GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030
SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES
IMSERSO
CREAP
Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial

Jornada de prevención, intervención y posvención del suicidio en España

CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (CREAP) DEL IMSERSO

Presentaciones

5 de noviembre de 2026

Jornada Online sobre Prevención, Intervención y Postvención del Suicidio

Jueves, 5 de noviembre de 2026 a las 9h



Paloma Sainz López. Educadora social
Experta en educación socioemocional
Creadora y directora de La paz de Paloma
www.lapazdepaloma.es

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES

IMSERSO

CREAP

Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial

Paloma Sainz López

Educadora Social experta en educación socioemocional

25 años acompañando a personas y familias ante los problemas socioemocionales de la vida.

Creadora y directora de La Paz de Paloma
www.lapazdepaloma.es



¿QUÉ ESTÁ PASANDO?

El VI Barómetro diferencia entre ideas suicidas y prácticas autolesivas no suicidas

34,7%

de jóvenes declara haberse autolesionado alguna vez



Más de 1 de cada 3

6,8%

lo hace con frecuencia o de manera continua

Casi 7 de cada 100

¿Y por sexo?

Alguna vez: más frecuente en mujeres

Con frecuencia o de forma continua:

Hombres

18,3%

Mujeres

14,6%

Ambas realidades están vinculadas a un malestar emocional intenso

Fuente: VI Barómetro Juventud, Salud y Bienestar. Fundación FAD Juventud

¿QUÉ NECESITAMOS?



¿Qué es el ASE?

Aprendizaje social y emocional

La educación social y emocional se entiende generalmente como un **proceso holístico de aprendizaje** que vincula de forma más explícita el enfoque cognitivo con los aspectos **sociales y emocionales.**

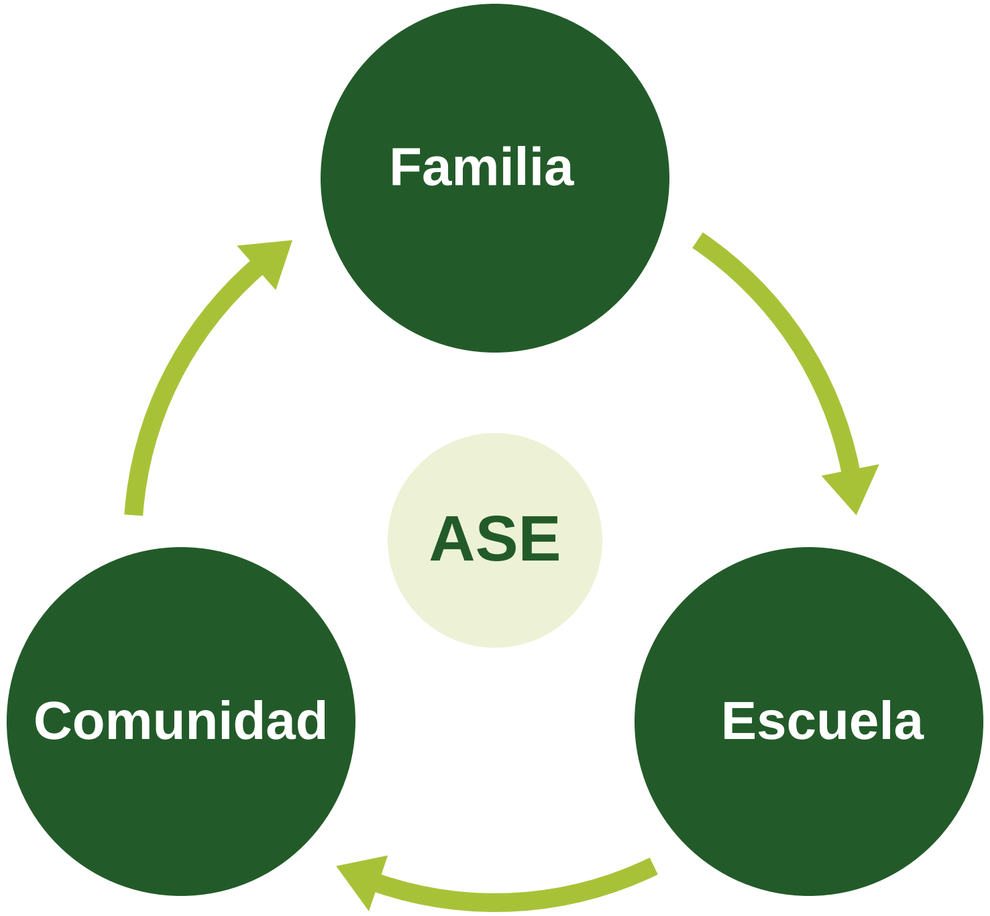
Integra tres dimensiones:

Cognitivo + **Emocional** + **Social**

Pensar, sentir y convivir: un mismo proceso de aprendizaje

Fuente: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL) (2020)

El ASE también incluye las relaciones entre escuela, familia y comunidad




¿QUÉ ES EL ASE?
APRENDIZAJE SOCIAL Y EMOCIONAL
Comprender y expresar emociones eficazmente
Mostrar empatía y compasión por los demás
Responder de forma adecuada y contextualizada
Formar un sentido inclusivo de la identidad
Establecer y mantener relaciones interpersonales sanas y de apoyo mutuo
Trabajar para alcanzar objetivos personales y colectivos
Tomar decisiones éticas
Convertirse en miembros comprometidos y participativos de la comunidad
Contribuir a objetivos más amplios, como la construcción de sociedades inclusivas, justas, sanas, pacíficas y sostenibles

EL ASE EN DIFERENTES CONTEXTOS



Educación en habilidades para la vida

Aprendizaje fundacional

Educación del carácter

Educación en valores

Educación en salud y bienestar

Desarrollo holístico

Formación en conciencia plena y resiliencia

Educación en competencias culturales

Educación para el desarrollo sostenible

Educación para entendimiento internacional ciudadanía mundial y paz

Resultados clave del aprendizaje social y emocional (ASE)



- Mejor conexión con el aprendizaje y la escuela
- Mejora del rendimiento académico
- Mejora de las relaciones interpersonales
- Mejora de la empleabilidad
- **Mejor recuperación tras la exposición a emergencias y traumas**
- Reducción del abandono escolar
- **Reducción del malestar, la ansiedad y la depresión, y mejora del bienestar mental general**
- Reducción del acoso y mejora de la conducta social general
- Reducción en la toma de riesgos con el alcohol y otras drogas
- Reducción de insultos homófobos y de la violencia sexual
- **Reducción de las desigualdades y las desventajas sociales, incluidas la discriminación y la exclusión social**

Reduce el malestar, la ansiedad, y la depresión y mejora del bienestar mental general

Pasos clave para implementar el ASE en las escuelas



¿Qué necesitamos?

Resultados óptimos

Qué es necesario incluir

Para obtener resultados óptimos, es necesario incluir tanto la enseñanza explícita de **habilidades sociales y emocionales** como una amplia e**ducación para la salud y la ciudadanía** que aborde cuestiones específicas relacionadas con la salud (OMS, 2020).

Dos enfoques complementarios:

ENSEÑANZA EXPLÍCITA DE HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES

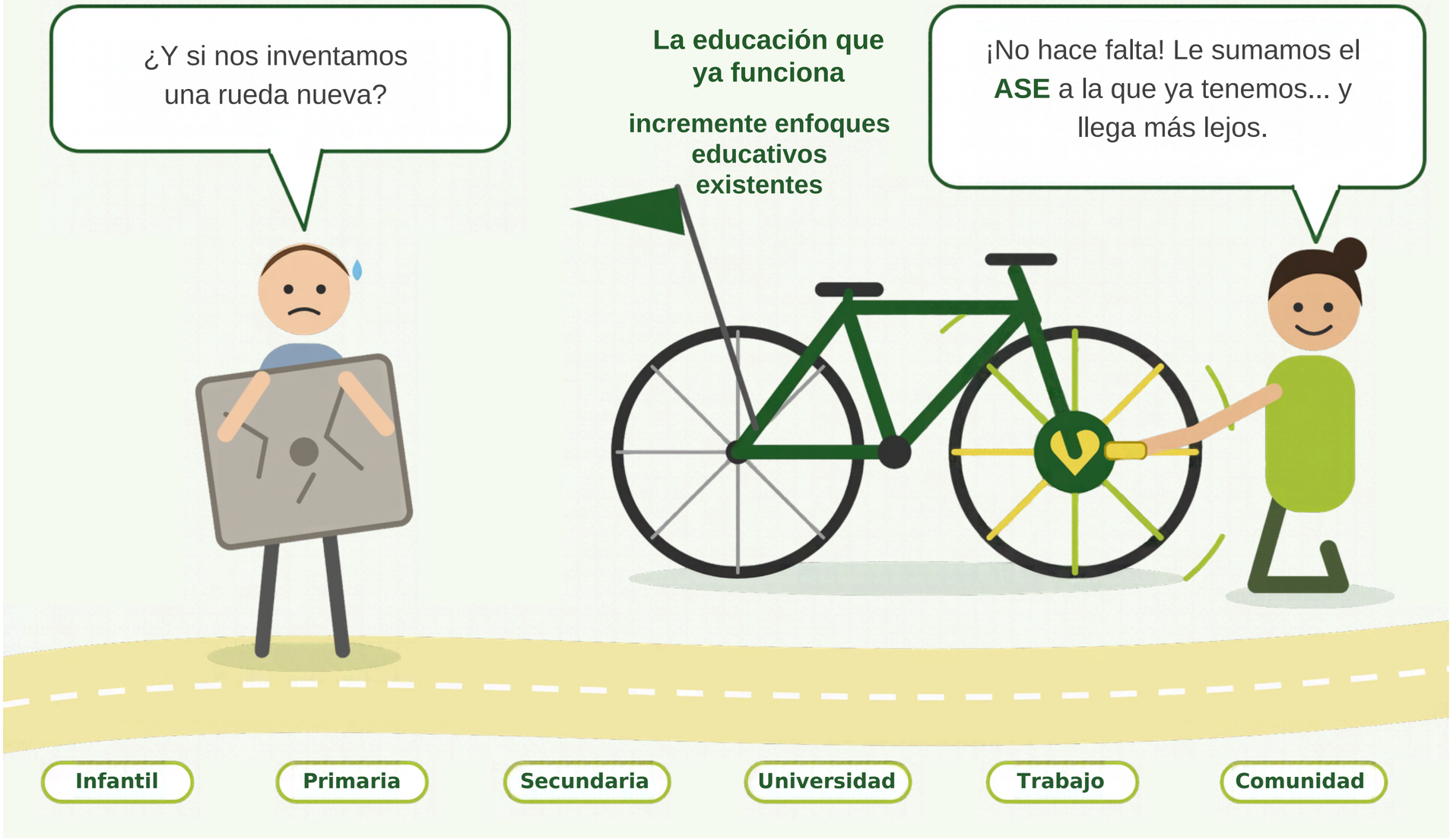
+

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA CIUDADANÍA

Habilidades socioemocionales y salud, de la mano

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020)

Aprendizaje socioemocional: no reinventar la rueda, hacer que gire mejor



El desarrollo profesional del profesorado

ES CRUCIAL PARA UN ASE **TRANSFORMADOR**

Su formación debería integrar:

- **Indagación y autorreflexión crítica**
- **Competencia social y emocional**
- **Resiliencia**
- **Adaptabilidad**
- **Autoconciencia**

Y ayudarle a comprender:

- La diversidad y las culturas
- Sus propias creencias sobre la finalidad del ASE
- Los principios de inclusión
- Los procesos sociales y emocionales culturalmente arraigados

Un profesorado que se cuida y se le cuida enseña ASE con coherencia

La falta de tiempo: principal barrera para el ASE

El reto: la saturación curricular	Lo que ayuda al profesorado
Falta de tiempo	Políticas proactivas del sistema educativo
Necesidades curriculares contrapuestas	Orientación curricular: cómo, cuándo y dónde ofrecer ASE
En secundaria, y sobre todo en el último curso, apenas se dedica tiempo	Liderazgo escolar de apoyo para adaptar el programa

JUSTO CUANDO LA ADOLESCENCIA SE VUELVE MÁS DIFÍCIL Y CRECE LA ANGUSTIA EN SALUD MENTAL, ES MENOS PROBABLE QUE RECIBAN PROGRAMAS DE BIENESTAR

Fuente: Lendrum y Wigelsworth (2013)

¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?

