



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid**

Grado en Enfermería

Curso 2017/18

**LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL
SUICIDIO EN LOS SERVICIOS DE
SALUD DE LA COMUNIDAD DE
CASTILLA Y LEÓN. UNA REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA**

Alumna: Ángela Martín Mateo

Tutor: Pedro Gabriel Martín Villamor

Co-tutora: María Ángeles Álvarez López

RESUMEN

El suicidio es un grave problema de salud pública a nivel mundial, siendo en España la principal causa de muerte no natural, duplicando las muertes por accidentes de tráfico. En Castilla y León en el año 2016, hubo 215 defunciones por suicidio, siendo el grupo más afectado los mayores de 65 años. Puesto que la prevención del suicidio es una necesidad debido a su alta incidencia, con este TFG se pretende aumentar los conocimientos e identificar las actividades de enfermería más relevantes para su prevención y conocer las actuaciones que se están llevando a cabo en los Servicios de Salud de Castilla y León. Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos en las bases más importantes de datos, y de la documentación disponible en el Portal de Salud de la Consejería de Sanidad referida al suicidio, obteniendo un total de 42 artículos y 8 documentos. De los primeros, 28 cumplieron los criterios de inclusión especificados, siendo el 43% en idioma inglés. En nuestra Comunidad, los profesionales de enfermería ocupan un lugar clave en la prevención del suicidio, ya sea en Atención Primaria, Urgencias o Unidades de Hospitalización de Salud Mental, jugando un rol imprescindible para la detección, cuidado y seguimiento de las personas con conducta suicida. Por ello, es necesario que la enfermería adquiera los conocimientos necesarios para manejar los sentimientos de las personas con ideaciones suicidas, los suyos propios, realizar una buena entrevista y mantener una relación terapéutica basada en la empatía, confianza y confidencialidad.

Palabras clave: “Suicidio”, “Prevención Primaria”, “Enfermería”, “Suicide”, “Primary Prevention” y “Nursing”.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Justificación.....	4
3. Objetivos	5
3.1. Objetivo General.....	5
3.2. Objetivos Específicos	5
4. Material y Método.....	6
5. Marco Teórico	9
5.1. Epidemiología.....	9
5.2. Fases del suicidio	9
5.3. Factores de riesgo	10
5.4. Factores protectores	13
5.5. Diferencias de género en los factores de riesgo suicida.	14
5.6. La prevención del suicidio en los Servicios de Salud de la Comunidad de Castilla y León. Papel de la enfermería en la prevención del suicidio.....	15
5.6.1. En los servicios de Atención Primaria.....	16
5.6.2. En los servicios de Urgencias.....	17
5.6.3. En las unidades de Hospitalización Psiquiátrica	17
6. Discusión.....	19
6.1. Limitaciones.....	20
7. Conclusiones	21
8. Bibliografía.....	22
9. Anexos.....	27
9.1. Anexo I	27
9.2. Anexo II.....	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Defunciones por suicidio según el sexo en España, 2016.....	2
Figura 2. Defunciones por suicidio según la edad en España, 2016.	2
Figura 3. Defunciones por suicidio según el sexo en Castilla y León, 2016.....	2
Figura 4. Defunciones por suicidio según el sexo en Castilla y León, 2016.....	3
Figura 5. Selección de artículos.....	8
Figura 6. Idioma de los artículos seleccionados.	8
Figura 7. Flujograma del Proceso de Prevención y Atención de la conducta suicida en Castilla y León.....	18
Figura 8. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida.....	28

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de los artículos seleccionados	7
-----------------------------------------------------------	---

1. INTRODUCCIÓN

No existe una definición universal para el concepto de suicidio, pero se podría definir como «aquella acción voluntaria o involuntaria realizada con la intención de atentar contra la propia vida».^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1986), definió el suicidio como «un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados».

También definió parasuicidio como «un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico».³

La Real Academia Española (RAE) define este concepto como «acción y efecto de suicidarse» y, en una segunda acepción como «acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza».⁴

Dichas definiciones no reúnen el conjunto del espectro de conductas suicidas debido a la gran diversidad, que pueden ir desde ideas de muerte hasta los planes concretos o tentativas o pseudotentativas para llamar la atención, teniendo como escalón intermedio las conductas autodestructivas o indirectas.¹

Según la OMS, alrededor de 800.000 personas mueren cada año a causa del suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos, siendo un problema muy grave de salud pública, produciéndose en cualquier región mundial, aunque es más frecuente en aquellos países de bajos y medios ingresos.⁵

El suicidio es la principal causa de muerte no natural en nuestro país, siendo dos veces más que las muertes en accidentes de tráfico. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2016, las defunciones por suicidios en España fueron 3.569 personas, es decir, 10 personas al día, y de esa cantidad, 2.662 eran hombres y 907 mujeres, siendo un 25 % las mujeres fallecidas por esta causa, con una tasa de mortalidad de suicidio y lesiones autoinfligidas de 7'683 defunciones por 100.000 habitantes.⁶ En la

franja de edad de menores de 15 años, se produjeron 12 suicidios; entre los 15 y 29 años, 247 suicidios; entre los 30 y 39 años, 456 suicidios; entre los 40 y 59 años, 1.404 suicidios; entre los 60 y 64 años, 270 suicidios y en la franja de mayores de 65 años, fueron 1.180 personas.⁷ La mayor parte de fallecimientos se producen en la franja de edad de 40 a 59 años, pero el riesgo aumenta 7 veces más con la edad.⁸

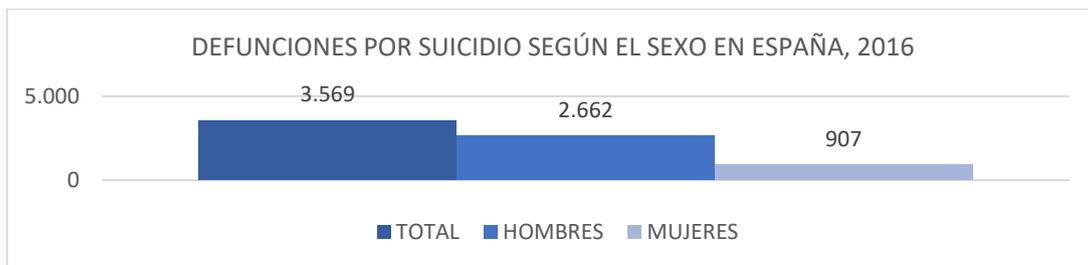


Figura 1. Defunciones por suicidio según el sexo en España, 2016.
Fuente. Instituto Nacional de Estadística ⁷

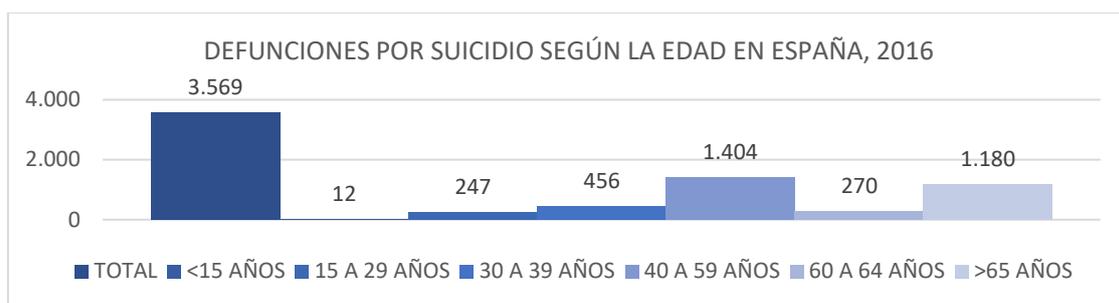


Figura 2. Defunciones por suicidio según la edad en España, 2016.
Fuente. Instituto Nacional de Estadística ⁷

