

2021 / 2022 ikasturtea

# **ERIZAINAREN ESKU-HARTZEA PAZIENTE SUIZIDAREN AURREAN**

Naroa Saizar Artola



## LABURPENA

**Sarrera:** Munduko Osasun Erakundeko (OME) datuen arabera urtean munduan 700.000 pertsonak egiten dute bere buruaz beste. Osasun publikoko arazoa da suizidioaren fenomeno eta argi dago erizainaren papera oso garrantzitsua dela kontuan izanik erizaina maila asistentzial guztietan dagoen figura dela. Erizainak suizidioaren prebentzioa eta honek beragan hartzen dituen zainketak emateko prest egon behar du.

**Helburua:** Suizidioaren arrisku, babes eta faktore bizkortzaileak deskribatu, arrisku suizida duen pazientearen ebaluazioa zehaztu eta gaur egun suizidioaren aurrean dauden erizaintza esku-hartze ezberdinak aztertzea, lehen arreta maila eta larrialdi mailan.

**Metodologia:** errebisio bibliografikoa burutu da PIO egituratik abiatuz, hainbat osasun arloko datu-base erabili dira; *Pubmed*, *Biblioteca Virtual en Salud (BVS)*, *DialNet* eta *CUIDEN*. Bestalde, gaiaren inguruko hainbat web-orrialde kontsultatu dira: *OME*, *Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME)*, *Zero Suicide Institua*, *Suicide Prevention Resource Center (SPRC)* eta Osakidetza.

**Emaitzak:** Suizidioa prebenitzeko ezinbestekoa da suizidio-arriskuaren faktoreak identifikatu eta arrisku horiek arintzea esku-hartzeen bidez. Gainera, arrisku suizida duen pazientearen ebaluazioa egitea oso beharrezkoa da, horretarako bi tresna egonik: eskalen erabilera eta elkarrizketa klinikoa. Lehen arreta mailako osasun profesionalak suizidioaren arrisku maila baloratuko du (baxua, erdikoa eta altua) eta horren arabera esku-hartzea eta deribazioa egingo da. Larrialditako unitatean, osasun profesionalak erositutasuna eta lasaitasuna eskaini beharko dio pazienteari, bere segurtasuna ziurtatuz, eta pazienteak bakarrik ez utziz.

**Eztabaida:** Aztertutako literatura guztiak bat egiten du suizidioa osasun publikoko arazoa denaren ideiarekin. Bestalde, beharrezkoa da arrisku-faktore tipikoez gain, gaur egunerako zehatzagoak direnak aztertzea, batez ere gazteen artean. Aztertutako protokolo eta gidetan suizidioaren ebaluaziorako eskalen erabileran eta deribazioetan kontraesanak daude, baita arrisku-maila zehazteko garaian ere.

**Ondorioak:** Suizidioaren arrisku-faktore nagusia nahasmendu mental bat izatea eta aurretiko saiakerak dira. Suizidioaren prebentzioa eta esku-hartzea egiteko beharrezkoa da jarraibide bateratu bat egotea. Horretarako, Espainian ezinbestekoa da suizidioaren prebentziorako Plan Estrategiko Nazional bat sortzea.

**Hitz gakoak:** Suizidioa, prebentzioa, arrisku-faktoreak, erizain esku-hartzea.

## AURKIBIDE OROKORRA

<b>1. SARRERA</b> .....	<b>1</b>
<b>2. HELBURUAK</b> .....	<b>3</b>
2.1. HELBURU OROKORRA .....	3
2.2. HELBURU ESPEZIFIKOAK .....	4
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>4</b>
3.1. BILAKETA BIBLIOGRAFIKOAREN ESTRATEGIA.....	4
3.2. BARNERATZE-KANPORATZE IRIZPIDEAK ETA IRAGAZKIAK.....	5
3.3. BILAKETA BIBLIOGRAFIKOAREN EMAITZAK.....	6
<b>4. EMAITZAK</b> .....	<b>7</b>
4.1. SUIZIDOAREN ARRISKU-FAKTOREAK, BABESTZAILE- ETA FAKTORE- BIZKORTZAILEAK.....	7
4.1.1. FAKTORE INDIBIDUALAK .....	7
4.1.2. FAKTORE SOZIOFAMILIARRAK ERA TESTUINGURUAREN ARABERAKOAK .....	9
4.1.3. NERABEEN ARRISKU-FAKTOREAK.....	9
4.1.4. HIRUGARREN ADINEKOEN ARRISKU-FAKTOREAK .....	10
4.1.5. FAKTORE BIZKORTZAILEAK .....	10
4.1.6. BABES FAKTOREAK:.....	11
4.1.7. ARRISKU SUIZIDA DUEN PAZIENTEAREN EBALUAZIOA.....	11
4.2. ERIZAINAREN ESKU-HARTZEA LEHEN ARRETA eta LARRIALDI MAILAN .....	14
4.2.1. LEHEN ARRETA MAILA .....	14
4.2.2. LARRIALDIK.....	16
4.2.3. GIPUZKOAKO SUIZIDIOAREN PREBENTZIORAKO PROGRAMA PILOTUA .....	17
<b>5. EZTABAIDA</b> .....	<b>18</b>

6. ONDORIOAK.....	20
7. BIBLIOGRAFIA .....	22
8. ERANSKINAK .....	27

## TAULEN AURKIBIDEA

1. <b>taula:</b> PIO egituran oinarrituta aukeratutako DeCS, MeSH, hitz gako eta hizkera librea.....	5
2. <b>taula:</b> Web-gune desberdinetan erabilitako dokumentuen zerrenda.....	6
3. <b>taula:</b> Suizidioaren babes faktoreak.....	11
4. <b>taula:</b> Suizidioaren ebaluaziorako eskalak.....	13
5. <b>taula:</b> Kasu bakoitzean erabili beharreko eskalen gomendioa.....	14

## ERANSKINEN AURKIBIDEA

1. <b>eranskina:</b> Datu-baseetan erabilitako bilaketa-estrategia eta bilaketa-emaitzak.....	27
2. <b>eranskina:</b> Alper eta Haynes-en piramidea.....	29
3. <b>eranskina:</b> Bilaketa-emaitzak ebidentzia-mailaren arabera sailkatuta.....	29
4. <b>eranskina:</b> Nerabeen “arrisku-faktore berri” gisa definitutakoak.....	33
5. <b>eranskina:</b> APAk bere buruaz beste egiteko arriskuaren eta jokabidearen ebaluazioa zein egoeratan egitea den egokia laburtzen duen taula.....	34
6. <b>eranskina:</b> SPCR-ak lehen arreta mailarako egindako lan tresnan aipatzen diren suizidioaz galdetzeko zehaztapenak.....	34
7. <b>eranskina:</b> Suizidioaren arrisku-mailaren sailkapena OMEren SUPRE programan definitutakoaren arabera.....	37
8. <b>eranskina:</b> <i>Manchester Triage System</i> (MTS) araberako larritasun mailak.....	38
9. <b>eranskina:</b> APA-k ospitalean ingresatzeko ezarritako irizpideak.....	38

## LABURDURAK

**APA:** American Pyschiatric Associaton.

**BVS:** *Biblioteca Virtual en Salud.*

**DeCS:** *Descriptores en Ciencias de la Salud.*

**EAAD:** *European Alliance Against Depression.*

**EAE:** Euskal Autonomia Erkidegoa.

**ESI:** Erakunde Sanitario Integratua.

**FSME:** *Fundación Española para la Prevención del Suicidio.*

**INE:** Espainiako Estatistika Institutua.

**MeSH:** *Medical Subject Heading.*

**MTS** *Manchester Triage System.*

**OME:** Osasunaren Mundu Erakundea.

**SPRC:** *Suicide Prevention Resource Center.*





## 1. SARRERA

1976an, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) honela definitu zuen suizidioa: “emaitza hilgarria duen ekintza, subjektuak nahita hasi eta egina, emaitza hilgarria jakin edo espero duena eta, horren bidez, nahi diren aldaketak lortu nahi dituen”. Parasuizidioa berriz, “emaitza hilgarririk ez duen ekintza, pertsona batek, beste batzuen laguntzarik gabe, bere burua bere kabuz zauritu edo substantziak irensten dituen espero diren ondorioen bidez bere egoera fisikoan aldaketak lortzeko” (1).

Gaur egun berriz, jokabide suizidaren kontzeptualizazioa konplexuagoa bilakatu da eta horren aurrean, haren inguruko definizio zehatzagoak egitea beharrezkoa izan da. Honako hauek dira (1):

- **Ideiagintza suizida:** suizidioari buruzko pentsamenduak (kognizioak).
- **Komunikazio suizida:** norberaren bizitza amaitzeko pentsamenduak, desioak edo intenzionalitatea adierazten diren ekintza interpersonala da. Komunikazio suizida, ideia gintza suizidaren eta jokabide suizidaren arteko puntua da. Ez dago lesiorik. Bi komunikazio suizida mota daude:
  - **Mehatxu suizida:** etorkizun hurbilean jokabide suizida izan daitekeela aurreikus dezakeena.
  - **Plan suizida:** Jokabide suizida aurrera eramateko metodoaren proposamena.
- **Jokabide suizida:** norberaren kaltegarria izan daitekeen jokaera da. Larritasun desberdinetako lesioak eragin ditzake, heriotza barne. Honako hauek jokabide suizidatzat hartzen dira:
  - **Autolesioa:** Kaltegarria den lesioa baina nahikoa ebidentzia duena pertsonak hiltzeko asmorik ez duela.
  - **Jokabide suizida zehaztugabea:** Suizidio nahitasun gradu zehaztugabea duena.
  - **Suizidio saiakera:** berez kaltegarria izan daitekeen eta hilgarria ez den portaera, baina heriotza lortzeko nahia dagoela adierazten duen ebidentzia dago.
  - **Suizidioa:** norberak aurrera eramandako heriotza. Ebidentzia dago inplizituki edo esplizituki frogatzen duena pertsonak bere burua hiltzeko asmoa zuela.

Egungo datuei erreparatuz gero, argi dago suizidioa osasun publikoko arazo larria dela. OMEren datuen arabera urtean munduan 700.000 pertsonak egiten dute bere buruaz beste, hau da, 100 heriotzetatik 1 suizidioagatik da. Norbaitek 40 segunduro egiten du bere buruaz beste eta 2 segunduro saiatzen da beste bat; izan ere kontuan hartu behar da aurrera eramandako suizidio bakoitzeko batz best 20 saiakera egon direla atzetik (2, 3, 4).

Demografiari dagokionez, gizonen suizidio-tasa emakumeen kopuruaren bikoitza da (12,6 gizon 100.000eko eta 5,4 emakume 100.000eko) eta gizonezkoen suizidio-tasa altuenak diru-sarrera handiko herrialdeetan ematen dira. Emakumeen suizidio-tasa altuenak berriz diru-sarrera baxu eta ertainetako herrialdeetan izaten dira (5). Hala ere, kontuan hartu behar da emakumeak 3 aldiz gehiagotan saiatzen direla (4).

Mundu mailan gehien erabilitako metodoei dagokionez, urkatzea da ohikoena, eta, horren atzetik, su-armen erabilera gizonetan, eta pestizida edo botiken intoxikazioa emakumeetan (4).

Espainia mailan berriz, Espainiako Estatistika Institutuaren arabera (INE), Espainian inoiz erregistratutako zifra altuena izan da 2020koa; 9.941 heriotza izan baitziren suizidio arrazoia zutena; beste era batean esanda, egunean ia 11 suizidio izan ziren. 2019ko datuekin alderatuta, %7,4ko igoera egon dela ikusten da, gehien bat emakumeetan (%12,3ko igoera). Espainia mailan, suizidioa da heriotza ez-naturalaren arrazoi nagusia. 15-29 urteko gazteen arteko bigarren heriotza-arrazoia da tumoreen atzetik. Gehien erabiltzen den metodoa urkatzea da gizonetan eta amiltzea emakumeetan (6).