Mi proyecto + QPREVENCIÓN

Prevenir desde el ámbito educativo

www.lapazdepaloma.es

PROMOCIÓN DEL BIENESTAR SOCIOEMOCIONAL, PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y DETECCIÓN PRECOZ DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO

+1.500
adolescentes

320
docentes

300
familias

Estructura 4 + 1 + 1: alumnado · profesorado · familias

Para 2.º y 3.º de ESO (adaptable de 6.º de Primaria a Bachillerato y FP Básica)

4 sesiones de 1 hora con el alumnado

1

«Encantad@ de conocerme»

El cerebro y las emociones en la adolescencia. Identificar, nombrar y validar emociones.

2

«Manejando mi emoción»

Expresar y regular emociones. Dinámica «¿Y a ti, qué te pesa?», siempre de forma anónima.

3

«Prevención de autolesiones»

Qué emoción hay detrás, autolesión suicida y no suicida, y cómo pedir ayuda de forma segura.

4

«Decálogo del bienestar»

Autocuidado, resiliencia, autocompasión y uso saludable de las redes sociales.

12-15 % **del alumnado se ha autolesionado alguna vez. Lo que detecto en los talleres coincide con las investigaciones de la URJC (2026).**

Profesorado y familias: completar el círculo

Profesorado · sesión de 2 horas

- Detección de señales de alerta
- Protocolo de actuación
- Acompañamiento desde el aula

Familias · 90 min online o 2 h presencial

- Qué señales observar
- Cómo hablar sin empeorar la situación
- Qué pasos dar para reducir riesgos
- Evitar daños mayores
- La incidencia de las redes sociales
- Saber pedir ayuda

Funciona

3-6 casos nuevos detectados por centro · Informe confidencial por aula · Coordinación con Orientación · Centros que repiten

El reto: la financiación

A los centros les encanta, pero no encuentran cómo financiarlo.

Yo crecí con «Más vale prevenir que curar»

Han pasado unas cuantas décadas… y el consejo sigue sin fecha de caducidad.

La prevención es la mejor solución frente a la salud mental, suicidio, autolesiones.....

Muchas gracias

Paloma Sainz López · La Paz de Paloma · Detectar a tiempo, acompañar siempre. www.lapazdepaloma.es



«Más vale prevenir»: mi primer máster en prevención

Intervención en la conducta suicida

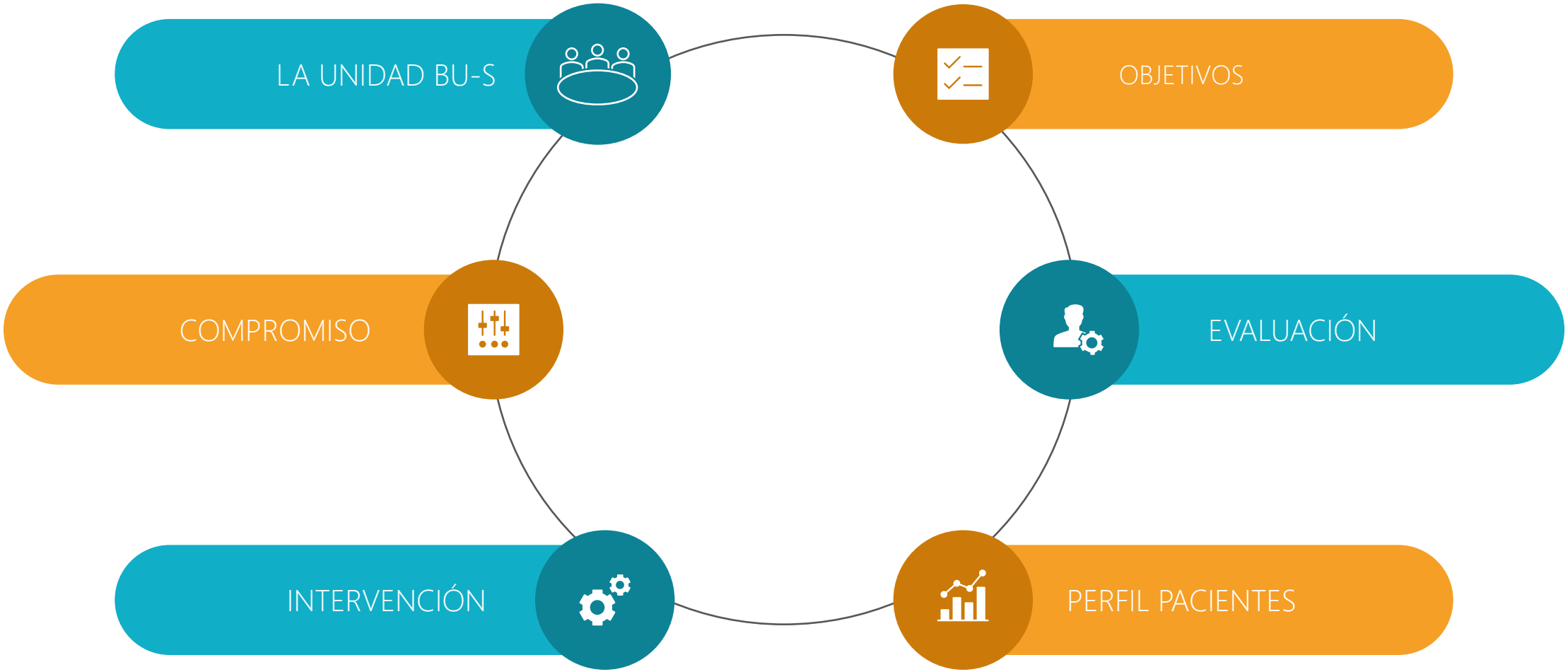
Abordaje en una unidad transdisciplinar y perfil clínico

Beatriz Soro Blanco. Terapeuta Ocupacional

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRÍA
UNIDAD FUNCIONAL DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.(BU-S)

Complejo Asistencial Universitario de Burgos | Sacyl | Junta de Castilla y León

Unidad BU-S


LA UNIDAD BU-S
OBJETIVOS
COMPROMISO
EVALUACIÓN
INTERVENCIÓN
PERFIL PACIENTES



Inicio de actividad **25 de enero de 2023**

Constitución del **equipo de trabajo**

Reuniones de equipo

Coordinación con Atención Primaria

Coordinación con PSQ de Urgencias



EL EQUIPO

Susana González, Psicóloga Clínica

Beatriz Soro, Terapeuta Ocupacional

Antonio Baena, Enfermero Especialista Salud Mental

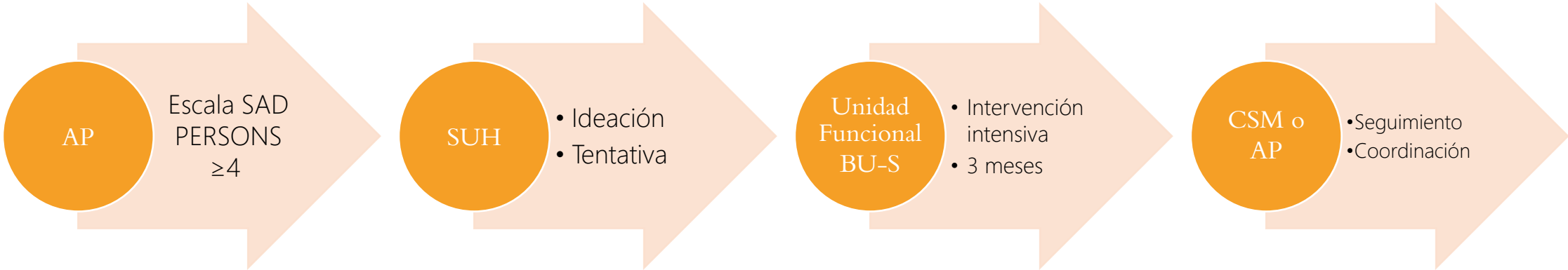
Patricia Trillo, Psiquiatra

Silvia Martínez, Trabajadora Social





Modelo de atención



DETECCIÓN

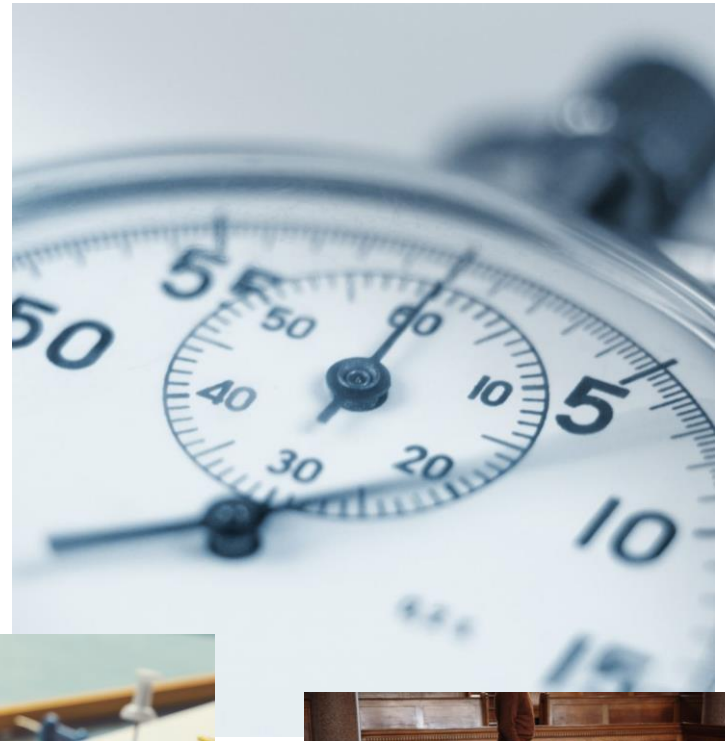
EVALUACIÓN DERIVACIÓN

INTERVENCIÓN

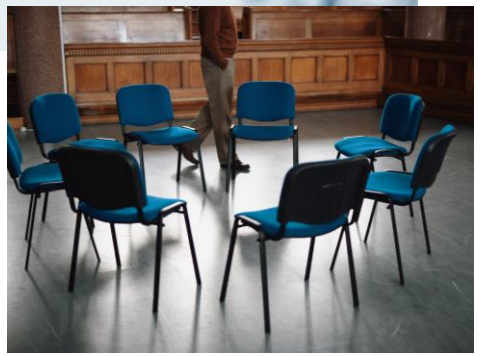
CONSOLIDACIÓN Y MONITORIZACION

Compromiso asistencial

- Respuesta inmediata: <72 h tras derivación
- Intervención intensiva durante 3 meses
- Accesibilidad asistencial
- Continuidad asistencial
- Coordinación con AP y especializada (SUH, CSM, UHP…)







Objetivos Unidad BU-S

Prevención recurrencia conducta suicida y del suicidio consumado entre la población atendida

Disminuir nº ingresos hospitalarios S. Psiquiatría por conducta suicida.