En la Comunidad Autónoma de Castilla y León (INE, 2016), hubo 215 defunciones debido al suicidio, siendo 161 hombres y 54 mujeres. De esa cantidad, ninguna persona menor de 15 años se suicidó, 10 personas se incluían entre el rango de edad de 15 a 29 años, 22 personas en el rango de 30 a 39 años, 70 personas en el rango de 40 a 59 años, 19 personas en el rango de 60 a 64 años y 94 personas mayores de 65 años.⁷

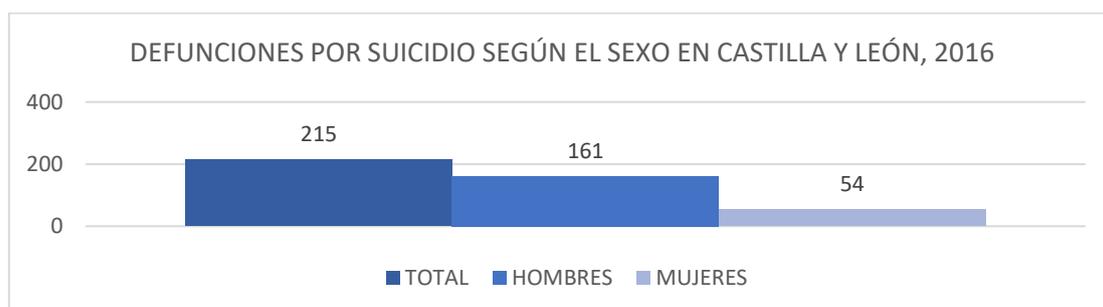


Figura 3. Defunciones por suicidio según el sexo en Castilla y León, 2016.
Fuente. Instituto Nacional de Estadística ⁷



Figura 4. Defunciones por suicidio según el sexo en Castilla y León, 2016
Fuente. Instituto Nacional de Estadística ⁷

En general, se puede afirmar, que las tasas de suicidios consumados son 5 veces mayores en varones, pero las tentativas de suicidios son de 30 veces más altas en mujeres. ³

2. JUSTIFICACIÓN

A pesar de la mejora de los tratamientos y de los servicios de asistencia psiquiátrica y salud mental, en las últimas décadas el suicidio continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en nuestro medio.

Aunque la mortalidad en la población general ha seguido una tendencia decreciente, las tasas de suicidio se han mantenido estables, e incluso se han incrementado en el grupo de población joven entre 15-24 años, en los que representa la principal causa de mortalidad junto con los accidentes de circulación, por lo que supone una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos.

Como todo problema importante de salud, el suicidio va a requerir que se desarrollen una serie de programas e intervenciones efectivas con fines de prevención, ya que es un problema evitable si se da un abordaje integral desde el ámbito sanitario.

La presente propuesta de Trabajo de Fin de Grado es precisamente una revisión de las actuaciones que se están realizando en la Comunidad de Castilla y León para optimizar la detección y prevención del suicidio en el contexto de la enfermería. Partiendo del Proceso de Atención y Prevención de la Conducta Suicida elaborado por la Consejería de Sanidad para los Servicios de Salud, ha supuesto una motivación para mí, la necesidad de concienciar a los profesionales de enfermería de la magnitud de este problema y reconocer los factores de riesgo asociados a estas conductas.

Debido a que en el problema del suicidio se solapan numerosos factores de riesgo tanto de morbilidad psiquiátrica previa, como familiares, genéticos, biológicos, de personalidad, psicosociales, etc., y que, junto a los factores de protección, determinarán la vulnerabilidad del individuo, una de las estrategias de prevención más eficientes es la adecuada detección, manejo y tratamiento de los pacientes con trastornos mentales, ya que se estima que el 90% de las personas que se suicidan presentan un trastorno mental.

Por ello, es necesario que todos los profesionales de enfermería realicen actividades de detección de la conducta suicida en aquellas personas que presenten trastornos mentales que acuden a los servicios de salud (Atención Primaria, Servicios de Urgencias y Salud Mental) de nuestra Comunidad, ya que es población de mayor riesgo.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

- Aumentar los conocimientos acerca de la prevención de los actos suicidas e identificar las actuaciones de enfermería para su prevención.

3.2. Objetivos Específicos

- Detectar el riesgo de suicidio en las personas con problemas de salud mental, que acuden a las consultas de enfermería en los servicios de salud.
- Fomentar el reconocimiento de los factores de riesgo y los factores protectores de las conductas suicidas en los profesionales de enfermería, para su prevención.
- Conocer las actuaciones más importantes que se están llevando a cabo para la prevención de la conducta suicida en los Servicios de Salud de la Comunidad de Castilla y León.
- Identificar las estrategias para la detección y seguimiento de la conducta suicida por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria, en los servicios de Urgencias y Salud Mental.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda de artículos científicos desde diciembre de 2017 hasta mayo de 2018 y de la documentación disponible en el portal de Salud de la Consejería de Sanidad de nuestra Comunidad, que hiciera referencia a las actuaciones para la prevención, detección y atención a las personas en riesgo de suicidio

Además, se obtuvo información y guías de práctica clínica a partir de las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Fundación Salud Mental España para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio (FSME), de la Confederación de Salud Mental España (FEAFES) y del Portal de Salud de la Junta de Castilla y León.

La búsqueda de dichos artículos se realizó a través de las siguientes bases de datos de internet: Pubmed, Sciene Direct, Dialnet, Ovid, Ebscohost, Scielo y Web of Sciene.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de este trabajo de revisión bibliográfica han sido los siguientes DeCS y MeSH. Los DeCS son “Suicidio”, “Prevención Primaria” y “Enfermería”; y los MeSH “Suicide”, “Primary Prevention” y “Nursing”.

Se utilizó el operador booleano “AND”, en la combinación de “suicidio AND prevención primaria AND enfermería” y “suicide AND primary prevention AND nursing”.

Los criterios de inclusión y exclusión establecidos son los siguientes:

- Criterios de inclusión:
 - Documentos publicados entre los años 2010 y 2018.
 - Artículos en el idioma español e inglés.
 - Documentos de acceso libre.
- Criterios de exclusión:
 - Documentos que no cumplan los criterios de inclusión.
 - Documentos de texto no completo.

Tras la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos citadas anteriormente se obtuvieron 42 artículos. De esos artículos, se seleccionaron 28 debido a que se excluyeron aquellos artículos que no cumplían los criterios de inclusión y los de exclusión.

A continuación, se muestran en una tabla los artículos seleccionados indicándose el autor, el título de la publicación, el nombre de la revista, el año de publicación y el tipo de estudio.

