillou-Landreat et al., 2016). En otro estudio realizado en Inglaterra, se obtuvo que la probabilidad de plantearse el suicidio era 5,3 veces mayor en las personas que tenían un problema con el juego, así como que el 4,7% de pacientes ludópatas no solo habían pensado, sino que lo habían intentado (Wardle et al., 2020). En cuanto a adicción a las compras, se ha descrito una prevalencia de ideación suicida del 18,4% y de intentos previos de suicidio del 7,6% en una muestra de pacientes atendidos en una unidad especializada en adicciones comportamentales en España (Valenciano-Mendoza et al., 2021). Este mismo estudio encontró una prevalencia aún mayor de tentativas suicidas en la muestra de personas con adicción al sexo (9,1%).

En la actualidad, no disponemos de datos sobre las personas con adicción al juego que han consumado sus tentativas, aunque las asociaciones integradas en FEJAR conocen, desgraciadamente, casos de personas que han consumado el suicidio habiendo llegado hasta ellas solicitando ayuda, quizás demasiado tarde para sentir que podían ser ayudadas. Y podemos intuir que el número de suicidios como consecuencia de la situación desesperada a la que ha llevado la adicción al juego a algunas personas podría ser significativamente mayor entre personas que no llegaron a solicitar ayuda, si bien, estadísticamente, estos fallecimientos pueden estar contabilizados como muertes por otras causas: accidentes, intoxicaciones, etc.

Entre las personas en tratamiento en los centros integrados en FEJAR, obtenemos que, en el momento de iniciar tratamiento de rehabilitación, un 34,4% de las personas que responden la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik presentan riesgo de suicidio (datos de GdProyectos, FEJAR) (debemos señalar que este porcentaje se ha visto incrementado en el último año, siendo el valor anterior un 30,63%).

Estos datos son los que han llevado a FEJAR a plantearse la profundización en el conocimiento del riesgo suicida, así como en la evaluación e intervención en los casos de riesgo autolítico o suicida entre las personas que se encuentran en tratamiento en nuestras asociaciones o servicio de terapia online, con el objetivo de poder realizar una intervención en situaciones de crisis más adecuada y eficaz.

SENSIBILIZACIÓN Y CONCIENCIACIÓN SOBRE LA MAGNITUD E IMPACTO

DEFINICIÓN CONDUCTA SUICIDA

A continuación, vamos a definir y explicar los diferentes términos, conceptos o expresiones relacionados con el suicidio más frecuentemente utilizados:

Suicidio: Acto deliberado de quitarse la propia vida (OMS 2021).

Conducta Suicida: Abarca un espectro amplio, desde la ideación suicida (pensamientos de quitarse la vida) hasta el intento de suicidio (acción autolesiva con intención de morir).

Otros términos relacionados con el suicidio

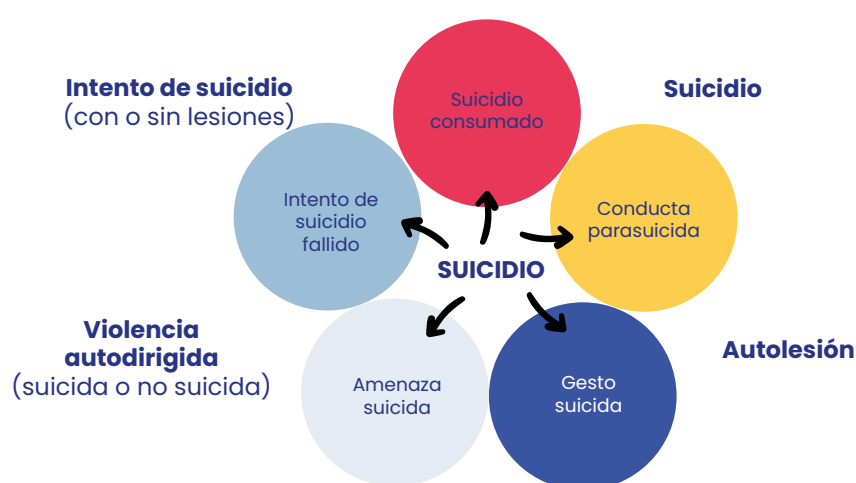


Figura 1. Otros términos relacionados con el suicidio

Parasuicidio: término acuñado por Kreitman y col. (1969) para hacer referencia con él a las conductas aparentemente suicidas, que en realidad no buscan la muerte sino una serie de cambios ambientales en el entorno. Tienen un carácter gestual, de petición de ayuda.

Gesto suicida: hace referencia a todos los actos preparatorios necesarios para llevar a cabo el intento de suicidio.

Amenaza suicida: la entendemos como la verbalización de los pensamientos suicidas, pero con una orientación a la acción, con un compromiso de la persona de pasar al acto.

Intento de suicidio fallido: es el acto destinado a terminar con la propia vida, pero en el que el sujeto sobrevive.

Suicidio consumado: es aquel que termina con la muerte del suicida.

Autolesión: es el acto de lastimarse el propio cuerpo a propósito, por ejemplo, con cortes o quemaduras.

Violencia autodirigida: es aquella en la que la propia persona se daña a sí misma. La persona se puede realizar cortes en extremidades superiores o inferiores, se puede humillar públicamente, se puede dar golpes en la cabeza contra superficies duras, etc. No obstante, no hay acuerdo entre los diferentes autores en cuanto al término.

Intento de suicidio: el comportamiento suicida de una persona que no consuma el hecho de la muerte contra sí misma.

Ideación suicida: pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.

Riesgo de suicidio: posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.

TEORIAS SOBRE EL SUICIDIO

Presentamos a continuación algunas conocidas teorías sobre el suicidio:

TEORÍA DE LOS TRES PASOS (Klonsky y May)

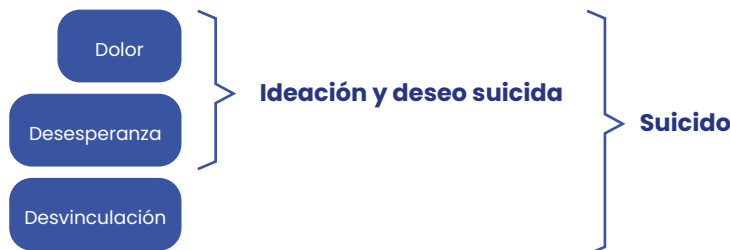


Figura 2. Teoría de los tres pasos (Klonsky y May, 2015).

Según esta teoría, el dolor y la desesperanza (entendiendo por desesperanza: gran sentimiento de pérdida de ánimo, la imposibilidad de poder imaginar que algo mejor pueda ocurrir, o el hecho de perder la confianza de que las cosas pueden cambiar y ser mejores (Córdova et al., 2005)) derivan en la ideación y el deseo suicida, siendo éste el punto donde se tiene que intervenir. Si además aparece la desvinculación, provocando el aislamiento del resto de áreas de la vida, aparece el intento autolítico o incluso el suicidio.

TEORÍA INTERPERSONAL DEL SUICIDIO (Thomas Joiner)

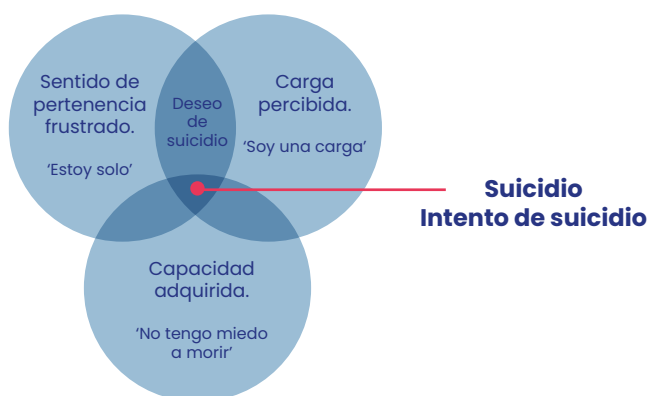


Figura 3. Teoría Interpersonal del Suicidio (Thomas Joiner, modelo TPIS, 2006).

Thomas recoge tres fases interpersonales condicionantes para la conducta suicida: el sentido de pertenencia frustrado, entendido como la percepción de distanciamiento frente al grupo de referencia: “me siento solo, nadie me hace caso”; la carga percibida, sentimientos relacionados con la presunción del malestar generado a los allegados por la presencia de uno/a: “me siento una carga para mi familia, mi familia estaría mejor sin mí”. Si estos factores se suman con la capacidad adquirida frente al miedo a morir, derivada de la conjunción de momentos de dolor e insatisfacción, en los que la persona pierde el miedo a morir o a hacerse daño, aparece el intento o suicidio consumado.

Es importante extraer de ambas teorías cuándo debemos intervenir para prevenir la conducta suicida, así como detectar los sentimientos de falta de pertenencia, el de carga, el dolor y la desesperanza, para el abordaje de la ideación suicida antes de que se lleguen a dar los intentos autolíticos.

IMPACTO Y MAGNITUD DE LA CONDUCTA SUICIDA

Cada año más de 700.000 personas se quitan la vida en el mundo (más de 1900 personas al día). Según los datos actuales del INE, en España, en 2024, fallecieron por suicidio 10 personas al día (1842 personas en los primeros seis meses del año). El dato positivo es que durante el primer semestre de 2024 se suicidaron 265 personas menos que en el mismo semestre del año 2023. En especial el grupo de edad que más acusó el descenso en número de suicidios fue el de entre 15 y 29 años. Sin embargo, resulta altamente preocupante la diferente tendencia en el caso de menores de 15 años, habiéndose registrado un suicidio en este grupo etario.

Diferencias entre primer semestre del 23-24



Figura 4. Diferencias en número de suicidios en España en el primer semestre de 2023 y primer semestre de 2024.

Suicidio y trastorno por juego

En el estudio realizado por FEJAR en el pasado año 2024, tal y como se ha expuesto con anterioridad, se han obtenido los siguientes datos: el 64% de la muestra con trastorno por juego ha tenido ideaciones autolíticas, el 34% ha planificado cómo suicidarse y el 18,30% lo ha intentado.

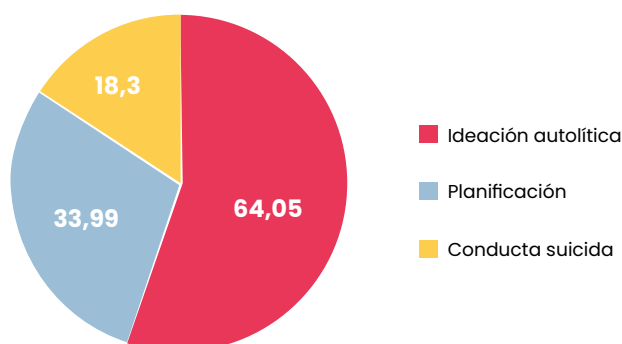


Figura 5. Fuente: Análisis de la situación de ideación y conducta suicida en población con trastorno por juego de FEJAR. FEJAR (2024).

MITOS Y PREJUICIOS QUE DIFICULTAN EL CORRECTO ABORDAJE

A continuación exponemos los **mitos más frecuentes** sobre el suicidio:

1. Las personas que intentan suicidarse una vez, lo seguirán haciendo hasta que lo consigan. Falso. Es cierto que hay mayor probabilidad de volver a intentar el suicidio cuando ha habido un intento previo, pero los pensamientos suicidas no son permanentes. En algunos casos no vuelven a aparecer jamás. Y la terapia ayuda a lidiar con este tipo de pensamientos en el caso de que reaparezcan.

2. Hablar del suicidio puede incitar a la persona a llevarlo a cabo. Falso. Sabemos que justo hablar de ello le ayuda a buscar razones para permanecer con vida. El estigma alrededor del suicidio es muy grande. La mayoría de las personas que contemplan el suicidio como opción no saben con quién compartirlo. Hablar de ello puede ser en realidad una oportunidad para prevenirlo, permite ofrecer una nueva y alternativa visión de la situación.

3. La persona suicida desea morir. Falso. Realmente lo que le ocurre es que tiene una ambivalencia, y esto es fundamental conocerlo y detectar cuáles son los factores de ambivalencia para poder agarrar a la vida a estas personas.

4. Si se reta a un/una suicida, éste/a no lo intenta. Falso. Retar a una persona con ideación suicida es un acto irresponsable, pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos de autodestruirse.

5. Quien se quiere suicidar no lo dice y, quien lo dice, no lo hace. Falso. 9 de cada 10 personas que se suicidan manifiestan claramente sus propósitos y creer que no lo hacen conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse, y a minimizar las amenazas suicidas que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.

6. Las personas que intentan suicidarse están solas o tienen problemas económicos. Falso. Las causas que llevan a una persona a suicidarse son múltiples y diferentes para cada una. No hay un solo factor que pueda explicar la toma de esta decisión.

7. Las personas que se suicidan son egoístas o valientes. Falso. La conducta suicida no es valiente ni cobarde, está vinculada a un altísimo grado de sufrimiento de la persona. Decir que es un acto valiente o egoísta le resta valor a lo que sufre esa persona.

8. El suicidio no se puede prevenir. Falso. La realidad es que necesitamos detectar lo antes posible, no el suicidio sino los signos previos de que una persona esté tomando esa decisión, y hablar con esa persona si se puede. Es fundamental la detección temprana y poder disponer de los recursos profesionales, la formación y los espacios adecuados.

9. El suicidio es hereditario. Falso. Más bien podríamos hablar de aprendizaje por modelado o imitación. Al igual que el miedo a los ratones, si un niño ve que su madre se sube a una silla cuando ve a un ratón, el niño hará lo mismo cuando vea un ratón.

10. Quienes intentan suicidarse no desean morir, sólo lo hacen para llamar la atención y si de verdad se hubieran querido matar, habrían utilizado un método más letal. Falso. No tiene nada que ver la letalidad del método que seleccionan, sino que están haciendo algo para atentar en contra de su vida y manifiestan lo que les genera mucho dolor y les hace pensar que terminar con la vida es una alternativa al sufrimiento. Incluso si en algún caso la persona quiere llamar la atención... algo necesita... escuchemos, pongámonos en esa realidad... Habría que escuchar y ayudar antes de que cometan la conducta suicida, puesto que hay un riesgo de que se consiga consumir el suicidio.

11. Sólo si tienes preparación, puedes ayudar a una persona en riesgo suicida. Falso. Cualquier persona puede, en un momento determinado, ayudar a quien está en riesgo; aunque es innegable que una adecuada preparación siempre será beneficiosa.

Por otra parte, exponemos también otras expresiones que sí son verdaderas y **no constituyen mitos** o falsas creencias sobre el suicidio:

1. Padecer un trastorno mental incrementa la probabilidad de Intento autolítico. Verdadero.

2. No es imprescindible tener una enfermedad mental para cometer suicidio. Verdadero.

3. Haber realizado un intento de suicidio incrementa la probabilidad de volver a intentarlo. Verdadero.

4. Las autolesiones se consideran conductas relacionadas con el suicidio. Verdadero. Sin embargo, existe el pensamiento de que: "lo hacen para llamar la atención... es solo por molestar... mi hija me ha contado que se corta, pero no quiere suicidarse, lo hace porque le gusta, porque lo hacen sus amigos, por ansiedad".

5. El suicidio se da en cualquier edad y estrato social. Verdadero.

6. Los medios de comunicación pueden ayudar a la prevención del suicidio. Verdadero. Pero necesitan ser formados en cuanto a cómo hablar de estos temas.

7. El acto suicida puede ser planificado pero también una conducta impulsiva. Verdadero.

8. Tras una crisis suicida es fundamental el apoyo del entorno para minimizar la probabilidad del suicidio. Verdadero.

9. La mayoría de las personas con conducta suicida en realidad no quieren morir, solo quieren dejar de sufrir. Verdadero.

10. La medicación, antidepresivos o ansiolíticos, por ejemplo, no disminuye por sí sola la tendencia suicida. Verdadero.

DETECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN LAS ENTIDADES

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA SUICIDA

Cuando hablamos de salud mental y conducta suicida deberíamos hablar, por un lado, de enfermedad mental y patología, y por otro lado de conductas o síntomas relacionados con el suicidio.

En enfermedad mental nos encontramos múltiples trastornos que tienen mayor incidencia en la conducta suicida. Grosso modo podríamos decir que se dan con mayor frecuencia en las siguientes:

Enfermedad mental

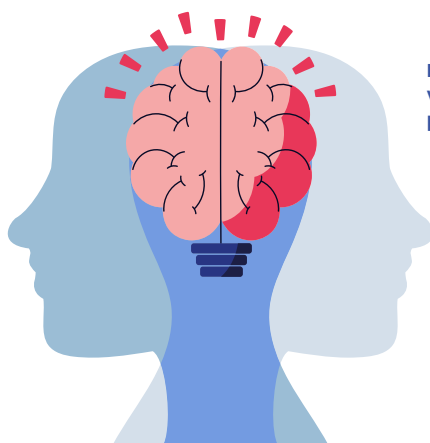


Figura 6. Trastornos mentales asociados con ideación y conducta suicida.

/ Trastorno depresivo mayor: Es la enfermedad mental con mayor riesgo suicida. Las personas que sufren este trastorno consuman el suicidio con mayor incidencia, son 22 veces más propensas a realizar la tentativa. La desesperanza es el elemento clave en el suicidio. El riesgo a lo largo de la vida en las personas adultas es un 15% mayor si han tenido algún ingreso psiquiátrico. Se produce mayor riesgo también en los primeros episodios que en los sucesivos. Es destacable que en los primeros tres meses se da un alto riesgo (la persona sufre sin tener previa experiencia en el padecimiento de este trastorno, y no dispone de herramientas de autogestión), pero también transcurrido mucho tiempo, incluso varios años, aparece la desesperanza (la persona, con la cronificación de los síntomas del trastorno, pierde la esperanza de recuperación); y éstos son los momentos de mayor riesgo (debe entenderse el inicio de la enfermedad cuando empiezan a presentarse los síntomas, y no cuando se realiza el diagnóstico, que en ocasiones suele demorarse bastante tiempo).

Es la enfermedad mental con mayor riesgo de suicidio.

22 veces más propensos a consumar el suicidio, (especialmente cuando hay comorbilidad con otros trastornos).



Riesgo de suicidio a lo largo de la vida en adultos un 15% superior en pacientes psiquiátricos ingresados.

Alto riesgo de suicidio durante los primeros años del curso de su enfermedad.

(La mayoría de los intentos se da en los primeros tres meses de un episodio depresivo y en los cinco años siguientes a la aparición de su depresión).

Figura 7. Trastorno depresivo mayor y riesgo suicidio.

/ Trastorno por estrés postraumático. A pesar de ser el trastorno más relacionado con el suicidio, tiene menos prevalencia que la depresión. Cuando hay una comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por estrés postraumático, el riesgo es importante. Por tanto, ante personas en las que exista dicha comorbilidad, el riesgo de suicidio debe explorarse siempre.



Tras eventos traumáticos se ha observado tendencia a conductas autodestructivas.

La probabilidad de suicidio se incrementa cuando hay comorbilidad depresión y TEPT.

Ampliamente estudiado en 'veteranos de guerra, mujeres víctimas de violencia física o sexual, y víctimas de maltrato en la infancia.

Figura 8. Trastorno por estrés postraumático (TEP) y riesgo suicidio.

/ Esquizofrenia (o trastornos psicóticos en general). El trastorno psicótico tiene algo especial porque el riesgo suicida es muy elevado durante el brote psicótico y la fase de síntomas positivos de la enfermedad, pero también entre un brote y otro, en la fase de síntomas negativos de la enfermedad. Las alucinaciones suponen una pérdida de contacto con la realidad y pueden llegar a generar al paciente una necesidad de conducta suicida como escape a la situación percibida de peligro. También es muy importante para estas personas la readaptación al mundo, para ellas muy oscuro y hostil y además este tipo de pacientes sufren niveles elevados de culpa y vergüenza, todo ello genera desesperanza que contribuye a incrementar el riesgo suicida.



