

Curso académico 2015/2016

Estrategias para el manejo de la conducta suicida en la consulta
de enfermería en Atención Primaria.

Oihana Mondéjar Gutiérrez

Directora: M^a Isabel Trespaderne Beracieto

RESUMEN

El presente trabajo describe el suicidio como un problema de salud pública y está dedicado a la comprensión y a la prevención de los comportamientos suicidas desde Atención Primaria (AP). Se pretende analizar qué se esconde sobre el acto destructivo y qué acciones se pueden poner en marcha en contra de este grave fenómeno.

Las recomendaciones que se desarrollan son el resultado del análisis de diferentes guías de práctica clínica, estudios y manuales sobre la intervención ante esta conducta.

En el mundo fallecen un millón de personas por esta causa y muchas más lo intentan por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) demanda a autoridades y gobiernos que tomen medidas para dar visibilidad a este problema y poder erradicarlo. En el programa que está desarrollando la OMS está concienciando y formando a diferentes colectivos entre los que se encuentran el personal de AP y en base a estas premisas, se ha llevado a cabo en Guipúzcoa un programa piloto de prevención de suicidio en el que se trata de mejorar la capacidad de reconocer y tratar los trastornos mentales y la evaluación del riesgo suicida.

Desde la consulta de enfermería se puede desempeñar un papel importante en la seguridad de los pacientes cuando se reconocen los factores de riesgo, prevención y los factores precipitantes.

Con este trabajo he pretendido recoger la información existente en torno a las medidas preventivas que se podrían aplicar en AP en la consulta de enfermería.

AGRADECIMIENTOS

Dedico de manera especial este trabajo a toda mi familia, en especial a mi pareja y a mi hijo por la ayuda y la paciencia que han tenido conmigo durante su realización. Estos cuatro años ha habido un gran esfuerzo por parte de todos ellos para que yo pudiera realizar mi sueño por lo que estoy y estaré enormemente agradecida. Sin ellos no hubiese sido posible nada de esto.

Mi agradecimiento también a mis amigos/as y compañeros por la ayuda y el interés demostrado en la realización de este trabajo además de haber estado a mi lado en estos cuatro años.

INDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	1
2	OBJETIVOS.....	3
3	METODOLOGÍA	3
4	RESULTADOS	6
4.1	Describir el suicidio como problema de salud pública, los mitos, factores de riesgo y protectores de la conducta suicida para identificar a los pacientes con ideación suicida por el personal de enfermería de Atención Primaria (AP)	8
4.2	Identificar estrategias para el manejo de la conducta suicida en la consulta de enfermería en AP	15
5	DISCUSION	20
6	CONCLUSIONES TFG.....	23
7	REFLEXIONES Y APORTACIÓN PERSONAL	25
8	BIBLIOGRAFÍA.....	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Términos Decs y Mesh	3
Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión	4
Tabla 3: Guías de prevención de la conducta suicida	5
Tabla 4: Libros y web consultados	5
Tabla 5: Resultados antes y después de los filtros	6
Tabla 6: Clasificación de los artículos en relación a los objetivos.....	7

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Conceptualización. Nomenclatura sobre conducta suicida.....	29
Anexo 2: Disminución suicidios después de la aplicación del programa	30
Anexo 3: Suicidio por edad y sexo en el año 2013 en España.....	31
Anexo 4: Relación suicidio-muertes por accidentes de tráfico CAPV	31
Anexo 5: Número de suicidios en la CAPV en 2014	32
Anexo 6: Defunciones por suicidio en la CAPV (2007-2014).....	32
Anexo 7: Tarjeta corta-fuegos.....	33
Anexo 8: Pautas de protección	34
Anexo 9: Escala de Beck	35
Anexo 10: Manejo de la conducta suicida en atención primaria.....	36
Anexo 11: Mitos sobre el suicido	37
Anexo 12: Recursos de ayuda en caso de emergencia contacta con:	39

1 INTRODUCCIÓN

Ya en el año 1969 la OMS publicó el primer documento en torno a la prevención del suicidio llamando la atención de las autoridades sanitarias sobre la importancia de este problema y las posibilidades de desarrollar una labor preventiva.

Dicho documento comenzaba con la siguiente afirmación: *“La prevención del suicidio es una función importante encuadrada en el campo de la salud pública.”*(1)

En 1999 la OMS lanzó el programa SUPRE (Suicide Prevention/Prevención del suicidio) y desde el 2000 ha venido editando valiosas guías de prevención del suicidio en todos sus ámbitos: sanitario, escolar, penitenciario, etc.

La OMS en su objetivo de concienciar acerca del suicidio como un verdadero problema de salud pública en 2014 elaboró un informe “Preventing suicide: a global imperative” sobre el suicidio en el mundo resultado de un estudio ejecutado durante los años 2000-2013. En este estudio se agruparon, datos de un total de 172 países en el cual se estima que en el año 2012 se produjeron unas 804.000 muertes por suicidio en todo el mundo, lo que supone una tasa anual de 11,4 muertes por cada 100.000 habitantes. Por cada mujer que se suicida 4 hombres mueren por la misma causa pero por cada hombre que intenta suicidarse 4 mujeres hacen la tentativa.

En los países asiáticos esta tendencia se invierte y mueren más mujeres que hombres a causa del suicidio. Rusia y algunos de sus países orbita tienen los índices más elevados. En la mayoría de los países las tasas de los suicidios aumentan con edad. El índice de suicidios más elevado se produce en personas mayores de 65 años llegando a cifras 4 veces más altas que las de adolescentes.

Según este informe el suicidio está entre las 3 primeras causas mundiales de muerte en personas entre los 15 y 44 años y es la segunda causa de muerte de jóvenes y adolescentes entre los 15 y los 19 años. Además según estimaciones de la OMS habría que multiplicar por 20 las cifras de suicidios para obtener el número de intentos y se calcula que cada suicidio tiene un serio impacto sobre al menos 6 personas y que en el caso de jóvenes, este impacto es mucho mayor. Se trata pues de un problema que produce no solo muertes, sino graves consecuencias físicas y emocionales derivadas de los intentos autolíticos. (2)

Fruto de esto se consideró al suicidio y a las tentativas como uno de los problemas más graves de salud pública y la OMS recomendaba a todos sus estados miembros que se tratase de forma prioritaria para reducir sus tasas. (3)(4)

Los últimos datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) reflejan que en el año 2013 se suicidaron en España un total de 3.870 personas (más de 10 al día). De los cuales 2911 (75,22%) fueron varones y 959 (24,78%) mujeres. Por lo que se

produce una tasa media-baja de suicidio de 8,3 por cada 100.000 habitantes. Los datos también reflejan que por cada adulto que se ha suicidado otros 20 lo han intentado y aunque son las mujeres las que más tentativas de suicidio cometen, son los hombres (15 frente a 8) los que encabezan el índice de fallecimientos por esta causa.(5) Los datos son alarmantes, más si tenemos en cuenta que estos datos pueden estar subestimados, debido a la dificultad para registrar las causas finales de los fallecimientos en algunos casos. Ver: Anexo 3.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), según los datos publicados en el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT), en el año 2014, 186 personas fallecieron como consecuencia de suicidio. 1 defunción cada dos días. De los cuales 123 eran hombres y 63 mujeres lo que arroja una tasa de 8,3/100.000 habitantes. El suicidio es la primera causa de muerte externa (no debida a causas naturales o enfermedad) en la CAPV por delante de los accidentes de tráfico y ha provocado en los últimos 10 años más de 1500 muertes en nuestra Comunidad. (6)(7)

El suicidio es considerado un fenómeno social, multifactorial y complejo para el que no hay una única causa o impulso. Se suele producir como resultado de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales y cuyo nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores de riesgo presentes y ausencia de los protectores. (8)

Debido a la magnitud del problema la prevención del suicidio se ha contemplado dentro de uno de los objetivos de la estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) y se están elaborando una serie de planes y programas de prevención de la conducta suicida. Independientemente de los modelos concretos la evidencia científica en materia de prevención de la conducta suicida arroja una serie de recomendaciones a seguir. Entre ellas se encuentran la restricción a medios letales y la de concienciar a los profesionales sanitarios y mejorar la formación de los profesionales de atención primaria para detectar conductas de ideación suicida entre otras. Los profesionales de AP ocupan un lugar estratégico para detectar los factores de riesgo de suicidio por su contacto y profundo conocimiento acerca de los problemas de la comunidad en la que desarrollan su labor y gozan además del reconocimiento y aceptación por parte de la población como expertos de la salud.

Motivada por las preocupantes cifras que justifican que realmente se trata de un problema de salud pública y que durante mis prácticas conocí los casos de tres pacientes de 16, 19 y 76 años con intentos autolíticos de diferente gravedad que me impactaron enormemente, queriendo que de alguna manera este trabajo aportará valor a mis estudios de enfermería, decidí realizar este trabajo.

2 OBJETIVOS

- Describir el suicidio como problema de salud pública, los mitos, factores de riesgo y protectores de la conducta suicida para identificar a los pacientes con ideación suicida por el personal de enfermería de AP.
- Identificar estrategias para el manejo de la conducta suicida en la consulta de enfermería en AP.

3 METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos se ha optado por realizar una revisión narrativa. Con la finalidad de documentarme en la temática, tuve la oportunidad de asistir a un Curso de Verano de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) en Agosto de 2015, titulado “Prevención del suicidio” e impartido por Jesús Guerra Plaza profesor titular de psicología en la UPV/EHU. Esta formación la pude complementar con el curso titulado Prevención del suicidio: protocolos de actuación para ámbitos sociales, educativos y sanitarios ofertado por la UPV/EHU en formato on-line.

En la revisión narrativa se han empleado los términos MESH, DECS y diferentes criterios de inclusión y de exclusión.

DECS	MESH
<ul style="list-style-type: none">- Ideación Suicida- Suicidio- Planes de prevención- Atención Primaria- Enfermería	<ul style="list-style-type: none">- Suicide Attempted- Primary Health Care- Nursing care

Tabla 1: Términos Decs y Mesh. Elaboración propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de los operadores booleanos "AND", "OR" - Artículos en castellano e inglés. - Artículos que recogiesen el rol de enfermería de AP en la prevención de la conducta suicida. - Artículos que se centrasen en la prevención de la conducta suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artículos que no tuviesen el texto completo. - Artículos publicados antes del año 2000.

Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión. Elaboración propia.

Los datos cuantitativos referidos a la incidencia del trastorno, se han extraído del INE, y del EUSTAT junto con los manejados por la propia OMS. Se han consultado diferentes guías de práctica clínica, protocolos y actuaciones publicados por diferentes Comunidades Autónomas. Así mismo, se ha considerado la inclusión de una guía de buenas prácticas de enfermería publicada en Canadá y que está disponible en castellano gracias a la traducción realizada por la Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en enfermería, investén-isciii, Instituto de Salud Carlos III.