Tabla 1. Descripción de los artículos seleccionados

Autor y fecha de publicación	Título del artículo	Nombre de la revista	Tipo de Estudio
Goñi Sarriés, A. Zandio Zorrilla, M. 2017 (9)	Suicide: the challenge of prevention	Anales del Sistema Sanitario de Navarra	Revisión bibliográfica
Sánchez-Teruel, D. et al. 2018(10)	Variables related to suicide attempt in a Spanish province over a three-year period (2009-2011)	Ciência & Saúde Coletiva	Estudio transversal observacional y analítico
Sáiz, P.A. et al. 2014(11)	Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC)	Revista de Psiquiatría y Salud Mental	Estudio abierto, controlado y multicéntrico centrado en el manejo de casos
Sáiz, P.A. Bobes, J. 2014(12)	Suicide prevention in Spain: An uncovered clinical need	Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.)	Revisión bibliográfica
Ayuso-Mateos, J.L. et al. 2012(13)	Recommendations for the prevention and management of suicidal behavior	Revista de Psiquiatría y Salud Mental	Revisión bibliográfica
Calvo-García, F. et al. 2016 (14)	Riesgo de suicidio en población sin hogar	Clínica y Salud	Estudio transversal, observacional y analítico
Navarro-Gómez, N. 2017(15)	El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles	Clínica y Salud	Revisión bibliográfica
Carvajal Carrascal, G; Caro Castillo, C.G 2012(16)	Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería	Avances de Enfermería	Revisión bibliográfica
Hegerl, U. 2016(17)	Prevention of suicidal behavior	Dialogues In Clinical Neuroscience	Revisión bibliográfica
Gómez Rodríguez, A et al. 2013(18)	Manejo extrahospitalario de pacientes con comportamientos autolíticos	Metas Enfermería	Revisión bibliográfica
Domínguez Fernández, N et al. 2012(19)	Perfil de los pacientes con intento de autolisis atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias	Metas Enfermería	Estudio descriptivo, transversal
Victorio Molina, A Tomás Cánovas, L 2017(20)	Prevención de conductas suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo	Metas Enfermería	Revisión bibliográfica
Sieso Sevil, A.I. et al. 2012(21)	Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la enfermera especialista de salud mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido un intento autolítico	Biblioteca Lascasas	Valoración de programa, cuasiexperimental, longitudinal, prospectivo, de series temporales
Albuxech García, M.R. 2017(22)	Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA «00150 riesgo de suicidio»	Tesis Doctoral Universidad de Alicante	Estudio observacional, longitudinal, descriptivo y analítico

Arias López, H.A. 2012(23)	Factores de éxito en programas de prevención del suicidio	Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica	Revisión bibliográfica
Suso-Ribera, C. et al. 2017(24)	El suicidio en Castellón entre 2009 y 2015: ¿ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias entre los ámbitos urbano y rural?	Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)	Estudio transversal observacional, analítico y retrospectivo
Barrigón, M. L. Baca-García, E 2018(25)	Retos actuales en la investigación en suicidio	Psiquiatría y Salud Mental	Revisión bibliográfica
Giner, L. Guija, J.A. 2014(26)	Number of suicides in Spain: Differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine	Revista de Psiquiatría y Salud Mental	Estudio observacional, analítico y retrospectivo
Barros, J. et al 2016(27)	Suicide detection in Chile: proposing a predictive model for suicide risk in a clinical sample of patients with mood disorders	Revista Brasileira de Psiquiatría	Muestreo intencional, consecutivo y estratégico
de Souza Pereira, W.K. et al 2017(28)	The adolescent who attempts suicide: epidemiological study in reference units.	Journal of Nursing UFPE	Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo
Leavey, G. et al. 2017 (29)	The failure of suicide prevention in primary care: family and GP perspectives – a qualitative study	BMC Psychiatry	Estudio cualitativo con dos grupos
Andreasson, K. et al. 2017(30)	MYPLAN –mobile phone application to manage crisis of persons at risk of suicide: study protocol for a randomized controlled trial	Trials	Ensayo de superioridad clínica, al azar, con grupos paralelos, de dos grupos y observador ciego
Boslster, C. et al. 2015(31)	Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show?	OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing	Revisión bibliográfica.
Parra Uribe, I. et al. 2013(32)	Attempted and completed suicide: Not what we expected?	Journal of Affective Disorders	Estudio observacional, analítico
López-Castroman, J. et al. 2015(33)	Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos	Actas Españolas de Psiquiatría	Programa para la salud.
Tejedor, C. et al. 2011(34)	Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Treita de l'Eixample de Barcelona	Actas Españolas de Psiquiatría	Programa para la salud.
Reijas, T. et al. 2013(35)	Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida	Actas Españolas de Psiquiatría	Estudio de cohortes
Azcárate, L. et al. 2015(36)	Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013)	Anales del Sistema Sanitario de Navarra	Estudio descriptivo, observacional y analítico

Fuente: Elaboración propia.

SELECCIÓN DE ARTÍCULOS



Figura 5. Selección de artículos.
Fuente: Elaboración propia.

IDIOMA DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS



Figura 6. Idioma de los artículos seleccionados.
Fuente: Elaboración propia.

5. MARCO TEÓRICO

El suicidio se conceptualiza desde dos modelos explicativos. Uno de ellos lo considera como la predisposición orgánica a contraer una enfermedad sea por factores hereditarios o parte de la sintomatología de determinados trastornos mentales, y el segundo, lo define como todo acto encaminado a infringirse daño a uno mismo, de forma deliberada, independientemente del grado de letalidad, y que incluye las conductas autolesivas, la ideación y el intento previo de suicidio, además de su consumación.¹⁴

En la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 no se codifica el suicidio como tal, pero sí las conductas conducentes al intento de suicidio.²⁰

5.1. Epidemiología

Según la OMS, en el año 2012, hubo unas 804.000 muertes por suicidio en el mundo, indicando una tasa mundial de suicidio según la edad de 11'4 por 100.000 habitantes.³⁷

En la Unión Europea, según Eurostat en el año 2015, la tasa de mortalidad por suicidio se situaba en 10'91 defunciones por cada 100.000 habitantes.³⁸

En España, los datos aportados por el INE sitúan, desde el año 2008, al suicidio como la primera causa no natural de defunción, por encima de las muertes por accidentes de tráfico.¹¹ Las tasas de suicidio en España son relativamente bajas en relación con otros países europeos, pero se ha observado un aumento desde el año 2012-2015⁹, no existiendo estimaciones fiables sobre el número total de intentos de suicidio en España, aunque un estudio reciente señala una tasa de 120.000 intentos de suicidio al año.³³

El suicidio se incrementa con la edad, siendo el aumento más acusado a partir de los 40 años. Por otro lado, en el grupo de edad entre 15 y 24 años, el suicidio parece ser la segunda causa de muerte debido al incremento de las tasas, considerándose actualmente uno de los grupos de mayor riesgo.³⁶

5.2. Fases del suicidio

El suicidio o intento autolítico rara vez se produce de manera directa ya que suele suceder tras la progresión de una serie de fases. Cuando se origina de manera directa es

muy difícil de detectar y, por lo tanto, de prevenir. Las etapas más usuales del suicidio son las que a continuación se desarrollan.

La **fase ideativa** es aquella en la que la persona tiene una idea como una ocurrencia. La **fase deliberativa** se encuentra presente cuando la persona analiza esa idea con sus ventajas y obstáculos, pasando de ser una idea desmesurada a una idea admisible. A continuación, se encuentra la **fase decisiva** que aparece cuando la persona ya ha analizado por completo su idea y toma la decisión de querer cometer el acto suicida, encontrándose intranquila, con desesperación y desconsuelo. Después, llega la **fase dilatoria** siendo un periodo de calma en la que se ha convencido de que va a realizar el suicidio. Posteriormente, la persona entra en la **fase operativa** que se caracteriza por la planificación de los actos que va a realizar para la elaboración de dicha idea, pero sin conductas que aludan a su deseo de suicidarse. Por último, se encuentra la **fase ejecutiva** que como indica su nombre, es en la cual la persona ejecuta el suicidio.²

5.3. Factores de riesgo

Es de gran importancia una identificación individualizada de los factores de riesgo ya que aumentan o disminuyen el riesgo de intento suicida, debiéndose realizar en situaciones determinadas.^{17, 3}

La OMS tiene unas recomendaciones para la correcta realización de la entrevista clínica (ANEXO I).³⁹

El suicidio es multifactorial, es decir, se debe a la unión de varios factores de riesgo con la inexistencia de factores de protección.⁴⁰ Los factores de riesgo se pueden clasificar en factores individuales, familiares y contextuales y otros factores (ANEXO II).

