



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES: CAUSAS, EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN ENFERMERA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Estudiante: Alba Martínez Naharro

Tutelado por: Julia María Gómez Castro

Soria, Junio 2019

RESUMEN

El suicidio adolescente es la tercera causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años, seguido de los tumores. Las cifras de defunciones por esta causa han ido en aumento en los últimos años en España, asociadas mayormente a trastornos psiquiátricos, acoso escolar, consumo de drogas, trastornos de la personalidad y de la conducta alimentaria.

Las enfermeras y el resto de personal sanitario, deberían estar instruidos para conocer e identificar los primeros comportamientos o signos de alarma que alerten ante un posible acto suicida. Para ello, algunas Comunidades Autónomas han comenzado a redactar protocolos de actuación dirigidos a los profesionales sanitarios, para mejorar su labor en este tipo de intervenciones, así como la utilización de otro tipo de recursos que ayuden a la prevención de este tipo de conductas.

Se ha demostrado que, la mayor eficacia en el ámbito preventivo se desarrolla a través de entrevistas clínicas en los colegios o centros educativos y centros de Atención Primaria. En los centros escolares, la figura de la enfermera en muchas comunidades autónomas, aún se encuentra ausente.

Esta revisión, pretende destacar las principales medidas de prevención y evaluación en adolescentes por parte del personal de enfermería, medicina y psicología, así como las causas, factores predisponentes y protectores que pueden desencadenar una muerte por suicidio. La mayor parte de las escalas están orientadas a adultos, pero la utilización de varias de ellas, ha demostrado su efectividad también en jóvenes. En la actualidad, no se ha dado con un método, tratamiento o terapia que logre disminuir e incluso frenar el número anual de casos por muerte suicida. Por esto, es importante la visibilización de esta problemática, para ayudar a reducir el estigma social y para ayudar a pacientes y familias afectadas.

PALABRAS CLAVE: Suicidio adolescente, Enfermería, prevención, causas y factores de riesgo suicidio.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	6
MATERIAL Y MÉTODOS	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSIÓN.....	12
BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Número de defunciones según causa de muerte.....	1
Tabla 2: Número de suicidios registrados por el INE e IML en La Rioja entre los años 2005 y 2017.....	3
Tabla 3: Ejemplos de intervenciones para la prevención suicida.....	10

LISTADO DE ABREVIATURAS:

- AP: Atención Primaria
- APA: American Psychiatric Association
- BHS: Escala de la desesperanza de Beck (Beck Hopeleness Scale)
- CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades
- CSM: Centro Salud Mental
- DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- Escala MINI: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview)
- HSM: Hospital de Salud Mental
- IML: Instituto de Medicina Legal
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- RSQ: Cuestionario de riesgo suicida, Risk of Suicide Questionnaire
- TCA: Trastorno de la conducta alimentaria

INTRODUCCIÓN

El suicidio ha sido definido según la OMS, 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”.¹ La conducta suicida abarca varios conceptos, siendo tres de ellos los más destacados: el suicidio consumado, la ideación suicida y la tentativa suicida. Estos conceptos se definen cómo:

- El suicidio consumado es *“la muerte autoinflingida con evidencia de que la persona tenía intención de morir”*.
- La ideación suicida se entiende por *“el pensamiento de un sujeto de provocar su propia muerte.”*
- La tentativa suicida hace referencia a *“la autolesión con un resultado no fatal acompañado de evidencia (explícita o implícita) de que la persona tenía intención de morir.”*²

La muerte por suicidio se ha instaurado en España como la tercera causa de defunción en jóvenes de entre 15 y 24 años, produciéndose un aumento en el número de víctimas en los últimos años.¹ Sin embargo, la tasa de suicidio adolescente en nuestro país, es una de las más bajas de Europa. En relación al territorio nacional, la Comunidad de Madrid se consolida como la comunidad autónoma con la tasa más alta de suicidio en el año 2016 en jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 29 años. Le siguen Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana con el mayor número de casos de conductas suicidas adolescentes. Las tasas más bajas del país se encuentran en La Rioja, Aragón, Cantabria y Asturias.³

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2017, el número de defunciones por actos suicidas fue un total de 63 hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 10 y 19 años. Se suicidaron un total de 3679 personas en toda España, 2718 hombres y 961 mujeres. Concretamente, fueron 155 hombres y 63 mujeres las que acabaron con su vida en Castilla y León, haciendo un total de 218 personas, 8 de ellas, en la provincia de Soria.⁴ A pesar del alarmante número de casos de muertes por esta causa en jóvenes, los estudios epidemiológicos no centran sus análisis en la adolescencia e incluso se llegan a excluir los datos de las muertes de menores de 15 años por la escasez de casos. (Tabla 1) Al analizar las tasas de suicidio en función de los diferentes grupos de edad, se observa que en edades más avanzadas, el índice de suicidio es más elevado que en jóvenes, siendo hasta casi 7 veces superior en hombres de edad avanzada y el triple en mujeres del mismo rango de edad.⁵

Tabla 1. Número de defunciones según causa de muerte. (INE, 2017)³

	De 10 a 14 años							
Año	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Total de hombres y mujeres	13	12	8	10	9	5	2	3
	De 15 a 19 años							
Año	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Total de hombres y mujeres	50	58	58	59	57	52	45	28

El número de muertes por suicidio en mujeres jóvenes se ha mantenido a lo largo de los últimos años, sin embargo, el número de varones adolescentes que han cometido un acto suicida, ha aumentado.⁶ El Plan Estratégico de la OMS afirma que, en el 2012 en los países de ingresos altos, era 3,5 veces mayor el número de suicidios en hombres que en mujeres.¹ Algunos estudios (Parellada, 2008), afirman que las mujeres comenten más intentos de suicidio, pero que el número de suicidios consumados, es mayor en varones.^{7,8} En centros de menores, donde estos cumplen condena, el índice de riesgo de suicidio es 4,6 veces mayor que para un adolescente de la población general. Por ello, la importancia de la existencia y aplicación de protocolos específicos en este tipo de instituciones.⁵ Se estima que, el riesgo de suicidio en menores que han abandonado la formación escolar, es 5 veces mayor que para un adolescente escolarizado. Los jóvenes que no han cursado estudios universitarios tienen una posibilidad 8 veces mayor de consumir un suicidio que un joven universitario.²