Apoyo en **detección** y cribado personas en riesgo (formación y red de enlace)

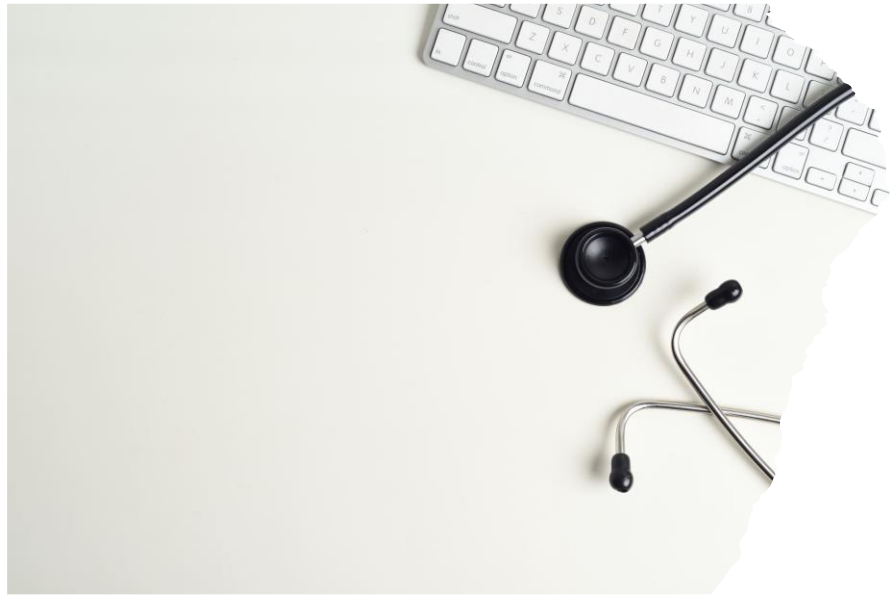
Identificar **características sociodemográficas y clínicas** personas con conducta suicida.

Identificar **factores de riesgo** personas con conducta suicida.

Identificar **factores de protección** personas con conducta suicida.

Criterios de inclusión

- Pacientes área salud de Burgos
- A partir de **17 años**
- **Evaluados previamente en Urgencias** del HUBU **o Psiquiatría de Enlace** Intrahospitalaria por conducta suicida
- **Sin profesionales de referencia** en un ESM o en otra unidad con cita en menos de 15 días
- **No cumplen criterios de ingreso** hospitalario
- **Sin** trastorno de **abuso de sustancias** como diagnostico principal
- Familiar o **allegado de contacto** responsable.



Intervención Transdisciplinar

ENFERMERÍA

Acogida
Gestión de casos
Atención continuada pacientes
Coterapeuta
Intervención familiar

L-X-V

PSIQUIATRÍA

Recogida historia
Evaluación
Tratamiento farmacológico
Psicoterapia
lIntervención familiar

L-X-V

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Evaluación psicológica
Análisis funcional episodio
Plan de seguridad
Psicoterapia
Intervención familiar

L-X

TERAPIA OCUPACIONAL

Evaluación ocupacional
Intervención individual
Intervención grupal
Análisis de factores riesgo y protección
Intervención familiar

X

TRABAJO SOCIAL

Evaluación
Coordinación de recursos sociales
Intervención individual
Coterapeuta
Consultas familiares

X

Evaluación inicial multidisciplinar



Evaluación inicial multidisciplinar



Reunión de equipo para establecer objetivos intervención



Plan individualizado

- Ideación – impulso – planificación – intento actual
- Estresores desencadenantes recientes
- **Intentos previos**
- **Antecedentes familiares**
- Impulsividad, rescatabilidad y letalidad del intento
- Presencia de trastornos mentales y otras enfermedades de base
- Presencia de síntomas agravantes:
  - Desesperanza, ansiedad, agitación, insomnio
  - **Consumo de alcohol o sustancias** que aumenten la desinhibición o impulsividad
- **Acceso a medios letales**
- **Factores de freno y protección**: capacidad de contención red apoyo
- **Crítica** de las ideas/intentos
- Funcionamiento psicosocial

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Escala de Depresión de Hamilton

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Escala de Desesperanza de Beck

Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)

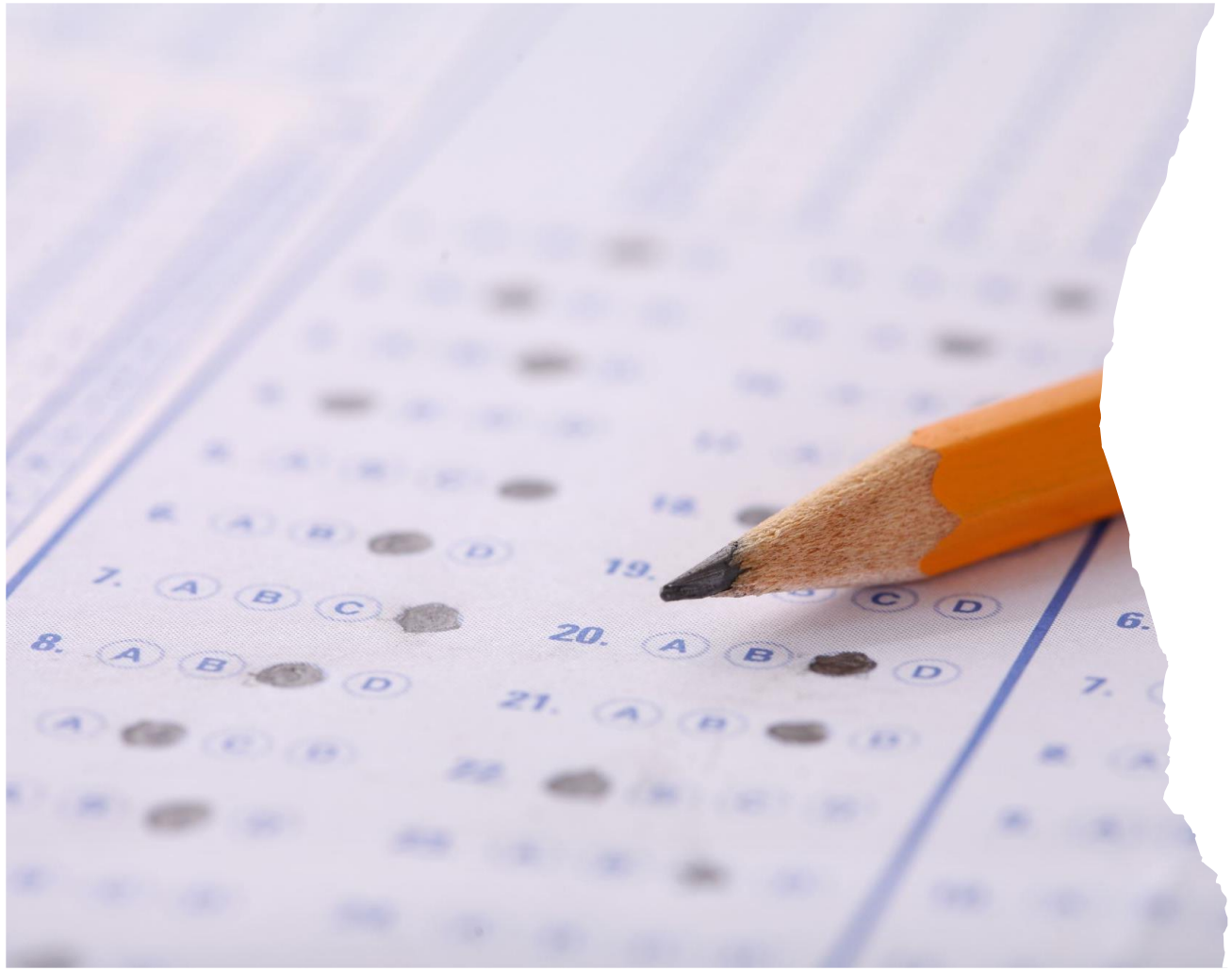
Inventario de Razones para vivir (RFL)

Test Audit –C

Cuestionario de salud EuroQoL- 5 D (EQ-5D)

Prueba Breve de Evaluación de Funcionamiento (FAST)

Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)



Intervención individual

- **Estabilización síntomas** psiquiátricos
- Desactivar **factores estresantes inmediatos** para resolver crisis suicidas
- **Plan seguridad personal**
  - Signos alarma individualizados
  - Estrategias regulación emocional
  - Fortalecimiento red apoyo social
  - Refuerzo conducta búsqueda de ayuda
- Estrategias **manejo conflictos, solución de problemas y regulación emocional**
- Reevaluación **creencias disfuncionales**
- Disminuir riesgo de recidiva: supervisión familiar, limitar acceso a medios, seguimiento asistencial activo
- Identificar factores de riesgo y protección: personales, familiares y sociales



Intervención Grupal

BENEFICIOS GENERALES

- Reduce el aislamiento y favorece la conexión con otras personas.
- Facilita la expresión emocional en un entorno seguro y estructurado.
- Entrena estrategias de afrontamiento y regulación emocional.
- Potencia factores protectores y recursos personales.
- Favorece la esperanza y la percepción de posibilidad de cambio.
- Facilita pedir y aceptar ayuda.
- Recuperación de rutinas y hábitos saludables.



De la crisis y el aislamiento → hacia la conexión, los recursos y la participación social.

Datos descriptivos 2023-2025



Pacientes atendidos

146

65 pacientes derivados el primer año
81 pacientes derivados el segundo año

12 precisaron hospitalización durante su estancia en la unidad BU-S

12 rechazaron iniciar el programa

14 no completan el programa (2 traslados a otra comunidad)

12 (8,2 %) con comorbibilidad de consumo de sustancias / OH / Juego Patológico

Al alta 10 pacientes fueron derivados a Hospital de Día

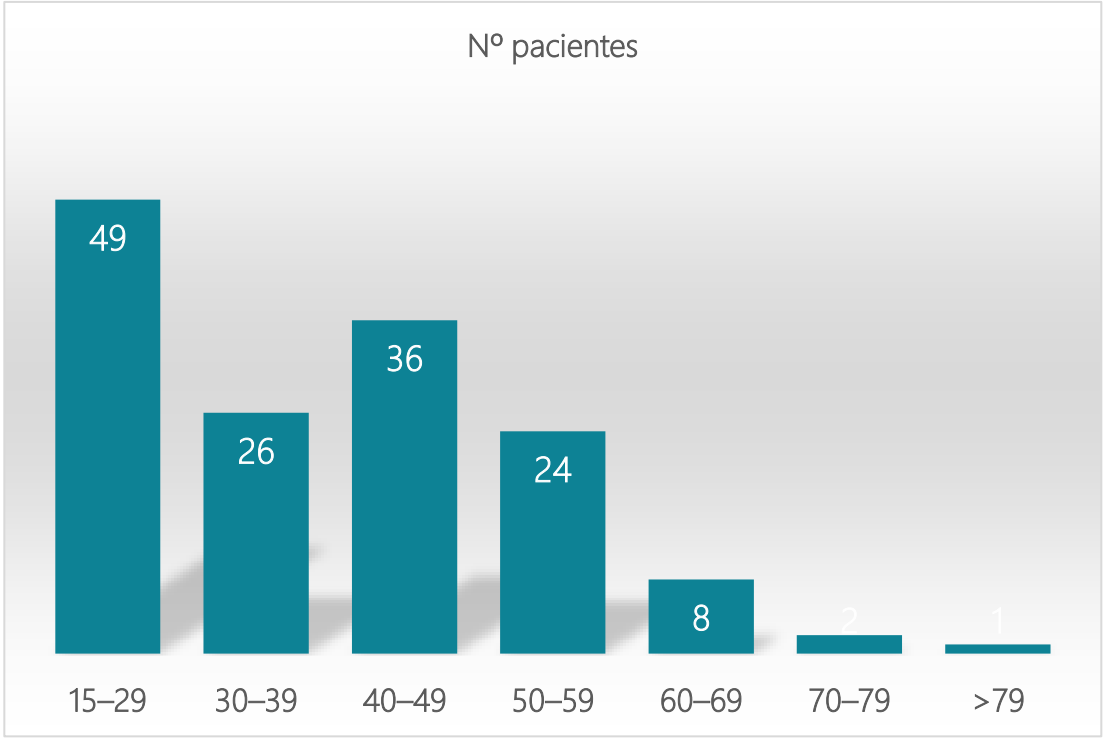
El resto continuaron seguimiento en CSM y AP