Dentro de los **factores individuales** nos encontramos con los trastornos mentales, los factores psicológicos, los intentos previos de suicidio o ideación suicida, la edad, el género, los factores genéticos y biológicos y la existencia de enfermedad física o discapacidad.

La presencia de trastornos mentales se ha asociado al riesgo de suicidio y entre los más frecuentes se encuentran la depresión mayor, el trastorno bipolar, los trastornos

psicóticos, trastornos por abuso de alcohol o sustancias, trastornos de conducta alimentaria y trastornos de personalidad, impulsividad y agresión.

La depresión mayor es aquella que habitualmente se asocia al suicidio debido a que aumenta 20 veces más el riesgo respecto a la población y aunque aparece en cualquier edad, existe mayor riesgo cuando el comienzo es a los 30-40 años.

Los pacientes con trastorno bipolar que intentan realizar un intento autolítico se encuentran entre un 25-50%, existiendo un mayor riesgo en el inicio de la patología y cuando están presentes comorbilidades asociadas, aumentando éste 15 veces más.

Los trastornos de ansiedad se asocian a elevadas tasas de intentos suicidios, pero no se ha demostrado si representa un riesgo individual o se encuentra asociado a otros factores.

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, tienen más riesgo aquellas mujeres que presentan anorexia nerviosa en la adolescencia, siendo 4 veces más el riesgo pudiendo ser aumentado si se asocia a otros factores.

Los factores psicológicos que habitualmente se asocian al riesgo de suicidio son la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, siendo esta última el factor que más influye.

Existen unos rasgos de personalidad que son muy útiles a la hora de valorar el riesgo suicida siendo la agresividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad.

Los intentos previos de suicidio e ideación suicida aumentan 20-30 veces más el riesgo durante el primer año después del intento autolítico, siendo los ancianos la población con más riesgo de suicidio consumado tras intentos autolíticos previos. En cambio, el riesgo de suicidio disminuye cuando la ideación se mantiene en el tiempo sin intentos ni planes.

Las edades comprendidas en la adolescencia y en la edad avanzada suponen más riesgo de suicidio, siendo los ancianos los que más suicidios consuman debido a la utilización de métodos más letales. Refiriéndonos al sexo, tiene más riesgo de suicidio los hombres

que las mujeres ya que los hombres presentan mayores tasas debido a la utilización de métodos más letales, pero, en cambio, las mujeres presentan más tentativas de suicidio.

Existen unos factores genéticos y biológicos que se asocian al riesgo de suicidio siendo una disfunción del sistema serotoninérgico central por unos niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo

La enfermedad física crónica o terminal y la discapacidad se ha relacionado con un alto riesgo de suicidio, pero se suele producir el suicidio cuando se asocia a trastornos mentales. El 25% de los suicidios se ha asociado a enfermedades físicas y el 80% cuando se trata de ancianos con enfermedad física.

En relación con los **factores de riesgo familiares y contextuales** diferenciamos entre presencia de historia familiar de suicidio, eventos vitales estresantes, factores sociofamiliares y ambientales, y el efecto “contagio” o Werther.

Refiriéndonos a la presencia de historia familiar de suicidio, aumenta el riesgo de suicidio cuando hay antecedentes familiares de suicidio y el riesgo es mayor cuando el familiar es de primer grado y en el sexo femenino. También lo aumentan las situaciones vitales estresantes como las pérdidas personales tipo divorcios, muertes, pérdidas de trabajo o dinero, problemas legales, y conflictos.

Refiriéndonos al apoyo sociofamiliar, tienen más riesgo de suicidio aquellas personas que se encuentran solteras, separados, divorciados, que viven solos o que no tengan red de apoyo. En cuanto al nivel socioeconómico, la pérdida del puesto de trabajo ya sea por despido o jubilación corresponde a un alto riesgo de suicidio, así como los empleos con alto nivel de estrés y los niveles educativos bajos. Aquellas personas que se consideran ateas manifiestan un aumento del riesgo autolítico debido a que la religión puede que sea un factor protector. El efecto “contagio” o Werther aparece tras la exposición a suicidios o tras la información de éstos en los medios de comunicación, produciéndose así conductas suicidas.

Entre **otros factores de riesgo** nos encontramos con historia de maltrato físico o abuso sexual, orientación sexual, acoso y un fácil acceso a armas, medicamentos y/o tóxicos.

El haber sufrido abusos sexuales o físicos durante la infancia produce un aumento de la conducta suicida junto con otros factores concomitantes, al igual que ser una mujer maltratada por violencia de género produce un aumento del riesgo de dos veces más, además de también aumentar el poder sufrir trastornos mentales. Por otro lado, el agresor de la violencia de género suele realizar un intento de suicidio y algunos consuman el acto, por lo que tienen un alto riesgo de suicidio.

Los homosexuales, parece ser que tienen un alto riesgo de intento autolítico, pero suele ser en la adolescencia debido a discriminaciones y falta de apoyo. Los adolescentes que sufren acoso escolar o bullying tienen normalmente ideaciones suicidas causadas por el estrés producido. Un fácil acceso a armas, armas blancas, medicamentos, drogas y otro tipo de tóxicos hace que se tenga un mayor riesgo de cometer el acto suicida ya que aumenta la ideación suicida.

Estos factores necesitan de unas situaciones precipitantes que le produzcan a la persona más facilidad para que realice el acto suicida, como puede ser acontecimientos estresantes, mayor facilidad de acceso a métodos de suicidio, aislamiento social, problemas en las relaciones interpersonales, muertes recientes, ... A estas situaciones se les podría llamar factores precipitantes.³

5.4. Factores protectores

Existen una serie de factores llamados de protección debido a que fortalecen la capacidad de recuperación tras una situación estresante y protegen de la ideación suicida. Es de gran importancia conocer este tipo de factores para la disminución del riesgo de suicidio y, por consiguiente, su prevención. Entre estos factores se encuentran las sólidas relaciones personales, las creencias religiosas o espirituales y estrategias positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida.

Cuando una persona tiene una pérdida, aumenta el riesgo de suicidio, pero en cambio, si tras esa pérdida mantiene **relaciones personales** estrechas puede aumentar la capacidad de recuperación, disminuyendo el riesgo autolítico. Esas relaciones suelen provenir de su círculo social más cercano, que le proporciona apoyo emocional en el período posterior a la pérdida, disminuyendo los factores de riesgo. Respecto a las **creencias religiosas o espirituales** pueden ser factores de riesgo o de protección dependiendo de

qué prácticas realicen. Es un factor de protección debido a que pertenecen a algún tipo de creencia religiosa, unidos en comunidades sociales compartiendo un tipo de valores comunes y proporcionándose ayuda. Pero a su vez, en este tipo de valores puede estar influido por alguna postura contraria al suicidio, produciéndose estigma y, por consiguiente, ser un tema tipo tabú, por lo que podría ser un factor de riesgo. Las **estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida** son un tipo de estrategias que aumentan la protección en situaciones de alta vulnerabilidad. Estas estrategias son: una autoestima alta, capacidad de resolver problemas, buscar ayuda cuando lo crea necesario y buscar soluciones ante las adversidades vitales. Aquellas personas que les cuesta pedir ayuda ante los problemas, tienen más predisposición a sufrir trastornos mentales, ya que aumenta el riesgo que se podría haber prevenido si hubiese pedido ayuda en una situación temprana. Por esta razón, es de vital importancia promover estas estrategias desde la niñez, para que sean más adaptativos en su vida adulta y disminuya el riesgo de suicidio.³⁷

5.5. Diferencias de género en los factores de riesgo suicida.

Algunos factores tienen impacto diferente en hombres y mujeres en cuanto a la conducta suicida.