La tentativa puede producirse en el curso de la enfermedad.

Las alucinaciones o delirios pueden empujar a formas de suicidio bizarras (con hacha, autoapuñalamiento múltiple con cuchillo de cocina o tijeras...)

Los suicidios más graves ocurren cuando las personas se están readaptando socialmente y también al salir de la institución psiquiátrica.

Figura 9. Esquizofrenia y riesgo suicidio.

/ Ansiedad. Cuando hay ansiedad la mirada se fija en el futuro, las personas que sufren ansiedad tienen más facilidad para ver un futuro catastrófico, que no hay posibilidad de cambio, y es más fácil que aparezca la desesperanza. Pero a la vez son conscientes de que en el momento presente no pueden, y "si hoy no puedo el futuro será catastrófico...". De ahí la vital importancia de que los y las profesionales estén muy atentos/as a esos cambios durante el acompañamiento profesional. De igual modo debemos poner especial vigilancia a las mejorías, porque no siempre van a resultar mejorías reales sino que puede que la persona esté en un proceso de sentimiento de liberación al haber tomado la decisión de terminar con su vida (viéndose reducido el nivel de ansiedad en este punto).



La incidencia de conductas suicidas aumenta con trastornos de ansiedad, sobre todo, combinados con un trastorno del estado de ánimo más que un trastorno del estado de ánimo solo.

Los niveles estables de desesperanza también incrementan el riesgo a largo plazo.

El riesgo de suicidio es mayor en los puntos de transición.

Figura 10. Ansiedad y riesgo suicidio.

/ Trastorno límite de la personalidad (TLP). Es difícil el trabajo con pacientes que presentan este trastorno. Son personas que suelen haber tenido varios intentos de suicidio antes de llegar al consumado. Normalmente presentan un sentimiento generalizado de rechazo, falta de pertenencia, derivando en la sensación de abandono y desesperanza. Otro aspecto fundamental en un trastorno límite es la impulsividad y la inconsistencia a la hora de resolver las situaciones conflictivas: realizan intentos de soluciones que funcionan pero en el siguiente episodio o situación no repiten lo que ha funcionado en el anterior porque son incapaces de crear el hábito, o integrar patrones adaptativos de conducta. Esto les lleva a una situación de incapacidad continua.

Las personas con TLP que consuman el suicidio suelen haber realizado otros intentos anteriores.

Sentimientos de rechazo y de falta de pertenencia que generan desesperanza.

Características de impulsividad e inconsistencia en la resolución de problemas.



Figura 11. Trastorno Límite de la Personalidad y suicidio.

Aun así, hablamos mucho en los mitos sobre el suicidio de que la enfermedad mental no es lo único que lleva a cometer suicidio. Existen otros signos y síntomas que, aunque no conformen un trastorno mental, pueden generar o favorecer la ideación suicida o intentos autolíticos. Algunos de estos aspectos a explorar serían los siguientes:

- La dicotomía del pensamiento entre todo y nada.
- La visión de muerte como algo favorable, es un final que alivia, la orientación del presente como oscuro: *"hoy no paso esto, es horrible y si no sé manejarlo hoy voy a ser incapaz de hacerlo en el futuro"*.
- La dificultad para generarles razones para vivir cuando expresan que no hay ninguna.
- La rumiación y su vinculación con la ansiedad.
- La desesperanza y la impotencia relacionadas con las expectativas negativas del futuro.
- La dificultad o incapacidad de resolver conflictos, ausencia de habilidades para resolverlos, o las tienen pero son inconsistentes. Además de poca confianza en tener habilidad para implementar una buena solución.

- Hay otros signos y síntomas como la falta de gusto por actividades, su historia difusa en la que sólo rescatan de la memoria episodios negativos de su vida o que no son capaces de encontrar momentos o episodios positivos. Por ejemplo, cuando al ser preguntados/as sobre su infancia, dicen que ha sido buena, y al pedirles que nos pongan un ejemplo de algo bueno responden con frases como: *“pues mi madre me llevaba a misa”*. Sin embargo, al ser preguntados por vivencias dolorosas del pasado, si conectan con una empiezan a desarrollar en cadena vivencias negativas. Sienten que están atrapados/as, tienen “visión en túnel” (fenómeno perceptivo que aparece ante un estímulo amenazante o ante una elevada intensidad emocional, focalizándose la percepción en una única cosa).
- La percepción de los/las demás como indiferentes e insolidarios, pensamientos como *“claro, es que si ellas no ponen interés no lo voy a poner yo todo”* esa sensación de que los/as demás no ponen de su parte para que ellos/as estén bien, les angustia mucho la falta de pertenencia por la “despreocupación” del resto sobre su persona.
- La vulnerabilidad, la tendencia a quedarse con el matiz negativo de las vivencias positivas.
- La presencia de la **culpa y la vergüenza** tan habitual en el TLP, pero también en el **trastorno por juego** (y otras adicciones), que ayuda a que la ideación autolítica crezca, el sentimiento de rechazo, de marginación, de fracaso, éste último es muy importante.
- La desconexión y la carencia de intimidad emocional, desconocimiento o incapacidad de identificación de las propias emociones, resulta muy doloroso, genera la ideación de acabar con todo.
- La autoinvalidación. La memoria o recuerdo sobregeneralizado de lo negativo a lo que hacíamos referencia más arriba también hace que se autoinvaliden, a través de un proceso de inflexibilidad cognitiva, no se plantean alternativas a la interpretación de sus cogniciones.
- La intolerancia al estrés
- Etc.

SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON CONDUCTAS SUICIDAS

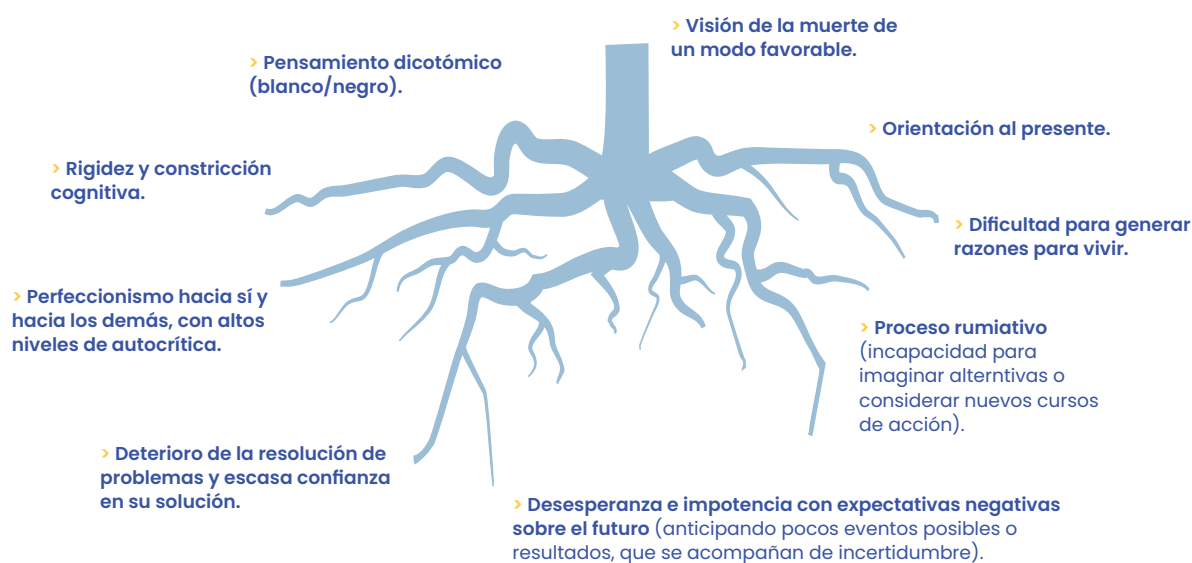


Figura 12. Signos y síntomas que presentan las personas con conductas suicidas (1).

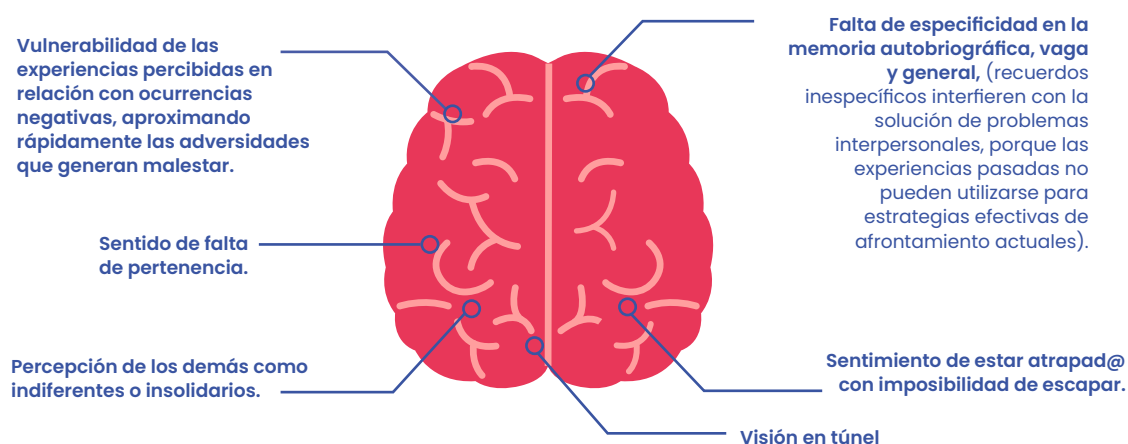


Figura 13. Signos y síntomas que presentan las personas con conductas suicidas (II).



Figura 14. Signos y síntomas que presentan las personas con conductas suicidas (III).

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PRECIPITANTES

A modo introductorio de los factores de riesgo del suicidio, se expone a continuación el esquema incertidumbre-suicidio, aplicable a la población con trastorno por juego:

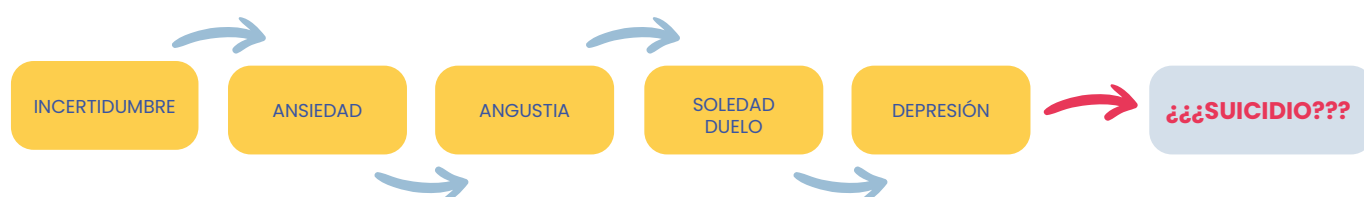


Figura 15. Esquema incertidumbre-suicidio (Lancho, J. 2022).

La persona que entra en ese proceso de incertidumbre, inicialmente no sabe cuál va a ser el resultado de sus apuestas, está expectante ante el resultado. A continuación entraría en ese momento de ansiedad, donde siente la necesidad de seguir jugando. Entonces, si la incertidumbre y la ansiedad no se prevén, se entraría en esa fase en la que la persona empieza a sentirse muy angustiada, cada vez necesita jugar más (tolerancia) para calmar su ansiedad y no tiene la certeza de cómo abordarlo. Si la angustia va en aumento, se pasa a otra fase, de soledad y duelo, donde el duelo se produce por las pérdidas que ha tenido: relaciones importantes, oportunidades vitales, el propio dinero... Si no se interviene puede derivar un estado de depresión, donde puede aparecer la desesperanza profunda y desembocar en conducta suicida.

Factores de riesgo generales

Partiendo de la consideración del suicidio como conducta multifactorial debemos asumir que no hay un único factor que individualmente precipite la conducta; no obstante, conocer aquellos factores más relacionados cobra vital importancia para la valoración del riesgo y el abordaje situacional. Según Bernal et al. (2007) y Borges et al. (2010) los trastornos mentales parecen ser los factores de riesgo más importantes para la conducta suicida en general; esto deriva de una mayor presencia de la desesperanza en dichos trastornos, la percepción de inmovilismo de la situación sumada a la falta percibida de apoyo para hacerle frente. Es conocido que existen otros factores de riesgo relacionados con la personalidad o la salud mental del/de la paciente: trastornos por consumo de sustancias, trastornos ansiosos, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastornos de la personalidad (en especial el TLP), enfermedades psicosomáticas crónicas, una baja autoestima o baja tolerancia a la frustración, la falta de flexibilidad cognitiva o apoyo social y los comportamientos autolíticos.

Asimismo, existen factores sociodemográficos como el género que influyen en la conducta suicida (presentando las mujeres mayores tasas de intentos frente a los hombres, pero con un superior nivel de mortandad en los varones por la selección de métodos más letales, además de que las mujeres piden más ayuda); el bajo nivel de estudios, las personas separadas, divorciadas o viudas y el desempleo (Bernal et al., 2007).

Factores de riesgo en el trastorno por juego de azar

Es relevante destacar que el propio trastorno por juego de azar puede ser causa o consecuencia de muchos de los factores de riesgo mencionados anteriormente y según Jauregui et al. (2016), las personas con adicción al juego muestran mayores dificultades de regulación de las emociones, mayor sintomatología ansiosa y depresiva, y mayor abuso de alcohol y drogas. El factor condicionante más relevante para entender el suicidio en ludópatas sería la depresión comórbida, según Guillou-Landreat et al. (2016) el riesgo aumentaría considerablemente. Los trastornos del estado de ánimo parecen ser los factores de riesgo más importantes para la conducta suicida en general (Bernal et al., 2007; Borges et al., 2010).

Por otro lado, la alta impulsividad es un potente factor de riesgo en la etiopatogenia del trastorno por juego, es un factor directamente relacionado con la posibilidad de que aparezcan ideación suicida y/o intentos de suicidio. La alta impulsividad también mostró en el estudio mencionado un efecto indirecto sobre el comportamiento suicida, en este caso a través de la doble mediación de la severidad por conducta de juego y la psicopatología impulsiva.

Además, existen otros factores que influyen en la aparición de ideación o conducta suicida en personas con trastorno por juego como: un inicio temprano del trastorno (Bischof et al., 2015), problemas económicos y deudas, sentimientos de culpa y desesperación por las consecuencias ocasionadas por el juego o el agravante de estresores ambientales (Cowlshaw et al., 2026).

Algunos autores han clasificado los factores asociados al riesgo de suicidio en el trastorno de juego con apuesta en cuatro factores principales (Armoon et al., 2023; Kristensen et al., 2023):

- Factores sociodemográficos
- Factores relacionados con la conducta de juego
- Factores relacionados con la personalidad y otros factores psicológicos
- Factores psicopatológicos

La incapacidad para detener la conducta adictiva, los sentimientos de culpa por las consecuencias negativas generadas a su entorno y la soledad e incompreensión con la que viven el problema son algunos de los factores que influyen en la conducta suicida. Asimismo, el propio estrés financiero que se ha asociado con el suicidio de los/las jugadores/as bien sea de forma directa o indirecta, a causa de la relación entre los problemas financieros y el aumento del conflicto familiar, que a su vez está asociado con el aumento de la suicidabilidad (Buchanan et al., 2020; Carr et al., 2018).

Fases del juego patológico y conducta suicida



Figura 16. Fases del juego patológico y conducta suicida.

Es importante destacar que el riesgo de suicidio en las personas con adicción al juego es mayor tras la pérdida de dinero al aparecer la desesperanza y la desesperación, estados emocionales claves para la alerta suicida. Además, el/la jugador/a tiene una falta de regulación de sus emociones, es más impulsivo/a, y ahí entra en juego mucha sintomatología ansiosa y depresiva, de tristeza e incluso el incremento del consumo de sustancias. Asimismo, cabe resaltar que en la fase de recaída pueden presentarse la desesperanza junto con el efecto de violación de la abstinencia, aumentando las creencias de ausencia de solución frente la adicción.

Es importante recordar que durante estas fases la persona jugadora experimenta:

- Problemas económicos, la falta de dinero puede implicar: la imposibilidad para conseguir objetivos, un aumento de la incertidumbre, ansiedad, irritabilidad y estrés crónicos.
- Distanciamiento social y familiar y sentimientos de abandono.
- Dificultades en diversas áreas de su vida.

SEÑALES DE ALARMA DE RIESGO SUICIDA

Las señales de alarma son aquellas claves contextuales que nos alertan de un posible riesgo de conducta suicida en un individuo, pueden tener un carácter más o menos directo y ser tanto verbales como no verbales o conductuales.

Es importante romper con el mito antes mencionado “La persona que avisa, no lo hace”, puesto que la gran mayoría de personas que presenta conducta suicida avisa antes de intentarlo y nunca se deben desestimar la información y/o las amenazas.

Señales verbales:

- Sentimientos de desesperanza con una visión de que no hay futuro o muy negativa. Ejemplos de frases que pueden utilizar: “No tiene solución”; “No va a mejorar nunca”.
- Sentimientos de desesperación, de que ya no se puede soportar o tolerar más una situación o estado vital: “Esta vida es un asco”; “Mi vida no tiene sentido”.
- Sentimientos de desamparo o desvinculación, como considerar que no es importante para nadie, que estorba o que las cosas estarían mejor sin él o ella: “Mi familia estaría mejor sin mí”.
- Sentimientos intensos y abrumadores de culpa, vergüenza y odio hacia sí mismo/a: “No valgo para nada”, “soy lo peor”.
- Realización de comentarios relacionados con la muerte: “Me gustaría desaparecer”; “Quiero descansar”; “No deseo seguir viviendo”.

- Conversaciones reiterativas sobre la muerte, realizar despedidas inusuales orales o escritas: “Siempre te querré”; “Quiero que sepas que me has ayudado mucho”.
- La expresión abierta y directa sobre sus deseos de quitarse la vida, amenazando sobre querer hacerse daño o matarse. Estas verbalizaciones pueden tener distintos grados de planificación y pueden ser expresadas oralmente o por escrito a través de notas, cartas, mensajes en RRSS, etc.

Señales conductuales / no verbales:

- Cambio repentino en la conducta habitual en dos sentidos:
 - ◊ Aumento significativo de la irritabilidad, mayor agresividad, no respetar límites, en especial en personas más jóvenes.
 - ◊ Período de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación.
El cese de la angustia es signo de grave peligro de conducta suicida, pues se ha resuelto el conflicto entre los deseos de vivir y los deseos de morir a favor de estos últimos.
- Existencia de un intento previo de suicidio, el período de mayor riesgo está entre los tres y seis meses posteriores a una tentativa previa.
- Conducta imprudente y temeraria, búsqueda de mecanismos para hacerse daño.
- Actitud pasiva, apatía, falta de energía, tristeza, aislamiento, retraimiento social. Importante contar con apoyo multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo/a...).
- Deterioro en el funcionamiento laboral o educativo.
- Anhedonia, pérdida e incapacidad para experimentar placer y disfrute con actividades que habitualmente disfrutaba.
- Descuido en la apariencia personal: higiene, vestido.
- Dificultades en la concentración, desatención y, como consecuencia, pérdida de la memoria.
- Alteraciones en los patrones de sueño o alimentación. La persona puede estar entrando en ese bucle de depresión profunda.
- Cerrar asuntos pendientes, en especial en personas más mayores resolver cuentas pendientes o asuntos: testamentos, explicar dónde tienen documentos importantes... En adolescentes: entregar sus pertenencias a seres queridos, cerrar sus cuentas de RRSS, llamar a personas para despedirse.
- Tener escondido o mantener oculto el futuro método para lograrlo (acumular medicación, llevar la cuerda (más habitual en entornos rurales), etc.), o ingerir bebidas alcohólicas u otras sustancias ilegales en grandes cantidades de riesgo y/o con una frecuencia inusual.