Variables sexo y edad

60% Mujeres
40% Hombres

Rango edad 17 - 80 años

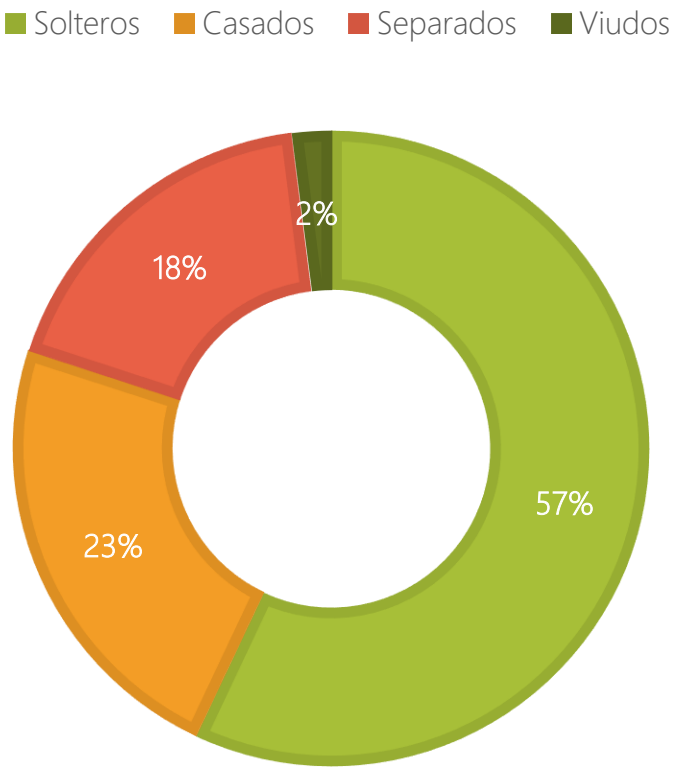
Media edad total 39 años
Media edad hombres 39 años
Media edad mujeres 39 años



Variable estado civil

Solteros 57%
Casados 23%
Divorciados 18%
Viudos 2%

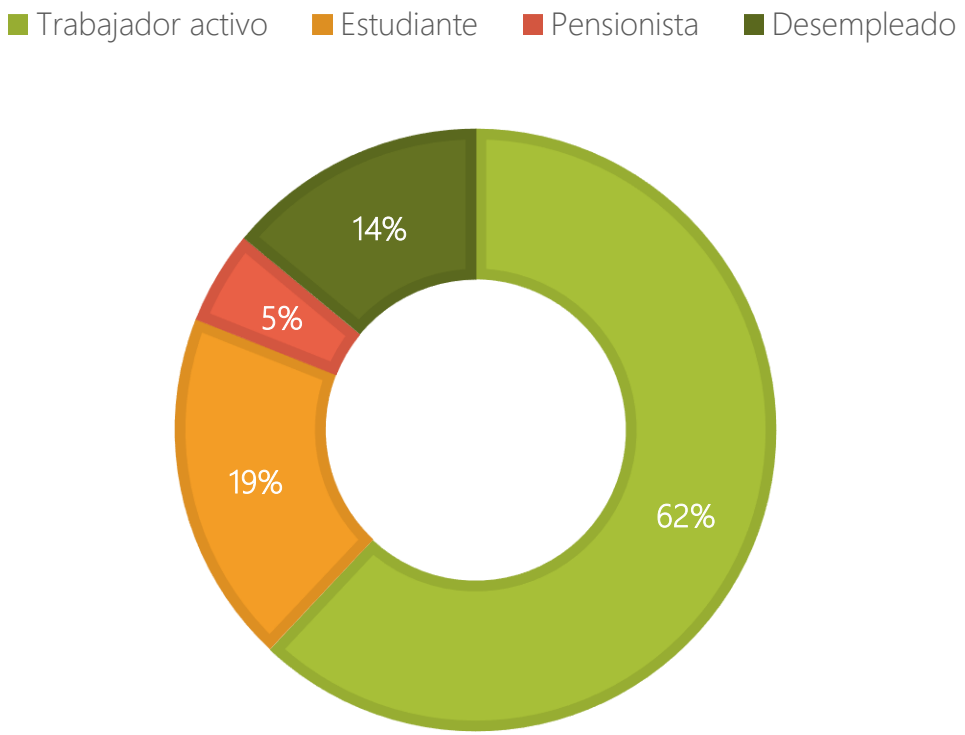
49 % sin hijos
51 % con hijos



Variable situación laboral

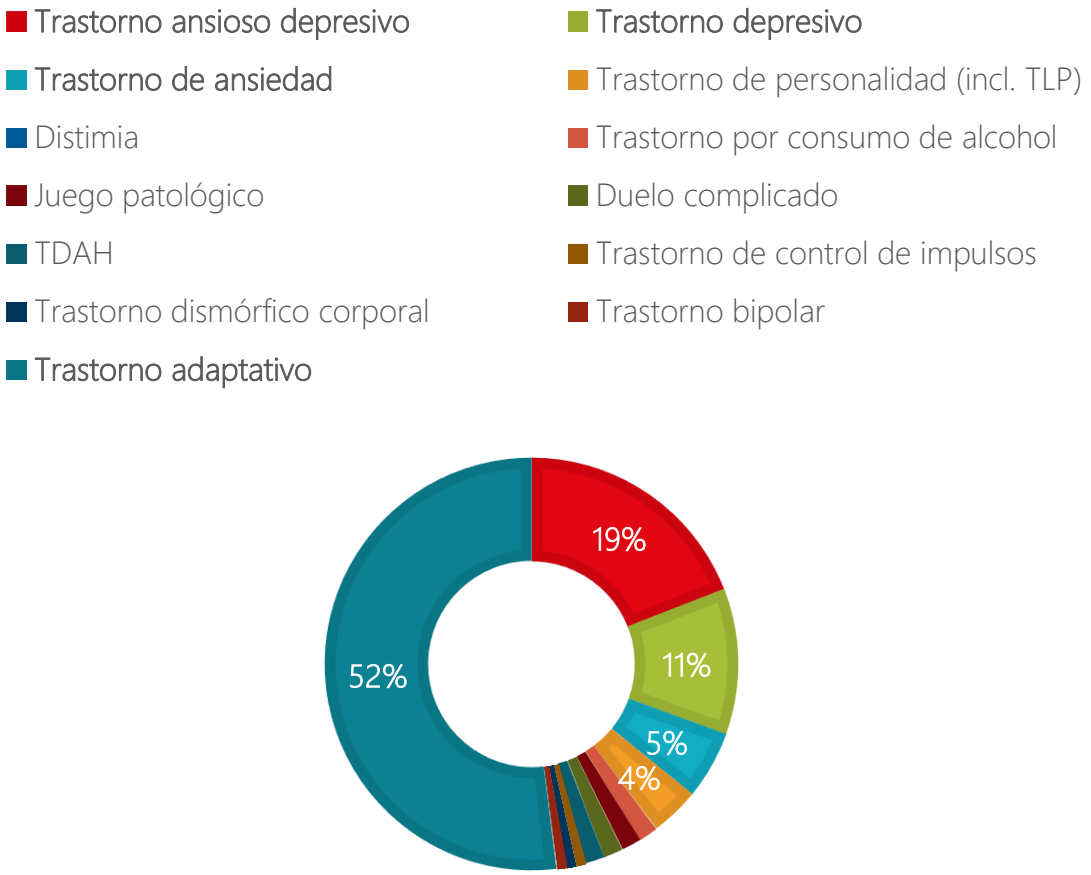
Trabajador activo 62%
Estudiante 19%
Pensionista 5%
Desempleado 14%

Baja laboral 29 %



Variable: diagnóstico

Tratamiento previo 66%



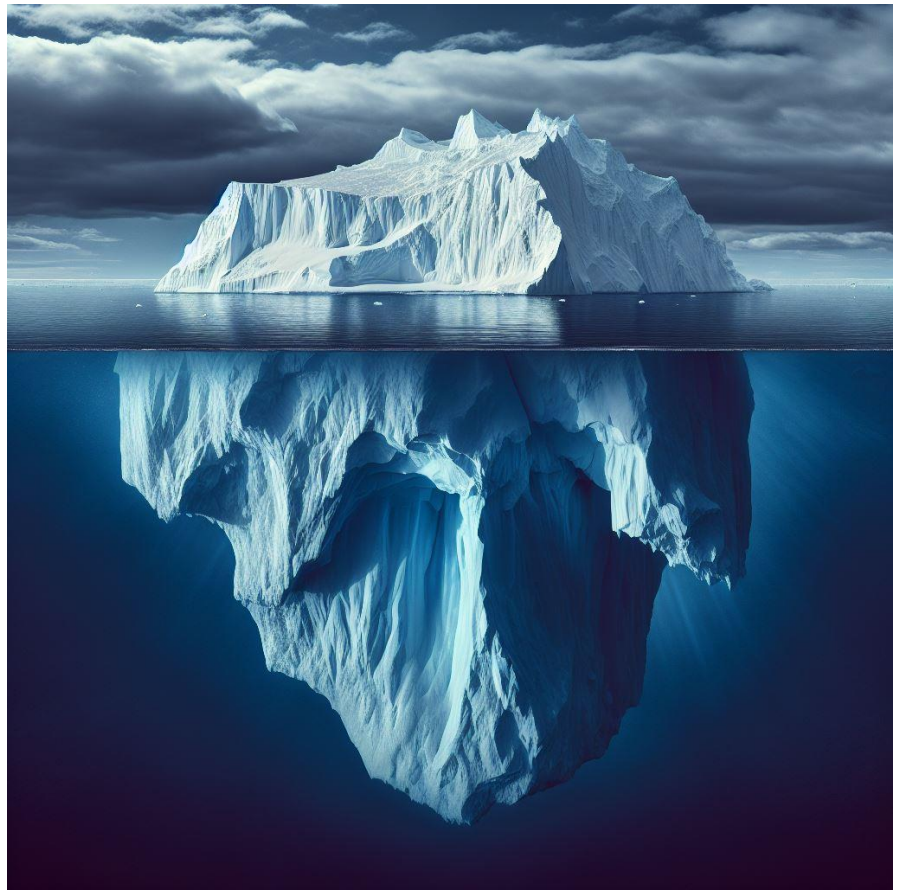
Variables conducta suicida

- Ideación autolítica 62%
- Intento autolítico 38 %
- 89% intoxicación medicamentosa, 9% intento precipitación, 1% inhalación monóxido carbono, 1% cortes
- El 30% de la muestra había realizado intentos previos
- El 29% con intento actual tenían gestos previos
- El 10% de la muestra tenía AF de suicidio consumado
- El 40% de los que tenían AF había realizado intento

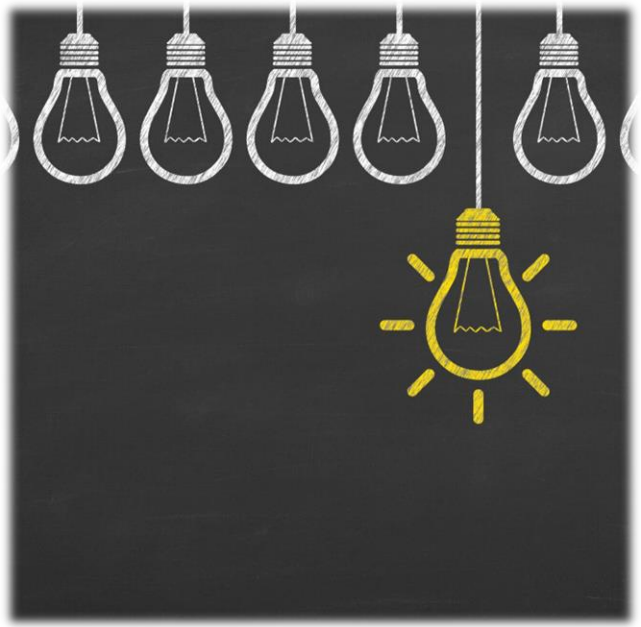


Estímulo desencadenante crisis

- Conflicto interpersonal
- Problema de salud propio o allegado
- Separación pareja
- Problemas crianza
- Problema económico
- Problema legal
- Problema laboral
- Duelo



Reflexiones



- Intervención temprana e intensiva para desactivar la crisis
- Ventajas tratamiento ambulatorio
- Apoyo en resolución de confictos mientras la persona está en su contexto
- Fortalezas equipo interdisciplinar
- Importancia reuniones periódicas
- Flexibilidad en las intervenciones y acceso asistencial
- Abordaje integral de la problemática
- Intervención centrada en la persona
- Continuidad asistencial

Gracias

UNIDAD FUNCIONAL DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA BU-S
Servicio de Psiquiatría Burgos
ufprevencindelaconductasuicida@saludcastillayleon.onmicrosoft.com
bsoro@saludcastillayleon.es

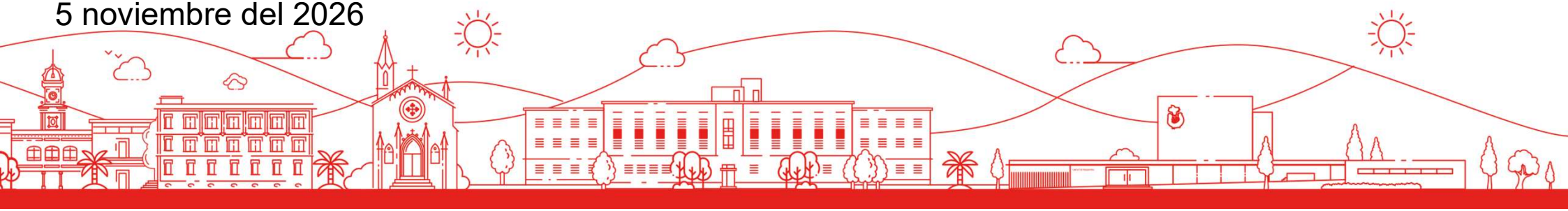
125 Xarxa de Salut Mental 1895 - 2020 | 10 Hospital de Sant Boi 2010 - 2020 | SJD

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Jornada Técnica CREAP: Prevención, Intervención, postvención del suicidio

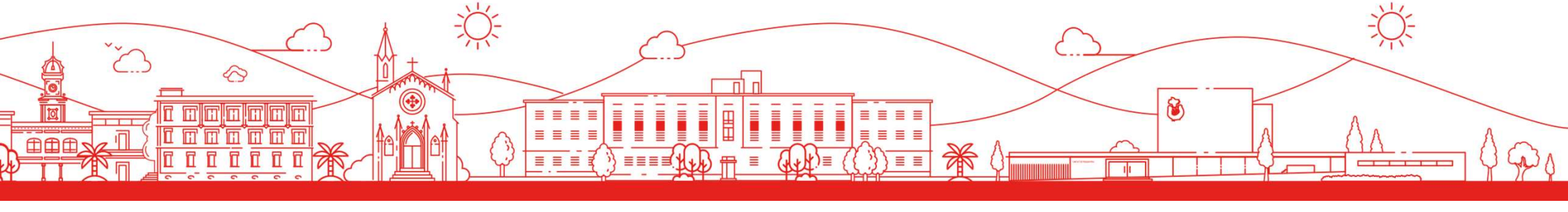
Dra. Angélica Cuautle Bastida
Referente Clínico de Psiquiatra urgencias e interconsulta PSSJD
Presidenta del Comité de Calidad para el abordaje de la conducta suicida del PSSJD

5 noviembre del 2026



1

Generalidades



OBSERVATORIO DEL SUICIDIO

SUICIDIOS España Estadísticas 2024



2.902
HOMBRES
(73,4%)

3.953
SUICIDIOS
España 2024



10,8
SUICIDIOS
AL DÍA



1.051
MUJERES
(26,6%)

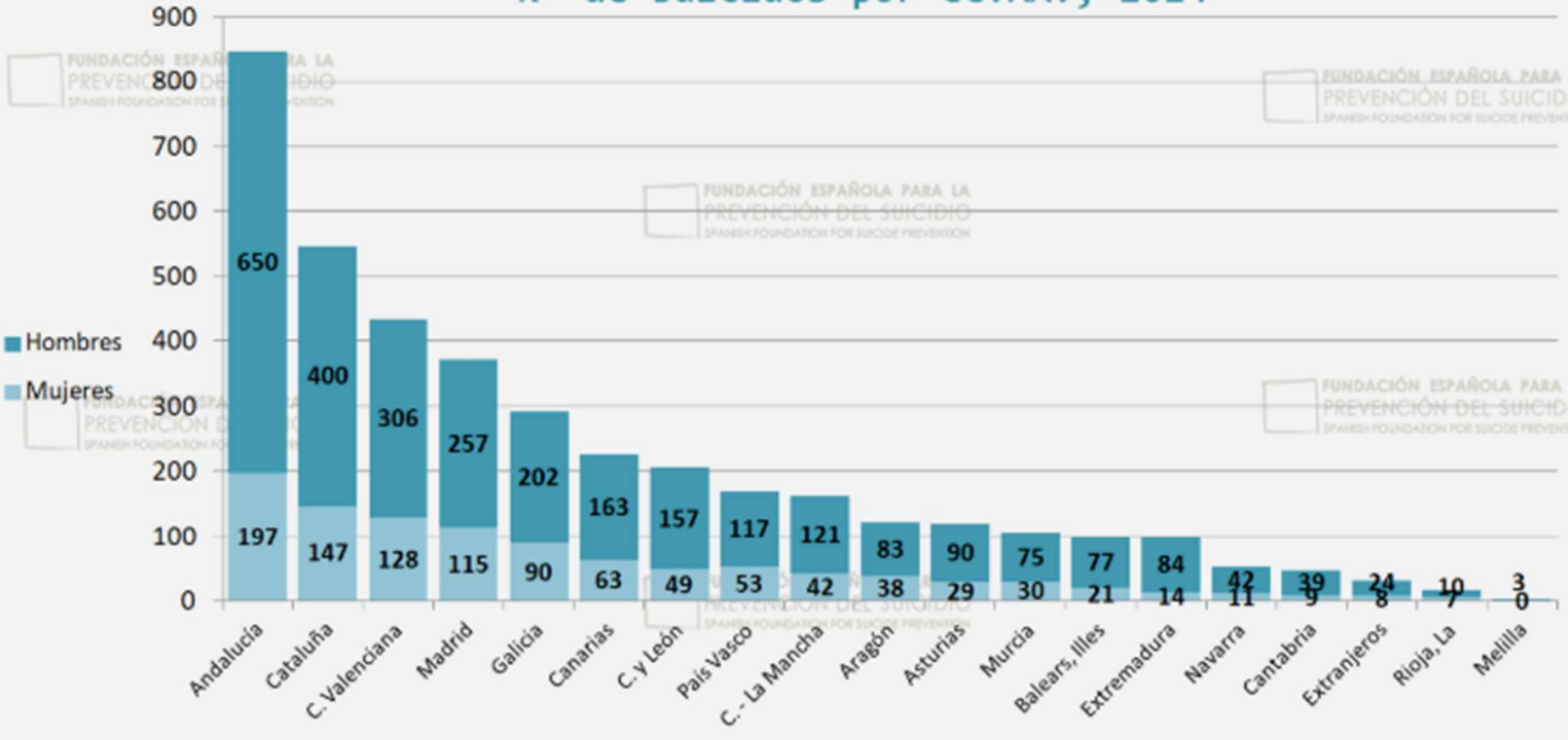
- En 2024 se produjeron 3.953 suicidios en España: 3 de cada 4 son de hombres y 1 de cada 4, de mujeres.
- Ello supone una media de 10,8 suicidios diarios.

Fuente: Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2024. INE, 2025: www.ine.es.

FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
SPANISH FOUNDATION FOR SUICIDE PREVENTION

SUICIDIOS España Estadísticas 2024

Nº de suicidos por CC.AA., 2024



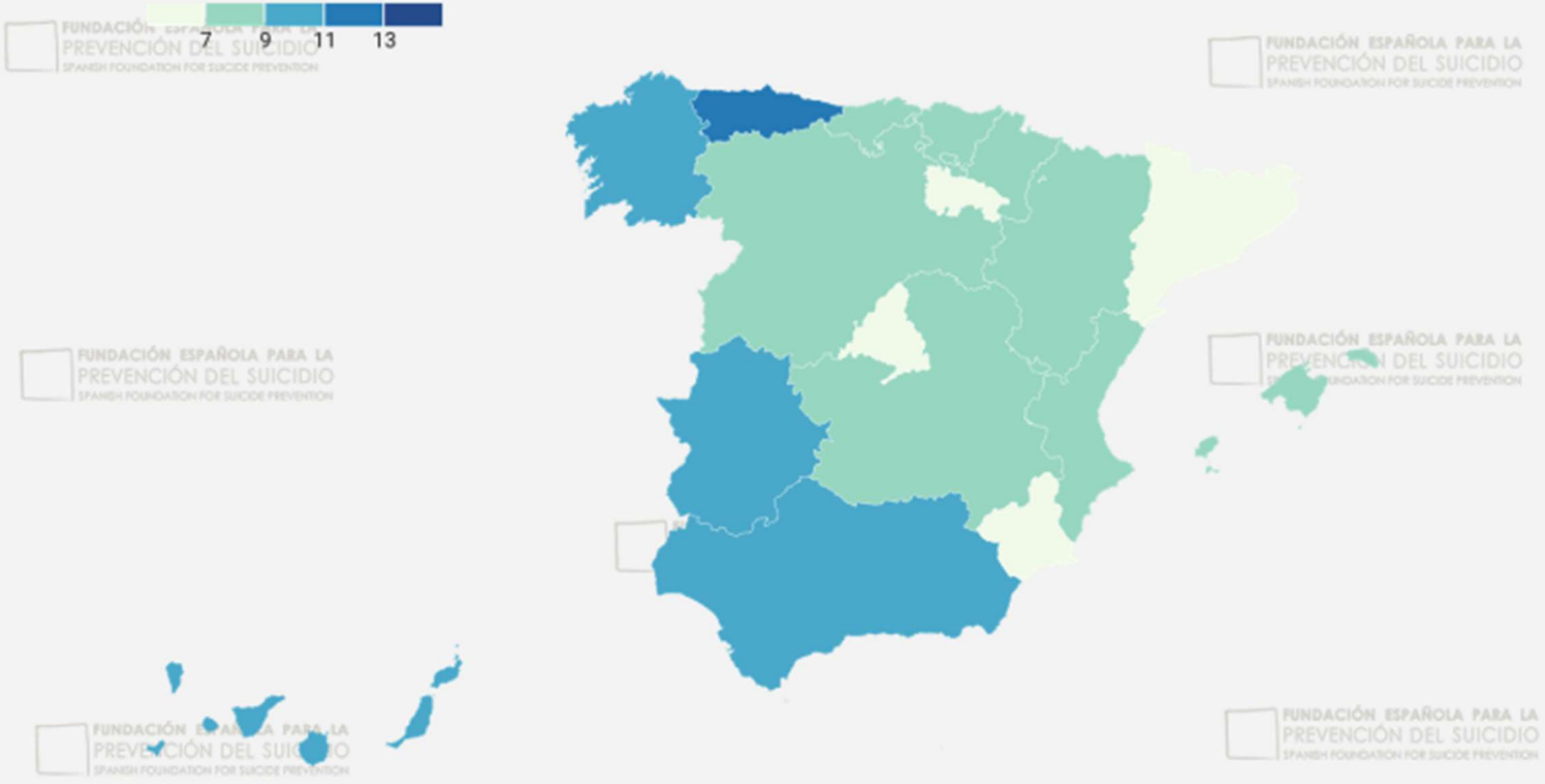
- Lo esperable es que, a mayor/menor volumen de población, mayor/menor número de suicidios, pero no siempre es así (por ejemplo, la C. Valenciana, con dos millones menos de habitantes que la C. de Madrid, presenta 62 suicidios más que esta).