Bestalde, azpimarragarria da Covid -19ak eragindako pandemiak eragin zuzena izan zuela 2020. urteko datuetan eta ia lau hilabetez izandako konfinamenduaren eraginez, suizidio tasak jaitea espero zela, kanpo-heriotza tasak jaitsi zirela kontuan hartuta (kalera ateratzeko debekua zegoela eta). Nolanahi ere, nolabaiteko “errebote efektua” egon zela esan daiteke, 2019ko datuekin alderatuta 2020ko apirilean suizidio-tasa %19,2 jaitsi bazen ere, urte bereko abuztuan %34eko igoera egon baitzen (6).

Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE), 2019an 137 pertsonak egin zuten beren buruaz beste. 2020an berriz, bere buruaz beste egin zutenen kopurua nabarmen igo zen, %30 hain zuzen ere. Azken urteetan EAEn gehien erabilitako metodoa amiltzea, urkatzea eta farmakoen bidezko pozoitzea izan dira (7).

Egoera honen aurrean OMEk suizidioa osasun publikorako lehentasun bat dela onartu du. 2014. urtean suizidioaren inguruko lehen txostena argitaratu zuen: “Prevención del suicidio: un imperativo global”, suizidioaren sentsibilizazioa handitzeko eta prebentzio programetan suizidioari bere lekua emateko asmotan. Bestalde, OMEko herrialdeek, OMEren Osasun Mentalari buruzko Ekintza Planaren (OME, 2013-2020) baitan, konpromisoa hartu dute 2030 urterako suizidioen tasa heren bat murrizteko (8).

Horretaz gain, 2021en urtean OMEk “Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países” publikatu zuen herrialdeei orientazioa emateko asmotan. Gida horrek lau estrategia nagusi zituen; suizidio-baliabideetarako sarbidea mugatzea, hala nola plagizida oso arriskutsuetarako eta su-armetarako; komunikabideak prestatzea, suizidioei buruzko albisteak modu arduratsuan zabal ditzaten; nerabeen artean bizitzarako gaitasun sozioemozionalak sustatzea eta pentsamendu eta portaera suizidak dituzten pertsonak garaiz detektatzea, ebaluatzea, kudeatzea eta haien segimendua egitea. Azken estrategia horretan nabarmentzen da osasun langileek hezkuntza espezifikoa jaso behar dutela suizidioaren detekzio goiztiar, ebaluazio, gestio eta jarraipena egiteko (9). Azken honekin lotuta, frogatuta dago bere buruaz beste egiten duten pertsonen erdiak bere familia medikuari kontsulta egin ziola hilabeteko epean eta 6tik 1ek egunean bertan (4).

Osasun publikoko arazoa da suizidioaren fenomeno. Erizainaren paperak garrantzia du honen prebentzian, kontuan izanik, erizaina maila asistentzial guztietan dagoen figura dela (lehen arreta maila, larrialdiak eta ospitalizazioa). Suizidioaren prebentzioa, ebaluazioa eta honek beragan hartzen dituen zainketak emateko prest egon beharko du. Horretarako, oso garrantzitsua da erizainak suizidioarekiko duen jakintza maila altua izatea, askotan bera izango baita arriskuan dauden pazienteak identifikatzeaz arduratuko dena. Hori dela eta, arriskuan daudenen ezaugarri eta faktoreak ezagutzea; eta behin identifikatuta, arrisku suizida duten pazienteen aurrean eduki beharreko jarrera (esku-hartzea) argi izatea oso beharrezko izango du.

## **2. HELBURUAK**

### **2.1.HELBURU OROKORRA**

Jokabide suizida duen pazientearen aurrean dauden erizaintza esku-hartzeak aztertzea.

## 2.2.HELBURU ESPEZIFIKOAK

- Suizidioaren arrisku, babes eta faktore bizkortzaileak deskribatu eta arrisku suizida duen pazientearen ebaluazioa zehaztea.
- Gaur egun suizidioaren aurrean dauden erizaintza esku-hartze ezberdinak aztertzea, lehen arreta eta larrialdi mailan.

## 3. METODOLOGIA

Lan hau aurrera eramateko, gaiaren inguruko errebisio bibliografiko bat egin da. Horretarako jarraian azalduko den bilaketa-estrategia erabili da.

### 3.1.BILAKETA BIBLIOGRAFIKOAREN ESTRATEGIA

Bilaketa bibliografikoa 2021ko abendutik 2022eko urtarrila bitarte egin da. Ebidentzian oinarritutako informazioa eskuratzeko, hainbat osasun arloko datu-base erabili dira; *Pubmed*, *Biblioteca Virtual en Salud (BVS)*, *DialNet* eta *CUIDEN*. Bestalde, gaiaren inguruko hainbat web-orrialde kontsultatu dira: Osasunaren Mundu Erakundea (OME), *Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME)*, *Zero Suicide Institutoa*, *Suicide Prevention Resource Center (SPRC)* eta Osakidetza.

Bilaketa estrategia aurrera eramateko honako PIO/PICO egitura zehaztu da.

- **(P)** Patient / **pazientea, taldea** → Jokabide suizida duen paziente.
- **(I)** Intervention / **esku-hartzea** → Erizaintzako esku-hartzea.
- **(O)** Outcome / **emaitzak** → Suizidio saiakerak gutxitzea.

Beraz, egitura horretan oinarrituta ikerketa-galdera hau sortu da: “*Zein da paziente suizidaren aurrean erizainak egin beharreko esku-hartzea suizidio saiakerak gutxitzeko?*”

Behin PIO egitura zehaztuta, *Thesaurus-eko Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)* eta *Medical Subject Heading (MeSH)* terminoak eta hitz-gakoak bilatu dira (ikus 1. taula). Gainera, bilaketa bibliografikoa egiterako garaian, lortutako deskriptore eta hitz gakoak euren artean konbinatzeko, AND eta OR eragile boolearrak erabili dira.

1. *taula: PIO egituran oinarrituta aukeratutako DeCS, MeSH, hitz gako eta hizkera libre.*

DeCS	MeSH	Hitz askeak	Hitz Gakoak
- Suicidio	- Suicide	- Suicidio	- Suicidio
- Intento de Suicidio	- Suicide, Attempted	- Urgencias	- Enfermería
- Ideación Suicida	- Suicidal Ideation	- Enfermería	
- Anciano	- Aged	- Atención primaria.	
- Adolescente	- Adolescent	- Factores de riesgo.	
- Factores de Riesgo	- Risk Factors		
- Prevención	- Prevention		
- Enfermería	- Nursing Care		
- Urgencias Médicas	- Emergency hospital services		
- Atención Primaria de Salud	- Practice Guideline		
- Guía de Práctica Clínica			

Iturria: *Propioa.*

### 3.2.BARNERATZE-KANPORATZE IRIZPIDEAK ETA IRAGAZKIAK

Bilaketa bibliografikoa mugatzeko asmotan, barneratze- eta baztertze-irizpideak zehaztu dira. Barneratze-irizpideei dagokienez 2011-2021 tarteko artikulua, herrialde garatuetan oinarritutako artikulua, erizainaren esku-hartzea agertzen diren artikulua eta testu osoa eskuragarri duten artikulua aukeratu dira. Baztertze-irizpideei dagokienez, kolektibo zehatzetan zentratzen diren artikulua (gaixotasun mental bat dutenak, LGTB kolektiboa, gaixo onkologikoak...), helburutik urruntzen diren artikulua, farmakoetan zentratutako artikulua eta osasun profesionalen suizidioaren inguruko artikulua baztertu dira.

Bilaketa mugatzeko asmotan, datu-base bakoitzean iragazkiak aplikatu dira:

- **PubMed** datu basean: Meta-analisi eta errebisio sistematikoak, azken hamar urtetakoak eta ingelesez eta gaztelaniaz dauden artikulua.
- **BVS**: Errebisio sistematikoak, azken hamar urtetakoak, ingelesez eta

gaztelaniaz dauden artikulua.

- **Cuiden:** Azken bost urtetako artikulua.
- **Dialnet:** Azken hamar urteetako artikulua, aldizkariko artikulua eta testu osoa.

### 3.3.BILAKETA BIBLIOGRAFIKOAREN EMAITZAK

Bilaketa bibliografikoak egin ostean, datu-baseetatik **15 artikulua** aukeratu dira. (Ikus 1. eranskina). Gainontzeko artikulua lehen aipaturiko web-orrietatik aukeratu dira; OME, FSME, *Zero Suicide Institutoa*, *SPRC* eta Osakidetza (Ikus 2. taula). Bestalde, bi liburu ere erabili dira: “Prevensuic: Guía Práctica de prevención del Suicidio para profesionales sanitarios” eta “Suicidios: Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida”.

15 artikulua horiek eta erabilitako bi liburuak Alper eta Haynes-en piramidean oinarritat hartuz (10) (ikus 2. eranskina), ebidentzia-mailaren arabera sailkatuak izan dira. Bestalde, artikulua eta liburu horien izenburua, egileak, argitarapen-urtea, gai nagusia eta ebidentzia maila 3. eranskinean ikus daitezke.

*2. Taula: Web-gune desberdinetan erabilitako dokumentuen zerrenda*

<b>OME</b>	- Prevención del suicidio: un imperativo global.
<b>SPRC</b>	- <i>Suicide prevention toolkit for primary care practices.</i>
<b>Zero Suicide</b>	- <i>Suicide Prevention in Primary Care: A Toolkit for Primary Care Clinicians and Leaders</i>
<b>Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Madril:</b> “Guía para la detección y prevención de la conducta suicida”.</li> <li>- <b>Euskadi:</b> “Euskadin suizidioa prebenitzeko estrategia”.</li> <li>- <b>Asturias:</b> “Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio”.</li> <li>- <b>Valentzia:</b>” Prevención del suicidio: Guía informativa para profesionales de sanidad”.</li> <li>- <b>Katalunia:</b> “Codi risc de suïcidi”.</li> <li>- <b>Andaluzia:</b> “Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida”.</li> <li>- <b>Nafarroa:</b> “Protocolo de colaboración interinstitucional: Prevención y actuación ante CONDUCTAS SUICIDAS”.</li> </ul>
<b>Osakidetza</b>	- “Urgencias psiquiátricas: Intento de suicidio”.

**Iturria:** *Egilea*

## 4. EMAITZAK

### 4.1.SUIZIDOAREN ARRISKU-FAKTOREAK, BABESTZAILE ETA FAKTORE BIZKORTZAILEAK

Jokabide suizidaren arrisku-faktoreak pertsona baten suizidalitatean eragina dutenak dira (11). Suizidioa prebenitzeko erantzun eraginkor guztien oinarria da suizidio-arriskuaren faktoreak identifikatzea eta arrisku horiek arintzea esku-hartze egokien bidez. Portaera suizidak konplexuak dira eta orokorrean suizidioa oso gutxitan eragiten du faktore bakar batek; izan ere, normalean hainbat faktoreren elkarreaginean dela eta, pertsonaren bere buruaz beste egiteko zaurgarritasuna handitzen da (8, 12, 13, 14). Horregatik, suizidioa multifaktoriala; egungo faktore biologiko, psikologiko, ingurumeneko eta egoerazkoen elkarrekintzaren eraginpean baitago eta multikausala dela esaten da (15). Gainera, orokorrean arrisku-maila, dagoen faktore-kopuruaren proportzioan handitzen da, nahiz eta batzuek beste batzuek baino pisu espezifiko handiagoa izan (1).

Arrisku-faktoreen sailkapena egiteko bi talde nagusi desberdintzen dira: **Aldagarriak**, faktore sozial, psikologiko eta psikopatologikoekin lotura dutenak, klinikoki alda daitezkeenak (nahasmendu psikiatrikoak, osasun fisikoa eta dimentsio psikologikoak) eta **aldaezinak**, norbanakoarekin eta hauen talde sozialarekin lotura dutenak, klinikoki alda ezin direnak (heredagarritasuna, sexua, adina, egoera zibila, lan egoera, erlijioa, euskarri soziala, aurretiko jokabide suizidak) (1, 16, 17). Beste alde batetik, arrisku faktoreak beste modura ere sailka daitezke: indibidualak, soziofamiliarak eta testuinguruaren araberakoak (1).

#### 4.1.1. FAKTORE INDIBIDUALAK

➤ *Nahasmendu mentalak*: Autopsia psikologikoa egin den ikerketa batean, hau da, dagoeneko hil den norbaiten egoera mentala zein zen zehazten denean, beren buruaz beste egiten dutenen %90an nahasmendu mental bat dagoela ikusi da (14, 11). Gainera, Europan mailan egindako errebisio sistemako batean frogatu da suizidio mota guztietan gehien eragiten duten faktoreak depresioa eta edozein afektibitate nahasmendu direla (18).

- **Depresio-nahasmendu** nagusiak 20 aldiz handitu dezake suizidio-arriskua, batez ere depresioren hasiera eta amaieran, tarteko fasean moteltze psikomotorra eta inhibizioak oztopatzen baitute (16). Arriskua

handiagoa da 30-40 urteetan agertzen bada eta OMEren arabera suizidioen %65-90k erlazioa du depresioarekin (1, 11).

- **Nahasmendu bipolarra:** Pazienteen %25-50ak egiten dute suizidio saiakera bat eta arriskua handiagoa da komorbilitateak dituzten kasuetan (1, 15, 16, 17, 18).
  - **Eskizofrenia:** Suizidio arriskua populazio orokorra baino 30-40 aldiz handiagoa da eskizofrenia diagnostikoa dutenengan (1, 11). Gainera, pazienteak bakarrik bizi bada arriskua handitu egiten da (15).
  - **Antzietate nahasmendua** dutenengan ideia gintza suizida eta saiakerak dira ohikoenak.
  - **Elikadura-nahasmendua** pairatzen dutenen artean estimatzen da %25-38ak jokabide autolitikoak dituela, bereziki emakumeen artean (1, 11). Arrisku gehiena anorexia urduria dutenengan ematen da (8 aldiz handiago) (11).
  - **Alkohol eta substantzia abusua:** Suizidioen %25-50 alkohola eta beste substantziak kontsumitzeagatik gertatzen dira (11). Bestalde, hainbat sustantzien dependentziak suizidio arriskua %20 handitu dezakeela ikusi da (16).
  - **Pertsonalitate nahasmenduak:** Mota honetako nahasmenduek beste nahasmenduekin komorbilitatea izanez gero suizidio arriskua handitu egiten da, batez ere mugako pertsonalitate nahasmendua dutenengan (1).
- *Faktore psikologikoak:* Jokabide suizidekin lotura duten ezaugarriak honako hauek dira: oldarkortasuna, pentsamendu dikotomikoa, zurruntasun kognitiboa, itxaropenik eza (%91an adierazten da), arazoak konpontzeko zailtasuna eta perfekzionismoa (1, 11). Gainera, ezegonkortasun emozionala eta kanporakoitasuna jokabide suizidarekin erlazionatzen diren ezaugarriak dira (16, 17).
- *Aldez aurreko suizidio saiakera eta ideia suizidak:* Aurretik egindako saiakerak dira arrisku-faktore nagusietako bat dira, suizidioen %50ak baitu suizidio saiakera aurrekaria. Saiakera egin eta hurrengo sei hilabete eta lehen urtean zehar arriskua 20-30 aldiz handitzen da (1, 11, 17).
- *Gaixotasun fisikoa edo desgaitasuna:* Suizidioen %25etan gaixotasun fisikoa agertzen da. Gaixotasun kronikoko mina, mugikortasunaren galera, desgaitasuna



eta gaixotasunaren pronostiko txarra suizidio arriskuarekin lotu dira (1, 11).

- *Faktore biologiko eta genetikoak:* Jokabide suizida, likido zefalorrakideoan serotonina eta metabolito maila baxuekin erlazionatu izan da (1).
- *Adina:* nerabezaroan eta adineko pertsonetan, suizidio-saiakera gehiago daude. Adinekoek nerabeek baino hiru aldiz suizidio-tasa handiagoak dituzte, metodo hilgarriagoak erabiltzen dituztelako, besteak beste (1). Ideiagintza tasa altuagoa da gazteen artean, %1-20 tartean (1).
- *Generoa:* Emakumeen ideiagintza suizida eta suizidio-ahalegin tasak 3-4 aldiz handiagoak dira gizonekin alderatuta. Gizonen artean aldiz, suizidio burutua 2-4 aldiz handiagoa da (11, 17).

#### 4.1.2. FAKTORE SOZIOFAMILIARRAK ERA TESTUINGURUAREN ARABERAKOAK

- *Familiaren suizidio-historia:* Aita edo amaren suizidio aurrekariak izateak arriskua lau aldiz igotzen du. (11).
- *Babes soziofamiliarra:* Suizidioa ohikoagoa da bikote gabeko pertsonetan, hala nola, ezkongabe, dibortziatu, bakarrik bizi direnen edo laguntza sozialik ez dutenen artean eta modu berean arriskua txikiagoa bikote egonkorra dutenengan (18). Batez ere gizonen artean galera gertatu eta lehen hilabeteetan (1, 11, 17).
- *Maila sozioekonomikoa, lan-egoera eta hezkuntza-maila:* Langabezia eta pobrezia suizidio-arriskua handiagorekin lotu dira. Lan galera eta erretiroa hartzean handitu egiten da beraz arriskua (1, 11, 17, 18). Gainera, luzaroan langabezian daudenek suizidio-ahalegin gehiago dituzte (11, 17). Bestalde, estres handiko lanpostuetako langileek ere arrisku handia dute. Hezkuntza-maila baxua ere arrisku handiarekin lotzen da (1).
- *Bizi-gertakari estresagarriak:* Galera pertsonalak, ekonomikoak, arazo legalak eta konfliktoek arrisku-faktore gisa jokatzen dute. Gainera, suizidio burutu edo ahaleginak egin baino aurreko hilabetean eragin handiagoa du, batez ere gizonetan (1, 15, 17).

#### 4.1.3. NERABEEN ARRISKU-FAKTOREAK

Garrantzitsua da aipatzea suizidioa 15-29 urteko gazteen arteko bigarren heriotza-arrazoia dela tumoreen atzetik. Gehien erabiltzen duten metodoa botika bidezko suizidio saiakera da (19). Aipatu beharrekoa da nerabeak jokabide suizida izateko arrisku gehiago

duela, hainbat aldaketa fisiko, emozional eta sozial gertatzen diren bizitzako etapa delako nerabezaroa (20). Honen aurrean, nerabeek aurretik aipatutako arrisku-faktoreak partekatu arren, euren adin tarterako faktore espezifikoak ere badituzte. Esaterako, frogatu da gurasoekin erlazio txarra, euren babes nahiko ez izatea eta babes sozial gutxi izateak 10 aldiz handitu dezaketela arriskua (20). Familiaren papera garrantzitsua da adin horietan, izan ere; adin oso txikietatik pertsona horiengan eragin zuzena duena da familia eta norbanakoak eraikiko duen pertsonalitatean. Gurasoen banaketak ere eragina duela ere frogatu da. Bestalde, indarkeria mota ezberdinak, hala nola, tratu txar psikologikoak eta sexu-abusuek ere handitzen dute arriskua. Haur-abusuaren biktima izan diren nerabeen artean sei aldiz sarriago burututako suizidioa (20). Azpimarratzekoa da ere, nerabezaroan zehar hezkuntza-sisteman bullying-a jasateko aukera duela, honek ere garrantzia hartuz, frogatuta baitago eskola-jazarpena lotuta dagoela ideia suizidarekin eta suizidio-ahaleginarekin (11, 20). Gainera, kalifikazio txarrak lortu eta itxaropen akademikoak ez betetzea suizidio-arrisku handiagoarekin lotzen da (19). Arrisku-faktore hauen gain, 2020an egindako errebisio sistematiko batean (3), aurretik aztertutako eragileez gain “arrisku-faktore berri” bezala definitutakoak azaldu dira (Ikus 4. eranskina).

#### 4.1.4. HIRUGARREN ADINEKOEN ARRISKU-FAKTOREAK

Hirugarren adineko pertsonetan, suizidio saiakera gehiago emakumeek izaten dituzte eta aurrera eramandako suizidioetan berriz, gizona izatea da arrisku faktore nagusia. Bestalde, bikote gabekoa edo alarguna izatea, sinesmen erlijiorik ez izatea eta familian suizidio edo gaixotasun mentalen aurrekariak izatea ere hirugarren adineko pertsonetan nabarmentzen diren arrisku-faktoreak dira. Bakardadea eta isolamendua izaten da sarritan pertsona helduek sentitzen dutena eta hori arriskutsua izan daiteke osasun fisiko eta emozionalerako. Gainera, gaixotasun kroniko eta sendaezina duten pertsona helduek arrisku handiagoa dute beren buruaz beste egiteko (21, 22).

#### 4.1.5. FAKTORE BIZKORTZAILEAK

Badaude gertaera batzuk estres handia sortu eta ondorioz ekintza suizida bizkortu dezaketenak (1, 4, 11).

- Istripu edo diagnostikoak; gaixotasun larriak, mingarriak edo desgaitasuna eragiten dutenak.
- Hondamendi naturalak.

- Inguruko pertsonen galera.
- Inguru suizida izatea: Bitarteko hilgarrietarako eskuragarritasuna izatea, epidemia suizidak, familiakoen suizidioak, informazio desegokia eskuratzea.
- Bizipen traumatikoak: indarkeria eta tratu txarrak, jazarpena eta sexu-abusua jasan dutenak.
- Toxikoen erabilera handitu dutenak edo intoxikatuak daudenak.
- Inguruko pertsonekin konfliktoak edo arazo legalak izatea.
- Ospitalizazio psikiatrikoko alta (lehen astean arrisku handiagoa).
- Bizitzako gertakari estresagarriak.

#### 4.1.6. BABES FAKTOREAK:

Bestalde, suizidioaren babes faktoreak aipatzea ere garrantzitsua da (1):

##### 3. *Taula: Suizidioaren babes faktoreak*

PERTSONALAK	SOZIALAK EDO TESTUINGURUKOAK
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gatazkak edo arazoak konpontzeko trebetasuna.</li> <li>- Norberarengan konfiantza izatea.</li> <li>- Gizarte-harremanetarako eta pertsonen arteko harremanetarako gaitasuna.</li> <li>- Malgutasun kognitiboa izatea.</li> <li>- Seme-alabak izatea, bereziki emakumeetan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiaren eta gizartearen laguntza, eta haren indarra eta kalitatea.</li> <li>- Gizarteratzea.</li> <li>- Sinesmen eta praktika erlijiosoak, espiritueltasuna edo balio positiboak izatea.</li> <li>- Kultura- eta tradizio-balioak eskuratzea.</li> <li>- Tratamendu integrala, iraunkorra eta epe luzekoa, arazo mentalak dituzten, gaixotasun fisikoa duten edo alkoholismoa pairatzen duten gaixoetan.</li> </ul>

**Iturria:** *Egilea*

#### 4.1.7. ARRISKU SUIZIDA DUEN PAZIENTEAREN EBALUAZIOA

Suizidio arriskuaren ebaluazioa eginkizun garrantzitsu, konplexu eta zailena kontsidera daiteke edozein osasun profesionalentzat (16). Gainera, suizidioaren prebentziorako ezinbesteko alderdia da lehen arreta mailan eta baita arreta espezializatuan ere (1). Suizidio-arriskuaren balorazioak protokolizatua egon beharko luke profesionalen artean eta osasun-zerbitzuetan. Ez da horretaz galdetzeko beldurrik izan behar, ez baitu ideagintza suizida eragiten ez duenarengan, ez eta okerragotzen duenarengan ere. Nolanahi ere, jokabide suizida dagoela susmatzen bada, ebaluatu egin behar da beti (1). *American Psychiatric Associationek* (APA) bere buruaz beste egiteko arrisku eta jokabidearen ebaluazioa zein egoeratan egitea den egokia adierazi zuen (19) (Ikus 5. eranskina).

Azpimarratzekoa da ere bere buruaz beste egiten saiatu diren edo lortu duten pertsona asko aldeztatik osasun zerbitzuekin harremanetan egon direla, batez ere familiako medikuarekin. Hala, %75-83 aurreko urtean jarri dira medikuarekin harremanetan, eta %45-66 aurreko hilabetean (16, 23). Honen aurrean, suizidio-arriskua duen pertsona batekin esku hartzeko, prestakuntza- eta entrenamendu-maila ona duten profesionalak behar dira; izan ere osasun-profesionalen prestakuntzak segurtasuna ematen du arriskua ebaluatzeko eta ideia suizida baloratzeko (11, 24).

Suizidio arriskuaren ebaluazioa egiteko bi tresna nagusi daude: elkarrizketa kliniko eta ebaluazio eskalen erabilera, nahiz eta azken hauek ez duten irizpen kliniko ordezkatzen, baizik eta osagarri modura jokatu (1).

Elkarrizketa kliniko ezinbesteko tresna da eta harekin lortutako informazio osoa historia klinikoan erregistratu behar da (14). Gainera, paziente era profesionalaren arteko interakzioa hasten da berarekin eta suizidio arriskua gutxitzeko aukera eman dezakeen tresna da (1). Elkarrizketan garrantzitsua izango da ebaluazio psikopatologikoa eta soziala egitea, non faktore psikologiko eta testuinguruko ebaluazioa eta jokabide suizidaren ezaugarriak agertu behar diren (saiakeraren ezaugarriak, ezaugarri pertsonalak eta testuingurukoak). Garrantzia izango du informazioa pazienteaz gain beste iturri batzuetatik jasotzea: familia, lagunak, ingurukoak, beste profesionalak edo zaintzaileak (1, 15, 17).

Ebaluazio eskalei dagokienez, gaur egun oraindik euren erabilera ez dago orokortua praktika klinikoari dagokionez; izan ere, askotan ez dira itzulita eta egokituta egoten hemengo hizkuntzara. Horregatik, garrantzitsua da ebaluazio-tresnak garatzeko ekimenak eta osasun profesionalen erabilera bultzatzea. Eskala hauek autoaplikatuak edo elkarrizketatzaile batengatik heteroaplikatuak izan daitezke (19) (ikus.4 taula):

4. taula: Suizidioaren ebaluaziorako eskalak.

JOKABIDE SUIZIDAREN ESKALA ESPEZIFIKOAK		JOKABIDE SUIZIDAREN ESKALA EZ ESPEZIFIKOAK	
<b>Jokabide arrisku suizidaren eskalak eta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).</li> <li>- Escala de Valoración de Gravedad de la Conducta Suicida de la Universidad de Columbia (C-SSRS).</li> <li>- InterSePT.</li> <li>- Escala SAD PERSONS.</li> <li>- Escala IS PATH WARM.</li> <li>- Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS).</li> <li>- Índice de Potencial Suicida (IPC).</li> <li>- Escala de Evaluación Suicidio (SUAS).</li> <li>- Escala de riesgo de suicidio Pöldinger (ROSS).</li> <li>- Cuestionario de Riesgo de Horowitz (RSQ).</li> <li>- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS).</li> <li>- Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS).</li> <li>- Cuestionario de Riesgo de Linehan (SBQ).</li> </ul>	<b>Depresioa, etsipena eta estres bitala ebaluatzeko eskalak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).</li> <li>- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS).</li> <li>- Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).</li> <li>- Inventario de Razones para Vivir (RFL).</li> <li>- Escala de Desesperanza de Beck (BHS).</li> <li>- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE).</li> </ul>
<b>Ekintza suizida neurtzeko eskalak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS).</li> <li>- Escala de Gravedad Médica de la Tentativa (MDS).</li> <li>- Escala de Riesgo-Rescate (RRRS).</li> <li>- Entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica (SSIPA).</li> </ul>	<b>Oldarkortasuna, etsaitasuna eta agresibitatea ebaluatzeko eskalak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia de Agresión Brown-Goodwin (BGLHA).</li> <li>- Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11).</li> <li>- Escala de Impulsividad de Plutchik (IS).</li> <li>- Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI).</li> <li>- Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (ERVP).</li> </ul>
<b>Errepikatzeko arriskua ebaluatzeko duten eskalak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Edimburgo de riesgo de repetición (ERRS).</li> <li>- Escala de intencionalidad modificada (MIS).</li> <li>- Escala de riesgo de repetición (RRS).</li> </ul>	<b>Psikopatologia orokorraren ebaluazio eskalak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.</li> </ul>

Iturria: Egilea

Honetaz gain, “Manual de Prevención, Intervención y PostVención de la Conducta Suicida” liburuan (19), egileak kasu bakoitzean erabili beharreko eskalen gomendio taula bat egiten du, erabilera sinplifikatzeko asmotan (ikus 5. Taula):

5. taula: Kasu bakoitzean erabili beharreko eskalen gomendioa.

<b>HETEROAPLIKATUAK</b>	Lehen arreta maila		SAD PERSONS
			IS PATH WARM
	Larrialdiak		Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (RSQ)
	Osasun mentala	Suizidio ahalegin gabe	Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)
			Escala de Valoración de la gravedad de la conducta Suicida de Columbia (C-SSRS)
		Suizidio ahaleginarekin	Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)
		Heriotza	Entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica (SSIPa)
<b>AUTOAPLIKATUAK</b>			Escala de Desesperanza de Beck (BHS)
			Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)
			Inventario de Razones para Vivir (RFL)

Iturria: Egilea

## 4.2.ERIZAINAREN ESKU-HARTZEA LEHEN ARRETA eta LARRIALDI MAILAN

### 4.2.1. LEHEN ARRETA MAILA

Lehen arreta mailako profesionalek ezinbesteko garrantzia dute jokabide suizidaren ebaluazio eta maneian urtez urte pazienteekin izandako harremanak konfiantza ematen dietelako (1). Gainera, osasun sisteman sartzeko sarrera puntua da lehen arreta maila, komunitaterekin etengabe harremana du, biztanleriaren osasunaren inguruko erreferente izanez eta populazioarekin mantentzen duen harreman horrek

pazientearen inguruneke informazio izatea bermatzen dio bertako profesionalari, arreta eta zainketaren jarraipena egiteko (12, 24). Halaber, jakina da beren buruaz beste egiten saiatu direnen %75ak aurreko urtean euren medikuarekin harremanetan jarri zirela eta %45ak aurreko hilabetean izan zuela kontaktua (23). Pazienteak heriotzaz hitz egiteko espazioa izateak, profesionalak entzute aktiboa erabiliz, suizidio pentsamenduen fase arinak sortutako antsietatea murriztu dezake. Halaber, heriotzaz eta suizidioaz hitz egiteak ez du arriskua ezabatzen, baina ez du handitzen eta murriztu egin dezake. Are gehiago, pazienteak izaten ari den emozio negatibo horri izena eman diezaioke, sentimenduari zentzua emanez eta hau desaktibatuz gero, denbora irabaz daiteke, autolisia atzeratuz eta bizitzarekiko konpromisoa negoziatuz (1).

Ez da erraza pazienteei beren ideia suizidei buruz galdetzea. Galderak pixkanaka egin beharko dira. Ez dira ez zorrotzak ez hertsatzaileak izan behar, eta modu bero eta enpatikoan egin beharko dira (1). Gainera, osasun profesionalak suizidio gaiaren inguruan galdetzean euren burua eroso dagoen ebaluatzea garrantzitsua izango da (24). Oklahomako suizidioaren prebentziorako errekurtsio zentroak (SPCR) lehen arreta mailarako egindako lan tresnan aipatzen dira gaiaz galdetzeko zehaztapenak (24) (Ikus 6. eranskina).

Suizidio ideiak dituzten pazienteetan beharrezkoa da faktore soziodemografikoen ebaluazioa, gaixotasun mentalen presentzia, aurretiko saiakerak eta familiako aurrekariak ebaluatzea. Gainera, maila asistentzial honetan garrantzitsua izango da suizidioaren arrisku-maila (baxua, erdikoa eta altua) zehaztea eta horren arabera deribazio eta interbentzioa egitea (1, 4, 19, 23-29). Arrisku-maila zehazteko Espainiako Erkidego desberdinetan modu desberdinak erabiltzen dira: alde batetik, OMEren SUPRE programan definitutakoa gomendatzen da “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicidio”, “Prevensuic: guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios”, Nafarroa eta Andaluziako gidaliburuetan (1, 4, 23, 24). SUPREren arrisku-mailaren taula 7. Eranskinean ikus daiteke. Beste alde batetik, *Mini International Neuropsychiatric Interview* eskala erabiltzen da Asturias eta Katalunian (26, 28). Azken honetan, 1-5 arrisku baxua, 6-9 erdi mailako arriskua eta 10 baino gehiagoko puntuazioarekin arrisku altua adieraziz.

#### 4.2.2. LARRIALDIAK

Larrialdietako zerbitzuek, ospitalekoek nahiz ospitalez kanpokoek, garrantzia handia dute suizidioari dagokionez; izan ere, askotan, ideia gintza edo portaera suizida duen pazienteak osasun-sistemarekin harremanetan jartzen den lehen tokiak dira (1).

Larrialdietara joaten den paziente orori hasierako balorazio bat egiten zaio triaje bere larritasunaren arabera lehenesteko. Espainian gehien erabiltzen den sistema *Manchester Triage System* (MTS) da. Sistema honetan 5 larritasun-maila daude (Ikus 8. eranskina). Oinarritzkoa litzateke jokabide suizida duen paziente orori gutxienez 3 maila jartzea triaje. Halaber, garrantzitsua izango da berehalako arreta behar ez duen pazientearen kasuan galdera hauek kontuan hartzea (1):

- 1) Gaixoa ondo dago fisikoki itxaron ahal izateko?
- 2) Berehalako suizidio-arriskua dago?
- 3) Gaixoa zaintzeko neurririk hartu behar da?
- 4) Medikuak ikusi arte itxaron dezake pazienteak?

Triajeko erizainen inguruko ikerketa baten arabera, triajeko erizainak pazienteari bere burua mindu nahi duen galdetzean, erantzun errealarari arreta gutxi jartzen diotela adierazten dute. Hori beharrean, pazienteak galderaren aurrean izandako erreakzioari garrantzia gehiago ematen zaiola azaltzen da. Zehazki, erizainek zenbait portaera kontatzen dituzte, hala nola, begi kontaktua mantentze eza edo erantzuterako orduan pazienteak duda asko izatea, pazienteak bere buruaz beste egiteko seinale adierazgarri gisa deskribatzen dituzte (30).

Jokabide suizida duten paziente guztiak larrituta egongo dira, batzuk larrialdi zerbitzuan egoteagatik eta beste batzuk bizirik egoteagatik. Askok estigmatizatuta eta lotsatuta sentituko dira. Garrantzitsua izango da erosotasuna, lasaitasuna eta itxaropena eskaintzea eta batez ere epaiketarik ez egitea (31).

Donostiako Ospitaleko larrialdietan suizidio saiakera izan duen pazientearen maneiuaren inguruko protokoloaren arabera, garrantzitsua izango da suizidio arriskuaren ebaluazioa egitea eta arrisku-maila finkatzea. Hala ere, paziente suizidaren ebaluazioa psikiatrak egin behar duela adierazten da (32).

Larrialdietan, pazientearen eta osasun profesionalaren segurtasunak lehentasuna izan behar du bere buruaz beste egiteko arrisku handia duten pazienteari erizaintza-



zainketak ematean: gaixoa bakarrik ez utziz, eta batez ere segurtasuna ziurtatuz. Esku-hartze hauek egin behar dira (33):

- Prozedura/esku-hartze guztiak azaltzea.
- Erakundeko segurtasuneko prozedurekin hastea, hala nola, arropa kendu eta objektu pertsonalen zainketa.
- Langile bati esleitu pazientearen etengabeko zainketa eta behaketa (langileak gaitasunetan oinarrituta trebatu behar dira).
- Esku-hartzeekin lotutako efektu kaltegarriak kontrolatzea (adibidez, botikengatik sortutakoak).
- Osasun mentaleko profesionalekin kontsultatu, pazientearen pentsamendu edo planetan esku-hartzeko garaian.
- Krisian esku-hartzea eta egon daitezkeen aukerak eztabaidatzea egungo estres-faktoreei aurre egiteko.
- Erabakiak hartzeko prozesua dokumentatzea.
- Deribazio egokiak egin.

Larrialdietan arrisku-maila egoki ebaluatu ondoren, pazientearen nondik norakoa (deribazioa) erabakiko da. Osasun mentaleko profesionalak ebaluatu beharko du pazienteak ospitalean ingresatzeko baldintzak betetzen dituen ala ez. APAk hainbat irizpide ezarri ditu horren baitan (Ikus 9. eranskina) (1).

#### 4.2.3. GIPUZKOAKO SUIZIDIOAREN PREBENTZIORAKO PROGRAMA PILOTUA

Gipuzkoan, *European Alliance Against Depression*-en (EAAD) integratua, suizidioaren prebentziorako programa pilotu bat eraman zen aurrera, lehen fasea 2013-2014 urteetan zehar izanez. Gipuzkoako bi Erakunde Sanitario Integratuetan (ESI) aplikatu zen: Debabarreneko ESI (80.000 biztanle, eskualdeko ospitale bat eta osasun mentaleko zentro bat), Goierri-Urola Garaiko ESI (95.000 biztanle, eskualdeko ospitale bat eta osasun mentaleko hiru zentro) (34, 35). EAADeko edozein programa bezala lau mailako interbentzioa izan zuen: biztanleria orokorrean, gizarte bideratzaileetan, komunikabideetan eta osasun sisteman. Osasun sistema mailako interbentzioan, gaixoen detekzioa, esku-hartzea eta bere buruaz beste egiten saiatu ondoren, jarraipena hobetzea izan ziren.

- Larrialdietako esku-hartze sanitarioaren mailan (eskualdeko bi ospitale,

guardiako psikiarrik gabe), hiru orduko prestakuntza saioak egin ziren larrialdietan lan egiten duten lehen arreta mailako profesionalentzat. Bestalde, larrialdietako zerbitzuen eta osasun mentaleko zentroyen artean deribazio-protokoloak sortu ziren, eta horietan 10 egun baino gutxiagoan lehenagoko kontsulta eginez.

- Osasun Mentaleko zentroetan berriz, egondako saiakera guztien erregistroa sortu zen eta jarraipen-programa espezifiko bat sortu zen (Telefono Jarraipen Laburraren Protokoloa), erizainen esku geratzen zena.

Programan 32 paziente sartu ziren, eta horietatik %83 telefono bidezko jarraipenean egon ziren 3 hilabetera eta %60a 6 hilabetera. Urtebeteko epean, %6ko suizidio-saiakera berri tasarekin lortu zen esku-hartzea.

2014. urtean hasi zen abian proiektuaren bigarren fasea. Hauek barne:

- Bere buruaz beste egiten saiatu berri diren gaixoentzako Telefono Segimendu Laburreko Programa baten eraginkortasuna ebaluatzeko saiakuntza klinikoa, erizaintzako talde baten eskutik (*call center* sanitarioa). Programaren aurreko esperientzian oinarritua eta EAeko 3 ospitale orokorretan garatua.
- EAAD Gipuzkoa programa zabaltzea, beste osasun eskualde batzuetara zabaltzeko eta esku-hartzeen hobekuntzarako.

Programa aurrera eraman zen arren, oraindik ez dago programa honi buruzko argitalpen zientifikorik (35).

## 5. EZTABAIDA

Errebisio honetan erabilitako emaitza guztiek bat egiten dute gaur egungo gizartean suizidioa osasun publikoko arazo larri bat denaren ideiarekin (1-6, 8-31, 33-35).

Arrisku-faktoreei dagokionez, faktore indibidualez ari garenean, osasun mentaleko arazoak izateak pisu handia du portaera suizidarengan, hau baita eragin handiena duena (1, 4, 8, 11, 14-18). Bestalde, azpimarratzekoa da azken urteotan horrelako arazoek izan duten gorakada eta beraz, garrantzitsua da honek suizidalitatean izan dezaken eraginaren inguruan ikertzea, kontuan izanda errebisio honetan aurkitutako emaitza gehienak, gorakada hori gertatu baino lehenagokoak direla. Gazteen arrisku-faktore espezifikoak bilatu nahian, artikulu ia guztietan aurretik definitutako arrisku-faktore “tipikoak” agertzen dira eta errebisio batean soilik topatu dira arrisku-faktore

berritzaileak izan daitezkeenak: esaterako, gazteek egoerei aurre egiteko izan dezaketen gaitasun falta, mugikorraren erabilera okerra, nutrizio desegokia, hilerokoarekin arazoak, euren gurasoen insomnio arazoak etab. (3). Honen aurrean, etorkizunera begira arrisku-faktore horien ikerketan jarri beharko litzateke indarra gaur egungo gizartearen ezaugarriak kontuan hartuta arrisku-faktore zehatzagoak izan daitezkeelako.

Suizidioaren prebentziorako beharrezkoa da paziente suiziden identifikazioa eta horretarako argi dago ebaluazio egoki bat egitea beharrezkoa dela. Horretarako, ebaluazio eskala desberdinak dauden arren, euren erabilera ez dago guztiz zehaztua. Espainiako Autonomia Erkidego bakoitzean eskala desberdinak gomendatzen dira euren protokolo eta praktika klinikorako gidetan: Asturias, Madril eta Kataluniakoetan *Mini International Neuropsychiatric Interview* eskala gomendatzen dute (26-28); Valentzian, dauden aukerak aipatu baina ez dute zehazten zein eskala erabili (29); Espainiako “Guía Práctica de la Prevención de la Conducta Suicida” gidan eta Andaluzian, “Escala de Desesperanza de Beck”, “Escala de Ideación Suicida de Beck” eta “Escala de Intencionalidad Suicida de Beck” aholkatzen dituzte, nahiz eta azken honetan “Escala de Hamilton para la Depresión” ere gomendatu (1, 24). Nafarroan berriz, ez dute eskala zehatzik aipatzen, garrantzia ematen diote arrisku-maila definitzeari (23). Arrisku-maila definitzeko zehaztapenei dagokienez, OMEk egindako SUPRE programaren arabera izatea gomendatzen da kontsultatutako hainbat gidetan (1, 4, 23, 24). Bestalde, arrisku-maila *Mini International Neuropsychiatric Interview*-ren arabera definitzea deskribatzen da Asturias eta Kataluniako protokoloetan (26, 28). Nolanahi ere, eskalen erabilera mugatua da; izan ere elkarrizketa klinikoa izango da benetan pazientearen balorazio egokirako informazioa emango duen tresna (1, 19).

Deribazio kriterioei dagokienez, arrisku-mailaren arabera izango da. Arriskua baxua bada, jarraipena lehen arreta mailan egitea gomendatzen da Andaluzia, Asturias eta Katalunian (24, 26, 28). Andaluzian, hitzordua astebete baino lehenago egin behar dela zehazten da (24). Nafarroako planaren arabera lehen arreta mailako jarraipena Osasun Mentaleko Zentroaren laguntzarekin egitea aholkatzen da (23). Nolanahi ere, Valentzian arriskua baxua bada ere, pazientearen zuzenean Osasun Mentaleko Zentroaren bidez jarraitzen da (29). Arriskua berriz ertaina denean, aztertutako gida eta plan guztietan Osasun Mentaleko Zentroaren bidez egitea gomendatzen da (11, 23, 24, 26-29). Are gehiago, Asturiasen lehentasunezko hitzordu bezala (10 eguneko epean), Valentzian 72h epean eta Andaluzian gehienez lau egunetan beharko lukeela adierazten da (24, 26, 29).

Arrisku altuan ospitaleko larrialdietara edo zuzenean osasun mentaleko ospitalizazio unitatera bideratzea gomendatzen (24, 28).

Azpimarratzekoa da Gipuzkoan, suizidioaren prebentziorako programa pilotu bat aurrera eramanez arren, ez dela honen inguruko argitalpen zientifikorik egin (35). Bestalde, Euskadiko Suizidioa Prebenitzeko Estrategian etorkizunera begira ezarritako helburuak eta horretarako hartu beharreko neurriak sakonki aztertzen badira ere, ez da topatu jokabide suizida duen pazientearen aurrean osasun profesional batek jokatu beharreko moduaren inguruko informazio zehatzik (11). Donostiako Ospitalean paziente suizidaren inguruko gida labur bat dagoen arren, ez da nahikoa osasun profesionalaren esku-hartzea nolakoa izan behar den ondo zehazteko (32). Garrantzia handia du osasun profesionalak asistentzia maila guztietan izan beharreko jarrera edo egin beharrekoa argi egotea eta bereziki lehen arreta mailan, non osasun profesionalak komunitatearekin etengabeko harremana duen eta horrek pazientearen inguruko informazioa eskuratzea errazten duen (12, 24, 25).

Mundu osoko datuak kontuan izanda, soilik 38 herrialdeek dute suizidioaren prebentziorako plan estrategiko nazional bat; tartean azpimarratzekoa da Espainian ez dagoela Suizidioaren Prebentziorako Plan Nazionalik. Espainiako datuak ikusita, argi dago azken urteetako joera ez dela beharrezkoa izan; 2020an Espainian suizidio-tasan %7,4ko igoera egon baitzen eta Euskal Autonomia Erkidegoan ere, igoera %30ekoa izan zela azpimarratzea garrantzitsua da. Espainian, Autonomia Erkidego desberdinetako osasun sistemak hartzen dituen bere gain suizidioaren prebentziorako planak. Zentzu honetan Katalunia eta EAE aitzindariak dira, programa eta emaitza zehatzak bultzatzen baitituzte (34).

Suizidio-tasak jaisteko, zinez beharrezkoa da Plan Nazionala gauzatzeko aurrekontua egitea, lehen arreta mailatik ematen diren zainketei lehentasuna ematea eta prestakuntzan eta ikerketan inbertitzea (34). Modu horretan, suizidioaren detekzio, ebaluazio, kudeaketa eta segimendua bere gain hartzen dituen esku-hartzeen bateratzea lortuko da.

## **6. ONDORIOAK**

- Suizidioa osasun publikoko arazoa larria da. OMEren arabera, urtean munduan 700.000 pertsonak egiten dute bere buruaz beste, hau da, 100 heriotzetatik 1

suizidioagatik da. Gizonen suizidio-tasa emakumeen bikoitza da, baina emakumeak 3 aldiz gehiagotan saiatzen dira. Gehien erabiltzen den metodoa urkatzea eta amiltzea dira.

- Suizidioa prebenitzeko ezinbestekoa da suizidio-arriskuaren faktoreak identifikatu eta arrisku horiek arintzea esku-hartzeen bidez. Suizidioaren arrisku-faktore nagusienetako nahasmendu mentalen bat izatea da, horien artean suizidio gehien eragiten dituen depresioa. Bestalde, suizidioen %50etan aurretik egindako saiakeraren bat zegoen.
- Suizidioaren ebaluazioa egitea eginkizun zaila den arren oso beharrezkoa da osasun profesionali dagokienez. Horretarako bi tresna daude: ebaluazioa eskalen erabilera ez dago orokortua eta elkarrizketa klinikoa izango da ezinbestekoa balorazio egoki bat egiteko. Garrantzitsua izango da pazienteaz gain, informazioa beste iturri batzuetatik jasotzea.
- Lehen arreta mailako profesionalak prest egon behar du paziente suizidaren aurrean egin beharrezkoa jakiteko. Lehen arreta mailan suizidioaren arrisku maila (baxua, erdikoa eta altua) baloratuko da eta horren arabera esku-hartzea eta deribazioa egingo da.
- Larrialdietako unitatean, osasun profesionalak erosotasuna eta lasaitasuna eskaini beharko dio pazienteari, epaiketak alde batera utziz eta betiere bere eta pazientearen segurtasuna ziurtatuz. Bertan, osasun profesionalak ebaluatuko dut pazientearen deribazioa-
- Espainia mailan, gaur egun, Autonomia Erkidego bakoitzak hartzen ditu bere gain suizidioa prebenitzeko planak. Beharrezkoa da Suizidioaren Prebentziorako Plan Nazionala aurrera eramatea; izan ere, modu horretan, profesionalen esku-hartze eta jokatu beharreko moduaren inguruko jarraibide bateratuak garatzea ahalbidetuko da.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. 1. Edizioa. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad. Madrid: 2012 [Kontsulta 2022/02/13]. Erabilgarri: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/05/gpc\\_481\\_conducta\\_suicida\\_avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/05/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_compl.pdf)
2. Munduko Osasun Erakundea [Internet]. Ginebra: Munduko Osasun Erakundea; 2022 [eguneratuta 2021/06/21; kontsulta data 2022/01/12]. Suicidio [3 pantaila ggb]. Eskuragarri: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Ati NAL, Paraswati MD, Windarwati HD. What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. J Child Adolesc Psychiatr Nurs [Internet].2021 [Kontsulta 2022/02/13];34(1):7-18. Erabilgarri: <https://doi.org/10.1111/jcap.12295>
4. Anséan A. Prevensuic: guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio; 2021.
5. Munduko Osasun Erakundea [Internet]. Ginebra: Munduko Osasun Erakundea; 2022 [eguneratuta 2021/06/17; kontsulta data 2022/01/11]. Una de cada 100 muertes es por suicidio [3 pantaila ggb]. Eskuragarri: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
6. Fundación Española para la Prevención del Suicidio [Internet]. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio; 2022 [eguneratua 2021/11/10; kontsulta data 2022/02/20]. Observatorio del Suicidio en España 2020 [2 pantaila ggb]. Eskuragarri: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
7. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2021. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y medio empleado; [kontsulta 2022/01/17]. [pantaila 1 ggb]. Eskuragarri: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=29993&L=0>
8. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. 1. Edizioa. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2014 [kontsulta 2022/01/17]. Erabilgarri:

- [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Organización Panamericana de la Salud . Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países [Internet]. 1. Edizioa. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021 [kontsulta 2022 urtarrilak 18]. Erabilgarri: <https://doi.org/10.37774/9789275324240>.
  10. Alper BS, Haynes RB. EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. BMJ Evid Based Med [Internet]. 2016 [kontsulta 2021/01/18]; 21(4): [123]. Eskuragarri: <http://ebm.bmj.com/content/21/4/123>
  11. Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza eta Osakidetza. Euskadin suizidioa prebenitzeko estrategia [Internet]. 1. Edizioa. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Gasteiz: 2019 [kontsulta 2021/02/15]. Erabilgarri: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia\\_prevenicion\\_suicidio/es\\_def/adjuntos/euskadin-suizidioa-prebenitzeko-estrategia.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenicion_suicidio/es_def/adjuntos/euskadin-suizidioa-prebenitzeko-estrategia.pdf)
  12. Association of clinicians for the underserves (ACU). Suicide Prevention in Primary Care: A Toolkit for Primary Care Clinicians and Leaders [Internet]. St. Louis: Centene; 2016 [kontsulta 2022/01/20]. Erabilgarri: <https://zerosuicide.edc.org/sites/default/files/suicidesaferecareguideforprimarycareproviders.pdf>
  13. López D. El suicidio: grupos de alto riesgo y grupos vulnerables. RINED [Internet]. 2021 [Kontsulta 2022/01/13]; 1(1):29-36. Eskuragarri: [https://www.revistarined.com/\\_files/ugd/27f117\\_a16751e9b06745a3b76284d30e42dc0b.pdf?index=true](https://www.revistarined.com/_files/ugd/27f117_a16751e9b06745a3b76284d30e42dc0b.pdf?index=true)
  14. Carpintero BL, Galindo JC. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente con riesgo de suicidio. Medicine [Internet]. 2019 [kontsulta 2022/02/15];12(84):4962-4965. Eskuragarri: DOI: 10.1016/j.med.2019.07.008
  15. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. European Psychiatry [Internet]. 2012 [Kontsulta 2022/01/17]; 27(2):129–41. Erabilgarri: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>
  16. Ayuso JL, Baca E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev. Psiquiatr.

- Salud Ment [Internet]. 2012 [konsulta 2022/01/20]; 5(1): 8-23. Eskuragarri: 10.1016/j.rpsm.2012.01.001
17. Pacheco T. Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas en el ámbito extrahospitalario [tesia Interneten]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015 [konsulta 2022/01/22]. Eskuragarri: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/38876/1/T37667.pdf>
  18. Carrasco-Barrios MT, Huertas P, Martín P, Martín C, Castillejos M, Petkari E, et al. Determinants of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2020 [konsulta 2022/01/22]; 17(11):4115. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7312422/pdf/ijerph-17-04115.pdf>
  19. Fundación Española para la Prevención del suicidio: Anséan A, director. Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2. edizioa. Rev. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014.
  20. Hernández L, Hueso C, Gómez JL, Cogollo Z. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revision sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020 [konsulta 2022/01/28]; 94: 1-15. Eskuragarri: <http://hdl.handle.net/10481/63924>
  21. Calderón A, Mateu J, Lacomba L. Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. *Informació Psicològica* [Internet]. 2021 [konsulta 2022/01/29]; (121):85-105. Eskuragarri: <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1866>
  22. Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A, et al. Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [Internet]. 2021 [konsulta 2022/02/02]; 127(agosto 2021):193-211. Eskuragarri: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>
  23. Oto, M. (koord.), et al. Protocolo de colaboración interinstitucional: Prevención y actuación ante conductas suicidas [Internet]. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2014 [konsulta 2022/02/15]. Erabilgarri: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>



24. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la Conducta Suicida [Internet]. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [konsulta 2022/02/17]. Erabilgarri: <http://hdl.handle.net/10668/1154>
25. Tupa E, Hendrickson A, Cole K, Koch H. Commission for Higher Education Mental Health Program (WICHE MHP) & Suicide Prevention Resource Center (SPRC). Suicide prevention toolkit for primary care practices: A guide for primary care providers and medical practice managers (Rev. ed.) [Internet]. Boulder: WICHE MHP & SPRC; 2017 [konsulta 2022/01/22]. Eskuragarri: <https://www.wiche.edu/wp-content/uploads/2018/10/Suicide-Prevention-Toolkit-CO-April-2018.pdf>
26. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental. Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio [Internet]. 1. edizioa. Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria UCOSAM. Oviedo: 2018 [konsulta 2022/02/17]. Erabilgarri: [https://cendocps.carm.es/documentacion/2019\\_Protocolo\\_deteccion\\_manejo\\_caso\\_suicidio.pdf](https://cendocps.carm.es/documentacion/2019_Protocolo_deteccion_manejo_caso_suicidio.pdf)
27. Jiménez J, Martín S, Pacheco T, Pérez-Íñigo JL, Petersen G, Robles JI, et al, Salud Mental Madrid. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida [Internet]. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. Madrid: Consejería de Sanidad; 2016 [konsulta 2022/02/25]. Erabilgarri: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>
28. Àrea d'atenció sanitària, CatSalut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya. Atenció a les persones en risc de suïcidi: codi risc de suïcidi (CRS) [Internet]. Servei Català de la Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015 [konsulta 2022/02/26]. Erabilgarri: <http://hdl.handle.net/11351/1654>
29. Sotoca R. (zuz.), Frades B. (koord.), López J. (koord.), et al. Prevención del suicidio: Guía informativa para profesionales de sanidad [Internet]. 1. Edizioa. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Valentzia: Generalitat Valenciana; 2017 [konsulta 2022/02/26]. Erabilgarri: <http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+d>

[e+suicidio\\_WEB\\_CAS.pdf](#)

30. Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Clark PR, Moon MD, Zavotsky KE. Assessing for Occult Suicidality at Triage: Experiences of Emergency Nurses. J Emerg Nurs [Internet]. 2018 [kantsulta 2022/03/10]; 44(5):491-498. Erabilgarri: doi:10.1016/j.jen.2018.01.013.
31. Ryan CJ, Large M, Gribble R, Macfarlane M, Ilchef R, Tietze T. Assessing and managing suicidal patients in the emergency department. Australas Psychiatry [Internet]. 2015 [kantsulta 2022/03/10];23(5):513-6. Erabilgarri: doi: 10.1177/1039856215597536.
32. Arias I, Ventura I. Urgencias psiquiátricas: 19.2. Intento de suicidio. In: Aginaga JR, editorea. Temas básicos en Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. 1. edizioa. Donostia: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias EKALME - SEMES Euskadi; 2015 [kantsulta 2022/03/16]. Erabilgarri: [https://drive.google.com/file/d/0BzoyV8-T3UMENzU0U25lQ1E2OFk/view?resourcekey=0-L-Q7so\\_Uo6YugHfo-DxTCA](https://drive.google.com/file/d/0BzoyV8-T3UMENzU0U25lQ1E2OFk/view?resourcekey=0-L-Q7so_Uo6YugHfo-DxTCA)
33. Antai-Otong D. What Every ED Nurse Should Know About Suicide Risk Assessment. J Emerg Nurs [Internet]. 2016 [kantsulta 2022/03/5]; 42(1):31-6. Erabilgarri: doi:10.1016/j.jen.2016.01.001
34. Navarro Gómez N. El abordaje del suicidio: revisión de las estrategias autonómicas para su intervención. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [kantsulta 2022/03/06]; 94: 25 de mayo e202005036. Erabilgarri: [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/C\\_ESPECIALES/RS94C\\_202005036es.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202005036es.pdf)
35. Fundación Española para la Prevención del Suicidio [Internet]. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio; 2022 [kantsulta 2022/03/20]. Programa piloto de prevención de la conducta suicida de Guipúzcoa [2 pantaila ggb]. Eskuragarri: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/gipuzkoa/>

## 8. ERANSKINAK

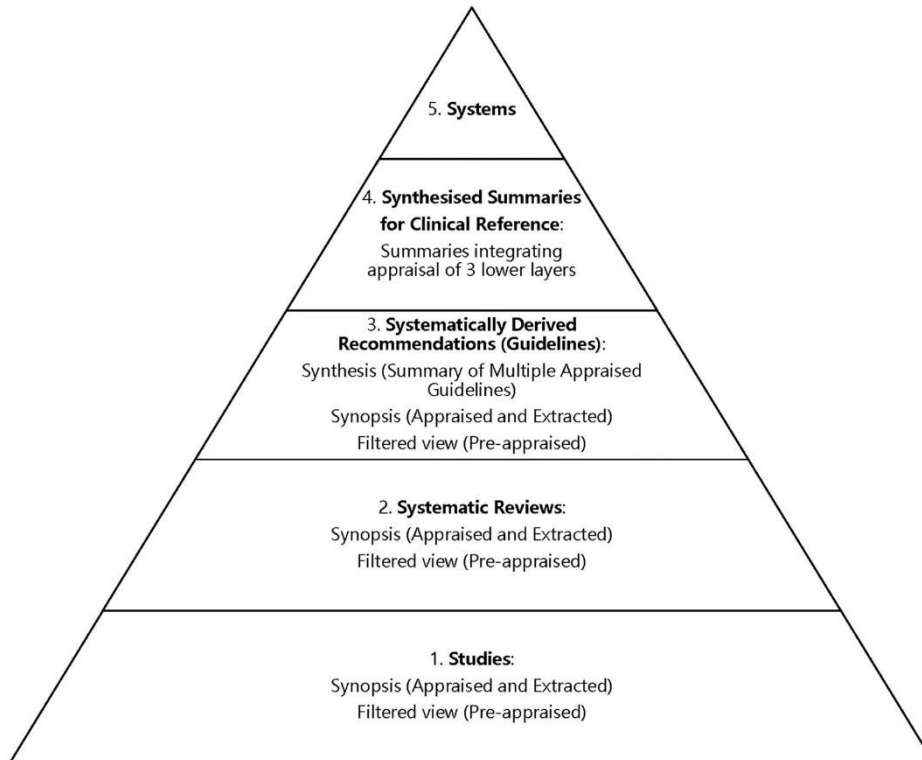
### 1. Eranskina: Datu-baseetan erabilitako bilaketa-estrategia eta bilaketa-emaizak.

Datu basea	Bilaketa-estrategia	Emaitzak	Filtroak	Emaitzak	Aukeratutako artikulua
<b>Cuiden</b>	<i>([cla=Suicidio])AND([cla=Enfermería])</i>	107	<b>Urteak:</b> Azken 5 urteak	32	<b>1</b>
<b>PubMed</b>	<i>((attempted suicide[MeSH Terms]) OR (suicidal ideation[MeSH Terms])) AND (risk factors[MeSH Terms]) AND (adolescent[MeSH Terms])</i>	3.299	<b>Urteak:</b> Azken 10 urteak <b>Hizkuntza:</b> Ingeles eta Gaztelania <b>Artikulu mota:</b> Meta- Analisisa eta errebisio sistematikoa.	46	<b>2</b>
	<i>((attempted suicide[MeSH Terms]) OR (suicidal ideation[MeSH Terms])) AND (risk factors[MeSH Terms]) AND (aged[MeSH Terms])</i>	1364	<b>Urteak:</b> Azken 10 urteak <b>Hizkuntza:</b> Ingeles eta Gaztelania <b>Artikulu mota:</b> Meta- Analisisa eta errebisio sistematikoa.	16	<b>2</b>
	<i>(Suicide[MeSH Terms]) AND (Emergency hospital services[MeSH Terms]) AND (nursing[MeSH Terms])</i>	41	<b>Urteak:</b> Azken 10 urteak	16	<b>1</b>
	<i>(clinical practice guideline[MeSH Terms]) AND (suicide[MeSH Terms])</i>	130	<b>Urteak:</b> Azken 10 urteak <b>Hizkuntza:</b> Ingeles eta Gaztelania	56	<b>1</b>

<b>Dialnet</b>	<i>Suicidio y factores de riesgo</i>	459	<b>Urteak:</b> Azken 10 urteak <b>Artikulu mota:</b> aldizkariko artikulua eta testu osoa	198	<b>4</b>
	<i>Suicidio y urgencias y enfermería</i>	10	-	1	<b>0</b>
	<i>Suicidio y atención primaria</i>	71	<b>Artikulu mota:</b> aldizkariko artikulua eta testu osoa	39	<b>0</b>
<b>BVS</b>	<i>((Suicidio) OR (Intento de Suicidio) OR (Ideación Suicida)) AND (Factores de Riesgo) AND (Adolescente)</i>	3065	<b>Urteak:</b> Azken 10 urteak <b>Hizkuntza:</b> Ingeles eta Gaztelania <b>Artikulu mota:</b> Errebisio sistematikoa.	76	<b>0</b>
	<i>((Suicidio) OR (Intento de Suicidio) OR (Ideación Suicida)) AND (Factores de Riesgo) AND (Anciano)</i>	1533	<b>Urteak:</b> Azken 10 urteak <b>Hizkuntza:</b> Ingeles eta Gaztelania <b>Artikulu mota:</b> Errebisio sistematikoa.	38	<b>0</b>
	<i>((Suicidio) OR (Intento de Suicidio) OR (Ideación Suicida)) AND (Urgencias Médicas) AND ((Atención de Enfermería) OR (Enfermería))</i>	28	<b>Urteak:</b> Azken 10 urteak	6	<b>0</b>
	<i>(Suicidio) AND (Atención Primaria de Salud) AND (Enfermería)</i>	61	<b>Hizkuntza:</b> Ingeles	11	<b>0</b>
	<i>((Suicidio) OR (Intento de Suicidio) OR (Ideación Suicida)) AND (Prevención) AND ((Atención de Enfermería) OR (Enfermería))</i>	855	<b>Urteak:</b> Azken 10 urteak <b>Hizkuntza:</b> Ingeles eta Gaztelania	215	<b>1</b>

	((Suicidio) OR (Intento de Suicidio) OR (Ideación Suicida)) AND (Guía de Práctica Clínica)	83	<b>Urteak:</b> Azken 10 urteak <b>Hizkuntza:</b> Ingeles eta Gaztelania	33	3
<b>GUZTIRA</b>			<b>15 artikulua</b>		

2. *Eranskina: Alper eta Haynes-en piramidea (10. erreferentziatik hartuta)*



3. *ERANSKINA: bilaketa-emaitzak ebidentzia-mailaren arabera sailkatuta.* Kolore berdeak piramidearen hirugarren maila adierazten du (sintesiak), arrosak bigarrena (errebisioak) eta urdinak lehenengoa (ikerketak eta adituen iritziak).

<b>PRAKTIKA KLINIKORAKO GIDA</b>				
<b>Erreferentzia zenbakia</b>	<b>TITULUA</b>	<b>AUTOREAK</b>	<b>URTEA</b>	<b>GAI NAGUSIA</b>
1	“Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida I. Evaluación y Tratamiento”	Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.	2012	Suicidio arriskua duen pazientearen maneiurako gomendio eta esku-hartzeak.

4	“Prevensuic: guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios”	Anséan, A.	2021	Suizidio arriskua duen pazientearen maneirako osasun profesionalentzat gomendio eta esku-hartzeak.
14	“Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente con riesgo de suicidio”	Carpintero BL, Galindo JC	2019	Suizidio arriskua duen pazientearen diagnostiko eta interbentzioen inguruko protokoloa
19	“Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida”	Anséan A.	2014	Suizidio maneirako osasun profesionalentzat gomendio eta esku-hartzeak.
31	“Assessing and managing suicidal patients in the emergency department”	Ryan CJ, Large M, Gribble R, Macfarlane M, Ilchef R, Tietze T.	2015	Larrialdietako zerbitzuan “paziente suizidak” ebaluatzeko eta erabiltzeko adostasun-jarraibideak ezartzea.

#### ERREBISIO SISTEMATIKOA

Erreferentzia zenbakia	TITULUA	AUTOREAK	URTEA	GAI NAGUSIA
3	“What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review”	Ati NAL, Paraswati MD, Windarwati HD.	2020	Nerabeen suizidioren arrisku eta babes faktoreak.
15	“The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. European Psychiatry”	Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al.	2011	Suizidioaren prebentzio eta tratamenduarekiko The European Psychiatric Association-en (EPA) gida.
16	“Recomendaciones preventivas y manejo del	Ayuso JL, Baca E, Bobes J, Giner J,	2012	Jokabide suizidaren prebentzio eta maneiuaren inguruko gomendioak.

	comportamiento suicida en España”	Giner L, Pérez V, et al.		
18	“Determinants of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis”	Carrasco-Barrios MT, Huertas P, Martín P, Martín C, Castillejos M, Petkari E, et al.	2020	Europako biztanleria orokorraren suizidio jokaerak.
20	“Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática”	Hernández L, Hueso C, Gómez JL, Cogollo Z	2020	Nerabeen suizidio prebalentzia eta arrisku faktoreak aztertzea..
21	“Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática”	Calderón A, Mateu J, Lacomba L.	2021	Hirugarren adinekoen arrisku eta babes faktoreak aztertzea.
22	“Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides”	Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A, et al.	2021	65 urte baino helduago diren pertsonetan arrisku-faktore eta suizidio saiakera/suizidio burutuen lotira aztertzea.

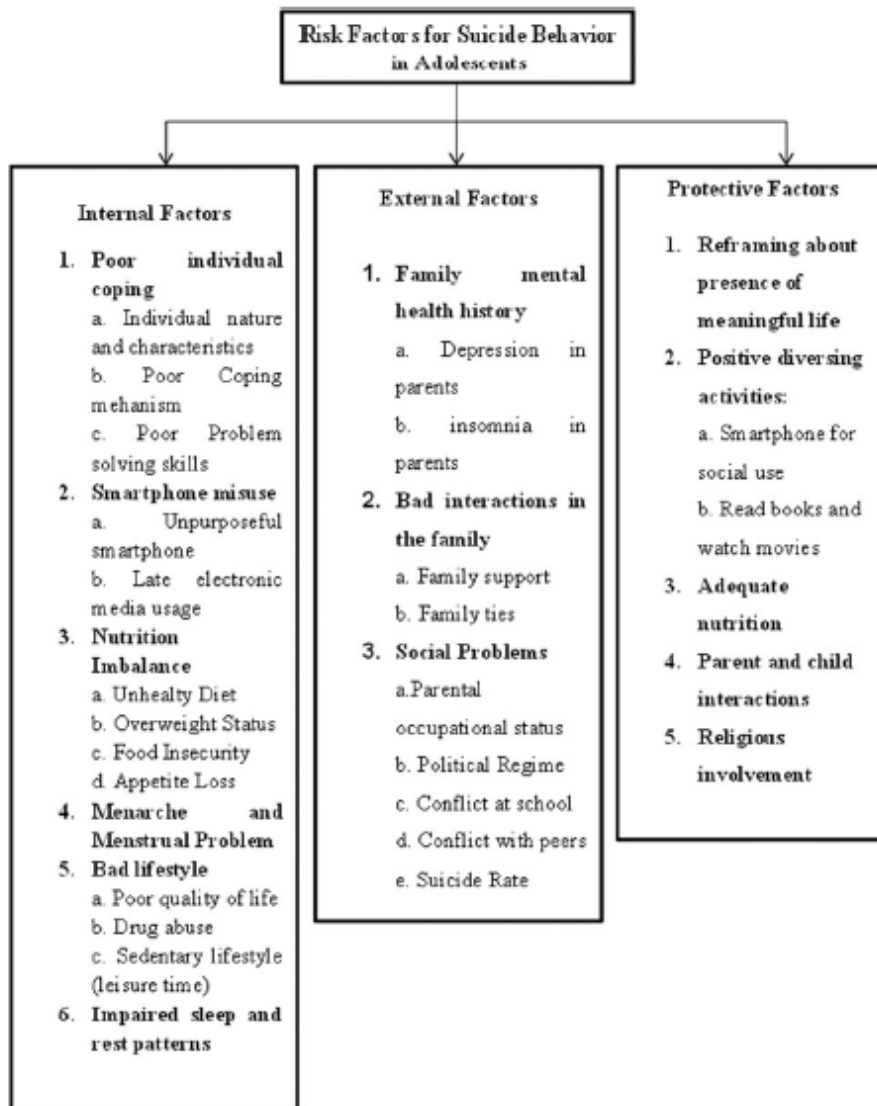
#### ERREBISIO BIBLIOGRAFIKOA

Erreferentzia zenbakia	TITULUA	AUTOREAK	URTEA	GAI NAGUSIA
13	“El suicidio: grupos de alto riesgo y grupos vulnerables”	López D.	2021	Suizidioa aurrera eramateko arrisku talde eta talde zaurgarrien ezaugarriak.

34	“El abordaje del suicidio: revisión de las estrategias autonómicas para su intervención”	Navarro N.	2016	Espainia mailan suizidioaren interbentziarako Autonomia bakoitzean dauden estrategiak aztertu.
<b>AZTERLANA – IKERKETA KUANTITATIBOA</b>				
<b>Erreferentzia zenbakia</b>	<b>TITULUA</b>	<b>AUTOREAK</b>	<b>URTEA</b>	<b>GAI NAGUSIA</b>
17	“Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas en el ámbito extrahospitalario”	Pacheco T.	2015	Madriren ospitalez kanpoko eremuan jokabide suizida duen pazientearen ezaugarriak, faktore psikosozial eta klinikoak ezartzea, eta suizidiorako prebentziozko programa deskribatzea.
<b>AZTERLANA – IKERKETA KUALITATIBOA</b>				
<b>Erreferentzia zenbakia</b>	<b>TITULUA</b>	<b>AUTOREAK</b>	<b>URTEA</b>	<b>GAI NAGUSIA</b>
30	“Assessing for Occult Suicidality at Triage: Experiences of Emergency Nurses”	Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Clark PR, Moon MD, Zavotsky KE.	2018	Triajeko erizainen esperientzia azaltzea paziente suizidaren aurrean.
<b>ADITUEN IRITZIA</b>				
<b>Erreferentzia zenbakia</b>	<b>TITULUA</b>	<b>AUTOREAK</b>	<b>URTEA</b>	<b>GAI NAGUSIA</b>
33	“What Every ED Nurse Should Know About Suicide Risk Assessment”	Antai-Otong D.	2018	Larrialdietako erizainak paziente suizidari eman beharreko erizaintza-zainketak.



4. Eranskina: Nerabeen “arrisku-faktore berri” gisa definitutakoak (3. erreferentziatik hartuta).



5. *Eranskina: APAk bere buruaz beste egiteko arriskuaren eta jokabidearen ebaluazioa zein egoeratan egitea den egokia laburtzen duen taula (19. erreferentziatik hartuta).*

Evaluación en el servicio de urgencias o en caso de crisis.
Evaluación inicial (tanto en pacientes hospitalarios como ambulatorios)
Ante un cambio en el nivel de observación o el contexto de tratamiento (interrupción de la observación individualizada, alta hospitalaria)
Cambio brusco en el estado clínico (tanto si empeora con rapidez como si mejora de forma súbita e inesperada.
Falta de mejoría o empeoramiento progresivo a pesar del tratamiento
Previsión o experimentación de una pérdida personal o un estresor psicosocial importante (divorcio, pérdidas económicas, problemas judiciales, vergüenza o humillación personal)
Inicio de una enfermedad física (en particular cuando sea potencialmente mortal, cause desfiguración o se asocie con un dolor intenso).

6. *Eranskina: Oklahomako Suizidioaren prebentziorako errekurtsio zentroak (SPCR) lehen arreta mailarako egindako lan tresnan aipatzen diren suizidioaz galdetzeko zehaztapenak (24. erreferentziatik hartuta).*

**NEVER** ask leading questions like:

- “You’re not thinking of suicide, are you?”
- “I hope that you aren’t thinking about hurting yourself.”

**PRACTICE** the questions below several times prior to a clinical encounter; again, asking about suicide for the first time may be harder than you think!

### **Thoughts of Suicide**

Ask patients you suspect may be feeling suicidal about thoughts or feelings related to suicide. The sample questions below will help you ease into the subject in a non-threatening way. Questions to uncover suicidal thinking:

- “Sometimes, people in your situation (describe the situation) lose hope; I’m wondering if you may have lost hope, too?”
- “Have you ever thought things would be better if you were dead?”

- “With this much stress (or hopelessness) in your life, have you thought of hurting yourself?”
- “Have you ever thought about killing yourself?”

### **Prior Attempts**

A history of a prior attempt is the strongest predictor of future suicidal behavior. Always ask if the patient has attempted suicide in the past, even if there is no evidence of recent suicidal thinking.

Questions to assess prior attempt:

- “Have you ever tried to kill yourself or attempt suicide?”
- “Have things ever been so bad for you in the past that you thought about killing yourself or actually tried to hurt yourself or kill yourself?”

If your questioning reveals no evidence of suicidal ideation AND you do not otherwise suspect that the patient is minimizing or being less than truthful about their suicidal ideation, you may end the inquiry here and document the finding.

If your patient initially denies suicidal thoughts but you have a high degree of suspicion or concern due to agitation, anger, impaired judgment, etc., ask as many times as necessary in several ways until you can reconcile the disagreement about what you are seeing and what the patient is saying.

- “You seem very upset to me, and I’m still concerned about you, are you sure that you haven’t been thinking about hurting yourself or thinking that your loved ones would be better off without you?”

You can also ask to speak with a family member or friend if you remain concerned.

If your patient is having **suicidal thoughts**, ask specifically about frequency, duration, and intensity.

Questions to assess suicidal ideation:

- “When did you begin having suicidal thoughts?”
- “Did any event (stressor) precipitate the suicidal thoughts?”
- “How often do you have thoughts of suicide? How long do they last? How strong are they?”
- “What is the worst they have ever been?”

- “What do you do when you have suicidal thoughts? Do you find that you have them more frequently or more intensely at different times of the day or of the week?”

### **Plan**

After discussing the character of suicidal thoughts, providers should inquire about planning. Ask whether the patient has a plan and, if so, get the specifics.

Questions to assess suicidal planning:

- “Do you have a plan or have you been planning to end your life? If so, how would you do it? “Where would you do it?”
- “Do you have the (drugs, gun, rope) that you would use? Where is it right now?”
- “Do you have a timeline in mind for ending your life? Is there something (an event) that would trigger the plan?”

### **Intent**

Determine the extent to which the patient expects to carry out the plan and believes the plan or act to be lethal vs. self-injurious. Also explore the patient’s reasons to die vs. reasons to live. Many patients are very ambivalent about suicide – see Module 5: Intervention – of this Primer to learn more about ways to capitalize on this ambivalence and get them focused on reasons for living. Inquire about aborted attempts, rehearsals (such as tying a noose or loading a gun), and non-suicidal self-injurious actions, as these are indicators of the patient’s intent to act on the plan.

Consider the patient’s judgment and level of impulse control. Administer mental status exam if in doubt about mental status.

Questions to **assess intent**:

- “What would it accomplish if you were to end your life?”
- “Do you feel as if you’re a burden to others?”
- “How confident are you that this plan would actually end your life?”
- “What have you done to begin to carry out the plan?”
- “For instance, have you rehearsed what you would do (e.g., held the pills or gun, tied the rope)?”
- “Have you made other preparations (e.g., updated life insurance, made arrangements for pets)?”

- “What makes you feel better (e.g., contact with family, use of substances)?”
- “What makes you feel worse (e.g., being alone, thinking about a situation)?”
- “How likely do you think you are to carry out your plan?”
- “What stops you from killing yourself?”

Look for any disagreement between what you see (objective findings) and what the patient tells you about their suicidal state (subjective findings). When possible, and always with youth, seek to confirm the patient’s reports with information from a family member, spouse, or close friend. Patients are more likely to tell a family member than a PCP that they are suicidal.

It may also be helpful to explore the patient’s cultural and/or religious beliefs about suicide and death.

**7. Eranskina:** *Suizidioaren arrisku-mailaren sailkapena OMEren SUPRE programan definitutakoaren arabera (24. Erreferentziatik hartuta).*

RIESGO	SÍNTOMAS	EVALUACIÓN	ACCIÓN
0	No hay peligro.	-	-
1	Alteración emocional leve.	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía.
2	Vagas ideas de muerte.	Indagar sobre pensamientos suicidas. Valorar el intento.	Escuchar con empatía.
3	Vagos pensamientos de suicidio.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades. Identificar apoyo.
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico ni otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades. Identificar apoyo.
5	Ideas suicidas, pero con trastorno psiquiátrico y/o otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método). Hacer un contrato.	Remitir a Salud Mental.
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación e intento previo.	Permanecer con el o la paciente (para prevenir su acceso a los medios).	Remitir a Salud Mental. Valorar hospitalización.

8. **Eranskina:** Manchester Triage System (MTS) araberako larritasun mailak (1. Erreferentziatik hartuta).

Nivel	Nombre	Color	Tiempo de atención
1	Emergencia	Rojos	0 min.
2	Muy urgente	Naranja	10 min.
3	Urgente	Amarillo	60 min.
4	Poco urgente	Verde	120 min.
5	No urgente	Azul	240 min.

9. **Eranskina:** APAk ospitalean ingresatzeko ezarritako irizpideak (1.erreferentziatik hartuta).

Variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario	Variables asociadas con mayor probabilidad de alta desde el Servicio de Urgencias
<p><b><u>Necesidad de ingreso</u></b></p> <p>Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente psicótico.</li> <li>- Intento de suicidio violento, casi letal o premeditado.</li> <li>- Se tomaron precauciones para evitar el descubrimiento o el rescate.</li> <li>- Presencia de planes o ideación persistente.</li> <li>- El paciente lamenta haber sobrevivido.</li> <li>- El paciente es un hombre, mayor de 45 años, especialmente con comienzo reciente de enfermedad mental o de ideación suicida.</li> <li>- Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida.</li> <li>- Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de la ayuda.</li> <li>- El paciente ha cambiado su estado mental tras un estado tóxico-metabólico, infección u otra etiología que requiere un estudio hospitalario.</li> </ul> <p><b>En presencia de ideación suicida con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan específico de alta letalidad.</li> <li>- Importantes intentos de suicidio previos.</li> </ul> <p><b><u>El ingreso puede ser necesario</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, excepto para aquellas circunstancias en las que el ingreso es habitualmente necesario.</li> </ul> <p><b>En presencia de ideación suicida con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicosis.</li> <li>- Trastorno psiquiátrico mayor.</li> <li>- Intentos previos, en particular si fueron médicamente graves.</li> <li>- Cuando ha podido contribuir una patología médica (por ejemplo, trastorno neurológico agudo, cáncer, infección).</li> <li>- Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar en un tratamiento ambulatorio o en régimen de hospital de día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de un régimen de supervisión debido al tratamiento médico o a terapia electroconvulsiva.</li> <li>- Necesidad de observación especializada, exámenes clínicos o evaluaciones diagnósticas que precisen un escenario estructurado.</li> <li>- Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida.</li> <li>- Ausencia de una adecuada relación médico-paciente o incapacidad para realizar un seguimiento ambulatorio.</li> <li>- En ausencia de intentos de suicidio previos o de ideación o planes pero evidencia a través de la evaluación psiquiátrica que sugiera un alto riesgo de suicidio y un incremento reciente en el mismo.</li> </ul> <p><b><u>Alta desde el SU con recomendaciones de seguimiento</u></b></p> <p><b>Después de un intento de suicidio o en presencia de ideación/planes, cuando:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La conducta suicida es reacción de eventos precipitantes (por ejemplo, suspender un examen o dificultades interpersonales), particularmente si la visión del paciente de la situación ha cambiado desde su llegada al Servicio de Urgencias.</li> <li>- Métodos/planes e intento de baja letalidad.</li> <li>- El paciente tiene una situación vital estable y de apoyo.</li> <li>- El paciente es capaz de cooperar con recomendaciones de seguimiento y, si es posible, con posibilidad de contactar con el terapeuta si el paciente está actualmente en tratamiento.</li> </ul> <p><b><u>El tratamiento ambulatorio puede ser más beneficioso que la hospitalización</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando el paciente tiene ideación suicida crónica y/o conducta suicida sin intentos previos graves, si dispone de una situación vital estable y de apoyo y existe posibilidad de cuidados psiquiátricos ambulatorios.</li> </ul>