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo especialmente en el género femenino, en cambio, las conductas suicidas previas multiplican el riesgo en los hombres.

En las mujeres es mayor la problemática de los cambios sociológicos, especialmente en casadas con hijos pequeños que pertenecen a clases sociales más desfavorecidas. En relación con el matrimonio y a la unión, en los hombres supone un factor de protección, pero en cambio, los conflictos con las parejas producen en las mujeres la aparición de depresión, siendo un factor de riesgo.

Las estrategias de afrontamiento al estrés que utilizan las mujeres, en concreto las adolescentes, pueden mantener o incrementar el malestar psicológico, por lo que se las debería de enseñar en institutos del uso de estrategias para un buen afrontamiento.

Respecto al abuso de sustancias, en concreto al alcohol que es un factor de riesgo, se suele relacionar a hombres de raza blanca, mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, aislados socialmente y con problemas económicos y/o laborales.

En cuanto al método más utilizado, también hay diferencias de género, siendo en los dos el método de ahorcamiento el más común, pero, en segundo lugar, ya hay diferencias. Los hombres eligen por igual las armas de fuego y el envenenamiento por drogas, en cambio en las mujeres, el segundo método es el envenenamiento por drogas y, en tercer lugar, precipitarse desde una altura.⁴¹

5.6. La prevención del suicidio en los Servicios de Salud de la Comunidad de Castilla y León. Papel de la enfermería en la prevención del suicidio

La Consejería de sanidad viene trabajando desde hace años en la mejora de la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes, mediante programas específicos de atención. La prevención y atención a la conducta suicida siempre ha resultado interés para los servicios sanitarios de la Comunidad de Castilla y León.

Desde que, en el *I Plan Estratégico de Salud de la Comunidad de Castilla y León*, se planteó la disminución de los suicidios consumados y se materializó en el *Plan Sectorial de Prevención y Atención de las conductas suicidas en Castilla y León (1996)*, no ha dejado de incluirse su prevención en todos los planes, programas y estrategias que se han ido elaborando desde entonces hasta la actualidad.

En el *II Plan de Salud de Castilla y León (1988)*, se fijó como uno de sus objetivos la realización de programas específicos en grupos de riesgo suicida en las unidades de hospitalización y Servicios de Salud Mental.

El *III Plan de Salud de Castilla y León (2008-2012)*, incluye igualmente la mejora de la prevención del suicidio y el desarrollo de programas de seguimiento de personas con intentos de suicidio.

En el año 2010 se publica *La Guía de seguridad en la Atención de las personas con Trastornos Mentales*, que contiene un *Protocolo de Evaluación e Intervención en pacientes con riesgo de suicidio y autolesiones* para los Servicios de Salud.

Finalmente, el *IV Plan de Salud. Perspectiva 2020*, establece como un objetivo específico el mejorar la atención a las personas con enfermedad mental, eliminar el estigma y promover acciones para su recuperación y, para ello, plantea como una medida el desarrollar e implementar el proceso integrado de atención a la conducta suicida en los Servicios de Salud Mental, en coordinación con Atención Primaria y los Servicios de Urgencias, que se implanta en los Servicios de Salud en el año 2016.⁴²

5.6.1. En los servicios de Atención Primaria

Los profesionales de enfermería, junto con los demás profesionales de la salud, les corresponde la detección del riesgo suicida, que se basa en el conocimiento de la existencia de ideas o conductas suicidas recientes ya sean en el momento de la entrevista o a través de familiares.

Los dos periodos vitales que suponen más riesgo son la adolescencia y los mayores de 65 años.

En los servicios de Atención Primaria, los profesionales de enfermería tienen una extraordinaria importancia a la hora de detectar a las personas con riesgo suicida, debido a la relación de confianza que habitualmente tienen con sus pacientes.³

La detección se realiza a través de la entrevista clínica en las consultas de Atención Primaria o en el domicilio del paciente, para reconocer los factores de riesgo que anteriormente se han descrito, aumentando el nivel de riesgo si aumentan los factores de riesgo. La entrevista clínica incluye anamnesis, preguntas graduales y progresivas y exploración en condiciones de privacidad, confidencialidad y respeto adecuados para establecer una adecuada alianza terapéutica. Toda la información deberá ser registrada en la historia clínica del paciente, comunicando al médico de Atención Primaria la existencia del riesgo, en los casos que lo hubiere.⁴²

La tipología de los pacientes que se atiende en este ámbito son aquellos que han sobrevivido a un intento suicida, los que acuden manifestando una ideación suicida y aquellos que tienen ideación suicida pero no la han manifestado verbalmente.³

Además, participarán en el seguimiento de los pacientes tras el alta hospitalaria por un intento de suicidio o tras la consulta en los Servicios de Urgencias, hasta ser visto por

los profesionales de Salud Mental, para lo cual establecerá contactos telefónicos o les atenderá de forma presencial en la consulta del centro de salud.

Es importante que los profesionales de enfermería, junto al médico de Atención Primaria, realicen la captación precoz de los supervivientes, es decir, de las personas que mantenían vínculos afectivos con el fallecido, para tratar las alteraciones emocionales y posibles efectos negativos, prestándoles apoyo emocional para prevenir el duelo patológico, a través de la escucha activa expresando disponibilidad y facilitar vías de comunicación informales.⁴²

5.6.2. En los servicios de Urgencias

Teniendo en cuenta que el personal de enfermería realiza el triaje en los Servicios de Urgencias y a través del cuestionario SET, deberá asignar como mínimo un nivel 3 o amarillo, a aquella persona que acude con ideación o intento de suicidio, siendo atendido en menos de una hora priorizando así la atención médica.

Los enfermeros deberán detectar el riesgo de suicidio en aquellas personas que tienen un trastorno psiquiátrico comórbido y se detecten síntomas de depresión o ansiedad.⁴²

En estos servicios se deben de proporcionar medidas de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresión, por lo que se debe pedir que estos pacientes entreguen objetos que puedan originar daños, así como medidas de vigilancia y evitar que en el lugar en el que se encuentre haya objetos con los que se pueden realizar autolesiones.⁴¹

5.6.3. En las unidades de Hospitalización Psiquiátrica

Cuando un paciente se encuentra hospitalizado en la Unidad de Psiquiatría, se le deberá valorar inicialmente el riesgo de suicidio, detectándolo si lo hubiera. Se deberán tomar medidas de observación y chequeo rutinario, y los pacientes con riesgo alto deberán ser supervisados y dependiendo del riesgo tendrán supervisión constante presencial, supervisión visual continuada o supervisión frecuente. Hay que reducir el acceso a métodos potencialmente letales para crear y mantener un entorno protector que evite posibles intentos suicidas. Todo se registrará en la historia clínica.

Cuando un paciente recibe el alta hospitalaria, el personal de enfermería, junto con los demás profesionales sanitarios deberán elaborar un programa de tratamiento y seguimiento según las necesidades de cada paciente para reducir las tentativas. Se deberá citar al paciente en un plazo de no más de siete días con un Especialista en Salud Mental, informando a los familiares de dicha cita. Hasta la cita se realizará al menos un contacto telefónico con el paciente o familiares para asegurar la continuidad de la atención y disminuir el número de abandonos. Si el paciente no acude a la cita se realizará un abordaje proactivo y el equipo multidisciplinar realizará una búsqueda activa en coordinación con Atención Primaria. Se deberán acordar medidas de acompañamiento y supervisión, así como recomendaciones sobre pautas de restricción de acceso a métodos letales.