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2024. INE, 2025: www.ine.es.

OBSERVATORIO DEL SUICIDIO

SUICIDIOS España Estadísticas 2024

Tasas de suicidio por 100.000 habitantes y CC.AA., 2024



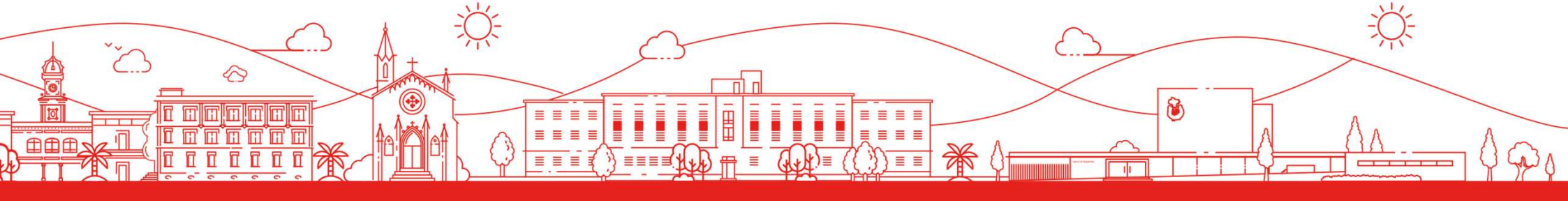
Mapa: Fundación Española para la Prevención del Suicidio · Creado con Datawrapper

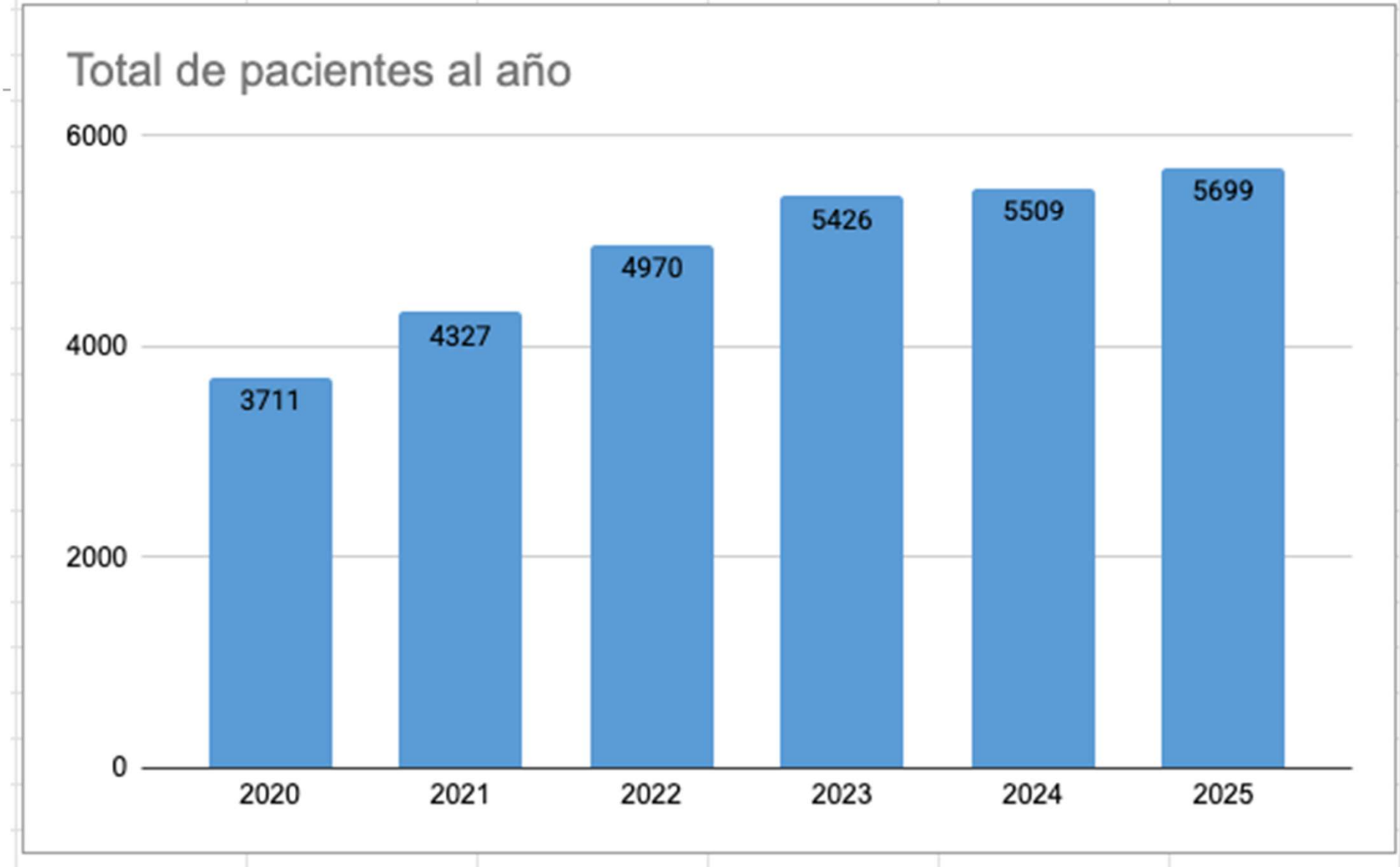
Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2024. INE, 2025 y del Censo Anual de Población. INE, 2025.

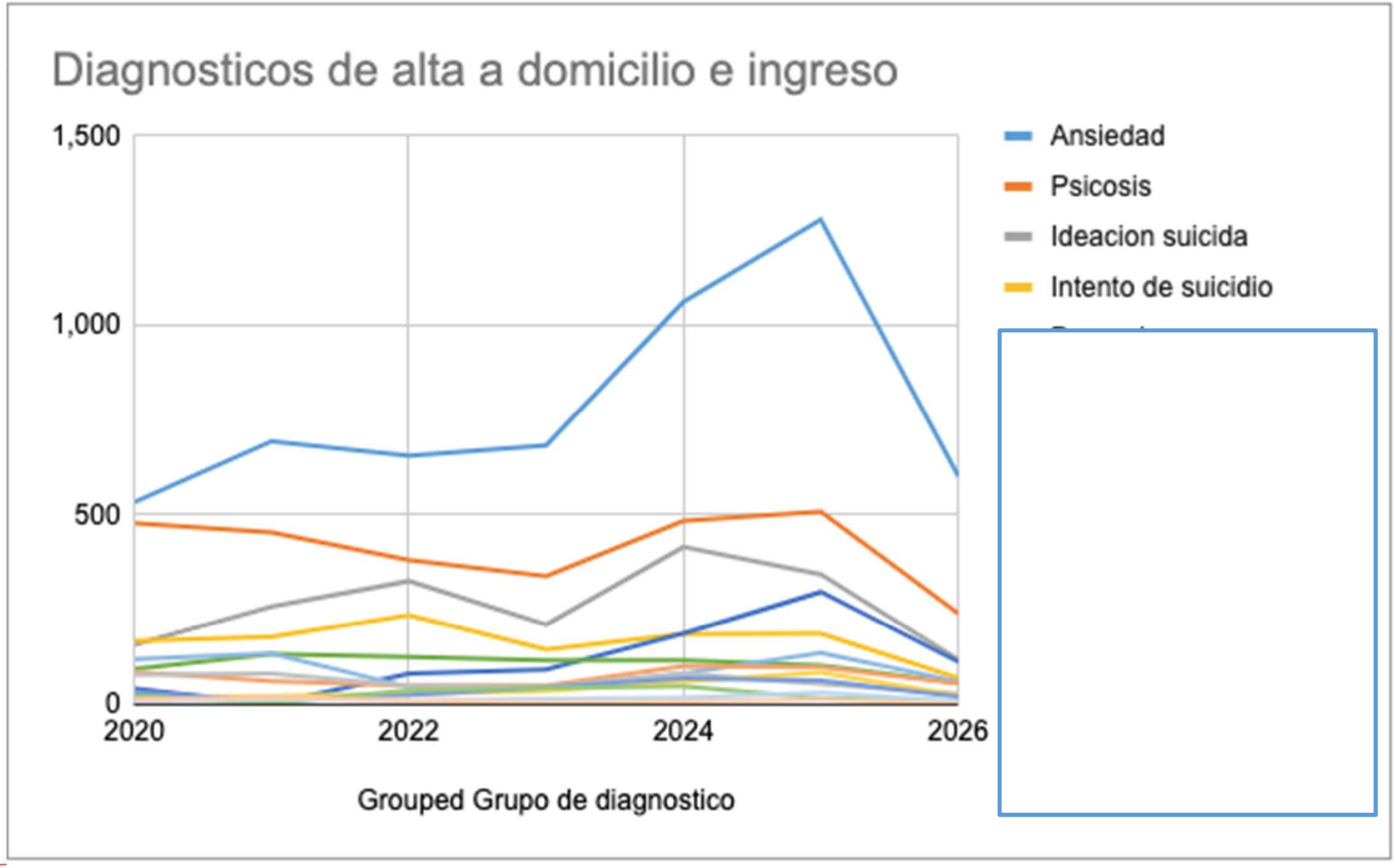
FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
SPANISH FOUNDATION FOR SUICIDE PREVENTION