Señales de alerta en personas jugadoras:

- Pérdida total del dinero, con deudas y problemas económicos graves (estrés financiero), incluso problemas legales (por fraude, robo, préstamos, usurpación identidad...). Entrada en el proceso de incertidumbre: “*Qué va a ser de mí, cómo voy a conseguir el dinero*”.
- Intentos de solución de problemas frustrados, como las recaídas, ansiedad y estrés crónico por la ausencia de resolución. Al presentar una menor flexibilidad cognitiva, la única solución en la que la persona encuentra alivio es con la muerte.
- Eventos estresantes, como la pérdida de un trabajo o una relación importante: sentimientos de abandono, soledad y desconexión.
- Problemas de salud mental: trastornos de ansiedad, depresión u otros trastornos del estado de ánimo, que pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona a la conducta de juego y a la ideación suicida.
- Problemas de relación: la falta de apoyo social o la presencia de conflictos familiares: discusiones.

FÍSICAS

- Dolor intenso o prolongado.
- Aumento o disminución marcada en las horas de sueño.
- Falta de energía extrema.
- Disminución en el apetito y alimentación.
- Descuido de salud e higiene.

ANÍMICAS

- Depresión y ansiedad.
- Pérdida de intereses.
- Irritabilidad y rabia.
- Sentimientos de humillación.
- Preocupaciones excesivas sobre la enfermedad y la muerte.

CONDUCTUALES

- Abandonan actividades significativas.
- Aumentan el consumo de alcohol o fármacos.
- Impulsividad e imprudencia, pasividad o agitación.
- Aislamiento de la familia y amigos.
- Abandono del cuidado personal (alimentarse, higiene personal...).

VERBALES

- Se sienten una carga.
- No tienen razones para seguir viviendo.
- Sienten haber perdido la dignidad.
- Se sienten atrapados.
- Se sienten sin esperanzas.
- Quieren quitarse la vida.

Figura 17. Señales de alerta de la conducta suicida.

Mostramos a continuación los niveles de alerta en el suicidio:

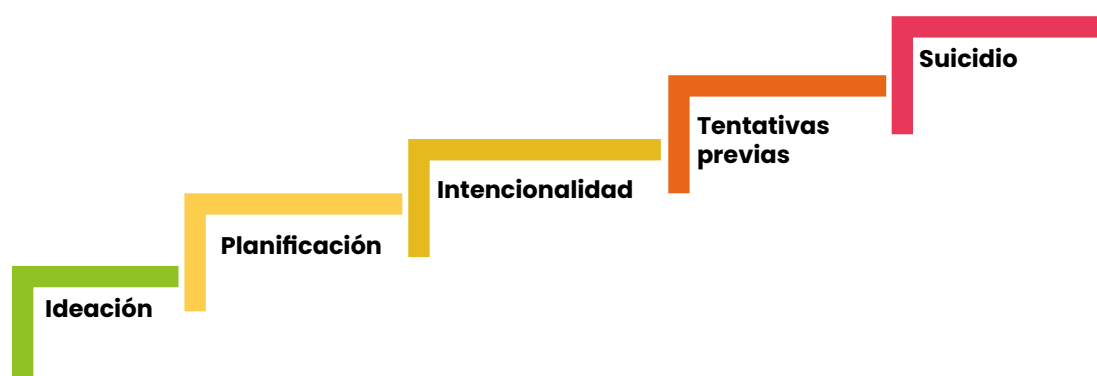
Niveles de Alerta en el Suicidio

Figura 18. Niveles de alerta en el suicidio.

La escalera de los niveles de alerta hasta llegar al suicidio comienza con la fase de ideación o de pensamientos, donde la persona está contemplando quitarse de la vida de forma indeterminada. Luego pasaría a una fase de planificación, donde la persona empieza a planificar cómo, cuándo y dónde cometer el suicidio; es importante valorar el nivel de riesgo en función de la letalidad del método seleccionado, partiendo de la base de que el riesgo nunca va a ser igual a cero. Después habría que contemplar la intencionalidad, donde la persona tiene un plan elaborado y sabe cuándo quiere llevarlo a cabo. La penúltima fase sería cuando existe el intento previo de suicidio, entendiendo que la persona tiene la capacidad para hacerlo de nuevo. La última fase sería cuando la persona realiza la tentativa de suicidio. Es importante tener claro que cuando la persona nos habla de que está pensando en el suicidio y nos dice que tiene una planificación, debemos tener cuidado: a mayor planificación e intencionalidad mayor riesgo. No obstante, es importante entender que el suicidio puede ser con planificación o sin ella, la impulsividad es otro factor clave que correlaciona positivamente con el riesgo autolítico

FACTORES DE PROTECCIÓN

Es importante que los y las profesionales, así como personas voluntarias que trabajan con las demás personas o colectivos de riesgo como es el trastorno por juego, conozcan estos factores protectores. Una clasificación posible para aquellos factores protectores frente la conducta suicida sería:

1. Autorregulación: el control de los impulsos, el manejo de las emociones y la perseverancia. No obstante, las personas con trastorno por juego tienen, con frecuencia, un bajo control de impulsos, un pobre manejo de las emociones y una tendencia a focalizarse en lo negativo.

2. Fortalezas Interpersonales: hacen referencia a las relaciones positivas con las demás personas, obtención de apoyo y confianza interpersonal. Reforzar los valores, habilidades sociales, asertividad, buena comunicación y capacidad de resolución de conflictos. Normalmente, las personas con trastorno por juego no tienen habilidades adecuadas para resolver conflictos, así como capacidad de gestión del estrés. No obstante, la fortaleza más importante a trabajar es la resiliencia, la capacidad para hacer frente a las situaciones adversas; algunas variables que la fomentan son: un autoconcepto positivo, autorregulación y flexibilidad cognitiva para adaptar la respuesta al medio, valoración positiva de sus habilidades, capacidad y actitudes.

3. Sentido de la vida: la ideación suicida fomenta la pérdida del sentido de la vida “*De qué sirve estar aquí para sufrir así*”, por lo que es muy importante indagar, analizar y ayudarles a encontrar un propósito que les proporcione sentido al tener que sobreponerse a su padecimiento*.

Otros factores de protección frente al suicidio (autocuidado, sociales, psicológicos):

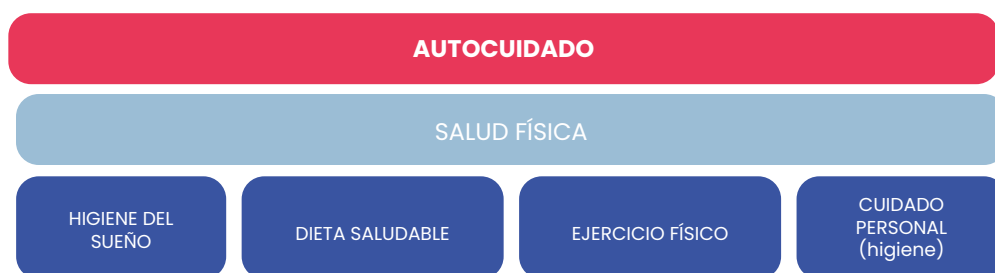


Figura 19. Factores de protección: autocuidado.

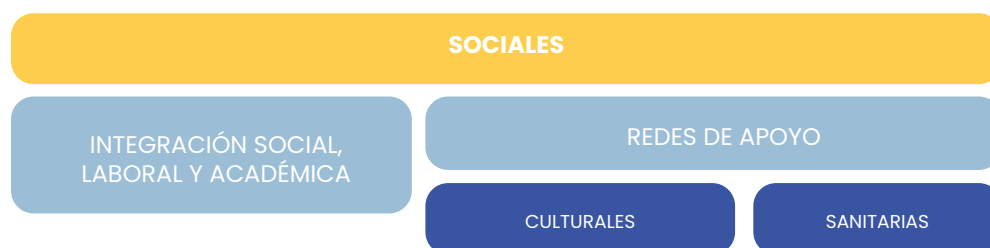


Figura 20. Factores de protección: sociales.



Figura 21. Factores de protección: psicológicos.



Figura 22. Factores de protección: familiares.

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Se dispone de numerosas escalas que nos permiten determinar el riesgo, la desesperanza, la ideación... Son de gran utilidad, pero hay que ser cuidadosos/as y no tomar los resultados como lo único que nos marque la intervención, puesto que nunca son suficientemente fiables como para que determinen la intervención por sí solas.

Para la evaluación del riesgo suicida es necesario utilizar escalas que sean breves, que resulten predictivas y que estén validadas.

Pasemos a mostrar algunos de los instrumentos de evaluación más utilizados:

SAD PERSONS.

Tiene una serie de características positivas: es breve, no es necesario que haya una capacitación profesional para aplicarla, es muy fácil de recordar y, algo importante: incluye recomendaciones para la actuación.

Por ejemplo, en el ámbito de emergencias donde no hay tiempo suficiente para administrar escalas, la herramienta SAD PERSON en aquellos casos en los que la persona verbaliza ideación o hay ciertas dudas, se puede administrar mentalmente porque es muy fácil recordar los ítems (véase Fig. 23).

	SI	NO
S: Sexo masculino		
A: Edad (Age) <20 o >45 años.		
D: Depresión.		
P: Tentativa suicida previa.		
E: Abuso de alcohol.		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).		
S: Carencia de apoyo social.		
O: Plan organizado de suicidio.		
N: No pareja o cónyuge.		
S: Enfermedad somática.		
Puntuación.		

Figura 23. Ítems de escala Sad Persons.

Sin embargo, tiene un hándicap muy importante y es que sobreestima el riesgo de suicidio, así como la necesidad de un ingreso hospitalario, pero sí recomienda qué intervención realizar con la persona que presenta riesgo suicida.

Escala de desesperanza de Beck.

También es de aplicación breve y permite obtener rápidamente una puntuación. Estima el riesgo de suicidio, pero no predice el riesgo de la situación ni predice la conducta. Si que marca la desesperanza, factor de riesgo importante, pero es necesario ser prudentes, si se considera la multidimensionalidad, se puede tener una persona altamente desesperanzada, pero que no se vaya a suicidar o no lo esté contemplando. Esta escala requiere de entrenamiento de quien la administra.

Escala de ideación suicida de Beck.

Escala de aplicación breve, se acerca bastante a la medición de ideación suicida, pero tiene poco poder predictivo, tiende a sobreestimar también el riesgo, no tiene puntos de corte que ayuden a tomar una decisión a nivel de la intervención que se deba hacer y es necesario también el entrenamiento en su aplicación.

Escala de riesgo suicida de Plutchik.

Esta escala tiene varios aspectos a valorar positivamente: es auto aplicada, versión breve y española, y un aspecto muy importante: se centra en cuatro elementos muy significativos: sentimientos de inutilidad, ideación suicida, desesperanza y factores sociales.

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

Esta escala se está utilizando cada vez más en el ámbito sanitario. Tiene una parte bastante positiva: puede dar información sobre cuál es la severidad de la ideación y de la conducta suicida, y resulta predictiva del riesgo suicida en población adolescente y joven, a partir de los 12 años. Cuenta con una versión breve y otra más amplia, así como validación española. En atención primaria se utiliza especialmente la versión breve, no requiere personal especializado e incluye también intervenciones en la puntuación. Esta escala además permite diferenciar la conducta suicida de la conducta autodestructiva no suicida o parasuicidio.

ABORDAJE DEL RIESGO SUICIDA

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Qué hacer cuando la persona comunica que quiere quitarse la vida o pone en marcha un método autolítico.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de crisis suicidas? El término crisis proviene del griego, significa separar o decidir, en un momento determinado.

Hay otros significados respecto a la crisis suicida o respecto a la crisis, mejor dicho, que tiene que ver con una situación que implica un cambio repentino, en un momento determinado, incluso una alteración en un momento concreto.

Según Everly y Mitchell (2017), se habla de **crisis psicológica** cuando un evento vital estresante sobrepasa la capacidad de afrontamiento efectivo de la persona, ante la percepción de este evento como amenaza.

En China, el término “*wei-ji*” (crisis) significa peligro y oportunidad. Tiene como una doble visión. No sólo desde el punto de vista de esa situación difícil que requiere de una decisión, sino que tiene otra acepción desde el punto de vista de la oportunidad. Es cierto que al hablar de crisis y en concreto de crisis suicidas se hace referencia normalmente a situaciones negativas, situaciones que como profesionales nos generan, a veces, el temor a no poder gestionarlas adecuadamente, porque en ese momento la persona está verbalizando que quiere quitarse la vida o porque incluso ha puesto en marcha un método autolítico para quitársela. Pero también debemos ver esas situaciones como una oportunidad para la persona, y ahí es donde se debería empezar a hablar de la prevención.

Porque es conocido que el suicidio es prevenible, las muertes por suicidio siempre van a ser prevenibles. Por tanto, se puede ver esa crisis suicida como un momento de oportunidad. Al hablar de crisis psicológica, realmente lo que se dice es que hay un evento, un suceso determinado, un momento determinado que es estresante y que sobrepasa esas habilidades de afrontamiento que las personas tienen para gestionar los problemas.

Cuando se le plantea un problema a cualquier persona, ante el mismo problema cada persona da una o varias alternativas de solución diferentes, y son éstas las que se utilizan normalmente para solucionar los problemas.

¿Qué pasa cuando hay una crisis? Cuando hay una crisis la cuestión a diferenciar es que, ante una situación de sufrimiento determinada, todo lo que la persona ha hecho hasta el momento, esas habilidades de afrontamiento existentes, en un momento crítico determinado no le valen. Es por lo que las personas se sienten mal en ese momento, no ven que su conflicto tenga solución, entonces ven que tienen una sola alternativa y es con la que acuden a profesionales, cuando están en esa crisis suicida.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN / CÓMO ACTUAR ANTE EL RIESGO SUICIDA

A continuación vamos a describir algunas claves de intervención importantes a tener en cuenta en situaciones de crisis:



Clave 1. Nuestra mochila. Es preciso ser conscientes y tener presente aquello que llevamos intrínseco como personas, más allá de la profesión o intervención profesional.

Tenemos una cultura concreta, el entorno en el que vivimos, nuestros valores, creencias...

Es cierto que en los últimos veinte años ha cambiado significativamente la forma de hablar sobre el suicidio y se habla en muchos foros y acciones formativas sobre ello, pero la realidad es que todavía el suicidio es una muerte silenciada, todavía hay familias que ocultan cuando su familiar se ha suicidado. En el pasado (Grecia, Roma, Edad Media) el suicidio incluso era algo honorable, recordemos, por ej: el *Arakiri*, en Japón, muerte que era honorable, en el que la persona moría por una causa, pero ese concepto ha ido cambiando. Con el cristianismo, el suicidio pasó a considerarse algo negativo, algo malo, pecado, algo que no debía darse, y poco a poco el pensamiento de la sociedad fue cambiando en cuanto a que la muerte por suicidio debía ser silenciada. En la actualidad de nuevo se otorga una cierta apertura, respecto a poder hablar sobre el suicidio.

En esa mochila está incluido también todo lo que tiene que ver con los valores. Y los valores son individuales, de cada uno/a: ¿qué pensamos cada uno/a de nosotros/as sobre la vida? ¿Qué pensamos sobre la muerte? Incluso, ¿qué es lo que pensamos sobre el suicidio?

Porque es muy fácil ponernos en el lado del/la profesional y decir: “sí, sí, yo lo acepto todo... yo acepto que el otro quiera suicidarse, yo acepto que mi paciente (o mi cliente, mi usuario), pueda contemplar esa opción”. Pero, ¡cuidado!, la cosa cambia si se trata de una hija o hijo, hermano, padre, amigo...

Entonces, se debe **hacer un ejercicio de reflexión sobre si realmente se acepta el tema del suicidio**. Porque a la hora de evaluar, abordar, intervenir y apoyar en estas situaciones va a variar mucho el que exista una barrera (“esto no lo acepto bajo ningún concepto”) o no respecto a que el suicidio es una alternativa. Y eso es individual de cada persona, son pensamientos y creencias idiosincrásicas sobre la muerte, sobre la vida, sobre el suicidio.

Por tanto, la experiencia que cada profesional tenga o haya tenido en su entorno familiar, social o incluso personal sobre el suicidio le marcará significativamente la forma de evaluar o intervenir como profesional.

Por último, los mitos o creencias instauradas sobre el suicidio sin ninguna evidencia científica pueden estar presentes, independientemente de que posea experiencia profesional. Con frecuencia se siguen manteniendo mitos (ver apartado “Mitosis y prejuicios que dificultan el correcto abordaje”).

Clave 2. A qué vamos a responder ante la crisis suicida.

Se trata de un continuo que se puede visualizar como una escalera y a las personas nos las encontramos en diferentes escalones.

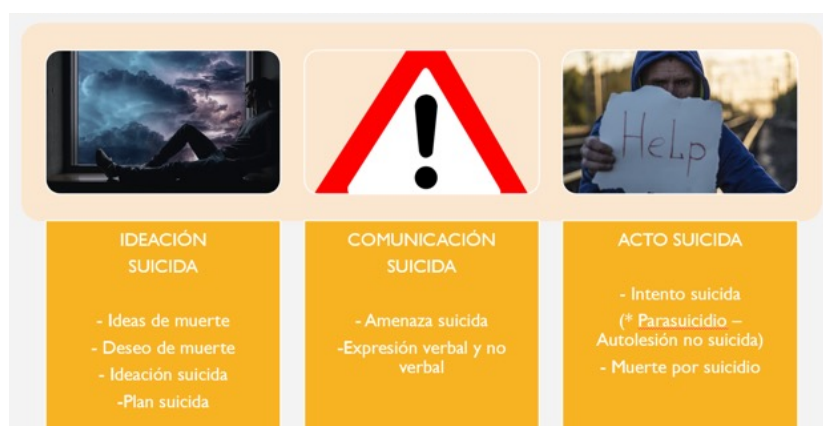


Figura 24. Clave 2. Expresión y continuo suicida (Fuente: Fonseca-Pedrero et al. (2020).

Existe una parte de la ideación suicida, nos referimos al plano cognitivo, en la que nos encontramos con ideas de muerte, el deseo de muerte que es muy frecuente en la población adulta y que en algún momento muchas personas se han planteado. En otro peldaño, hay personas con un plan que puede ser ya más o menos elaborado donde simplemente puede ser el *“quizá lo que podría hacer es quitarme la vida y a lo mejor lo puedo hacer de este modo”* o quizá algo ya más planificado.

El siguiente peldaño, es aquel que tiene que ver con la comunicación suicida, en el que la persona no se queda sólo en el plano cognitivo, sino que ya deja entrever o incluso comunica directamente que quiere quitarse la vida, es la amenaza suicida y esa expresión verbal o no verbal de que la persona ya está planteándose quitarse la vida. Luego está el acto suicida, ya no es esa parte cognitiva, esa parte en la que la persona comunica, sino que ya hay algo conductual, y se pueden encontrar a las personas con una tentativa, un intento suicida, o con eso llamado parasuicidio. Como profesionales no es conveniente entrar en ese discurso de: *“está llamando la atención”, “no, no, si realmente lo que quiere que yo esté pendiente”, “quiere que la familia esté pendiente y al final está manipulando y eso es como yo lo veo”*. En el parasuicidio la meta final de la conducta no es matarse inicialmente, la intención de la persona es modificar algo en su entorno (mayor atención de la familia, que mi pareja vuelva conmigo, etc).

Por último nos podemos encontrar situaciones en las que hay un suicidio consumado. En todo ese continuo se va a poder intervenir o apoyar a las personas.

Clave 3. Hacer la maleta.