Los enfermeros de las Unidades de Hospitalización deberán estar en coordinación con los de Atención Primaria estableciendo vías de canalización de la información para los nuevos casos de pacientes en seguimiento ambulatorio. Se informará periódicamente la evolución de los pacientes durante el tiempo que permanezcan en situación de riesgo, que generalmente es el primer año. Esto se realiza para asegurar la continuidad asistencial.⁴²

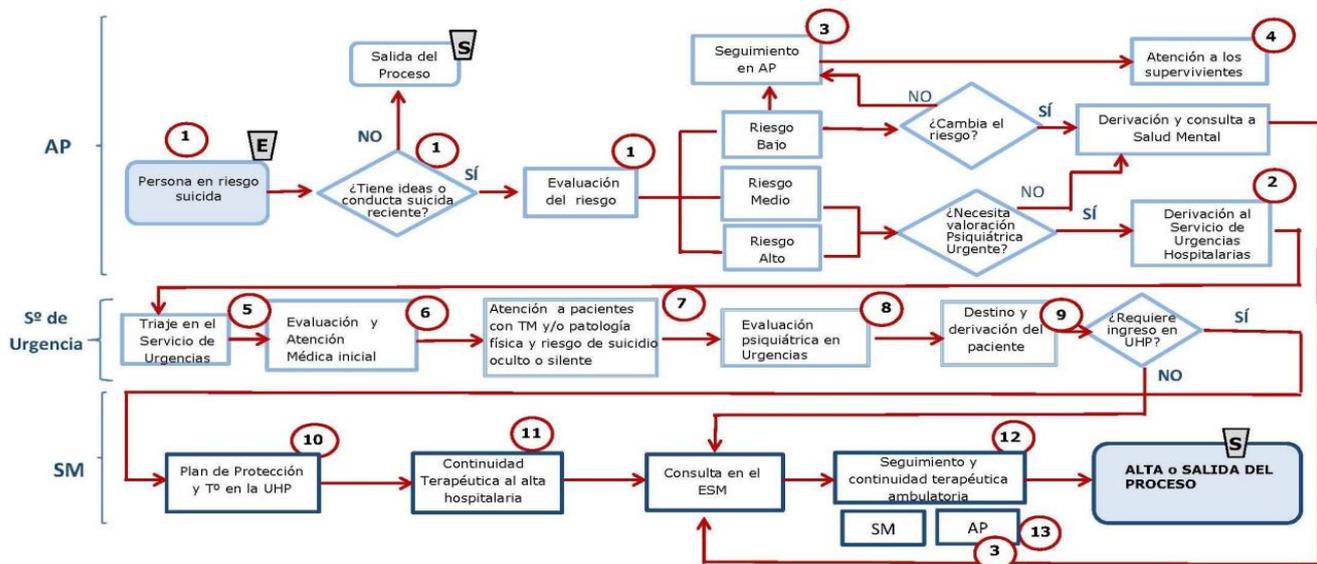


Figura 7. Flujograma del Proceso de Prevención y Atención de la conducta suicida en Castilla y León.

Fuente: Proceso de Prevención y Atención de la conducta suicida de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.⁴²

6. DISCUSIÓN

La prevención del suicidio se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de las políticas sanitarias de la Comunidad de Castilla y León, situándose como una de las principales causas de años de vida perdidos, así como un indicador de la salud total de la población.^{9, 43}

En algunos estudios, en un 90% de los casos nos encontramos con un factor común entre las personas que consuman el suicidio siendo la presencia de trastornos psicológicos, el abuso de sustancias, la depresión y la esquizofrenia.¹⁵

Los profesionales de enfermería juegan un rol clave en la valoración, manejo y cuidado de las personas con conducta suicida a través de la educación, prevención y provisión de cuidado, debido a que tienen conocimientos cualidades, habilidades y recursos inherentes para favorecer y alcanzar la meta de la promoción del bienestar y salud de estas personas y sus familias.¹⁶

En los servicios de Atención Primaria, los profesionales de enfermería ocupan un lugar notable y clave para la detección de factores de riesgo de las personas con conducta suicida, ya que el centro de salud es la entrada a los Servicios de Salud, y son primordiales en la prevención de esta conducta en la atención directa a los pacientes con problemas de salud mental.⁴¹

En el caso de los jóvenes y los adolescentes, se señalan como factores de riesgo sufrir una enfermedad crónica dolorosa, un trastorno psicológico que puede no haber sido diagnosticado y una tentativa previa de suicidio. Otra de las causas en auge durante los últimos años es el bullying.¹⁵

El método de suicidio más utilizado en el medio rural son las armas de fuego, siendo el suicidio más letal. Por tanto, los varones rurales deberían considerarse un grupo de alto riesgo, por lo que la prevención debería ser mayor en esta población.²⁴

En las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, el propósito de los enfermeros es garantizar un lugar seguro para aquellos pacientes que se encuentren en una fase crítica, siendo el lugar que tiene mayor responsabilidad en la prevención del suicidio.⁴¹

Los pacientes hospitalizados en Unidades de Salud Mental tienen alto riesgo de suicidio, así como los que acaban de ser dados de alta. El lugar más frecuentemente utilizado durante la hospitalización para cometer suicidio son los dormitorios, siendo el método más utilizado el estrangulamiento o colgamiento usando como ligaduras los objetos de vestir, seguido de ropa de cama, cables, cuerdas, alambres y cables de equipo eléctrico.⁴⁴

6.1. Limitaciones

Las mayores limitaciones que han surgido durante la realización de esta revisión bibliográfica ha sido encontrar artículos que tuvieran acceso libre para alumnos de la Universidad de Valladolid gracias al catálogo Alma de la Biblioteca de dicha universidad. La mayoría de los artículos que se encontraban tras la búsqueda en las principales bases de datos sólo estaba disponible el resumen, por lo que esos artículos no cumplían los criterios de inclusión de dicho trabajo.

Durante la búsqueda de información, decir que hay mucha documentación acerca del suicidio, pero en concreto, sobre la prevención, que es la base de mi trabajo, es muy limitada la información disponible.

También nombrar la escasez de artículos y documentación específica sobre el papel de la enfermería en los procesos de conductas suicidas, así como en la prevención del suicidio, produciendo limitaciones en la realización de este Trabajo Fin de Grado porque no era suficiente la información requerida.

7. CONCLUSIONES

- La prevención del suicidio es necesaria debido a la alta incidencia de muertes por suicidios a nivel mundial, aunque en España y concretamente en Castilla y León, se encuentra por debajo de la media, aunque se ha visto incrementada la tasa en los últimos años.
- Los profesionales de enfermería en Atención Primaria deben de realizar una detección de la ideación suicida en aquellos pacientes con problemas ansiosodepresivos, en los que hayan sido diagnosticados de una enfermedad terminal y en aquellos que presentan cambios llamativos en su forma de actuar y tienen desesperanza.
- Es necesario que los enfermeros tengan conocimientos y entrenamiento de cómo manejar los sentimientos de aquellas personas con ideaciones suicidas para realizar una buena entrevista y poder mantener una conversación asertiva basada en la empatía, en la confianza y confidencialidad.
- Los profesionales de enfermería debemos tener una actitud proactiva tras alta hospitalaria a través de contactos, ya que esta etapa es de gran vulnerabilidad y de mayor riesgo para volver a intentarlo.
- En los Servicios de Urgencias, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de la realización del triaje, por lo que la formación y entrenamiento es fundamental, ya que a su llegada a este servicio es de una forma muy heterogénea como, por ejemplo, accidentes de tráfico, etc.
- Los profesionales de enfermería en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental tienen que garantizar la seguridad de los pacientes con conductas suicidas eliminando todos aquellos objetos capaces de producir lesiones del alcance de dichos pacientes, así como una vigilancia intensiva de éstos.
- La coordinación entre los enfermeros de Salud Mental y Atención Primaria es de gran importancia, ya que así hay un correcto seguimiento en los pacientes con riesgo suicida, disminuyen las reincidencias.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Lobo Satué A. Suicidio. En: Manual de Psiquiatría General [Internet]. 1.a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2013 [citado 24 de febrero de 2018]. p. 567-580. Disponible en: <http://www.medicapanamericana.com.ponton.uva.es/VisorEbookV2/Ebook/9788498357448?token=c9f9c529-31a7-4773-9a90-566780d4c23a#%7B%22Pagina%22:%22567%22,%22Vista%22:%22Buscador%22,%22Busqueda%22:%22suicidio%22%7D>
2. Fornés Vives J, Pérez González S. Plan de cuidados para la persona con riesgo suicida. En: Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica Valoración y cuidados [Internet]. 2.a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2012 [citado 24 de febrero de 2018]. p. 225-236. Disponible en: <http://www.medicapanamericana.com.ponton.uva.es/VisorEbookV2/Ebook/9788498356502?token=4da8953f-1081-4207-95e0-33e698ded3f6#%7B%22Pagina%22:%22Cover%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22%7D>
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012 [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2018 [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>
5. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. World Health Organization; 2018 [citado 24 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
6. Instituto Nacional de Estadística. Tasa de mortalidad por causas (lista reducida), sexo y edad. [Internet]. 2017 [citado 3 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/10/&file=01004.px>
7. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por suicidios [Internet]. 2017 [citado 3 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=4325&capsel=4326>
8. Fundación de Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. [Internet]. Madrid: 2016 [citado 8 de abril de 2018]. España. Suicidios 2016 Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016/espana-suicidios-2016/>
9. Goñi Sarriés A, Zandio Zorrilla M. Suicide: the challenge of prevention. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2017 [citado 7 de abril de 2018];40(3):335-338. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000300335&lng=en&tlng=en&SID=D3i88PvrK1yCiK8HMr
10. Sánchez-Teruel D, Muela-Martínez JA, González-Cabrera M, Fernandez-Amela y Herrera MR, García-León A. Variables related to suicide attempt in a Spanish province over a three-year

- period (2009-2011). *Ciencia & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado 7 de abril de 2018];23(1):277-286. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100277&lng=es&tlng=es
11. Sáiz PA, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, Burón P, Al-Halabí S, Garrido M, et al. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* [Internet]. 2014 [citado 7 de abril de 2018];7(3):131-138. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888989114000044>
 12. Sáiz PA, Bobes J. Suicide prevention in Spain: An uncovered clinical need. *Revista Psiquiatría y Salud Mental (Barc)* [Internet]. 2014 [citado 7 de abril de 2018];7(1):1-4. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S2173505014000077/1-s2.0-S2173505014000077-main.pdf?_tid=d65b04d9-ce96-4715-808c-4e10da8748ec&acdnat=1523098613_85cb635c9512d59868d0a63db6c6f719
 13. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* [Internet]. 2011 [citado 7 de abril de 2018];5(1):8-23. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S2173505012000234/1-s2.0-S2173505012000234-main.pdf?_tid=8d29301b-926f-48e2-aac3-6e1c93a9e1ea&acdnat=1523098167_d5ada10acbce199e5a0987ff91fdb6cc
 14. Calvo-García F, Giralt-Vázquez C, Calvet-Roura A, Carbonells-Sánchez X. Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud* [Internet]. 2016 [citado 7 de abril de 2018];27:89-96. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1130527416300238/1-s2.0-S1130527416300238-main.pdf?_tid=abd19934-2f21-440b-850c-2c979fdc7706&acdnat=1523099412_fb568dd4cc08ad4d4e458339e2155044
 15. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud* [Internet]. 2017 [citado 7 de abril de 2018];28:25-31. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1130527416300573/1-s2.0-S1130527416300573-main.pdf?_tid=2ebedb66-b762-4867-84d9-58267932a08a&acdnat=1523099718_caaa24a24b6d46fb57065da36a13e437
 16. Carvajal Carrascal G, Caro Castillo CV. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2012 [citado 7 de abril de 2018];30(3):102-117. Disponible en: <http://content.ebscohost.com.ponton.uva.es/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=111323356&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMNHX8kSeprU4v%2BbwOLCmr1Cep69Sr6u4TbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGvs0yvrbdOuePfgeyx43zx>
 17. Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. *Dialogues In Clinical Neuroscience* [Internet]. 2016 [citado 7 de abril de 2018];18(2):90-183. Disponible en: <http://resolver.ebscohost.com.ponton.uva.es/openurl?sid=EBSCO%3Acmedm&genre=article&isn=19585969&ISBN=&volume=18&issue=2&date=20160601&spage=183&pages=183-90&title=Dialogues+In+Clinical+Neuroscience&atitle=Prevention+of+suicidal+behavior.&aula>

st=Hegerl+U

18. Gómez Rodríguez Á, Montero Rodríguez MG, Domínguez Rodríguez E. Manejo extrahospitalario de pacientes con comportamientos autolíticos. *Metas Enfermería* [Internet]. 2013 [citado 7 de abril de 2018];16(2):27-31. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80417/>
19. Domínguez Fernández N, Pintor Holguin E, González Murillo AP, Rubio Alonso M, Herreros Ruiz-Valdepeñas B. Perfil de los pacientes con intento de autolisis atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias. *Metas Enfermería* [Internet]. 2012 [citado 7 de abril de 2018];15(6):66-70. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80338/>
20. Victorio Molina A, Tomás Cánovas L. Prevención de conductas suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2017 [citado 7 de abril de 2018];20(8):55-60. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81134/>
21. Sieso Sevil AI, Fernández Parrado C, Zahíno López V, Pardo Falcón ME. Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la Enfermera Especialista de Salud Mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido un intento autolítico. *Biblioteca Lascasas* [Internet]. 2012 [citado 7 de abril de 2018];8(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0625.pdf>
22. Albuixech García M del R. Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA «00150 riesgo de suicidio» [Tesis doctoral] [Internet]. Alicante: Universidad de Alicante; 2017 [citado 7 de abril de 2018]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72730/1/tesis_mariadelrocio_albuixech_garcia.pdf
23. Arias López HA. Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica* [Internet]. 2012 [citado 7 de abril de 2018];3(2):215-225. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.ponton.uva.es/servlet/articulo?codigo=4815157>
24. Suso-Ribera C, Mora-Marín R, Hernández-Gaspar C, Pardo-Guerra L, Pardo-Guerra M, Belda-Martínez A, et al. El suicidio en Castellón entre 2009 y 2015: ¿ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias entre los ámbitos urbano y rural? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)* [Internet]. 2018 [citado 7 de abril de 2018];11(1):4-11. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1888989117300915/1-s2.0-S1888989117300915-main.pdf?_tid=8a4b8c2b-1788-4930-baf2-3f33924eb4e6&acdnat=1523125194_25eec26a4eaa0e0bfd6ed1125d63661f
25. Barrigón ML, Baca-García E. Retos actuales en la investigación en suicidio. *Psiquiatría y Salud Mental* [Internet]. 2018 [citado 7 de abril de 2018];11(1):1-3. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1888989117301258/1-s2.0-S1888989117301258-main.pdf?_tid=1f37c637-32d7-4ff6-8fd8-3c8bfb039c1f&acdnat=1523125413_0d6303a8d3cf0c56f71812365212cc00
26. Giner L, Guija JA. Number of suicides in Spain: Differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* [Internet]. 2014 [citado 7 de abril de 2018];7(3):139-146. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S2173505014000259/1-s2.0-S2173505014000259-main.pdf?_tid=2e1309ed-04d5-4d30-8a25-76a2d1a8fb39&acdnat=1523125704_518d57396c52c8194e75e2864e79f497

