



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2015-16)

Trabajo Fin de Grado

**Detección y prevención del suicidio en
Atención Primaria.**

(Revisión bibliográfica)

Alicia Gento Ruipérez

Dña. Isabel M^a Adán Mena

Junio, 2016

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
EVOLUCIÓN HISTÓRICA	2
CLASIFICACIÓN	4
EPIDEMIOLOGÍA	5
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	8
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS.....	10
MATERIALES Y MÉTODOS	11
RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA.....	13
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	16
FACTORES DE RIESGO	16
EVALUACIÓN DEL RIESGO	19
ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	23
ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	26
PREVENCIÓN MEDIANTE TERAPIA PSICOLÓGICA	27
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	36
ANEXO I	36
ANEXO II.....	43

RESUMEN

El suicidio, según Émile Durkheim, es *“toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado.”* El número de suicidios ha ido aumentando año tras año y la Organización Mundial de la Salud lo considera un problema mayor de salud pública, razón por la que se decide hacer esta revisión bibliográfica cuyo fin último es la prevención del suicidio.

Todos los profesionales sanitarios, especialmente los de enfermería, se encuentran a pacientes en riesgo de suicidio, situación que no se sabe abordar porque no se está familiarizado con ella. Por ello, el objetivo de este trabajo es revisar la información existente acerca de la evaluación y detección del paciente con riesgo de suicidio, así como sobre las medidas preventivas que se pueden aplicar desde la atención primaria y la enfermería. Además de diversos libros y páginas web relacionadas con el tema, se consultan las bases de datos Scielo España, Red Scielo, Dialnet, PubMed, Biblioteca Cochrane Plus y la literatura gris, obteniéndose veinte referencias de las que se extraen los resultados.

Se concluye que los principales factores de riesgo de este problema son padecer una enfermedad mental y haber realizado un intento previo; el apoyo sociofamiliar se observa como el mayor factor protector. La evaluación del riesgo del suicidio se debe realizar mediante una entrevista clínica, olvidando el mito de que hablar del suicidio aumenta la probabilidad de que se cometa. Los profesionales de atención primaria se demuestran fundamentales en la prevención del suicidio, debido a la confianza que desarrollan con el paciente, pues la mayoría de las personas que han realizado un intento de suicidio han acudido previamente al centro de salud.

Palabras clave: intento de suicidio, prevención del suicidio, profesionales de atención primaria, entrevista clínica.

INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española de la Lengua (RAE) define la palabra *suicidio* como la “acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”¹ y, *suicidarse*, como el “acto de quitarse voluntariamente la vida.”² Para profundizar más en el concepto de suicidio hay que realizar un análisis de su evolución a lo largo de la historia.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El suicidio es tan antiguo como la humanidad en sí misma. Cada sociedad, cultura y época han considerado el acto de quitarse la vida de diferente manera, por lo que es imposible conocer todos los matices ya que el acto de suicidarse depende de la filosofía, la religión, el nivel económico y los principios sociales de cada persona.³

En la antigüedad, el suicidio era aceptado en la mayor parte de las sociedades, solo entre las tribus africanas se rechazaba.⁴ En la Grecia clásica, pasa a ser una cuestión importante de la reflexión filosófica porque acarrea una condena social. Platón, rechaza el suicidio porque solamente los dioses deciden cuando debemos abandonar la vida, según las leyes 873 c y 873 d (de la obra *Leyes* de Platón en la que explicaba la organización del estado).⁵ Unos años más adelante, Aristóteles se muestra claramente en contra del suicidio porque atentaba contra la Ciudad y el deshonor debía acompañar al que se destruía a sí mismo.⁶ Aun así, la prohibición en Grecia no era absoluta ya que se permitía la propia muerte si se pedía permiso a la autoridad.³ En la Roma Imperial, el suicidio se consideraba honorable entre intelectuales y estaba prohibido entre los esclavos. Séneca lo considera como el uso de la libertad que posee el ser humano, un acto de total coherencia con la razón.⁷

En la Edad Media, el suicidio pasa a ser prohibido en su totalidad, estando castigado social y religiosamente. San Agustín está en contra de la muerte voluntaria basándose en las Sagradas Escrituras y en el Quinto Mandamiento “*No matarás*”;

así, el que se suicida está cometiendo un pecado. ⁸ Para Santo Tomás de Aquino, la vida no nos pertenece por lo que no decidimos sobre ella y se une a San Agustín diciendo que la propia muerte es un pecado mayor porque no se puede hacer penitencia después. ⁹ En esta época, la persona que consumaba el suicidio era penada rígidamente prohibiendo su entierro en Camposanto y confiscándole los bienes. Curiosamente, el que no llegaba a consumir el suicidio era condenado a muerte. ³

A partir del siglo XVII, surgen muchos pensamientos filosóficos importantes sobre el suicidio. Hume está a favor porque considera que no es una ofensa contra Dios, sino una cuestión moral. La propia muerte, aunque sea voluntaria, es permitida porque todo lo que ocurre es una acción del Todopoderoso. ¹⁰ Por otro lado, Kant se posiciona en contra del suicidio porque es un acto contrario al deber para con uno mismo y se debe respetar la humanidad. Para él, el suicidio es la pérdida de la dignidad y ni siquiera la miseria autoriza al hombre a quitarse la vida. ¹¹

En el siglo XIX, se empieza a exculpar el suicidio por medio de planteamientos médicos. En esa época, Émile Durkheim formula una de las definiciones más citadas en el tema del suicidio: *“toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte.”* ¹² Durkheim defiende que la gente no se mata porque pertenece a una sociedad que les protege ya sea la familia, la religión o los amigos, siendo la sociedad un universo moral y entendiendo el suicidio y sus causas como un hecho social que no tiene motivación individual. ¹³ Dedujo tres categorías de suicidios:

- **Egoísta**: Los hombres o las mujeres tienden más a quitarse la vida cuando piensan esencialmente en sí mismos, cuando no están integrados en un grupo social. Es común donde la cultura destaca el individualismo y el esfuerzo concentrado en el yo.
- **Altruista**: Se da en sociedades que ponen por encima del individuo una serie de deberes de sentido grupal. El suicidio se comete por una fuerte

ideología o por vergüenza cuando se quebrantan las normas del grupo. La versión contemporánea del suicidio altruista son los actos terroristas perpetrados por fanáticos religiosos y extremistas políticos.

- Anómico: Se produce cuando hay un fallo de los valores sociales que ocasiona una desorientación individual y una falta de significación de la vida, es decir, cuando hay un rápido cambio en la sociedad o una inestabilidad de ésta. Se manifiesta con el gran número de suicidios en periodos de crisis social o económica. ^{13, 14}

CLASIFICACIÓN

Hoy en día, en suicidología, según las conclusiones del Congreso Nacional de Psiquiatría de 2012, hay que diferenciar varios subtipos de suicidio:

- *Conducta suicida*: aquella actitud que se realiza con objeto de llevar a cabo un acto suicida de manera consciente o inconsciente.
- *Riesgo de suicidio*: posibilidad de que una persona atente contra su propia vida.
- *Suicidio consumado*: el que se realiza con éxito y la persona acaba con su vida.
- *Suicidio frustrado*: cuando no se consigue el objetivo por circunstancias imprevistas.
- *Simulación suicida*: acto suicida que no cumple su objetivo porque no existía la auténtica intención de muerte.
- *Ideación suicida*: pensamientos repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre deseos de morir, objetos y las circunstancias en las que se pretende morir.
- *Gesto suicida*: actos simbólicos sobre una acción suicida que se realiza.
- *Amenaza suicida*: se da a entender con palabras que se realizará un acto suicida.
- *Suicidio colectivo*: conducta suicida que llevan a cabo varias personas a la vez, siendo normalmente una persona la que induce al resto.
- *Suicidio contagioso*: cuando tras el suicidio de alguien conocido aumenta el número de conductas suicidas.

- *Suicidio racional*: se realiza como solución al sufrimiento de una enfermedad incapacitante.
- *Intento de suicidio*: actos autolíticos deliberados con lesiones que no tienen un final letal, con diferentes grados de intención de morir.
- *Gesto parasuicida*: conductas no mortales, tentativas que persiguen solo llamadas de atención de los demás.

A pesar de todos estos subtipos, el mencionado Congreso distingue tres niveles principales: la ideación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio.^{12, 15}

EPIDEMIOLOGÍA

Según la OMS, cada 40 segundos se produce una muerte autoinfligida en el mundo, más de 800.000 personas al año se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Los datos aseguran que el colectivo que más se quita la vida son los mayores de 70 años y que, en 2012, fue la segunda causa principal de defunción entre los 15 y 29 años de edad en todo el mundo.

La tasa mundial ajustada de suicidio fue de 11,4 por cada 100.000 habitantes, es decir, el suicidio fue la causa número 15 de muerte en todo el mundo, con un 1,4% del total de defunciones. España, tiene una tasa de 5,1 por cada 100.000 personas, lo que la sitúa en el cuarto puesto por abajo dentro de la Unión Europea; en primer lugar, se sitúa Lituania con un 28,2. Además, el suicidio, no se produce solo en los países desarrollados, sino que afecta a todas las partes del mundo. Un 75% de todos los suicidios del mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medios.¹⁶

Son insuficientes tanto la disponibilidad y calidad de los datos sobre el suicidio como los intentos de ello. Solo 60 países recogen datos totalmente fiables y de ellos, solo 28 cuentan con estrategias de prevención, entre ellos España. Se estima que el número de tentativas suicidas es aproximadamente unas 10 a 20 veces superior al número de suicidios consumados, ya que la falta de datos adecuados impide el conocimiento de la magnitud real del problema. La suma del total de intentos de

suicidio conlleva muchas dificultades porque es un grupo muy heterogéneo de pacientes en relación a aspectos como: planificación, grado de letalidad, método e intencionalidad. ¹⁶

La Organización Mundial de la Salud considera el fenómeno como "*un problema mayor de salud pública*" y un "*imperativo mundial*" otorgar a su prevención la mayor prioridad, por lo que pretende cumplir con su plan de acción de salud mental y reducir el número de suicidios en un 10% antes de 2020. ^{17, 18, 19}

Desde el año 2003, se celebra el día mundial de la prevención del suicidio (DMPS) el 10 de Septiembre. Es una iniciativa de la asociación internacional de prevención del suicidio y la OMS. Este día pretende llamar la atención de los individuos y las organizaciones para prevenir el suicidio. El lema de este año 2015 ha sido: "*Previniendo el suicidio: tendiendo la mano y salvando vidas*". Este lema anima a tender la mano a los que están en duelo por un suicidio, a los que están en riesgo de suicidio, poniéndolos en contacto con los servicios relevantes, a los que trabajan en el ámbito de la prevención del suicidio y al propio día, pues el acto de mostrar preocupación por alguien vulnerable al suicidio puede ser un punto de inflexión. ²⁰

En España, actualmente, el suicidio es algo conocido y a la vez ignorado, apenas tiene lugar en los medios de comunicación y cuando se trata, es con urgencia por la noticia o el impacto causado; dando mayor importancia al hecho individual y a lo anecdótico, sin dejar espacio para la reflexión. Al no informar en los medios sobre la cantidad de suicidios que se producen se intenta evitar que aumente el número de casos, según publica la revista de comunicación de la SEECI (Sociedad Española de Estudios de la Comunicación) en noviembre de 2015. ²¹

En este país, el suicidio es la primera causa de muerte no natural por delante de los accidentes de tráfico, según los últimos datos publicados por el INE (Instituto Nacional de Estadística) en el año 2013. En total, 3870 personas atentaron contra su vida en nuestro país, de los cuales 2911 eran hombres y 959 mujeres. ²² Si se analiza el número de suicidios que ha habido en España desde el año 2000 al 2013,

se observa que ha ido aumentando cada año el número total, tanto en mujeres como en hombres, especialmente a partir del año 2005 (Tabla 1). El predominio del número de hombres afectados se ha seguido manteniendo siendo de dos a tres veces mayor que en las mujeres, aumentando la diferencia a partir del mismo año.¹⁹ El rango de edad, en el año 2013, donde se producen el mayor número de suicidios es entre los 30 y los 59 años de edad, concentrándose entre los 50 y los 54 tanto en hombres como en mujeres.^{22, 23}

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2000	1842	683	2525
2001	1611	601	2212
2002	1680	578	2258
2003	1685	520	2205
2004	1665	604	2269
2005	2570	829	3399
2006	2512	734	3246
2007	2463	800	3263
2008	2676	781	3457
2009	2666	763	3429
2010	2468	690	3158
2011	2435	745	3180
2012	2724	815	3539
2013	2911	959	3870

Tabla 1.- Número de suicidios en España por sexo y año según el INE.^{22, 24}

Las tentativas de suicidio y los intentos de suicidio presentan una gran variabilidad según las fuentes que se consultan y un total sumamente bajo, lo que induce a pensar en la existencia de diferentes criterios a la hora de su registro y codificación, pudiendo existir casos de infra-registro en las historias clínicas.²⁴ Un estudio descriptivo realizado en el 2014 que pretende comprobar si los datos que da el INE coinciden con los datos registrados por los organismos encargados de la realización de autopsias médico-legales en España (Institutos de Medicina Legal, IML), concluye que existe una diferencia entre ambos, sin que ninguna de las fuentes pueda considerarse más fiable que la otra, por lo que conocer el número de suicidios exactos que se llevan a cabo en el país es muy difícil, siendo el número real mayor a los datos que se obtienen de cada fuente.²⁵

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Dentro del proceso de atención de enfermería, en el dominio 11 de Seguridad/Protección según NANDA se encuentra el diagnóstico de enfermería “*Riesgo de suicidio (00150)*”. Se define como el riesgo de lesión auto infligida que pone en peligro la vida y se distinguen diferentes factores de riesgo:

- Conductuales: acumulación de medicamentos, historia de intentos previos de suicidio, compra de un arma de fuego, hacer testamento o cambiarlo, súbita recuperación eufórica de una depresión grave, cambio notable de actitud o de conducta, cambio en el rendimiento académico, donar las posesiones, impulsividad...
- Verbales: amenazas de matarse, manifestar deseos de morir...
- Demográficos: divorciados, personas mayores, hombres adultos jóvenes y adolescentes, personas de raza blanca, viudos...
- Físicos: dolor crónico, enfermedad física, enfermedad terminal...
- Psicológicos: abuso de sustancias, abuso infantil, antecedentes familiares de suicidio, culpabilidad, enfermedad psiquiátrica, jóvenes homosexuales...
- Situacionales: acceso a armas, adolescentes que viven en entornos no tradicionales, económicamente desfavorecidos, institucionalizados, jubilados, pérdida de autonomía, pérdida de independencia, traslados, personas que viven solas...
- Sociales: aislamiento social, alteración de la vida familiar, apoyo social insuficiente, desesperanza, dificultades legales, duelo, indefensión, pérdida de relaciones significativas, problemas disciplinarios, soledad, suicidios en grupo...

Las intervenciones que se pueden realizar para prevenir el riesgo de suicidio o para mejorar ese riesgo sólo con las acciones de la enfermería, son innumerables. Los dos NIC principales son el *Control del estado de ánimo [5330]* y la *Prevención del suicidio [6340]*, luego se sugieren algunos como la *Asistencia para los recursos*

*financieros [7380], la Disminución de la ansiedad [5820], los Grupos de apoyo [5430]...etc.*²⁶

JUSTIFICACIÓN

Todos los profesionales sanitarios, especialmente los de enfermería, se encuentran a pacientes que están en riesgo de suicidio, situación que no se sabe distinguir o tratar porque no se está familiarizado con ella. El suicidio es su término que en sí mismo da miedo y es difícil de tratar ya que depende de muchos factores y es fácil caer en estereotipos o mitos que no sirven de ayuda.

El acto del suicidio no solo engloba aquellos en los que se produce la muerte. La mayoría de los intentos de suicidio no concluyen con el fallecimiento del paciente, ya que muchos de estos se comenten de tal forma que el rescate es posible; normalmente indican un grito desesperado de ayuda por parte de la persona que los lleva a cabo. La acción de prevención debe llevarse a cabo desde antes de que se produzca el intento, por lo que hay que incluir a toda la población.

Es importante tener en cuenta que uno de los aspectos clave para la prevención del suicidio es reconocer señales de problemas emocionales, a menudo encubiertos. Está comprobado que hacer preguntas sobre la ideación suicida no desencadena conductas suicidas y que favorecer la confianza del paciente en otra persona tiene un efecto terapéutico.

En atención primaria, son tratados la mayoría de los pacientes con riesgo de suicidio, formar a estos profesionales en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, en la detección del riesgo de conductas suicidas y en cuándo remitir a los servicios especializados en Salud Mental, es una estrategia eficaz para prevenir el suicidio. A veces, los síntomas no se reconocen y los pacientes no reciben el tratamiento adecuado, por lo que la formación es muy importante para la prevención. El seguimiento en el centro de salud de las personas con un intento previo de suicidio, que son las que mayor riesgo de volver a intentarlo tienen, es fundamental. Además,

es importante el registro de las tentativas y la ideación de suicidio correctamente para poder realizar dicho seguimiento y evitar tentativas futuras.

OBJETIVOS

El principal objetivo de esta revisión bibliográfica es recopilar información sobre las intervenciones existentes para la detección y prevención del suicidio.

Secundariamente y de forma más específica, se quiere dar a conocer la situación actual en España de los métodos utilizados para la evaluación de la conducta suicida y de los factores de riesgo del suicidio. Así mismo, revisar si es posible y eficaz ayudar al paciente suicida desde la atención primaria y cuáles son las medidas preventivas que se pueden aplicar en este medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo es una revisión bibliográfica descriptiva cuyo propósito es proporcionar al lector información útil sobre los factores de riesgo del suicidio y su prevención. Para ello se han utilizado diferentes tipos de materiales como artículos, libros y páginas de Internet. A continuación, se describen los pasos seguidos para su realización.

En primer lugar, se ha formulado la pregunta que se quiere responder con este trabajo. Para ello se ha seguido el formato PICO de Sackett (Tabla 2), que incluye cuatro conceptos: Paciente, Intervención, Comparación y Resultados (Outcomes).²⁷

PREGUNTA PICO	
P (paciente)	Pacientes con riesgo de realizar un intento de suicidio.
I (intervención)	Investigar acerca de las medidas de detección y prevención del suicidio en atención primaria.
C (comparación)	No se ha considerado necesaria comparación.
O (outcomes)	Disminución de los intentos de suicidio.

Tabla 2.- Formulación de la pregunta según el formato PICO.

Así, la pregunta resultante fue: ¿Qué medidas de detección y prevención se pueden aplicar en atención primaria para disminuir los intentos de suicidio en personas con riesgo?

En segundo lugar, se realizó una búsqueda de los descriptores más adecuados (Tabla 3), en DECS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MESH (Medical Subject Headings), para poder obtener los resultados deseados en las

diferentes bases de datos. Una vez obtenidos los descriptores, se procedió a realizar la búsqueda de los documentos para hacer la revisión bibliográfica entre los meses de mayo y junio de 2016.

DESCRIPTORES	
ESPAÑOL	INGLÉS
Suicidio	Suicide
Intento de suicidio	Suicide attempted
Factores de riesgo	Risk factors
Prevención & control	Prevention & control
Promoción de la salud	Health promotion
Programa	Program
Atención Primaria	Primary Care
Profesional de Salud	Health Professional
Conocimientos	Knowledges
Actitudes	Attitudes
Instrumentos	Instruments
Grupo	Group
Enfermería	Nursing
Autolesión	Self-harm
Adolescente	Adolescent
Comportamiento suicida	Suicidal Behaviour
Revisión sistemática	Systematic review
Inter-examinadores	Interrater reliability

Tabla 3.- Descriptores en español e inglés.

En tercer lugar, se realiza la búsqueda bibliográfica. Para ello se han utilizado las bases de datos PubMed, Dialnet, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo España, Red Scielo y la literatura gris. También se consultaron diversos libros, revistas, protocolos y páginas de internet de asociaciones especializadas en el tema.

Para dirigir los motores de búsqueda se utilizaron los descriptores junto a los operadores booleanos, el de inclusión “AND”, el de exclusión “NOT” y el de unión “OR”. También, se utilizaron filtros para la temporalidad, el idioma y la disponibilidad del texto. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la selección de resultados fueron:

- La temporalidad: artículos publicados entre enero de 2009 y mayo de 2016.
- El idioma: artículos escritos en español e inglés.
- La disponibilidad del texto: artículos de acceso gratuito al texto completo.
- La especie: artículos referidos a investigaciones en humanos.
- La edad: artículos referidos a personas de cualquier edad.
- El tema principal: artículos referidos como tema principal al suicidio.

El proceso de selección de los artículos comenzó con la lectura del título y se desecharon aquellos que no tenían relación con los objetivos del trabajo. A continuación, se realizó la lectura de los resúmenes, escogiendo los que tenían información que se ajustaba al tema del trabajo y cumplían los criterios de inclusión. Una vez obtenidos los artículos definitivos para la realización de la revisión bibliográfica, se llevó a cabo una lectura crítica de todos ellos. Los artículos en inglés se tradujeron con ayuda de un traductor.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

Resumiendo todas las bases de datos se han obtenido un total de trece artículos. De ellos cinco son estudios descriptivos (referencias nº 30, 38, 40, 41 y 42), cinco son revisiones sistemáticas (referencias nº 34, 36, 37, 39, y 43) y tres son estudios experimentales, cuasi-experimentales o ensayos clínicos (referencias nº 32,

44 y 45) Además, en la literatura gris se han encontrado seis programas o guías clínicas sobre la prevención del suicidio (referencias nº 15, 28, 29, 31, 33 y 35) y un ensayo clínico aleatorizado (referencia nº 46).

✓ Scielo España:

Tras la búsqueda bibliográfica realizada en el mes de junio de 2016, se encontró un artículo cuya referencia es la nº 36 (Anexo I, Tabla 4).

✓ Red Scielo:

Tras la búsqueda bibliográfica realizada entre los meses de mayo y junio de 2016, aplicando los filtros de idioma español y entre los años 2009 y 2016 se han seleccionado dos artículos cuyas referencias son la nº 40 y 44 (Anexo I, Tabla 5).

✓ Dialnet:

Tras la búsqueda bibliográfica realizada en el mes de junio de 2016, se seleccionó un artículo cuya referencia es la nº 39 (Anexo I, Tabla 6).

✓ Biblioteca Cochrane Plus:

Tras la búsqueda bibliográfica realizada en los meses de mayo y de junio de 2016, variando los descriptores, no se seleccionó ningún artículo (Anexo I, Tabla 7).

✓ PubMed:

La búsqueda bibliográfica se inició en febrero de 2016, encontrado solamente 5 artículos. En los meses de mayo y junio se aumentó la búsqueda utilizando los filtros adecuados (Free Full Text, Spanish and English, 2009-2016) se seleccionaron un total de once artículos cuyas referencias bibliográficas son la nº 30, 32, 34, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44 y 45 (Anexo I, Tabla 8).

✓ Literatura Gris:

Se realizó la búsqueda en el mes de junio de 2016 y se seleccionaron cinco programas de prevención con las referencias nº 15, 28, 29, 31, 33 y 35 y un ensayo clínico aleatorizado cuya referencia es la nº 46.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de suicidio se pueden clasificar de muchas formas distintas, el Ministerio de Sanidad los divide en modificables y no modificables. Los primeros incluirían factores sociales, psicológicos y psicopatológicos que pueden modificarse clínicamente, como un trastorno afectivo, la esquizofrenia y el abuso de sustancias. Los no modificables se mantienen en el tiempo y su cambio no es posible con la actuación clínica, como el sexo, la edad, la genética, el estado civil o el apoyo social.²⁸

Una clasificación más completa según el protocolo de prevención del suicidio elaborado por el Ministerio de sanidad, los dividen en factores de riesgo individuales, factores familiares y otros factores.

Los factores individuales engloban los trastornos mentales principalmente la depresión, los factores psicológicos como la impulsividad o la dificultad para la resolución de conflictos, los intentos previos de suicidio, la edad (principalmente los jóvenes de 15 a 35 años y durante la tercera edad), el sexo (más suicidios consumados en el hombre, pero más intentos en las mujeres) y los factores biológicos como alguna discapacidad física.

Los factores de riesgo familiares incluyen los antecedentes de suicidio en las personas cercanas y los eventos vitales estresantes como el divorcio o pérdidas de dinero. El apoyo socio familiar escaso, la pobreza y la jubilación también aumentan el riesgo.

El suicidio por contagio, es decir, la exposición de casos en los medios de comunicación también aumenta la conducta suicida, sobre todo en personas jóvenes. Otros factores de riesgo serán antecedentes de maltrato o abuso sexual durante la infancia, el acoso escolar y el fácil acceso a armas o medicamentos.^{28, 29}

Los factores de riesgo, según las conclusiones del Congreso Nacional de Psiquiatría de 2012, también se pueden clasificar en función de las etapas de la vida.

En la niñez, los factores de riesgo dependen principalmente del comportamiento de los progenitores y se deben detectar en el medio familiar. Un factor de riesgo es que los padres sean muy jóvenes o muy mayores, lo que conlleva que no sea un hijo deseado o que sea un hijo sobreprotegido. Los niños, previamente al intento de suicidio muestran cambios llamativos en su comportamiento, no hay un motivo concreto que desencadene el acto suicida.¹⁵

La adolescencia, es la edad en la que se desarrollan los principales trastornos mentales como la esquizofrenia o la depresión mayor, siendo el mayor factor de riesgo por el que se producen intentos de suicidio en esta etapa de la vida. Es una época de estrés social con la familia, amigos, estudios, conflictos amorosos... lo que empuja a realizar actos con impulsividad y a no buscar ayuda porque piensan que es un signo de debilidad. Los antecedentes familiares de suicidio o las tentativas previas son otro de los factores de riesgo definidos en esta etapa, además, a esta edad se empieza a consumir alcohol y drogas, y los adolescentes son muy influenciados por los medios de comunicación.^{15, 30}

En las personas adultas, los factores de riesgo se arrastran desde la infancia y la adolescencia. Algunos específicos de la edad adulta son el vivir en una gran ciudad con falta de apoyo social, tener armas de fuego en el hogar y padecer alguna enfermedad crónica. Sobre todo en las mujeres, un factor de riesgo es tener una relación matrimonial que no satisface sus expectativas, aparte de los cambios hormonales debidos a la menopausia o la independencia de los hijos. Se incluyen, también, en este periodo, el alcoholismo, los trastornos depresivos y la esquizofrenia.¹⁵

Las personas de la tercera edad tienen altas tasas de suicidio porque usan métodos más mortales y dan menos señales de aviso. En esta etapa de la vida, los

factores de riesgo se relacionan con el empeoramiento físico, el abandono de la profesión, el aumento de las patologías y el sentimiento de soledad. ^{15, 31}

Por otro lado, los factores protectores de la conducta suicida mencionados en la Guía elaborada por el Ministerio de Sanidad, en la del Gobierno de Navarra y en la realizada en el Congreso de Psiquiatría se pueden resumir en:

- La habilidad para la resolución de conflictos o de problemas.
- Tener en la infancia un ambiente estable y afectivo, con buena relación entre los padres.
- La autoconfianza.
- La presencia de hijos, principalmente en mujeres.
- El apoyo socio familiar y las habilidades sociales.
- Las creencias religiosas, que parecen proteger del suicidio, excepto las prácticas religiosas prohibidas.
- La coherencia de los propios valores con los del entorno.
- En las personas con enfermedades mentales o abuso de sustancias, un tratamiento integral, permanente y a largo plazo. ^{15, 28, 29}

Las conclusiones del Congreso Nacional de Psiquiatría mencionan unos indicadores, que aunque no impliquen necesariamente un acto suicida, sí pueden alertar, tales como cambios de humor, hacer testamento, cambiar los hábitos alimenticios o tener problemas de interés sexual. ¹⁵ Un estudio realizado en EEUU, muestra que la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por intento de suicidio se quejaron previamente de dolor, tal como dolor de cabeza, y de trastornos gastrointestinales. Tratar adecuadamente a estos pacientes es la principal manera de prevención de futuros intentos de suicidio. La conclusión de este estudio es que se debe realizar una mayor investigación sobre el intento de suicidio, las condiciones de salud y la atención sanitaria, para poder desarrollar la intervención adecuada que disminuya el gasto y el comportamiento suicida. ³²

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Como se señala en todos las guías de práctica clínica consultadas, para poder prevenir el suicidio, lo primero que se ha de realizar es una evaluación de los pacientes con el fin de conocer el riesgo de autolesionarse que tienen. Para ello, según el protocolo de la OMS, hay que tener en cuenta tres rasgos característicos del estado de ánimo de los suicidas. Uno de ellos es la ambivalencia, los suicidas tienen una mezcla de sentimientos entre el deseo de morir y el de vivir, normalmente el segundo es mayor ya que no quieren morir, solo están decepcionados con la vida. El segundo rasgo es la impulsividad ya que el acto del suicidio se desencadena normalmente tras un mal día y de manera no premeditada, hay que calmar estas crisis para reducir el riesgo de que lleguen a cometer el suicidio. Y el último rasgo es la rigidez, los pensamientos de las personas suicidas son difíciles de cambiar, son drásticos y no ven otra salida. La mayoría de los suicidas comunican sus pensamientos diciendo “quiero morir” o “me siento un inútil” y no hay que ignorar esas solicitudes de ayuda.^{15, 28, 29, 31, 33}

Según los diferentes protocolos de prevención, el primer contacto con el paciente es lo más importante, tiene que ser en un sitio adecuado y disponer del tiempo suficiente. Lo principal es escuchar con calidez, tratar con respeto, identificarse con las emociones y preocuparse por la discreción. Para evaluar el riesgo de suicidio, lo mejor es preguntar, es un mito que hablar del suicidio incrementa la idea en las mentes de los pacientes y también es un mito que las personas que hablan de suicidarse no lo hacen. Hay que iniciar la entrevista clínica gradualmente (“¿Siente que nadie se preocupa por usted?”), luego hay que evaluar si tiene un plan definido (“¿Tiene idea de cómo va a hacerlo?”), si tiene los medios necesarios (“¿Tiene un revólver?”), y si ha fijado un plazo (“¿Cuándo planea hacerlo?”). En el Anexo II, se muestran algunas preguntas que se pueden realizar para elaborar la entrevista clínica, recogidas en la guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad. Tras la entrevista, se deben identificar los antecedentes que expliquen porque se ha producido la conducta suicida y las características de ésta.

^{15, 28, 31}

Para completar la entrevista, se pueden evaluar diferentes escalas. El Protocolo Breve de Actuación del Suicidio diseñado por el Grupo Español para la Investigación en Conducta Suicida (GEICS) contiene escalas para valorar los desencadenantes, la funcionalidad, las circunstancias objetivas relacionadas con el intento de suicidio, las características de la ideación suicida y la letalidad el intento de suicidio. Así, incluye:

- Acontecimientos Vitales Estresantes: 12 ítems de presente o ausente.
- Problemas Psicosociales: se evalúa la información relativa a los problemas psicosociales y ambientales de los 6 meses anteriores según están descritos en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
- Escala de evaluación de la actividad global: valora el nivel general de actividad en la esfera psicosocial, social y laboral.
- Escala de Intencionalidad suicida de Beck: evalúa las características de la tentativa suicida, se valoran las circunstancias objetivas y la actitud del paciente ante la vida y la muerte. Su uso está indicado tras un intento de suicidio. Son 15 ítems que se puntúan de 0 a 2 de intensidad. La primera parte se refiere a circunstancias objetivas como la preparación del intento, precauciones contra el descubrimiento... y la segunda es autoinformada, sobre percepciones de la letalidad, la posibilidad de rescate... Existe una versión validada española.
- Escala de ideación suicida: cuantifica y evalúa en el contexto de una entrevista semiestructurada con 19 ítems la gravedad de los pensamientos suicidas, recoge características relativas a la actitud hacia la vida y la muerte, los pensamientos o deseos suicidas, el plan de intento de suicidio y la realización del intento planeado.
- Letalidad del intento de suicidio: valora los diversos métodos y las consecuencias médicas del intento.³⁴

Otras escalas, según una revisión bibliográfica realizada en 2014, que se pueden utilizar son:

- Escala de desesperanza de Beck (BHS): mide el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. Son 20 preguntas de verdadero o falso y cada respuesta se puntúa con 0 o 1, siendo una puntuación mayor o igual a 9 la que indica riesgo de suicidio. No está validada en español.
- Escala Sad Persons: consta de 10 ítems, cada uno hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora su ausencia o presencia puntuando 0 o 1. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto. No está validada tampoco en España, pero se recomienda por su facilidad en Atención Primaria.
- Escala Is Path Warm: valora los signos de alarma de la conducta suicida sin puntuación, los ítems suelen darse en los meses previos al intento.
- Escala de valoración de la depresión de Hamilton: incluye ítems destinados a valorar la ausencia o presencia de conducta suicida. Existe validación en español.^{28, 35, 36}

Una vez hecha la valoración, el protocolo de la OMS y la guía del Ministerio de Sanidad clasifican a los suicidas en bajo, mediano o medio y alto riesgo. Las personas con bajo riesgo son las que tienen pensamientos suicidas pero no han elaborado ningún plan. La actuación estaría encaminada a ofrecer apoyo emocional para hacer que hablen abiertamente de sus sentimientos, centrarse en las fortalezas positivas de la persona y mantenerse en continuo contacto con ella. La persona con riesgo medio tiene pensamientos y planes de suicidio pero no inmediatos. La acción necesaria sería ofrecer apoyo emocional, explorar alternativas al suicidio, hacer un contrato para que la persona prometa no suicidarse, remitir al psiquiatra y contactar con la familia. El riesgo alto corresponde a la persona que tiene un plan definido, los medios necesarios y planea hacerlo inmediatamente. En este caso, lo fundamental es no dejar a la persona sola y alejarle de los medios para el suicidio, hay que avisar a personal de salud mental y hospitalizar.³³

El Sistema de Salud Andaluz clasifica los resultados de la evaluación en: persona sin ideas de muerte, que ni espontáneamente ni al ser preguntado refiere que tiene deseos de morirse; persona con ideas pasivas de muerte (sin perspectiva de suicidio), que expresa deseos suicidas si se le pregunta pero sin intención de materializarlos; persona con ideas o intenciones de suicidio (ideas activas de muerte), que expresa deseos suicidas y tiene intención de materializarlos pero no tiene ningún plan concreto ni ha estado nunca al borde de un acto autolítico; y, por último, persona con planificación suicida, que piensa de manera concreta y reciente en una forma clara de atentar contra su vida.³¹

Finalmente, en 2012, la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, recogieron las recomendaciones preventivas del comportamiento suicida dividiéndolas en dos tipos de pacientes, el que presenta un riesgo de suicidio en un futuro inmediato y el que tiene intentos de suicidio previos. Las recomendaciones recogidas para la evaluación del riesgo de suicidio inmediato son: la ideación suicida, si es esporádica o persistente; la determinación, si es una posibilidad o decisión firme; cómo es el plan suicida, el nivel de elaboración y la disponibilidad de medios; la soledad y la falta de apoyo social y familiar; si la persona consume drogas y el control sobre ellas; y, finalmente, las dificultades sociales como marginación o desempleo. Mientras, las recomendaciones para la evaluación del paciente que ha tenido un intento suicida reciente son: la peligrosidad del método elegido, el grado de convicción, la posibilidad de ser descubierto, el grado de alivio al ser salvado, el propósito, si intentaba morir o transmitir un mensaje, el grado de planificación y los cambios importantes en su vida previos al intento.³⁷

Un estudio realizado en Madrid en 2009, concluye que una buena calidad de los informes de los pacientes que se han autolesionado mejoraría notablemente la toma de decisiones sobre su tratamiento y su seguimiento, así como aportaría datos para la creación de guías clínicas consensuadas.³⁸

El diseño de programas con características específicas para cada población es imprescindible, debido a la variabilidad de factores de riesgo y protección que

presentan. Los programas que involucran intervenciones en distintos niveles y con diferentes estrategias presentan mejores resultados, tal como defiende una revisión sistemática publicada en la revista Vanguardia Psicológica de Colombia de 2013.³⁹

Como conclusión, la evaluación de las personas con riesgo de suicidio principalmente consiste en una entrevista clínica de preguntas abiertas con el paciente. Para ello, se debe escuchar de forma empática y sin crítica, con el fin de conseguir la confianza necesaria del paciente. Tras la evaluación, se han de conocer las intenciones reales del paciente respecto a la conducta suicida y los antecedentes que le han llevado a esos pensamientos.^{15, 28, 29, 31, 33, 34, 37}

ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental en 2012, menciona que la asistencia en Atención Primaria es el lugar clave para la prevención del suicidio. Un 83% de las personas que comenten suicidio había contactado con el médico de familia en el año previo, y cerca del 66% lo había hecho en el mes previo. La depresión y los trastornos psiquiátricos son normalmente infra diagnosticados en los centros de salud, por lo que un mejor reconocimiento y tratamiento por parte de este colectivo son factores clave para reducir el riesgo de suicidio.³⁷

El proyecto EUROGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide), puso en marcha, entre 2008 y 2013, actividades para la creación de una red de detección del riesgo de suicidio, incluyendo la formación a los profesionales de Atención Primaria y el apoyo a los supervivientes, familiares y allegados. Los profesionales de Atención Primaria tienen una estrecha relación con el paciente, y están muy relacionados con su entorno social pudiendo obtener información relevante para identificar el riesgo de suicidio. Además, la atención en el centro de salud está bien aceptada por lo que asegura la continuidad en el seguimiento de los pacientes.^{33, 40}

Según el resultado del Proyecto EUREGENAS, los médicos de atención primaria son los profesionales de la salud que más frecuentemente se encuentran en

contacto con las primeras manifestaciones de suicidio, aun así, es un colectivo que se considera a sí mismo con grandes carencias en habilidades de detección y manejo de los pacientes con conductas suicidas. Las ventajas encontradas de la actuación en el centro de salud son mayormente mentales, una de ellas es la mayor empatía y confianza del paciente en el profesional sanitario que en la atención especializada, y físicas, sobretodo en el medio rural ya que no tienen cerca un centro de salud mental o especializado. Las desventajas encontradas han sido la falta de tiempo por la alta carga asistencial, los pacientes que no buscan ayuda, la falta de formación y la falta de profesionales de salud mental.⁴⁰

La evaluación del paciente con pensamiento suicida en Atención Primaria, según el Ministerio de Sanidad, se puede dividir en el abordaje de la ideación suicida y de la conducta suicida en aquellos que han realizado el intento. La ideación suicida se basa en la evaluación con la entrevista clínica mencionada anteriormente. En la conducta suicida, lo más importante a valorar serán las características del intento (peligrosidad, objetivo, planificación previa...), los intentos autolíticos previos, los factores sociodemográficos, los trastornos mentales asociados y los antecedentes familiares de suicidios.²⁸

Siguiendo con la guía del Ministerio de Sanidad, junto con las desarrolladas por el Sistema de Salud Andaluz y el Gobierno de Navarra, ante un paciente con ideación suicida se procederá a una derivación urgente desde Atención Primaria al servicio de Salud Mental en los siguientes casos: presencia de enfermedad mental grave, conducta suicida grave reciente, plan de suicidio elaborado, expresión de intencionalidad suicida, presencia de tentativas previas y una situación socio familiar de riesgo. La derivación puede ser preferente (en una semana) cuando haya alivio tras la entrevista, expresión de intención de control de los impulsos suicidas, aceptación del tratamiento, ausencia de depresión y un apoyo familiar efectivo. En el caso de la conducta suicida, se derivará al servicio de Urgencias para el tratamiento de las lesiones y cuando, por intoxicación voluntaria, está disminuido el nivel de conciencia. La derivación será al servicio de Salud Mental cuando el plan tenga alta letalidad, presencia de enfermedad mental grave y conducta autolítica grave reciente

con varios intentos previos, falta de apoyo familiar y en caso de duda sobre el riesgo de repetición.^{28, 29, 31}

Entre 2001 y 2010, el programa de Salud Mental y Comportamiento Humano realizó un estudio descriptivo en Camerún, debido a la alta tasa de suicidios que hay en ese país. En él, se quería dar a conocer la magnitud del problema y que la actuación de servicio sanitario era insuficiente. Únicamente el 13 % de las enfermeras conocían algún factor de riesgo del suicidio o de la depresión, y ninguna había recibido formación sobre el tema. Tampoco había guías que indicaran los pasos a seguir en un caso de enfermedad mental. Esto se podría comparar con la situación que se da en España, debido a que la actuación y la formación también son escasas, aunque se haya elaborado alguna guía de práctica clínica. Los profesionales de salud mental tampoco están integrados en los servicios de Atención Primaria, lo que hace más dificultosa la evaluación de los pacientes con factores de riesgo y su seguimiento.⁴¹

En este estudio, se muestran diez principios para integrar los servicios de salud mental en la Atención Primaria:

1. Las políticas y planes de salud deben incorporar la atención primaria de la salud mental.
2. Es necesario el apoyo de la sanidad para promover cambios en las actitudes y comportamientos de los profesionales de salud y los pacientes.
3. Se precisa un entrenamiento adecuado para los trabajadores de atención primaria.
4. Las actividades de atención primaria deben ser limitadas y realizables.
5. Los especialistas de salud mental deben tener facilidades para apoyar la atención primaria.
6. Los pacientes deben tener acceso a recetas de psicofármacos desde la atención primaria.
7. La integración de la Salud Mental en Atención Primaria es un proceso, no algo puntual.

8. Un coordinador de salud mental en los centros de salud es fundamental.
9. Se necesita colaboración entre el sector de no sanitarios, el gobierno, los pueblos, los trabajadores sanitarios y los voluntarios.
10. Son necesarios tanto recursos humanos como económicos. ⁴¹

ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Una revisión sistemática realizada en 2009 en Inglaterra y un estudio descriptivo transversal de la Universidad de Granada, dicen que el profesional de enfermería suele ser el primer contacto del paciente tras un intento de suicidio. La adecuada evaluación de estos pacientes por este colectivo es fundamental para prevenir futuros intentos. Las enfermeras tienen, mayoritariamente, una actitud negativa hacia el comportamiento suicida. Esto se debe a la poca formación recibida y a las creencias erróneas, pues uno de los mitos más frecuentes es el de que estos pacientes solo quieren llamar la atención, o que no se debe hablar sobre el tema para no aumentar la conducta suicida. ^{42, 43}

Según el estudio descriptivo transversal de la Universidad de Granada en 2012, las enfermeras que tienen una mayor aceptación del suicidio tienen más probabilidades de prestar una atención positiva. Para ello, tienen que controlar sus propias emociones ya que el trabajo del personal de enfermería se encuentra rodeado de sentimientos difíciles de manejar. A través de las relaciones humanas, las enfermeras prestan atención al paciente manejando las emociones de ambos, ya sea el dolor, la tristeza o el alivio y la esperanza. Por eso, una correcta formación del personal de enfermería mejoraría mucho la actitud del paciente con conductas suicidas, con el simple hecho de establecer una buena relación de confianza. ⁴²

La formación “+Contigo” desarrollada por enfermeras, asegura que el personal de enfermería tiene una mejor actitud frente a las personas con conducta suicida que los médicos. En este estudio cuasi-experimental sin grupo de control de 2014, los profesionales enfermeros formaron al resto de los profesionales de Atención Primaria tratando el autoconocimiento, la comprensión, las actitudes, la comunicación y los comportamientos suicidas. Tras ello, evaluaron los resultados de

dicha formación con un cuestionario de Actitudes ante el Comportamiento Suicida antes y después. En los resultados de este estudio, se puede ver que con la formación necesaria la actitud frente a los comportamientos suicidas mejora notablemente. Esto lleva a mejorar la prevención del suicidio y la detección precoz de las personas con riesgo, ya que las enfermeras poseen conocimientos que les ponen en posición privilegiada en los equipos de salud para desarrollar esta formación. ⁴⁴

PREVENCIÓN MEDIANTE TERAPIA PSICOLÓGICA

Un estudio experimental aleatorizado llamado PSyMAC (Prevención del Suicidio y Manejo de Casos) de 2014 para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida, propone un programa de psicoeducación para los pacientes que han tenido un intento de suicidio. Este programa de psicoeducación está basado en directrices de la OMS, incluye el aprendizaje de habilidades de comunicación, el refuerzo de las capacidades personales para enfrentarse a las situaciones de crisis, el análisis de los cambios psicológicos que conducen a las situaciones de alarma, los factores de riesgo y de protección, la introducción al manejo del estrés y el conocimiento de la utilidad del apoyo social y de los recursos socio sanitarios. El PSyMAC propone la psicoeducación como intervención de bajo coste y fácilmente adaptable al entorno clínico habitual, por lo que es eficaz para la prevención de nuevas tentativas de suicidio. ⁴⁵

Según el ensayo clínico aleatorizado elaborado en Francia en 2011, en pacientes que han realizado un intento de suicidio previo, las siguientes medidas son útiles para la reducción del riesgo de intentos futuros:

- Entrega de una “*Crisis Card*”: para todos aquellos integrantes del estudio que era su primer intento de suicidio. En ella, está el número de su centro de salud, y está personalizada con un número de asistencia 24 horas.
- Contacto telefónico: se les llama a casa a aquellos que no es su primer intento de suicidio entre el día 10 y el 21 tras el intento. Es una parte del apoyo psicológico basado principalmente en la empatía y explicación de

sugerencias. Se utiliza para identificar el riesgo, hay tres tipos de llamadas:

- La ordinaria, que se hace al paciente ha superado la crisis y actualmente no necesita especial ayuda.
- La que se realiza al paciente con dificultades o que no está conforme porque tiene dificultades psicológicas y hay que cambiarle el plan de tratamiento.
- La identificación de un paciente con alto riesgo de cometer otro intento de suicidio para sugerirle ir al servicio de urgencias donde será evaluado, en caso de que se niegue se llama al urgencias.
- Envío de postales: se envía una postal al mes durante los 5 meses después del intento, personalizada para cada paciente.

Estos métodos, sobre todo la llamada telefónica para mantener el contacto con el suicida redujo el número de intentos repetidos en los seis meses que duró el estudio, siendo, en el grupo control, la repetición del suicidio de un 17.6% y, en el grupo con el seguimiento de llamada telefónica, de un 9.6%.⁴⁶

CONCLUSIONES

El suicidio es un problema de salud pública cuya incidencia ha aumentado en los últimos años, tanto en España como en el mundo, siendo la primera causa de muerte no natural por encima de los accidentes de tráfico. Así, la Organización Mundial de la Salud lo considera un “*problema mayor de salud pública*”, cuya prevención es fundamental, teniendo un papel esencial los profesionales sanitarios en ella.

Tras la revisión bibliográfica realizada acerca de la detección del paciente con riesgo de autolesionarse para poder prevenir su conducta, se concluye que el conocimiento de los factores de riesgo es fundamental para poder ayudar al paciente. El método ideal para detectar a un paciente con riesgo de suicidio es la entrevista clínica, preguntando directamente y olvidando el mito de que hablar sobre

el suicidio aumenta la probabilidad de cometerlo. Dicha entrevista, se puede complementar con diferentes escalas.

De la información analizada, se deduce que la asistencia en Atención Primaria es el lugar clave para la prevención del suicidio, porque hasta un 83% de las personas que intentan suicidarse han acudido a su centro de salud en el último año y un 66% en el último mes; además de la gran confianza que se desarrolla entre el profesional sanitario de este nivel asistencial y el paciente. Por ello, es necesaria una mayor formación del personal sanitario, la integración de los servicios de Salud Mental en los centros de Atención Primaria y el desarrollo de una guía de práctica clínica consensuada. También en Atención Primaria se puede aplicar la terapia psicológica en pacientes con intentos previos de suicidio para la prevención de futuras tentativas, demostrándose eficaz el seguimiento de dichos pacientes mediante la llamada telefónica programada.

Las fuentes consultadas confirman que el profesional de enfermería es el primer contacto que tiene el paciente tras un intento de suicidio y la adecuada evaluación de estos intentos es fundamental para prevenir otros futuros. Es necesario que el personal de enfermería tenga una actitud positiva, porque a través de las relaciones humanas las enfermeras prestan atención al paciente manejando las emociones de ambos, además es un colectivo que posee los conocimientos necesarios para desarrollar la formación de otros profesionales de la salud en comportamientos suicidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. RAE: Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2015 [acceso 21 de diciembre de 2015]. Suicidio [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>.
2. RAE: Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2015 [acceso 21 de diciembre de 2015]. Suicidarse [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?val=suicidar>.
3. Vicente Muelas N, Ochoa-Mangado E. Consideraciones sobre el suicidio: una perspectiva histórica. Psiquiatría.com [Internet]. 2007 Nov [acceso 21 de diciembre de 2015]; 11(3). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/viewFile/235/220>.
4. Analía C. El hombre ante la muerte: una mirada antropológica [Internet]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2006 [acceso 22 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.socargcancer.org.ar/actividades_cientificas/2006_hombre_ante_la_muerte.pdf.
5. Bonete E. ¿Libres para morir? En torno a la Tanato-Ética. Vizcaya: Editorial Desclee Brouwer; 2004.
6. Aristóteles. Ética a Nicómaco: Libro V de la Justicia [Internet]. México: Biblioteca virtual Antorcha; 2006 [acceso 21 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.antorcha.net/biblioteca_virtual/filosofia/nicomaquea/5.html.
7. Séneca. Epístolas morales a Lucilo. Vol. 1 y 2. Madrid: Editorial Gredos; 1986.
8. Santamarta del Río S, Fuertes-Lanero M, Calvo-Martín T. La ciudad de Dios; Vida de San Agustín. Madrid: Biblioteca autores cristianos (BAC); 2009.
9. Santo Tomás de Aquino. Suma de teología. 4ª ed. Madrid: Biblioteca autores cristianos (BAC); 2001.
10. Hume D. Sobre el suicidio y otros ensayos. 1ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 1995.

11. Román-Maestre B. El concepto “*vida*” en la ética kantiana: algunas consecuencias para la bioética. *Logos: Anales del seminario de Metafísica*. 2007; 40: 77-89.
12. Mansilla-Izquierdo F. Suicidio y prevención [Internet]. Palma de Mallorca: InterSalud; 2010 [acceso 22 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf.
13. Seminario de fundamentos clásicos de sociología. Programa de doctorado de sociología avanzada de la Universidad de Barcelona. Centenario de *El suicidio*, de Émile Durkheim (1897-1997). *Papers: Revista de sociología*. 1999; 57: 39-72.
14. Felipe-Palacio A. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Revista Affectio Societatis* [Internet]. 2010 Jun [acceso 22 de diciembre de 2015]; 7(12). Disponible en: <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/download/6318/6520>.
15. Mansilla-Izquierdo F. Programa-guía de prevención de la conducta suicida. 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis [Internet]. 2012 Feb [acceso 22 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:34WHKQEssqWJ:sfb55068d25a70fdb.jimcontent.com/download/version/1328844312/mpopppppp%2520suicida.pdf+%&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es>.
16. Giner J, Medina A, Giner L. Encuentro en Psiquiatría. Aspectos socioculturales del suicidio: medidas preventivas y crisis económica. Madrid: Enfoque editorial SC; 2014.
17. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 Abr [acceso 17 de mayo de 2016]. Centro de prensa: Suicidio [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es>.
18. Universia España. OMS: el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes. Universia España [Internet]. 2014 Sep [acceso 17 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://noticias.universia.es/ciencia-nn-tt/noticia/2014/09/05/1110926/oms-suicidio-segunda-causa-muerte-jovenes.pdf>.

19. Mariño M. El suicidio es la segunda causa de muerte en el mundo en los jóvenes entre 15 y 29 años. 20 minutos [Internet]. 2014 Sep [acceso 17 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2229928/0/suicidios/datos-oms-2012/jovenes/#xtor=AD-15&xts=467263>.
20. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2015 [acceso 20 de mayo de 2016]. International Association for Suicide Prevention. Día mundial prevención del suicidio. Disponible en: <http://www.faisem.es/index.php/es/actualidad/noticias/item/815-dia-mundial-de-la-prevencion-del-suicidio-2015/815-dia-mundial-de-la-prevencion-del-suicidio-2015>.
21. Olmo-López A, García-Fernández D. Suicidio y libertad de información: entre la relevancia pública y la responsabilidad. Revista de Comunicación de la SEECI. 2015; 38: 200-21.
22. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2013 [acceso 21 de diciembre de 2015]. Número de suicidios por sexo y edad [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2013/l0/&file=05001.px>.
23. Esteban P. El suicidio, un eterno tabú en España pese a las 3870 personas que murieron así en 2013. El Confidencial [Internet]. 2015 Mar [acceso 21 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.elconfidencial.com/espana/2015-03-16/el-suicidio-un-eterno-tabu-en-espana-pese-a-las-3-870-personas-que-murieron-asi-en-2013_727954.
24. Robledo-Acinas MM, Koutsourais I, López-Cerón A, Serrano M, Villareal J, Martín D. Estudio médico legal del suicidio en España en el periodo 2000-2012. Derecho y Cambio Social [Internet]. 2015 [acceso 22 de diciembre de 2015]; 12(39): [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5460667>.
25. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014; 7(3): 208-9.

26. NNNconsult [Internet]. Amsterdam: Elsevier; 2012 [acceso 3 de enero de 2016]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/nanda/150>.
27. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE. 2ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.
28. Ferrer Gómez del Valle E, Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, coordinadores. Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Santiago de Compostela: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012.
29. Oto-Vinués M, coordinador. Protocolo de colaboración interinstitucional: Prevención y actuación ante conductas suicidas [Internet]. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2014 [acceso 17 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>.
30. Margarit-Soler A, Martínez-Sánchez L, Martínez-Monseny A, Trenchs Sainz de la Maza V, Picouto-González MD, Villar-Cabeza F et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. An pediatr [Internet]. 2015 Jul [acceso 20 de mayo de 2016]; 85(1): [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/caracteristicas-epidemiologicas-las-tentativas-suicidio/articulo/S1695403315002982>.
31. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida [Internet]. 2010 [acceso 17 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/390/pdf/RecomendacionesDPI_Conducta_Suicida.pdf.
32. Ballard ED, Cwik M, Storr CL, Goldstein M, Eaton WW, Wilcox HC. Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. Gen Hosp Psychiatry. 2014; 36(4): 437-41.

33. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2000 Abr [acceso 17 de mayo de 2016]. Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf.
34. García-Nieto R, Parra-Urbe I, Palao D, López-Castroman J, Sáiz PA, García-Portilla MP et al. Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012; 5(1): 24-36.
35. Giner J, Medina A, Giner L. Encuentros en psiquiatría. Evaluación y manejo de la conducta suicida. Madrid: Enfoque Editorial SC; 2012.
36. Sánchez-Teruel D, García-León A, Muela-Martínez JA. Prevención, evaluación y tratamiento de la conducta suicida. *Anales de Psicología*. 2014 Oct; 30(3): 952-63.
37. Ayuso-Mateos JL, 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.
38. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010; 3(1): 13-8.
39. Arias-López HA. Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica, Teórica y Práctica*. 2013 Oct-Mar; 3(2): 215-25.
40. Muñoz JL, Sánchez-Gómez MC, Palacios-Vicario B, Franco-Martín MA. Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: resultados del proyecto EUREGENAS. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2): 146-4.
41. Keugoung B, Tabah Kongnyu E, Meli J, Criel B. Profile of suicide in rural Cameroon: are health systems doing enough? *Trop Med Int Health*. 2013 Ago; 18(8): 985-92.

42. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2012 Nov-Dic; 20(6): 1161-8.
43. Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009; 194: 104-10.
44. Santos JC, Pereira-Simoes RM, Queiroz de Azevedo Erse MP, Neto-Façanha JD, Fernandes-Alves-Marques LA. Impacto de la formación “+Contigo” en los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el suicidio. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2014 Jul-Ago; 22(4): 679-84.
45. Sáiz PA, Rodríguez-Revueta J, González-Blanco L, Burón P, Al-Halabi 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). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014; 7(3): 131-8.
46. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2011 [acceso 20 de mayo de 2016]; 11(1): [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-1>.

ANEXOS

ANEXO I. TABLAS DE RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

BASE DE DATOS: SCIELO ESPAÑA			
BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS	Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.
Suicidio AND Prevención	13	1	36
Suicidio AND Prevención AND Atención Primaria	0		
Suicidio AND Prevención AND Guía	0		
Suicidio AND Prevención AND Programa	5	0	
Suicidio AND Prevención AND Instrumentos	1	1	36
Suicidio AND Prevención AND Conocimientos	0		
Suicidio AND Prevención AND Grupo	0		
Suicidio AND Prevención AND Personal de Salud	0		
Suicidio AND Factor de Riesgo	0		
Suicidio AND Enfermería	6	0	
Intento de suicidio AND Prevención	1	0	
Intento de Suicidio AND Riesgo	1	0	
Autolesión AND Prevención	0		

Tabla 4. Búsqueda bibliográfica en Scielo España.

BASE DE DATOS: RED SCIELO			
BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS	Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.
Suicidio AND Prevención	105	0	
Suicidio AND Prevención Filtros: 2009-2015	59	0	
Suicidio AND Prevención Filtros: 2009-2015 y Español	39	0	
Suicidio AND Prevención AND Programa Filtros: 2009-2015 y Español	12	1	40
Suicidio AND Prevención AND Profesional de Salud Filtros: 2009-2015 y Español	0		
Suicidio AND Prevención AND Atención Primaria Filtros: 2009-2015 y Español/Inglés	2	1	44
Suicidio AND Prevención AND Conocimientos Filtros: 2009-2015 y Español/Inglés	4	1	44
Suicidio AND Prevención & Control Filtros: 2009-2015 y Español/Inglés	4	0	
Suicidio AND Factor de Riesgo Filtros: 2009-2015 y Español/Inglés	19	0	

BASE DE DATOS: RED SCIELO			
BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS	Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.
Suicidio AND Enfermería Filtros: 2009-2015 y Español/Inglés	0		
Intento de Suicidio AND Prevención Filtros: 2009-2015 y Español/Inglés	0		
Intento de Suicidio AND Factor de Riesgo Filtros: 2009-2015 y Español/Inglés	1	0	
Tentativa de Suicidio AND Prevención Filtros: 2009-2015 y Español/Inglés	0		
Tentativa de Suicidio AND Enfermería Filtros: 2009-2015 y Español/Inglés	0		
Autolesión AND Prevención Filtros: 2009-2015 y Español/Inglés	2	0	

Tabla 5. Búsqueda bibliográfica en Red Scielo.

BASE DE DATOS: DIALNET			
BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS	Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.
Suicidio AND Prevención	131	0	
Suicidio AND Prevención AND Atención Primaria	6	0	
Suicidio AND Prevención AND Programa	19	0	
Suicidio AND Prevención AND Programa AND Grupo	4	1	39
Suicidio AND Prevención AND Enfermería	5	0	
Suicidio AND Prevención AND Profesional de Salud	8	8	
Suicidio AND Factor de Riesgo	132	0	
Suicidio AND Factor de Riesgo AND Prevención	27	1	39
Intento de suicidio AND Prevención	27	0	
Tentativa de Suicidio AND Riesgo	7	0	
Tentativa de Suicidio AND Enfermería	6	0	
Autolesión AND Prevención	2	0	

Tabla 6. Búsqueda bibliográfica en Dialnet.

BASE DE DATOS: BIBLIOTECA COCHRANE PLUS			
BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS	Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.
Suicidio AND Prevención	10	0	
Suicidio AND Prevención AND Programa	0		
Suicidio AND Prevención AND Enfermería	0		
Suicidio AND Profesional de Salud	4	0	
Suicidio AND Factor de Riesgo	2	0	
Intento de suicidio AND Prevención	1	0	
Tentativa de Suicidio AND Prevención	0		
Autolesión AND Prevención	0		

Tabla 7. Búsqueda bibliográfica en Biblioteca Cochrane Plus.

BASE DE DATOS: PUBMED			
BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS	Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.
Suicide Prevention Filtros: Free Full Text, 5 years, Spanish	17	4	37 40 44 45
Suicide AND Adolescents Filtros: Free Full Text, 5 years, Spanish	32	1	30
Suicide AND Adolescents AND Prevention Filtros: Free Full Text, 5 years, Spanish	3	0	
Suicide Prevention Program Filtros: Free Full Text, 5 years, Spanish	6	2	40 45
Suicide AND Prevention AND Primary Care Filtros: Free Full Text. 5 years, Spanish	3	2	44 45
Suicide AND Prevention AND Nursing AND Primary Care Filtros: Free Full Text, 5 years.	5	2	41 32
Self- Harm AND Attitudes AND Systematic review	2	1	43
Suicidal Behaviour AND Nursing Professionals Filtros: Free Full text, 5 years	7	1	42

BASE DE DATOS: PUBMED			
BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS	Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.
Suicide Attempters Filtros: Free Full Text, Spanish	3	1	38
Attempted suicide AND Adolescents Filtros: Free Full Text, Spanish, 5 years	16	1	30
Suicide AND Inter-rater reliability	2	1	34

Tabla 8. Búsqueda bibliográfica en PubMed.

ANEXO II. EJEMPLO DE ENTREVISTA CLÍNICA SEGÚN LA GUÍA DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

CÓMO PREGUNTAR:

- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado o triste?
- ¿Siente que nadie se preocupa por usted?
- ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?
- ¿Siente que la vida no merece vivirse?
- ¿Siente deseos de cometer suicidio?

CUÁNDO PREGUNTAR:

- Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida.
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos.
- Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia...

QUÉ PREGUNTAR:

- Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
- Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
- Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?