Identificar los componentes que conforman la multidimensionalidad del suicidio es evaluar en una persona cuando está en situación de crisis suicida, un puzzle compuesto por multitud de piezas. Cuando se ve la imagen real, se ve de forma que todas las piezas están en su sitio y eso es la dificultad de evaluar el suicidio, pues muchas veces nos centramos sólo en una parte de la imagen y no en toda ella. Por tanto, es importante saber identificar todos los factores, de riesgo y de protección, y si no hay ninguno o no se encuentra, es preciso buscar, pues siempre hay algo que se puede trabajar. Es conocer a la persona realmente, conocer al individuo como tal, donde efectivamente hay algunos elementos que son fundamentales; uno por ejemplo es el momento vital en el que está, o **la edad**, donde la situación de una ideación o de una tentativa o de un parasuicidio, puede variar dependiendo de si se está con una persona mayor, o con una persona joven. Se debe también ver la pertenencia de la persona a **poblaciones específicas**. En concreto, la población con trastorno por juego, y objeto del presente manual, efectivamente, es una población que tiene múltiples factores de riesgo suicida, especialmente en las fases de desesperanza y desesperación (detallado en apartado anterior).

Otro aspecto dentro de la individualidad que es preciso conocer es el que tiene que ver con las circunstancias vitales de la persona y sus **habilidades de gestión**, de afrontamiento.

¿En qué momento está la persona? Se sabe que existe la carrera suicida, esa carrera que al final es un acumulativo porque en suicidio los sucesos vitales estresantes se acumulan. Cuando se habla con una persona que amenaza con quitarse la vida y lo verbaliza, la gran mayoría de las veces no plantea un único problema o una única situación problemática. Muchas veces se van acumulando y se da el inconveniente de que no es fácil saber, o poder cuantificar, como en otras situaciones, el riesgo. Por ejemplo: *“Si el malestar o el problema dura de un mes a seis meses, es que hay riesgo”*. Pero el problema en suicidio es que la carrera suicida puede ser en el último mes, en los últimos seis meses o los últimos diez años. Es decir, es preciso ser capaces de extraer, identificar en las personas, cuáles son esas circunstancias vitales que llevan en esa carrera suicida y cómo han ido gestionándolo. Evaluar: **¿Y por qué hoy?** ¿Por qué hoy es cuando está amenazando con quitarse la vida?

También debemos considerar la emoción individual, todo lo que tiene que ver con ese sufrimiento de las personas, en la población con trastorno por juego siempre se tendrá que tener en cuenta, además, **la culpa**. Se sabe que la importancia de la culpa se relaciona con las consecuencias que hay para mi entorno. Por ejemplo, si un jugador acaba de gastarse todo el sueldo del mes y sabe que su familia depende de ese sueldo, probablemente se culpabiliza de la consecuencia que tiene en su entorno más cercano. Pero también hay otra serie de emociones muy frecuentemente presentes en las personas que amenazan con quitarse la vida, y que tienen que ver con la **soledad**. Se debe distinguir entre soledad real o soledad sentida.

Hay personas que están realmente solas, ya se trate de una soledad deseada o soledad no deseada. Y se debe, además valorar esa soledad que la persona siente, en ocasiones, a pesar de tener un perfecto apoyo familiar y profesional. Y es cierto que en personas con adicción al juego, la culpa y la soledad muchas veces van de la mano además de la **incomprensión**, que es otro factor que también aparece.

Otra cuestión que tiene que ver con la emoción es el tema de la **desesperanza**, no se debe olvidar que la desesperanza es una tríada en la que la persona se ve a sí misma como algo negativo, ve al entorno como algo negativo, y siente que su futuro no existe. Y dicha tríada se debe de saber evaluar, porque no es lo mismo que una persona nos hable desde una negatividad hacia sí misma o desde una negatividad hacia el entorno, sino que además no vea futuro. Cuando esa desesperanza es máxima, la persona no habla del futuro porque no existe para ella, lo que supone un gran riesgo de suicidio.

Es preciso hablar también del nivel de **impulsividad**, la impulsividad es necesaria para el acto, no necesariamente una gran impulsividad, pero sí cierto nivel de impulsividad.

Así mismo, en el caso de personas que amenazan con quitarse la vida otro factor que hay que tener en cuenta es el del **consumo de tóxicos**. La gran mayoría de las personas que amenazan, o no amenazan, sino que atentan contra su vida, tienen algún consumo de tóxicos.

Otro aspecto importante a considerar e identificar es la **ambivalencia** en la persona, imaginando que la ambivalencia es una balanza. En cada lado de la balanza están las razones para querer vivir y las razones para querer morir, y están hasta el último momento. También hay que valorar si la persona **critica** o no lo que está pensando o lo que está haciendo o planificando. No es igual que una persona manifieste: *“pues es que no sé cómo te estoy diciendo esto”, “No lo sé. Es que esto es una tontería, ¿cómo se me ha podido pasar por la cabeza el quitarme la vida?”*; a que no lo cuestione: *“Es que sé que cuando te vayas... es que sé que lo voy a hacer... Es que sé que es lo que puedo hacer”*. *“Es que sé además que la gente a la que quiero, va a estar más tranquila sin mí”*. No critica lo que está pensando ni su conducta. Esto ayuda a determinar también el riesgo.

También la **percepción del exterior**. En estos casos es muy importante esa parte del peso que ellos/as sienten realmente y que muchas veces es real, por ej.: *“si yo me he gastado toda mi nómina, es real que mi familia a lo mejor no puede comer”*. Este es un peso real y el efecto al exterior es real. Pero muchas veces aquí prevalece mucho la incomprensión. *“No me entienden”, o “no me ayuda el exterior a esto que estoy pasando”*.

Para la detección del riesgo, aparte de poder identificar todos estos factores, es necesario disponer algunas herramientas de evaluación (ver apartado anterior “Herramientas de evaluación del riesgo suicida”).

Las personas que quieren morir, ya sean jóvenes o adultas, lo hacen porque ven que su futuro es insostenible. El abordaje es muy diferente en cada caso, debemos aceptar y entender a la persona que se está atendiendo.

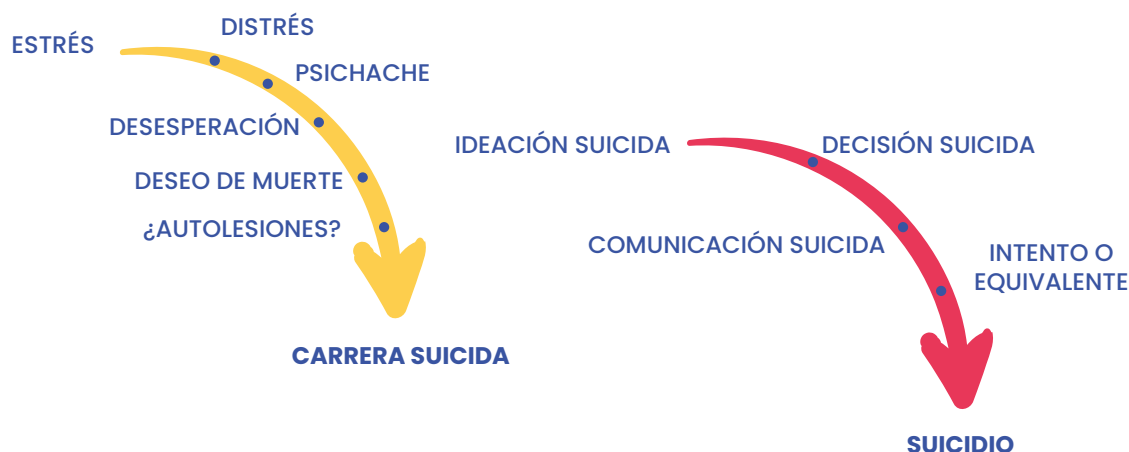


Figura 25. La carrera suicida.

Es interesante ver la **carrera suicida**. Se observa que esta carrera no es lineal, sino helicoidal, la persona puede estar fantástica y de repente estar fatal, pero siempre empieza con el **estrés**. El estrés forma parte de la vida, nos hace movernos, evolucionar, avanzar... Cosa diferente es el **distrés**, que se manifiesta cuando el estrés nos supera, y aparece el concepto de **psichache**: es ese dolor, muy profundo, que todas las personas hemos sentido en algún momento, pero es un dolor casi existencial, se siente que “*el problema soy yo*”, es un dolor profundo que hace sentir que “*soy fatal*” y que no puedo dejar de serlo. Este sentimiento de “*ser fatal*” conduce a una **desesperanza**, creencia de que “*esto no cambiará*”, y da paso a la **desesperación** que es la emoción de que esto no está cambiando y esto me angustia; hay personas que viven con distimia, toda la vida con desesperanza, aun con ella planean incluso eventos futuros (ej. vacaciones de Semana Santa), pero las personas con desesperación consideran que esto se acaba. El paso de la desesperanza a la desesperación es un momento muy significativo a tener en cuenta.

Por ejemplo, una mujer que manifestaba haber trabajado toda la vida y ahorrado un dinero para los estudios de su hija, se dio cuenta que su pareja se había gastado todo el dinero que tenían en juegos de apuestas, y ella, como familiar, se encontraba en una situación de desesperación, se le acababa el mundo, lo que propició el hecho de tener ideas suicidas.

Después de ese momento de desesperación se produce el **deseo de muerte**; este deseo es existencial, especialmente cuando se trabaja con adolescentes es necesario validar que ese deseo no es ni bueno ni malo (siempre que se trate de un deseo fugaz), está ahí y forma parte de la vida, al igual que el deseo de homicidio, a veces se tienen pensamientos sobre alguien a quien se le desea la muerte por alguna cuestión, esa rabia que produjo **psichache**, desesperación y después ese deseo de muerte como solución. En ocasiones aparecen las **autolesiones**, esta conducta suele venir producida por quien tiene ese deseo de muerte, prueba el dolor, así como la tolerancia al dolor, por ejemplo, cada vez se hace más cortes, y eso hace que le capacite para sentir que se puede suicidar, le quita el miedo a la muerte. Con menor miedo a la muerte hay un mayor riesgo suicida, porque hay algo de trasfondo que tiene que ver con la muerte, aunque no se quiera morir ahora, se toca el dolor profundo, y empieza la carrera suicida propiamente dicha: **ideación, decisión, comunicación, intentos y suicidio consumado**.

Si la persona está con este dolor profundo y le ocurre algo, puede caer directamente, en ese caso no hay que esperar, es necesario ayudar e intervenir cuanto antes.

Por otra parte, hay un mayor riesgo si hay antecedentes de conducta suicida en la propia persona en tratamiento o en la familia, así como cuando hay presencia de trastorno mental.

La teoría interpersonal del suicidio de Joiner Van Orden (2010), indica que la intención suicida surge de dos aspectos interpersonales que ocurren al mismo tiempo: la falta de conexión (sentirse solo, carecer de relaciones sociales y no tener vínculos de apoyo mutuo) y la percepción de ser una carga para los demás (ver más arriba “Teorías sobre el suicidio”).

Según esta teoría se parte de una situación, muy frecuente en jóvenes y adolescentes: **la soledad**, una sensación de que “estoy sol@”, por insignificante que sea esa situación para otras personas, pero para esa persona que tiene esa ideación suicida lo es todo en ese momento. Es importante mostrar empatía, practicar la escucha activa, meterse en la piel de la otra persona, no en nuestros argumentos, sino en los de la persona que se está atendiendo. En primer lugar, la persona siente que está sol@, y en segundo lugar, además de percibir que “estoy sol@” es que “soy una carga”. En este momento empiezan esas ideaciones suicidas pasivas, la persona piensa en la muerte, y que será mejor si está muerta. A partir de aquí, el siguiente paso es el inicio de la desesperanza, “esto no cambiará”; si estoy sol@, soy una carga y veo que esto no cambiará, el estado emocional es muy negativo, y aparece el deseo de suicidio, “me quito de en medio”.

Es importante el trabajo preventivo y terapéutico porque la persona empieza a perder miedo a la muerte, aumenta la tolerancia al dolor (autolesiones...) es como ir adquiriendo la capacidad de suicidarse.

Suicidarse es muy difícil, da mucho miedo, las personas valoran y tienen un pensamiento de supervivencia, pero si se desinhibe o disminuye ese miedo, por ejemplo con personas que consumen alcohol, baja el sensor, el lóbulo frontal se bloquea y se actúa... Por eso es especialmente importante, cuando coexisten esta ideación suicida y una intoxicación, actuar rápidamente, porque ahí la persona no piensa, no puede pensar. Si no hay intoxicación por sustancias, existe cierto margen.

Es preciso darle importancia también a las autolesiones, especialmente en la juventud que en la actualidad lo incluyen en su bagaje, resuelven la angustia así, y también se está capacitando a perder la sensibilidad y el miedo a esa conducta suicida. Las autolesiones están muy presentes en los últimos años, puesto que hace unas décadas no se daba entre la juventud. Al autolesionarse y ver que no ha pasado nada, porque no lo he hecho de una forma letal (ej. corte transversal o longitudinal) o porque la familia ha frustrado el intento... puede dar lugar a repetirlo, con mayor letalidad.

Además, es necesario considerar los fallecimientos procedentes de intentos de personas que no querían realmente suicidarse, pero que han sido letales (por ejemplo, con el consumo algún fármaco que resulta más peligroso por el daño generado al hígado que otras sustancias consideradas más letales). Aun así, hay muchas personas que sí lo quieren realizar y saben cómo hacerlo, aunque para la mayoría de la población puedan resultar métodos inocuos.

Hay muchas razones por las que las personas se autolesionan. Para algunas, es una forma de manejar un dolor insoportable. Para otras la autolesión puede ser, además, un precursor del suicidio (aproximadamente el 50% de las personas que mueren por suicidio en el Reino Unido tienen antecedentes de autolesión).

La OPS (Organización Panamericana de la Salud), junto con la OMS (Organización Mundial de la Salud) han elaborado la Guía de Aplicación para la Prevención Del Suicidio en los Países (<https://prevenciondelsuicidio.es/wp-content/uploads/2023/07/VIVIR-LA-VIDA-OPS.pdf>), detallando “Intervenciones clave eficaces basadas en la evidencia”; se pueden resumir en las siglas: V.I.D.A. que pasamos a detallar:



Figura 26. Guía de Aplicación para la Prevención Del Suicidio en los Países (OPS-OMS).

V. Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio. Por ej.: en El Golden Gate en EEUU hay carteles que indican “no suicidarse”, existe un teléfono para llamar... Medidas como éstas consiguieron bajar de un suicidio al día en este lugar, a un suicidio al mes, por la limitación de acceso a ese medio.

I. Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio. Importante para que se realicen en los medios comunicaciones con información responsable.

D. Desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes, recomendando un enfoque positivo en su salud mental, más que la focalización en el suicidio.

A. Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas. La observación de las personas que interactúan con quienes tienen estas ideas (familiares, profesionales), es muy importante.

Una idea clave a trabajar es el concepto de **Ventana de tolerancia**: es el espacio en el que la persona tiene un funcionamiento óptimo, cuando el cerebro es eficiente, situándose entre el estado de hiperexcitación y el de hipoexcitación.

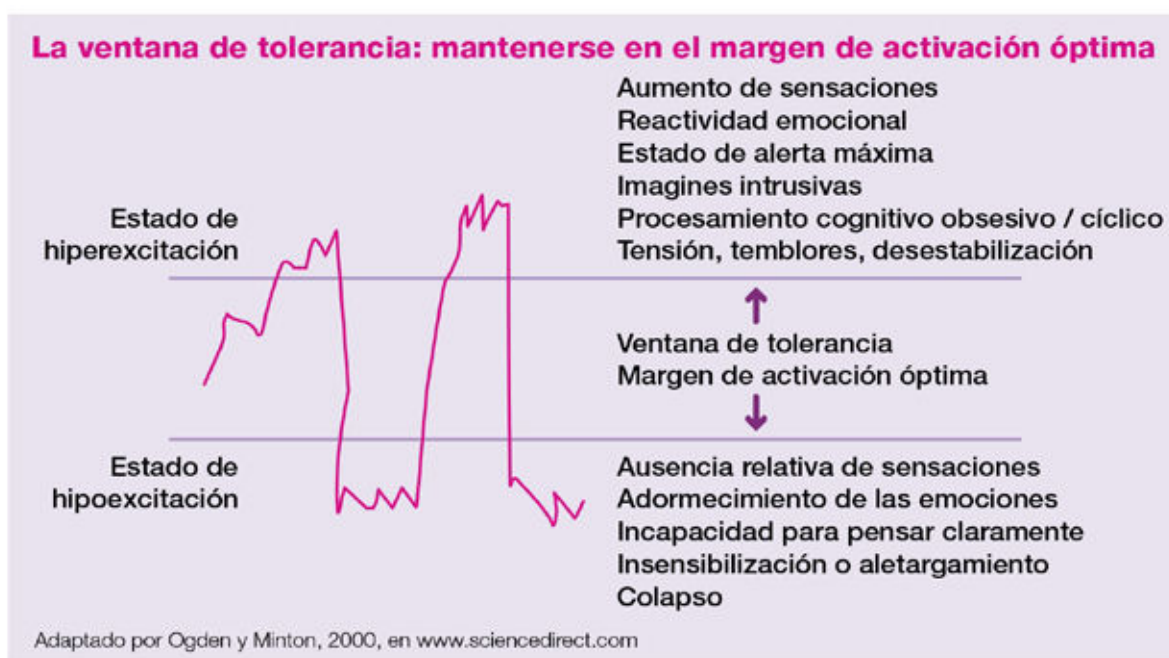


Figura 27. La ventana de la tolerancia.

Es importante resaltar que cuando se está fuera de esa ventana nos traumatizamos. Ej. En un examen que se ha estudiado y se suspende, la sensación es de que, por mucho que estudie, acabo suspendiendo, lo que se denomina en psicología la profecía autocumplidora (no voy a aprobar, no soy capaz, ya me ha pasado...) o en una persona jugadora: voy a recaer, no soy capaz... y otras expresiones que nos avocan al no esfuerzo, ya no porque no pueda, sino porque creo realmente que no podré, y, por tanto, no me esfuerzo. El trabajo de acompañamiento será aumentar esa ventana de tolerancia.

En la conducta activa de juego, el propio juego tiene una función de regulación emocional, tiene mucha fuerza, porque esa conducta le regula: juego, luego me arrepiento... pero en ese momento de juego estoy mejor, me ha calmado. La función es acompañar a la persona con el trastorno por juego, porque su ventana de tolerancia es mínima, hay que aumentarla y ayudar a proteger para que a la mínima circunstancia adversa no surja la conducta patológica, centrando el trabajo en buscar qué se puede hacer para aumentar esa ventana de tolerancia de la persona a la que se acompaña. Se trata de cómo actuar en el trasfondo emocional.

Otro aspecto que puede influir en la conducta suicida es el **Sistema Interno de Alerta**, conformado por neurotransmisores como el cortisol, que sirve para defendernos. Los pacientes con trastorno por juego se encuentran en continua alerta, con una ventana de tolerancia mínima. La serotonina genera sensación de calma. Por su parte, la dopamina favorece que los pacientes continúen practicando la conducta adictiva.



Figura 28. Sistema interno de alerta.

Por otra parte, el **trastorno mental** es el factor predictor de riesgo suicida más importante (ver apartado “Problemas de salud mental y su relación con la conducta suicida”), hay personas sin trastorno mental que se han suicidado, pero la probabilidad de suicidio en personas con trastorno mental es mucho más alta.

Los trastornos de adaptación son funcionales para la persona, los utiliza para regularse, para sobrevivir. De hecho, el juego ya en sí es una medida regulatoria. Es importante, en el proceso de terapia, ver la narrativa que hay detrás.

Los **psicofármacos** también pueden ser útiles, pero siempre en un contexto multiterapéutico; no ayudan por sí solos, porque no existe ningún fármaco específico que evite el suicidio, la conducta suicida no es un trastorno sino un síntoma, pero sí hay que tratar la comorbilidad (depresión, etc.). Se realiza tratamiento sintomático, dentro de su perspectiva multifactorial, de la ansiedad y la agitación, la tristeza como emoción (si la persona está muy baja, el funcionamiento es circular, no puede fluir, se está todo el día escaneando “lo mal que estoy”) y la desesperanza; también se tratan la impulsividad, el insomnio, la obsesión o para garantizar la abstinencia en algunas adicciones a sustancias (ej. alcohol, heroína).

A veces previo a esa conducta suicida, se deja la medicación, algunos pacientes con trastorno depresivo o bipolar, perciben que “ya no hay nada que hacer, no quiero estar así toda la vida”. Éste puede suponer un momento de riesgo para la persona.

Otro aspecto que debemos tener en consideración en la intervención en crisis son las denominadas “claves del bienestar”:

Las **Claves del Bienestar** tienen 3 patas:

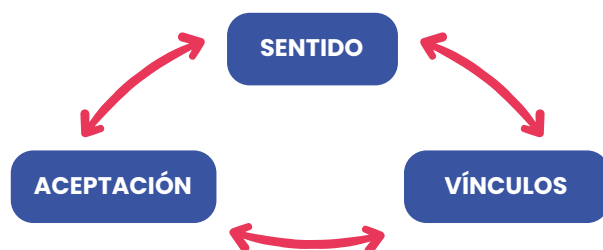


Figura 29. Claves del Bienestar (Viktor E. Frankl, “El hombre en busca de sentido”).

La primera clave, la **aceptación**, es esencial trabajarla como metodología, como una aceptación compasiva de mi ahora. Por ej.: He suspendido 7 asignaturas, hoy he recaído, hoy me han echado del trabajo por descubrir que había cogido dinero... Es mi ahora, hoy ha pasado esto y tengo que aceptarme de forma compasiva, si no hay aceptación compasiva, me siento víctima, me culpabilizo, aparece psychache, está todo mal, entonces pienso que nunca cambiaré, no hay solución...

La segunda clave, los **vínculos**. El vínculo es una relación bidireccional con alguien o con algo. Por ejemplo Viktor E. Frankl estaba en un campo de concentración, pero tenía el propósito de recuperar a su mujer y tenía en mente su boda, ¡tenía un propósito! **Siempre hay algo, o alguien**. Se puede aplicar al paciente la pregunta de “¿ALGO MEJOR ES POSIBLE?” Se debe tener mucho tacto al aplicar esta estrategia, y haber generado una confianza previa, puesto que si la persona está muy desesperanzada podría hacerle empeorar. Si se aplica bien, la respuesta será positiva, algo mejor es posible, se trabaja en torno a: qué hago hoy para estar mejor mañana, con tener un proyecto, una meta o algo a realizar que le guste, aunque sea algo insignificante para otras personas, para ella es importante y es lo que le puede ayudar a mantener la esperanza en que algo mejor es posible.

La tercera clave, el **sentido**. El sentido es un “para qué”, no es un “por qué”, es una actitud, es cuando una persona se acepta, se siente vinculada y tiene un sentido. Cuando se trabaja con alguien que se quiere suicidar, es recomendable hacerle ver que se le acepta, que tiene vínculos, que estamos con ella, que tenemos grupos terapéuticos,... cuando alguien ayuda honestamente a otra persona, sale de sí mismo, tiene vínculo y tiene sentido, esto ofrece una capacidad de supervivencia que, quien forma parte del grupo no pensará en la muerte. Pueden existir distimia y desesperanza, pero siempre tendrá una aceptación, un sentido o un vínculo; si hoy estoy así, mañana puedo estar peor, pero también mejor.

ABORDAJE DE UNA CRISIS SUICIDA (QUÉ Y CÓMO PREGUNTAR SOBRE CONDUCTA SUICIDA)

El objetivo de quien trabaja en estas situaciones y con personas con ideación suicida **no es ser el salvador o la salvadora**, no se va a salvar la vida a nadie. **El objetivo no es tampoco convencer de que no lo hagan**. Porque, además, si se va con ese objetivo, lo más probable es que la persona no quiera ni escuchar. Por ejemplo, pongámonos en la situación de que estamos con una idea absolutamente arraigada y alguien se empeña en intentar cambiárnosla. ¿Qué haremos? Justamente agarrarnos más a nuestra idea. Por esta razón es preciso ser muy cuidadosos/as en la intervención, porque muchas veces las personas muestran resistencia en la interlocución porque detectan esa intencionalidad. A menudo sin intención se está enjuiciando, quizás no se dice a la persona “¿pero cómo estás planteándote esto?” Pero la persona detecta que se está pensando.

Es necesario **ser capaces de generar con la persona otra u otras alternativas**. Es realmente difícil, porque hay personas que tienen una milésima parte de alternativa única... pero es preciso ayudar. Es difícil, pero tenemos que ayudar a generar esas alternativas. Ese sí es nuestro objetivo.

Pautas y orientaciones a seguir: En primer lugar establecer un **“enganche adecuado”**. Es algo que tiene muchos componentes, algunos de ellos sumamente relevantes. En primer lugar, se debe mostrar que es un interés verdadero. Algunas expresiones que pueden ayudar a conseguir dicho “enganche adecuado” serían: “A mí me importa lo que te pasa. Me importa saber y entender por qué has llegado a esta situación. Y es lo que quiero entender”. También: “Yo lo que quiero es entenderte, y saber qué es lo que te ha llevado a estar en esta situación, qué es lo que te ha llevado a ese: estoy en la quinta planta diciendo que me voy a tirar porque ya no quiero seguir viviendo”.

Estas expresiones pueden resultar mucho más eficaces que decir: “vengo a ayudarte”, porque realmente no se sabe si se va a poder ayudar a esa persona. Es importante que les escuchemos de verdad. Es importante también que el/la interlocutor/a sea único/a: a veces en intervenciones en crisis acuden varias personas y se genera una especie de competición a ver quién dice la “frase mágica” que consiga enganchar a la persona que está intentando quitarse la vida para que decida cambiar de opinión. Si el/la interlocutor/a no engancha, no hay que empeñarse, podrá enganchar con otra persona, quizás porque en ese momento le ha sido más accesible, porque se ha sentido más escuchado, o porque quizá un gesto que haya visto no le ha gustado, etc.

Otra cuestión importante, y sobre todo, en una situación de riesgo, en la que la persona ha comenzado a poner un método autolítico en marcha, es no mostrarle o hacerle sentir que tenemos prisa. **Se tiene todo el tiempo** del mundo para ella, da igual que sea una hora, dos... hay tiempo para escuchar, se está ahí para eso.

Por último, pero no por ello menos importante... la **aproximación**. Toma especial relevancia si se interviene en el lugar donde se está dando la situación de crisis o tentativa, si bien en la situación de consulta psicológica, donde no se suele intervenir en la propia crisis, la aproximación no resulta tan relevante. Cuando una persona está en riesgo y amenaza con quitarse la vida, tiene que haber una distancia de seguridad. Hay que tener siempre precaución, especialmente en una situación de mucho riesgo, la aproximación siempre debe ser paulatina, reduciendo estimulación ambiental, porque en estas situaciones no solo la persona en riesgo va a estar con una elevada impulsividad, con una elevada activación... quien ayuda también. Y por tanto se tiene que prestar atención a todo lo relativo a la estimulación ambiental: el tono de voz por ejemplo.

Abordaje en una crisis suicida



Mi objetivo no es ser el salvador o salvadora



Mi objetivo no es convencer que la otra persona no lo haga

Ser capaz de **GENERAR CON LA PERSONA** otra/-s alternativas de solución

Figura 30. Abordaje en una crisis suicida.

PAUTAS

- › Establecer enganche adecuado (demanda/único interlocutor/no hay prisa/aproximación)
“Mostrar interés verdadero”
- › Ser capaz de conocer la fotografía de la vivencia:
 - Identificar motivadores / desencadenantes (ej. Endeudamiento)
 - Identificar problema/-s y búsqueda de soluciones/consecuencias antes y ahora.
 - Estructuración y elaboración del Plan.
 - Conocer si hay intentos autolíticos previos, método empleado y grado letalidad.

Figura 31. Pautas en intervención en crisis (1).

Otra cuestión importante que se tiene que tener en cuenta es que se debe ser capaz de conocer la fotografía de la vivencia. Se debe identificar esos motivadores de la tentativa. *¿Qué ha motivado para que sea hoy? ¿Qué es lo que ha desencadenado?* A lo mejor ya estaba en la carrera suicida, pero resulta que hoy justamente ha ocurrido el desencadenante: ha tenido una discusión con x persona/s y es eso lo que ha potenciado, lo que ha hecho que sea “la gota que colma el vaso”. En el caso del endeudamiento, puede ser un endeudamiento que se mantiene durante mucho tiempo y que de repente es hoy el día que llama o el día que dice que quiere quitarse la vida (ha podido ocurrir una llamada o noticia amenazante en cuanto a embargo, pérdida de empleo, amenaza por parte de prestamistas, etc., ésa sería “la gota”).

Identificar los problemas y la búsqueda de soluciones y consecuencias antes y ahora. Respuestas a preguntas como: *¿Qué es lo que has hecho cuando tenías otros problemas? ¿Qué es lo que has hecho y qué ha pasado? ¿Qué ha pasado cuando hiciste eso?*

¿Qué consecuencias tuvo? ¿Y ahora qué es lo que te has planteado? ¿Has hecho algo para solucionar esto que me estás diciendo? ¿Qué es lo que has hecho? ¿Ha tenido consecuencias? ¿Cuáles son esas habilidades de afrontamiento que tiene la persona?

Además, también es importante evaluar e identificar la estructuración y la elaboración del plan, conocer siempre si hay intentos autolíticos previos, pero no solamente esto; es preciso saber también qué método ha utilizado en la/s anterior/es tentativa/s y el nivel de letalidad. *¿Por qué?* Pues, por ejemplo, puede ser lo que nos ayude a distinguir entre conducta suicida y parasuicidio.

PAUTAS

- › No analizar desde un punto de vista ético, moral o religioso.
- › Poner “nombre” a sentimientos y miedos.
- › Identificar y proporcionar necesidades inmediatas (ganar TIEMPO).
- › Evaluar “conductas de cierre”.
- › Romper las distorsiones cognitivas (facilitar la identificación de aspectos positivos y puntos fuertes de la persona).
- › Buscar que “engancha a la vida”.
- › Crear ambivalencias.
- › Verbalizar alternativas posibles.

Figura 32. Pautas en intervención en crisis (II).

Se puede estar ante una persona que en un momento dado ha tenido varios intentos autolíticos y que la letalidad puede ir plana en un momento determinado, es decir, más o menos utiliza el mismo método o métodos muy similares y la letalidad es más o menos la misma, pero puede haber otras personas en las que hay un método en el que esa letalidad va en aumento. Normalmente cuando la letalidad es plana hay algo de control o posible manipulación, es decir, la persona “controla” esas tentativas, sin embargo, cuando va en aumento estamos ante mayor riesgo suicida.

Por tanto, no sólo es necesario obtener la información de si se ha intentado suicidar o no, sino **cómo lo ha hecho en otras ocasiones**, no analizar desde un punto de vista ético. Ponerle nombre a los sentimientos y a **los miedos** es importante (¿tengo miedo a qué?), y ayudarles a que lo hagan, identificar y proporcionar necesidades inmediatas, ganar tiempo. **Ganar tiempo** tiene un sentido, tiene mucho que ver también con la impulsividad, es sabido que no es eterna, funciona a modo de curva, aunque en ocasiones el máximo dura mucho y sobre todo en consumo de tóxicos, mucho más, pero realmente no es eterna, muchas veces ganar tiempo tiene que ver con eso, es decir, si la impulsividad va bajando, también sube la racionalidad, la persona va a ser capaz de una interlocución, va a escuchar, va a ser capaz de poder hablar.

Es necesario también evaluar las **conductas de “cierre”**, qué conductas de cierre se están dando y poder preguntar: “¿has hecho algo antes de llegar aquí?”, “¿Qué es lo que has hecho?”. Romper las distorsiones cognitivas, que hay muchas: el catastrofismo, la dicotomía, la visión de túnel... No se van a eliminar, pero sí se puede conseguir cuestionarlas, por ejemplo, ante esa dualidad del todo y el nada:

A (Persona en riesgo): “Nada me sale bien”.

B (Profesional): “Ostras, ¿cómo pesa eso, ¿no?”

B: “¿Cómo que nada te sale bien? ¿Nunca nada te ha salido bien?, ¿qué te gustaba hacer?”

A: “A mí antes me gustaba pintar”,

B: “¿Y qué pintabas?”

A: “Paisajes”

B: “Y te salían bien”

Facilitar, por tanto, los aspectos positivos y los puntos fuertes.

En la intervención en crisis hay que identificar los enganches a la vida y éstos, igual que los factores protectores, a veces cuesta mucho identificarlos.

Se debe tener precaución en la identificación y evaluación de los enganches, ya que a menudo se comente el error de evaluar nuestros propios enganches. Es muy fácil meterse en eso, por ejemplo: si soy el/la profesional,

y mi gran enganche es mi hija, yo voy a evaluar si la otra persona tiene hijos/as y además ya afirmo que tiene que tener hijos... La pregunta "¿hay algún motivo para no suicidarte?" Puede proporcionar enganches o señalar ambivalencias como el miedo al dolor que se pueden utilizar durante la intervención. Los enganches pueden ser cualquier cosa. Puede ser por ejemplo sobre la mascota, si la persona muere, no va a haber quién la cuide. Consiste en hacer un barrido de todo lo que es la vida de la persona. Y es muy fácil meterse en explorar sólo los de la persona que ayuda, o los que son los que creemos que enganchan, y puede que para la otra persona sean otros; normalmente nos vamos a lo social.

Es también importante crear ambivalencias. El crear ambivalencias es una herramienta muy potente, pero que nunca se debe utilizar si no se tienen enganches identificados. Crear una ambivalencia quiere decir que se posiciona a la persona no en la duda de si comete suicidio, sino qué pasa si realmente lo hace.

También verbalizar alternativas posibles, porque lo que se tenía que hacer era generar, no decidir su alternativa. Lo que se hace es generar alternativas con la persona.

Al final se dispone de otra clave, y es preguntarse para qué es la intervención, para dar la oportunidad. ¿De qué? De elegir. ¿Qué es la crisis? Una situación difícil, en la que la persona tiene que decidir, tiene que elegir. Al final se tiene que dar la oportunidad de elegir. ¿Cómo se ayuda con esas posibles alternativas? Y tendrá que elegir alguna de ellas, la alternativa de quitarse la vida la tenemos todos, pero la persona en riesgo tiene otras.

Lo que se puede hacer es ayudar a la persona en un momento determinado a que **demore la conducta**, demorar es decir hoy no, puede ser que sea otro día, pero hoy no, elegir alguna alternativa de solución que en ese momento no veía. ¿Puede abrir otra puerta (distinta a la que tenía inicialmente) para ver si hay otra alternativa? .

Como conclusión, por mucho que se está investigando, el suicidio es eminentemente complejo, se debe realizar siempre un abordaje multidimensional y multiprofesional.

SEÑALES DE EVOLUCIÓN NEGATIVA

- › DAR LA ESPALDA AL VACIO.
- › "RADAR CONSTANTE" E HIPERVIGILANCIA.
- › NO INTERLOCUCIÓN
- › DESPEDIDA DEL INTERLOCUTOR
- › TIRAR OBJETOS PERSONALES.
- › SANTIGUARSE
- › NO AMBIVALENCIA

Figura 33. Señales de evolución negativa en la carrera suicida.

Se debe tener siempre presente que las muertes por suicidio son muertes prevenibles y que al final todas y cada una de las personas somos agentes de prevención.

Como síntesis podemos concluir que:

- El suicidio se ve inicialmente como UNICA SALIDA.
- El suicidio es un constructo COMPLEJO.
- El suicidio requiere un abordaje MULTIDIMENSIONAL.
- El suicidio es un evento PREVENIBLE.

TOD@S SOMOS AGENTES DE PREVENCIÓN

PLAN INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Existe una estrategia muy útil y contrastada, que se usa en todos los servicios sanitarios, es lo que marca el tratamiento y las actuaciones ante el suicidio. Se denomina el **PLAN DE SEGURIDAD PERSONAL**, se trabaja con la persona usuaria, es el/ella quien lo cumplimenta.

En primer lugar, se trabaja que la persona sea consciente de cuáles son sus **“Signos de alarma”** (1). Por ejemplo, que sepan que cuando no se levanta por la mañana, cuando no va a trabajar, o no va a clase, cuando no va a comer con su abuela... En ese momento se dialoga con la persona en la relación de ayuda, no es una emergencia, más bien es previo, pero hay que trabajarlo porque esa persona sí puede acabar en situación de emergencia. A partir de ahí es cuando empieza la cascada de desesperanza, signos de alarma, *“sé que si me desespero voy a ir por esa conducta suicida”*.

Una vez localizados los puntos de alarma, se seguirán las **“Estrategias personales de afrontamiento”** (2), qué estrategias tiene la persona para evitarlo, por ejemplo: salir de casa, hacer otra actividad...

A continuación, marcar las **“Personas que facilitan que me distraiga”** (3): por ej. hija/o, padre, madre, abuela, amigas/os, serían figuras reales. Pero incluso pueden ser personas del pasado, por ej., personas fallecidas a quienes antes llamaba para todo y que sabe que, si se suicida, no lo vería bien y no es lo que quisiera esa persona.

El siguiente paso sería identificar a las **“Personas a las que puedo pedir ayuda”** (4). En una crisis suicida, se debe contar con recursos rápidos de respuesta, por ejemplo: el tutor del colegio, una persona voluntaria de la asociación, un compañero/a del grupo... Personas que le pueden ayudar de forma rápida.

También **“Profesionales o servicios en momentos críticos”** (5). Por ejemplo, el teléfono donde la persona puede llamar y tendrá a alguien que le escuche, con escucha activa. Estos teléfonos, como el 024, constituyen una atención inmediata y además está vinculado a Sanidad con lo cual quedará registrada la realización de la llamada. En algunas entidades o servicios, como en la atención al trastorno límite de personalidad, tienen a su disposición teléfonos de algún terapeuta de guardia a quienes contactar en los momentos de crisis.

En la ficha también se reflejan las **“Medidas para hacer el entorno más seguro”** (6): qué puedo hacer yo para que mi entorno sea más seguro: quitar los cuchillos, no tener la medicación al alcance (por ej. se da la medicación a un familiar o vecino/a y entrega diariamente la dosis), etc. Recursos a trabajar con el/la usuario/a en función de su situación y riesgos.

Finalizando con los **“Motivos para vivir”** (7). En este último punto exploramos qué motivos para vivir puede tener la persona atendida. Indagar lo que le motiva es complicado, pero hay que buscarlos con él/ella. Por ejemplo, *“en verano voy a ver a mis abuelos a su pueblo”*, son ejemplos de situaciones que motivan y van a permitir todo ese tiempo mantener la vida, y esto que parece tan básico es muy funcional, porque se ha trabajado aceptación (fíjate cuando estás mal que te pasa), se ha trabajado vínculos y por último proyectos de vida. De este modo ya se está guiando a la solución y no al problema a la persona en situación en crisis.

PLAN DE SEGURIDAD PERSONAL	
1. SIGNOS DE ALARMA	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
2. ESTRATEGIAS PERSONALES DE AFRONTAMIENTO	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
3. PERSONAS QUE FACILITAN QUE ME DISTRAIGA	
1.	_____ (Móvil: _____)
2.	_____ (Móvil: _____)
3.	_____ (Móvil: _____)
4. PERSONAS A LAS QUE PUEDO PEDIR AYUDA	
1.	_____ (Móvil: _____)
2.	_____ (Móvil: _____)
3.	_____ (Móvil: _____)
5. PROFESIONALES O SERVICIOS EN MOMENTOS CRÍTICOS*	
1.	_____ (Móvil: _____)
2.	_____ (Móvil: _____)
3.	_____ (Móvil: _____)
6 MEDIDAS PARA HACER EL ENTORNO MÁS SEGURO	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____
6.	_____
7. MOTIVOS PARA VIVIR	
1.	_____
2.	_____
3.	_____

Figura 34. Plan de seguridad personal.

*Teléfonos y recursos de ayuda contra el suicidio (tanto para personas con ideación suicida como familiares o personas allegadas):

☒ Teléfono de atención a la conducta suicida: 024
 Teléfono contra el suicidio (Asociación La Barandilla): 911 385 385
 Teléfonos para la prevención del suicidio del Teléfono de la Esperanza:
 91 459 00 55 / 717 003 717
 Atención psicológica jóvenes 14-30 años, familiares y profesionales de juventud
 de la Comunidad de Madrid: (Telf y whatsapp): 900 14 30 00
 Fundación ANAR (menores): 900 20 20 10 (600 50 51 52 para asesoramiento
 familiares, padres/madres, tutores/as)

Existe una APP, de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, **Prevensuic**, muy recomendable por su facilidad y utilidad para población general, profesionales e instituciones o sectores implicados en la prevención del suicidio, personas en riesgo y/o sus familiares o personas allegadas, así como supervivientes al suicidio de un ser querido.



RECOMENDACIONES DE ABORDAJE PARA FAMILIARES Y FIGURAS ALLEGADAS

En los casos en que la familia (o cualquier persona del entorno: amig@, compañero/a de trabajo o estudios, profesor/a, etc.) detecte riesgo suicida o a quienes la persona con ideación suicida haya expresado su intención de hacerse daño, la premisa es que, tanto la familia como cualquier persona allegada desempeñan un **papel esencial como agentes terapéuticos** (no sólo en la rehabilitación del trastorno por juego, sino también en la prevención de conducta suicida y/o prevención de recaídas o nuevas tentativas autolíticas). Es cierto que no siempre están preparadas para asumir lo que puede generarles una sobrecarga con riesgo de desarrollar sus propios trastornos; por eso es fundamental que se dejen ayudar, por parte de los servicios de apoyo a la familia (en el caso de familiares de personas jugadoras acudir a su asociación de referencia); asistir a terapia de grupo de ayuda mutua (espacios donde se da y recibe soporte y comprensión a las familias, además de que facilitan el desarrollo de conductas y actitudes positivas, así como potencian las habilidades de comunicación familiar).

Pero, ¿cómo puede intervenir la familia en una situación de crisis o riesgo en la persona jugadora? Aunque cada situación es diferente (de ahí la importancia de recibir asesoramiento profesional), ofrecemos algunas estrategias que pueden resultar siempre de utilidad:

- Priorizar la seguridad en casa: retirar objetos que puedan suponer algún peligro para el familiar en crisis; retirar medicamentos o alcohol.
- Colaborar con el familiar en la elaboración del "Plan de Seguridad Personal".
- Trabajar en las fortalezas del familiar para incrementar su sensación de seguridad.

- Favorecer la comunicación y el respeto con la persona en crisis.
- Ayudar a la persona en crisis en la toma de decisiones, pero, ¡importante!, que no las tome de manera impulsiva o precipitada (la impulsividad es una característica muy presente en las personas con trastorno por juego).
- Mejorar las habilidades de comunicación familiar.
- Reducir las situaciones de estrés y sobrecarga familiar.
- Fomentar la recuperación de los roles sociales.
- Evitar tratar a la persona como incapaz.
- Hablar abiertamente sobre sus pensamientos suicidas (hablarlo no implica que le vayamos a dar la idea de suicidarse).
- No entrar en pánico.

Ante todo, los familiares o personas allegadas deben tener muy presentes estas premisas:

- Desempeñan un papel esencial como agentes terapéuticos
- El proceso de ayuda NO DEBEN HACERLO SOL@S

ACTUACIÓN TRAS EL INTENTO DE SUICIDIO

QUÉ HACER DESPUÉS DE UN INTENTO FRUSTRADO DE SUICIDIO

Es importante recordar que, después de un intento de suicidio, en los seis primeros meses aumenta el riesgo de recaída o nueva tentativa. Por esta razón resulta fundamental intervenir profesionalmente (o intensificar la intervención si la persona afectada ya estaba recibiendo ayuda).

De igual forma que ocurre en la intervención tras una recaída en la conducta de juego, donde se analizan los precipitantes que llevaron a la persona a recaer, así como los mecanismos de control estimular que fallaron, es importante realizar el análisis de lo que desembocó en la tentativa suicida o autolítica. A partir de ahí, resultará crucial abordar algunos aspectos de sobra mencionados a lo largo de este manual: identificar y trabajar la desesperanza (y en especial la desesperación), realizar escucha activa de la persona siempre que lo requiera o solicite (es fundamental que la persona en crisis pueda expresar su ideación suicida en el momento en el que está presente, por lo que deberá poder ser escuchada por sus profesionales de referencia y/o personas voluntarias de su asociación) y ayudarle a realizar el Plan de Seguridad Personal si todavía no lo ha hecho.

En el caso de los familiares o personas allegadas, recordemos, son **agentes terapéuticos** esenciales. Por tanto, deberán extremar las medidas expuestas en el apartado anterior ("Recomendaciones de abordaje para familiares y figuras allegadas") como forma de prevención de una (nueva) tentativa suicida. Además, en este contexto resulta fundamental que la persona familiar o allegada:

- › No juzgue ni reproche su manera de pensar o actuar.
- › Tome las amenazas en serio sin actitud crítica; no discuta, minimice sus ideas ni utilice sarcasmos ni desafíos.
- › Muestre actitud amable de compañía y apoyo.

QUÉ HACER TRAS EL SUICIDIO CONSUMADO

Otro aspecto fundamental en la intervención en crisis es la **Postvención**, es decir, qué hacer cuando termina una conducta suicida, por ejemplo, tras el suicidio consumado de un/a paciente.

Tras un suicidio consumado, en primer lugar, hay que coordinar la crisis. Una persona debe coordinar, puede ser el/la tutor/a del centro educativo, o el/la enfermero/a del centro sanitario, o una persona voluntaria, una persona

que conecte con ese aula, con ese grupo, con esa familia... Es importante destacar que, para la/s persona/s supervivientes que quien tiene/n la ideación suicida, la desesperanza se transforma en desesperación, y de alguna forma en algún momento piensa/n: *“lo ha solucionado”*, aunque resulte irónico, pero cuando se detecte el riesgo, hay que actuar, y actuar directamente sobre la ideación. Se debe perder el miedo a actuar, no se va a provocar una conducta suicida por preguntar o evaluar la existencia de ideación suicida, todo lo contrario, hay estudios que avalan que, si no se pregunta, puede que se provoque o facilite, porque la persona superviviente puede pensar: *“a nadie le importa como esté... le he dicho que me quiero matar y no hacen nada... con lo cual tengo que hacerla más gorda”*.

Es muy importante en la primera semana atender al equipo, al grupo terapéutico, a padres, familia, en el funeral... en un grupo puede haber muchas cuestiones a trabajar, puede aparecer la culpa (*“qué no le dije”, “de qué no estuve pendiente”, ...*) y finalmente, después del funeral, se debe acompañar al duelo del terapeuta, o de cualquier persona que lo precise.

Estos son algunos mitos en el caso de supervivientes de suicidio:

➤ **“Yo podría haberlo evitado”.** Este pensamiento o creencia incrementa los sentimientos de culpa causando más daño en la persona superviviente o allegada. Es preciso recordarles que no son personas con conocimientos sobre el suicidio. Incluso a veces los propios profesionales no pueden detectar el riesgo suicida, debido al grado de ocultación de la ideación con el objetivo de evitar el rescate.

➤ **“No volveré a reír ni a disfrutar de la vida”.** Tras un intento consumado puede invadir la tristeza, entrando en estado de desesperanza. Será un proceso a menudo largo, pero con ayuda adecuada se puede aprender a enfrentar esta realidad de una manera más adaptativa.

Existen asociaciones de ayuda para supervivientes tras el suicidio de alguna persona familiar o allegada, donde poder asistir en caso de precisar. La muerte y el dolor más trágico es el producido por la conducta suicida de un hijo o hija; las asociaciones de familiares en estos casos son clave. También cuando en nuestras organizaciones se produce una conducta suicida, hay que trabajar con ello, con el equipo profesional, de igual manera que cuando un menor se suicida hay que trabajar ese dolor con el resto de la clase.

Postvención



Elaboración propia desde EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide).

Figura 35. Intervención en postvención.

A continuación indicamos la página web de “Papageno” donde se pueden encontrar diferentes asociaciones en el territorio nacional para ayuda en la prevención y también postvención del suicidio:



<https://papageno.es/supervivientes-familiares-fallecidos-suicidio/asociaciones-de-supervivientes>

TESTIMONIOS

/ Testimonio 1

Me llamo Alberto, tengo 40 años y llevo casi dos décadas conviviendo con el trastorno por juego. Mi adicción principal ha sido a la ruleta y el póker, aunque también he atravesado periodos de abuso de alcohol y consumo compulsivo de pornografía. Comencé a jugar desde muy joven: en casa, mi madre incentivaba los juegos de mesa con dinero, y más adelante, durante la universidad, empecé a participar en partidas de póker organizadas por el dueño del bar donde trabajaba.

Durante años, el juego fue ocupando un lugar central en mi vida. Desde los 20 o 21 años, la intensidad del juego fue aumentando progresivamente. Mentía, me aislaba, y con el tiempo, me acababa arruinando. La primera vez que busqué ayuda fue a los 26 años, después de un episodio depresivo que desembocó en un intento autolítico. Ingresé en tratamiento con Proyecto Hombre. Estuve aproximadamente diez meses, pero abandoné la terapia al sentir que había recuperado el control, aunque mi familia me advirtió de que no era así. Al poco tiempo recaí. Años después, con 37 años, inicié un nuevo proceso en ASEJER (Sevilla), donde estuve dos años. Más tarde, al mudarme a otra ciudad, intenté continuar el proceso en una asociación local, pero no me sentí acogido allí. Desde entonces sigo en tratamiento a través de terapia online de FEJAR, acumulando actualmente tres años y ocho meses de recuperación activa, con el apoyo fundamental de mi pareja.

Mi intento de suicidio tuvo lugar durante mi primera etapa crítica, cuando aún no había iniciado ningún tratamiento. Me encontraba completamente desbordado: no podía levantarme de la cama, no acudía al trabajo y solo me distraía jugando. Coincidió con la ruptura con mi pareja de entonces, quien me había sido infiel. En medio de esa crisis, bebí en exceso y, en un acto impulsivo, ingerí varias pastillas de Trankimazin que mi madre me había proporcionado semanas antes. No fue una llamada de atención. Fue una acción desesperada, sin planificación, impulsada por la sensación de no tener otra salida.

No recuerdo bien lo que ocurrió después. Sé que mis padres, preocupados porque no podían localizarme, entraron en mi casa y me encontraron dormido, aletargado. Mi padre, médico de profesión, valoró que no era necesario llevarme al hospital. Pasé varias horas, quizás un día entero, en reposo. Esa conversación con ellos fue un punto de inflexión: me ofrecieron ayuda si aceptaba iniciar tratamiento y dejar de jugar. Decidí entonces comenzar con Proyecto Hombre.

Tras la recaída, volví a experimentar ideación suicida de forma recurrente. No llegué a realizar otro intento, pero los pensamientos eran frecuentes y, en algunos momentos, muy intensos. La sensación de llevar una doble vida, de mentir a mi pareja, de engañar a mi entorno y seguir acumulando deudas, me hacía sentir atrapado. El miedo a quedarme solo, a perder esa relación que me mantenía emocionalmente a flote, y la presión por sostener esa mentira me hacían pensar que desaparecer era la única salida.

Recuerdo momentos muy concretos: tras gastar todo el sueldo en una noche de juego, caminaba solo y me invadían pensamientos intrusivos —tirarme de un puente, lanzarme frente a un autobús, ingerir una sobredosis mayor—. Nunca llegué a planificarlo formalmente, no tenía una fecha ni un método definido, pero el deseo de acabar con todo era real. A veces, incluso pensaba que sería una forma de dejar de hacer daño a los demás. Me sentía incapaz de parar, de pedir ayuda, de controlar lo que hacía.

Con el tiempo, he aprendido a hablar de estos pensamientos. Antes me costaba, por prejuicios culturales y personales, por la creencia de que un hombre no debe mostrar debilidad. La terapia grupal en la asociación me ayudó enormemente: escuchar a otras personas con experiencias similares, incluyendo ideación o intentos de suicidio, me hizo sentir que no era un caso aislado, que no estaba solo. El apoyo de mis monitores —Javier, José María, Dionisio— fue fundamental. Me ofrecieron escucha, comprensión y cariño, lo cual me permitió abrirme y comenzar a sanar.

También el acompañamiento familiar jugó un papel clave, especialmente en la primera etapa. Sentirme acogido por mis padres, poder volver a casa, retomar rutinas y recibir afecto fue decisivo. En cambio, en el tránsito entre ASEJER y la otra asociación, viví un momento difícil. No me sentí cómodo ni integrado en ese nuevo entorno, lo que me llevó a optar por la terapia online, donde actualmente me siento acompañado y comprendido.

En mi familia existen antecedentes psiquiátricos por la rama materna: mi abuela estuvo internada dos meses en un hospital psiquiátrico, mi madre ha vivido episodios de ansiedad y depresión, y otros familiares también han presentado síntomas depresivos. Recuerdo un episodio con mi madre que me marcó: tras una fuerte crisis personal, tomó una gran cantidad de medicación y estuvo desorientada y desaparecida durante varias horas. Nunca se supo si fue un intento suicida, pero el impacto fue importante.

Hoy, puedo decir que mi vida ha cambiado. Estoy en un proceso de recuperación sólido. He aprendido a gestionar mi economía, a mantener la transparencia con mi pareja, a vivir sin mentiras. Si algo he comprendido en este camino es que por mucho que en ciertos momentos no se vea la salida, sí existe. El suicidio no es la solución. La rehabilitación es posible y vale la pena. Si estás en una situación parecida, busca ayuda profesional, rodeáte de personas que te apoyen, y date una oportunidad. Hoy sé que era una enfermedad la que me hacía perder el control, y también sé que con las herramientas adecuadas, es posible recuperar la vida.

/ Testimonio 2

Me llamo Elena Díaz y tengo 61 años. Durante varios años estuve atrapada en la adicción al juego, concretamente al bingo presencial. Empecé a jugar hacia los 50, y aunque solo fueron tres o cuatro años, el daño que causó en mi vida fue enorme.

Mi hijo fue mi principal apoyo, aunque no fue fácil para él. Me acompañó como pudo, incluso cuando se sentía fuera de lugar en las sesiones de terapia, porque entonces no había más jóvenes ni hijos acompañando. A pesar de todo, siempre estuvo ahí para mí.

Lo peor llegó cuando todo explotó. Perdí la amistad de más de 30 años con una amiga, la policía vino a mi casa... y me sentí tan mal, tan desesperada, que pensé en quitarme de en medio. Lo intenté dos veces. La primera vez fue antes de empezar el tratamiento. Mi hijo empezó a presionarme para que mirásemos juntos las cuentas. Él ya sabía que estaba jugando, pero necesitaba que se lo confirmara. Me sentía acorralada, desesperada... Pensé en coger las pastillas de mi marido y tomármelas, pero a la vez solo pensaba en mis hijos y mi nieta. En ese momento hablé con un amigo y eso me ayudó a frenar.

Recuerdo que mi hijo me dijo algo que nunca olvidaré: "Mamá, si tú te matas mañana, yo me mato hoy porque no puedo soportar eso..." Aquellas palabras me sacudieron el alma. Fue un punto de inflexión.

La segunda vez fue poco después. La gente no entendía mi comportamiento, no por la ludopatía en sí, sino porque llegué a robar. Aquello me destrozó. Un día pasé la ITV del coche y me fui al monte pensando en tirarme por un precipicio. Entonces ocurrió algo extraño, casi mágico: se me apareció una señora, me puso las manos en la espalda y me dijo: "Todo está bien... abrázame." No sé si fue real, pero me cambió el momento. La terapia comenzó cuando me detuvieron. Fue el principio de mi recuperación. Entrar en AGAJA cambió mi vida. Desde entonces no he vuelto a recaer. Me trataron con mucho respeto y cariño, aunque al principio era la única mujer. Me hubiera ayudado encontrar a otra mujer en mi situación, pero hoy en día tengo un grupo con cuatro compañeras y, además, soy monitora de terapias de grupo.

Ahora miro atrás y pienso: "¿Cómo se me ha pasado esto por la mente?" Pero también siento un agradecimiento profundo. AGAJA me salvó la vida, y por eso colaboro con ellos a tope. Hoy puedo decir que estoy bien. He aprendido a vivir con mis heridas y a usar mi experiencia para ayudar a otras personas.

/ Testimonio 3.

Mi nombre es Héctor (nombre ficticio), tengo 67 años y durante buena parte de mi vida he estado enganchado a las tragaperras. No sabría decir exactamente cuándo empecé a jugar, solo sé que, sin darme cuenta, el juego se convirtió en una parte destructiva de mi día a día. Fue en abril de 2024 cuando toqué fondo y empecé un tratamiento. Desde entonces, no he recaído, y lo he podido hacer, en gran parte, gracias al apoyo incondicional de mi mujer, que ha estado ahí cuando más la necesitaba.

También dejé el tabaco hace un par de meses, otra adicción que arrastraba. Ahora estoy tomando medicación antidepresiva y para el control de los impulsos. Nunca hubo antecedentes de enfermedad mental o adicciones en mi familia, pero a mí esto me llevó a lugares muy oscuros. Recuerdo claramente ese momento en el que ya no quería seguir adelante. Fue mi psicóloga quien me mandó directamente a urgencias. Me atendieron en salud mental, me vio un psiquiatra, y a partir de ahí empecé a cambiar. Hoy estoy bien. De verdad, he mejorado muchísimo. Es como si hubiera pasado de la noche al día.

Durante un mes tuve ideaciones suicidas. Recuerdo especialmente una tarde, en la estación de tren de mi ciudad. Me acerqué a la vía y pensé seriamente en acabar con todo. Llegué hasta ahí, pero no me atreví. Algo me hizo reaccionar. Pensé en mi mujer, en mi familia, en el problema que les dejaría. Me fui de allí rápido. Hablé con mi mujer. Hablé con la psicóloga. Ese fue el punto de inflexión. Ella me mandó al hospital y ahí empezó mi recuperación. No lo planeé como tal, fue más impulsivo, fruto de no ver salida. Pero fue real. Fue duro.

A veces me siento culpable. El juego me ha llevado a hacer cosas que no me perdono. Por culpa del juego no estoy jubilado. Sigo trabajando porque estoy pagando deudas. Y mi mujer, con 66 años, sigue teniendo que trabajar también. Eso me duele. Ella es una mujer increíble. Se lo reconozco todos los días. Y ese sentimiento, el saber lo que ella está haciendo, también me ayuda a no caer otra vez.

La ayuda que recibí fue fundamental. No sentí que me faltara nada. La psicóloga me escuchó, me derivó al hospital, y me salvaron. Me dieron una oportunidad en ese momento tan necesario.

/ Testimonio 4.

Empecé a jugar entre los 17 y los 18, primero por curiosidad, luego porque me enganchaba la adrenalina. Al principio era más como un juego, pero luego fue escalando: apuestas, ruleta, slots online, criptomonedas, cosas que uno cree que son "inversiones" pero en realidad no son más que otra forma de apostar, con el agravante de que se pierde mucho más y más rápido. Tuve un tiempo de abstinencia, incluso recibí apoyo psicológico, pero recaí a los 20. Desde entonces fue todo muy cíclico, con picos de consumo, deudas, angustia, y esa sensación de no saber cómo salir. Hasta que, ya con 26, toqué fondo.

Llegó un punto en el que la bola se hizo tan grande que no supe cómo seguir. Deudas enormes, ansiedad, el cuerpo y la cabeza que ya no daban más. Recuerdo que ese fin de semana salí de fiesta con amigos, y ya lo tenía decidido. Fue como una despedida en silencio. Nadie lo sabía, claro. La madrugada del miércoles o jueves siguiente me tomé todas las pastillas que tenía. Me levanté y me desmayé. Fue horrible. Tuve un ataque de ansiedad muy fuerte y en el hospital me hicieron análisis: salieron altísimas dosis de benzodiacepinas. Ahí conté lo que me pasaba. Me derivaron a salud mental, y después me mandaron a ASEJER, donde llevo 4 meses de tratamiento.

No fue algo impulsivo, lo venía pensando. Desde hacía días. Me sentía acorralado. Sabía que no podía pagar una deuda que vencía justo al día siguiente y me iba a meter en más problemas. Estaba escribiendo una carta para mi madre. No llegué a despedirme de nadie, pero todo en mi cabeza estaba preparado. Para mí, en ese momento, la solución más fácil era desaparecer. Pedir ayuda me daba vergüenza. Sabía que necesitaba ayuda, y mi familia también lo notaba, pero no sabía cómo ni a quién pedirla.

Después del intento, pasé dos días muy mal. Miedo, mucha confusión, más angustia. Mis padres querían internarme, no conocíamos todavía la asociación. Incluso después de eso, volví a pensar que era un inútil, que estorbaba, que no servía para nada. Pero poco a poco algo fue cambiando. Descubrí ASEJER y para mí ha sido maravilloso. Hoy, sinceramente, no creo que se me vuelva a pasar por la cabeza. Y si algún día me viera en una situación así, ya sabría cómo actuar. La diferencia entre sentirse solo y tener un lugar donde hablarlo, donde sentirse escuchado, es abismal.

Con el tiempo me di cuenta de muchas cosas. De que no perdí amigos, sino que simplemente descubrí que algunos estaban por interés. Cuando llegaron las vacas flacas, se borraron del mapa. Y aunque sigo lidiando con la culpa, he aprendido a distinguirla de la responsabilidad. Hoy sé que soy responsable de mis actos, pero no culpable como si fuera una mala persona. Vivo en un pueblo muy pequeño, unas tres mil personas, y me está costando volver a salir a la calle con naturalidad. Me da vergüenza, me siento expuesto. Estoy de baja laboral desde hace un año, era autónomo, trabajaba como inversionista, pero ahora mismo no estoy capacitado para volver a eso. Empecé la baja por depresión, aunque en su momento ni siquiera les conté a los médicos el verdadero motivo de lo que me estaba pasando.

Todavía tengo días difíciles. Sigo con un ánimo muy bajo, apatía, desesperanza. Pero estoy empezando a moverme, la semana que viene voy a empezar a hacer deporte. Pequeños pasos. Al menos ahora sé que no estoy solo, que hay gente que entiende lo que me pasa y me acompaña. Eso, aunque suene simple, lo es todo.

/ Testimonio 5.

Mi nombre es Jon (nombre ficticio), tengo 41 años y durante varios años sufrí una grave adicción al juego. Mi problema comenzó en 2016 y en enero de 2019 tomé la decisión de iniciar tratamiento en ASEJER. A lo largo de mi proceso, conté con el apoyo incondicional de mi mujer, aunque las dificultades económicas y emocionales derivadas de mi adicción fueron devastadoras.

Desde muy joven tuve contacto con el juego. A los 19 años, cuando me trasladé por motivos laborales, empecé a apostar de manera ocasional con mis compañeros. Sin embargo, mi adicción se intensificó tras una baja

laboral en 2016 debido a una lesión en el brazo que me dejó en situación de incapacidad en 2019. Durante este período, mi estado emocional se deterioró significativamente y empecé a experimentar pensamientos suicidas recurrentes.

Las ideas autolíticas se hicieron constantes. Pasé meses convencido de que sería mejor estar muerto que vivo. No pensaba en mi familia ni en las consecuencias de mis actos para los demás. Consideré diferentes métodos, analizando cuál sería el más efectivo y discreto. Creía, erróneamente, que con mi muerte aliviaría los problemas económicos que había generado, evitando así el sufrimiento de mis seres queridos.

Una noche en particular, tras haber gastado los últimos 900 euros de los que disponía, llegué a la conclusión de que no tenía más opciones. No dormí en toda la noche planeando la manera de acabar con mi vida. A las cinco de la madrugada, fui a la habitación de mi hijo de cinco años con la intención de darle un beso de despedida. Fue en ese momento cuando algo dentro de mí se detuvo. Recordé a personas cercanas que habían crecido sin sus padres debido al suicidio y cómo esto los había marcado de por vida. Por primera vez en meses, dudé.

Al día siguiente, al ver a mi esposa y a mis padres, experimenté un alivio inesperado. Por primera vez en mucho tiempo, sentí que no estaba solo y comprendí la gravedad de mi situación. Fue entonces cuando tomé la decisión de pedir ayuda.

Desde el primer momento, la asociación ASEJER me brindó apoyo en todas las áreas posibles, incluso ofreciéndome asistencia en caso de necesitar ayuda alimentaria. Gracias a su intervención y al respaldo de mi familia, logré iniciar un proceso de recuperación que, con el tiempo, me permitió recuperar el control de mi vida.

Hoy, mirando hacia atrás, me alegro de no haber tomado aquella decisión. Aprecio cada día como una nueva oportunidad y sigo colaborando con ASEJER para ayudar a otras personas que puedan estar atravesando situaciones similares.

/ Testimonio 6.

Me llamo María, tengo 68 años y fui adicta a las tragaperras desde muy joven. Empecé a jugar con apenas 17 años, y aunque lo arrastré durante décadas, no busqué ayuda hasta los 65. Llegué a AJUPAREVA rota, con miedo, sin apoyo familiar y convencida de que lo mío no tenía solución.

Durante todo el proceso, no conté con apoyo familiar. Cuando mi hijo, que entonces tenía 47 años, se enteró de mi situación, me retiró la palabra durante dos años. Para él, esto no era una enfermedad, sino un vicio. Fue mi nieta, que tenía 15 años, quien le explicó lo que pasaba y que su abuela había llegado a robar a causa de la enfermedad. Hoy, por suerte, tengo una buena relación con él, y eso es algo que valoro muchísimo.

Mi historia de sufrimiento viene de lejos. Mi madre estuvo siempre deprimida, y en 2012 una de mis hermanas se suicidó poniéndose ante un tren. Aquello me marcó profundamente. Yo sentía que quería hacer lo mismo que ella. Además, siendo la menor de siete hermanos, viví abusos sexuales por parte de tres de mis hermanos varones. De todos ellos, ahora solo quedo yo con vida.

He intentado suicidarme cuatro veces. Todos los intentos fueron planificados. El primero fue cuando me detuvieron y comencé en la asociación. Me sentía completamente superada y convencida de que no aguantaría entrar en prisión. Salí de casa una noche y me fui al Puente Mayor, decidida a tirarme al río. No sé nadar, así que no habría vuelta atrás. Pero una señora que pasaba me vio, me habló, me tomó del brazo y me acompañó a casa. Aquella mujer me salvó la vida.

Después, cuando salió la fecha del juicio, fui hasta la pasarela de la carretera de Madrid. Me puse con el cuerpo hacia fuera, pero un coche se detuvo, empezaron a pitar y corrieron hacia mí. Me agarraron y me apartaron del borde.

El tercer intento fue tras la ruptura con mi hijo. Compartía piso con una compañera que cada noche me decía "buenas noches". Aquella vez estaba decidida a beber amoníaco. Ella lo notó, me lo quitó de las manos y no me dejó sola ni un minuto. Me llevó al médico al día siguiente.

El cuarto fue el más grave. Me metí en el río, en la "playa" de Valladolid. Esta vez sí llegó la policía. Me sacaron del agua justo a tiempo, antes de que el nivel me llegara al cuello. Me llevaron al hospital. Fue entonces cuando me instauraron tratamiento farmacológico, que mantengo hasta hoy, aunque he dejado los hipnóticos por miedo a desarrollar una nueva dependencia...

¿Me arrepiento? Claro que sí. Pensé en mi hijo, en mi nieta y en la pequeña familia que he formado con mis compañeros de la asociación. Hoy sé que no quiero desaparecer. Estoy aquí porque tengo algo que aportar. La asociación me salvó la vida. No voy a tener suficientes años para agradecer todo lo que me han dado. Ahora colaboro con ellos como voluntaria, hago acogidas y acompaño a otros compañeros. Dos tardes a la semana estoy allí, devolviendo un poquito de lo mucho que recibí.

Sigo echando en falta algo muy importante: mujeres. Somos muy pocas, solo 9 de los cientos de personas en tratamiento. Estoy convencida de que hay muchas más, pero no se atreven a dar el paso. También harían falta más profesionales, porque el equipo está saturado, y lo que hacen es increíble.

Hoy, aunque sigo en tratamiento por depresión, me siento fuerte. Estoy viva, presente, con mi hijo, con mi nieta y con un propósito. Y eso, para mí, lo es todo.

/ Testimonio 7.

Me llamo Rafaela, tengo 55 años y desarrollé una adicción al juego a los 38. A los 50 años inicié tratamiento y lo completé tras dos años y cinco meses, recibiendo apoyo de mi pareja durante el proceso. No tuve recaídas en el juego, aunque sigo consumiendo tabaco, una adicción previa.

Desde mi primer intento autolítico fui diagnosticada con trastorno depresivo. Me prescribieron fármacos para el estado de ánimo. Durante mucho tiempo tomé antidepresivos de manera intermitente, aunque actualmente no sigo medicación.

En mi familia hay antecedentes de trastornos psicológicos. Mis padres están en situación de dependencia, y el cuidado de ellos ha sido una carga emocional importante en mi vida.

En mi caso tuve dos intentos de suicidio:

El primero ocurrió un mes después de iniciar tratamiento. Tomé 100 pastillas de mi pareja, creyendo que ralentizarían mi corazón. Vomité muchas y mi pareja me encontró cuatro horas después. Me llevaron al hospital, donde me aplicaron el tratamiento procedente. De madrugada, mi tensión arterial bajó a niveles peligrosos.

Pensaba que mis padres y mis hermanas estarían mejor sin mí. No sentía remordimientos por mi familia y, de hecho, cuando mi pareja lo supo, le dije: “De haberlo sabido, no te lo hubiera contado”.

El segundo intento fue tres meses después. Como en la primera ocasión había vomitado las pastillas, esta vez decidí tomar 50. Lo planifiqué para un día en el que mi pareja no estuviera en casa y esperé a que pasaran las fiestas navideñas para evitar afectar a mi familia en esas fechas. Me tomé tiempo ingerirlas, las tomaba de cinco en cinco porque me daban arcadas. Durante dos o tres días estuve en un estado de letargo. Nadie supo nada hasta que se lo conté a mi pareja después.

A día de hoy sigo teniendo momentos en los que mi mente me juega malas pasadas y solo veo una salida. Continúo en seguimiento psiquiátrico, con consultas que varían entre mensual, bimensual o trimestral. Aunque intento frenar estos pensamientos, el suicidio sigue siendo una opción que considero.

Después de mis intentos, Manuel, mi pareja, fue mi principal apoyo. Sin embargo, mi madre se enteró de lo ocurrido por televisión. En casa ocultaron mis intentos.

Me encuentro profundamente agradecida a la asociación en la que me he rehabilitado. Sin embargo, hubiese sido importante que el centro hubiese tenido en aquel momento un protocolo de atención inmediata en casos de riesgo suicida en los pacientes... En mi caso, antes de mi primer intento de suicidio, cuando conté en terapia mi intención (había estado todo el fin de semana con las pastillas sobre la mesa), no pudieron darme una cita hasta la semana siguiente.

A día de hoy, gracias al apoyo de mi psicólogo, Dionisio, soy capaz de expresar las cosas que me angustian y no guardármelas... para no tener que recurrir en el futuro a las máquinas tragaperras como me ocurrió en el pasado, como mecanismo de evasión.

/ Testimonio 8.

Mi nombre es Sara, tengo 32 años y desde siempre he tenido problemas con las compras compulsivas, aunque esta dificultad se intensificó entre los 20 y 22 años. A lo largo de mi vida, he atravesado diversas crisis emocionales, algunas de las cuales me llevaron a desarrollar pensamientos suicidas e incluso a realizar intentos autolíticos.

Mi primer intento tuvo lugar en diciembre de 2022, en un momento en el que me sentía completamente sobrepasada. En ese período, mi madre había descubierto los microcréditos que había solicitado para sostener mis compras, lo que me generó una profunda sensación de culpa. Me veía como una mala persona y sentía que no tenía salida. Tras un juicio en mi trabajo, donde existía incertidumbre sobre mi futuro laboral, la angustia se intensificó. Recuerdo haber ingerido una gran cantidad de diazepam y haber sido hospitalizada durante dos días. Fue un momento difícil, pero en casa intentamos retomar la estabilidad.

Sin embargo, en abril de 2024 atravesé una nueva crisis. Mi situación económica se había deteriorado nuevamente debido a mi descontrol con las compras y a los microcréditos que había solicitado. Sentía un miedo profundo a enfrentar a mi madre con la verdad, tanto que llegué a la conclusión de que la única salida era acabar con mi vida. Planeé mi segundo intento con más detalle, consiguiendo acceso a las pastillas que mi padre custodiaba. Me alejé de casa para que nadie me encontrara, pero mi amiga, preocupada por mi estado, logró dar conmigo a tiempo. Fui hospitalizada nuevamente y, al despertar, expresé mi deseo de no continuar con vida. En ese momento, los médicos recomendaron mi ingreso en psiquiatría, pero mis padres decidieron asumir la responsabilidad de mi cuidado en casa.

Ese fue mi punto de inflexión. Comprendí que necesitaba ayuda y, tras la intervención de una psiquiatra, fui derivada a ASEJER, donde inicié un tratamiento que ha marcado un antes y un después en mi proceso de recuperación. Desde entonces, no he tenido recaídas con las compras y he logrado establecer ciertas estructuras que me permiten manejar mejor mis emociones. No obstante, el camino no ha sido sencillo. Mi familia ha considerado la posibilidad de solicitar mi inhabilitación legal, algo con lo que no estoy del todo de acuerdo, pero he aceptado, aunque estamos en ese proceso.

Actualmente, trabajo en el sector de la limpieza, lo que me permite mantenerme activa y distraída. Mi experiencia me ha enseñado que, aunque la recuperación es un proceso difícil, con el apoyo adecuado es posible encontrar una salida. Agradezco profundamente la ayuda que he recibido y espero que mi testimonio pueda servir para comprender la complejidad de estas situaciones y la importancia de una intervención oportuna.

/ Testimonio 9.

Mi nombre es Víctor, tengo 53 años y he luchado contra una adicción al juego, específicamente a los videojuegos y las micro compras, desde los 14 años. Sin embargo, no fue hasta los 48 años cuando inicié tratamiento para abordar esta problemática. Durante mi proceso, solo recibí apoyo emocional de mis padres ya que mi mujer, después de acompañarme a la primera sesión de acogida, me informó que había decidido divorciarse.

Desde temprana edad, mi relación con el juego fue en aumento, pero nunca me consideré ludópata. Realizaba compras compulsivas a través del móvil y, sin darme cuenta, mi situación financiera se tornó insostenible. En el año 2018-2019, llegué a creer que mi deuda ascendía a 140.000 euros, aunque posteriormente supe que en realidad eran 220.000. La imposibilidad de asumir tal carga económica me llevó a desarrollar pensamientos suicidas.

En un intento por solucionar la situación financiera de mi familia, contraté un seguro de vida con la intención de esperar el período de carencia de seis meses y simular un accidente de tráfico. Sin embargo, el día anterior al que había planeado llevar a cabo mi decisión, le comuniqué a mi esposa mi situación financiera y esa misma noche me despedí de mis hijos, quienes en ese momento tenían 8 y 10 años. Al día siguiente, ella acudió al banco y confirmó la magnitud de la deuda. Al confrontarme, su reacción me desestabilizó completamente. En un momento de desesperación, me dirigí a mi despacho, tomé mi arma reglamentaria y me disparé. Sin embargo, el intento no tuvo éxito. Posteriormente, supe que el arma había sido previamente inhabilitada, lo que impidió su funcionamiento. Mis compañeros, alertados por mis gritos al no conseguir mi objetivo, lograron derribar la puerta e intervenir a tiempo.

Tras el intento, fui hospitalizado en la unidad de psiquiatría durante tres semanas. Me sentía un absoluto fracaso. No obstante, con el tiempo, comprendí que mi problema no se limitaba a la deuda, sino a la adicción misma. Pese a haber solucionado la situación financiera, al cabo de un año volví a gastar 15.000 euros más. Fue en ese momento cuando finalmente acepté que estaba enfermo y necesité un tratamiento integral.

A lo largo de mi recuperación, experimenté una profunda tristeza, especialmente por el impacto que mi intento suicida tuvo en mis hijos y mis padres. Aprendí a pedir ayuda y, en algunos momentos de vulnerabilidad, recurrí a mi hermano cuando los pensamientos suicidas volvían a aparecer. Durante mis salidas a correr, afrontaba impulsos de autolesión, pero el acompañamiento terapéutico me ayudó a manejar esas emociones.

Hoy, miro hacia atrás y me siento agradecido de que el intento no haya tenido éxito. Me encuentro mejor que nunca y las personas a mi alrededor destacan el cambio positivo que he experimentado.

El apoyo de mis padres y del equipo terapéutico fue fundamental en mi recuperación. Durante el primer año de terapia, lloré en casi todas las sesiones, pero fue un proceso necesario. Sin embargo, en aquel momento sentí la ausencia de un espacio seguro donde pudiera hablar abiertamente sobre la ideación suicida. Creo que contar con un grupo de apoyo especializado habría sido de gran ayuda para mí y para otros que enfrentan situaciones similares.

/ Testimonio 10.

La fuerza del dolor: Caminos hacia la esperanza

Hablar sobre el suicidio es difícil, pero también es necesario. Es un tema cargado de emociones profundas y cuando se experimentan pensamientos suicidas, todo puede parecer oscuro y sin salida. A veces, esos pensamientos no reflejan tanto un deseo de morir, sino una necesidad desesperada de que el dolor termine. Reconocer esto es un primer paso importante: el dolor no es eterno, y hay formas de superarlo.

A lo largo de mi vida he tenido momentos en los que esos pensamientos han sido recurrentes. Desde muy pequeña sentí el abandono como una herida constante. Nunca me sentí querida, especialmente por mi familia. No recuerdo un solo “te quiero” sincero, ni un abrazo que me hiciera sentir segura. Todo en casa era frío, distante, como si mi presencia fuera insignificante. Pero el dolor no terminaba solo con el abandono emocional. En casa, sufrí maltrato físico desde muy niña. Recuerdo el miedo constante a mi madre, quien me golpeaba por cualquier motivo. Crecí creyendo que era mi culpa, que no era suficiente, que no merecía nada bueno. Esa carga emocional se volvió insoportable y dejó cicatrices profundas que me acompañaron durante años.

A los 14 años, para escapar de las palizas y el miedo constante, busqué refugio en algo que pronto se convertiría en otra prisión: la ludopatía. No fueron máquinas ni casinos sino bingos, rascas y loterías. Al principio era una forma de distraerme, de encontrar algo que me diera una pizca de emoción o esperanza. Pero rápidamente esa escapatoria se transformó en una adicción destructiva, que me hacía sentir más atrapada y culpable. La ludopatía no era solo una manera de huir; era también una forma de autodestrucción que me alejaba aún más de cualquier esperanza.

A los 27 años, después de más de una década de luchar en silencio con esta adicción, tomé la decisión de pedir ayuda. Desde el 19 de octubre de 2023, he recibido apoyo en AGAJA, una asociación que ha sido un pilar fundamental para mi recuperación. No solo me han ayudado a enfrentar mi adicción al juego, sino que también han estado a mi lado en las semanas más recientes, cuando los pensamientos suicidas regresaron con fuerza. Gracias a ellos, he podido compartir mi historia, abrirme y entender que no estoy sola. Recurrí a las pastillas como una salida, como un grito silencioso de socorro que nadie escuchaba. Recuerdo con claridad la primera vez: un día en el que el peso del mundo parecía aplastarme, tomé un frasco entero de medicamentos, con la esperanza de no despertar nunca más. Pero desperté, sola en mi cuarto, con un dolor en el pecho que iba más allá de lo físico. Ese día aprendí algo terrible: a veces ni siquiera morir es fácil.

Hubo una noche que casi no lo cuento. Fue el intento más definitivo, el que sentí que sería el último. Estaba tan agotada, tan cansada de luchar contra ese sentimiento de abandono, que tomé una dosis aún mayor de pastillas. Me acosté, con lágrimas que no paraban de caer, esperando que todo terminara de una vez por todas. Las horas pasaron como un borrón, y luego me desperté en medio de un caos.

Mi cuerpo estaba débil, mi cabeza daba vueltas y el miedo me invadía. Fue un momento desgarrador, no sabía si estaba más aterrada de morir o de seguir viviendo. Pero en esa confusión, en ese momento límite, algo dentro de mí susurró: “no puede acabar así”. Esa experiencia me llevó a dar el paso que tanto temía: pedir ayuda. No fue fácil, y la vergüenza me acompañó durante mucho tiempo. Tenía miedo de que me juzgaran, de que pensarán que era débil o que simplemente “quería llamar la atención”. Pero hablar con un terapeuta y abrirme a las personas cercanas a mí fue el punto de inflexión.

Aprendí que los pensamientos suicidas no definen quién soy. Son un reflejo del dolor en un momento específico, pero no son permanentes. También aprendí que la ayuda existe, incluso cuando parece inalcanzable. Cuando

estás sumido en pensamientos suicidas, pedir ayuda puede parecer imposible. El sentimiento de vergüenza, el miedo al juicio, o incluso la idea de que “nadie entenderá” pueden convertirse en barreras enormes. Pero la realidad es que hay personas que quieren y pueden ayudarte. Hablar con un amigo, un familiar o un profesional de la salud mental puede ser un acto de valentía que salve vidas, incluida la tuya. Uno de los mayores malentendidos sobre el suicidio es que refleja debilidad. Nada podría estar más lejos de la verdad.

Atravesar momentos así demuestra cuánta fuerza tienes, porque seguir adelante en medio del sufrimiento es en sí mismo un acto de resistencia. Pero esa lucha no tiene que ser en soledad. Permitir que alguien más te acompañe en el proceso puede aliviar parte de esa carga. Quiero subrayar algo crucial: tu vida importa. Incluso en los días más difíciles, eres más valioso de lo que puedes imaginar. Es posible que ahora no lo veas, pero hay personas que te aman, incluso si no lo expresan de la manera que necesitas en ese momento. Hay un futuro que aún no has descubierto, y posibilidades que solo se revelarán si sigues aquí para vivirlas.

Si estás leyendo esto y te encuentras en ese lugar oscuro, por favor, da un pequeño paso: llama a una línea de ayuda, envía un mensaje a un amigo o familiar, o busca a un terapeuta. No subestimes el poder de hablar y conectar con alguien. No estás solo en esto. Recursos para buscar ayuda: en muchos países existen líneas de ayuda confidenciales y gratuitas para personas en crisis. Busca el número de tu país y no dudes en usarlo. Considera acudir a un terapeuta o psicólogo. Estos profesionales están capacitados para ayudarte a navegar por esos momentos difíciles. Apóyate en tu red de personas cercanas. Hablar con alguien en quien confíes puede ser un primer paso hacia la recuperación.

Recordemos que hablar de suicidio no es un signo de debilidad, es un acto de valentía al compartir nuestras historias y buscar ayuda, no solo nos ayudamos a nosotros mismos sino que también contribuimos a romper el estigma que rodea este tema. Si estás pasando por esto, quiero que sepas que no estás solo. Hay esperanza, hay ayuda, y lo más importante: hay un camino hacia la luz, incluso en los días más oscuros.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing (p. 587).

Armoon, B., Griffiths, M. D., Mohammadi, R., & Ahounbar, E. (2023). Suicidal Behaviors and Associated Factors Among Individuals with Gambling Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of gambling studies*, 39(2), 751–777. <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10188-0>

Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (Red AIPIS-FaeDS). – Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (2019). *Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes*. [Archivo PDF]. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Duelo-suicidio-supervivientes.pdf>

Battersby, M., Tolchard, B., Scurrah, M., & Thomas, L. (2006). Suicide ideation and behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service. *International journal of mental health and addiction*, 4, 233–246. DOI 10.1007/s11469-006-9022-z

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... & ESEMED/MHEDEA Investigators. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*, 101(1–3), 27–34. doi:10.1016/j.jad.2006.09.018

Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., John, U., Wurst, F. M., Thon, N., ... & Rumpf, H. J. (2015). Suicidal events among pathological gamblers: the role of comorbidity of axis I and axis II disorders. *Psychiatry research*, 225(3), 413–419. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.074>

Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52, 292–304. Sin DOI

Buchanan, T. W., McMullin, S. D., Baxley, C., & Weinstock, J. (2020). Stress and gambling. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 31, 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2019.09.004>

Carr, M. M., Ellis, J. D., & Ledgerwood, D. M. (2018). Suicidality among gambling helpline callers: A consideration of the role of financial stress and conflict. *The American journal on addictions*, 27(6), 531–537. <https://doi.org/10.1111/ajad.12787>

Cowlishaw, S., & Kessler, D. (2016). Problem gambling in the UK: Implications for health, psychosocial adjustment and health care utilization. *European Addiction Research*, 22(2), 90–98. <https://doi.org/10.1159/000437260>

De la Torre Martí, Marta (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Guía desarrollada por el CPA (UAM). [Archivo PDF]. <https://uam.es/uam/media/doc/1606899112098/protocolo-ideacion-suicida.pdf>

Guillou-Landreat, M., Guilleux, A., Sauvaget, A., Brisson, L., Leboucher, J., Remaud, M., ... & Grall-Bronnec, M. (2016). Factors associated with suicidal risk among a French cohort of problem gamblers seeking treatment. *Psychiatry Research*, 240, 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.008>

Jauregui, P., Estévez, A., & Urbiola, I. (2016). Pathological gambling and associated drug and alcohol abuse, emotion regulation, and anxious-depressive symptomatology. *Journal of behavioral addictions*, 5(2), 251–260.

Joiner, T. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjghv2f>

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

Kristensen, J. H., Pallesen, S., Bauer, J., Leino, T., Griffiths, M. D., & Erevik, E. K. (2024). Suicidality among individuals with gambling problems: A meta-analytic literature review. *Psychological Bulletin*, 150(1), 82–106. <https://doi.org/10.1037/bul0000411>

Meca-Zapatero, S., Serrano, M.A. (2020). Suicidio y juego patológico: factores de riesgo y direcciones futuras. *Revista Española de Drogodependencias*, 45(3) 72–78.

Ministerio de Sanidad (2024). *Defunciones definitivas según la causa de muerte en España en 2023*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defun2023_NOTA__TEC.pdf

Organización Mundial de la Salud (2021). Suicidio en todo el mundo en 2019. [Archivo PDF] <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643eng.pdf?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>

Ronzitti, S., Soldini, E., Smith, N., Potenza, M. N., Clerici, M., & Bowden-Jones, H. (2017). Current suicidal ideation in treatment-seeking individuals in the United Kingdom with gambling problems. *Addictive behaviors*, 74, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.032>

Santolaria Gómez, R., Estévez Gutiérrez, A., Aonso Diego, G. (2024). Análisis de situación de ideación y conducta suicida en población con trastorno por juego de FEJAR.

A Coruña. FEJAR – Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados; <https://fejar.org/que-hacemos/publicacion/>

Valenciano-Mendoza, E., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Mora-Maltas, B., Håkansson, A., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2021). Prevalence of Suicidal Behavior and Associated Clinical Correlates in Patients with Behavioral Addictions. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11085. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111085>

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

Wardle, H., John, A., Dymond, S., & McManus, S. (2020). Problem gambling and suicidality in England: secondary analysis of a representative cross-sectional survey. *Public health*, 184, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.024>

ANEXO I

GUÍA DE RECURSOS

/ LIBROS

Armengou, Enric (2024). *Romper el silencio: Reflexiones para entender y prevenir el suicidio entre los jóvenes*. Plataforma Editorial, S.L. (Enfocado a profesores y padres).

Lancho María, Junibel (2023). *No puedo con tanto dolor*. La Esfera de los Libros, S.L.

Moleón Ruiz, A., Moleón Camacho, M. (2021). *Suicidio. Una cuestión multidisciplinar*. Editorial Médica Panamericana.

/ ASOCIACIONES DE AYUDA EN LA POSTVENCIÓN

En el siguiente link pueden encontrarse asociaciones de ayuda para supervivientes del suicidio existentes en diferentes puntos del territorio nacional:

<https://papageno.es/supervivientes-familiares-fallecidos-suicidio/asociaciones-de-supervivientes>

/ OTROS RECURSOS Y GUÍAS

FUNDADEPS (2024). Gracia Leiva, Marcela; Orellana Godoy, Tamina. *Guía para comprender y abordar la prevención del riesgo de suicidio juvenil desde las familias* (2024). <https://fundadeps.org/guia-para-comprender-y-abordar-la-prevencion-del-riesgo-de-suicidio-juvenil-desde-las-familias-2024/>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012, revisada 2020). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. [Archivo PDF]. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf

Ministerio de Sanidad (2025). *Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027*. [Archivo PDF] https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2018). *Prevención del suicidio. Guía informativa para profesionales de sanidad*. [Archivo PDF]. https://prevenciodelsuicidi.san.gva.es/downloads/cspportales/prevenciodelsuicidi/doc/guia_suicidio_ambito_sanitario_es.pdf

Comunidad de Madrid. Salud Mental (2013). *Guía de autoayuda: prevención del suicidio. ¿qué puedo hacer?* [Archivo PDF]. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017534.pdf>

Servicio Andaluz de Salud (2010). *Guía para la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. [Archivo PDF]. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>

Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (Red AIPIS-FaeDS). - Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (2019). *Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes*. [Archivo PDF]. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Duelo-suicidio-supervivientes.pdf>

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (2006). *Afrontando la realidad del suicidio: orientaciones para su prevención*. [Archivo PDF]. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/opsc_est14.pdf.pdf

Mansilla Izquierdo, Fernando (2012). *Programa-Guía de prevención de la conducta suicida*. [Archivo PDF]. <https://www.telefonocontraelsuicidio.org/wp-content/uploads/2020/10/Gu%C3%ADa-prev-conducta-suicida.pdf>

De la Torre Martí, Marta (2013). *PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA* Guía desarrollada por el CPA (UAM). [Archivo PDF]. <https://uam.es/uam/media/doc/1606899112098/protocolo-ideacion-suicida.pdf>

The background features a light gray field with various red geometric elements. There are several thin red lines of different orientations. Three large, thin red circles are partially visible: one on the left, one on the right, and one at the bottom. Scattered throughout are small red symbols, including plus signs (+), squares (■), and dots (•).

ANEXO II

ASOCIACIONES INTEGRADAS EN FEJAR

ABAJ

Asociación Burgalesa para la Rehabilitación del Juego Patológico
c/ Cruz Roja, s/n, Burgos, C.P. 09006
Tel. 627 409 707
administrador@ludopatiaburgos.es - www.ludopatiaburgos.es



ACAJER

Asociación Cacerña de Jugadores de Azar en Rehabilitación
c/ Valdesalor, 1, 4º C / 10005 Cáceres (Cáceres)
Tel. 610 392 497
nuevoacajer@gmail.com - www.acajer.es



ACOJER

Asociación Cordobesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación
Avda. Agrupación Córdoba s/n. Pabellón de Antiguo Hospital Militar / 14007 Córdoba (Córdoba)
Tel. 957 401 449
acojer@andaluciajunta.es - www.acojer.com



AEXJER

Asociación Extremeña de Jugadores de Azar en Rehabilitación
c/ San Roque 3 / 06200 Almendralejo (Badajoz)
Tel. 924 664 476 / 658 773 944
aexjer@hotmail.com - www.aexjer.es



AFAVAL

Asociación de familias AFAVAL
c/ Atarazana, 25 / 06800 Mérida (Badajoz).
Tel. 633 305 165 / 657 944 367
afavalextramadura@gmail.com - www.afavalextramadura.blogspot.com



AGAJA

Asociación Gallega de Jugadores Anónimos
c/ Travesía de Vigo, 172, 2º / 36206 Vigo (Pontevedra)
Tel. 886 119 586 / 667 648 229
agaja@agaja.org - www.agaja.org



AGALURE

c/ Pasteur, 30 / 15008 A Coruña (A Coruña)
Tel. 981 289 340
Lugo Tel. 982 991 670
agalure@agalure.com - www.agalure.com



AJER

Asociación de Jugadores en Rehabilitación "Virgen del Puerto"
Ctra. Del Puerto s/n Paraje Valcorchero Pabellón 10 / 10600 Plasencia (Cáceres)
Tel. 927 421 011
ajer@ajerplasencia.org - www.ajerplasencia.org



AJUPAREVA

Asociación de Jugadores Patológicos Rehabilitados de Valladolid
Avda. del Valle de Esqueva, 8 / 47011 Valladolid (Valladolid)
Tel. 98 331 03 17 / 635 957 473
ajupareva@ajupareva.es - www.ajupareva.es



ALUBIZ BILBAO

Asociación de Afectados por la Ludopatía y otras Adicciones Sin Sustancia Alubiz-Bilbao
c/ San Nicolás de Olabeaga, 25, 1º C / 48013 Bilbao (Vizcaya)
Tel. 640 386 115
alubiz.bilbao@gmail.com - www.ekintzaaluviz.com



AMETAC

Asociación Madrileña para el Estudio y Tratamiento de Adicciones Conductuales
Paseo Reina Cristina, 6, piso 1, of. 2. Barrio Pacífico en Distrito Retiro/ 28014 Madrid (Madrid)
Tel. 604 234 382
Info.ametac@gmail.com - www.ametac.org



APAL

Asociación para la Prevención y Ayuda al Ludópata
c/Elfo, 14 Entlo. D / 28027 Madrid (Madrid)
Tel. 914 076 899 // 658 699 543
apalmadrid@hotmail.com - www.apalmadrid.org

**APREJA**

Asociación para la Prevención y Rehabilitación de Jugadores de Azar
Centro de Tratamiento Ambulatorio exclusivo de Juego Patológico.
c/Antonio Machado, 2 A Local 2 / 21007 Huelva (Huelva)
Tel. 959 230 966 // 627 76 40 40
apreja@andaluciajunta.es

**APREX**

Asociación de Personas en Riesgo de Exclusión Social Don Benito
Paseo de Feval, s/n Módulo 1. Primera Planta. / 06400 Don Benito (Badajoz)
Tel. 672 693 722
aprex@aprex.org - www.aprex.wordpress.com

**ARALAR**

Asociación Ludópatas de Navarra
Casas de San Pedro 23 Bajo izda. / 31014 Pamplona.
Tel. 848 41 48 49 / 665 802 545
asociacionaralar@yahoo.es - www.asociacionaralar.org

**ASEJER**

Asociación Sevillana de Jugadores de Azar en Rehabilitación
c/José Jesús García Díaz, 4 esc. 1 pl. 1 "Edificio Henares" / 41020 Sevilla (Sevilla)
Tel. 954 908 300
presidencia@asejer.es - www.asejer.com

**EKINTZA ALUVIZ**

Asociación de Ayuda a Ludópatas de Vizcaya
c/San Juan, 26 Bajo / 48901 – Barakaldo (Bizkaia)
Tel. 944 388 665
ekintza.aluviz@telefonica.net - www.ekintzaaluviz.com

**LAR**

Ludópatas Asociados Rehabilitados
c/Escritor Rafael Pavón, 3 / 14007 – Córdoba (Córdoba)
Tel. 957 257 005
asoc.cordobesa.lar@gmail.com - www.larcordoba.com

**LARCAMA**

Ludópatas Asociados en Rehabilitación de Castilla La Mancha
Fundación Fislem
Avda. Purísima Concepción, 31 Bis / 45006 Toledo (Toledo)
Tel. 615 838 206
toledo@larcama.com - www.larcama.com



Avda Pio XII s/n (Centro de Especialidades) / 13002 Ciudad Real (Ciudad Real)
Tel. 633 443 483
ciudadreal@larcama.com - www.larcama.com

LARPA

Ludópatas Asociados en Rehabilitación del Principado de Asturias
c/Juan Antonio Vallejo-Nágera Botas, 1, Bajo / 33013 Oviedo (Asturias)
Av. Constitución nº58, 2ºA / 33207 Gijón (Asturias)
Tels. 984 181 183 / 667 796 862
larpa@larpa.es - www.larpa.es

**NUEVA ESPERANZA**

Asociación de Ayuda a Jugadores en Rehabilitación de la Región de Murcia
Pza. de San Julián, 5, 3ºC / 30004 Murcia (Murcia)
Tel. 647 858 761
nuevaesperanzamurcia@hotmail.com - www.asocnuevaesperanza.com



NUEVA VIDA

Asociación de Jugadores Rehabilitados Nueva Vida
Avda. de la Constitución, 27 Entlo. A / 03400 Villena (Alicante)
Tel. 965 806 208 / 618 646 338
info@nvconductasadictivas.org - www.nvconductasadictivas.org



PATIM

Asociación para la Intervención e Integración en Adicciones y Otras Conductas
Sede Castellón:
Plaza Tetuán, 9 / 12001 Castellón de la Plana (Castellón)
Tel. 635 898 568

Sede Valencia:
c/Guillem Despuig, 9, bajo / 46018 Valencia
Tel. 961 113 627 / 641 763 034
patim@patim.org - www.patim.org



VIDA LIBRE

Asociación Alicantina de Afectados por la Ludopatía y Otras Adicciones
c/Serrano, 5 Bajo / 03003 Alicante (Alicante)
Tel. 966 377 779 / 644 845 992
vidalibre.ludopatia@gmail.com - www.vidalibre-alicante.org



FAJER

Federación Andaluza de Jugadores de azar Rehabilitados
c/Manuel España Lobo, 5 / 29007 Málaga (Málaga)
Tel. 627 000 780
info@fajer.es - www.fajer.es



FECYLJAR

Federación Castellano Leonense de Jugadores de Azar Rehabilitados.
Avda. del Valle de Esqueva, 8 / 47011 Valladolid (Valladolid)
Tel. 635 957 473
federacioncyl@ajupareva.es - www.fecyljar.es





fejar@fejar.org
www.fejar.org
900 200 225

Financiado por:

