



Universidad de Valladolid



Diputación de Palencia

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2017-18)

Trabajo Fin de Grado

**Suicidio: factores de riesgo y su
prevención en el ámbito sanitario**

Revisión bibliográfica

Alumna: Angélica Abad Barrero

Tutora: D^a. Fermina Alonso del Teso

Julio, 2018

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, quiero agradecer a todos aquellos profesionales de la Escuela de Enfermería Dacio Crespo con los que he tenido la ocasión de tratar, por su magnífica disposición a ayudarme y a resolver mis dudas. No quiero dar nombres para no olvidar a nadie, pero ellos saben que su actitud positiva ha constituido uno de los grandes pilares en los que yo me he apoyado para llegar hasta aquí.

En especial a mi tutora, doña Fermina Alonso del Teso, por su dedicación y disponibilidad en la consecución del Trabajo de Fin de Grado.

A todas las compañeras que de una u otra manera me han apoyado, acompañado y ayudado en la realización del TFG: Saioa y Soiartze, y muy especialmente a Soraya que ha soportado mis múltiples dudas en la realización del TFG.

También debo agradecer a mis padres su gran comprensión por mi ausencia estos meses, pero también su apoyo moral y sus esfuerzos porque no me llegara ninguna preocupación que me distrajesa de la consecución de mi objetivo.

Y por último a Carlos, sin el cual, indudablemente, hoy no podría estar aquí presentando y defendiendo mi TFG.

A todos y cada uno de ellos, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	8
2.1. Conceptos.....	9
2.2. Epidemiología.....	9
2.3. Aspectos legales sobre el suicidio.....	11
2.4. Mitos sobre el suicidio.....	12
2.5. Justificación.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
5. RESULTADOS.....	18
5.1 Factores de riesgo.....	18
5.2 Factores de protección.....	21
5.3 Factores precipitantes.....	22
5.4 Estrategias de prevención.....	23
6. DISCUSIÓN.....	33
7. CONCLUSIONES.....	34
8. BIBLIOGRAFÍA.....	35
9. ANEXOS.....	41
9.1 Variables que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes.....	41
9.2 Recomendaciones para la realización de la entrevista según la Organización Mundial de la Salud.....	42
9.3 Escala de Acontecimientos Vitales estresantes.....	43
9.4 Escala de Ideación suicida de Beck.....	44
9.5 Escala Sad Persons.....	46
9.6 Escala de desesperanza de Beck.....	47
9.7 Escala de valoración de la depresión de Hamilton.....	48

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Número de suicidios por sexo y por años.....	10
Tabla 2: Número de suicidios por años y por grupos de edad.....	11
Tabla 3: Mitos sobre el suicidio.....	12
Tabla 4: Pautas de conducta en la entrevista a personas con ideación o planificación suicida.....	24

1. RESÚMEN:

Introducción: el suicidio es un fenómeno universal que se ha dado en todas las etapas de la humanidad, afecta a todas las clases sociales y en todos los países. La creación de la Organización Mundial de la Salud ha sido determinante en la investigación del fenómeno suicida. En el año 2012 se suicidó una persona cada 40 segundos en el mundo, lo cual refleja la magnitud del problema. **Objetivos:** conocer datos más actuales acerca de la conducta suicida para mostrar a los profesionales las estrategias de prevención. **Material y Métodos:** se lleva a cabo una revisión bibliográfica en Pubmed, Scielo, Medline, Dialnet y Google Académico, escogiendo los artículos apropiados. **Resultados:** los profesionales deben detectar los signos de alerta y los factores de riesgo y protección para evaluar el riesgo suicida. Además, es importante que adquieran habilidades interpersonales para favorecer la desestigmatización de los pacientes con intentos suicidas. En las unidades de hospitalización, se registran a los pacientes para que no posean objetos peligrosos, y si lo precisan, se lleva a cabo el tipo de contención más apropiada. Hay nuevas tecnologías que inducen al suicidio, pero también hay otras que lo previenen. **Discusión:** la conducta suicida actualmente ha adquirido enormes proporciones. A pesar de su alta frecuencia, el suicidio está estigmatizado porque la muerte autoinfligida produce mucho rechazo. El personal sanitario debe ser consciente de la importancia de preguntar sobre la ideación autolítica. Su formación resulta imprescindible para la prevención del suicidio. **Conclusiones:** conocer los factores de riesgo suicida y la aplicación de las estrategias de prevención del suicidio es importante de cara a la disminución de su incidencia.

Palabras clave: suicidio, conducta suicida, prevención, factores de riesgo

ABSTRACT:

Introduction: suicide is a universal phenomenon that has occurred in all stages of humanity, affects all social classes and in all countries. The creation of the World Health Organization has been a determining factor in the investigation of the suicidal phenomenon. In 2012 one person committed suicide every 40 seconds in the world, which reflects the magnitude of the problem. **Objectives:** to know more current data about suicidal behavior in order to show professionals the prevention strategies. **Material and Methods:** a bibliographic review is carried out in Pubmed, Scielo, Medline, Dialnet and Google Scholar, choosing the appropriate articles. **Results:** professionals must detect warning signs and risk and protection factors to assess suicide risk. In addition, it is important that they acquire interpersonal skills to favor the destigmatization of patients with suicides. In the hospitalization units, patients are registered so that they do not possess dangerous objects, and if they need it, the most appropriate type of containment is carried out. There are new technologies that induce suicide, but there are also others that prevent it. **Discussion:** suicidal behavior has now acquired enormous proportions. Despite its high frequency, suicide is stigmatized because self-inflicted death causes a lot of rejection. The healthcare staff should be aware of the importance of asking about autolytic ideation. His training is essential for the prevention of suicide. **Conclusions:** knowing the suicide risk factors and the application of suicide prevention strategies is important in order to reduce its incidence.

Keywords: suicide, suicidal behavior, prevention, risk factors

2. INTRODUCCIÓN:

El suicidio es un fenómeno universal que ha sucedido en todas las etapas de la humanidad, concierne tanto a hombres como a mujeres y se produce en cualquier clase social ⁽¹⁾. Sin embargo, la conducta suicida ha tenido distinta consideración a lo largo de la historia ⁽²⁾: en la Grecia antigua el suicidio era un delito contra el Estado y la pena impuesta a los suicidas variaba desde amputaciones al cuerpo del suicida hasta entierros aislados. Aristóteles lo consideraba un acto cobarde. En cambio, Platón pensaba que podían hacerse excepciones en casos de amor o dolencias físicas ⁽³⁾.

Durante el Imperio Romano hubo dos actitudes diferentes: en la primera, Cicerón reprobaba el suicidio pero lo respaldaba en caso de heroísmo, amor, abnegación o defensa del honor; en la segunda, Constantino castigaba el suicidio con la incautación del patrimonio familiar ⁽³⁾.

En la primera época del cristianismo en la Edad Media, el suicidio se consideró un acto heroico; en cambio, a partir del S. XIII se penalizó, llegando al punto de arrastrar el cadáver por las calles para impedir que el alma del suicida volviese para perjudicar a los vivos ⁽⁴⁾.

A lo largo del Renacimiento los actos suicidas tuvieron una condena social menor, mostrándose una posición más tolerante. Durante la Edad Moderna, con la llegada de las posiciones filosóficas de la revolución francesa, se despenalizó el suicidio, considerándose éste como un ejemplo de la máxima libertad individual ⁽⁵⁾.

En el siglo XIX comenzaron a realizarse estudios sobre el suicidio partiendo de la premisa previa de que la conducta humana estaba predeterminada por la biología, de forma que el suicidio se entendió como el resultado final de una enfermedad mental ⁽²⁾. Sin embargo, Durkheim vinculó el suicidio con el grado de aislamiento de la persona y la carencia de una meta vital concreta ⁽⁵⁾. Debido a todo ello, tras la II Guerra Mundial se comenzó a estudiar la epidemiología suicida tanto desde la perspectiva psicológica como la biológica ⁽²⁾.

En 1948 la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es determinante para la realización de investigaciones acerca del suicidio a nivel mundial ⁽²⁾. En el año 2013 la OMS establece el I Plan de Acción sobre Salud Mental, en el que propone como meta reducir los suicidios un 10% para el año 2020 a través de medidas de prevención impulsadas por los gobiernos de cada país ⁽⁶⁾.

2.1 CONCEPTOS:

Uno de los primeros problemas que se plantean al estudiar la conducta suicida, es que no existe una unificación sobre la terminología empleada. Por ello es importante definir de forma unánime algunos términos relacionados con el suicidio. El origen etimológico de la palabra *suicidio*, proviene de la asociación de dos vocablos latinos: *sui* (que se refiere a "sí mismo") y *cidium* (que hace alusión al acto de matar). Por tanto, el término *suicidio* significa "Acción de matarse a sí mismo" ⁽¹⁾. La OMS lo define así: "*El acto de matarse deliberadamente*" ⁽⁶⁾.