Es importante destacar que, en relación a los intentos de suicidio, la recogida de datos es dificultosa, por lo que resulta complicada en algunas ocasiones la determinación exacta de casos reales.⁸ Algunos estudios (Navarro-Gómez, 2017)⁷ declaran que, hasta un 5% de los accidentes de tráfico podrían ser conductas suicidas en personas que quieran ocultar la intención de acabar con su vida. Esto repercute a nivel estadístico, al igual que los intentos fallidos, que no son contabilizados.⁷ Existen discrepancias a la hora de la contabilización de casos reales de defunciones por suicidio. En los recuentos anuales con fines estadísticos, el número de muertes contabilizadas por suicidio por el INE y por el Instituto de Medicina Legal (IML), varía en las diferentes provincias españolas (Tabla 2). La ley española exige que ante las muertes por causa violenta o con sospecha de criminalidad, se debe realizar una autopsia del cadáver. Se desconoce la causa específica, pero se sospecha que la diferencia de cifras entre el INE y el IML sea debida a un procedimiento complicado donde los datos pasan por los distintos profesionales y en el que se pueden producir pérdidas de información. Las cifras ofrecidas por el IML son más elevadas que las que se recogen el INE. Esta falta de concordancia entre las dos instituciones, se puede originar por la falta de información sobre el caso en concreto que posee la persona del Juzgado de Instrucción, que es la encargada de enviar los datos pertinentes al INE. Estos errores podrían corregirse, si el mismo médico forense que realiza el informe de la autopsia y su posterior remisión al Juzgado de Instrucción, fuera el que cumplimentara los datos del fallecimiento con intervención judicial.⁹

El adolescente sufre una serie de cambios a nivel físico e intelectual que le pueden llevar a momentos de dudas y confusión. En esta época de la vida, el menor comienza a asumir responsabilidades, poner en práctica los valores aprendidos en la infancia por su familia y entorno, descubrir su sexualidad, iniciar una búsqueda de la identidad personal y transición a la vida adulta. El menor busca encontrar un sitio en la sociedad donde sentirse querido, comprendido y respetado. En ausencia de una red de apoyo familiar o social que lo respalde y ayude a afrontar esta serie de cambios, la salud física y/o mental de menor, puede verse afectada.¹⁰ Para algunos menores, el divorcio de sus padres, la formación de una nueva familia, el traslado a otro lugar o mudanza, puede crear dudas en ellos y el suicidio puede ser una forma de salida al estrés o a sus propios problemas.⁵

Tabla 2. Número de suicidios registrados por el INE e IML en La Rioja entre los años 2006 y 2017.⁵

AÑO	INE	IML
2006	28	27
2007	19	21
2008	28	27
2009	27	29
2010	17	17
2011	23	24
2012	30	32
2013	24	30
2014	31	30
2015	25	25
2016	28	29
2017	25	22

En relación a los factores de riesgo que precipitan la conducta suicida encontramos:

- Intentos suicidas previos: es uno de los factores de riesgo que predice con mayor claridad la posibilidad de un suicidio futuro consumado. Se calcula que un paciente con antecedentes por conductas autolesivas, tiene 25 veces más de posibilidades de suicidarse que una persona de la población general. Figuraban en las historias clínicas de este tipo de pacientes entre 1 y 4 intentos autolesivos previos.
- Presencia de trastornos psiquiátricos en el menor. Los más prevalentes relacionados con los casos de suicidio son: trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión mayor, trastorno de la personalidad, trastornos afectivos y conductuales y consumo de tóxicos. Todos ellos están caracterizados por alteraciones en la forma de pensar del individuo, la percepción de la realidad, las emociones, la conducta y las relaciones sociales.²
- Rechazo de la imagen corporal y perfeccionismo, vinculadas especialmente a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)¹¹
- Conflictos con familiares, entorno y amistades: los problemas con el entorno que rodea al menor pueden llevar en algunos casos al adolescente a intentar acabar con su vida.
- Maltrato físico o abuso sexual: generalmente influyen más los presenciados en la infancia.
- Bajo nivel económico: se calcula que el riesgo de suicidio es dos veces mayor en jóvenes con bajos niveles socioeconómicos.²

- Antecedentes familiares de suicidio: la muerte por suicidio de un ser querido puede originar en el individuo sentimientos de ira, confusión, estrés, vergüenza, culpa, etc.
- Acceso a métodos letales, influido por el contexto geográfico y cultural.
- Rechazo de la ayuda ofrecida: esto dificulta las tareas de prevención, cambio de malos hábitos y apoyo al individuo.
- Pérdidas de trabajo o financieras: las recesiones económicas pueden considerarse un factor de riesgo de suicidio individual, al igual que los desahucios o pérdidas de la vivienda familiar en el caso de los menores.
- Dolor crónico o enfermedades: se registran de 2 a 3 números de casos más de suicidio en personas con enfermedades como el cáncer o la diabetes, que en la población general.¹¹
- Rendimiento escolar: tras un estudio realizado por Victorio A.V., 2017¹², un 36% de los adolescentes con un rendimiento escolar bajo, tiene más posibilidades de presentar una conducta autolítica.¹²

Los factores de protección son aquellos que pueden ayudar a disminuir el riesgo de suicidio. Este tipo de factores, no eliminan la posibilidad de que el menor se suicide, pero pueden contribuir en la prevención. Como factores protectores, actúan las habilidades sociales del menor, la resiliencia, la alta autoestima, el control de la impulsividad, la capacidad y afrontamiento para resolver problemas. Otros factores protectores pueden ser la limitación o dificultad para acceder a métodos letales y una estructura familiar y social estable, así como un buen acceso a los servicios sanitarios.⁵ En función de los valores espirituales de la persona, la religión se puede considerar un factor protector para el individuo debido a la existencia de creencias que desaprueban la autolisis.²

Hasta hace poco tiempo, era considerado un importante factor de riesgo la imitación. Se conoce como “efecto *Werther*” o efecto por imitación (Philips, 1974), a la observación o conocimiento de la muerte por suicidio de una persona, conduciendo a otra, a imitar dicha muerte. Esta problemática, ha llegado a generar suicidios colectivos en algunos casos. Este efecto puede darse ante cualquier caso de muerte por suicidio, pero muertes como la de Marilyn Monroe o Kurt Cobain, fueron referentes en el fenómeno de imitación, generando un número elevado de suicidios en jóvenes imitando la conducta de sus ídolos en este caso, siendo la población joven, la más vulnerable.¹³

Como antagonista se encuentra el “efecto *Papageno*”, en el que la cobertura de la noticia tiene un papel preventivo en las conductas suicidas. Los defensores de este efecto, creen en los beneficios de la divulgación de las noticias de muertes por suicidio, debido al rechazo al suicidio que puede generar conocer estos casos.¹³

El fenómeno que recibe el nombre de “*bullying*”, se asocia en multitud de casos al suicidio adolescente. En cientos de ocasiones, algunos jóvenes son víctimas de acoso escolar por un compañero o un grupo de ellos. Este acoso, hace referencia a situaciones que conllevan una violencia continuada, ya sea física, psicológica o ambas.¹⁴ Gran parte de las víctimas de acoso, comparten características tales como: baja autoestima, estrés escolar, aislamiento social, sentimientos de soledad, etc. Estas características se presentan en mayor medida en el sexo femenino.¹⁵ Fue en 2004, cuando los medios de comunicación publicaron el primer

suicidio por acoso escolar, creando un antes y un después en la historia del acoso escolar en España. Con la llegada de las nuevas tecnologías, se han creado nuevas vías de acoso, instaurándose en nuestra sociedad el “*ciberbullying*”, que se define como: “*el uso de los medios telemáticos (Internet, telefonía móvil y videojuegos online principalmente) para ejercer el acoso psicológico entre iguales*”. Las acciones más frecuentes del ciberacoso son las de colgar o enviar contenido en el que aparecen las víctimas, protagonistas de imágenes o vídeos de agresiones o humillaciones a través de las redes sociales.¹⁴

El mal uso de internet y redes sociales puede asociarse a las conductas suicidas. Gran parte del contenido sobre el suicidio que aparece en las redes puede ser contenido “*prosuicidio*”, es decir, material digital que fomente las conductas suicidas. Especialmente, son los jóvenes, la población más vulnerable a este tipo de contenido. Existen redes y plataformas para realizar pactos y suicidios colectivos. También se puede encontrar en la red, suicidios narrados *online* y simulaciones del suicidio del propio individuo a través de internet. Este tipo de actuaciones están penadas y perseguidas por los grupos de delitos telemáticos de los cuerpos de seguridad del Estado, tanto Guardia Civil como el Cuerpo Nacional de Policía.⁶

A nivel neurobiológico, se ha demostrado que los pacientes con intentos suicidas violentos, presentan alteraciones en el sistema de neurotransmisión serotoninérgico. Estudios realizados por Asberg et al¹⁵, determinan que el principal metabolito de la serotonina, el ácido 5–hidroxiindol–acético (5–HIAA), se encuentra en menor proporción en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con intentos violentos de suicidio. También se encuentran alteraciones en la corteza prefrontal e hipocampo. Estas estructuras participan en el manejo de situaciones de estrés y emocionales, ambos aspectos suelen estar alterados en la conducta suicida, especialmente en personas jóvenes.¹⁶

En relación a los aspectos legales, el suicidio en España no está penado. La inducción o cooperación en el suicidio sí, y está recogido en el artículo 143 del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal)¹⁷, así como la imprudencia profesional. El internamiento involuntario del paciente está recogido en la Ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002, del 14 de noviembre)¹⁸. Esta acción, se produce cuando existe un grave riesgo para el usuario en relación a su integridad física y/o psicológica. Se requiere de una autorización judicial previa al internamiento.¹⁹

Por todo esto, la educación para la salud sobre la prevención suicida es muy importante. Algunos jóvenes más vulnerables o susceptibles, pueden recurrir al suicidio como vía de escape para poner fin sus problemas. Como profesionales sanitarios, debemos detectar precozmente este tipo de conductas y educar tanto a otros profesionales, como a los jóvenes y familias que lo necesiten.⁵

JUSTIFICACIÓN

El suicidio adolescente es una problemática actual y de gran peso en nuestra sociedad. Por nuestra parte, como profesionales sanitarios, debemos trabajar en materia de prevención y detección precoz de síntomas relacionados con la conducta suicida, para mejorar el manejo de este problema de Salud Mental e intentar reducir el número de muertes por esta causa.

El suicidio es prevenible, por lo que facilitar y ofrecer herramientas a los pacientes y familias que contribuyan a reducir el número de conductas suicidas, es posible. El aumento del número de muertes en los últimos años, no solo afecta al individuo que decide acabar con su vida, si no que esta muerte tiene repercusión a nivel social, económico y psicológico. Aunque la prevención suicida y la detección de factores de riesgo en adolescentes se trata de una tarea compleja, se puede evitar o tratar de reducir el número de muertes por suicidio.

Esta revisión pretende fomentar la aplicación de medidas de prevención en el ámbito sanitario y destacar la importancia de una buena formación del personal sanitario en el manejo del paciente con conductas autolíticas, además de aumentar la sensibilización y concienciación por parte de la sociedad de la importancia de esta problemática y reducir el estigma social asociado.

OBJETIVOS

General:

-Analizar las principales medidas de evaluación y detección del riesgo suicida adolescente.

Específicos:

-Identificar las principales causas que originan las conductas suicidas en adolescentes españoles.

-Determinar las medidas de prevención de riesgo suicida adolescente.

-Reseñar las capacidades, estrategias de afrontamiento y prevención de los profesionales de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos obtenidos de diferentes bases de datos: Scielo, Scopus, Google Academic, Dialnet, Web of Science, Uva Doc y literatura gris. También se consultaron varios libros, revistas científicas, protocolos de actuación y páginas de asociaciones vinculadas a la temática a tratar.

A partir de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos citadas anteriormente, se obtuvieron un total de 33 artículos. Tras la aplicación de los criterios de exclusión, el número de artículos utilizados fueron 25.

Se delimitó la búsqueda excluyendo los artículos publicados antes del 2011, siendo este uno de los principales criterios de exclusión a la hora de la realización de la búsqueda bibliográfica, con excepciones de la obra del sociólogo Durkheim de 1837, los estudios publicados en 1935, 1974, 2007 y 2010 y un artículo publicado en 2008, todos ellos utilizados en la discusión. Se incluyeron los artículos publicados en español, portugués e inglés. Como operadores booleanos se utilizaron las palabras "AND" y "OR". Se utilizaron artículos de acceso gratuito al texto completo. Un importante criterio de inclusión fue la búsqueda de artículos referidos al suicidio adolescente, excluyendo en mayor medida el suicidio en adultos.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: suicidio, conducta suicida, adolescente, prevención, Enfermería, Atención Primaria, causas y factores de riesgo.

RESULTADOS

Las muertes por suicidio, en aumento en los últimos años, se han posicionado como una problemática de salud pública de gran importancia, ocasionando daños a nivel individual, social, económico y emocional, además de que el entorno en el que se encuentran estas personas con conductas autolíticas, también se ve afectado.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, el primer plan de acción sobre la salud mental para prevenir el suicidio, cuyo propósito principal es reducir un 10% el número de muertes por esta causa para 2020. Los objetivos de este plan son: mejorar el acceso a recursos y servicios necesarios para la población de riesgo, reducir el porcentaje de la tasa de muerte por suicidio, aumentar el número de intervenciones ejecutadas con buenos resultados y disminuir el número de hospitalizaciones por intentos de suicidio. Por todo esto, es imprescindible la creación de estrategias y medidas para reducir y controlar estos comportamientos, siendo necesaria la colaboración de un equipo multidisciplinar.¹

Los profesionales de Enfermería desempeñan una función importante a la hora de la detección, manejo y cuidado de las personas con conductas suicidas, ya que, a través de una buena educación para la salud, provisión de cuidados y prevención, acompañado de las competencias y aptitudes del profesional, se puede alcanzar una meta de salud y bienestar para el paciente y familia. La prevención de este tipo de conductas, nos ayuda no solo a proteger al paciente frente a los factores de riesgo, sino también a potenciar los factores protectores y la resiliencia, favoreciendo la posibilidad de reducir ese riesgo.¹⁰

Para promover la prevención en el ámbito escolar, es importante la función de la enfermera en los centros educativos. El personal de Enfermería escolar destaca por tener un cometido primordial para impartir educación para la salud entre los más jóvenes, además del desarrollo de la función asistencial en el propio centro educativo. La enfermera puede identificar los casos de “bullying” y dar a conocer los programas específicos de prevención de este tipo de agresiones entre los menores. De esta forma, se podrían evitar casos de suicidio adolescente por esta causa. El personal de Enfermería sería el primero en recabar la información necesaria para poner en marcha las herramientas de detección y manejo de la conducta suicida más adaptadas a una situación específica. Fomentar la salud mental de los jóvenes en las escuelas, contribuye a la hora de educar a los menores y alcanzar un estilo de vida saludable a toda la comunidad. Por ello, se debe capacitar a los adolescentes para enseñarles a gestionar sus pensamientos, saber tomar decisiones, crear relaciones en su entorno y resolver problemas.^{12,27}

La primera medida preventiva sería capacitar a los profesionales sanitarios en la intervención diagnóstica y psicoterapéutica, siendo la mejor herramienta para evaluar, la entrevista clínica. Para ello es muy importante crear previamente un clima de confianza y comodidad para el paciente. Esto favorecerá que el usuario, verbalice sus sentimientos, se establezca una relación empática y que se sienta comprendido y apoyado.¹⁹ Se recomienda

que, a la hora de realizar preguntas, estas se efectúen de manera gradual, de preguntas más abiertas a más cerradas, planteadas siempre de manera empática. Algunos ejemplos pueden ser: “¿Cómo se encuentra de ánimo? ¿Pero tan triste como para pensar que no merece la pena vivir? ¿Qué preferiría, estar muerto? ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño? ¿Ha pensado cómo lo haría? ¿Qué le podría ayudar a no hacerlo?”²⁰ La formación a profesionales sanitarios en materias de prevención suicida, produce un aumento de la confianza de los sanitarios, una mejora de las actitudes y aptitudes en el manejo y detección de trastornos psiquiátricos como puede ser la depresión. Para implementar programas de formación, es necesario conocer las necesidades del servicio, mejorar la identificación temprana de pacientes con riesgo autolítico, propiciar la utilización de herramientas diagnósticas y realizar evaluaciones, tanto internas como externas del programa que se vaya a utilizar.⁶

A pesar de realizar un buen abordaje de la situación, no existe ninguna certeza de que el sujeto no vaya a cometer un acto suicida, por ello todas las personas con ideación suicida o intentos de suicidio deben ser tratadas como pacientes potenciales, hasta que se pueda demostrar lo contrario.¹⁶ El intento de suicidio se define como: “*todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal.*” (OMS)¹.

Una buena prevención debe incluir una detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de trastornos depresivos, esquizofrenia, ansiedad, consumo de drogas y trastornos de la personalidad, entre otros.²

Entre las funciones de Enfermería, destacan las dirigidas a educar y brindar la información necesaria a padres, adolescentes, educadores, otros profesionales de la salud y personas en la comunidad, en materia de conductas suicidas. Esta información, ayudaría a reducir el estigma asociado a este problema de Salud Mental. Sin embargo, en muchos países esta formación es escasa y las competencias de Enfermería no se encuentran muy desarrolladas en este campo.²¹

Cabe destacar que tras estudios realizados por Carvajal, 2012²¹, no existe un plan estratégico, modelo teórico o teorías propias de Enfermería para desarrollar las diferentes intervenciones en materia de prevención y manejo de este tipo de comportamientos. Por ello, debido a la importancia de los profesionales de Enfermería en el abordaje de la conducta suicida, es necesaria la elaboración de guías de práctica clínica y protocolos de actuación para proporcionar unos cuidados de mayor calidad.²¹

La creación de grupos de ayuda y orientación para adolescentes, contribuiría a disminuir el número de conductas suicidas, favorecer una juventud sana y educar a estos jóvenes para que eviten riesgos que acaben dañando su salud. La concienciación de este problema y la educación a las familias, es clave a la hora de una detección precoz de determinados factores de riesgo, ya que una buena relación entre el adolescente y su familia puede servir como protector ante la ideación suicida.²²

Existen modelos de prevención conceptuales del comportamiento suicida siendo los más utilizados los siguientes:

- La prevención primaria centrada en la profilaxis de la enfermedad, dirigida a núcleos de población. Las intervenciones más frecuentes son los programas educativos y de

concienciación, los programas de entrenamiento de habilidades para resolver problemas, favorecer el afrontamiento, aumentar la autoestima y autopercepción del individuo y la restricción de acceso de métodos letales (armas de fuego, tóxicos, lugares de riesgo como puentes, edificios, etc.)²³

- La prevención secundaria tiene como objetivo principal, la reducción del problema a través de su detección precoz y tratamiento correcto. Algunas de las estrategias utilizadas pueden ser: técnicas de despistaje enfocadas a identificar adolescentes de riesgo en la población total y programas educativos dirigidos a profesionales de AP para mejorar el nivel de conocimiento a la hora del diagnóstico y tratamiento del joven con riesgo de suicidio.²³
- La prevención terciaria va dirigida a la reducción de recaídas, principalmente en menores, en los que exista una evidencia de ideación suicida o con tentativas anteriores.²³

Se han descubierto nuevos tipos de prevención que complementan a los anteriores y que incorporan la comparación entre riesgos y beneficios para los diferentes grupos poblacionales: prevención universal, prevención selectiva y prevención individual. Estos tres niveles de prevención se pueden englobar en otros grupos más específicos en función de su aplicación: intervenciones biopsicosociales, intervenciones ambientales e intervenciones socioculturales (Tabla 3).²

Este tipo de intervenciones requieren un enfoque multidisciplinar, con un fácil acceso a los servicios de salud, apoyado por una continuidad en los cuidados y participación de la familia en el proceso.²³ El entorno y familia del menor pueden servir como factor protector ante la ideación suicida. Para ello es importante, la concienciación de este problema y la educación a las personas cercanas al joven, para facilitar la detección precoz de factores de riesgo. La creación de grupos de ayuda y orientación, también ayudaría a disminuir el número de conductas suicidas.

El personal de Atención Primaria (AP) tiene una función fundamental en la identificación y tratamiento del riesgo suicida, ya que, entre el 10% y 40% de los pacientes adultos que se han suicidado, habían estado en la consulta de AP la semana previa. Por ello es muy importante el abordaje de estas situaciones, en las que podemos encontrarnos:

- Pacientes a los que se les haya entrevistado y que no hayan expresado una ideación suicida.
- Pacientes que sí verbalizan ideaciones suicidas a través de un diálogo con el profesional que les interroga, gracias a unas condiciones y un clima que favorece la comunicación.
- Pacientes que expresan directamente las ideas autolíticas.
- Pacientes que han realizado un intento de suicidio previo.²⁰

Tabla 3. Ejemplos de intervenciones para la prevención suicida. ²

	Biopsicosocial	Ambiental	Sociocultural
Universal Intervención orientada a toda la población	Ej.: Incorporación de una enfermera que detecte bullying en un centro escolar.	Ej.: Limitación del acceso a fármacos.	Ej.: Educación para la salud en centros educativos .
Selectiva Intervención orientada a los grupos de riesgo	Ej.: Perfeccionamiento de la detección y manejo de los casos de bullying en los colegios.	Ej.: Limitación del acceso a fármacos a menores en los domicilios.	Ej.: Desarrollo y aplicación de programas que fomenten la resiliencia en menores en riesgo.
Indicada Intervención orientada a individuos de riesgo alto con factores predisponentes	Ej.: Seguimiento por CSM al menor tras intento suicida desencadenado por acoso escolar continuado.	Ej.: Medidas de control al alta a un paciente que intenta suicidarse con una ingesta elevada de fármacos.	Ej.: Dar a conocer centros, instituciones o recursos que pueden ofrecer ayuda al menor con trastornos psiquiátricos

El abordaje es distinto en cada una de estas situaciones. En los pacientes en los que se sospecha un riesgo de suicidio, no se cuestiona la intencionalidad del acto y en el caso de que exista, se determina el grado de elaboración y letalidad del método.¹⁹

Debido a la gran importancia de la relación entre la enfermera y el paciente con riesgo suicida, se recomienda para llevar a cabo un buen abordaje terapéutico: dar veracidad y tomar en serio los testimonios del paciente, establecer una relación empática, hacer saber al paciente la intención de ofrecerle ayuda, facilitar que el adolescente verbalice sus sentimientos y sus ideas, hablar sobre los motivos que le llevan a intentar acabar con su vida con seriedad y sin temor, enseñar al paciente a pedir ayuda en los momentos en los que los necesite antes de tomar una decisión, conversar y destacar sus éxitos recientes y sus cualidades, complementar el trabajo de Enfermería con el de otros profesionales como puede ser un profesional de Psicología o Psiquiatría, asesorar e informar a la familia del paciente y por último, propiciar la participación del joven en grupos de autoayuda en la comunidad.¹⁹

La evidencia afirma que, entre al 60% y 95% de los pacientes con comportamientos suicidas se les ha realizado una correcta evaluación.⁵ Para realizar dicha evaluación, las escalas e instrumentos utilizados con mayor frecuencia son:

- Escala de Desesperanza de Beck: mide el grado de pesimismo del individuo y los pensamientos negativos hacia el futuro inminente y también a largo plazo. Está formada por 20 preguntas para responder con “Verdadero o Falso”. Cada pregunta puntúa 0 o 1, siendo la puntuación máxima 20 puntos. Una puntuación mayor de 9 puntos indicaría, riesgo de suicidio. ⁶ (Anexo 1)

- Escala de Depresión de Beck: valora la presencia o intencionalidad de cometer un acto suicida a través de 4 opciones de respuesta. Esta escala se encarga de abordar la sintomatología depresiva utilizada en el campo clínico y de la investigación.⁶ (Anexo 2)
- Cuestionario de riesgo suicida, Risk of Suicide Questionnaire (RSQ): su finalidad es detectar la conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado. Esta escala es una herramienta útil, por su elevada sensibilidad y especificidad. Consta de 14 preguntas tipo dicotómicas de 7 puntos, en las que a mayor puntuación, mayor riesgo suicida.⁶

Otra escala de suma importancia es la escala “SAD PERSONS” (Anexo 3). El nombre de esta escala incluye las siglas en inglés de los 10 ítems que la integran. Puede determinar unos factores de riesgo que nos pueden ayudar a tomar una decisión sobre la necesidad de un ingreso hospitalario. Esta escala ha sido recomendada en España por su contenido didáctico, fácil aplicación y por su frecuente uso en Atención Primaria (AP) junto con la escala “IS PATH WARM” (Anexo 4). Esta escala, también formada por las siglas de los factores de riesgo que la integran, propone su utilización como instrumento de valoración de los signos de alarma de la conducta suicida.⁶

Se aconseja la realización de una serie de preguntas durante la entrevista clínica, si el menor tiene antecedentes y/o trastorno mental diagnosticado y si se encuentra en seguimiento por Salud Mental:

- *“¿Se siente infeliz o triste?”*
- *“¿Se siente sin ilusión?”*
- *“¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?”*
- *“¿Siente la vida como una carga?”*
- *“¿Siente que la vida no merece vivirse?”²⁴*

- Si contesta “Si” a alguna de estas preguntas es recomendable continuar con la escala MINI (Anexo 5). La escala MINI es una entrevista diagnóstica de estructura fija y de duración breve que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).²⁴

Tras la evaluación del paciente, se establecen una serie de intervenciones que pueden variar en función de la peculiaridad del caso:

- Cuando el adolescente presente un grado de riesgo bajo:
 - Es importante brindar apoyo emocional, hablar con el joven para conseguir disminuir su confusión de pensamientos y sentimientos, reforzar la capacidad para resolver estos problemas, derivar a un Centro de Salud Mental (CSM) para llevar un seguimiento del caso y citarlo en la consulta de enfermería para realizar controles periódicos.⁵
- Si se considera tras la evaluación, que el riesgo es medio, los cuidados que realizaremos son:

Ofrecer apoyo emocional como en el caso anterior, conversar con el menor sobre las alternativas al suicidio que tiene, hablar y pactar con el adolescente para asegurarnos que no va a intentar suicidarse, contactar con la familia y amigos del menor para que participen en la intervención y por último, derivar al médico y CSM de referencia para la prescripción de fármacos seguros.⁵

- En el caso de que el riesgo de suicidio del menor sea alto:

Pactaremos medidas de contención y acompañamiento del paciente por parte de la familia. Trataremos de impedir o no facilitar el acceso a medios letales. Por último, derivaremos al menor de manera urgente a un Hospital de Salud Mental (HSM) para realizar una valoración psiquiátrica.⁵

A la hora de limitar el acceso a medios letales, se pueden establecer una serie de recomendaciones:

- Limitación en la venta de psicotrópicos
- Administración de antidepresivos de toxicidad reducida
- Instalación de medidas de contención en lugares y edificios con altitud
- Limitación en la posesión y uso de armas de fuego
- Control de plaguicidas⁶

Sería importante destacar algunos recursos sanitarios inmediatos y de fácil acceso que contribuyen al desarrollo de la prevención de este tipo de conductas, como por el ejemplo, el teléfono de la esperanza. Los objetivos principales de este recurso son: disminuir las tasas de muerte por suicidio y brindar apoyo emocional en los momentos de crisis a pacientes y familiares. Este recurso también puede ser utilizado para la investigación y el conocimiento real de casos de suicidio y para favorecer la coordinación entre las distintas instituciones y profesionales, que participan en la prevención y manejo de la conducta suicida.

El teléfono de la esperanza es un recurso utilizado en la comunidad autónoma de La Rioja. Esta línea telefónica, atiende llamadas de forma anónima, gratuita, urgente, 24 horas al día y especializada en el abordaje de personas con ideación y/o comportamientos suicidas. La atención a estas personas se realiza a través del servicio de intervención de crisis por teléfono y mediante profesionales expertos en el ámbito.

En La Rioja en el año 2017, se recibieron un total de 5620 llamadas entre las cuales, 351 fueron llamadas de tentativa suicida. En dos de las llamadas recibidas, los pacientes estaban con la tentativa autolítica en curso. El motivo de las llamadas fueron crisis de proyecto vital del paciente, ideas suicidas, crisis suicidas o actos suicidas en curso. El 45% de las llamadas fueron realizadas por hombres y el 55% por mujeres, siendo la duración media de las llamadas de 43 minutos. Entre 2004 y 2007, fueron 8, el número de llamadas realizadas por menores de edades hasta los 18 años, 9 llamadas efectuadas por jóvenes de 19 a 25 años y 51 llamadas recibidas por adultos de 26 a 35 años.⁵

DISCUSIÓN

Algunos estudios (Ayuso Mateos J et al, 2012 y Mosquera L, 2016)^{2,11} destacan como causa principal del suicidio adolescente, los antecedentes o problemáticas psiquiátricas del joven. Sin embargo, Kanner (1935)²⁵ afirma que los problemas de salud mental, no son causas

fundamentales que conllevan a consumir un acto suicida, a pesar de que la mayor parte de la literatura psiquiátrica destaca que el suicidio infantil y adolescente es un problema de salud pública y que la causa principal es psicopatológica. Pérez Barrero (2007)²⁵, también coincide en que la mayor parte de las personas que se suicidan son “portadores de una enfermedad mental diagnosticable”.

El sociólogo Durkheim, en su obra “El suicidio” (1897), declara que las causas que propician los actos suicidas son influidas por la sociedad y que cambian según el entorno, la religión o cultura. En estudios citados anteriormente (Ayuso Mateos J et al, 2012 y Mosquera L., 2016)^{2,11}, se reconoce la gran influencia del entorno en el adolescente a la hora de cometer un acto suicida, pero priman otras causas y factores de riesgo, como por ejemplo la adicción a tóxicos y alcohol, problemas familiares o sentimentales, patologías dolorosas o incapacitantes, intentos de suicidio previos, carencia de redes de apoyo, etc.²⁶

Existe controversia sobre el efecto llamada y las repercusiones que tiene la divulgación de las noticias sobre los actos suicidas. Herrera (2015)¹³ afirma que, la divulgación de noticias sobre muertes por suicidio, no puede limitarse a efectos negativos, sino que tienen un efecto protector para el receptor. Olmo y García (2015)¹³ sostienen que, para que esto se produzca, tienen que existir unas pautas emitidas por los profesionales de salud mental hacia los periodistas y comunicadores, generando unos códigos de actuación unánimes. Autores como Lois-Barcía (2018)¹³, añaden que la omisión de la divulgación de los actos suicidas “no contribuye a solucionar el problema”. Niederkrotenthale (2010)¹³ afirmó que, no era el hecho de difundir noticias sobre muertes por suicidio lo que podía influir en la población, sino que este tipo de noticias, no se difundían de la forma correcta o más aconsejable. Por ello, la OMS establece una serie de recomendaciones a la hora de la divulgación de información sobre actos suicidas en los medios de comunicación. Se intentará evitar en la publicación de noticias sobre un suicidio en concreto, descripciones detalladas del método utilizado y cómo fue la obtención de este, fotografías de la escena del suicidio o de la víctima y que la cobertura de la noticia sea sensacionalista. Se tratará de que la información de la noticia sea precisa, ética y responsable. La OMS recomienda la divulgación de los casos de suicidio y una atención especial, al igual que ocurre con los casos de violencia de género.¹³

CONCLUSIONES

Como se ha podido ver a lo largo de esta revisión, el número de actos suicidas en menores va aumentando a lo largo de los años. Esto quiere decir, que las herramientas preventivas que se están utilizando no son efectivas o no están siendo bien utilizadas.

Para contribuir a la prevención y tratamiento de esta problemática de salud mental, es recomendable la creación de protocolos y guías de actuación específicas para adolescentes con riesgo de suicidio, debido al escaso número de estos recursos en la actualidad.

Se ha demostrado que visibilizar los casos de suicidio no supone un aumento de las conductas suicidas. Por ello, informar y educar a pacientes y familias, ayudaría a reducir el estigma social del paciente y a favorecer el seguimiento de la conducta suicida por parte de los profesionales sanitarios. La visibilización de los casos a través de los medios de comunicación, también sería un acto de sensibilización siguiendo las recomendaciones de la OMS a la hora de

la publicación de este tipo de noticias, con especial cuidado al tratarse de menores. Se llega a la conclusión de que: hablar adecuadamente del suicidio, ayuda a prevenirlo.

La figura de la enfermera escolar es muy importante en los centros educativos en materias de prevención suicida. La enfermera podría detectar a tiempo conductas suicidas en menores, propiciadas por el acoso escolar en los colegios, o fuera de ellos. Estos profesionales, llevarían a los centros las herramientas y conocimientos necesarios para lidiar con esta problemática de Salud Mental, educando a los jóvenes e instaurando programas de salud a utilizar en la propia institución.

Tras la información recopilada, se llega a la conclusión de que el mejor lugar para llevar a cabo una prevención suicida es en la consulta de Atención Primaria. La enfermera comunitaria, puede ser el profesional sanitario que mejor conoce al paciente debido a la proximidad y frecuencia de las citas programadas. Conociendo los factores de riesgo que pueden influir en el paciente a través de una entrevista clínica, podemos establecer medidas de prevención para evitar conductas autolíticas. Esta entrevista, la podemos complementar con las escalas pertinentes o utilizadas según los protocolos del centro. Podemos poner en manos del paciente diferentes recursos que puedan ayudarle a evitar conductas suicidas y que faciliten el trabajo del personal sanitario, por ejemplo, una línea telefónica en la que, ante un momento de crisis, el paciente o un familiar pueda llamar para recibir ayuda de un profesional especialista en la materia.

Sería recomendable fomentar la aplicación de las escalas que han demostrado ser eficaces y válidas a la hora de evaluar el riesgo suicida en adolescentes y remarcar la importancia de la investigación en Enfermería basada en la evidencia, para mejorar los resultados obtenidos hasta el momento.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. (2014). Preventing suicide.
2. Ayuso Mateos J L, Baca García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012; 5(1): 8-23
3. Instituto Nacional de Estadística [sede web], Defunciones según la causa de muerte 2017 Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=06001.px>
4. Instituto Nacional de Estadística [sede web], Defunciones según la Causa de Muerte 2012 Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad . 098 Suicidio y lesiones autoinflingidas. Última actualización de metadatos 17/12/2018
5. Piserra Bolaños C, Campos Burgui M, Cestafe Martínez C, Fonseca Pedrero E, Pérez Trenado M, Santolalla Arnedo I et al. Plan de prevención del suicidio en La Rioja [Internet]. 1st ed. 2018 [cited 12 February 2019]. Disponible en: http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/PLAN_PREVENCION_CONDUCTA_SUICIDA_DEF.pdf
6. Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, de las Heras Liñero E, Fernández Martínez R, Ferrer Gómez del Valle E, Goicoechea Castaño A et al. Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia [Internet]. 1st ed. Ministerio de Ciencia e innovación; 2009 [cited 6 March 2019]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/apartado09/apartado09.pdf
7. Navarro-Gómez Noelia. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud* [Internet]. 2017 [citado 2019 Ene 22]; 28(1): 25-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742017000100004&lng=es.
8. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Álvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res.* 2008;157(1-3):131-7.
9. Giner L, A. Guija J. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014; 7(3) :139---146 www.elsevier.es/saludmental ORIGINAL Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. Elsevier [Internet]. 2014 [cited 29 April 2019];7(3):139-146. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-S1888989114000056>
10. Cruz, E. M., Valdayo, B., & Martín, R. (2017). Investigación enfermera sobre las manifestaciones clínicas y la prevención en la conducta suicida en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 2(1), 221–228. <http://doi.org/https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.934>
11. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* [Internet]. 2016 [cited 14 March 2019];(3):9-18. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288635>
12. Molina AV, Cánovas LT. Prevención de conductas suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2017 Oct ;20(8):55–60. Disponible en: <http://ponton.uva.es/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=125761733&lang=es&site=eds-live>
13. Lois-Barcia M, Rodríguez-Arias I, Túñez M. Pautas de redacción y análisis de contenido en noticias sobre suicidio en la prensa española e internacional: efecto Werther&Papageno y seguimiento de las recomendaciones de la OMS. *Zer: Revista de Estudios de Comunicación* [Internet]. 2018 Nov 23(45):139–59. Disponible en :

- <http://ponton.uva.es/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ufh&AN=134194629&lang=es&site=eds-live>
14. Rodrigo Muñoz-González. Menores, bullying y suicidio. Un análisis de caso a través de los medios digitales de referencia en España. *Correspondencias & Análisis*, Vol 8, Iss 8, p 55-74 (2018) [Internet]. 2018;(8). Disponible en: <http://ponton.uva.es/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsd&AN=edsdoj.&lang=es&site=eds-live>
 15. Valadez I, Amezcua R, Montes R, Vargas V. Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2011;9(2):783-796.
 16. Gutiérrez-García Ana G., Contreras Carlos M.. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2019 Mar 20]; 31(4):321-330. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400009&lng=es
 17. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 143. (Boletín Oficial del Estado, número 281, 24 noviembre de 1995) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
 18. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, 15 noviembre de 2002) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
 19. Blanca Casas S, Guibert Reyes W. Identificación de indicadores suicidas en la población por la enfermera de Atención Primaria de salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 1997;14(3):188-193.
 20. Pascual Pascual P, Villena Ferrer A, Morena Royo S, Téllez Lapeira J, López García C. Guía clínica del paciente suicida [Internet]. 1st ed. Madrid: Elsevier; 2012 [cited 12 February 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guías-clinicas/el-paciente-suicida/>
 21. Carvajal Carrascal G, Caro Castillo C. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. *Avances en Enfermería*. 2012;30(3):102-117.
 22. Molina AV, Cánovas LT. Prevención de conductas suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2017 Oct ;20(8):55–60. Disponible en: <http://ponton.uva.es/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=125761733&lang=es&site=eds-live>
 23. Bobes García J, Giner Ubago, J, Sainz Ruiz J. Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida [Internet]. Madrid: Tricastela; 2011. Disponible en: https://feesm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
 24. Arbesú Prieto J, Vitos Sánchez G, Cuba Vila B, Solís Sánchez C, Pérez Lanza J, Díaz Fernández S et al. Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio [Internet]. 1st ed. Oviedo: Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental -SESPA-; 2018 [citado 5 Marzo 2019]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/225127/PROTOCOLO+SUICIDIO+def.pdf/48775c44-b688-961e-be16-f81511d4eba2>
 25. Pérez Barrero Sergio Andrés. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1999 Abr [citado 2019 Mayo 08] ; 15(2): 196-217. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es.
 26. Felipe Palacio A. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Afectio Societatis* [Internet]. 2010 [citado 21 Marzo 2019]; (1):1-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3703186.pdf>

27. Chamorro Aguado V. La enfermera escolar: comunicación eficaz para la prevención y detención del acoso escolar [Internet]. 1st ed. Almería; 2017 [citado 12 Mayo 2019]. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4005>

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Desesperanza de Beck

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer las cosas mejor por mi mismo		
3. Cuando las cosas van mal, me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo sería mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
16. Tengo una gran confianza en el futuro		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		
PUNTUACIÓN		

Se puntúa con 1 punto cuando:

- Se ha contestado “Verdadero” a las siguientes cuestiones: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.
- Se ha contestado “Falso” a las preguntas: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19.

Se puntúa con 0 puntos en todos los demás casos.

A partir de 8 puntos, se considera que existe un riesgo suicida.

Anexo 2: Escala de la depresión de Beck

1. Tristeza

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 me siento triste todo el tiempo
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntuación

- Una calificación de 0 a 13: sin depresión
- Una calificación de 14 a 19: depresión leve
- Una calificación de 20 a 28: depresión moderada
- Una calificación de 29 a 63: depresión severa

Anexo 3: Escala SAD PERSONS

- **S:** Sexo masculino
- **A:** Edad (**age**) <20 o 45> años
- **D:** Depresión
- **P:** Tentativa suicida **previa**
- **E:** Abuso de alcohol (**etanol**)
- **R:** Falta de pensamiento **racional** (psicosis o trastornos cognitivos)
- **S:** Carencia de soporte **social**
- **O:** Plan **organizado** de suicidio
- **N:** No pareja o cónyuge
- **S:** Enfermedad **somática**

Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente. Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

0-2: alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio

3-4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso

5-6: recomendado el ingreso, sobre todo, si ausencia de soporte social

7-10: ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.²¹

Anexo 4: Escala "IS PATH WARM"

<i>Ideation</i>	Presencia de ideación suicida
<i>Substance abuse</i>	Abuso de alcohol u otras drogas
<i>Purposelessness</i>	Pérdida de propósitos en la vida
<i>Anger</i>	Expresión de agresividad incontrolada
<i>Trapped</i>	Sentimientos de que no existe otra salida
<i>Hopelessness</i>	Desesperanza
<i>Withdrawing</i>	Reducción del contacto con familiares y amigos
<i>Anxiety</i>	Ansiedad, agitación o trastornos del sueño
<i>Recklessness</i>	Realización de actividades de riesgo sin considerar sus potenciales consecuencias
<i>Mood</i>	Cambios en el estado de ánimo

Anexo 5: Escala MINI

1. "¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?"
2. "¿Ha querido hacerse daño?"
3. "¿Ha pensado en el suicidio?"
4. "¿Ha planeado cómo suicidarse?"

5. *“¿Ha intentado suicidarse?”*
6. *A lo largo de su vida:*
7. *“¿Alguna vez ha intentado suicidarse?”*

La interpretación de esta escala corresponde a:

Si la respuesta es **“Sí”**:

- En las preguntas 1 o 2 o 6: el riesgo es ligero.
- En las preguntas 3 o (2+6): el riesgo es moderado
- En las preguntas 4 o 5 o (3+6): el riesgo es alto