DOCUMENTO	PUBLICADO POR
<ul style="list-style-type: none"> - Prevención del suicidio. Un imperativo global. - Instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. - Prevención del suicidio.OMS 1969. 	Organización Mundial de la Salud. (OMS)
<ul style="list-style-type: none"> - Recomendaciones sobre la detección, prevención e Intervención de la conducta suicida. 	Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
<ul style="list-style-type: none"> - Prevención y actuación ante conductas suicidas. 	Gobierno de Navarra.
<ul style="list-style-type: none"> - Guía de Práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 	Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad.
<ul style="list-style-type: none"> - Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. Abordaje del suicidio en Atención Primaria. 	Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias.
<ul style="list-style-type: none"> - Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales. 	Salud Madrid. Comunidad de Madrid.
<ul style="list-style-type: none"> - Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. 	Asociación Profesional de Enfermeras de Oronto. (RNAO). Canadá.

Tabla 3: Guías de prevención de la conducta suicida. Elaboración propia.

Se ha consultado un documento publicado por la OMS sobre prevención del suicidio del año 1969, lo que demuestra el histórico interés de la organización por este tema. Los resultados de la búsqueda se han completado con la consulta de manuales sobre la prevención del suicidio y el acceso a la página web de la Fundación de Salud Mental de España cuyo director Andoni Anseán fue uno de ponentes del Curso de Verano.

LIBROS	<ul style="list-style-type: none"> - Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida. - Prevención del suicidio. Consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias.
PÁGINA WEB	<ul style="list-style-type: none"> - http://www.fsme.es/ (Fundación salud mental española) - http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osapa_salud_mental/es_suicidio/adjuntos/informacion_suicidio.pdf

Tabla 4: Libros y web consultados. Elaboración propia.

4 RESULTADOS

Después de realizar la búsqueda se han obtenido los siguientes resultados.

FUENTES	BÚSQUEDA CON MESH/DECS	RESULTADOS ANTES Y DESPUÉS DE LOS FILTROS	SELECCIONADOS
BVS	Conducta Suicida "AND" Prevención	255/7	2
Scielo	Ideación suicida "AND" evaluación	16/5	2
Pubmed	Suicide "OR" Suicide Attempted "AND" Emploiment	336/81	4
Dialnet	Suicidio "AND" Seguimiento	15/6	1
	Suicidio "AND" economía	23/4	1
OMS			3
ENCORE. Biblioteca universitaria.	Conducta Suicida "AND" Prevención	1611/5	1
Curso de verano y online de la upv			2
Medline	Prevención "AND" Suicidio	86/6	2
Osakidetza			2
Cochrane plus	Intervenciones "AND" riesgo suicida	5	2
	Tasa desempleo "AND" Tasa de suicidios	2	1

Tabla 5: Resultados antes y después de los filtros. Elaboración propia.

Fuentes	Nº	Documentos	Objetivo 1	Objetivo 2
BVS	2	Prevención de la conducta suicida en la APS	✓	✓
		Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores	✓	✓
Scielo	2	Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas	✓	✓
		El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis	✓	
Pubmed	4	Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010-2011)	✓	
		Rising suicide among adults aged 40-64 years; the role of job and financial circumstances.	✓	
		Facing a Patient Who Seeks Help After a Suicide Attempt The Difficulties of Health Professionals	✓	
		Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature.	✓	
Dialnet	2	Variables socioeconómicas asociadas al suicidio	✓	
		Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año		✓
OMS	3	Prevención del suicidio. Un imperativo global.	✓	✓
		Instrumento para trabajadores de atención primaria de salud.		✓
		Prevención del suicidio.OMS 1969.	✓	
ENCORE	1	Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España.	✓	✓
Curso de verano y online de la upv	2	Prevención, tratamiento y rehabilitación de la conducta suicida.		✓
		Prevención de la conducta suicida. Red de Salud Mental de Gipuzkoa.	✓	✓
Medline	2	Satisfacción y utilidad percibidas por pacientes y familiares acerca de la información sobre prevención de suicidio.		✓
		Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona		✓
Osakidetza	2	Información suicidio	✓	✓
		Programa piloto de prevención de suicidio en Gipuzkoa, Modelo EAAD		✓
Cochrane plus	3	Intervenciones para la atención primaria del suicidio en la universidad y otros ámbitos de educación superior.		✓
		Intervenciones para el daño autoinfligido en niños y adolescentes.		✓
		La tasa de desempleo se asocia a la tasa de suicidios en hombres en edad de trabajar en Europa. En las mujeres no está tan claro.	✓	

Tabla 6: Clasificación de los artículos en relación a los objetivos. Elaboración propia.

4.1 Describir el suicidio como problema de salud pública, los mitos, factores de riesgo y protectores de la conducta suicida para identificar a los pacientes con ideación suicida por el personal de enfermería de Atención Primaria (AP)

Todas las guías, protocolos y manuales consultados se coincide en describir el suicidio como un problema de salud pública. (1) (4) (6) (9) (10) (11) (12) (13) (14)

En la actualidad, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones. (2)

También en dos de ellas señalan que las cifras suelen mantener una continuidad en el número de casos totales de suicidios consumados. (6)(9) En la CAPV las estadísticas disponibles sobre el suicidio (EUSTAT) muestran una cierta estabilidad en las cifras durante la última década y unas tasas de suicidio que se encuentran cercanas a la media del estado español. (5)(7)

En cuanto a la necesidad de formar a los profesionales de AP para identificar y poner en práctica actividades de prevención de la conducta suicida, en siete de los documentos refieren que una forma efectiva de reducir las tasas de suicidio sería mejorando la capacidad del personal de AP, para reconocer los trastornos mentales. (2)(4)(10)(11)(12)(15)(16)

En cuatro de los estudios obtenidos se recoge que el 80% de los pacientes que se han suicidado habían expresado sus ideas de suicidio previamente y cerca del 66% lo había hecho en el mes previo al suicidio. El 75% había visitado a su médico de AP el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior, mientras que sólo una de cada tres lo ha hecho con su servicio de salud mental en el año anterior y uno de cada cinco en el mes anterior. (4)(16)(17)(18)

En la Guía publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (MSSSI) apunta que una forma efectiva de reducir las tasas de suicidio es mejorar la capacidad de los médicos de atención primaria en reconocer y tratar los trastornos mentales además de identificar factores de riesgo y protectores de los pacientes, (10) pero en el mismo, no se hace ninguna mención al rol de la enfermera de AP. Es en la Guía publicada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y en la Guía "Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida" Publicada por la asociación profesional de enfermeras de Oronto (Canadá) aparece la formación al personal de enfermería como una de las medida eficaces para reducir la conducta suicida. (15) En el Manual publicado por la Fundación de Salud Mental de España, se dedica un epígrafe completo a describir el papel de enfermería en AP de Salud, en el que destaca: "*Es necesario proporcionar a las enfermeras de atención*

primaria el conocimiento suficiente, oportuno y adecuado sobre las características principales del suicidio como problema de salud pública; sobre los indicadores suicidas, que son todas aquellas conductas o ideas que hacen probable la próxima ocurrencia de un comportamiento suicida, y sobre las orientaciones fundamentales para la intervención preventiva en los usuarios y sus familias". (9)

La Asociación de Enfermeras de Oronto (Canadá) señala dos recomendaciones con respecto a la formación del personal de enfermería:

- Las enfermeras que trabajan con personas en riesgo de suicidio deben tener el conocimiento y las habilidades adquiridas mediante el currículo básico de enfermería, oportunidades de desarrollo profesional continuado mediante la formación y orientación para los nuevos puestos de trabajo.
- El currículo de enfermería debe tener contenido en salud mental, incluyendo la reducción y prevención del riesgo de suicidio, de una manera sistemática para promover las competencias claves en la práctica de la salud mental.(12)

En una encuesta ideada para conocer el nivel de información sobre aspectos del suicidio y su competencia que se aplicó a un grupo de enfermeras del policlínico docente "Reina" de la facultad de Ciencias Médicas de la Habana Calixto García, la Comisión de Salud Mental Municipal detectó insuficiencias en sus conocimientos y habilidades que podría estar determinado porque este tema no es abordado en los planes de estudio de las enfermeras generales y muy poco en su educación postgraduada a pesar de las exigencias de la situación de salud actual y de las nuevas responsabilidades que impone a este personal la estrategia de atención primaria.(19)

La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y adultos. Se estima que para el año 2020, basándose en la tendencia actual aprox. 1,53 millones de personas morirán de suicidio en ese año.(3)La ideación suicida con el cuadro Depresivo, o Depresivo asociado a Bipolaridad, Ansiedad y Trastornos Alimenticios es mayor en relación a personas sin ninguna de estas patologías. (20)

Aunque hay otras enfermedades mentales como el trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, etc., en los que pueden tener lugar conductas suicidas, nos centraremos en la depresión como factor de riesgo individual más importante. Se calcula que una de cada dos personas que consuman el suicidio padece un trastorno depresivo siendo considerado el factor de riesgo suicida más determinante. El trastorno depresivo mayor puede llegar a aumentar 20 veces el riesgo de suicidio, en especial, al inicio y al final del episodio depresivo ya que en la fase de estado, el enlentecimiento psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción. (18)

En el estudio "Perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa" se realizó el análisis de 136 tentativas de suicidio realizadas por 118 pacientes, 10 personas volvieron a realizar un intento autolítico y 3 personas lo intentaron en dos ocasiones o más. El 68,4% de los pacientes tenían historia en la atención especializada de salud mental porcentaje que ascendía al 73,5% en el caso de añadir los que habían acudido alguna vez a un psicólogo o psiquiatra fuera de la atención especializada. (21)

La OMS estima que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión. Esta relación se manifiesta más en la edad avanzada. Por otra parte, el comportamiento suicida en el anciano podría incluir comportamientos autoagresivos indirectos tales como el rechazo de alimentos o la falta de adherencia al tratamiento, actos que, en ocasiones, se han llegado a denominar "suicidio silencioso". (9)

En todas las guías consultadas se recogen los factores de riesgo y los factores protectores asociados a la conducta suicida aunque los desarrollan de diferentes maneras. En la Guía "Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida" publicada por la Junta de Andalucía la distribución de la población de riesgo la divide en tres categorías edad, problemas clínicos y factores sociales y medioambientales.

Se observa igualmente que en las "Guía de Práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida" publicada por el MSSSI, en la de "Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida" publicada por la asociación de enfermeras de Oronto en Canadá y en la publicada por el gobierno de Navarra "Prevención y actuación ante conductas suicidas en la de Navarra" se recoge los factores de riesgo como individual, contextual y familiares y clínicos. En esta última guía no recoge el abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas como sustancias que ejercen un papel muy significativo no solo como factor de riesgo sino como factor precipitante destacar que en las demás y desde la OMS se hace énfasis en estos factores.

El alcohol por su capacidad para favorecer la desinhibición como para alterar la capacidad de juicio incrementa el riesgo suicida tanto en alcohólicos como en no alcohólicos. De hecho, el abuso de alcohol se ha asociado al suicidio tanto como un factor de riesgo como un factor precipitante (10). Es decir, que el alcohol se encuentra presente tanto en individuos adictos como no. En el estudio "Acute alcohol use and suicidal behavior .A review of the literature. Alcoholism: Clinical&Experimental" investigaron la relación entre la conducta suicida y el consumo de alcohol a través de 53 estudios y más de 10.000 sujetos, los cuales dieron positivo en alcohol en sangre

entre un 10% y un 60% en el caso de los suicidios consumados entre el 10% y el 73% en el caso de los suicidios. (22)

En cuanto a los problemas clínicos, la OMS en el documento titulado prevención del suicidio desde AP, refleja que dentro de este tipo de enfermedades existen dos grupos:

A) Enfermedades como la epilepsia que puede verse acompañada de un aumento en la impulsividad, agresividad y discapacidad crónica. Y lesiones medulares y accidentes cerebrovasculares los cuales a mayor seriedad de la lesión, mayor es el riesgo de suicidio.

B) Enfermedades como el cáncer, el SIDA y las alteraciones crónicas y/o terminales que en definitiva son las patologías limitantes y dolorosas que afectan a la calidad de vida de las personas. (2)(15)

La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando se trata de personas de edad avanzada. Parece ser que las personas en las que el dolor no está bien controlado son aquellas que expresan su deseo de morir y finalmente consuman el suicidio frente a los que parecen enfermedades físicas.(9)

La adolescencia y la edad avanzada son los grupos que estadísticamente presentan un mayor riesgo. Entre ellos, son los ancianos los que presentan tasas de suicidio mayores debido a que utilizan métodos más letales. En cuanto al sexo en la mayor parte donde se ha estudiado el fenómeno del suicidio, a excepción de china, las tasas de suicidio consumado en hombres es de 2-4 veces mayor que en mujeres. Por el contrario, la tasa de intentos de suicidio es entre 3-4 veces mayor en mujeres que en hombres. En cuanto al método, a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres. (3)(5)(7)

Los intentos previos de suicidio aparecen en todas las guías como un factor de riesgo muy importante asociado a la conducta suicida. Historias previas de intentos de suicidio predicen con claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado. En el artículo "Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España" realizado por una revisión sistemática de con 21.385 sujetos, se estimó que las personas con antecedentes de conductas autolesivas tienen casi 25 veces más posibilidades de morir por suicidio que la población general. Aproximadamente, entre 1-6% de los pacientes que ingresan por una tentativa de suicidio fallecen por este el año posterior. (18)

La conducta suicida es más habitual en personas que carecen de una red social de apoyo así como en solteros, divorciados, viudos (en especial en los primeros meses de la pérdida) y personas que viven solas. Esta circunstancia parece afectar más a los hombres que a las mujeres. También los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida. (18)

En el artículo “Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores” se enumeran los factores psicológicos que se evidencian con mayor frecuencia como son: la depresión, autovaloración inadecuada, necesidades insatisfechas, ansiedad, conflictos y duelo. Factores macrosociales: insatisfacción en actividades cotidianas, pérdida de seres queridos, aislamiento e inactividad. (23)

Aunque el riesgo de suicidio guarda relación con el número de factores de riesgo presentes, éstos no inciden de la misma manera en todas las personas, lo que sugiere, que son los factores protectores los que regulan dicho riesgo.

En seis de las siete guías estudiadas aparecen por un lado los factores protectores personales o propias del individuo como por ejemplo: (concepto del valor de la propia vida, alta autoestima, habilidades sociales y manejo de la ira, hábitos de vida saludables, cuidado y búsqueda de la salud mental y somática, actitudes y valores positivos (estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia.

Y, por otro, los factores sociales y del propio entorno como por ejemplo: la integración y participación social, existencia de una red de apoyo social y familiar, accesibilidad a los dispositivos de salud, la convivencia en pareja y la presencia de hijos (sobre todo en mujeres, restricción a medios letales, adoptar valores culturales y tradicionales, poseer creencias y prácticas religiosas). Uno de los estudios sugiere que las mujeres de mediana edad con una vida social sólida se enfrentan a un riesgo de suicidio significativamente más bajo que las que viven en un aislamiento relativo. Lo cual no implica únicamente disfrutar de las amistades, sino también estar involucrado con gente de la comunidad fuera de la familia inmediata, a través de actividades relacionadas con el asociacionismo o profesar una religión.(24)

Existen circunstancias en la vida denominadas precipitantes, que pueden provocar un grado de estrés muy intenso en las personas. Estos factores precipitantes provocan que un factor de riesgo cristalice en un suicidio, pasando la persona de una ideación suicida a un acto suicida.

Algunos ejemplos de factores que pueden actuar como precipitantes:

- Discusión y/o ruptura con una persona importante o con un ser amado.
- Perder a un familiar o amigo por fallecimiento, divorcio (no solamente el propio sino el de los padres), mudanza...

- El suicidio de un familiar, de un amigo o de un personaje público.
- Abuso de alcohol o de otras sustancias.
- El agravamiento de una enfermedad mental o somática.
- Experimentar un acontecimiento vital traumático, como abuso, acoso o violencia.
- Pérdida de status social y económico (paro), o episodio vivido como de pérdida del respeto por parte de los demás (10)

En la mayoría de los casos las personas antes de intentar suicidarse, muestran una serie de señales de advertencia que podrían hacer posible la detección del acto suicida.(17)En las guías seleccionadas no se ha encontrado ninguna referencia a las señales de alerta verbales: hablar abiertamente sobre el suicidio, cómo es, qué se siente (por ejemplo: “creo que voy a acabar con todo”, “estoy llegando a mi límite y creo que nada merece la pena”, “no veo ningún futuro”). Hablar sobre las diferentes formas de suicidarse y manifestar el deseo de reunirse con alguna persona fallecida. Autocalificaciones negativas y expresiones de culpabilidad, etc. Ni a las señales de alerta no verbales: desprenderse de posesiones valiosas; depresión, apatía, dejadez descuidar el aseo, y el aspecto personal, cansancio y pérdida de energía prácticamente a diario, cambios de humor brusco, irritabilidad, inquietud, agitación, insatisfacción por todo, falta de control, estrés intenso, escribir notas, poemas o dibujos sobre la muerte, conductas destructivas, psicopáticas, dejar los asuntos personales en orden para un futuro, etc. En uno de los artículos, prevención de la conducta suicida en la AP de Salud apunta que los signos más fuertes e inquietantes son los verbales y recoge un listado de señales de peligro suicida detectables a través del empleo de técnicas sencillas para el diagnóstico como puede ser la observación (directa e indirecta), la entrevista, el cuestionario.(25)

De los resultados obtenidos, en el libro (Prevención del suicidio. Consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias escrito por el profesor Jesús Guerra Plaza, Mikel Haramburu y Sergio Pérez-Barrero editado por la UPV/EHU y en el artículo (Prevención de la conducta suicida en la AP de Salud) se hace mención a los mitos existentes en torno al suicidio. Ver anexo 10. En el libro se incluye este epígrafe ya que los mitos y el estigma que existe en torno al suicidio tienden a influir en las personas como criterios socialmente aceptados aunque se traten de creencias erróneas. También sugiere que mediante estos mitos se suele intentar justificar determinadas actitudes de quienes la sustentan y su conocimiento e información contribuyen y son necesarios para una adecuada valoración. (17)(25)

Desde el 2003, cada 10 de septiembre se celebra el Día Mundial de la Prevención del Suicidio. La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) y la OMS

promocionan este día. “Prevenir el Suicidio: Tender la mano y salvar vidas” fue el lema para el año 2015.

La OMS en el informe “Prevención del suicidio. Un imperativo global” si se hace mención de la celebración de este día con el propósito de concienciar a todo el mundo de que el suicidio se puede prevenir. En el resto de guías no aparece ninguna alusión a la conmemoración de este día.(3)

4.2 Identificar estrategias para el manejo de la conducta suicida en la consulta de enfermería en AP

En tres de los estudios “Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes”, “Prevención, tratamiento, y rehabilitación de la conducta suicida”, y en la “Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España” en estos artículos consultados se recoge que el 80% de los pacientes que se han suicidado habían expresado sus ideas de suicidio previamente y cerca del 66% lo había hecho en el mes previo al suicidio. El 45% había visitado a su médico de AP, de aquí, la importancia de la intervención preventivo-educativa por parte de profesionales de la salud en general. (16)(17)(18)

Únicamente en dos de los documentos consultados, el Manual de suicidios escrito por Andoni Anséam y en la Guía canadiense “Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida” se proporciona una serie de recomendaciones destinadas al personal de enfermería relacionadas con la valoración y el manejo de las personas en riesgo de ideación y comportamiento suicida.

En este sentido, son dos las herramientas básicas que se sugieren como apoyo o complemento al juicio clínico que son la entrevista clínica y las escalas de evaluación para realizar una estimación del riesgo suicida del paciente. Ver Anexo 9. (4)(12)

En el documento de la OMS aparecen publicadas directrices para los profesionales de AP en general en cuanto a la forma y el contenido a tener en cuenta en una valoración integral de la persona.

En la misma se aconseja este tipo de preguntas después de que se ha establecido una relación de empatía y se ha establecido un vínculo de confianza en el que la persona se siente comprendida.

Así, para establecer un clima de confianza que es fundamental para este trabajo, la primera actuación irá encaminada a conseguir un sitio tranquilo y con razonable privacidad brindando el tiempo necesario para que se desahogue escuchándolo atentamente, con calma, seguridad y respeto la entrevista. No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta y realizar preguntas abiertas, comentarios de apertura y pies de conversación amplios. ¿Cómo le va el día a día?, ¿Me gustaría saber más acerca de... Prestar atención tanto a lo que la persona dice como a lo que no (expresión, gestos, tono de voz, etc.) y compartir observaciones. “se le ve molesto”, “hoy se le ve tenso”...Repetir lo que la persona dice permite al paciente escuchar lo que dice con el objetivo de mantener al paciente enfocado en el tema. En definitiva, trasladar que nuestra experiencia y conocimientos están dispuestos para ayudar.