2

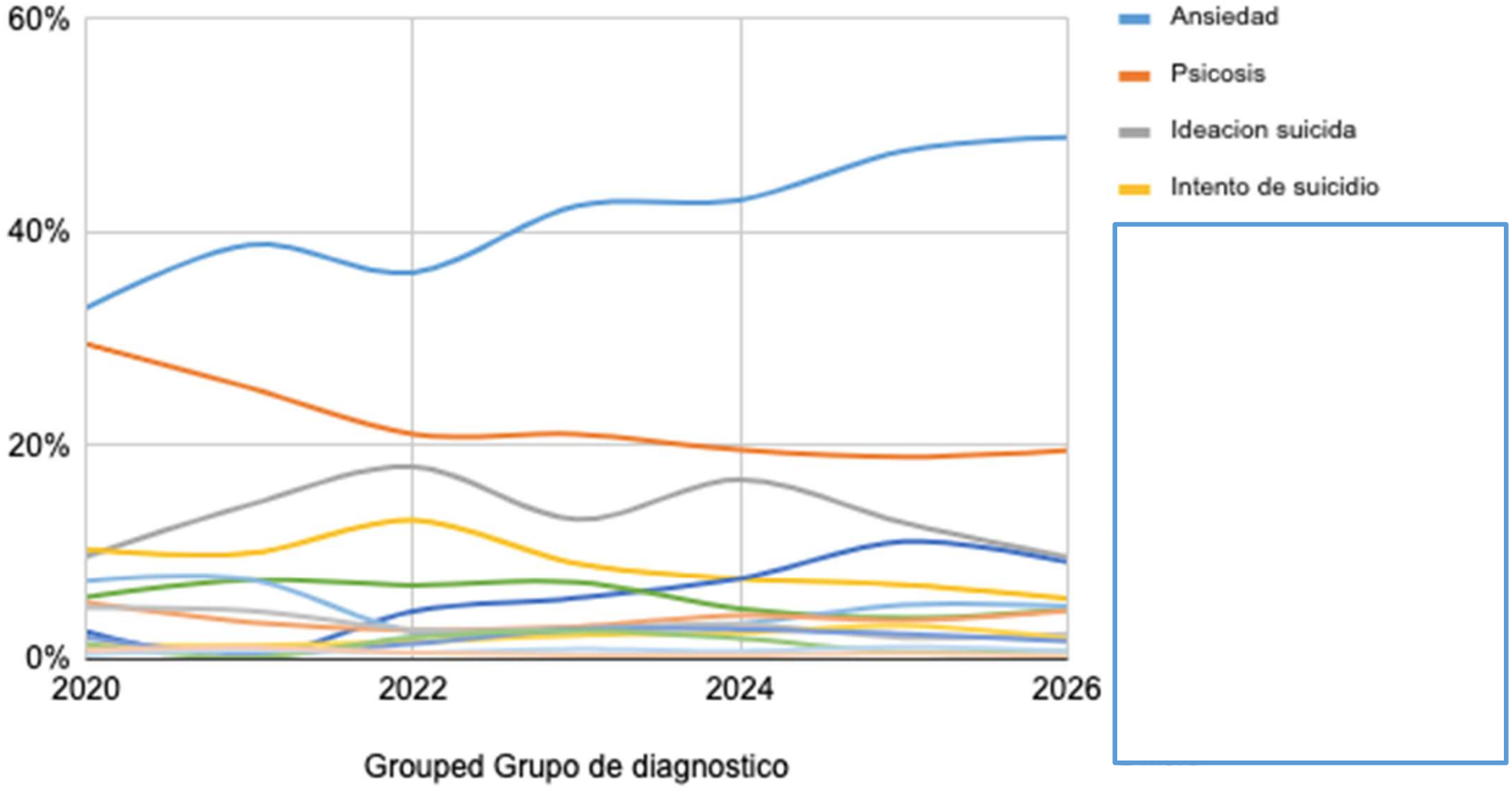
Conducta suicida en urgencias de psiquiatría




Total de pacientes al año
6000
4000
2000
0
3711
4327
4970
5426
5509
5699
2020
2021
2022
2023
2024
2025


Diagnosticos de alta a domicilio e ingreso
1,500
1,000
500
0
2020
2022
2024
2026
Grouped Grupo de diagnostico
Ansiedad
Psicosis
Ideacion suicida
Intento de suicidio

Diagnosticos de alta a domicilio e ingreso en porcentaje



COUNTUNIQUE of Paciente	AÑO							
Grouped Grupo de diagnostico	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Grand Total
Ideacion suicida	10%	14%	18%	13%	17%	13%	10%	17%
Intento de suicidio	10%	10%	13%	9%	8%	7%	6%	11%



Urgencias → Se detecta riesgo suicida y su motivo de consulta es otro

Urgencias PSQ → Motivo de consulta es la conducta suicida



Conducta suicida

Características de la conducta suicida

Factores de riesgo

Factores de protección



Factores precipitantes

Estado psicopatológico


Síntomas mentales
Conducta suicida
Sufrimiento, desesperanza, atrapamiento, vergüenza, culpa, rigidez
Contexto vital



Conducta suicida

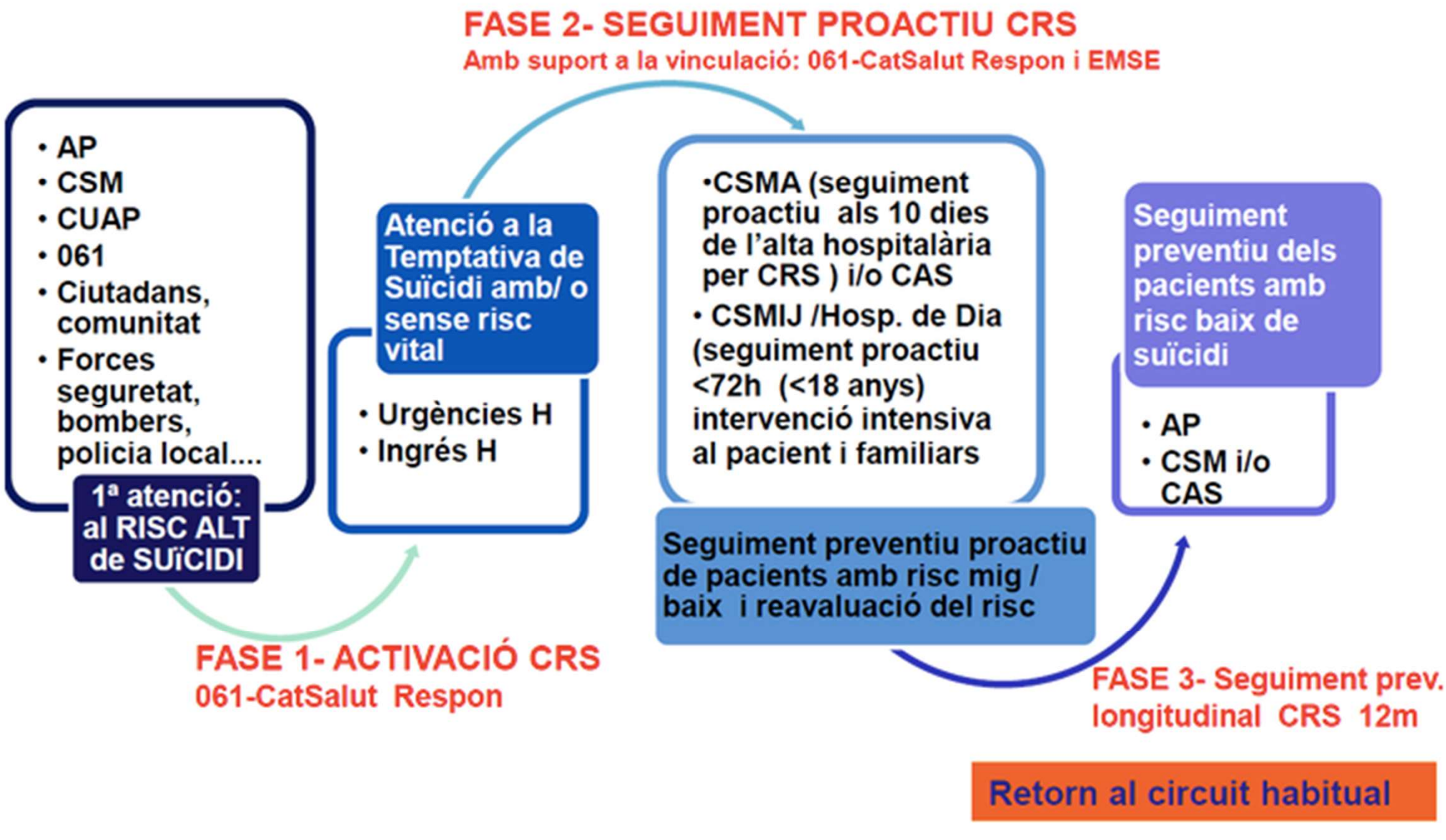
Alta a domicilio

Observación en urgencias

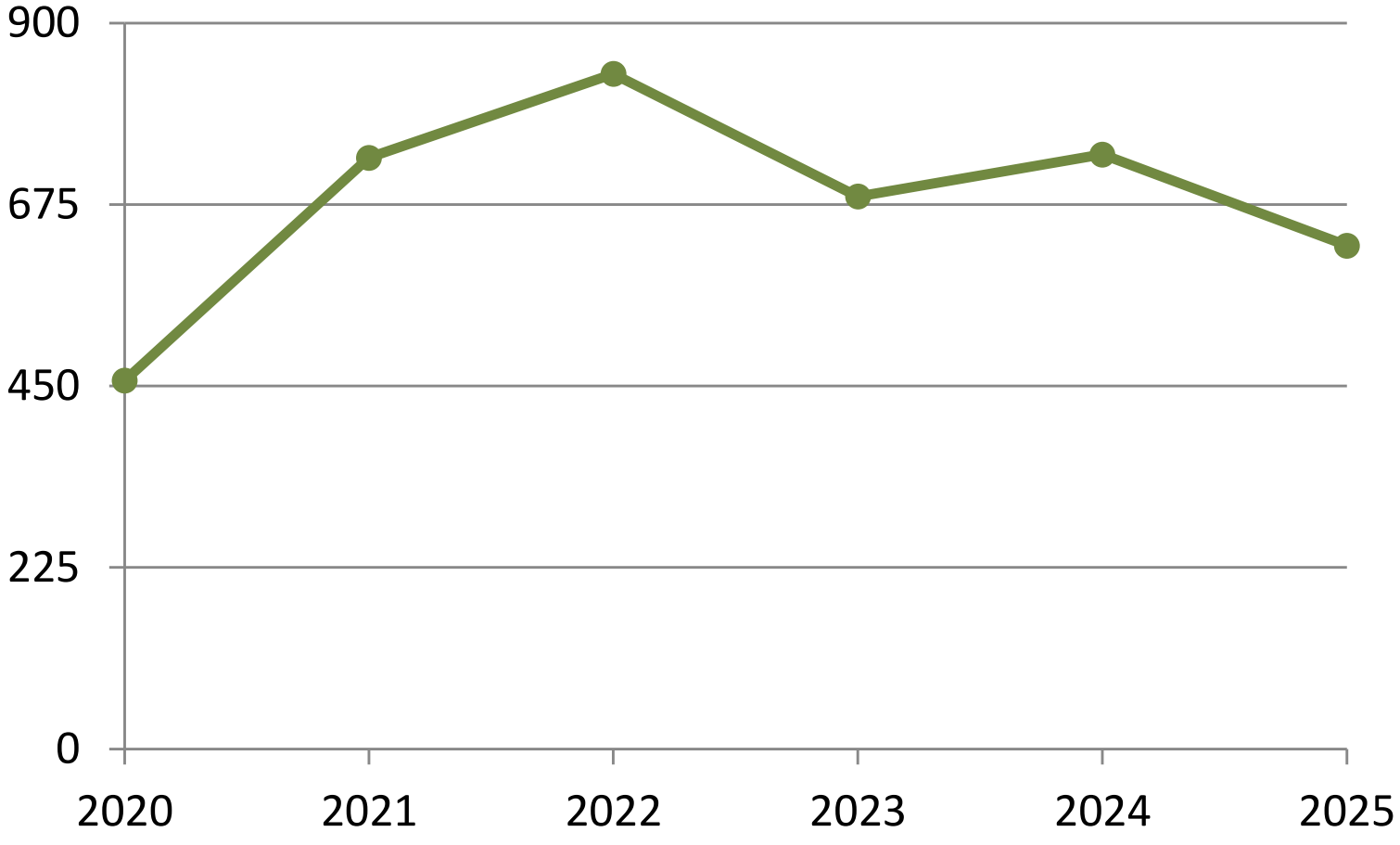


Ingreso

CODI RISC SUICIDI



CODI RISC SUICIDI, urgencias PSSJD





Conducta suicida

Alta a domicilio

Observación en urgencias



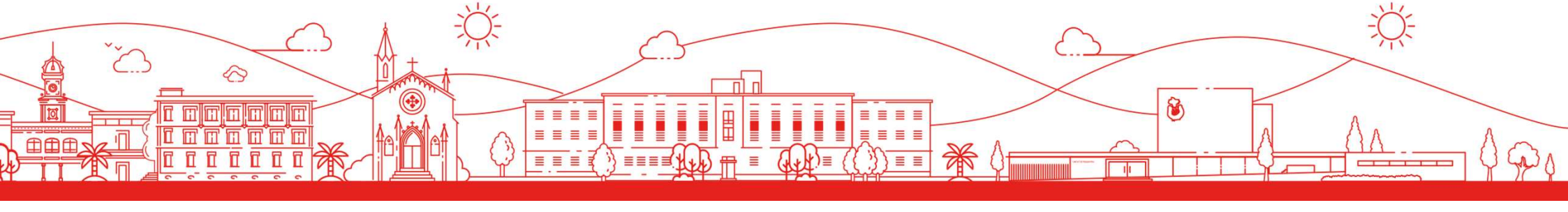
Ingreso

¿Cuándo nos planteamos ingreso?

Tentativas de suicidio grave +/- repercusión somática

Ideación suicida con riesgo de paso al acto y sin capacidad de contención en domicilio

Síntomas psicóticos activos de contenido autolesivo



¿Cómo podeos estandarizar el abordaje?



Residentes de Psiquiatría, psicología y enfermería

Personal de enfermería de PSQ y HG

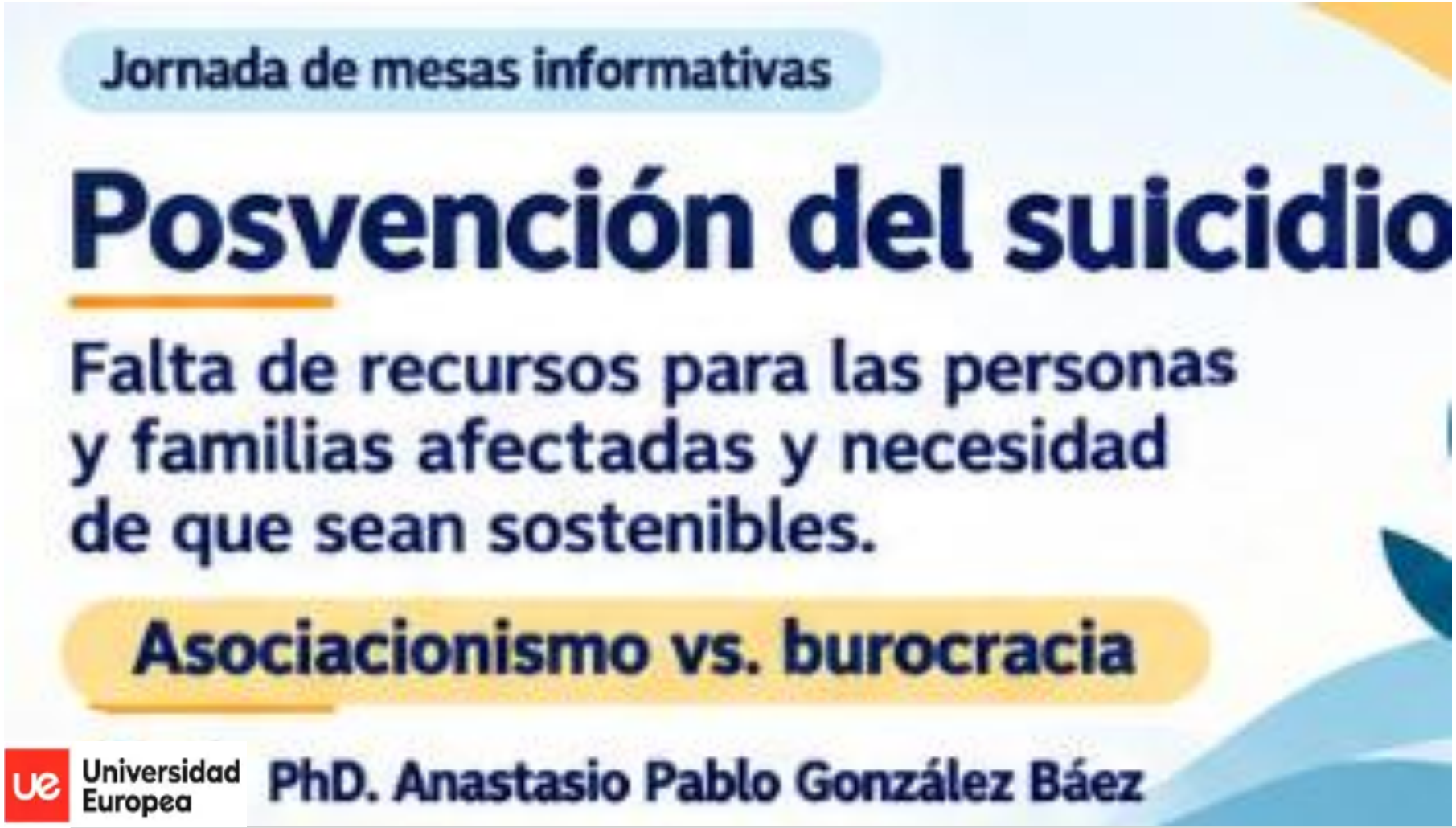
125 Xarxa de Salut Mental 1895 - 2020 | 10 Hospital de Sant Boi 2010 - 2020 | SJD

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Gracias

angelica.cuautle@sjd.es





GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030
SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES
IMSERSO

1 ¿Qué es la posvención?



Apoyo psicológico, social y comunitario a las personas que han perdido a un ser querido por suicidio (supervivientes) o que han intentado el suicidio.

Una atención que acompaña, reduce el impacto, previene complicaciones y cuida a quienes se quedan.

2 El problema: déficit de recursos y excesiva burocratización



La posvención se enfrenta actualmente a un grave déficit de recursos públicos y a una excesiva burocratización.

Mientras que el asociacionismo ofrece respuestas humanas, rápidas y empáticas, la maquinaria administrativa a menudo ralentiza o asfixia iniciativas necesarias para que la ayuda sea sostenible a largo plazo.

3 La falta de recursos y la vulnerabilidad del superviviente



La pérdida por suicidio conlleva un "duelo complicado" que multiplica el riesgo de problemas de salud mental e ideación suicida en el entorno cercano. Sin embargo, los recursos son insuficientes:

- **Saturación de la sanidad pública:** listas de espera que impiden una intervención temprana y especializada.
- **Falta de especialización:** no todos los profesionales cuentan con formación especifica en duelo por suicidio.
- **Invisibilidad del superviviente:** el sistema se enfoca en la prevención y la crisis, olvidando que la posvención también es prevención.

Tampoco podemos olvidar a la persona que ha intentado suicidarse y no lo ha conseguido, otra figura frecuentemente invisibilizada que necesita apoyo y acompañamiento.

4 Asociacionismo vs. Burocracia: el choque de dos realidades

Factor	El Asociacionismo (El salvavidas inmediato)	La Burocracia (El freno institucional)
Enfoque	**Humano y empático.** Formado por personas que han pasado por lo mismo (ayuda mutua) y profesionales comprometidos.	**Procedimental y rígido.** Centrado en el cumplimiento de normativas, leyes de subvenciones y requisitos legales.
Tiempo de respuesta	**Inmediato.** Creación rápida de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y acogida psicológica urgente.	**Lento.** Procesos de concesión de ayudas que tardan meses o años, dejando desamparadas a las entidades.
Flexibilidad	**Alta.** Se adapta a las necesidades emocionales cambiantes de las familias y del territorio.	**Baja.** Cuadros de justificación del gasto inflexibles que no entienden la realidad del día a día del tercer sector.
Carga de trabajo	**Desgaste emocional.** Los voluntarios y técnicos dedican su energía a la atención directa y al cuidado.	**Desgaste administrativo.** Obliga a las asociaciones a destinar horas y personal solo a rellenar papeles y justificar partidas.

5 Problemas comunes en la atención asociativa

1. Desgaste y "segunda victimización" del voluntariado

- Supervivientes atendiendo a supervivientes.
- Síndrome de burnout por alta intensidad emocional.
- Falta de apoyo psicológico para quien ayuda.

2. Inseguridad financiera y precariedad

- Dependencia de subvenciones anuales.
- Incertidumbre en la continuidad.
- Dificultad para mantener profesionales y espacios adecuados.

3. Límites asistenciales y dilemas éticos

- Diferenciar el acompañamiento (GAM) de la intervención clínica.
- Identificación y derivación de situaciones de riesgo.
- Necesidad de protocolos claros.

4. Aislamiento institucional y falta de reconocimiento

- Escasa integración en los circuitos públicos.
- Colaboración a menudo informal.
- Desconocimiento de los recursos por parte de familias y profesionales.

6 La necesidad de recursos sostenibles: claves para el futuro



Financiación pública estructural, no puntual

Convenios estables (plurianuales) y partidas fijas en los Planes Nacionales y Autonómicos de Salud Mental.



Alianzas público-privadas

Integrar el tejido asociativo en la red asistencial pública, con derivación directa desde hospitales y atención primaria.



Ventanilla única y simplificación administrativa

Canales ágiles y menos papeleo para proyectos de alto impacto social y sanitario.



Formación y acreditación

Acreditar a psicólogos y coordinadores de GAM con estándares de calidad oficiales, sin un coste inasumible.

7 El valor del asociacionismo



El asociacionismo ha demostrado ser el pilar fundamental donde se sostiene la posvención y la prevención del suicidio, pero la falta de un marco institucional sólido le obliga a asumir responsabilidades para las que, a menudo, no tiene capacidad estructural.


8
Hacia un modelo de colaboración sostenible
Asociacionismo
Experiencia vivida
Cercanía
Rapidez
Apoyo comunitario
Modelo sostenible
Administración
Estructura
Financiación estable
Coordinación
Garantía de equidad

9 Conclusión y pregunta para el debate



¿Cómo podemos garantizar una posvención con recursos suficientes, accesibles y sostenibles, que integre el valor del asociacionismo y supere las barreras burocráticas?



El asociacionismo es el corazón de la posvención, pero la Administración debe poner la estructura.

Gracias por vuestra atención

Acompañar en el duelo tras una muerte por suicidio también es prevenir, cuidar y sostener la vida de quienes se quedan.

PhD. Anastasio Pablo González Baéz