Sin embargo, estas definiciones son poco operativas. Por ello, en el Congreso Nacional de Psiquiatría de 2012 se acordó unificar la terminología. Así, se distinguió el suicidio consumado del frustrado: mientras que en el primero el resultado es mortal, en el segundo no lo es. Por otro lado, se denominó simulación suicida a la que se produce cuando un individuo, a pesar de llevar a cabo una conducta suicida, no alcanza la muerte porque no tiene el propósito real de morir ⁽⁷⁾.

También hay que aclarar que el comportamiento suicida comprende un continuo que comienza en la ideación suicida (pensamientos recurrentes sobre la posibilidad de acabar con la propia vida), continúa con la planificación (elección del método, del lugar y momento para llevarlo a cabo), y finaliza con el intento de suicidio (llevar a cabo los actos planificados) ⁽⁶⁾.

2.2 EPIDEMIOLOGIA:

La OMS en su último informe de 2014, nos orienta sobre la magnitud del suicidio a nivel mundial: en 2012 hubo 804.000 muertes por suicidio, más que las guerras y los homicidios juntos. Cada cuarenta segundos se suicida una persona en el mundo y otra lo intenta cada dos segundos. Los métodos más usados son la ingestión de

plaguicidas, el ahorcamiento, el empleo de armas de fuego y la precipitación desde grandes alturas ⁽⁶⁾.

En España, los datos oficiales y más actuales sobre el suicidio los proporciona el Instituto Nacional de Estadística (INE). Según este mismo organismo, con anterioridad al 2013, las causas de muerte debidas a suicidio estaban infrarregistradas porque constaban en causas que no correspondían ⁽⁸⁾

El Observatorio del suicidio en España, explica que a lo largo de los primeros dieciséis años del S. XXI se han suicidado 60.000 personas. Del 2013 al 2016 fue la primera causa de muerte no natural (en 2016 se suicidaron en España diez personas al día, lo que supone el doble de muertes que las debidos a accidentes de tráfico y ochenta veces más que los fallecidos por violencia de género) ⁽⁹⁾ y también se producen cada año en torno a 25.000-50.000 intentos de suicidio ⁽¹⁰⁾ ·Por sexo, las mujeres realizaron tres veces más intentos autolíticos que los hombres, pero los varones consumaron el acto suicida tres veces más que las mujeres ^(9,10), como se representa en la tabla uno.

AÑOS	2013	2014	2015	2016
SUICIDIOS	3870	3910	3602	3569
SUICIDIOS EN VARONES	2911	2938	2679	2662
SUICIDIOS EN MUJERES	959	972	923	907

TABLA 1: NÚMERO DE SUICIDIOS POR SEXO Y POR AÑOS

Elaboración propia. Fuente: INE ⁽⁸⁾

Por grupos de edad, en el de 25 a 34 años, el suicidio fue la segunda causa de muerte después de los tumores ⁽⁹⁾. El grupo etario que más suicidios llevó a cabo fue el de 40 a 49 años, durante estos cuatro años, como figura en la tabla dos ⁽⁸⁾

		GRUPOS DE EDAD									
		0- 9	10 -19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	>90
AÑOS	2016	0	70	189	456	704	700	533	448	244	95
	2015	0	66	238	427	742	704	479	453	416	77
	2014	0	69	260	504	843	793	524	461	421	77
	2013	0	66	244	518	791	482	527	501	374	55
TOTAL		0	271	931	1905	3080	2679	2063	1863	1455	304

TABLA 2: NÚMERO DE SUICIDIOS POR AÑOS Y POR GRUPOS DE EDAD

Elaboración propia. Fuente: INE ⁽⁸⁾

Los ancianos son un grupo muy importante de riesgo: si sumásemos los suicidios cometidos por las personas de 70 años en adelante, serían el grupo que más suicidios ha cometido en los últimos cuatro años.

El riesgo suicida en los adolescentes es también importante porque entran en juego varios factores, entre los que están: la alta competitividad de nuestra sociedad actual que, en ocasiones, genera inseguridades y baja autoestima y también, como veremos más adelante, la presencia de nuevas tecnologías que les retan a llevar a cabo conductas suicidas.

2.3 ASPECTOS LEGALES SOBRE EL SUICIDIO:

A nivel mundial, en los países en los que se considera al individuo como un bien cuyo propietario es el Estado, el suicidio está perseguido jurídicamente ⁽¹¹⁾. Diez de estos países aplican la ley islámica (Sharia), la cual establece distintas sanciones: desde una sanción económica leve o un breve periodo de reclusión penitenciaria hasta la cadena perpetua. Pero algunos de estos países, no ponen en práctica los castigos que sus leyes establecen ⁽⁶⁾.

En el sistema jurídico español el suicidio no está penado. No obstante, el Código Penal Español castiga la inducción y cooperación con la conducta suicida, cuando dicha cooperación es imprescindible para llevar a cabo el suicidio ⁽¹²⁾.

En relación con los profesionales que cuidan de sujetos potencialmente suicidas, un profesional sólo podrá ser imputado por imprudencia profesional, cuando el suicidio

cometido por una persona a su cargo sea perfectamente previsible y evitable, y, además, dicho profesional actúe de forma negligente o imprudente ⁽¹³⁾.

2.4 MITOS SOBRE EL SUICIDIO:

Podría objetarse a la aparición de este apartado en el TFG, que se trata de algo de poca entidad, que es algo secundario, etc. Pero la realidad es, que no es un apartado tan banal, porque muchas personas (entre las que se encuentran profesionales sanitarios) creen en ellos; y es, por tanto, necesario explicar cuáles son los mitos y desmontarlos, para que la realidad sobre el suicidio salga a la luz. Los mitos más extendidos son los siguientes:

<p>1. El que se quiere matar no lo dice. Enfoque equivocado: conduce a no prestar atención a la persona que amenaza con suicidarse. Situación real: de cada diez personas que se suicidan, nueve hablan claramente de sus intenciones.</p>
<p>2. El que lo dice, no lo hace. Enfoque equivocado: conduce a minimizar las amenazas suicidas y considerarlas erróneamente como chantajes o manipulaciones. Y se ignoran los signos de alerta previos al suicidio. Situación real: todo el que se suicida expresa previamente sus intenciones.</p>
<p>3. El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso. Enfoque equivocado: limita las acciones preventivas. Situación real: toda persona, antes de cometer un suicidio, presenta una serie de síntomas que han sido definidos como “el Síndrome Presuicidal”. Este síndrome consiste en constricción de sentimientos y pensamientos con existencia de ideas suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar que se lleven a cabo sus propósitos.</p>
<p>4. Hablar sobre el suicidio puede incitar a su comisión. Enfoque equivocado: infunde temor para abordar el tema del suicidio. Situación real: está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos suicidas.</p>
<p>5. El suicida desea morir. Enfoque equivocado: pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen. Situación real: el principal deseo de la mayoría de los suicidas no es específicamente morir, sino poner fin a su dolor, el cual les parece insoportable e interminable.</p>
<p>6. El que intenta el suicidio es un cobarde. Enfoque equivocado: pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad. Situación real: los que intentan el suicidio no son cobardes ni valientes, sino personas que sufren.</p>
<p>7. Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren. Enfoque equivocado: refleja la inseguridad y agresividad que generan estos individuos en quienes no están capacitados para abordarlos. Situación real: todo suicida se encuentra en una situación ambivalente con deseos de morir y vivir al mismo tiempo. El método elegido para suicidarse no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro más letal está tipificado de delito de auxilio al suicida y castigado según el Código Penal vigente.</p>
<p>8: Todo el que se suicida es un enfermo mental. Enfoque equivocado: se intenta asociar suicidio con enfermedad mental. Situación real: los enfermos mentales se suicidan más frecuentemente que la población general, pero no hay que padecer necesariamente un trastorno mental para suicidarse.</p>

9. Los niños no se suicidan.

Enfoque equivocado: intenta negar la triste realidad del suicidio infantil.

Situación real: después de que un niño adquiere el concepto de muerte puede suicidarse, como de hecho ocurre.

10. Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.

Enfoque equivocado: se desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora antes que la ideación suicida.

Situación real: cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a cabo las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

TABLA 3. MITOS MÁS COMUNES ACERCA DEL SUICIDIO

Elaboración propia. Fuente: Pérez Barrero, Guerra Plaza y Haranburu Oiharbide. Prevención del suicidio. Consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias.

2.5 JUSTIFICACIÓN:

En el mundo muere una persona cada 40 segundos por suicidio y se prevé que las cifras vayan aumentando cada año. En España, 3569 son los suicidios producidos en 2016, según los datos proporcionados por el INE. Y 3569 suicidios son demasiadas muertes; sobre todo, cuando muchas de éstas podrían haberse prevenido.

Por otro lado, el coste económico de los suicidios es importante, pero lo que es realmente relevante, es el grandísimo coste emocional que conlleva cada suicidio; no sólo para la persona que lo lleva a cabo, sino también para los familiares y allegados que deja.

Todo lo anterior justifica la necesidad de realizar una revisión bibliográfica para conocer los últimos datos sobre la conducta suicida y comunicar las estrategias de prevención del suicidio que se ponen en marcha actualmente.

3. OBJETIVOS:

General:

- Averiguar los datos más actuales acerca de la conducta suicida en España y exponer a los profesionales de enfermería las intervenciones que se pueden llevar a cabo en materia de prevención suicida.

Específicos:

- Conocer la dimensión actual del fenómeno suicida como problema de salud pública.
- Determinar cuáles son los factores de riesgo y las medidas de prevención de la conducta suicida.

4. MATERIAL Y MÉTODOS:

Este TFG se ha realizado mediante una estrategia de revisión bibliográfica con el fin de obtener y analizar los datos recabados usando criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión son los documentos (artículos, libros, webs, etc.) que tuvieran interés para el trabajo y que estuviesen publicados en español e inglés desde el año 2012 hasta el 2018, con acceso libre y a texto completo.

Los criterios de exclusión son los documentos que después de haber leído el título y el resumen no tuvieran interés para este trabajo, pese a aparecer alguno de los descriptores en el título. Y aquellos artículos repetidos debido a la búsqueda en diferentes bases de datos.

El proceso desarrollado para la búsqueda bibliográfica se realizó en el buscador GOOGLE ACADÉMICO y en las bases de datos de Ciencias de la Salud: MEDLINE, PUBMED, BIBLIOTECA COCHRANE, DIALNET y SCIELO.

La búsqueda se realizó a través de diferentes descriptores en términos DeCs y MeSH combinados con el operador booleano AND.

DeCs	MeSH
suicidio	suicide
intento de suicidio	suicide attempted
prevención	prevention
factores de riesgo	risk factors
enfermería	nursing

BASES DE DATOS	MeSH , DeCS	SELECCIONADOS/ RESULTADOS
BIBLIOTECA COCHRANE PLUS	suicidio AND prevención	0 / 10
	intento de suicidio AND prevención	0 / 2
	suicidio AND factores de riesgo	0/ 2
	suicidio AND enfermería	0/1
	suicide AND prevention	1/120
	suicide attempted AND prevention	0/87
	suicide AND nursing	0/9
DIALNET	suicidio AND prevención	2/120
	intento de suicidio AND prevención	0/35
	suicidio AND factores de protección	2/29
	suicidio AND enfermería	1/39
PUBMED	suicide AND prevention	0/528
	suicide attempted AND prevention	0/354
	suicide AND nursing	1/20
SCIELO	suicidio AND prevención	2/12
	intento de suicidio AND prevención	0/1
	suicidio AND factores de riesgo	2/13
	suicidio AND enfermería	1/39
MEDLINE	suicide AND prevention	0/635
	suicide attempted AND prevention	0/451
	suicide AND nursing	0/78

Se utilizaron también otras fuentes de información como:

- El INE
- La Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. Observatorio del Suicidio en España.
- El Código Penal
- El último informe de la OMS sobre el suicidio: *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Mundial de la Salud

- Distintas guías científicas:
 - Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Vivir es la salida. Comunidad Autónoma de Valencia
 - Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
 - Prevención y actuación ante conductas suicidas: protocolo de colaboración interinstitucional. Gobierno de Navarra
 - Guía de prevención de la conducta suicida. “Compartir para crecer”. XIII Congreso Virtual de Psiquiatría
 - Guía para la detección y prevención de la conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales. No estás solo. Salud Madrid
- Varios protocolos:
 - Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
 - Protocolo de contención mecánica de las unidades de hospitalización de psiquiatría de la red de salud mental de Extremadura
- Páginas web ([www. redesdigital.com](http://www.redesdigital.com)) (www.MENTALÍZATE.EnfermeríaSaludMental2.0)
- Literatura especializada en el tema, como el libro *Prevención del suicidio: consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias*, de Pérez Barrero, Guerra Plaza y Haranburu Oiarbide M. editado en 2014 y con 150 páginas.

5. RESULTADOS:

La conducta suicida es un fenómeno complejo y multicausal y un problema de salud pública. Para conocer los actos suicidas en profundidad, es necesario saber qué factores pueden desencadenarlos o qué situaciones son más propensas a que se produzca el acto suicida, e incluso qué variables nos protegen ante la ideación suicida.

Una vez que se han conocido los datos anteriores, lo siguiente que debemos averiguar es qué intervenciones o estrategias puede desarrollar el profesional enfermero para prevenir todos esos suicidios en su ámbito laboral.

5.1 FACTORES DE RIESGO:

Son aquellos que incrementan la posibilidad de que ocurra una conducta suicida. En un individuo vulnerable pueden coexistir varios factores de riesgo interactuando entre sí, lo cual no implica necesariamente una conducta suicida ⁽¹⁴⁾. Sin embargo, cuantos más factores de riesgo tenga una persona, mayor es la probabilidad de que aparezca ideación o conducta suicida ⁽¹⁵⁾. Los factores de riesgo se clasifican en ⁽¹⁴⁾:

Sociales: un importante factor social de riesgo son las dificultades a la atención de la salud debido a los tabúes, estigma y/o vergüenza que rodean al acto suicida ^(6,14,16). Otro, lo constituyen las barreras para la atención a la salud mental, debido a que en algunos países los sistemas de salud tienen limitaciones por la escasez de recursos o por la complejidad del propio sistema ⁽¹⁴⁾. El acceso a los métodos para suicidarse (plaguicidas, venenos, medicamentos, armas, etc.) es otro factor de riesgo ^(6,14). También lo son los medios de comunicación que utilizan de forma sensacionalista y morbosa los suicidios cometidos por personas famosas ⁽¹⁴⁾. Otro importante y novedoso factor de riesgo que se está extendiendo entre los adolescentes son las nuevas tecnologías que favorecen el suicidio. Es el denominado ciber-suicidio, que potencia la acción de suicidarse ayudado por páginas web, chats o foros de Internet ⁽¹⁷⁾, como por ejemplo, la Ballena Azul, que se han viralizado en Internet y retan al participante a terminar con su vida por distintos procedimientos ⁽¹⁸⁾. Por ejemplo, la Ballena Azul consiste en superar distintas pruebas hasta que el último desafío termina con la precipitación del participante desde un edificio alto con el fin de suicidarse ⁽¹⁹⁾

En la comunidad y las relaciones: un importante factor de riesgo es el estrés sufrido por refugiados o inmigrantes al verse desalojados de su territorio y el posterior rechazo de su cultura e idioma. Los conflictos en las relaciones, las pérdidas de personas significativas ⁽¹⁴⁾ y la violencia de género constituyen otros factores de riesgo ^(14, 20). Otro factor destacable es el aislamiento y la falta de apoyo social cuando aparecen dificultades que no pueden ser compartidas con personas significativas ⁽¹⁴⁾. El aislamiento social es determinante en ancianos y adolescentes fundamentalmente ⁽¹⁷⁾.

Individuales: un intento de suicidio previo es el indicador más importante de riesgo de suicidio ⁽²¹⁾. Al año siguiente de llevar a cabo un intento de suicidio, entre el 1% y el 6% de las personas, fallecen por suicidio consumado. Asimismo, los individuos que han realizado una tentativa de suicidio previo tienen un riesgo 25 veces mayor de morir por suicidio que el resto. Cuantos más intentos de suicidio previos se han producido, aumenta el riesgo de que la persona se suicide ⁽¹⁴⁾. Además, el riesgo de que se dé un nuevo intento de suicidio es mayor, cuanto más graves hayan sido los intentos de suicidio y cuantas más precauciones adopte para que su plan no sea descubierto ⁽²²⁾. Sin embargo, ningún factor de riesgo por sí solo o junto con otros, predice el paso de la ideación al acto suicida ⁽¹¹⁾

Las personas que se suicidan suelen tener asociadas enfermedades psiquiátricas como trastornos esquizofrénicos, trastorno de ansiedad, de la conducta alimentaria, de personalidad antisocial, trastorno límite de personalidad o depresión mayor ^(11,21), que es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida. ⁽²¹⁾

El 22% de los fallecidos por conducta suicida puede atribuirse al consumo de alcohol y la dependencia a sustancias como cannabis o heroína, es otro factor de riesgo de suicidio ⁽¹⁴⁾ Pero no es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante ⁽²¹⁾

Los datos estadísticos de la OMS sobre la edad como factor de riesgo arrojan que en los países con ingresos bajos y medianos el mayor número de suicidios se da en hombres jóvenes y mujeres ancianas, mientras que en países con ingresos altos se produce en hombres de mediana edad. Además, también reflejan que los intentos de suicidio se dan más en mujeres jóvenes ⁽¹⁴⁾.

El sexo como factor de riesgo arroja los siguientes resultados: los hombres llevan a cabo un mayor número de suicidios consumados, mientras que la ideación suicida e intento de suicidio se da en mayor proporción en mujeres ^(14,21). Sin embargo, en China e India, las tasas son similares entre hombres y mujeres ⁽²¹⁾

Con respecto a la etnia como factor de riesgo, los resultados estadísticos muestran que para los inmigrantes, mantener la estructura familiar y las costumbres del país de origen disminuyen el riesgo de suicidio ^(6,14). Por otra parte, también ponen de manifiesto que los indígenas presentan índices mayores de suicidio que la población no autóctona, como ocurre con los jóvenes aborígenes australianos o los indígenas de los Estados Unidos de América, Canadá y Sudamérica ^(6,14,21,23).

A propósito de la incertidumbre económica, se ha comprobado que las pérdidas económicas o de trabajo incrementan el riesgo de conducta suicida cuando aparecen junto a otros factores de riesgo como depresión, ansiedad, violencia y consumo nocivo de alcohol. En general, el paro de larga duración supone mayor riesgo de conducta suicida que la mala situación económica ⁽¹⁴⁾. En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo está asociada a un aumento del riesgo de suicidio ⁽¹¹⁾.

Por lo que respecta al estado civil, el mayor riesgo de suicidio para las mujeres es la viudedad; en cambio, para los hombres es la separación o divorcio ⁽¹⁴⁾.

Los factores psicológicos asociados a la conducta suicida son ^(6,10,14):

_Desesperanza: relacionada con sentimientos negativos sobre el futuro, pérdida de motivación y nulas expectativas de futuro ^(14,21).

_Rigidez cognitiva: suelen darse distorsiones cognitivas y sus pensamientos son difícilmente modificables y muy rotundos ^(6,14).

_Ambivalencia: estas personas sienten deseo de morir a la par que deseo de vivir porque habitualmente no quieren morir; sólo quieren dejar de sufrir ^(6,14)

_Impulsividad: se caracteriza por el paso de la ideación suicida a la acción de forma rápida e irreflexiva, y su importancia radica en que cierto número de suicidios se producen impulsivamente tras la presentación de un factor desencadenante ^(6,14).

Concretamente, el 91% de los que expresan ideación o planificación suicida, muestran desesperanza según la escala de Beck ⁽²¹⁾.

La conducta suicida es, fundamentalmente, fruto de la combinación de tres variables: emocionalmente, un sufrimiento profundo; conductualmente carencia de recursos ante la adversidad; cognitivamente, gran desesperanza ante el futuro, y la idea de que la muerte es la mejor opción ante el sufrimiento ⁽¹⁰⁾.

El dolor crónico y cualquier enfermedad que curse con discapacidad física, deficiencia del desarrollo nervioso y angustia son factores de riesgo importantes ⁽¹⁴⁾, y fundamentalmente las enfermedades invalidantes ⁽²²⁾.

Los antecedentes familiares de suicidio suponen un importante factor de riesgo: los familiares o allegados de un suicida tienen mayor riesgo de suicidio que la población general. Las personas que han perdido a alguien debido al suicidio (también llamados survivors), además de aflicción pueden presentar culpa, responsabilidad por dicha muerte, vergüenza, rabia contra el suicida, contra otros familiares o contra Dios y una gran necesidad de conocer las causas por las que la persona decidió terminar con su vida ⁽²⁴⁾.

Respecto a la biología y genética como factores de riesgo, se puede afirmar que hay vulnerabilidad genética a la conducta suicida que puede ser transmitida. Se ha hallado que los bajos niveles de serotonina se asocian con intentos de suicidio y que uno de los genes implicados es el que codifica la enzima triptófano-hidroxilasa que sintetiza la serotonina ⁽¹⁴⁾. Es decir, cualquier factor, genético o bioquímico, que reduzca la producción de serotonina está relacionado con el suicidio ⁽¹¹⁾.

5.2 FACTORES DE PROTECCIÓN:

Se trata de los factores que disminuyen la posibilidad de que ocurra una conducta suicida ^(6,21) en presencia de factores de riesgo ⁽²¹⁾ Son los siguientes ⁽⁶⁾:

La adherencia terapéutica es un factor protector en caso de enfermedad mental. En el caso de riesgo de suicidio asociado a esquizofrenia, el fármaco que ha conseguido disminuir la conducta suicida en un 85% es la clozapina ⁽⁶⁾.

Las relaciones personales sólidas son otro factor protector. Los familiares y amigos pueden contrarrestar a los factores estresantes externos ⁽⁶⁾. Su apoyo emocional en un momento de crisis es un factor de protección importante frente al suicidio ⁽²⁰⁾

Al hablar de las creencias religiosas como factor protector hay que ser cautelosos, porque este factor depende de interpretaciones culturales concretas. La fe, al dotar al individuo con un sistema cohesionado de creencias y alentarle a tener conductas y pensamientos beneficiosos, puede ser un factor protector ^(6,21). Además, algunas religiones prohíben uno de los factores de riesgo de suicidio, como es el alcohol. Sin embargo, algunas religiones contribuyen al estigma suicida, lo que dificulta la búsqueda de ayuda por parte del sujeto ⁽⁶⁾.

El bienestar subjetivo y el afrontamiento positivo son factores protectores. El primero está asociado con rasgos de personalidad que tiendan a la reparación frente al estrés, con la estabilidad emocional, con una buena autoestima y con la capacidad de resolver problemas (lo que incluye buscar ayuda, si es necesario) ⁽²⁰⁾.

Otros factores protectores frente al suicidio son los estilos de vida saludables con ejercicio físico, alimentación y sueño adecuados y relaciones sociales sanas ⁽⁶⁾.

Por lo que se refiere a la potenciación de la resiliencia como factor protector, se sabe que los adolescentes y jóvenes, se ven muy beneficiados por la promoción de la resiliencia. Dichas variables se resumen en el anexo dos ⁽²⁵⁾.

5.3 FACTORES PRECIPITANTES:

Son determinados acontecimientos vitales que pueden desencadenar la conducta suicida (como la pérdida de un vínculo importante y estable que se produce en casos de divorcio, viudedad, ruptura sentimental, pérdida de un familiar allegado, etc.) ⁽¹¹⁾, en aquellas personas que ya tienen otros factores de riesgo ⁽²¹⁾

5.4 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:

Las estrategias de prevención de la conducta suicida realizadas por el personal de enfermería se pueden desarrollar en Atención Primaria y en Atención Especializada.

Respecto de Atención Especializada, el interés de este TFG va a recaer en las unidades de urgencias hospitalarias y en las de hospitalización de agudos, por ser éstos, dos de los servicios a los que se llega tras un intento autolítico y donde se puede prevenir un posible intento de suicidio posterior.

Atención Primaria: las personas con problemas de salud pueden acceder fácilmente a los profesionales de Atención Primaria, por lo que, la primera toma de contacto con el Sistema de Salud se suele llevar a cabo con dichos profesionales. Por ello, éstos tienen un papel muy importante en la detección y prevención del riesgo de suicidio. Y para desempeñar acertadamente este papel, es esencial que reciban una formación específica sobre este tema ⁽¹¹⁾.

De esta manera, los profesionales de Enfermería llevan a cabo las estrategias de prevención de la conducta suicida a través de la detección de señales de alerta y el seguimiento de personas con factores de riesgo significativos ⁽¹¹⁾.

Detección de las señales de alerta: las señales de alerta las podemos clasificar en verbales y no verbales. Las verbales se refieren a afirmaciones negativas sobre la propia persona, su existencia y su futuro (“No hago nada bien”, “Mi vida da asco”, “No voy a luchar más; estoy cansado”); comentarios acerca de la muerte y el suicidio (“La muerte es un descanso”, “Cualquier día me quito de en medio”); o despedidas más o menos explícitas (“Quiero agradecerte todo lo que has hecho por mí”) ⁽²²⁾.

Los signos de alerta no verbales se refieren a presentación inusitada de comportamientos irascibles, o por el contrario, aparición súbita de una etapa de sosiego tras un periodo de perturbación; donación de objetos valiosos para la persona; o concluir cuestiones como la realización de testamento ⁽²²⁾.

Factores de riesgo: Enfermería debe detectar si la persona presenta alguno de los factores de riesgo anteriormente descritos, y cuáles son y comprobar qué

factores de protección están presentes para evaluar el nivel de riesgo ⁽¹⁵⁾. Cuando una persona presente factores de riesgo significativos, y no refiera ideación suicida, se debe abordar esta cuestión preguntando sobre ella directamente, porque esto no incrementa el riesgo de que se dé un intento suicida posterior ⁽¹⁰⁾.

Entrevista clínica: en su actividad asistencial diaria, los profesionales se encuentran con personas con riesgo de suicidio que se debe evaluar a través de la entrevista clínica ⁽²²⁾. Puesto que se trata de una cuestión incómoda, hay que procurar que durante la entrevista haya un grado de empatía tal entre el profesional enfermero y el paciente, que consiga que el enfermo manifieste sus sentimientos con comodidad y con sus propias palabras, sobre todo cuando dichos sentimientos sean negativos. No obstante, el profesional no debe olvidar que debe poner entre ambos la distancia emocional suficiente para que la problemática del paciente no lo sobrepase ⁽²⁶⁾. De esta forma, la Enfermería debe llevar a cabo la entrevista bajo una serie de pautas, como son:

SÍ SE DEBE HACER	NO SE DEBE HACER
<ul style="list-style-type: none"> • Hablar de forma abierta y respetuosa • Dialogar para averiguar las causas de su ideación o planificación suicida • Mantener una actitud de escucha activa • Ofrecer apoyo emocional • Tomar sus amenazas en serio siempre • Ofrecer alternativas para disminuir el estrés • Neutralizar la, denominada, visión túnel • Atender a su lenguaje no verbal 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrarse nervioso y ser invasivo • Realizar reproches • Minimizar sus actos e ideaciones suicidas • Realizar comentarios moralizantes • Convencer a la persona sobre su conducta inadecuada • Retar a la persona a seguir adelante y hacer parecer el problema como algo ligero • Dar falsas garantías o esperanzas

TABLA 4: PAUTAS DE CONDUCTA EN LA ENTREVISTA A PERSONAS CON IDEACIÓN O PLANIFICACIÓN SUICIDA

Elaboración propia. Fuente: Guía para la detección y prevención de la conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales. Salud Madrid ⁽²²⁾

Todo esto supone para la enfermera hacer frente en muchos casos a los mitos que rodean a la conducta suicida, que aparecen en la tabla tres. Con ello, además se contribuye a desestigmatizar la conducta suicida ⁽⁶⁾.

Durante la entrevista también se debe tener en cuenta que algunas personas con ideación suicida pueden mentir acerca de dicha ideación, refiriendo que no la presentan, para impedir así que se descubra su objetivo ⁽²⁷⁾.

La Organización Mundial de la Salud hace una serie de recomendaciones sobre todo lo relacionado con la realización de la entrevista a personas en riesgo de suicidio para mejorar su eficacia, que están recogidas en el anexo dos ⁽⁶⁾.

Evaluación del riesgo de suicidio: para prevenir el suicidio, se debe llevar a cabo una evaluación del riesgo suicida. Para ello, según el protocolo de la Organización Mundial de la Salud hay que determinar el estado anímico de la persona mediante la entrevista, a través de la evaluación de los siguientes atributos: ambivalencia, impulsividad y rigidez cognitiva ⁽⁶⁾ y además se debe realizar la evaluación del riesgo a través de diferentes escalas, como por ejemplo ⁽²⁸⁾:

- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes: con ítems que valoran la presencia o ausencia de dichos acontecimientos ⁽²⁸⁾. Está reflejada en el anexo tres.
- Escala de Ideación Suicida de Beck: evalúa la magnitud de los pensamientos suicidas en el momento actual o retrospectivamente ⁽²¹⁾. Consta de 19 ítems que valoran la intensidad de la ideación suicida, la actitud hacia la muerte, la planificación suicida y la puesta en marcha del intento autolítico ⁽²⁸⁾. Aparece en el anexo cuatro.
- Escala Sad Persons: no está validada en España, pero se aconseja su uso en Atención Primaria debido su fácil aplicación ⁽²⁸⁾. Evalúa los factores de riesgo suicida. Su nombre es el acrónimo formado por la primera inicial de cada ítem que compone la escala ⁽²¹⁾. Ésta está reproducida en el anexo cinco.
- Escala de desesperanza de Beck: tampoco está validada en España. Evalúa el nivel de pesimismo y las expectativas futuras ⁽²⁸⁾. Esta escala está reproducida en el anexo seis.
- Escala de valoración de la depresión de Hamilton: está validada en España. Evalúa la presencia o ausencia de depresión en el paciente ⁽²⁸⁾. Esta escala está

reproducida en el anexo siete.

En función de los datos obtenidos en la entrevista y la escala, se debe establecer si el riesgo suicida es bajo, medio o alto. Cuando los pacientes presentan un **riesgo bajo** hay ideación suicida pero no hay planificación. En este caso, el profesional enfermero debe prestar apoyo emocional con el objeto de que las personas verbalicen sus sentimientos de forma sincera; debe acentuar las fortalezas personales del paciente y mantenerse con él en contacto continuo. Cuando una persona presenta **riesgo medio** de suicidio es porque hay ideación y planificación suicida no inminente. La intervención enfermera se debe centrar en dar el mismo apoyo emocional anteriormente expuesto, y además, ofrecer otras opciones distintas a la del suicidio; realizar con dicha persona un contrato en el cual el paciente se comprometa a no consumir el suicidio; derivar al psiquiatra y contactar con familiares y/o allegados. La persona con **riesgo alto** planea llevar a cabo una conducta suicida de forma inmediata. La intervención debe centrarse en que la persona no debe permanecer sola nunca y restringir su acceso a métodos que puedan servir para quitarse la vida; también se debe derivar al psiquiatra y hospitalizar ⁽²⁸⁾.

Atención Especializada: se van a determinar las estrategias que se llevan a cabo en el segundo nivel de atención del SNS para evitar la estigmatización del suicidio (que es una forma de prevención) en las Unidades de Urgencias hospitalarias y las estrategias para evitar un nuevo suicidio en aquellas personas, que por su alto nivel de riesgo, precisan su hospitalización en una Unidad Psiquiátrica de Agudos.

Urgencias hospitalarias: los profesionales que desempeñan su quehacer diario en el servicio de urgencias/emergencias se enfrentan frecuentemente a personas con ideación y planificación suicida, que consideran como única opción válida el suicidio, y también a aquellas que han llevado a cabo un suicidio frustrado.

El primer profesional con el que toma contacto la persona que ha llevado a cabo un suicidio frustrado es la enfermera de la unidad de urgencias. Por ello, el profesional enfermero tiene una gran importancia en la prevención del suicidio. Para prevenir que en el futuro estas personas vuelvan a repetir conductas suicidas, es muy importante la gestión eficaz de este episodio ⁽¹⁰⁾.

Los profesionales que trabajan en Urgencias consideran que el suicidio es una prioridad en la atención sanitaria, comparable a un infarto agudo de miocardio. Sin embargo, no todas las personas con intentos autolíticos precisan una intervención con el mismo nivel de prioridad, puesto que cada caso varía en función del método empleado, del grado de ocultación, de la existencia o no de intentos autolíticos previos, etc. En cualquier caso, en última instancia, siempre se requiere la actuación del psiquiatra ⁽²⁹⁾.

Sin embargo, algunos profesionales enfermeros no se sienten cómodos al atender a este tipo de pacientes y al tratarlos experimentan sentimientos de miedo, enojo y tristeza; con cierta frecuencia, dichos profesionales mientras los cuidan presentan actitudes poco positivas, una incorrecta valoración de su problemática y escasas habilidades interpersonales ⁽¹⁰⁾. Además, entre algunos de ellos, se da el prejuicio de que los individuos que intentan suicidarse sólo quieren llamar la atención y manipular a su entorno ⁽³⁰⁾. Estos prejuicios y actitudes desfavorables se deben al desconocimiento y la inseguridad ante esta situación, pero contribuyen a la estigmatización de la conducta suicida ⁽¹⁰⁾.

De esta manera, las actitudes estigmatizantes que se dan en algunos profesionales de las unidades de urgencias, influyen de forma negativa en el trato y los cuidados enfermeros prestados, e incluso, influyen tanto en el paciente, que estas actitudes son una dificultad añadida en la búsqueda de ayuda en el sistema de salud, en la aproximación al tratamiento y en la adherencia terapéutica. De hecho, estos pacientes identifican al estigma que acarrea la conducta suicida como uno de los principales obstáculos para acceder al sistema de salud, y creen que el personal sanitario contribuye a dicho estigma ⁽³⁰⁾.

El profesional de enfermería en urgencias se enfrenta a numerosos sentimientos y emociones propios del paciente y del profesional. Pero la adquisición de habilidades emocionales que permitan identificar y gestionar dichas emociones son herramientas de trabajo muy deseables para el cuidado del paciente con tentativas de suicidio ⁽³⁰⁾.

Unidad de agudos: cuando una persona ha intentado suicidarse y la valoración posterior indica un alto riesgo de que haya otro intento autolítico, el paciente

debe ser hospitalizado en una unidad de psiquiatría de agudos para prevenir que realice otra tentativa.

Algunos estudios indican que, de los suicidios consumados por pacientes hospitalizados, una tercera parte, podrían haberse prevenido. Por ello, la observación y vigilancia por los profesionales sanitarios son las mejores estrategias para la prevención del suicidio en personas hospitalizadas ⁽³¹⁾.

El método de suicidio más frecuente en el hospital es el ahorcamiento mediante alguna prenda de vestir y la mayor parte de los suicidios se llevan a cabo en las habitaciones o en los baños ⁽³¹⁾.

En consecuencia, las estrategias de prevención van enfocadas en dos direcciones:

Elementos básicos en la seguridad del paciente: al ingreso de un paciente con alto riesgo de que realice una tentativa suicida, se le entregará el pijama o camión del hospital. La ropa del paciente será custodiada por el hospital o se entregará a los familiares. Además, se requisarán los objetos del paciente que puedan utilizarse para realizar un intento autolítico y eliminar los que no sean seguros e imprescindibles ⁽³¹⁾.

La unidad de agudos es cerrada para evitar fugas y en la entrada a la unidad de agudos habrá una puerta de seguridad. Los cuartos de baño sólo podrán cerrarse por fuera, con cierres controlados por los profesionales. En los cuartos de baño, las salidas de ducha no deben constituir un riesgo para el paciente. Debe haber espejos irrompibles y fijados a la pared. Los sanitarios deben estar encastrados en la pared, de tal forma que obstaculicen la ocultación de objetos. Los materiales usados en la unidad deben ser seguros e ignífugos (como pintura, fundas de colchones, etc.). Las ventanas deben contar con cristales de seguridad y apertura restringida y sólo podrán ser manipuladas por los profesionales de la unidad ⁽³²⁾.

La habitación de aislamiento contará con medidas de seguridad para impedir que el paciente se autoagreda: en la puerta deberá existir una pequeña ventana para supervisar su conducta de forma continua y la cama de aislamiento estará provista de medidas específicas de seguridad ⁽³¹⁾.

No obstante, a pesar de restringir el acceso a los métodos de suicidio, en la unidad de agudos, también se usarán las estrategias preventivas de contención verbal, farmacológica o mecánica que se precise en cada caso:

Contención verbal: mediante este procedimiento, se trata de alcanzar un contrato terapéutico, aminorar su autoagresividad y fortalecer el autocontrol del paciente, averiguando sus circunstancias vitales, su estilo cognitivo y estado emocional para reducir su malestar a través de un buen apoyo psicológico. Si a pesar de la contención verbal, el sujeto presenta riesgo inminente de agredirse a sí mismo, se le debe ofrecer contención farmacológica e informar de que aminorará su malestar (29).

Las pautas de actuación para llevar a cabo una contención verbal son: mostrar una actitud abierta que invite al diálogo; aproximarse al paciente de forma tranquila y respetuosa; intentar estar a la misma altura, preferiblemente sentados y no fijar la mirada en el paciente, pero tampoco evitarla (33).

Contención farmacológica: el objetivo de esta contención es que el paciente alcance un grado de sedación que posibilite la disminución de la ansiedad y la hostilidad (34),

Se lleva a cabo a través de una medicación de acción rápida prescrita por el psiquiatra. Si el individuo no colabora, hay que contenerlo entre varias personas e inyectar la medicación. En este caso, la vía de elección es la intramuscular, en el músculo deltoides o en el glúteo. No es necesario desvestir al paciente ni desinfectar la zona donde se va a inyectar el fármaco, porque lo importante es administrar el medicamento lo más rápidamente posible. Además, se deben conocer los posibles efectos secundarios de la medicación administrada para prevenir complicaciones (29)

Contención mecánica: aunque la mayoría de los intentos de suicidio se pueden aplacar a través de la contención verbal o farmacológica, algunos pacientes precisan de la contención mecánica. Este procedimiento evita que el paciente realice un intento de suicidio, mediante la utilización de recursos mecánicos que impiden los movimientos de su cuerpo de forma parcial o total (29). Según la OMS, se definen las contenciones mecánicas como: “métodos extraordinarios con finalidad terapéutica,

que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos” (6)

De esta forma, la actuación de enfermería va encaminada a que la persona no lleve a cabo comportamientos que obliguen a usar la contención mecánica (29). Las contenciones mecánicas se usarán únicamente en caso de que las anteriores contenciones no hayan funcionado porque limitan algunas libertades individuales fundamentales (35).

Debido a esto, tienen connotaciones negativas, y aunque se trata de una maniobra agresiva, su aplicación restringida a momentos de alto riesgo vital es un mecanismo muy útil cuando está en juego la integridad física del paciente. Una buena actuación de los profesionales enfermeros hará que el paciente perciba esta contención de forma menos negativa (29)

El equipo de contención consta de un cinturón de sujeción abdominal, dos muñequeras, dos tobilleras, alargaderas para la realización de cambios posturales y botones de seguridad con llaves magnéticas (29) También sería recomendable que se dispusiera de cintas antivuelco (34)

La contención mecánica:

- Debe ser prescrita por el psiquiatra y, si es posible, autorizada por la familia (29).
- Se llevará a cabo tras informar al paciente del procedimiento que se va a realizar (29).
- Se preparan las contenciones y se dejan listas para ser usadas tapadas con una sábana en una cama apropiada para realizar una contención mecánica (29).
- Se debe dar tiempo al paciente a que colabore tumbándose él en la cama de forma voluntaria (34).

- Se debe acercar al paciente a la cama donde se va a llevar a cabo la sujeción, distraerlo y cuando haya un mínimo de cuatro, se llevará a cabo el procedimiento de forma coordinada, de tal manera que cada uno de ellos se centrará en una extremidad y, si hay cinco profesionales, el quinto sujetará la cabeza del paciente ^(29,34). Es necesario sujetar en las articulaciones y no en la diáfisis de los huesos largos para evitar lesiones ⁽²⁹⁾.
- El personal debe actuar de manera competente y enérgica, pero respetuosa con el paciente ⁽²²⁾.

La actuación de enfermería debe consistir en ⁽²²⁾:

- Posibilitar que el sujeto mantenga la posición anatómica correcta y permita la administración de perfusión intravenosa en el antebrazo ⁽²⁹⁾.
- Colocar la cabeza del paciente levemente levantada para prevenir broncoaspiraciones cuando ingiera líquidos y alimento ⁽²⁹⁾.
- Realizar cambios posturales, de forma que no se produzcan úlceras por presión ⁽²⁹⁾.
- Dialogar periódicamente con el paciente para que su necesidad de comunicarse se vea cubierta y no sienta que la contención es un castigo sino un método para evitar su muerte ⁽²⁹⁾.

No obstante, hay situaciones en que la contención mecánica está absolutamente contraindicada: cuando el psiquiatra dé la orden de no usar la contención mecánica con un paciente determinado; cuando sea utilizado como castigo y si no se conoce el estado general de salud del paciente ⁽³⁴⁾

Nuevas tecnologías: una de las estrategias más novedosas de prevención del suicidio en los adolescentes que sufren riesgo debido a las nuevas tecnologías (que les retan a llevar a cabo conductas suicidas y sobre las que hemos hablado en el apartado de “Factores de riesgo”), son las apps que se pueden instalar en los teléfonos

móviles para aquellas personas que tengan ideación o planificación suicida. Por ejemplo, una de las apps, se llama CALMA ⁽³⁷⁾.

Estas aplicaciones las puede recomendar el personal enfermero para aquellos sujetos que estime conveniente que pueden verse beneficiados por este tipo de estrategias.

Así, mediante todas estas estrategias se revertirá una de las situaciones más graves que puedan presentarse en psiquiatría ⁽²⁹⁾.

6. DISCUSIÓN:

La conducta suicida constituye un problema de salud pública porque en la actualidad este fenómeno ha adquirido enormes proporciones, debido al aumento de los factores de riesgo ^(4,6, 17). En una sociedad tan competitiva como la actual, es muy difícil que no se produzcan grandes frustraciones y sentimientos de culpa que lleven a los individuos a tener un bajo concepto de sí mismos; un autoconcepto positivo constituye un factor de protección importante ante el suicidio ⁽⁶⁾.

Determinadas personas creen que suicidarse es una manera cobarde de hacerle frente a la adversidad; por el contrario, hay quien piensa que hay que tener mucho valor para quitarse la vida. Y los suicidas no son ni valientes ni cobardes; son, sólo, personas que sufren tanto, que ven a la muerte como lo único que les puede librar de tanto sufrimiento ⁽¹⁰⁾.

A pesar de su alta frecuencia, el suicidio está muy estigmatizado, debido a que nuestra sociedad vive de espaldas a la muerte: no la aceptamos como un proceso natural inherente a la propia vida. Si, además, a la muerte le añadimos el componente de ser llevada a cabo por uno mismo, este fenómeno es percibido por la sociedad como una deshonra que estigmatiza a quien lo ha practicado ⁽³²⁾.

Algunos profesionales sanitarios también están influidos por dicho estigma, y cuando atienden a personas que han perpetrado un intento autolítico, procuran obviar el problema del suicidio ⁽³⁰⁾. Sin embargo, deben ser conscientes de la importancia de preguntar sobre este tema para obtener toda la información posible que permita evaluar el riesgo suicida, sin dejarse llevar por uno de los mitos que circulan sobre este problema, que sostiene que hablar del suicidio incita a su consumación ⁽³⁶⁾.

Por esta causa, y para llevar a cabo de forma eficaz estrategias correctas de prevención del suicidio, es imprescindible una formación específica de los profesionales, que además de proporcionarles conocimientos, les aporte seguridad y una actitud más positiva en el afrontamiento de las conductas suicidas ⁽¹¹⁾.

7. CONCLUSIONES:

La conducta suicida constituye un problema de salud pública porque este fenómeno ha adquirido una gran magnitud, a consecuencia del incremento de los factores de riesgo.

Para implementar las intervenciones de prevención del suicidio más oportunas es esencial la formación de los profesionales, la cual les aporta conocimientos, autoconfianza y actitudes positivas en el afrontamiento de la conducta suicida.

Los profesionales deben detectar los signos de alerta y los factores de riesgo para evaluar el riesgo suicida, así como utilizar las estrategias necesarias para revertirlos.

Es importante la adquisición de habilidades interpersonales para favorecer la desestigmatización de los pacientes con intentos autolíticos.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2016 [citado 11 de febrero de 2018]; 15(1):90-100. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm11116.pdf>
2. Huerta Ramírez R, Ayuso Mateos J L (dir), Miret García M (dir), Caballero Díaz F F (dir). Conducta suicida en población general adulta española: un estudio epidemiológico [Tesis doctoral en Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2014 [citado 17 de marzo de 2018]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/664923/huerta_ramirez_raul.pdf?sequence=1
3. Amador Rivera GH. Suicidio: Consideraciones Históricas. Rev Med La Paz [Internet]. 2015 [citado 19 de diciembre de 2017]; 21(2):91-8. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n2/v21n2_a12.pdf
4. Ruiz Azcona L, Abajas Bustillo R (dir) Lesiones por causas externas: el suicidio [Tesis doctoral en Internet]. [Santander]: Universidad de Cantabria; 2014 [citado 12 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5193/RuizAzconaL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Daray FM, Grendas L, Rebok F. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. Rev Fac Cienc Med [Internet] 2016 [citado 13 de enero de 2018]; 73(3):205-11. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457/15367>
6. Prevención del suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud, editores. 2014; [citado 23 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf

7. Guía de prevención de la conducta suicida. "Compartir para crecer". XIII Congreso Virtual de Psiquiatría.com: del 1 al 29 de febrero de 2012. Interpsiquis 2012 [Internet] 2012; [citado 29 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://sfb55068d25a70fdb.jimcontent.com/download/version/1328844312/module/4758941660/name/Gu%C3%ADa%20prev%20conducta%20suicida.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística. Muertes por suicidio [Internet] 2018; [citado 29 de junio de 2018] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=6609&L=0>
9. Observatorio del Suicidio en España 2016. Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio [Internet] 2018; [citado 3 de julio de 2018] Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>
10. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Ter psicológica [Internet] 2015 [citado 24 de febrero de 2018]; 33(2):117-26. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>
11. Prevención y actuación ante conductas suicidas: protocolo de colaboración interinstitucional. Servicio Navarro de Salud. Pamplona [Internet] 2014 [citado 11 de febrero de 2018]; pp: 114 Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>
12. Código Penal español. Artículo 143, punto 1 y punto 2.
13. Código Penal español. Artículos 142 y 621
14. Albuixech García M, Fernández Molina M A (dir). Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA 00150 Riesgo de suicidio. [Tesis doctoral en Internet]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2015 [citado 11 de febrero de 2018]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72730/1/tesis_mariadelrocio_albuixech_garcia.pdf

15. De La Torre Martí M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Centro de Psicología aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid. [Internet] 2013 [citado 11 de febrero de 2018]; pp: 36 Disponible en: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
16. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2012 [citado 27 diciembre 2017]; 20(6). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es_19.pdf
17. López Martínez LF. Suicidio, adolescencia, redes sociales e Internet [Internet] 2015 [citado 3 julio 2018]; Disponible en: <https://www.redaipis.org/wp-content/uploads/2017/10/SUICIDIO-REDES-SOCIALES-E-INTERNET-copyright.pdf>
18. Mendoza López E. Desenredando las redes. Pediatría de México [Internet] 2014 [citado 3 julio 2018]; (3) pp: 4 Disponible en: http://www.pediatricademexico.org/blognoticias/admin/Articulos/333/numeros/Ueqg35N32017-08-07_16-57-15_3NJ.pdf
19. Novas S, De Ciervo F, Hernán K, Merovich G, Triveño G. El suicidio y la adolescencia. Unidad Docente Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” [Internet] 2017 [citado 1 julio 2018]; pp: 4. Disponible en: www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/2017/1-2.pdf
20. Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Conselleria de Sanitat Universal i Salut pública. Generalitat valenciana [Internet] 2012 [citado 24 diciembre 2017]; pp: 45 Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf

21. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet] 2012 [citado 5 febrero 2018]; pp: 381. Disponible en: www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
22. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales. No estás solo. Salud Madrid [Internet] 2016 [citado 26 de abril de 2018]; pp: 16 Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGuia.DetecPrev.CondSuicida.profesionalesanitariosyfacilitadoresociales.pdf&blobheaderval
23. Clifford A, Doran C, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. BMC public health. [Internet] 2013 [citado 6 julio 2018]; 13:463 Disponible en: www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3663804
24. Benítez Pérez L E. Características resilientes y maladaptativas en el proceso de duelo por suicidio en las familias. Redes [Internet] 2017 [citado 9 de marzo de 2018]; 36:57-68 Disponible en: <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/211>
25. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2014 [citado 22 de marzo de 2018]; 35(2):131-92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4839326>
26. Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio Servicio de Salud del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad [Internet] 2018 [citado 7 de mayo de 2018]; pp: 48 Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/225127/PROTOCOLO+SUICIDIO+def.pdf/48775c44-b688-961e-be16-f81511d4eba2>

27. Ayesa Cano P. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Barcelona. Clínica Sant Antoni. Institut mèdic i de rehabilitació [Internet] 2014 [citado 14 de mayo de 2018]; pp: 7 Disponible en: <http://www.csantantoni.com/wp-content/uploads/2015/11/PR030-Protocolo-para-la-Detecci%C3%B3n-y-Manejo-Inicial-de-la-Ideaci%C3%B3n-Suicida.pdf>
28. 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. [Internet] 2014 [citado 14 de abril de 2018]; 48: 146-154. Disponible en: www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/es_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00139.pdf
29. Franch E. Ingreso involuntario en psiquiatría. Asociación Española de Psiquiatría Privada [Internet] 2018 [citado 23 de mayo de 2018]; pp: 8 – 11 Disponible en: www.asepp.es/media/upload/pdf/revista-asepp-15_editora_41_49_1.pdf
30. Giner L, Guija J. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Internet] 2014 [citado 19 de mayo de 2018]; 7 (3): 139-146 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989114000056?via%3Dihub>
31. Elvira Peña L, Rodríguez Pérez B. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental. Junta de Extremadura [Internet] 2012 [citado 19 de mayo de 2018]; pp: 86 Disponible en: <https://consaludmental.org/centro.../seguridad-paciente-gestion-salud-mental-2286/>
32. Estigma social en el comportamiento suicida: reflexiones bioéticas. Santana da Silva T P, Botelho Sougey E, Silva J. Rev. bioét. [Internet] 2015 [citado 19 de mayo de 2018]; 23 (2): 427-34 Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/es_1983-8034-bioet-23-2-0419.pdf
33. La contención verbal como herramienta terapéutica. MENTALÍZATE. Enfermería Salud Mental 2.0 Disponible en:

<https://enfermeriamentalizate.wordpress.com/2014/08/28/la-contencion-verbal-como-herramienta-terapeutica/>

34. Protocolo de contención mecánica de las unidades de hospitalización de psiquiatría de la red de salud mental de Extremadura. Unidad de Psiquiatría. [Internet] 2017 [citado 4 julio 2018]; Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCI%C3%83Nbadajoz.pdf

35. Fernández Rodríguez Á, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos [Internet] 2014 [citado 28 de mayo de 2018]; 25 (2) pp: 63-67 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000200003&script=sci_arttext&tlng=pt

36. Pérez Barrero S A, Guerra Plaza J, Haranburu Oiarbide M. Prevención del suicidio: consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias. Universidad del País Vasco: Servicio Editorial Euskal Herriko Unibertsitatea; 2014. 150 p.

37. CALMA. Una aplicación para prevenir el suicidio. [Internet] [citado el 7 julio 2018] Disponible en: <https://www.appcalma.com/>

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1: VARIABLES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

FACTORES INTERNOS	COGNITIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Autoconcepto positivo • Autorregulación y flexibilidad cognitiva • Estilo atribucional positivo • Razones para vivir
	AFECTIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol emocional • Esperanza • Autoestima • Gratitud • Perseverancia hacia metas a pesar de la adversidad
	CONDUCTUALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Control de los impulsos • Habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata • Expresión de emociones • Gestión de conflictos
	PERSONALIDAD:	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido del humor • Empatía • Búsqueda del sentido de la vida
	ECOLÓGICOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social de tipo emocional • Experiencias tempranas de resolución de conflictos no violentas entre iguales • Relaciones positivas con familia, compañeros de instituto y profesores • Redes sociales estructuradas (familia, amigos y barrio) • Dificultad de acceso a métodos de suicidio • Sentido de pertenencia a un grupo o cultura • Activismo social • Amplificar los valores relacionados con la identidad sexual y étnica • Disponibilidad y fácil acceso a servicios de salud mental y comunitaria • Formación en diversidad sexual y étnica en profesionales
FACTORES EXTERNOS		

Elaboración propia. Fuente: David Sánchez-Teruel y M^a Auxiliadora Robles-Bello. Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes

9.2 ANEXO 2: RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LA ENTREVISTA SEGÚN LA OMS

REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA
¿CÓMO PREGUNTAR?
¿Se siente triste?
¿Siente que nadie se preocupa por usted?
¿Siente que la vida no tiene sentido?
¿Tiene tendencia a cometer suicidio?
¿CUÁNDO PREGUNTAR?
Cuando la persona se siente comprendida
Cuando la persona se siente cómoda hablando acerca de sus sentimientos
Cuando la persona habla acerca de sentimientos negativos de soledad e impotencia.
¿QUÉ PREGUNTAR?
Para indagar si la persona tiene un plan definitivo para cometer suicidio:
¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
¿Tiene idea de cómo va a hacerlo?
Para indagar si la persona cuenta con los medios (método):
¿Tiene píldoras, revólver, insecticida, u otros medios?
¿Están a su entera disposición?
Para indagar si la persona se ha fijado un plazo:
¿Ha decidido cuándo planea terminar con su vida?
¿Cuándo planea hacerlo?

Elaboración propia. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global.

9.3 ANEXO 3: ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

1. Muerte del cónyuge	100	23.Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
2. Divorcio	73	24.Hijo o hija que deja el hogar	29
3. Separación matrimonial	65	25.Problemas legales	29
4. Encarcelación	63	26.Logro personal notable	28
5. Muerte de un familiar cercano	63	27.La esposa comienza o deja de trabajar	26
6. Lesión o enfermedad personal	53	28.Comienzo o fin de la escolaridad	26
7. Matrimonio	50	29.Cambio en las condiciones de vida	25
8. Despido del trabajo	47	30.Revisión de hábitos personales	24
9.Desempleo	47	31.Problemas con el jefe	23
10. Reconciliación matrimonial	45	32.Cambio de turno o de condiciones laborales	20
11.Jubilación	45	33.Cambio de residencia	20
12.Cambio de salud en un miembro de la familia	44	34.Cambio de colegio	20
13.Drogadicción y/o alcoholismo	44	35.Cambio de actividades de ocio	19
14.Embarazo	40	36.Cambio de actividad religiosa	19
15.Dificultades o problemas sexuales	39	37.Cambio de actividades sociales	18
16.Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39	38. Cambio de hábito de dormir	17
17.Reajuste de negocio	39	39.Cambio en el número de reuniones familiares	16
18.Cambio de situación económica	38	40.Cambio de hábitos alimentarios	15
19.Muerte de un amigo íntimo	37	41.Vacaciones	13
20.Cambio en el tipo de trabajo	36	42.Navidades	12
21.Mala relación con el cónyuge	35	43.Leves transgresiones de la ley	11
22.Juicio por crédito hipoteca	30		

Elaboración propia. Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La Escala de acontecimientos vitales estresantes consta de un listado de 43 sucesos vitales a los que se adjudica una puntuación distinta, en función del estrés que producen en la persona. Pero en el listado no aparecen sólo sucesos negativos, también aparecen acontecimientos positivos que pueden generar estrés.

Para aplicarla, se eligen del listado los acontecimientos experimentados durante el último año, y se suman los puntos.

- Si la cifra está por debajo de 150, hay un riesgo de enfermar a causa del estrés.
- Entre 151 y 299, el riesgo es moderado
- Por encima de 300 puntos, el riesgo es importante.

9.4 ANEXO 4: ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

I.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE.

1.- Deseo de vivir.

Moderado a intenso Débil Ninguno

2.- Deseo de morir.

Moderado a intenso Débil Ninguno

3.- Razones para vivir / morir.

Las razones para vivir son superiores a las de morir
Iguales

Las razones para morir son superiores a las de vivir

4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio.

Moderado a intenso Débil Ninguno

5.- Intento pasivo de suicidio.

Tomaría precauciones para salvar su vida

Dejaría su vida / muerte en manos del azar

Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS.

6.- Dimensión temporal: duración.

Breve, períodos pasajeros Períodos más largos Continuo, o casi

7.- Dimensión temporal: frecuencia.

Rara, ocasional Intermitente Persistente o continuo

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo.

Rechazo Ambivalencia, indiferencia Aceptación

9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

Tiene sensación de control

No tiene seguridad de control

No tiene sensación de control

10.- Factores disuasorios del intento activo

No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio

Los factores disuasorios tienen cierta influencia

Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

Si existen factores disuasorios, indicarlos:

11.- Razones del proyecto de intento.

Manipular el medio, atraer atención, venganza

Combinación de ambos

Escapar, acabar, resolver problemas

III.- CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.

12.- Método: especificación / planes.

No los ha considerado

Los ha considerado, pero sin detalles específicos

Los detalles están especificados / bien formulados

13.- Método: accesibilidad / oportunidad.

Método no disponible; no hay oportunidad

El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.

Método y oportunidad accesible

Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14.- Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente

Inseguro de su coraje, competencia

Seguro de su competencia, coraje
15.- Expectativas / anticipación de un intento real.
No Incierto, no seguro Sí

IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.

16.- Preparación real.

Ninguna Parcial Completa

17.- Notas acerca del suicidio.

No escribió ninguna nota

Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla

Completada

18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte

Ninguno

Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados

Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19.- Encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

Reveló estas ideas abiertamente

Fue reacio a revelarlas

Intentó engañar, encubrir, mentir

V.- FACTORES DE FONDO.

20.- Intentos previos de suicidio.

Ninguno Uno Más de uno

21.- Intención de morir asociada al último intento.

Baja Moderada; ambivalente, insegura Alta

Elaboración propia. Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

El paciente selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad que mejor refleje sus características de la ideación suicida. Si el paciente contesta con un 0 (el 0 es ausencia) a los ítems 4 y 5, pasa directamente a contestar el ítem 20; si, por el contrario, la respuesta al ítem 4 ó 5 es 1 ó 2 (el 2 es la máxima intensidad), el paciente debe contestar todos los ítems. Sólo se contesta el ítem 21 cuando la respuesta al ítem 20 haya sido de 1 ó 2. Cada ítem se puntúa de 0 a 2, y la puntuación total es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems. La puntuación total varía de 0 a 38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio. Cuanta mayor puntuación, más riesgo de suicidio

9.5 ANEXO 5: ESCALA SAD PERSONS

ESCALA SAD PERSONS	
Sex	Sexo masculino
Age	Edad < 20 o > 45 años
Depression	Depresión
Previous Attempt	Intentos de suicidio previos
Ethanol abuse	Abuso de alcohol
Rational thinking loss	Trastornos cognitivos
Social supports lacking	Sin apoyo social
Organized plan	Plan organizado de suicidio
No spouse	Sin pareja estable
Sickness	Enfermedad somática

Elaboración: propia. Fuente Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La ausencia de cada ítem se puntúa con un cero, y con un punto si está presente. Distingue cuatro niveles de riesgo, por lo que las estrategias preventivas dependerán del riesgo establecido. Estos cuatro niveles son:

- De 0 a 2: alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.
- De 3 a 4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.
- De 5 a 6: recomendado ingreso, sobre todo si hay ausencia de apoyo social.
- De 7 a 10: ingreso obligado, incluso en contra de su voluntad

9.6 ANEXO 6: 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 mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será 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. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
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		

Elaboración propia. Fuente: Muñoz, Sánchez Gómez, Palacios Vicario y Franco Martín. Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: resultados del proyecto EurEgEnas.

Las preguntas se responden mediante “verdadero” (que se evalúa con cero puntos) o “falso” (un punto); un resultado igual o mayor que 9, indica que hay riesgo de suicidio.

9.7 ANEXO 7: ESCALA DE VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE HAMILTON

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligeramente retrasado en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida de apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2

Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2

Elaboración propia. Fuente: Oscar Castellero Mimenza. Escala de Depresión de Hamilton: qué es y cómo funciona.

Cada ítem consta de tres o cinco respuestas, que puntúan de 0-2 ó de 0-4.

La puntuación global puede variar de 0 a 52 puntos.

- De 0-7 puntos indican no deprimido
- De 8-13, depresión ligera/menor;
- De 14-18, depresión moderada;
- De 19-22, depresión severa
- Por encima de 23, depresión muy severa