En cuanto al ¿Qué preguntar? Si sospechamos de la existencia de un plan suicida o de que metas se ha fijado la persona, podríamos realizar preguntas como: ¿Alguna

vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría? ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? ¿Ha decidido cuando lo va realizar? (2)

Durante la entrevista, además de realizarse una evaluación a través del proceso enfermero, deben recogerse variables sociodemográficas y aquellos factores de riesgo y de protección que permitan un abordaje integral del riesgo suicida. (26) En la planificación del cuidado, la enfermera tendrá en cuenta el bienestar, considerando los determinantes de la salud, incluyendo los factores sociales y culturales. Es importante potenciar las fortalezas internas y la autoestima y el desarrollo del afrontamiento emocional y las habilidades de la vida necesaria para el manejo del stress. (12)

En todas las guías y protocolos consultados se insiste en la significativa asociación entre el suicidio y la enfermedad mental y de la importancia de la valoración de la conducta suicida. También en todas recomiendan la recogida de datos específicos de factores de riesgo y factores de protección. La OMS en su manual diferencia entre pacientes de bajo, medio y alto riesgo y las acciones necesarias para llevar a cabo (2) En la Guía de práctica clínica española, la Guía publicada por la Junta de Andalucía “Recomendaciones sobre la detección, prevención e Intervención de la conducta suicida” y en la Guía Prevención y actuación ante conductas suicidas de Navarra además se recogen resumida los criterios de derivación y los circuitos sanitarios a seguir según el nivel de riesgo de cada paciente.(4)(10)(15) Esta última además reúne flujos de coordinación entre los dispositivos de Salud, Educación y Servicios sociales. Ver anexo 10.

El diagnóstico precoz en pacientes con depresión e ideación suicida es la mejor herramienta para la prevención del acto suicida, para lo cual será necesaria una adecuada valoración de enfermería con la que planificar los cuidados, que entre otras intervenciones se dirigen al establecimiento de medidas de prevención oportunas.

El aumento del insomnio, la dejadez del cuidado personal y el aumento del deterioro cognitivo son tres síntomas relacionados con la depresión y vinculados con el suicidio a los que la enfermera tiene la responsabilidad de prestar atención. (27)

En cuanto a las actividades y estrategias utilizadas por enfermería para un afrontamiento eficaz ante la ideación suicida, en uno de los artículos se recoge que el afrontamiento de este problema multicausal no sólo se logra con la atención de los profesionales de la salud, sino con la integración de los sectores sociales, la familia y la comunidad.(28)

En esos momentos difíciles existen una serie de factores sociales y personales que reducen la probabilidad del brote de los pensamientos e ideaciones suicidas.

Pero ¿cómo se podría promover y reforzar un cambio de conducta que le proteja en esos momentos difíciles?

En la guía de autoayuda: “Prevención del suicidio ¿Qué se puede hacer?” Se recoge que hay que ayudar y guiar a la persona a que encauce su vida para recuperar el control y sentirla más placentera desarrollando rutinas y dedicando tiempo a las aficiones y pasatiempos. Puede contribuir el hecho de escribirlas y ponerlas en lugar visible y sin ser muy autoexigible empezar por dedicarles una media hora al día todo los días. De esta manera se irá recuperando gradualmente el gusto de recuperar las aficiones. En la “Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales” publicada por el Servicio de Salud Madrileño se centran en guiar a la persona en la construcción y/o mantenimiento de un sistema de apoyo. Se trata de buscar al menos una persona en la que confíe y pueda transmitirle sus pensamientos con total sinceridad. Una persona que conoce su problema, que puede ayudarle en los momentos de riesgo reflexionando sobre las circunstancias que le han llevado a esos pensamientos o esos actos. (13)(14)

De estas dos guías publicadas por el servicio de salud de Madrid se han entresacado dos tareas que están encaminadas a mitigar dos conductas que alimentan la conducta suicida: la indolencia y el aislamiento.

Una herramienta de ayuda es la construcción de un kit de la esperanza. Un kit en el que de manera creativa se puede incluir fotografías, cartas y recuerdos que tengan un significado positivo para la persona. Por ejemplo: (un juguete infantil, versos de una canción que le hacían sentirse bien, fotogramas de una película etc.). Destacar, que la propia creación de este kit de la esperanza puede ser en sí misma una experiencia positiva para descubrir razones olvidadas por las que merece la pena seguir viviendo. También se podría incluir una lista de razones por las que merece la pena vivir. ¿Qué cosas le ilusionan? ¿Para quién es importante que siga con vida? ¿Qué cosas despiertan su interés? etc.

El segundo instrumento que recoge para reducir el riesgo de cometer un intento suicida es elaborar un plan de seguridad Este plan para cada persona será diferente pero hay ciertos pasos que serán comunes a todas las personas. (13)Diseñar una tarjeta “corta-fuegos” esta tarjeta deberá estar visible y al alcance de la mano sobre todo en momentos de mayor riesgo para la persona. Ver “Anexo 7” y establecer unas pautas de protección Ver Anexo 8.

Siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud la prevención del suicidio ha sido incluida en el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020.Objetivo 2.10 Enfermedad-mental. Acciones 2.10.1: protocolizar medidas para la prevención del suicidio a nivel comunitario en personas con diagnóstico de

enfermedad mental y/o factores de riesgo teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Integrado en la European Alliance Against Depression (EEAD)¹, el programa de Guipúzcoa es un programa de prevención de la conducta suicida desarrollado en una primera fase durante 2013 y parte del 2014 en dos áreas de salud (concretamente en 'Organizaciones Sanitarias Integradas' -OSI-) de Guipúzcoa: la OSI Bajo Deba (80.000 habitantes, un hospital comarcal y un centro de salud mental), la OSI Goierri Alto Urola (95.000 habitantes, un hospital comarcal y tres centros de salud mental).

En estos programas de la EAAD, se organiza la intervención en cuatro niveles:

1. Población general: Se realizó una campaña de información general y sensibilización sobre la Depresión, con difusión de material informativo y apariciones en los medios de comunicación locales.
2. Facilitadores sociales: Formación en Primeros Auxilios Psicológicos. Se realizaron 3 talleres de 5 horas a los que acudieron 72 profesionales que trabajan en la comunidad, incluyendo educadores, trabajadores sociales, policías, farmacéuticos, etc.
3. Medios de comunicación: Talleres-coloquio de sensibilización y discusión de casos prácticos. Difusión de materiales con las recomendaciones de la OMS. Se realizaron 3 talleres a los que acudieron un total de 75 profesionales en activo y estudiantes de último curso de grado.
4. Sistema sanitario: Mejora de la detección, intervención y seguimiento de los pacientes tras la realización de un intento de suicidio. En concreto:

A nivel de intervención sanitaria urgente (2 hospitales comarcales sin psiquiatra de guardia):

Se realizaron sesiones de 3 horas de formación a profesionales de AP que trabajan en urgencias.

Se diseñaron protocolos de derivación entre los servicios de urgencias y los centros de salud mental, con consulta preferente en éstos en menos de 10 días.

¹ El proyecto EEAD constituye una de las iniciativas de mayor alcance e impacto en la prevención del suicidio en Europa hoy día. Tiene su origen en la "Alianza de Núremberg contra la depresión", un programa multinivel de prevención del suicidio que demostró una reducción en la conducta suicida poblacional del 24% en dos años. Ver anexo. Esta experiencia sirvió como modelo y base para la creación de la Alianza Europea contra la Depresión, financiada en sus primeros años por la Comisión Europea. El programa se caracteriza por la combinación de intervenciones en 4 niveles diferentes de actuación:

- a) Formación de los profesionales sanitarios para mejorar su capacidad de detección y abordaje de la depresión.
- b) Acciones de sensibilización y concienciación en la población en general
- c) Formación de agentes comunitarios en la detección y manejo del riesgo de suicidio.
- d) Sistemas de apoyo y seguimiento para las personas con alto riesgo de suicidio.

Desde Salud Mental (4 centros de salud mental): se implantó un registro de todas las tentativas y se diseñó un programa de seguimiento específico, con especial importancia de un Protocolo de Seguimiento Telefónico Breve a cargo del personal de enfermería.

En el programa finalmente se incluyeron 32 pacientes, de los que el 83% permanecían en seguimiento telefónico a los 3 meses y el 60% a los 6 meses. La intervención se asoció a una tasa de reintento de suicidio al año del 6%. Dicho valor se sitúa en el límite inferior del intervalo reflejado en la literatura para estudios similares (tasa de reintento 6-16% en otros estudios). El retraso medio en el intento fue de 120 días.

En el año 2014 se inició la segunda fase del proyecto que está en marcha en la actualidad. Incluye:

- Ensayo clínico para evaluar la eficacia de un Programa de Seguimiento Telefónico Breve para pacientes con historia reciente de intento de suicidio, a cargo de un equipo de enfermería (Call center sanitario). Basado en la experiencia previa del programa y desarrollado en 3 hospitales generales de la comunidad autónoma del País Vasco. Los resultados estarán disponibles a mediados de 2016.
- Ampliación del programa EAAD Guipúzcoa, con extensión a otras regiones sanitarias y mejora de las intervenciones.

De momento no existe ninguna publicación científica respecto a este programa. (29)

A nivel autonómico existen programas o protocolos en Cataluña (CodiRiscSuicidi), Navarra (Protocolo de Colaboración Institucional) o la comunidad de Madrid (Programa de Atención al Riesgo Suicida, ARSUIC).

El Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS), llevado a cabo en el distrito de la Dreta de Eixample de Barcelona en el año 2011, incluyó a 219 pacientes de los que 148 (67,5%) completaron el seguimiento al año. Se seleccionó un grupo de comparación de 180 pacientes, procedentes de otros distritos colindantes en los que no se realizaba el PPCS, 167 de los cuales completaron el seguimiento.

Los resultados obtenidos comparando ambos grupos las principales diferencias significativas fueron que los pacientes que entran en el PPCS consultaron más frecuentemente por ideas suicidas que el de comparación (36 % vs 25%), presentaron menos ingresos hospitalarios (6% vs 36%), repitieron menos tentativas suicidas al año de seguimiento (11% vs 32%) y el tiempo hasta la repetición fue mayor.

Conclusiones: La detección precoz de las ideas suicidas y la adherencia a la terapia post-tentativa, como se observa en los pacientes del PPCS, disminuye las recidivas. Se requieren nuevos estudios más prolongados que reduzcan también la mortalidad suicida. (30)

5 DISCUSION

Para poder prevenir el suicidio, es necesario conocer su magnitud. Debido a las discrepancias existentes entre las cifras de suicidios en estudios realizados con médicos forenses y las obtenidas a través del Instituto INE se ha decidido comprobar si los datos del INE coinciden o difieren con los registrados por los organismos encargados de la realización de autopsias médico-legales en España (Institutos de Medicina Legal [IML]).

Según el estudio *“Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal”(IML)* el número total de suicidios según el INE fue menor al obtenido directamente por los IML en todos los años. Con la cifra de suicidio registrado por provincia y año más alta, ya fuera de los IML o del INE, se obtuvo la cifra de casos de suicidio identificados (NSI) y que por algún motivo no quedaron registrados en una u otra entidad. Existen numerosas dificultades para medir la extensión real del problema. Según los resultados obtenidos, existe una discrepancia entre INE e IML sobre el número de suicidios en España sin que ninguna de las fuentes consultadas pueda considerarse más fiable. (31)

Analizando los datos del Anexo 4: relación suicidio-muertes por accidentes de tráfico (CAPV) se podría deducir que debido a la inversión en campañas de concienciación, carnet por puntos etc. se ha reducido las muertes por tráfico en un 60% en la última década.

El trabajo o el empleo es una de las áreas vinculadas a la realización personal, a la necesidad de ocuparse. Se podría pensar que si esta área esta deteriora mayor es la insatisfacción de la persona y podría actuar como factor de riesgo.

En el “Anexo 6” se puede observar la evolución en el número de casos de suicidio ocurrido en la CAPV en el periodo comprendido entre 2002-2014. La cifra más baja se da en el año 2010 con 131 casos y la más alta en el año 2002 con 187 casos, pero de todas maneras y a pesar de las variaciones, la cifra no fluctúa de manera significativa. En cuanto al impacto de la crisis económica en la CAPV, en relación a los datos publicados por el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, el periodo más crítico se dio entre los años 2008-2009. Cabría esperar que ese periodo se hubiese producido un repunte significativo. Sin embargo, como se puede observar en el Anexo 6 entre los años 2007-2009 la tasa de suicidios se mantiene estable. (7)

Sobre este último aspecto, se ha indagado sobre la repercusión de la crisis económica en el incremento de número de suicidios y como podría afectar en la necesidad que Virginia Henderson definió como la “Necesidad de ocuparse para realizarse”. Se partía

de la opinión que la crisis económica aumenta los casos de suicidio debido al abordaje de este tipo de noticias por parte de los medios de comunicación. Después de analizar datos y no en los titulares los resultados con los que me he encontrado son discrepantes. A nivel internacional se puede postular que: “a pesar de la opinión generalizada de que el desempleo aumenta la tasas de suicidio, los datos no son concluyentes”. (32)

En cuanto a España “los datos son discrepantes, existiendo estudios que postulan asociación entre crisis económica e incremento de número de suicidios y otros que contradicen dicha afirmación”. (33)

Por tanto, con los datos y estudios disponibles hasta hoy no se puede afirmar que exista una relación entre crisis económica y aumento de desempleo con el incremento de tasas de suicidio, pero tampoco se puede decir lo contrario.

No está tan claro que ambas variables estén directamente relacionadas, pero lo que sí se puede afirmar es que el incremento o decremento de las tasas de suicidio parece ser algo mucho más complejo en el que intervienen diversos factores como el nivel desarrollo económico, sanitario, laboral y sobre todo, su nivel de protección social.

La investigación más reciente que se he encontrado publicada en julio de 2014, no presenta datos sobre el número de suicidios sino sobre la prevalencia de la ideación suicida. Compara en dos intervalos (2001-2002 y 2011-2012) encuestas realizadas respecto a la ideación e intentos suicidas. Los autores concluyeron nuevamente que la crisis económica no ha influido en la prevalencia de la ideación suicida. (34)

Como queda reflejado en el comunicado emitido por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) se manifiesta públicamente que:

- 1) Las condiciones socioeconómicas desfavorables tienen consecuencias perjudiciales sobre la salud de las personas y las poblaciones.
- 2) Los efectos sobre la salud dependen del tipo de políticas económicas, sociales y laborales que se adopten.
- 3) Las crisis son también oportunidades para la necesaria reorientación de las políticas sociales incluidas las sanitarias. (35)

En ocasiones nos podemos encontrar que en el lenguaje de las familias oculta la fuerza del estigma social que se esconde en torno al suicidio con el objetivo de proteger a la persona y al entorno familiar de la repercusión social. En el estudio “El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis” se recoge la dificultad para referirse al acto suicida por su nombre, evitando utilizar el término intento de suicidio y sustituyéndolo en el relato por expresiones como: “*cuando hizo aquello*”, “*cuando tuvo el accidente*”. El artículo además destaca que junto a este estigma aparece un fuerte sentimiento de culpabilidad en el familiar, este se cuestiona

su propia responsabilidad en el acto suicida o en la no detección de las señales previas que podrían haberlo evitado. (36)

Con respecto a este estudio destacar que los familiares suelen persistir en la búsqueda de algo o alguien que les permita dar sentido al porqué de la experiencia vivida y reducir su sufrimiento. Esta búsqueda podría ser de lo más variada (psicólogos, psiquiatra, curandero, etc.) aquí también enfermería podría realizar una atención cuidadosa a las familias.

Aunque en los últimos años se ha avanzado en protocolos de actuación de la evaluación y del riesgo suicida pero en la actualidad no existe ningún mecanismo para la evaluación clínica. (37)

Resulta de gran importancia que el colectivo enfermero de Atención Primaria sea capaz de reconocer y responder a la presencia de los factores de riesgo de los pacientes que acuden a la consulta. Para esto se requiere formación previa, que dote de habilidades de evaluación, herramientas diagnósticas y competencias. (38)

No podemos olvidar que suele ser difícil detectar depresión mayor en pacientes con demencia debido a la pérdida de facultades para la expresión de la afectividad del paciente. Los síntomas que nos podríamos encontrar de forma más habitual serían: apariencia triste, agitación diurna, lentitud en el lenguaje, retraso psicomotor, pérdida de apetito, despertar temprano, variación diurna del humor, demanda excesiva de atención, auto agresiones, gritos con contenido depresivo. (39)

Es una buena estrategia recuperar actividades que en su día fueron placenteras, buscar la comodidad y el bienestar que suelen reportar en momentos en los que regresan los pensamientos negativos a la mente

Las escalas tienen una utilidad diagnóstica limitada, es en la entrevista clínica donde enfermería valorará la situación, y actuará en función su impresión diagnóstica. Luego en base a los antecedentes del paciente, factores de riesgo y factores protectores se interpretará lo que es normal para ese paciente.

Para el paciente el simple hecho de saber que alguien conoce su problema, y se preocupan por él le puede aliviar en esos instantes y no caer en el error de pensar que nadie le puede ayudar.

6 CONCLUSIONES TFG

- I. El suicidio es un grave problema de salud pública que cada año se cobra más de 800.00 muertes en el mundo. En los últimos 60 años, los suicidios han aumentado un 50% y su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados llegaría al 1,5 millones de personas.
- II. Las cifras del suicidio justifican por sí mismas la necesidad de realizar labores de investigación y de prevención desde diferentes ámbitos.
- III. No existe una causa única ni tampoco un grupo que esté libre de ello, personas con trastornos mentales, problemas sociales, económicos o amorosos pueden desarrollar ideaciones y conductas suicidas. Tanto países ricos y pobres se enfrentan a este problema de salud pública que en muchos casos se puede prevenir tal y como señala el informe de la OMS.
- IV. Reducir el acceso a los medios para suicidarse es eficaz para reducir las muertes por esta causa, las tentativas y las lesiones autoinfligidas.
- V. La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más importantes, complejas y difíciles a las que debe enfrentarse cualquier clínico. La conceptualización de la conducta suicida es compleja y multifactorial no existe ninguna prueba de cribado para el riesgo de suicidio que haya demostrado capacidad predictiva fiable.
- VI. La enfermera debe reconocer que las circunstancias particulares y las creencias erróneas (mitos) pueden plantear problemas para el establecimiento de una relación terapéutica. Por otra parte, los sentimientos propios de la enfermera hacia la muerte y el suicidio, influenciada por el estigma social que existe en torno a este problema que para muchas personas sigue siendo tabú puede suponer un obstáculo por sí mismo para establecer una adecuada relación terapéutica y realizar una correcta valoración enfermera. Conocer las creencias y representaciones de la persona con intentos de suicidio y su familia y la experiencia de su interacción con el sistema sanitario, puede ayudar a los profesionales de enfermería en la confrontación de sus propios pre-conceptos.
- VII. Actuar desde AP es primordial para aumentar la supervivencia de las personas en riesgo suicida. Se trata de ser capaces de detectar las ideaciones y factores de riesgo para poder derivar adecuadamente a los servicios a los servicios especializados de psiquiatría y psicología clínica.

- VIII. Tanto los factores de riesgo como los factores de protección deben anotarse como parte de la valoración de riesgo del paciente. El establecimiento de una relación terapéutica es fundamental para este trabajo. El mejor modo de disminuir el riesgo suicida en pacientes con un trastorno psiquiátrico latente sería tratar este, en este caso la depresión.
- IX. A pesar de los esfuerzos y medidas que se están realizando se necesitan más campañas de concienciación, información y prevención para superar el estigma y que por parte de las administraciones se le dé la importancia y relevancia a la prevención para reducir las tasas de suicidio. El suicidio se puede evitar.
- X. En cuanto a la relación entre la crisis y los casos de suicidio, aunque pueda parecer lo contrario la evidencia científica está lejos de relacionar ambas variables y el fenómeno de aumento o decremento de los suicidios parece ser mucho más complejo, interviniendo factores como el nivel de desarrollo económico de un país y, sobre todo, su nivel de protección social, sanitaria y laboral.

No se puede establecer una relación directa causa-efecto, entre la crisis económica sufrida estos últimos años y la tasa de suicidio. En definitiva, hace falta más tiempo y más estudios para poder dilucidar una evidencia científica entre la crisis económica y suicidios. Mas teniendo en cuenta que los datos se publican con dos años de retraso.

7 REFLEXIONES Y APORTACIÓN PERSONAL

Desde hace varios años el tema del suicidio me ha parecido inquietante e interesante pero es desde que comencé la carrera cuando me empecé a plantear cómo se podría prevenir y ayudar a estas personas desde el ámbito sanitario. A lo largo de este trabajo me he encontrado con varias dificultades, la primera de todas fue intentar acotar el tema. Todo lo que rodea al suicidio y a medida que lo he ido tratando me resultaba más y más interesante. A posteriori, me encontré con falta de información en relación a la figura de enfermería en todo lo que rodea al suicidio, su prevención y en especial para poder detectar casos de ideación y conducta suicida en el ámbito sanitario

No obstante, estoy muy satisfecha de haber podido superar estas dificultades y estoy contenta del resultado del trabajo.

He intentado ser imparcial y objetiva en todo el trabajo intentando dejar de lado toda la problemática que rodea a este tema por el estigma que existe en torno al suicidio y que en mi opinión tanto sufrimiento crea tanto a las personas con ideación suicida como a los familiares es en este apartado donde he aprovechado para plasmar las reflexiones personales, que han sido muchas, a las que les he dado muchas vueltas para poder entender la conducta suicida a lo largo de estos meses.

Este trabajo me ha dado una perspectiva para entender que cada suicidio y cada persona son únicas y si es cierto que no se sabe exactamente los porqués de cada suicidio en particular y, en consecuencia, la forma concreta de predecirlos o prevenirlos; pero al conocerse ciertas características como son los factores de riesgo, los protectores, los precipitantes además de las señales de alarma, se podría ayudar a disminuirlos. Se saben cuáles son. Se tienen estrategias de prevención e incluso intervenciones ante la conducta suicida para disminuir el riesgo de repetición. Por lo tanto el suicidio se puede prevenir.

La consulta de enfermería es un lugar idónea para instaurar medidas preventivas y de vigilancia a las personas con trastornos mentales, ideación suicida o que han cometido una tentativa suicida anteriormente pero para ello es de vital importancia que estén formados y sensibilizados para tratarlo.

La tarjeta cortafuegos y las pautas de protección (Ver anexos 7 y 8) podrían ser herramientas que simplemente con tenerlas impresas se podrían repartir desde la consulta de enfermería para poner en marcha un plan de seguridad en ciertos momentos.

8 BIBLIOGRAFÍA

- (1) OMS. Prevención del suicidio. 1969. Available at: <http://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/documentaci%C3%B3n-oms-sobre-conducta-suicida/>. Accessed 03/24, 2016.
- (2) OMS. Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra 2000.
- (3) Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. : Organización Mundial de la Salud; 2014.
- (4) Grupo de trabajo del Protocolo de prevención y actuación ante conductas suicidas. Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas. 2014 Julio 2014.
- (5) INE. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Available at: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2013/l0/&file=05001.px&type=pcaxis&L=0>. Accessed 03/26, 2016.
- (6) Osakidetza. Información suicidio. Available at: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osapa_salud_mental/es_suicidio/adjuntos/informacion_suicidio.pdf. Accessed 03/26, 2016.
- (7) EUSTAT. Instituto Vasco de Estadística. 2016; Available at: http://www.eustat.eus/elementos/ele0000000/ti_suicidios-de-la-ca-de-euskadi-por-grupos-de-edad-territorio-historico-y-sexo/tbl0000007_c.html#axzz441vRsvxB. Accessed 04/01, 2016.
- (8) Pérez Barrero SA, Guerra Plaza J, Haranburu M. Prevención del suicidio :consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias. : Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea ,Argitalpen Zerbitzua = Servicio de Publicaciones; 2014.
- (9) Anseán Ramos A. Suicidios :manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2a rev ed.: Fundación Salud Mental España; 2014.
- (10) Ministerio de sanidad política social e igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicidio. Available at: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf. Accessed 5/22, 2015.
- (11) Grupo de trabajo de la guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales. Salud Madrid 2014.
- (12) Asociación profesional de enfermeras de Oronto (RNAO). Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Canada 2009 Enero.
- (13) Comunidad de Madrid. Guía de autoayuda. Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer? 2014.
- (14) Comunidad de Madrid. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales. Madrid 2014.

- (15) Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. 2010.
- (16) Grupo de trabajo de la guía de Salud Mental en Atención primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. Gobierno de Canarias 2008.
- (17) Guerra J, Haramburu M. Prevención, Tratamiento y rehabilitación de la conducta suicida. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Facultad de Psicología Universidad del País Vasco Avda Tolosa, 70, 28018 San Sebastián (España) 2012 2012.
- (18) 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. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2012;5(1):8-23.
- (19) Blanca Casas SM, Guibert Reyes W. Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería* 1998;14(2):117-123.
- (20) Giselle P, Eliane S, Makilim N. Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas / Suicidal ideation and behavior: Psychological assessment measures. *Psicología Desde El Caribe [serial on the Internet]*. (2015), [cited March 24, 2016]; (1): 81. Available from: SciELO...
- (21) Martin B. Perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa. *Intersalud* 2004 12/2004;8(4).
- (22) Cherpitel C, Borges G, Wilcox H. Acute alcohol use and suicidal behavior. A review of the literature. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 2004(28):18-28.
- (23) Santana, Yeny de la Caridad Bethancourt, Enríquez JB, Moreno Y. Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores Determination of the psychosocial factors, enhancers of suicidal behavior in older adults. *MEDICIEGO* 2015;21(1).
- (24) Alexander C. Tsai, M.D., Ph.D., assistant professor, psychiatry, Center for Global Health, Massachusetts General Hospital, Boston; Eric D. Caine, M.D., chair, psychiatry, and director, Injury Control Research Center for Suicide Prevention, University of Rochester Medical Center, Rochester, N.Y.; July 29, 2015, *JAMA Psychiatry*.
- (25) Guibert, W. Prevención de la conducta suicida en la APS / Prevention of suicidal behavior in the health primary care. *Rev. cuba. med. gen. integr*; 18(2)mar.-abr. 2007.
- (26) Orozco WN. Abordaje del suicidio en atención primaria. *Revista médica de costa rica y centroamerica* 2013;70(606):219-225.
- (27) Extremera PC, Ruiz AC. Enfermería y la detección precoz de síntomas depresivos en el envejecimiento. *Salud, alimentación y sexualidad en el envejecimiento Volumen I* :363.
- (28) Soler Santana R, Castillo Núñez B, Brossard Cisnero M, Peña García CE. Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. *MEDISAN* 2010;14(5):0-0.

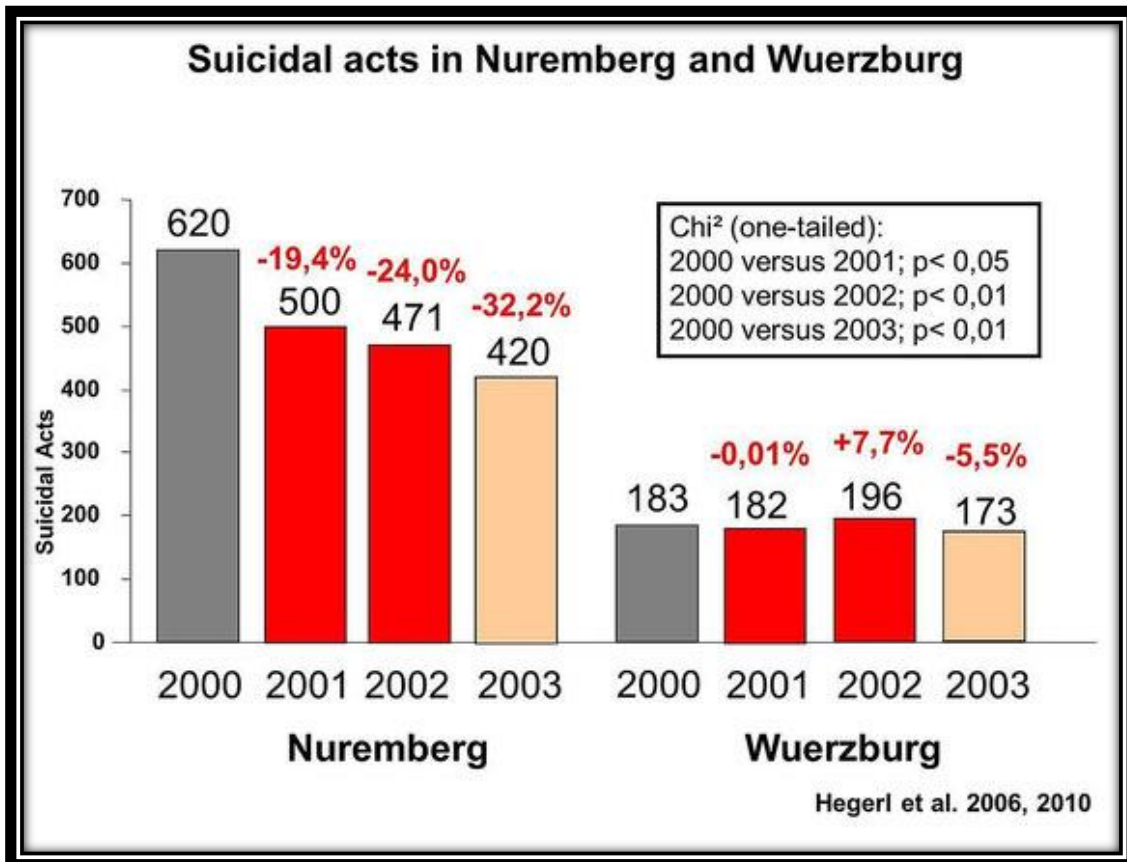
- (29) Fundación Salud Mental España. Programa piloto de prevención de la conducta suicida de Guipuzcoa. 2016; Available at: <http://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/gipuzkoa/>. Accessed 03/31, 2016.
- (30) Tejedor C, Diaz A, Faus G, Oerez V, Sola I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. *Actas Españolas de psiquiatría* 2011;39(5):280-287.
- (31) Giner L, Guija JA. Original: 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 (Barcelona)* 2014 -;7(3):139.
- (32) Muñoz S, Garcia P, Garcia de Fernando S, Portabales L, Moreno L et al. Conducta suicida y crisis económica. *Norte de Salud Mental*. 2014 12/2014;12(48):36-43.
- (33) Bobes J SP. Prevencion del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Psiquiatría Salud Mental* 2014;7(1):1-4.
- (34) Miret M C, F., Moneta M, Olaya B, R., Chaterji Sea. Factor associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *Journal of Affective Disorders* 2014(163):1-9.
- (35) Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla. 2011 22 Febrero.
- (36) Ferré-Grau C, Montescó-Curto P, Mulet-Valles M, LLeixá-Fortuño M, Albarca-Riobó N, Adell-Argentó B. El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index de Enfermería* 2011;20(3):155-159.
- (37) Garcia-Nieto R, Garcia R, Palao D, Saiz P, Ibañez A, Giner Lea. Protocolo breve de evaluación de suicidio: fiabilidad interexaminadores. . *Revista Psiquiatría Salud Mental* 2012;5:24-36.
- (38) Rothes IA, Henriques MR, Leal JB, Lemos MS. Facing a patient who seeks help after a suicide attempt: the difficulties of health professionals. 2014; 35(2):110-22.
- (39) Yeates C, Van orden K, Caine E. Suicidio en ancianos. 2012 2012;19(4).

ANEXO 1: CONCEPTUALIZACIÓN. NOMENCLATURA SOBRE CONDUCTA SUICIDA.

Las siguientes definiciones están extraídas de la Guía de práctica clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (ed. 2012) y del Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. (9)(10)(12)

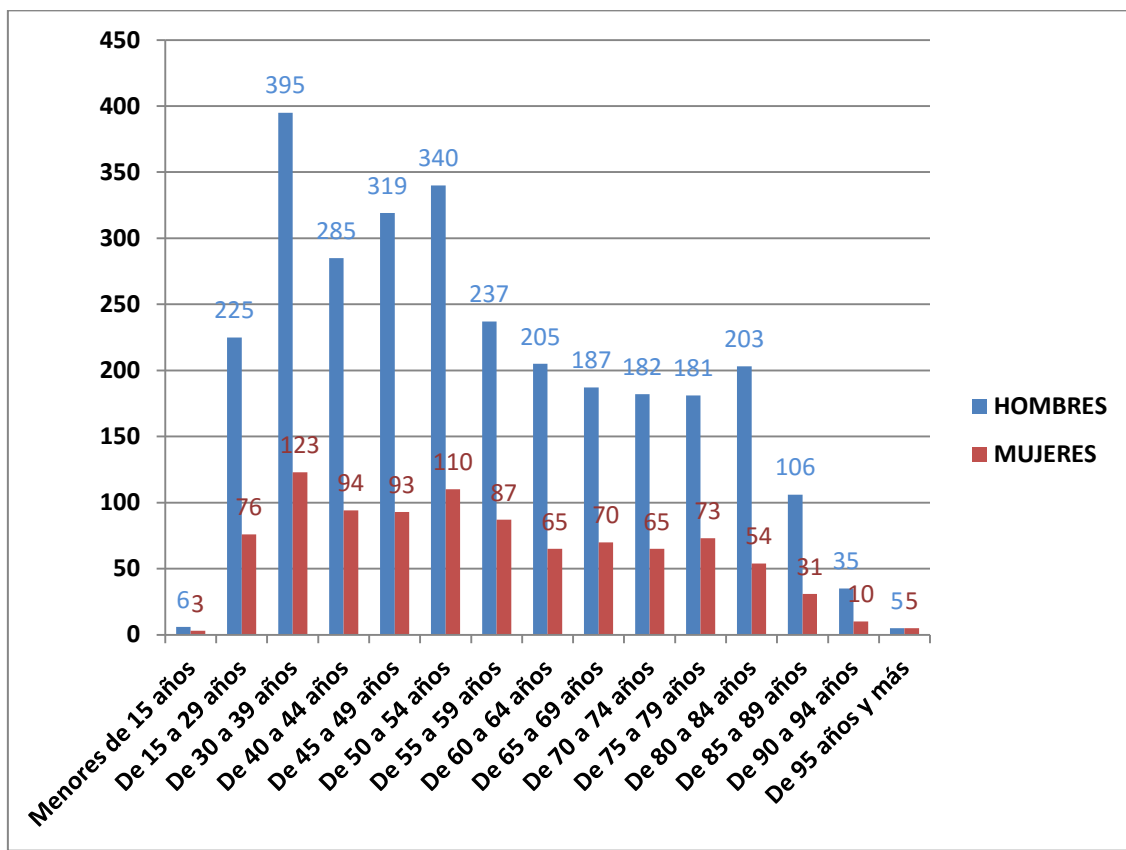
- **Acto suicida:** acción autolesiva con grado variable de daño físico. Incluye el intento de suicidio y el suicidio.
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida y la conducta suicida. Existen dos tipos de comunicación suicida:
 - o **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en un futuro cercano.
 - o **Plan suicida:** es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- **Conducta suicida:** ideación, comunicación y actos suicidas.
- **Deseo suicida:** voluntad variable de cometer un acto suicida.
- **Efecto Werther:** suicidio por imitación de otros suicidios (habitualmente de personas famosas) y/o por divulgación inadecuada de la muerte por suicidio.
- **Factores de protección:** Factores asociados con un menor riesgo para padecer un trastorno o un problema en particular.
- **Factor de riesgo suicida:** Característica mensurable de un sujeto en una población específica que precede a la situación que se está estudiando (en este caso el suicidio) que sirve para dividir a la población en grupos en base al riesgo relativo.
- **Gesto suicida:** acto suicida de escasa intencionalidad y, en consecuencia, poco. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Término tendente al desuso debido a su imprecisión y connotaciones prejuiciosas.
- **Ideación suicida:** deseos y pensamientos suicidas.
- **Intención (intencionalidad suicida):** determinación, en grado variable, de cometer un acto suicida.
- **Intento de suicidio:** acto suicida sin resultado de muerte.
- **Parasuicidio:** intento y gesto suicida. Término con tendencia al desuso por su imprecisión y poca universalidad (modismo europeo).
- **Riesgo suicida:** grado variable de cometer un acto suicida.
- **Suicidio:** acto suicida con resultado de muerte.

ANEXO 2: DISMINUCIÓN DE LOS CASOS DE SUICIDIO DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA.



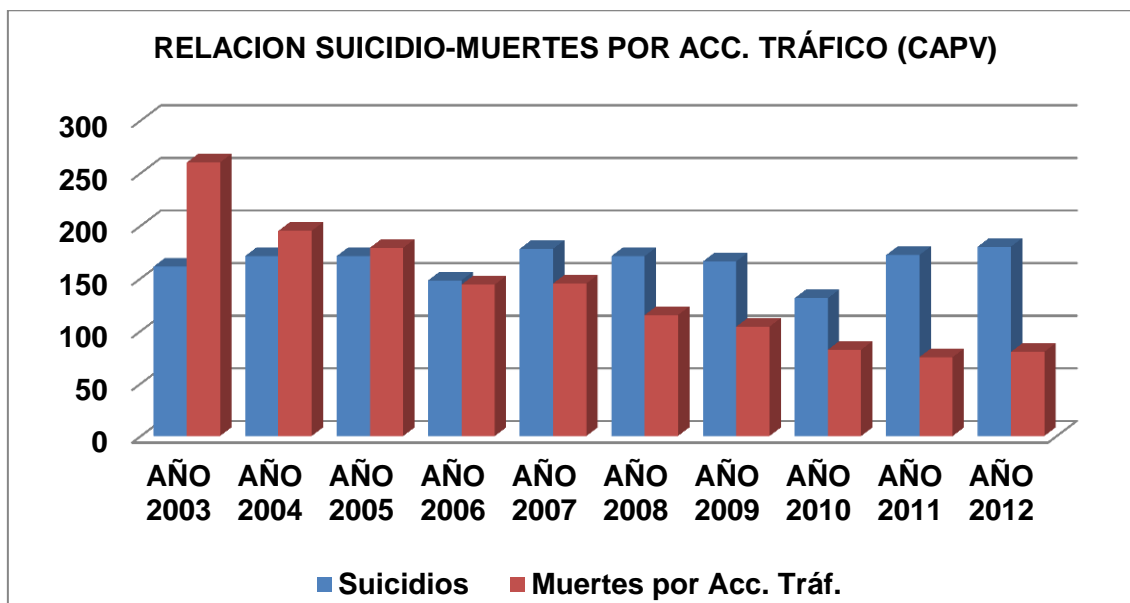
Anexo 2: Disminución de los casos de suicidio después de la aplicación del programa. Disponible en: <http://www.eaad.net/mainmenu/eaad-project/evaluation/> Accedido: 25/03/2015

ANEXO 3: SUICIDIO POR EDAD Y SEXO EN EL AÑO 2013 EN ESPAÑA



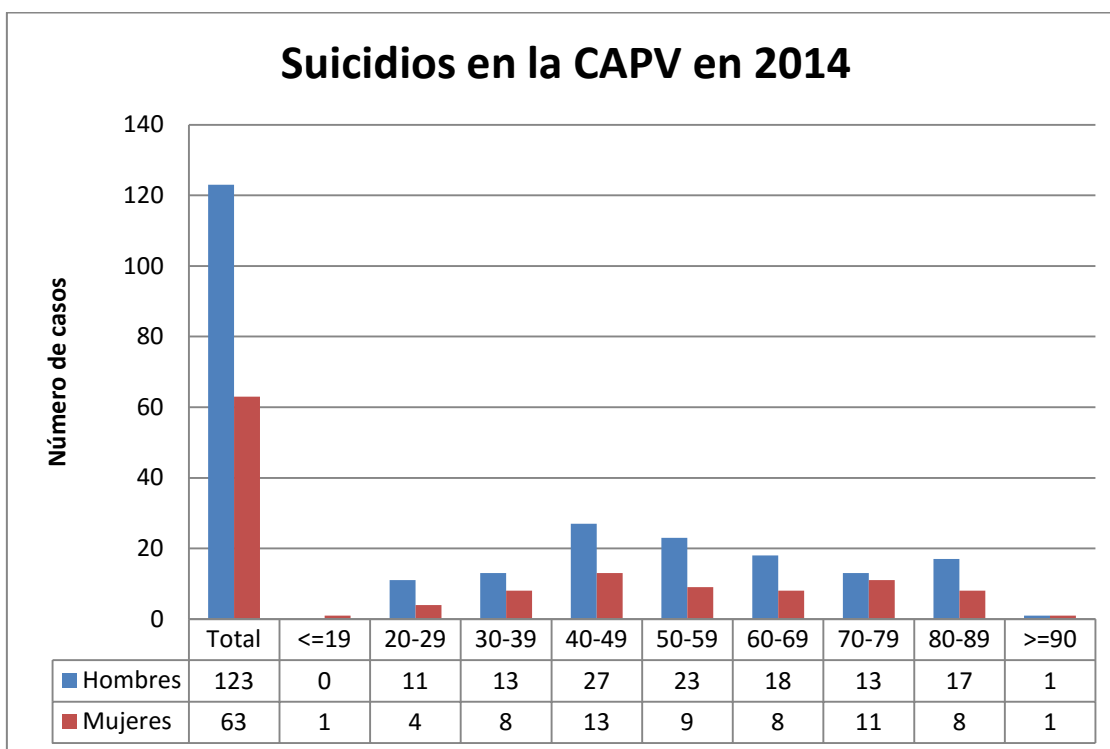
Anexo 3: Suicidio por edad y sexo en el año 2013 en España. Elaboración propia. Datos: INE

ANEXO 4: RELACIÓN SUICIDIO-MUERTES POR ACC. TRÁFICO (CAPV)



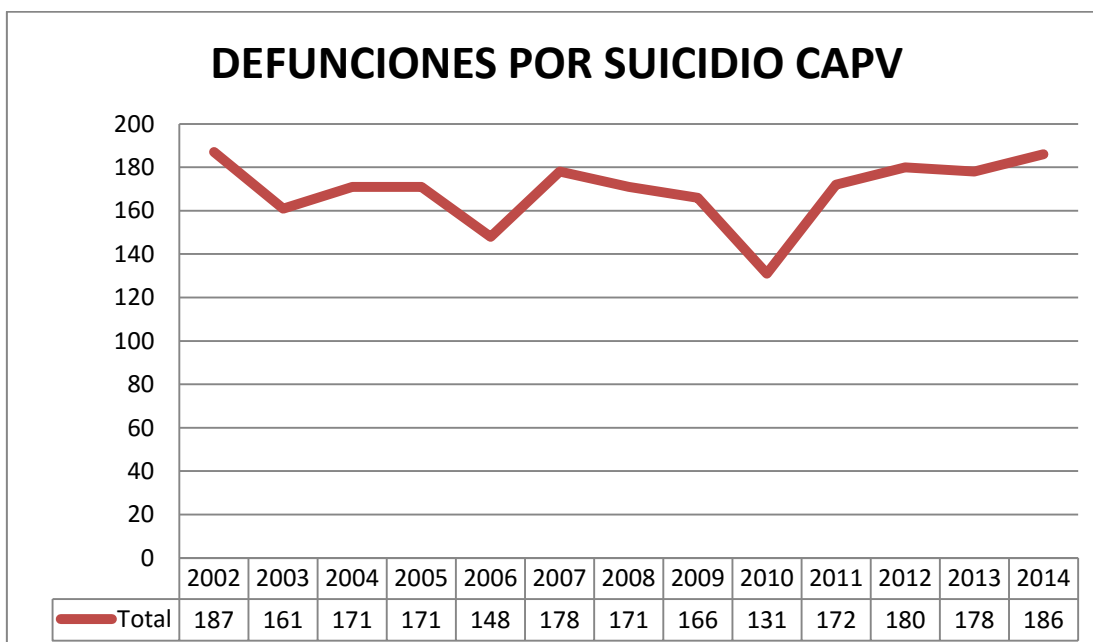
Anexo 4: Relación suicidio-muertes por accidentes de tráfico (CAPV) Fuente: EUSTAT. Elaboración propia.

ANEXO 5: NÚMERO DE SUICIDIOS EN CAPV EN 2014



Anexo 5: Número de suicidios en la CAPV en 2014. Fuente: EUSTAT. Elaboración propia.

ANEXO 6: DEFUNCIONES POR SUICIDIO CAPV (2007-2014).



Anexo 6: Defunciones por suicidio en la CAPV. Fuente: EUSTAT. Elaboración propia.

ANEXO 7: TARJETA CORTA-FUEGOS.

Yo, _____ (escribe tu nombre)

.....
.....

en el momento en que observe mis propias **“señales de alarma”** que me dicen que estoy empezando con la ideación de suicidio:

1.
2.
3.

Voy a contar con **mis apoyos**:

1. Tel:.....
2. Tel:.....
3. Tel:.....
4. Tel:.....
5. Tel:.....

A mis apoyos les contaré cómo me siento y qué es lo que estoy pensando. Seré sincero/a con ellos. Intentaré no encontrarme sólo/a en este momento y que alguno de mis apoyos esté conmigo.

En caso de que me siga encontrando mal puedo **llamar a los siguientes recursos de ayuda**:

1.
2.
3.

En caso de que mi plan de seguridad falle y exista un riesgo inminente; LLAMARÉ AL 112 o al teléfono de la esperanza o acudiré a urgencias del hospital más cercano.

ANEXO 8: PAUTAS DE PROTECCIÓN

1. No lo olvides, las crisis son TRANSITORIAS, la muerte no.
2. Comunicar tus pensamientos a alguien en el que confíes te ALIVIARA.
3. Siempre que lo necesites utiliza tu tarjeta “corta-fuegos”
4. PERMANECE acompañado hasta que DISMINUYAN los pensamientos suicidas.
5. Aléjate de cualquier MEDIO con el que puedas hacerte daño.
6. EVITA el consumo de alcohol y de drogas, solamente empeoran la situación.
7. Procura mantenerte activo y ocupado. Plantéate el participar en algún tipo de voluntariado, actividades deportivas, culturales o de ocio, hazte con una mascota. Todas estas actividades te harán sentirte más útil.
8. Escribe sobre tus metas, esperanzas y deseos para el futuro de forma realista. Léelos cada vez que necesites recordarlos.
9. Si los problemas te agobian afróntalos de uno en uno.
10. Recompénsate todos los días con algo placentero, procura disfrutar de las pequeñas cosas de la vida.

Anexo 8:PAUTAS DE PROTECCIÓN. Fuente: Guía de autoayuda. Prevención del suicidio. Elaboración propia

ANEXO 9: ESCALA DE BECK

Se trata de una escala **auto-administrada**.

Instrucciones: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuesta son Verdaderas o Falsas.

Población diana: Población con trastorno psicótico de inicio. Útil para identificar personas con trastorno psicótico con riesgo suicida. Se trata de una escala autoadministrada de respuestas dicotómicas.

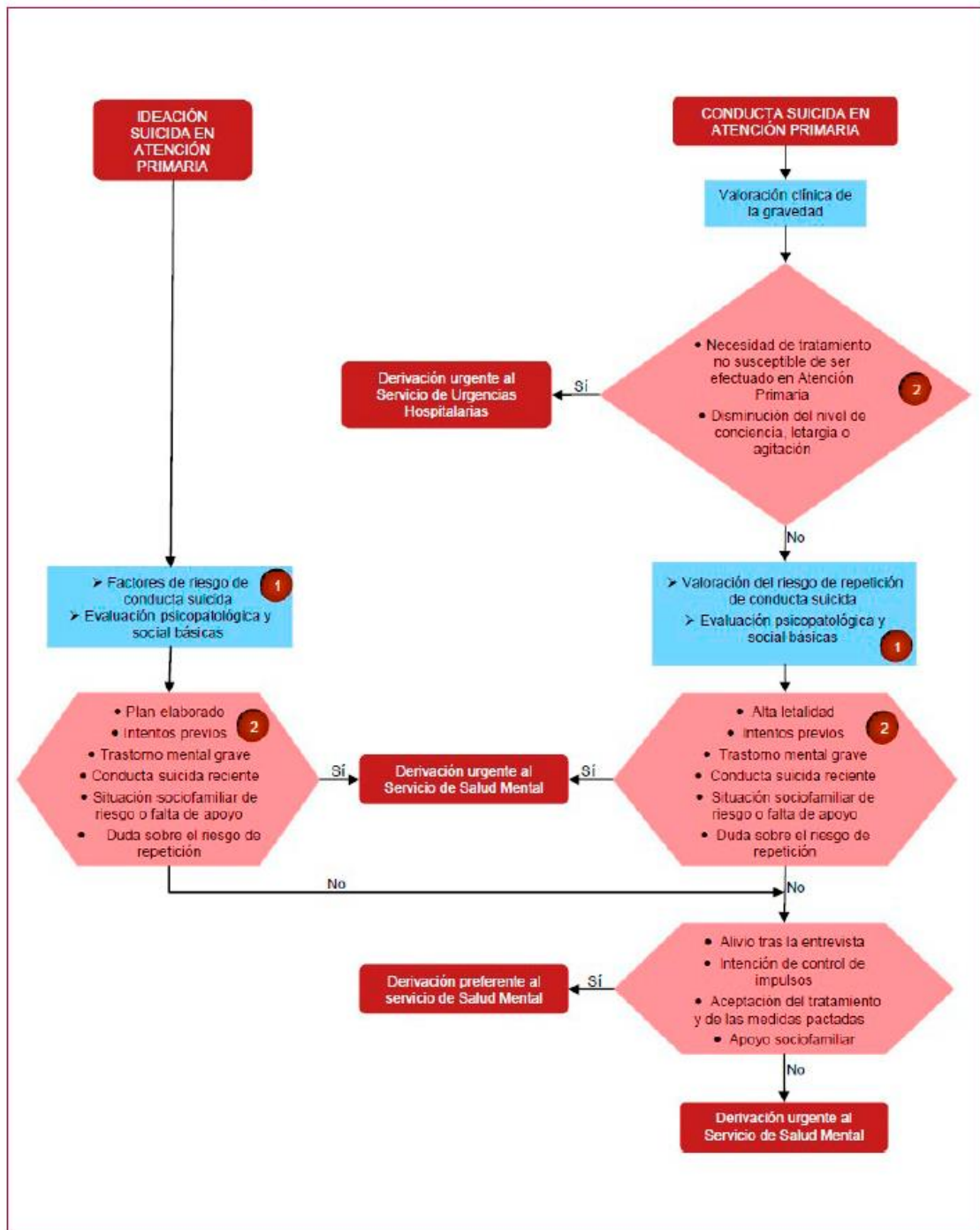
Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso". El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

	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 como 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		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo 9: Escala de Beck. Fuente: Servicio andaluz de salud. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT10_Desesp_Beck.pdf Accesado: 25/03/2015

ANEXO 10: MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Algoritmo 1. Manejo de la conducta suicida en atención primaria



Anexo 10: Manejo de la conducta suicida en atención primaria. Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida.

ANEXO 11: MITOS SOBRE EL SUICIDO.

Mito 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.

Mito 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.

Mito 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 el intelecto, existencia de ideas suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar que se lleven a cabo sus propósitos.

Mito 4: Hablar sobre el suicidio puede incitar a su comisión.

Enfoque equivocado: infunde temor para abordar la temática 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 de suicidio.

Mito 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.

Mito 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 ni cobardes ni valientes sino personas que sufren.

Mito 7: Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.

Enfoque equivocado: refleja la agresividad que generan estos individuos en quienes

no están capacitados para abordarlos.

Situación real: Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado de delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa), penalizado en el código Penal vigente.

Mito 8: Todo el que se suicida es un enfermo mental.

Enfoque equivocado: se intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.

Situación real: Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.

Mito 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 cometer suicidio y de hecho ocurre este acto a estas edades.

Mito 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 primero que el componente ideático.

Situación real: Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. La persona cuando mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.(8)

Anexo 11: Mitos sobre el suicidio. Fuente: Prevención del suicidio. Consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias. Elaboración propia.

**ANEXO 12:..RECURSOS DE AYUDA.EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTA
CON:**

Teléfono de la esperanza de Gipuzkoa	900.84.08.45
SOS DEIAK	112
Urgencias Osakidetza. Araba.	945.24.44.44
Urgencias Osakidetza. Bizkaia.	94.410.00.00
Urgencias OsakidetzaGipuzkoa.	943.46.11.11
Teléfono de la esperanza. Atención en crisis (24horas)	902.50.00.02

- Prevensuic: La primera APP en español para la prevención del suicidio.
- Asociación de familiares suicidas: <http://www.despresdelsuicidi.org/>
- Grupo de ayuda. Asociación de supervivientes de una muerte por suicidio. <http://suicidioprevencion.com/>
- Asociación de investigación, prevención e intervención del Suicidio. <http://www.redaipsis.org/>
- Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. <http://www.fsme.es/>

Tabla 12: Números de teléfono y páginas web en caso de necesitar ayuda.