27. Barros J, Morales S, Echávarri O, García A, Ortega J, Asahi T, et al. Suicide detection in Chile: proposing a predictive model for suicide risk in a clinical sample of patients with mood disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2016 [citado 8 de abril de 2018];39(1):1-11. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017000100001&lng=en&tlng=en
28. de Souza Pereira WK, Gomes de Souza Maciel MP, Soares Guilhermino GM. The adolescent who attempts suicide: epidemiological study in reference units. *Journal of Nursing UFPE* [Internet]. 2017;11(8):3130-3135. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.ponton.uva.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=948f3e96-cc82-440c-bd35-4d5eb772ed93%40sessionmgr4006>
29. Leavey G, Mallon S, Rondon-Sulbaran J, Galway K, Rosato M, Hughes L. The failure of suicide prevention in primary care: family and GP perspectives – a qualitative study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 1 de mayo de 2018];17:369. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697339/pdf/12888_2017_Article_1508.pdf
30. Andreasson K, Krogh J, Bech P, Frandsen H, Buus N, Stanley B, et al. MYPLAN –mobile phone application to manage crisis of persons at risk of suicide: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2017 [citado 1 de mayo de 2018];18:171. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387214/pdf/13063_2017_Article_1876.pdf
31. Boslster C, Holliday C, Oneal G, Shaw M. Suicide assessment and nurses: what does the evidence show? *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* [Internet]. 2015;20. Disponible en: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TablofContents/Vol-20-2015/No1-Jan-2015/Suicide-Assessment-and-Nurses.html>
32. Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2013 [citado 8 de mayo de 2018];150(3):840-846. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713002383>
33. Lopez-Castroman J, Mendez-Bustos P, Perez-Fominaya M, Villoria Borrego L, Ibarra MJZ, Molina CA, et al. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Españolas de Psiquiatría* [Internet]. 2015 [citado 8 de mayo de 2018];4343(33):142-148. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/96/ESP/17-96-ESP-142-8-552137.pdf>
34. Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I, Pau Barcelona S. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Treita de l'Eixample de Barcelona. *Actas Españolas de Psiquiatría* [Internet]. 2011 [citado 8 de mayo de 2018];39(5):280-287. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/73/ESP/13-73-ESP-280-287-385438.pdf>
35. Reijas T, Ferrer E, González A, Iglesias F. Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Espolas de Psiquiatría* [Internet]. 2013 [citado 8 de mayo de 2018];41(5):279-286. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/85/ESP/15-85-ESP-279-286-816367.pdf>

36. Azcárate L, Peinado R, Blanco M, Goñi A, Cuesta M., Pradini I, et al. Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. 2015 [citado 8 de mayo de 2018];38(1):9-20. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/31516/19144>
37. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global global [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=4E53ECAFF887EF9CF12D9B67F5F62FCDB?sequence=1
38. Eurostat. Death due to suicide, by sex [Internet]. 2016 [citado 31 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00122>
39. Grupo de trabajo del Protocolo de colaboración interinstitucional: Prevención y actuación ante conductas suicidas. Protocolo de colaboración interinstitucional: Prevención y actuación ante conductas suicidas [Internet]. Gobierno de Navarra; 2014 [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>
40. Dumon E, Portzky G. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio [Internet]. European Regions Enforcing Actions Against Suicide (Euregenas); 2014 [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Directricesprevencionsuicidio.pdf>
41. Anseán A. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2.a ed. Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio; 2014.
42. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Proceso De Prevención y Atención de la Conducta Suicida [Internet]. Valladolid: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud; 2014. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental>
43. IV Plan de Salud de Castilla y León, perspectiva 2020. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad; 2016.
44. Gerencia Regional de Salud. Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales [Internet]. Valladolid: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud; 2009 [citado 27 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-seguridad-atencion-personas-trastornos-mentales>

9. ANEXOS

9.1. ANEXO I

RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) PARA UNA CORRECTA EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA.

¿Cómo preguntar?

- ¿se siente infeliz o desvalido?
- ¿se siente desesperado?
- ¿se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ¿siente la vida como una carga?
- ¿siente que la vida no merece vivirse?
- ¿siente deseos de suicidarse?

¿Cuándo preguntar?

- Después de establecer empatía y la persona se sienta comprendida
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos
- Cuando el paciente puede expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia

¿Qué preguntar?

- Explorar la existencia de un plan: ¿alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿tiene alguna idea de cómo lo haría?
- Explorar sobre el posible método: ¿tiene pastillas, arma, insecticida o algo similar?
- Explorar si hay meta: ¿ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?³⁹

9.2. ANEXO II

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA.

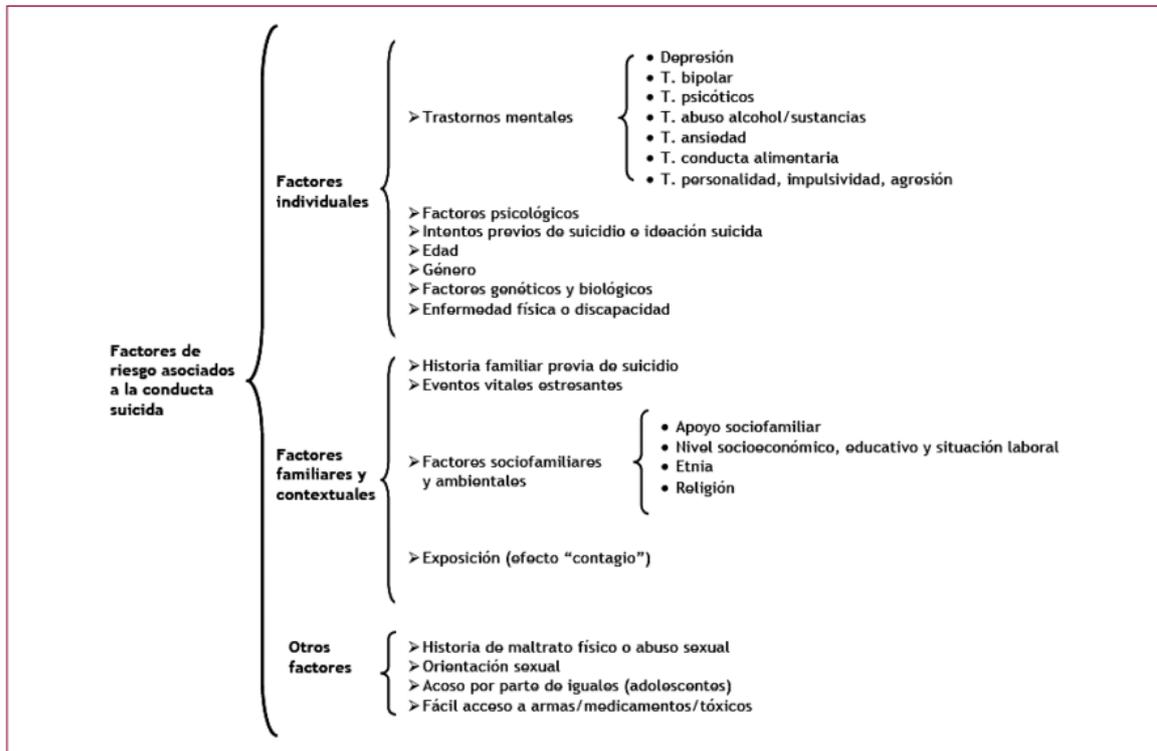


Figura 8. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida³