

2021 / 2022 ikasturtea

**ERIZAINNTZAKO PROFESIONALAK SUIZIDIOAREN DETEKZIOAN ETA
PREBENTZIOAN LEHEN MAILAKO ARRETAN**

UXUE ANCIZAR IRAZOQUI

LABURPENA

Sarrera. Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) arabera, suizidioa emaitza hilgarria duen ekintza bat da, subjektuak nahita hasitakoa eta egindakoa, bere emaitza hilgarria jakinda edo espero izanda. Gaur egun, suizidioa osasun publikoko arazo larria da. Mundu mailan, urtero 800.000 pertsona baino gehiagok egiten dute beren buruaz beste eta Espainian kanpoko heriotza-kausa nagusia da, 2020.urtean suizidioaren ondoriozko heriotzen maximo historikora iritsiz. Arazo honen aurrean, Lehen Mailako Arretako (LMA) erizainak paper garrantzitsua du suizidio-arriskuaren detekzioan eta prebentzioan.

Helburu orokorra. Bere buruaz beste egiteko arriskua duten pazienteen detekzioaren eta prebentzioaren aurrean LMAko erizainak burutu beharreko jarduerak zehaztea eta hauen eraginkortasuna aztertzea.

Metodologia. Helburuen garapenerako berrikuspen bibliografikoa egin da. Horretarako, PIO egitura jarraituta, osasun-zientzietako datu-base desberdinetan bilaketa egin da: BVS, Cuiden, Dialnet eta Pubmed. Bilaketa zehazteko iragazkiak eta barneratze- eta kanporatze-irizpideak aplikatu dira, guztira 24 artikulua eskuratuz. Horrez gain, gaiarekin erlazionatutako 4 web-orri eta 3 liburu erabili dira.

Emaitzak. Pertsona batek bere buruaz beste egiteko eragina duten arrisku-faktoreak, -prezipitatuzaileak, -babesleak eta alerta-zeinuak aurkitzen dira. Arriskuan dauden pertsonak identifikatzeko, osasun-profesionalek elkarrizketa klinikoaren eta ebaluazio-eskalen bidez, ebaluazio egoki bat egitea ezinbestekoa da. LMAko erizainek suizidioaren arrisku-faktoreak detektatzen eta arretaren jarraitasunean paper garrantzitsua jokatzen dute. OMEk suizidioaren prebentzioaren garrantzia aitortzen du, nazio-mailan eta tokian tokiko estrategiak ezartzeko beharra nabarmenduz. Hala ere, Espainiak oraindik ez du suizidioari aurre egiteko programa nazionalik.

Eztabaida. Esku-hartze goiztiarrek (arretaren koordinazioa, segurtasun plangintza, kontaktu aktibo bidezko jarraipena) suizidio-saiakerak murrizten dituela ikusirik, LMAko erizainak arlo honetan trebatzea eta jarduteko tresnak eskura edukitzea ezinbestekoa da. Bestalde, suizidioaren inguruko tabu-soziala ezabatzearen beharra dago, bertan, LMAko erizainak paper garrantzitsua izan dezaketelarik, osasun aditu gisa komunitateari sensibilizazio-kanpainen bidez suizidioaren inguruko informazioa helaraziz.

Ondorioak. Suizidio-jokabidea konplexua da, baina, prebenigarria, eta bertan, osasun-profesionalek funtsezko zeregina dute. Askok bere buruaz beste egin aurretik LMAko zerbitzua bisitatzen dutenez, erizainek leku pribilegiatua dute suizidioaren detekzio eta prebentzioan. Beraz, osasun langileen prestakuntza hobetzea beharrezkoa da.

Hitz gakoak. Suizidioa, prebentzioa, lehen mailako arreta, erizaintza-zainketak.

AURKIBIDEA

1.SARRERA	1
2.HELBURUAK.....	3
3.METODOLOGIA	3
3.1. Bilaketa bibliografikoaren estrategia	4
3.2. Bilaketa bibliografikoaren emaitzak eta artikuluen aukeraketa	5
4.EMAITZAK.....	6
4.1. SUIZIDIO-JOKABIDEEN ARRISKU-FAKTOREAK, -PREZIPITATZAILEAK, BABES-FAKTOREAK ETA ALERTA-ZEINUAK	6
4.1.1. Arrisku-faktoreak	7
4.1.2. Faktore-prezipitatzailak	8
4.1.3. Babes-faktoreak	9
4.1.4. Alerta-zeinuak	9
4.2. SUIZIDIO-JOKABIDEAREN EBALUAZIO METODOAK.....	10
4.2.1. Elkarrizketa klinika	10
4.2.2. Ebaluazio-eskalak	11
4.3. SUIZIDIOA PREBENITZEKO PROGRAMAK ETA PLANAK.....	12
4.3.1. Suizidioa prebenitzeko OMEren programak	13
4.3.2. Suizidioa prebenitzeko Europako programak	13
4.3.3. Suizidioa prebenitzeko Espainiako programak	14
4.4. LEHEN MAILAKO ARRETAKO ERIZAINEK SUIZIDIO-JOKABIDEA MANEIATZEKO ESTRATEGIAK.....	15
5.EZTABAIDA	17
6.ONDORIOAK.....	21
7.BIBLIOGRAFIA.....	23
8.ERANSKINAK.....	29

TAULEN AURKIBIDEA

1.taula. PIO estruktura eta artikuluen bilaketa egiteko erabili diren deskriptoreak eta hitz gakoak.....	4
2. taula. Suizidio-jokabidearen arrisku-faktoreak..	7
3. taula. Suizidio-jokabidearen babes-faktoreak bizitzaren fase ezberdinetan	9
4.taula. Osasun eremuaren arabera aplikatzen diren suizidioaren ebaluazio-eskalak..	12

IRUDIEN AURKIBIDEA

1.Irudia. Bilaketa bibliografikoaren prozesua azaltzen duen fluxu-diagrama.....	6
--	---

ERANSKINEN AURKIBIDEA

1.Eranskina. Webguneetatik lortutako dokumentuak eta lanerako erabilitako liburuak.	29
2.Eranskina. Datu-baseetan egindako bilaketa bibliografikoaren prozesu zehatza eta lortutako emaitzak.....	30
3.Eranskina. Bilaketa bibliografikoan hautatutako artikulua ebidentzia-mailaren eta urtearen arabera ordenatuak..	31
4. Eranskina. Suizidioaren faktore-prezipitatzailak bizitzako etapa ezberdinetan..	39
5.Eranskina. Hitzezko eta portaerazko alerta-zeinuak.....	40
6. Eranskina. Suizidio-jokabidearen eta suizidio-arriskuen ebaluazioa zein egoeretan egin.....	41
7.Eranskina. Suizidio-ideiari, plangintzari eta saiakerari buruzko elkarrizketa klinikoaren eredu.....	42
8.Eranskina. Suizidio-jokabidea duten pazienteekin elkarrizketa bat nola jorratu	43
9. Eranskina. LMA-ko eremuan suizidio-arriskua ebaluatzeko erabiltzen diren eskalak..	44
10.Eranskina. Lehen mailako arretan suizidio-jokabidea maneiatzeko algoritmoa	45
11. Eranskina. Suizidio-saiakera bat burutzeko arriskua murriztu dezakeen segurtasun plana.....	46

LABURDURAK

APA: *American Psychological Association*

BVS: *Biblioteca Virtual de Salud*

DeCS: *Descriptores en Ciencias de la Salud*

EAE: *Euskal Autonomia Erkidegoa*

FSME: *Fundación Salud Mental España*

INE: *Instituto Nacional de Estadística*

LMA: *Lehen Mailako Arreta*

MeSH: *Medical Subject Headings*

OME: *Osasunaren Mundu Erakundea*

PIO: *Patient Intervention Outcome*

1.SARRERA

Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) honela definitzen du suizidioa: emaitza hilgarria duen ekintza, subjektuak nahita hasitakoa eta egindakoa, bere emaitza hilgarria jakinda edo espero izanda, eta haren bidez nahi diren aldaketak lortu nahi dituen. Suizidologian (suizidio-jokabidea eta haren prebentzioa aztertzen dituen diziplina zientifikoa) ez dago nomenklatura unibertsalik. Suizidioa Prebenitzeko Espainiako Fundazioaren arabera (FSME), suizidio-jokabideak, suizidio-ideiak, suizidio-saiakerak eta suizidioak eragindako heriotzak barne hartzen ditu (1).

Suizidio-jokabidea arrisku-faktoreen, -prezipitatuzaileen eta -babesleen arteko elkarrekintza konplexuaren ondorioztat hartzen da, norbanakoaren zaugarritasunaren eta norbanako bakoitzak bizitzan zehar edo une jakin batzuetan aurre egin behar dien estresatzaileen artekoa (2).

OMEren arabera, suizidioa osasun publikoko arazo larria da. Mundu mailan, urtero 800.000 pertsona baino gehiagok egiten dute beren buruaz beste, bat 40 segundotik behin eta 11,4 pertsona 100.000 biztanleko. Baina, saiakeraz hitz egiten denean, zifra hori 20 aldiz biderkatzen da. Gainera, suizidio bakoitzak inguruko 6 pertsonari eragiten die batez beste (1,3).

Espainia mailan, *Instituto Nacional de Estadística*-k (INE) aurkeztutako datuen arabera, 2020ean 3.941 suizidio burutu ziren (maximo historikoa), eguneroko batez bestekoa 11 suizidio izanik, bat bi orduetik behin. Horietatik 2.930 (%74,3) gizonezkoak dira eta 1.011 (%25,7) emakumezkoak; hau da, lautik 3 gizonezkoak eta 1 emakumezkoak. Hala ere, suizidio-saiakerak 3 aldiz gehiago ematen dira emakumeetan. 2019ko datuekin alderatuz, 2020ean 270 suizidio gehiago gertatu dira, %7,35eko gorakada adierazten duena. Espainian, suizidioa kanpoko heriotza-kausa nagusia da, trafikoko istripuak hirukoizten dituelarik, hilketak 14 aldiz eta genero-indarkeria 85 aldiz biderkatzen dituelarik (4).

Autonomia-erkidegoen datuei dagokienez ezberdintasunak ikusten dira; izan ere, Euskadin, Kantabrian eta Andaluzian suizidio kasuek nabarmen gora egin duten bitartean, Aragoi eta Balear Uharteetan %5-10a baino gehiago egin dute behera. Espainia mailan Euskadik suizidio-tasa altuena du 2020. urtean, %30,7koa izanik (4).

FSMEk 2020rako suizidioak nabarmen gutxitzea espero zuen, Covid-19ak eragindako pandemiaren ondoriozko etxeko konfinamenduak, orokorrean konpainian egotea bultzatu zuelako eta kalera irten ezin zenez bere buruaz beste egitea zailtzen

zuelako. Apirilean 2019ko datuekin alderatuz %18,2 suizidio gutxiago erregistratu ziren, baina, badirudi konfinamenduaren ondoren errebote efektua eman zela, abuztuan %34eko gorakada adierazgarria egon zelarik (4). Datuek argi utzi dute pandemia osasun mentalean eragin oso negatiboa izan duen faktorea bihurtu dela eta suizidio kasuen gorakadarekin lotura zuzena izan duela. Gainera, Espainian, pandemian zehar gauzak egiteko interes falta, deprimituta egotearen sentsazioa eta lo egiteko arazoek gora egin dute pandemia aurreko egoerarekin alderatuz gero (5).

Suizidio-saiakerei buruzko estigmak eragin negatiboa du ere, izan ere, norbanakoaren eta familiaren sufrimendua nabarmen areagotzen du, osasun-zerbitzuen erabilera egokia, laguntzaren bilaketa eta prozesuaren bilakaera zailtzen duelarik (2,6,7). Hori aurre egiteko, OMEk komunitateak suizidioarekiko duen sentsibilitatea areagotzea gomendatzen du ebidentzia zientifikoan oinarritutako informazio eta prestakuntza-kanpainak zabalduz, historikoki suizidioari lotutako iluntasuna eta estigma gainditzeko helburuarekin. Komunikabideetan suizidioa osasun publikoko arazo gisa aipatzeak horri aurrea hartzen laguntzen du (4,6,8).

Arazoaren handitasuna dela eta, OMEk eta estatu kideek, osasun mentalari buruzko ekintza-planean (2013-2020) 2020rako suizidio-tasa nazionalak %10era murriztea helburu bezala jarri zuten (9). Hala ere, eta zifrak kezkarriak izan arren, Espainiak, beste herrialde batzuetan ez bezala, ez du suizidioa prebenitzeko programa edo estrategia nazionalik; autonomia mailan garatutako estrategiak baino ez ditu. Gainera, 2009-2013ko Osasun Sistema Nazionalaren Osasun Mentaleko Estrategiak ez zuten suizidioaren prebentzioan zentratutako helburu espezifikorik ezarrita (2,4,10,11).

Suizidioa prebenigarria da, baina, horretarako ezinbestekoa da prebentzio politikak eta programak ezartzea (4). Herrialde batean suizidioari modu sistematiko batean erantzun bat emateko, suizidioa prebenitzeko estrategia nazional bat ezartzea beharrezkoa da, non gobernuak arazo honetaz arduratzeko konpromezua islatzen duen (3). Suizidioa ez da soilik osasun publikoko arazo bat, giza drama bat baizik, bere murrizketan inplikaturako eragile guztien arreta (eta ekintza) eskatzen duena (2). Hori dela eta, erantzun nazionalak eraginkorrak izan daitezzen, estrategia integrala izan behar da, suizidioaren prebentzioan inplikaturata dauden diziplina ezberdinetako profesionalek barne hartzen dituen eta ondorioz, modu koordinatuan lan egiteko aukera ematen duena. Suizidioan eragina duten eremuen artean, ondorengoak aurkitzen dira: osasun-sistema, gizarte-zerbitzuak, ikastetxeak, enpresak, segurtasun-kideak, familia, komunikabideak, eta abar (2,3,10).

Lan honen bidez, erizainak suizidioaren prebentzian duen garrantzia azpimarratu nahi da, eta bereziki, Lehen Mailako Arretako (LMA) erizainen inguruan hitz egingo da ondorengo arrazoiengatik.

Alde batetik, LMAko erizainek leku estrategikoa dute suizidioaren arrisku-faktoreak detektatzeko, pazientearekin, haren ingurunearekin eta komunitatearekin kontaktu zuzena dutelako eta hauen arazoei buruzko ezagutza sakona dutelako. Gainera, herritarrek osasun-aditu gisa aitortu eta onartzen dituzte. Herrialde gehienetan osasun-sistemara sartzeko atea dira, eta funtsezko elementuak dira osasun-arretaren eta -zaintzen jarraitutasunean (2,11,12). Bestetik, komunitatearen eta arreta medikoaren arteko lotura dela eta, LMAko erizainek osasun-mentalaren promozioan ezinbesteko papera dute (7). Azkenik, azterlan batzuen arabera, beren buruaz beste egiten duten pertsonak aurreko hilabete zein asteetan LMAko medikua zein erizaina maiz bisitatzen dutela baieztatzen dute. %80ak LMAko zerbitzuekin kontaktua izan du suizidioaren aurreko azken urtean, %54ak azken sei hilabetean, %44ak azken hilabetean eta %16ak azken astean (13,14). Datu hauek, beraz, LMAko profesionalak suizidio-jokabideen prebentzian berebiziko garrantzia dutela iradokitzen dute, arriskuan egon daitezkeen pazienteak identifikatuz, baloratuz eta maneiatuz (2).

2.HELBURUAK

Lanaren **helburu orokorra** ondorengoa da: bere buruaz beste egiteko arriskua duten pazienteen detekzioaren eta prebentzioaren aurrean LMAko erizainak burutu beharreko jarduerak zehaztea eta hauen eraginkortasuna aztertzea.

Helburu orokorra lortu ahal izateko, hurrengo **helburu zehatzak** planteatu dira:

- Jokabide suiziden arrisku-faktoreak, babes-faktoreak, faktore-prezipitatuak, eta alerta-zeinuak zehaztea, erizainek beren buruaz beste egiteko arriskua duten pazienteak identifikatzeko.
- Suizidio-jokabidea ebaluatzeko erabiltzen diren metodoak analizatzea.
- Espainiako erkidegoetan suizidioari aurre egiteko dauden neurri eta esku-hartze nagusiak ezagutzea.
- LMAko erizainek suizidio-jokabidea maneiatzeko estrategiak identifikatzea.

3.METODOLOGIA

Aipatutako helburuei erantzuna emateko, berrikuspen bibliografiko bat egitea erabaki zen ebidentzia zientifikoan oinarritutako informazioa bilduz. Jarraian, bilaketa bibliografikoa burutzeko erabili zen estrategia eta bertatik lortutako emaitzak deskribatzen dira.

3.1. Bilaketa bibliografikoaren estrategia

Bilaketa estrategia garatzeko, lehenik eta behin, ikerketa galdera formulatu zen: “Zein dira LMAko erizainak bere buruaz beste egiteko arriskua duten pertsonen aurrean aplikatu ditzaketen detekzio eta prebentzio-neurriak suizidioak prebenitzeko?”

Galdera planteatua izanik, bertatik PIO (*Patient, Intervention, Outcomes*), egitura atera zen:

- **Patient** (pazientea): bere buruaz beste egiteko arriskua duten pazienteak.
- **Intervention** (interbentzioa): suizidio-arriskua detektatzeko erizain-jarduerak LMAn.
- **Outcomes** (emaitza): suizidioak prebenitzea.

Egitura hau kontuan izanik, atal bakoitzari zegokion DeCS (*Descriptores en Ciencias de la Salud*) eta MeSH (*Medical Subject Headings*) deskriptoreak eta zenbait hitz gako lortu ziren (ikus 1. taula), ondoren, hauen bidez datu-baseetan bilaketa estrategia ezberdinak sortzeko, lanerako baliagarria zen informazioa aurkitu eta aukeratu ahal izateko.

1.taula. PIO estruktura eta artikuluen bilaketa egiteko erabili diren deskriptoreak eta hitz gakoak.

PIO egitura	DeCS	MeSH	Hitz gakoak
P	Suicidio	Suicide	Suicidio
	Intento de suicidio	Suicide attempted	
I	Atención de enfermería	Nursing Care	Atención de enfermería
	Atención primaria de salud	Primary health care	Atención primaria de salud
	Enfermería de Atención Primaria	Primary Care Nursing	Enfermería de Atención Primaria
O	Prevención & control	Prevention & control	Prevención
	Prevención secundaria	Secondary prevention	Prevención secundaria

Iturria: propioa.

Bilaketa bibliografikoa 2021eko azaroa hasieratik abendua bukaera arte burutu zen osasun-zientzietako datu-base ezberdinetan: PubMed, *Biblioteca Virtual de Salud* (BVS), Cuiden eta Dialnet. Eginkizun honetan helburua lortzeko bilaketa estrategia bat gauzatu zen, deskriptoreak eta hitz gakoak, eragile boolearrak, iragazkiak eta barneratze/kanporatze irizpideak erabiliz, era honetara, informazio erabilgarria aurkituz.

PubMed datu-basean **MeSH**ak erabili ziren, BVSn **DeCS**ak eta Cuidenen **hitz gakoak**. Dialneten, berriz, hitz askeak erabili ziren bertan ez bait zegoen deskriptore zein hitz gakoekin lan egiteko aukerarik. Datu-baseetan eskuragarri ez zeuden artikulua eskuratzeko “Google Académico” erabili zen.

Eragile boolearre dagokienez, lan honetan erabiliena AND izan zen arren, OR ere aplikatu zen informazio zabalagoa lortzeko helburuarekin. **Iragazkien** kasuan, bilaketa guztietan hizkuntza (gaztelania eta ingelesa) eta argitalpen-data (informazioa eguneratua izateko asmoz, denbora-tartea gehienez 5 urtekoa izatea erabaki zen) aplikatu ziren. Hala ere, salbuespen moduan, Dialneten ez ziren iragazki horiek erabili aukera ematen ez zuelako; beraz, erabili ziren filtroak artikuluen argitalpen-data <10urte eta hizkuntza gaztelania izan ziren. Ondoren, bilaketa gehiago zehazteko asmoz **barneratze- eta kanporatze-irizpideak** ezarri ziren:

Barneratze-irizpideak:

- ✓ Ebidentzia zientifikoan oinarrituta dauden artikulua (Sackett-en piramidean oinarrituta).
- ✓ Lanaren ardatz nagusia helburuarekin bat etortzea: suizidioaren detekzioa eta prebentzioa.
- ✓ Edozein herrialdetan egindako ikerketak.
- ✓ 14 urtetik gorako pertsonetan zentratutako artikulua izatea.

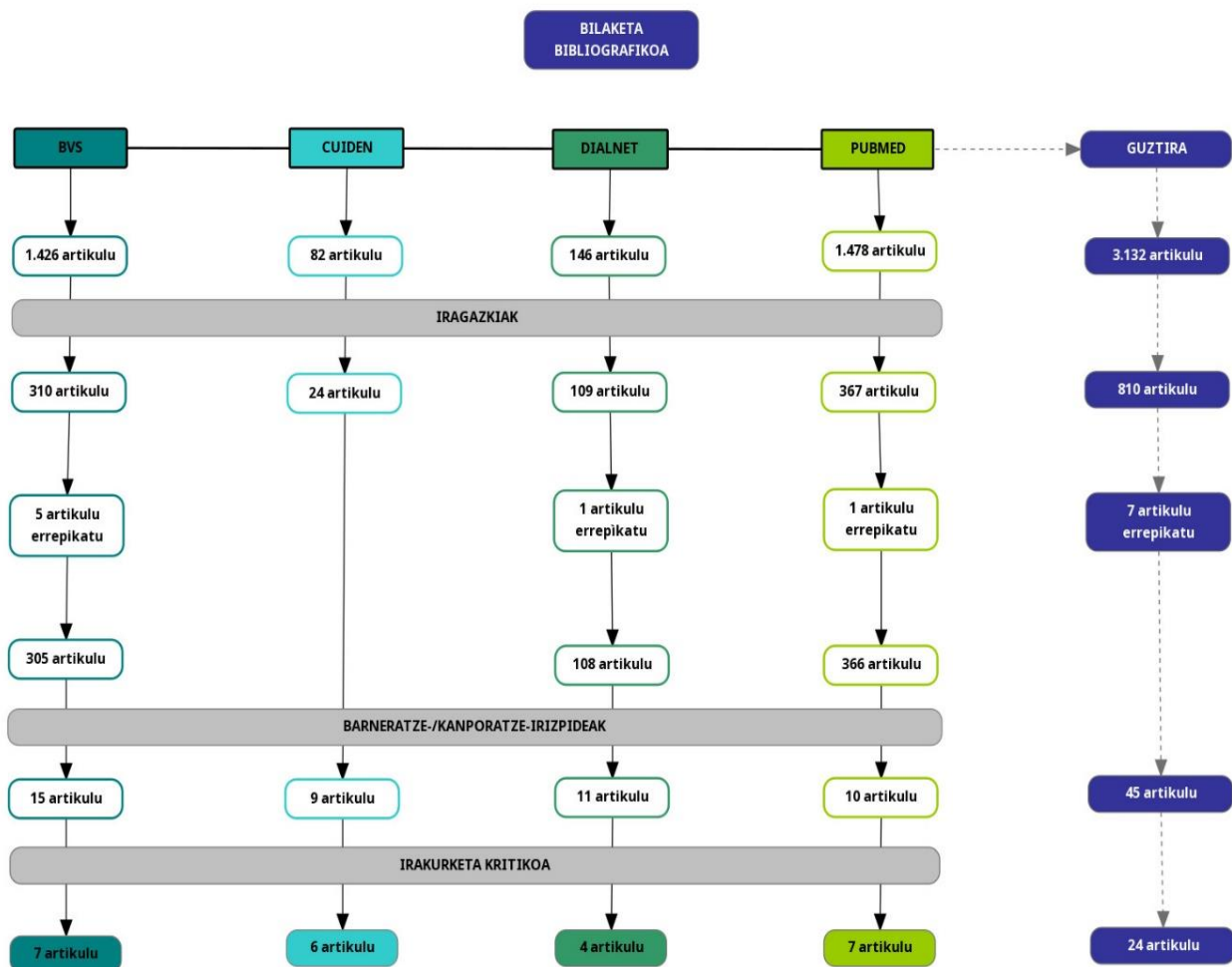
Kanporatze-irizpideak:

- ✓ Iruzkina, adituen iritzia eta gomendioak.
- ✓ Lanaren ardatz nagusia helburuarekin bat ez etortzea.
- ✓ Dohain eskuragarri ez izatea.
- ✓ LMArekin zerikusia ez duten artikulua.

Datu-baseetako artikuluez gain, eskuragarri zeuden beste zenbait baliabide erabili ziren lanaren garapenean lagungarriak izan zirenak, eta bilaketaren emaitzak osatutzat eman zutenak. Kontsultatutako materiala Interneteko webguneak (OME, INE, FSME, Osakidetza, Gobierno de España Ministerio de Sanidad) bertan publikatutako dokumentuak, eta suizidioari buruzko liburuak izan ziren (ikus 1. eranskina).

3.2. Bilaketa bibliografikoaren emaitzak eta artikuluen aukeraketa

Bilaketak egin ostean, eskuratutako 3.132 artikulua mugatu ahal izateko iragazkiak aplikatu ziren, 810 artikulura murriztea lortu zelarik. Hauetatik lanerako baliagarriak zirenak aukeratu ahal izateko, izenburuen eta laburpenen analisisa egin zen zehaztutako barneratze –eta kanporatze-irizpideak betetzen zituzten 45 artikulua identifikatuz. Azkenik, artikuluen irakurketa sakona eta kritikoa gauzatu ondoren, lanean ezarritako helburuei erantzuna ematen zioten 24 artikulua hautatu ziren (ikus 2.eranskina). Jarraian, bilaketaren prozesua azaltzen duen fluxu-diagrama ikus daiteke (ikus 1. irudia).



1.Irudia. Bilaketa bibliografikoaren prozesua azaltzen duen fluxu-diagrama. **Iturria:** propioa.

Azkenik, berrikuspena egiteko behin betiko artikulua lortu ondoren, hauen emaitzak eta ondorioak biltzen dituen taula bat diseinatu zen, Sackett-ek argitaratutako modelo piramidalean oinarrituz artikulua ebidentzia maila handienetik txikienera sailkatuz eta urteka ordenatuz (ikus 3. eranskina).

4.EMAITZAK

4.1. SUIZIDIO-JOKABIDEEN ARRISKU-FAKTOREAK, -PREZIPITATZAILEAK, BABES-FAKTOREAK ETA ALERTA-ZEINUAK

Suizidio-jokabidea konplexua da, arrisku-faktoreekin eta kausa-bide anizkoitzekin lotzen baita. Horien artean alderdi biologikoa, psikologikoa, sozioekonomikoa eta kulturala aurkitzen dira maila indibidualean, pertsonen artean, komunitarioan eta sozialean eragina dutena (15).

Hori dela eta, OMEk adierazi bezala, suizidio-jokabidearen prebentziorako erantzun eraginkorren oinarrietako bat, alde batetik, jokabide horri lotutako faktoreak behar bezala identifikatzearekin lotuta dago, eta, bestetik, ebidentzia zientifikoan oinarritutako eta hainbat esparrutatik modu integralean esku-hartzeko aukera ematen duen suizidioa prebenitzeko ekintza eta estrategiak abian jartzearekin (8).

Pertsona batek bere buruaz beste egiteko eragina duten arrisku-faktoreak, -prezipitatzailak, -babesleak eta alerta-zeinuak daudela ulertzen da (15). Jarraian, beraz, suizidio-jokabidean eragina duten faktoreak aztertuko dira, hauek identifikatzeko helburuarekin.

4.1.1. Arrisku-faktoreak

Arrisku-faktoreak era askotan sailkatu daitezke. Sailkapen horien artean alde batetik, arrisku-faktore aldagarriak (tratamendu egokiarekin hobetu daitezkeenak) eta aldaezinak (esku-hartze klinikoaren bidez aldatu ezin daitezkeenak) aurkitzen dira. Aldaezinen artean adina, sexua, etnia, sexu-orientazioa, maila sozioekonomikoa, egoera zibila, indarkeriaren aurrekariak eta suizidio-idea egongo lirateke eta aldagarrien artean, berriz, antsietatea, bizi-etsipena, baliabide hilgarriak eskuratzea, zainketen jarraitutasuna, gizarte-isolamendua, gaixotasun medikoa, eta, bereziki, gaixotasun psikiatrikoa aurkitzen dira (2).

Sailkatzeko beste modu bat, alde batetik, arrisku-faktore indibidualak eta bestetik, soziofamiliarak eta testuingurukoak izango litzateke (ikus 2. taula) (1).

2. taula. Suizidio-jokabidearen arrisku-faktoreak.

ARRISKU-FAKTOREAK	
Indibidualak	<ul style="list-style-type: none"> - Osasun mentaleko arazoak. - Faktore psikologikoak eta nortasun-ezaugarriak. - Suizidio-saiakerak edo aurretiko suizidio-ideiak. - Gaixotasun fisikoa, min kronikoa edo desgaitasuna. - Faktore genetikoak. - Adina. - Sexua.
Soziofamiliarak eta testuingurukoak	<ul style="list-style-type: none"> - Suizidioaren historia familiarra. - Gizarte- eta familia-babesik eza eta diskriminazioa. - Maila sozioekonomikoa eta lan egoera. - Indarkeriaren, egoera traumatikoen edo abusuen eraginpean egotea. - Laguntza bilatzea zailtzen duten estigma edo oztopo kulturalak. - Osasun-sistemara sartzeko oztopoak.

Iturria: (1).

Faktore indibidualei dagokienez, ikerketa ezberdinak bat datoz osasun mentaleko arazoak (%60 depresioa, %40 eskizofrenia eta alkohol/drogen kontsumoa) (12) eta aurretiko suizidio saiakerak suizidioa burutzeko arrisku garrantzitsuenen artean aurkitzen direla (16–23). Burututako suizidioen %90ak buru-nahasmenduak dituela ikusi den arren, ikerketa batzuk munduko tasak aipatzerakoan %80ak dituela adierazten dute, eremu geografikoaren arabera aldakortasunak izanik. Aurretiko suizidio saiakerei dagokienez, pertsona hauek saiakera berri bat egiteko bost edo sei aldiz arrisku handiagoa izaten dute (24), arrisku maximoa lehenengo sei hilabeteen artean kalkulatzeko delarik, eta lehen urtetik aurrera gutxituz doalarik (22). Suizidioa burutzeko, ordea, halako historialik gabeko pertsonekin alderatuz gero, 66 aldiz aukera gehiago dituztela estimatzen da (24). Bestalde, 2000 suizidioen azterketa batek suizidioen %41a lehen jarraipen-hitzorduaren aurretik gertatu zirela jakinarazi zuen. Beraz, ospitaleko altatik komunitaterako arretaren trantsizioan zerbitzu ambulatorio integralik ez izateak suizidio-arriskua areagotzen duela ikusi da (25).

Adina eta sexua aipatu beharreko arrisku-faktoreak dira, izan ere, nerabezeroak eta adineko pertsonak (%25a 75 urtetik gorakoak) (23) dira beren buruaz beste egiteko arrisku handiena dutenak, hauen artean gizonek suizidio-tasa altuagoak izanik eta emakumeek, aldiz, suizidio-saiakera gehiago (20,23,24,26). Gizonek beren bizitzekin amaitzeko baliabide bortitza eta hilgarriagoak aukeratzeko joera handiagoa dute emakumeekin alderatuz gero. Gizonezkoek su-armak, urkatzea eta leku garaietatik salto egitea aukeratzeko duten bitartean, emakumezkoek eskumuturrak mozteko edo medikamentuen gaindosia izateko aukera gehiago dituzte (7,19,24).

Faktore soziofamiliar eta testuinguruko kasuan, ikusi da langabeziak, atzeraldi ekonomikoak, kalitate txarreko harremanak, pertsonen arteko gatazkak, dibortzio/banantze/alarguntasunagatik bikotea galtzea, migrazioak eta osasun-profesionala izateak suizidioan eragina dutela (20,23,24).

4.1.2. Faktore-prezipitatuak

Zenbait egoerek une jakin batean, estres bizia eragin dezakete ekintza suizida bat gertatzea erraztu edo azkartu dezaketenak (15). Batzuk orokorrak dira adin guztietarako, baina, beste batzuk, ordea, ohikoagoak izaten dira bizitzako etapa jakin batzuetan (ikus 4.eranskina).

Perez et al.-ek (16) egindako azterlanean, suizidio-arriskuagatik ebaluatutako %62,7ak azken hiru hilabeteetan gertaera estresagarriak pairatu zituztela adierazi zuen. Emakumeek joera handiagoa zuten familia edo lanarekin lotutako

gertaera estresagarriari buruz informatzeko eta gizonek, aldiz, arazo sozialak aipatzen zituzten, bereziki, gizarte-laguntza eza, isolamendua eta egonkortasun ekonomiko eza.

4.1.3. Babes-faktoreak

Babes-faktoreak jokabide suizidaren probabilitatea murrizten duten baldintza sozial, psikosozial edo portaera indibidualak dira eta beraz, erresilientzia maila bat transmititzen dute suizidio-jokabidearen aurrean (27) (ikusi 3. taula).

Portaera indibidualei dagokienez, arazoak konpontzeko trebetasuna edukitzea, norberarengan konfiantza izatea, harreman sozial zein pertsonen arteko harremanean gaitasuna edukitzea, oldarkortasunaren autokontrola izatea eta malgutasun kognitiboa aurkitzen dira (22). Honez gain, balio pertsonalaren sentimendua eta autoestimua izatea oso garrantzitsutzat jotzen dira (28).

Kanpoko babes-faktore garrantzitsuenetako bat, kontaktu eta babes soziala izatea da. Hala ere, enplegua edukitzea, aisialdiko jarduerak burutzea, bikote egonkorra edukitzea, erlijiotasuna eta laguntza egokia bilatzea aipatu beharrekoak dira ere (20,27).

3. taula. Suizidio-jokabidearen babes-faktoreak bizitzaren fase ezberdinetan.

Eskola garaia	<ul style="list-style-type: none"> -Autoestimua, komunikazioa eta aurre egitea sustatzea. -Familiarekin, ikaskideekin eta komunitatearekin laguntza-harremanak garatzea. -Eskola-, hezkuntza- eta jolas-jardueretan parte hartzea. -Norberaren segurtasuna indartzea eta muga egokiak ezartzea. -Erreferente positibo bat edukitzea.
Helduaroa	<ul style="list-style-type: none"> -Norberaren osasuna eta ongizatea zaintzeko gaitasuna izatea eta laguntza-baliabideak eskuratu ahal izatea. -Harreman pertsonal eta sozial egokiak sortzeko eta mantentzeko tresnak izatea. -Emozioei edo arazo zailei aurre egiteko trebetasuna izatea. -Helburu pertsonalak lortzeko trebetasunak garatzea. -Eskolatik lan edo ikasketetarako trantsizio arrakastatsua egiteko baliabideak izatea.
Lan egiteko aldia	<ul style="list-style-type: none"> -Nortasun sendoa, norberaren bizitzaren kontrol zentzuduna eta autoestimua izatea. -Etengabeko ongizatea eta jarduera osasungarrietan parte hartzea. -Familia- eta gizarte-harreman arduratsuak eta sakonak. -Ekarpen esanguratsua egiteko edo etxean, lanean edo komunitatean lidergoa erakusteko aukerak izatea. -Finantza egonkorrak, enplegua eta etxebizitza segurua izatea.
Hirugarren adina	<ul style="list-style-type: none"> -Jarduera mentala, fisikoa eta soziala mantentzea. -Familian eta komunitatean parte-hartzeko aukera izatea eta baloratzea. -Osasun-arazoak kudeatzea eta osasun-zerbitzuetara sartu ahal izatea. -Erretirorako trantsizio positiboa izatea. -Finantza-segurtasuna, etxebizitza segurua eta gizarte-babesa izatea. -Sinesmen eta balio errotuak izatea, aldaketari modu positiboan aurre egiteko.

Iturria: (1).

4.1.4. Alerta-zeinuak

Suizidio-jokabideari buruzko mitoetako bat da suizidio-ideia duen pertsonak honi buruzko seinalerik erakusten ez duela (1). Hau, ordea, ez da horrela, suizidio-ideiak dituzten pertsona gehienek hitzezko edo portaerazko alerta-zeinuak aurkezten baitituzte suizidio-arrisku posible bat detektatzeko aukera ematen dutena, hauek hautemanenez suizidio-jokabidea prebenitu daitekeelarik (ikus 5. eranskina) (11). Beraz, erne egon behar da pertsona batek aldaketa esanguratsu edo ezohikorik duen, honi garrantzia kendu gabe (1) eta betiere kontuan hartuta kasu bakoitza bakarra dela eta beraz, seinaleak modu desberdinetan adierazten direla (1,11).

4.2. SUIZIDIO-JOKABIDEAREN EBALUAZIO METODOAK

Datuek agerian utzi dute suizidioa osasun-publikoko arazo garrantzitsua dela, arriskuan dauden pertsonak identifikatzeko ebaluazio egoki bat behar duena, suizidio-jokabidea prebenitzeko lehen urrats nagusia izanik (23,26,29). Esan bezala, suizidioa arazo konplexua da, faktore anitzek eragiten duena. Hori dela eta, pazientearen ebaluazioa integrala izatea funtsezkoa da, hau da, pazientearen aurrekari medikoak, faktore soziodemografikoak, faktore biografikoak, aurrekari psikiatrikoak, egundo suizidio-ideiak, testuinguru familiarra eta laguntza-sareak kontuan hartzen dituen (29).

Erizainak suizidioaren prebentzio-programetan paper garrantzitsua du, bereziki zerbitzu ambulatorioetan, pazientearekin eta haren ingurunearekin sortzen den harreman berezia dela eta, suizidio-arriskuaren balorazio hobea egiteko aukera ematen duelako. Izan ere, harreman-faktoreek suizidio-jokabidearen edo -asmoen komunikazioa eta suizidio-saiakera errepikatuen prebentzioa sostengatzen dute (24,28).

Ebaluazio egoki bat egiteko, erizainek suizidio arrisku-faktoreak zeintzuk diren ezagutzea funtsezkoa da; hau da, suizidio-arriskua duten pertsonak eta horien senideak maneiatzeko formakuntza egokia edukitzea ezinbestekoa da (19). Hala ere, suizidio-jokabidearen eta -arriskuaren ebaluazioa ez dago osasun-profesionalen artean oso zabalduta, ondorioz, honek ebaluazioa egiterako orduan kalitate-irizpide egokiak betetzea oztopatu dezake (2,11). Aipatzekoa da ere, gaur egun, LMAn suizidio-arriskuaren ebaluazio estandarizaturik ez dagoela (29), hori dela eta, paziente hauekin lan egiten duten erizainak suizidioa detektatzeko erabiltzen diren tresnaz baliatu behar dira (19), hala nola, elkarrizketa klinikoa eta ebaluazio-eskalak.

4.2.1. Elkarrizketa klinikoa

Elkarrizketa klinikoa suizidioaren balorazioan erabiltzen den tresna nagusia da, pazientearen eta osasun-profesionalaren artean ematen den lehen kontaktua baita.

Pazienteari buruzko datuak biltzeko funtsezko alderdia da, eta elkarrekintza honekin konfiantza- eta enpatia-giroa sortzen da. Harreman hau eraginkorra izan dadin, elkarrizketaren dinamika kontuan hartzeaz gain, garapena errazteko eta interferentziak saihesteko beste alderdi batzuk ere hartu behar dira kontuan. Hauek harremana ezartzen den espaziotik hasi (elkarrizketa lasaia eta pribatutasuna mantenduko duen leku egoki bat) eta pazienteak sentimenduak adieraztea eta lantzea erraztuko duten hainbat teknika/trebetasunetaraino doaz (behar den denbora eskaintzea eta arretaz entzutea). Suizidio-jokabidea duen pertsona batekin lehen kontaktua erabakigarria izango da ezarriko den harremanean (2,11).

Suizidio-jokabidea duten pazienteekin elkarrizketa kliniko bat aurrera eramatea ez da erraza, oso estresagarria izan daiteke eta tentsio handiko egoera sor dezake osasun-profesionaletan, pazientean zein pazientearen inguruko pertsonetan. Horregatik, arreta berezia jarri behar da formekin eta gomendagarriena arazoaren inguruan argi eta garbi hitz egitea da, aliantza terapeutikoa sortzeko balioko baitu (1,2,11). Gakoak noiz, nola (eta nola ez) eta zer galdetzea dira (ikus 6. eta 7. eranskinak).

Elkarrizketa gradualki burutu behar da. Hasteko, pazientearen portaera edo adierazpen kezkarria islatuko duen esaldiekin probatu: “ikus dezaket zein deprimituta eta adoregabetuta zauden” edo “entzun dezaket zein etsita sentitzen zaren”. Pazienteak erantzuteko behar duen denbora utzi ondoren, galdera batzuk eginez jarraitu daiteke: “gauzak hain gaizki jarri dira non zure buruari min egitea pentsatu duzun?”. Pazienteak ezetz adierazten badu, aurrera jarraitzea zerk eragiten dion galdetzea komeni da. Aldiz, baietz esaten badu edo gainerakoentzat zama bat sentitzen direla eta haien ingurukoak haiek gabe hobeto egongo liratekeela bezalako baieztapenak adierazten badituzte, haien gainbegiratzea areagotu beharko litzateke. Suizidio-pentsamenduak dituztela adieraziz gero, une horretan min egiteko pentsamendu edo planik duten galdetzea beharrezkoa da. Pazienteak plan espezifikoren bat izanez gero, plan hori aurrera eramateko materiala eskura duen galdetzea oso garrantzitsua izango da. Galdera guzti hauei ezetz erantzunez gero, estresari aurre nola egiten dioten ebaluatzea garrantzitsua izango litzateke (19).

4.2.2. Ebaluazio-eskalak

Suizidio-arriskua ebaluatzeko hainbat eskala daude eta hauek elkarrizketa klinikoaren osagarri izaten dira. Hala ere, egungo ebidentziak erakusten du, suizidio-arriskua ebaluatzeko eskalek suizidiorako diskriminazio-gaitasun txikia dutela, sentsibilitatea %90 gainditzen ez dutela eta espezifikotasuna %40-50ekoa dela. Hori

dela eta, eskalak arrisku-faktoreak identifikatzeko bitarteko gisa ikusi behar dira, eta ez suizidio-saiakeren predikatzailerik gisa (29).

Eskala hauek heteroaplikagarriak (elkarrizketatzaile baten bidez) edo autoaplikagarriak (pazienteak berak) izan daitezke eta osasun eremuaren arabera bat edo beste erabiltzea komeni da (ikus 4. taula) (2,11).

4. taula. Osasun eremuaren arabera aplikatzen diren suizidioaren ebaluazio-eskalak.

Heteroaplikagarriak	LMA		SAD PERSONS
			IS PATH WARN
	Larrialdiak		Horowitzek bere buruaz beste egiteko arriskuari buruzko galdetegia (RSQ)
	Osasun mentala	Suizidio saiakera gabe	Becken Suizidio-ideiaren Eskala (SSI)
			Columbiako Suizidio-jokabidearen Larritasunaren Balorazioaren Eskala (C-SSRS)
		Saiakerarekin	Becken Suizidio Intenzionalitatearen Eskala (SIS)
	Heriotzarekin	Autopsia Psikologikorako Elkarrizketa Erdi-egituratua (SSIPPA)	
Autoaplikagarriak			Becken Etsipen Eskala (BHS)
			Plutchiken Suizidio-arriskuaren Eskala (RS)
			Bizitzeko Arrazoen Inbentarioa (RFL)

Iturria: (11).

Zerrendatutako eskalak ebaluazio-arlo komunak neurtzen dituzte: aurretiko suizidio-jokabidea, suizidioari buruzko egungo pentsamendu zein planak, etsipena, oldarkortasuna eta zenbaitetan babes-faktoreak (29).

Min psikiko handia izan dezaketen pazienteekin komunikatzeko tresna gisa baliagarriak dira, haien adierazpenean laguntzen dutena. Horrez gain, aliantza terapeutikoak garatzeko, esku-hartzeak graduatzeko eta ikerketa epidemiologikoan laguntzeko aukera ematen dute (29).

4.3. SUIZIDIOA PREBENITZEKO PROGRAMAK ETA PLANAK

Suizidio-jokabidearen prebentziorako programa edo plan bat egiterakoan, arlo honen inguruko nazioarteko ebidentzia zientifikoak zenbait gomendio ematen ditu (2,11):

- Baliabide hilgarrietarako sarbidea mugatzea.
- Osasun-zerbitzuetarako sarbidea hobetzea eta suizidio-arriskua duten pertsonei laguntza erraztea.

- Depresioa eta beste buru-nahasmendu batzuk dituzten pertsonen identifikazio, tratamendu eta jarraipen egokia.
- Esku-hartze komunitarioak garatzea gazte, adineko eta gutxiengo etnikoetan.
- Osasun-profesionalak kontzientziaztea eta LMAko medikuen eta irakaskuntzako profesionalen prestakuntza hobetzea.
- Buruko nahasmenduari eta suizidioari buruzko tabuak eta estigmak ezabatzea, osasun-langile zein herritar guztietan.
- Komunikabideen inplikazioa suizidioari buruzko informazioa arduratsuan.
- Ikerketa sustatzea.

4.3.1. Suizidioa prebenitzeko OMEren programak

OMEk bere dokumentuetan suizidioaren prebentzioaren garrantzia aitortzen du, nazio-mailan eta tokian tokiko estrategiak ezartzeko beharra nabarmenduz (22).

1999. urtean, OMEk suizidioaren prebentzioari bultzada bat ematea erabaki zuen, mundu mailan SUPRE izeneko programa espezifikoa sortuz. Bere helburuak honako hauek ziren: suizidio-jokabideen ondoriozko morbiditate murriztea, suizidioaren inguruko tabua haustea eta gobernuari zein gizarteari jokabide horiek dakarten erronkari buruz kontzientziaztea (22).

Bestalde, 2013an OMEk 2013-2020 Osasun Mentaleko Ekintza Plan Globala onartu zuen. Honek 2020an lortu beharreko 4 helburu orokor eta 6 mundu mailako zituen, horietako bat suizidioak %10 murriztea zelarik (9).

4.3.2. Suizidioa prebenitzeko Europako programak

Ofizialki, 1984. urtez geroztik, Europako herrialdeek osasun-politikako helburuetan suizidio-tasen murrizketa sartu dute (22). 2008.urtean "Elkarrekin osasunaren eta ongizate mentalaren alde" Goi Mailako Europako Konferentzian, osasunaren eta ongizate mentalaren aldeko Europako Ituna onartu zen. Bertan, munduko suizidio-tasa altuenak zituzten 15 herrialdeetatik, 8 Europar Batasunekoak zirela adierazi zen. Horregatik, lehentasunezko bost arloetako bat depresioaren eta suizidioaren prebentzioa izan zen, ekintzen artean hauek nabarmen zirelarik (2,11):

- Suizidio-metodo potentzialetarako sarbidea mugatzea.
- Suizidioaren arrisku-faktoreak murrizteko neurriak hartzea, hala nola, alkoholaren gehiegizko kontsumoa, drogak, gizarte-bazterketa, depresioa eta estresa.

- Bere buruaz beste egiten saiatu diren pertsoneri edo suizidioagatik maite duten pertsona bat galdu duteneri laguntza-mekanismoak ematea, hala nola, laguntza emozionala eskaintzen duen telefono bidezko laguntza.

4.3.3. Suizidioa prebenitzeko Espainiako programak

Suizidioa premia larritzat jotzen denez, modu integralean ekiteak lehentasuna izan beharko luke hainbat diziplinatako profesionalak modu koordinatuan lan egin dezaten. Hala ere, eta zifrak kezkarriak izan arren, gaur egun Espainiak, beste herrialde batzuetan ez bezala, ez du suizidioari aurre egiteko programa nazionalik; autonomia edo tokian tokiko mailan garatutako estrategiak baino ez ditu. Prebentzio-politika integral eta orokortuak edukitzetik oso urruti aurkitzen da (6,10,22).

Estatu mailan, 2009-2013 Osasun Sistema Nazionalaren Osasun Mentaleko Estrategian suizidioarekin erlazionatutako helburu bat aurki daiteke, zehazki 2. helburu orokorraren barruan: gaixotasun mentala, suizidioa eta adikzioak prebenitzea herritar guztien artean. 2.3 helburu espezifikoak suizidioari buruzkoa da, baina ez modu eksklusiboan, depresioarekin partekatuta baizik: depresioaren eta suizidioaren tasak murrizteko ekintza espezifikoak egitea eta ebaluatzea (2,11).

Espainiak nazio-mailako ekintza-programarik ez duenez, osasun-sistema autonomikoak dira suizidioaren ekitea eta prebentzio-praktikak beren gain hartzen dituztenak. Guztira 22 esku-hartze aurkitzen dira 16 autonomia-erkidegotan (Murtzian izan ezik). Ildo honetan, ekintza gehienak osasun mentaleko planen barruan sartzen direla azpimarratzea komeni da, suizidioa modu bakar eta espezifikoan zentratzen diren plan gutxi egonik. Andaluzia, Asturias, Kantabria, Katalunia, Valentzia, Extremadura, Galizia, Madril eta Euskal Autonomia Erkidegoak (EAE) dira suizidioari erantzun integrala emateko planak dituztenak eta bereziki, Katalunia eta Euskadi bide-erakusle dira, ondo zehaztutako programak bultzatzen dituztelako emaitzak zehatz egiaztatuta. Ekintzek nagusiki prebentzioaren, profesionalen eta komunitatearen prestakuntzaren eta pazienteen erregistroaren eta monitorizazioaren alde egiten dute (10).

EAEEn sortutako prebentzio-programa, "Euskadin suizidioa prebenitzeko estrategia (2019)" bezala ezagutzen da, nazioan hobekien definitutako estrategietako bat izanik (10). Bertan, suizidioak eragindako morbiditate murrizteko eta arriskuan dauden pertsoneri eta haien familiei ematen zaien arreta hobetzeko EAEEn garatu beharreko ekintzak deskribatzen dira (10,15). Estrategia hau, 4 printzipio nagusitan oinarrituta dago: pertsonarentzako ingurune babesle eta segurua sustatzea, formakuntza, protokolizazioa eta integritatea (15). Diziplina anitzeko esku-hartzearen

ikuspegitik (psikosoziosanitarioa), eta sektore publikoa zein pribatua barne hartuta, estrategia honek, 57 neurri jasotzen ditu. Alde batetik, arriskuan dauden pertsonen laguntza bilatzea eragozten duten oztopoak hautsi nahi ditu, eta, bestetik, informazio gehiago, asistentzia hobea eta esku-hartze goiztiarragoa eman nahi du (10,15).

4.4. LEHEN MAILAKO ARRETAKO ERIZAINEK SUIZIDIO-JOKABIDEA MANEIATZEKO ESTRATEGIAK

LMAko erizainek leku pribilegiatua dute suizidioaren arrisku-faktoreak detektatzeko, pazientearekin, haren ingurunearekin eta komunitatearekin kontaktu zuzena dutelako eta beraz, konfiantza-harreman handiagoa lortzen dute (2,11,12). Gainera, ohikoa da suizidio baten aurretik pazienteak LMAko osasun profesionalekin harremanetan jartzea (13).

Eremu honetan ebaluatzen diren paziente suiziden tipologia hiru motetako izan daiteke: alde batetik, suizidio-saiakera batetik bizirik atera direnak, bestetik, kontsultara suizidio-ideiak azalduz joaten direnak, eta azkenik, suizidio-ideiak dituztenak, baina, ahoz adierazi ez dituztenak (30).

Suizidio-ideiak hautematea arriskua identifikatzeko funtsezko elementua da, prebentzioaren lehen urrats garrantzitsua izanik (2). Hori dela eta, ezinbestekoa da LMAko osasun-profesionalak osasun mentaleko gaietan ondo prestatuta egotea, horien artean suizidio-adierazleen inguruan (suizidioa laster gertatzeko aukera ematen duten jokabide edo ideiak ezagutzea eta haien familiei prebentzioan orientatzen jakitea) (7,11).

Erizaintzako profesionalek, alde batetik, zainketa-plan indibidualizatuak egin behar dituzte paziente bakoitzak arrisku-faktorerik duen identifikatu ahal izateko, eta bestetik, beste profesional batzuekin lan egin behar dute elkarren artean informazioa partekatuz, kasu bakoitzean garaiz jardun ahal izateko (7,12). Gainera, pazienteak ingurune egokia duen balioetsi behar du eta pazientearekin eta familiekin harreman-terapeutikoa ezartzen jakin behar du (enpatia, lasaitasuna, epaiketarik ez, zintzotasuna eta ardura/kezka) (2,7,11).

Suizidio-arriskuaren detekzioa, aurretik aipatutako elkarrizketa klinikoaren bidez burutuko da LMAko kontsultetan edo pazientearen etxean. Lehen kontaktua oso garrantzitsua izango da, hori dela eta, erizainek elkarrizketa bat nola burutu (eta nola ez) behar duten jakitea funtsezkoa da (ikus 8. eranskina) (1,11).

Honez gain, LMA n erizainek egoera hauen aurrean erabili dezaketen beste tresna bat ebaluazio-eskalak dira. Eremu honetan gomendatzen diren bi eskalak, SAD PERSONS eta PATH WAR dira. Hauek, diagnostiko-tresna baino gehiago, baloratu beharreko arrisku-faktoreei buruz orientatzeko balio dute, lehenengoa objektiboagoa izanik eta bigarrena, ordea, subjektiboagoa. Horietako bakoitzak 10 item ditu, hainbat arrisku-faktoreei dagozkienak, eta, batzuk bieran errepikatzen diren arren, hasierako balorazioa egiteko adinako aukera eskaintzen dute elkarrekin (ikus 9. eranskina) (1).

Pazienteak suizidio-ideia edo planifikazioa aurkeztuz gero, honen arrisku-maila graduatu behar da ebaluatzeko puntu garrantzitsuenak ondorengoak izanik: faktore-soziodemografikoak, gaixotasun mentalak, aurretiko suizidio-saiakerak eta aurrekari familiarrak (jokabide suizidak eta nahasmendu mentalak) (30). Arrisku altuko pazienteak berriazko planak egin dituztenak, muturreko etsipena, ezintasun edo erru sentimenduak adierazten dituztenak eta laguntza-sozialik ez dutenak (suizidioa irtenbide bakartzat ikusten dutenak) kontsideratzen dira (2,11). Ondoren, pazienteak bere buruaz beste egiteko duen arriskuaren arabera (altua, ertaina, baxua) ekintza bat edo beste aurrera eramaten da. LMAtik suizidio-arriskua duen paziente bat larrialdi-zerbitzuetara edo osasun mentaleko zerbitzuetara bidera daiteke irizpide batzuen arabera (ikus 10. eranskina) (30). Gainera, arreta-maila ezberdinen arteko koordinazioak, esku-hartze goiztiar bat bezala kontsideratzen dena, ondorengo suizidio-saiakerak murriztearekin eta pazienteak jarraipen-arretarekin lotzearekin eragina duela ikusi da (14).

LMAko erizainek, zainketen jarraitasunean funtsezko elementua izanik, bere buruaz beste egiten saiatu diren eta ospitaletik edo larrialdi-zerbitzuetatik alta eman zaien pazienteen jarraipenean parte hartu behar dute, osasun mentaleko profesionalak ikusi arte. Izan ere, alta eman ondoren, suizidio-arriskua nabarmen handitzen dela ikusi da (16,17,25). Ebidentzian oinarritutako hainbat ikerketen arabera, komunikazio bidezko berehalako esku-hartzeak (telefono bidezko kontaktuak, gutunak, postalak, teknologian oinarritutako komunikazioa, bisita egituratuak eta hedapen komunitarioko programak) eta segurtasun-plan bat egiteak suizidio-saiakera berrien prebentzioan eraginkorrak dira (14,17,18,24–26,28,31). Segurtasun-plan hau, paziente bakoitzarentzat ezberdina izango da, baina, pertsona guztientzat komunak diren urrats batzuk aurkitzen dira: “corta-fuegos” txartela diseinatzea eta babes-jarraibideak ezartzea (tresna hauek ikusgai eta eskura egon behar dute, bereziki, pertsonarentzat arrisku handia dagoen uneetan) (ikus 11.eranskina) (32).

Esan daiteke, erizainek tresna ugari dituztela suizidioaren prebentziorako, baina, horrez gain, LMAko kontsultetan osasun mentala sustatzea beharrezkoa da, baita gaur egun hainbeste denbora igarotzen den lekuetan, hala nola sare sozialetan. Gaur egun, eskura dagoen teknologiaz baliatu behar da, suizidioaren inguruan hitz egiteko eta informazioa helarazteko (7). Izan ere, suizidioaren inguruko tabu-sozialak osasun-sistemak laguntza azkar eta eraginkorra emateko aukera zaildu eta baldintzatu besterik ez du egiten (6,7). Honi aurre egiteko, OMEk komunitateak suizidioarekiko duen sentsibilitatea areagotzea gomendatzen du, ebidentzia zientifikoan oinarritutako informazioa sentsibilizazio-kanpainen bidez zabalduz (4,6,8).

Amaitzeko, EAEn Osakidetzak suizidioa prebenitzeko daukan estrategian LMAN jasotako 3 neurriak aipatu beharrekoak dira (15):

1. Arrisku handia duten patologietan (adibidez, depresioa) suizidio-arriskuaren ebaluazioa sartzea Osakidetzako lehentasunezko eskaintza ebaluatzeko adierazle gisa. Suizidio-arriskuaren ebaluazioa sistematikoki egin behar da bere buruaz beste egiteko arriskua izan dezaketen pertsonetan, hala nola, depresioa dutenetan, min edo ezintasun funtzionala duten paziente kronikoetan, doluan eta abarretan.
2. Historia kliniko elektronikoan (Osabide) suizidio-arriskua maneiatzen laguntzeko tresnak sartzea. Adibidez, suizidio-arriskuari buruzko anezka informatikoa, hautemandako arriskuaren araberako gomendioak ematen dituenak.
3. Suizidio-arrisku handia suposatzen duten patologietan erabili ohi diren tresnetan, suizidio-arriskua ebaluatzeko oroigarriak jartzea. Oroigarri horiek profesionalaren lana erraztu dezakete, esaterako: historia kliniko elektronikoan lehendik dauden formulario espezifikoetan, zainketa aringarrien banakako planean, besteak beste.

5.EZTABAIDA

Hainbat ikerketek bat egiten dute suizidioaren arrisku-faktore garrantzitsuenen artean aurretiko suizidio saiakerak aurkitzen direla eta larrialdietatik edo ospitaleratuak egon ondotik alta ematerakoan hauen suizidio-arriskua nabarmen igotzen dela (16–18,24–26). Alde batetik, Kapur et al.-ek (33) alta eman ondorengo 5 egunen barruan hamar pertsonatik bat bere buruaz beste egiten saiatzen dela aurkitu dute eta bestetik, Chaudhary et al.-ek (25) aztertutako ikerketak suizidioen %41a lehen jarraipen-hitzorduren aurretik gertatu direla jakinarazi du. Beraz, suizidio-saiakera baten ondoren arretaren jarraitutasun eza, suizidio-saiakerak eraginkortasunez prebenitzeko oztopo nagusietako bat izan daitekeela badirudi. Arazo honen irtenbide posible bat, LMAko

erizainek paziente hauen arretaren jarraipen goiztiarra gauzatzea izan daiteke alta eman eta lehenengo 24h-etan beraiekin kontaktuan jarriz.

Esku-hartze goiztiarrek ondorengo suizidio-saiakerak murriztearekin eta pazienteak jarraipen-arretarekin lotzarekin erlazioa dutela ikusi da, horien artean, arretaren koordinazioa, segurtasunaren plangintza eta kontaktu aktibo bidezko berehalako jarraipena (14). Segurtasun-planari dagokionez (esku-hartze independente gisa edo jarraipenerako telefono-deiekin batera erabiltzen denean), paziente suizidetan suizidio-saiakerak %45 eta %76 artean murrizten dituela ezagutu da, ohiko tratamenduarekin alderatuz gero (psikofarmakoak, psikoterapia eta ospitalizazioa) (31). Hori dela eta, suizidioaren prebentziorako LMAko erizainak, segurtasun planaren inguruan ezagutzak zein trebetasuna eskuratzea interesgarria izan daiteke, baita paziente suizidekin jardutean, segurtasun planaren plantilla bat eskura edukitzea egoera errazago kudeatzeko. 11. eranskinean, Madrileko komunitatean eraturiko autolaguntzarako gidak "Suizidioaren prebentzioa. Zer egin daiteke?" proposaturiko segurtasun plana azaltzen da, LMAko erizaintzat tresna baliagarria izan daitekeena. Bestalde, arretaren koordinazio egoki bat burutzeko eta egoera beste arreta-maila batera bideratzen laguntzeko, erizainek LMAtik suizidio-jokabidea maneiatzeko algoritmoa (ikus 10.eranskina) eskura izatea garrantzitsua izan daiteke.

Kontaktu aktibo bidezko berehalako jarraipenari dagokionez (telefonoa, gutunak, postalak, teknologian oinarritutako kontaktua, bisita egituratuak, hedapen komunitarioko programak eta hauen arteko konbinaketak), hau aztertzen duten ikerketa ezberdinak bat datoz suizidio-saiakera errepikatuen arriskua murrizten dutela (17,18,25,28). Honez gain, Chaudhary et al.-ek (25) zerbitzu anbulatorioekin lotzeko, gizarte-isolamenduko sentimenduak murrizteko eta pazienteei eskura dauden baliabide komunitarioetan hobeto nabigatzen laguntzeko eraginkorrak direla aurkitu dute. Katsivarda et al.-ek (17) telefonozko eta idatzizko komunikazioak, suizidio-saiakera berri baten prebentzioran eraginkortasun-maila ona erakutsi dutela diote. Azterlan honetan aipatzen den moduan, alde batetik, Gysin-Maillart et al.-ek (34), gutun bidez egindako jarraitasunak suizidio-saiakera burutzeko arriskua %80ra murriztearekin lotu dute eta bestetik, Miller et al.-ek (35) telefono bidezko kontaktua eduki dutenen artean, arriskua %20 murriztearekin erlazionatu dute. Okolie et al.-ek (26), ordea, adineko pertsonen suizidioaren prebentzioran, telefono bidezko kontaktua hain sendoa ez dela adierazi dute eta LMAN oinarritutako depresioa detektatzeko eta tratatzeko programen bidez suizidio-ideien tasek behera egin dutela erakutsi dute. Ezberdintasun hauen arrazoa, beren buruzaz beste egiten saiatzen direnak talde homogeen bat ez direlako izan daiteke; izan ere,

adin-talde bakoitzak suizidio-jokabideen arrisku-faktore eta etiologia ezberdinak dituztela ikusi da, eta beraz, osasun-profesionalek paziente bakoitzari hobekien egokitzen zaion jarraipen-metodoa bilatu beharko lukete. Esaterako, gazteen artean teknologia zein telefono bidezko kontaktua erabili daitekeen bitartean, adineko-pertsonetan bisita egituratuak programatzea garrantzitsua izango da.

Paziente suiziden arretaren jarraitasunaz gain, LMAko erizainak suizidio-jokabideen detekzio eta prebentzioan funtsezko papera jokatzeko dutela ikusi da, askoren osasun-zerbitzuen sarbidea delako eta gainera, suizidioaren aurretik LMArekin kontaktuan egotea ohikoa baita (13,14). Stene et al.-en (13) ikerketaren arabera, % 80k azken urtean eta % 44k azken hilabetean LMAko zerbitzu bat bisitatu du. Datuek, suizidioa prebenitzeko estrategiak eta esku-hartzeak LMAren esparruan kokatzea oso garrantzitsua dela adierazi dute eta LMAko erizainak suizidio-jokabideen arrisku-faktoreak ezagutzeko eta horiei erantzuteko gai izan beharko liriateke (36,37). Horretarako, aldez aurreko prestakuntza behar da, ebaluazio-trebetasunak, diagnostiko-tresnak eta gaitasunak (teorikoak, praktikoak eta emozionalak) emango dituen (7,36,37). Tamalez, erizainek suizidioaren arrisku-faktoreak eta babes-faktoreak hautematean (21,36), laguntza emozionalean, bulkaden kontrolean, egoerari aurre egiteko laguntzan eta profesionalen formazioan gabeziak daudela adierazi dute (21). Beraz, argi dago eremu honetan prestakuntza falta dagoela eta suizidioaren prebentzioa hobetzeko, LMAko osasun-profesional guztiek, LMAn suizidio-jokabidea duten pazienteekin nola jardun behar duten irakatsiko dien formakuntza jasotzea derrigorrezkoa izan beharko litzateke.

LMAan aplikatzen diren protokoloak detekzio-deribazio alderdiei lehentasuna ematen diete, ulermen-euskarri terapeutikoaren alderdien gainetik. Baina, ebidentziak kalitatezko harreman terapeutikoa, paziente suizidei laguntzeko funtsezkoa dela erakutsi du (6,36). Suizidioa detektatzen den pazienteekin edo suizidio-ideiak jakinarazten dituztenekin suizidioaz hitz egiteak, antsietatea arintzen eta hobeto ulertuta senti daitezen lagun dezake, horrek suizidio-jokabidea eragiteko arriskua areagotu gabe (30). Horregatik, erizainek hobetu beharreko alderdia, arriskuan dagoen pertsona batekin suizidioaz hitz egiteak bere buruaz beste egitera bultzatzea dezakeen ideia okerra ezabatzea eta pazienteari zuzenean zein asmo dituen galdetzea izango litzateke. Erizainek elkarrizketa hau errazago burutzeko, *American Psychological Association-ek* (APA) proposaturiko eredu eskura edukitzea baliagarria izan dakioke (ikus 7.eranskina).

Hala ere, gaur egun, oraindik ez dago suizidio-arriskuaren ebaluazio estandarizaturik eta honek erizainek kalitatezko ebaluazio bat burutzea oztopatzen du. Hori dela eta, paziente hauekin lan egiten duten erizainek suizidioa detektatzeko erabiltzen diren tresnaz baliatu beharko dira, hala nola, elkarrizketa klinikoa eta ebaluazio-eskalak. Ebaluazio-eskalek, ordea, baliagarritasun diagnostiko mugatua dutela ikusi da, suizidioa edo suizidio-saiakera aurreikusteko eraginkortasun txikia erakusten baitute (11,29). Beraz, erizainek suizidio-jokabidearen eta suizidio-arriskuaren balorazioa burutzerako orduan, elkarrizketa klinikoa ebaluazio tresna nagusizat edukiko dute, eskalak bitarteko gisa izanik (11). Ondorioz, ebaluazio estandarizaturik ez dagoenez, LMAko eremuan erizainak elkarrizketa klinikoaz gain, FSMEk (1) proposatzen dituen SAD PERSONS eta IS PATH WARM eskalez baliatzea aproposa izan liteke.

Artikulu ezberdinek dioten moduan, Espainiak estatu-mailan ez du suizidioa prebenitzeko planik (6,10,22) eta INEk helarazitako datuen arabera, 2020.urtean suizidio kasuen maximo historikora iritsi da (4). Horrelako estrategiak ezarri dituzten hainbat herrialdeek (Norvegia, Suedia eta Finlandia barne), ordea, azken bi hamarkadetan, suizidioa prebenitzeko eraginkorrak direla frogatu dute (16) eta hauen suizidio-tasak Espainiakoeekin alderatuz gero, txikiagoak direla ikusi daiteke. Beraz, argi dago zerbaitetan huts egiten ari dela eta honi aurre egiteko lehenengo pausua, Espainiako Gobernuak arazo larri honetan parte hartzea eta estatu-mailan suizidioa prebenitzeko plan bat ezartzea izango litzateke. Hala ere, Espainiako Osasun Ministerioak, ez du ikusten nazio-mailan suizidio kasuak murrizteko plan espezifiko baten beharra, Osasun Mentaleko Estrategiaren barruan helburuak ezartzearekin nahikoa izanik.

Aipatzekoa da ere, Navarro et al.-ek (10) egindako ikerketaren arabera, EAEn sortutako prebentzio-programa nazioan hobekien definitutako estrategietako bat dela, beste autonomien bide-erakusle izanik. Datuei erreparatuz gero, ordea, nazio-mailan suizidio-tasa altuenak EAEn aurkitzen dira (4). Kontraesan hau, suizidioaren prebentziorako eskura dauden erremintak behar bezala zabaltzen eta aplikatzen ez direlako izan daiteke. Izan ere, erizaintzako praktketan osasun-zentroan bizitako esperientzia pertsonaletik, suizidioaren prebentziorako protokolorik ez dutela eta bertako langileak Euskadiko Suizidioaren Prebentzioaren Estrategiaren berri ez dutela ikusi ahal izan dut.

Amaitzeko, artikulu ezberdinek dioten moduan, suizidioaren inguruko tabu-sozialak osasun-sistemak laguntza azkar eta eraginkorra emateko aukera zaildu eta

baldintzatu besterik ez du egiten (6,7). Arazo honi aurre egiteko, OMEk agerian uzten du suizidio-jokabideak dituzten pertsonen tabuak eta estigmak ezabatzearen beharra, sentsibilizazio-kanpainen garapena eta komunikabideek gaiaren hedapen egokia sustatuz (3,6). LMAko erizainak eremu honetan paper garrantzitsua izan dezake, komunitatearekin duen kontaktu zuzenagatik. Hori dela eta, komunitateak suizidioarekiko duen sentsibilitatea areagotzeko, erizainak osasun aditu bezala osasun publikoko arazo honen inguruan hitz egitea eta sentsibilizazio-kanpainen bidez informazioa helaraztea suizidioaren prebentziorako interesgarria izan daiteke. Izan ere, gaia zenbat eta eztabaidatuagoa izan, orduan eta ohikoagoa da prebentzio-estrategiak aurrera eramatea.

6.ONDORIOAK

Berrikuspen bibliografikoa egin ondoren, lortutako informazioa landuta, planteatutako helburuei erantzuna ematen dieten hurrengo ondorioetara iritsi da:

- Suizidioa osasun-publikoko arazo larria da, azken urteotan intzidentziak gora egin duena, Espainian 2020ean maximo historikora iritsi dena eta munduko eskualde guztiei eragiten diona. Espainian, heriotza ez-naturalaren lehen kausa da, trafiko-istripuen aurretik. Hala, OMEk horren prebentzioa funtsezkotzat jotzen du, bertan osasun-profesionalek ezinbesteko papera izanik.
- Suizidio-jokabidea konplexua da, ez dago kausa bakar bat, eta faktore anitzek eragiten dute. Erizaintzako profesionalak faktore hauek zeintzuk diren ezagutzea ezinbestekoa da, suizidioaren prebentziorako erantzun eraginkorren oinarrietako bat jokabide horri lotutako faktoreak behar bezala identifikatzea baita.
- Babes-faktoreak edukitzeak, suizidioaren probabilitatea murriztu dezakete, bertan, paziente suiziden senitartekoak edo hurbilekoak zeregin garrantzitsua izanik. Beraz, suizidioaren prebentziorako babes-faktoreak sustatzea garrantzitsua da.
- Suizidio-arriskua duen paziente bat detektatzeko modurik onena, suizidio-arriskua duten pertsonak eta horien senideak maneiatzeko prestakuntza-maila ona duten profesionalak ebaluazio bat burutzea da. Hala ere, gaur egun, ez dago suizidio-arriskuaren ebaluazio estandarizaturik. Ebaluatze metodo egokiena elkarrizketa klinikoa da, pazientearen eta osasun-profesionalaren artean ematen den lehen kontaktua baita. Elkarrizketa hori suizidioa-jokabide edo -ideien balorazioan oinarritutako eskala batzuekin osa daiteke, azken hauek beti ere bitarteko gisa erabiltzen direlarik eta ez diagnostiko moduan.

- Gaur egun Espainiak, beste herrialde batzuetan ez bezala, ez du suizidioari aurre egiteko programa nazionalik, autonomia edo tokian tokiko mailan garatutako estrategiak baino ez ditu. Suizidioa prebenigarria da, baina, horretarako, ezinbestekoa da estrategia nazional bat ezartzea, Gobernuak arazo larri honen ardura hartuz.
- LMAko erizainen esku-hartzeak suizidioa prebenitzeko funtsezkoak dira bere buruaz beste egiten saiatu aurretik zerbitzu hau bisitatzea ohikoa dela ikusi baita. Eremu horretako osasun-profesionalek paziente horiekin duten konfiantza-harremana dela eta, suizidio-arriskua identifikatzeko eta arretaren jarraitasuna gauzatzeko osasunaren esparru ideala dela esan daiteke. Arretaren jarraitasunean kontaktu aktibo bidezko jarraipenak burutzea eta segurtasun planak eratzea, suizidio-saiakerak murrizteko eraginkorrak direla frogatu da. Hori dela eta, suizidio-jokabidearen inguruan LMAko osasun langileen prestakuntza egokia izatea beharrezkoa da.

Laburbilduz, suizidioa prebenigarria da, baina, arazo honi aurre egiteko gizartean gaixotasun mentalen inguruan dagoen estigma eta tabuak ezabatzea beharrezkoa da, isiltasuna alde batera utziz eta arazoaz hitz eginez. Horretarako, sentsibilizazio-, kontzientziazio-, informazio- eta prebentzio-kanpaina gehiago egin behar dira, Gobernuari baliabideak emateko presionatuz.

7.BIBLIOGRAFIA

1. Anseán A. Prevensuic. Guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios. 1ª ed. Madril: Fundación española para la Prevención del Suicidio; 2021.
2. Anseán A. Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2ª ed. Madril: Fundación Salud Mental España; 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un Imperativo global [Internet]. Washington: Oficina Regional para las Américas; 2014 [kontsulta-data: 2021eko azararen 10a]. Erabilgarri: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Fundación Española para la prevención del suicidio. Observatorio del suicidio en España [Internet]. Madril: Fundación española para la Prevención del Suicidio; 2021 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 9a]. Erabilgarri: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
5. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet]. Madril; 2021 [eguneratuta 2021eko urtarrila; kontsulta-data 2021eko abenduaren 14a]. La salud mental en la pandemia; [5 pantaila ggb]. Erabilgarri: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE
6. García Haro JM, García Pascual H, González González M, Sánchez Pérez MT, Barrio Martínez S. Abordaje y prevención del comportamiento suicida en el sistema sanitario español: enfoque, límites y riesgos. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria [Internet]. 2020 [kontsulta-data: 2021eko abenduaren 15a]; 17(1): 56-81. Erabilgarri: <https://aen.es/wp-content/uploads/2020/11/cuadernos-de-psiquiatria-vol-17-20-3.pdf>
7. Hernando C, Aznar DA, Pinilla L, López C, Gadea B, Barreu C. Prevención y cuidados de enfermería en pacientes con ideas autolíticas. Rev. sanit. investig.[Internet]. 2021 [kontsulta-data: 2021eko abenduaren 16a]; 2(10):161.

- Erabilgarri: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-y-cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-ideas-autoliticas/>
8. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2021 [eguneratuta 2021eko ekainaren 17a; kontsulta-data 2021eko azaroaren 10a]. Suicidio; [ggb 3 pantaila]. Erabilgarri: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
 9. Asamblea Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre la salud mental. 2013-2020 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 11]. Erabilgarri: <https://consaludmental.org/publicaciones/Planaccionsaludmental20132020.pdf>
 10. Navarro Gómez N. El abordaje del suicidio: revisión de las estrategias autonómicas para su intervnción. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2020;94:1–8. Erabilgarri: https://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202005036es.pdf
 11. FUDEN. Prevención e intervención enfermera en conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2017.
 12. Rico Cano A, Sanchez Martinez S, Nieto Santander RM, Nieto Rubia MU. Deteccion del riesgo de suicidio en atención primaria. In: Gázquez JJ, Molero MM, Pérez MC, Simón MM, Barragán AB, Martos A. Perspectivas y Análisis de la Salud. Almería: ASUNIVEP; 2016. p. 295–299.
 13. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. Scand J Public Health [Internet]. 2019 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 15a]; 47(1):9–17. Erabilgarri: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494817746274?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
 14. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of Suicide Prevention Interventions with Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care

- Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry [Internet]. 2020 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 15a]; 77(10):1021–1030. Erabilgarri: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2767408>
15. Osakidetza. Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi [Internet]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritza, Osasun Saila; 2019 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 12a]. Erabilgarri: <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/documentacion/2019/estrategia-de-prevencion-del-suicidio-en-euskadi/>
 16. Pérez V, Elices M, Prat B, Vieta E, Blanch J, Alonso J, et al. The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. J Affect Disord [Internet]. 2020 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 16a]; 268:201–205. Erabilgarri: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720300987?via%3Dihub>
 17. Katsivarda C, Assimakopoulos K, Jelastopulu E. Communication-based suicide prevention after the first attempt. A systematic review. Psychiatrike [Internet]. 2021 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 16a]; 32(1):51–58. Erabilgarri: https://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1632&lang=en
 18. Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X, Gay A, Sevos J, Pellet J, et al. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: A controlled study. BMC Psychiatry [Internet]. 2017 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 17a]; 17(1):1–6. Erabilgarri: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1258-6>
 19. Rajamohan S, Sharkey PL, Heavey E. Therapeutic approaches for suicidal adolescents. Nursing [Internet]. 2018 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 25a]; 48(9):32–38. Erabilgarri: https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2018/09000/Therapeutic_approaches_for_suicidal_adolescents.9.aspx
 20. García Martín ÁF, Santiago Sáez A, Labajo González E, Albarrán Juan ME, Olivares Pardo E, Perea Pérez B. Evaluation of risk factors for suicide attempt in

- a hospital clinical population in the Community of Madrid. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2020 [kotsulta-data: 2021eko abenduaren 6a]; 94:1-8. Erabilgarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721439>
21. Sufrate Sorzano T, Santolalla Amedo I, Rivera Sanz F, Ramírez Torres CA. Conducta suicida. Cuidados de enfermería para la prevención e intervención en crisis. Rev Int Salud Ment Investig y Humanidades [Internet]. 2020 [kotsulta-data: 2021eko abenduaren 4a]; 16:1–7. Erabilgarri: <http://ciberindex.com/index.php/p/article/view/e12659/e12659>
 22. García Sánchez E. El papel de la Enfermera Especialista en Salud Mental en la prevención del suicidio, una necesidad fundamental. Cuid salud en iberoamérica [Internet]. 2018 [kotsulta-data: 2021eko abenduaren 4a]; 14:1-9. Erabilgarri: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e11718/e11718>
 23. Díaz Pérez I, Barrera Escudero M, Cano Montes IM, González López C. Procedimiento de valoración de autoagresividad y cuidados en pacientes ingresados en unidades psiquiátricas. Cuid salud en iberoamérica [Internet]. 2019 [kotsuta-data: 2021eko abenduaren 6a]; 15:1-5. Erabilgarri: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12412/e12412>
 24. Pons Baños J, Ballester Ferrando D, Riesco Miranda L, Escoté Llobet S, Jiménez-Nuño J, Fuentes Pumarola C, et al. Sociodemographic and clinical characteristics associated with suicidal behaviour and relationship with a nurse-led suicide prevention programme. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [kotsulta-data: 2021eko azaroaren 25a]; 17(23):1–15. Erabilgarri: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/23/8765/htm>
 25. Chaudhary AMD, Memon RI, Dar SK, Bhullar DK, Dar KR, Naveed S. Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. Psychiatr Q. [Internet]. 2020 [kotsulta-data: 2021eko azaroaren 17a]; 91(2):417–450. Erabilgarri: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs1126-020-09712-x>
 26. Okolie C, Dennis M, Thomas ES, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. Int Psychogeriatrics [Internet]. 2017 [kotsulta-data: 2021eko azaroaren 15a];

- 29(11):1801–1824. Erabilgarri:
<https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/systematic-review-of-interventions-to-prevent-suicidal-behaviors-and-reduce-suicidal-ideation-in-older-people/7363DA09A7EEAA33E352218C3D7F4DD7>
27. Deuter K, Procter N, Evans D, Jaworski K. Suicide in older people: Revisioning new approaches. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2016 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 26a]; 25(2):144–150. Erabilgarri:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.12182>
28. Hernández Rincón EH, Ardila SDB, Jáuregui AV, Peñaranda PAC, Fonseca JLF. Suicide prevention mobile applications for adolescents and young adults. *Rev Cuba Inf en Ciencias la Salud* [Internet]. 2020 [kontsulta-data: 2021eko abenduaren 16a]; 31(4):1–20. Erabilgarri:
http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/download/1563/pdf_59
29. Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Literature review to identify standardized scales for assessing adult suicide risk in the primary health care setting. *Medwave* [Internet]. 2018 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 27a]; 18(5): e7246-e7246. Erabilgarri:
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/7246>
30. 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. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avaluat 2010/02. Erabilgarri: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
31. Bryan CJ. Cognitive behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Implications for meeting standard of care expectations with suicidal patients. *Behav Sci Law* [Internet]. 2019 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 25a]; 37(3):247–258. Erabilgarri: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bsl.2411>

32. Comunidad de Madrid. Guía de autoayuda. Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer? [Internet]. Madrid; 2014 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 9a]. Erabilgarri: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017534.pdf>
33. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: A multicenter cohort study. J Clin Psychiatry [Internet]. 2006 [kontsulta-data: 2022ko martxoaren 30a]; 67(10):1599–1609. Erabilgarri: <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/17465/>
34. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). PLoS Med [Internet]. 2016 [kontsulta-data: 2022ko martxoaren 30a]; 13(3):1-21. Erabilgarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4773217/>
35. Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein A, et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population. JAMA Psychiatry [Internet]. 2017 [kontsulta-data: 2022ko martxoaren 30a]; 74(6):563–570. Erabilgarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5539839/>
36. Seixas Santos R, Santos de Albuquerque MCD, Zeviani Brêda M; de Assis Bastos ML, dos Santos Silva VM, da Silva Tavares NV. Nurses' actions towards suicide attempters: reflective analysis. J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE [Internet]. 2017 [kontsulta-data: 2021eko abenduaren 5a]; 11(2):742-748. Erabilgarri: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11995/14565>
37. Raymond C, Myers S, Daly R, Murray D, Lyne J. Care Pathways in a Suicide Crisis Assessment Nurse (SCAN) service. Int J Nurs Pract [Internet]. 2020 [kontsulta-data: 2021eko azaroaren 25a]; 26(1):1–6. Erabilgarri: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12798>

8.ERANSKINAK

1.Eranskina. Webguneetatik lortutako dokumentuak eta lanerako erabilitako liburuak.

Iturria: propioa.

WEBGUNEAK	DOKUMENTUAK
OME	- Prevención del suicidio. Un imperativo global.
	- Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.
FSME	- Guía de autoayuda. Prevención del suicidio ¿Qué puedo hacer?
	- La conducta suicida. Información para pacientes, familiares y allegados.
	- Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares.
	-Observatorio del suicidio en España 2020.
Osakidetza	- Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi.
Gobierno de España Ministerio de Sanidad	- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.
LIBURUAK	
<ul style="list-style-type: none"> - Guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios. - Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. - Prevención e intervención enfermera en conducta suicida. 	

2.Eranskina. Datu-baseetan egindako bilaketa bibliografikoaren prozesu zehatza eta lortutako emaitzak. **Iturria:** propioa.

Datu-basea	Bilaketa-bidea	Emaitzak		Emaitzak		Hautatutakoak
BVS	Suicidio AND atención primaria	745	I R A G A Z K I A K	223	B A R N E R A T Z E E T A K A N P O R A T Z E I R I Z P I D E A K	1
	Suicidio AND prevención secundaria	203		34		0
	Suicidio AND prevención & control AND atención de enfermería	444		51		5
	Suicidio AND prevención & control AND enfermería de atención primaria	34		2		1
CUIDEN	Suicidio AND prevención AND atención de enfermería	0		0		0
	Suicidio AND prevención AND atención primaria de salud	1		0		0
	Suicidio AND prevención	34		13		5
	Suicidio AND atención de enfermería	27		4		1
	Suicidio AND atención primaria de salud	20		7		0
	Suicidio AND prevención secundaria	0		0		0
DIALNET	Suicidio AND prevención AND enfermería	24		18		1
	Suicidio AND prevención AND atención primaria	21		16		2
	Suicidio AND detección	101		75		1
PUBMED	Suicide AND primary care nursing	11		0		0
	Suicide AND prevention & control AND primary care	1		0		0
	Suicide AND secondary prevention AND primary care	12		1		0
	(Suicide OR suicide attempted) AND secondary prevention	159	20	3		
	(Suicide OR suicide attempted) AND (primary care OR primary care nursing)	1295	346	4		

3.Eranskina. Bilaketa bibliografikoan hautatutako artikuluak ebidentzia-mailaren eta urtearen arabera ordenatuak. **Iturria:** propioa.

Artikuluaren izenburua	Autoreak	Urtea	Helburuak	Emaitzak/ondorioak
BERRIKUSPEN SISTEMATIKOA ETA META-ANALISIA				
Association of suicide prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings.	Douplik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden DF, McCarthy E, et al.	2020	Zainketa akutuetako suizidioa prebenitzeko esku-hartzeen eta pazienteen ondorengo suizidio-saiakeren arteko lotura aztertzea, bai eta jarraipen- arretarekin duten lotura eta jarraipenean zehar dituzten depresio-sintomak ere.	Emaitzak: Zainketa akutuen suizidioa prebenitzeko ondorengo suizidio-saiakeren murrizketarekin eta jarraipen- arretarekin lotura handia erakutsi zuten, baina, ez depresio-sintomak murriztearekin. Esku-hartze ohikoenak arretaren koordinazioa, segurtasunaren plangintza, jarraipeneko berehalako kontaktua eta berehalako esku-hartze terapeutikoa izan ziren. Ondorioak: Topaketa bakar batean emandako suizidioa prebenitzeko esku-hartzeak eraginkorrak izan daitezke ondorengo suizidio-saiakerak murrizteko eta pazienteek jarraipeneko osasun mentaleko arretan parte hartzen dutela bermatzeko.
BERRIKUSPEN SISTEMATIKOA				
Communication-based suicide prevention after the first attempt: A systematic review.	Katsivarda C, Assimakopoulos K, Jelastopulu E.	2021	Suizidioa prebenitzeko hirugarren mailako esku-hartzeen deskribapen orokor bat aurkeztea, pazientearekiko eta haren familiarekiko komunikazioan zentratuta, eta esku-hartze horien eraginkortasuna aztertzea.	Emaitzak: Azterlanean deskribatutako esku-hartzeak honako hauek ziren: kontaktu pertsonalak eta telefonikoak, zorion-txartelekin eta gutunekin komunikatzea, pazientearekin telefonoz harremanetan jartzea eta erregistroak mantentzea, telefonozko kontaktuak soilik eta teknologian oinarritutako komunikazioa. Ondorioak: Familia- eta paziente-komunikazioko esku-hartzeek, bereziki, telefono bidezko eta idatzizko komunikazioan, eraginkortasun-maila ona erakutsi dute suizidio-saiakera berri baten prebentzioan, batez ere, interbentzioa kronogramaren arabera osatu bada eta pazienteak ez badu tratamendua goiz utzi.
Prevención y cuidados de enfermería en pacientes con ideas autolíticas.	Hernando C, Aznar DA, Pinilla L, López C, Gadea B, Barreu C.	2021	Suizidioaren prebentzioa eta profesionalen osasun mentalean prestakuntza izatea sustatzea. Paziente suiziden detekzio goiztiarra erraztea eta	Emaitzak: Erizaintzako langileek osasun mentalean ondo prestatuta egon behar dute paziente suizidei heldu ahal izateko eta zainketa-plan individualizatuak egin ahal izateko (paziente bakoitzak arrisku-faktorerik duen identifikatzea, beste profesional batzuekin lan eginez pazientearekiko ingurune egokia dagoen balioestea eta pazientearekin zein familiekin enpatizatzea)

			hauengan zein familiengan erizaintzako papera burutzea.	Ondorioak: Erizaintzan osasun mentaleko pazienteekiko prestakuntza oso garrantzitsua da paziente suizidak era indibidualean tratatu ahal izateko. Ezinbestekoa da osasun mentala sustatzea, bai Lehen Mailako Arretako kontsultetan, bai nerabeek ordu asko ematen dituzten lekuetan, hala nola sare sozialetan.
3Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions.	Chaudhary AMD, Memon RI, Dar SK, Bhullar DK, Dar KR, Naveed S.	2020	Medikuen eta legegileen artean arreta-trantsizioan erabil daitezkeen esku-hartzei buruzko kontzientzia hobetzea eta hezitzea.	Emaitzak: esku-hartzeak ondorengoak dira: telefono bidezko kontaktuak, gutunak, txartel berdeak, postalak, bisita egituratuak eta hedapen komunitarioko programak. Ondorioak: Berrikusitako esku-hartzeak eraginkorrak izan ziren pazienteak zerbitzu ambulatorioekin lotzeko, gizarte-isolamenduko sentimenduak murrizteko eta pazienteei eskura zeuden baliabide komunitarioetan hobeto nabigatzen laguntzeko. Jokabide suiziden ebidentzia kontraesankorra izan zen. Honek, zerbitzu ambulatorioetan parte hartzeko beharra indartzen du, osasun mentaleko gaixotasunek okerrera egitea prebenitzeko eta portaera suizidak murrizteko.
Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017.	Stene K, Reneflot A.	2019	Suizidioaren aurreko lehen mailako arretaren eta osasun mentalaren kontaktu-tasak aztertzea.	Emaitzak: Suizidioaren aurreko LMAko kontaktuari dagokionez, % 80k azken urtean eta % 44k azken hilabetean bisitatu zuten, emakumeek eta 50 urtetik gorakoek kontaktu-tasa handienak izanik. Osasun mentaleko arretarako kontaktu-tasa azken urtean % 31 izan zen. Ondorioak: Suizidioaren aurretik LMArekin kontaktuan egotea ohikoa da. Osasun mentaleko arretarekin izandako kontaktu-tasa LMA baino txikiagoa izan zen, eta horrek LMA arriskuan dauden pazienteen identifikazioa optimizatzeko eta osasun mentaleko arretan tratamendu egokia bermatzeko potentziala iradokitzen du. Datuek, suizidioa prebenitzeko estrategiak eta esku-hartzeak LMAren esparruan kokatzea oso garrantzitsua dela adierazten dute.
El papel de la Enfermera Especialista en Salud Mental en la prevención del suicidio, una necesidad fundamental.	García E.	2018	Suizidioa prebenitzeko zein programa dauden ezagutzea, eta erizainak programa horietan dituzten eginkizunak jakitea.	Emaitzak: Nazioarteko eta nazioko programak aurkitu arren, programa horiek lehen mailako arretan jardutean oinarritu dira, eta gure herrialdean ez da prebentzio-planik garatu. Erizainaren zeregina oinarritzko jarraipenei bakarrik atxikitzen zaie. Ondorioak: Nazio-mailan suizidioa prebenitzeko programa baten beharra aurkitu da. Gainera, kausa horri heltzeko, osasun mentaleko erizain espezialistaren papera indartzeko beharra planteatu da.

<p>A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people.</p>	<p>Okolie C, Dennis M, Thomas ES, John A.</p>	<p>2017</p>	<p>Adinekoen jokabide suizida prebenitzeko eta ideia suizida murrizteko esku-hartzeak identifikatzea eta horien eraginkortasuna ebaluatzea.</p>	<p>Emaitzak: Programa gehienek arrisku-faktoreei heldu zieten, bereziki depresioari. Esku-hartze eraginkorrak: LMAn oinarritutako depresioa detektatzeko eta tratatzeko programak; farmakoterapia eta psikoterapia; telefono bidezko aholkularitza; komunitate-programak.</p> <p>Ondorioak: LMAko medikuei eta populazioari zuzendutako alderdi anitzeko esku-hartzeak eraginkorrak dira adinekoen jokabide suizidari aurrea hartzeko. Tratamenduko esku-hartzeek, telefono bidezko aholkularitzak eta komunitatean arriskuan dauden adineko pertsonen zuzendutako programa komunitarioek emaitza oparoak dituzte, baina ez dira hain sendoak. Beraz, kalitate handiko entsegu gehiago behar dira esku-hartze arrakastatsuek frogatzeko.</p>
<p>Detección del riesgo de suicidio en atención primaria.</p>	<p>Rico A, Sanchez S, Nieto RM, Nieto MU.</p>	<p>2016</p>	<p>Suizidio arrazoiak zehaztea eta bere buruaz beste egiten duten pertsonen profila deskribatzea.</p>	<p>Emaitzak: Suizidio-arriskuak, gizabanakoaren barneko edo kanpoko faktoreen arabera bana daitezke. Kanpoko faktoreen artean inguru sozialak garrantzi handia du. Gaixotasun mentalak suizidioarekin lotura estua du, suizidioen %60ak depresio izanik.</p> <p>Ondorioak: Lehen Mailako Atentzioan osasun-profesionalen, pazienteen eta haren ingurunearen artean harreman berezia ematen da eta horrek, suizidio-arriskuaren balorazioa hobea egiteko aukera ematen du. Administrazio publikoek komunikabideekin batera lan egin behar dute komunitateari mezuak bidaliz, eta gertatzen diren kasuei behar bezala helduz.</p>
IKERKETA KONTROLATUA				
<p>Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study.</p>	<p>Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X, Gay A, Sevos J, Pellet J, et al.</p>	<p>2017</p>	<p>Suizidio-saiakeragatik larrialditako unitate psikiatrikora bidalitako pazienteen urte beteko telefono bidezko jarraipenaren eraginkortasuna ebaluatzea.</p>	<p>Emaitzak: Pazienteen telefono bidezko jarraipen goiztiarrak modu eraginkorrean murriztu zuen suizidioaren berrerortzea, eta suizidio-saiakera errepikatuen aurkako babes-faktore bakarra zela zirudien.</p> <p>Ondorioak: Suizidio-saiakera baten ondoren, telefono bidezko jarraipen-protokolo goiztiar bat ezartzea lagungarria izan daiteke saiakera errepikatuak saihesteko. Azterketa kontrolatuagoak behar dira errepikapen horiek prebenitzeko teknika optimoak ebaluatzeko.</p>

KASU-KONTROLEN IKERKETA					
Evaluación de factores de riesgo del intento suicida en población clínica hospitalaria en la comunidad de Madrid.	Garcia AF, Santiago A, Labajo E, Albarrán MA, Olivares E, Perea B.	2020	Madridgo Erkidegoko eremu bateko ospitaleetan suizidio-saiakerekin lotzen diren arrisku- eta babes-faktoreak identifikatzea.	<p>Emaitzak: suizidio-saiakerekin lotzen diren arrisku-faktoreak: depresioa, bikote-gatazkak, aurrekari psikiatrikoak, antsietatea, diru-sarrera nahikorik ez izatea, hezkuntza-maila eskasa, drogak, gaixotasun kronikoa, aurretiko suizidio-saiakerak, oldarkortasun handia eta lanean zailtasunak edukitzea. Babes faktoreak: enplegua, aisialdiko jarduerak eta bikote egonkorra edukitzea.</p> <p>Ondorioak: Suizidio-saiakerekin lotutako jokabide-faktore psikopatologiko eta pertsonalak aurkitzen dira, baita gabezia sozioekonomiko eta kulturalako faktoreak ere. Guzti hauek, praktika klinikoan kontuan hartu behar dira aldagarriak diren horietan jardun ahal izateko.</p>	
BEHAKETA IKERKETA					
The Catalonia suicide risk code: a secondary prevention program for individuals at risk of suicide.	Pérez V, Elices M, Prat B, Vieta E, Blanch J, Alonso J, et al.	2020	Suizidio prebenitzeko bigarren mailako prebentzio-programa baten bidez (CSRC), suizidio-arrisku handia dutenei jarraipena egiteko arreta espezializatua ematea.	<p>Emaitzak: Nahasmendu psikiatrikoak, bizi-gertaera estresagarriak eta etsipena arrisku-faktore garrantzitsuak izan ziren. Emakumeek bizitzako gertaera estresagarriez informatzeko eta intoxikazioak kontsumitzeko joera zuten bitartean, gizonezkoek, gizarte-arazoez informatu eta su-armak erabiltzen zituzten.</p> <p>Ondorioak: CSRCk bere buruaz beste egiteko arrisku handia zuten pertsona askori jarraipen-arreta arrakastatsua eman zien arren, CSRCren arreta-bidearekiko atxikimendu handiagoa behar da.</p>	
ZEHARKAKO IKERKETA KUANTITATIBOA					
Conducta suicida. Cuidados de enfermería para la prevención e intervención en crisis.	Sufrate T, Santolalla I, Rivera F, Ramírez CA.	2020	Suizidio arriskua duten pazienteetan erizaintzako profesionalak esku-hartzeko dituzten estrategiak Errioxako Autonomia Erkidegoan.	<p>Emaitzak: Erizainek ondorengo eremuetan gabeziak aurkitu dituzte: suizidio arrisku-faktoreak eta babes-faktoreak hautematean, laguntza emozionalean, bulkaden kontrolean, egoerari aurre egiteko laguntzan eta profesionalen formazioan.</p> <p>Ondorioak: Erizaintzak interesa erakusten du osasun publikoko arazo honetan, eta suizidio-arriskua duen pazienteari kalitatezko zaintza eskaintzeko interbentzioetan gabeziak daudela ikusi da. Gabezia horiek profesionalen prestakuntzaren, ebidentzian oinarritutako gidak ezarri eta osasun publikoko arazo larri honi zuzendutako esku-hartze planen bidez neurri nazionalak zein autonomikoak ipiniz hobetu daitezke.</p>	

Sociodemographic and Clinical Characteristics Associated with Suicidal Behaviour and Relationship with a Nurse-Led Suicide Prevention Programme.	Pons J, Ballester D, Riesco L, Escoté S, Jiménez J, Fuentes C, Serra M.	2020	Jokabide suizida duten pazienteen ezaugarri demografiko eta klinikoak identifikatzea eta erizainek zuzendutako suizidioa prebenitzeko programa batek duen eragina aztertzea.	<p>Emaitzak: Gizonak beren buruaz beste egindakoen gehiengoa izan ziren eta buruko nahasmenduak arrisku-faktore nagusizat hartu ziren. Laginaren bi herenek erizainek zuzendutako portaera suizidaren kasuak maneiatzeko programan parte hartu zuten (suizidio-tasa txikiagoa).</p> <p>Ondorioak: Arrisku-faktore nagusiak ondorengoak izan ziren: emakume izatea jokabide suizidarako eta suizidioa burutzeko gizon izatea, adin nagusia edukitzea, nahasmendu mentalak, alarguntasuna eta erretiroa.</p>
Care Pathways in a Suicide Crisis Assessment Nurse (SCAN) service.	Raymond C, Myers S, Daly R, Murray D, Lyne J.	2019	Suizidio-krisia ebaluatzeko erizaintza-zerbitzuaren (SCAN) erabiltzaileen xehetasun demografikoak deskribatzea eta esku-hartze horren ondorengo arreta-bideak ebaluatzea.	<p>Emaitzak: Kasu gehienak LMAN kudeatu ziren, suizidio-krisia ebaluatzeko erizainak esku hartu ondoren. Zerbitzuaren bigarren urtean, LMAren kudeaketa-bidea handitu egin zen, adinarekin eta generoarekin zerikusirik ez zuena.</p> <p>Ondorioak: Azterlan honek hasierako ebidentzia erakusten du LMAN SCANek zerbitzu baliotsua ematen duela, familia-medikuekin, osasun mentaleko talde komunitarioekin eta krisi emozionalak dituzten pertsonekin lankidetzan lan egiten duelako. SCAN zerbitzua eredu erabilgarria izan daiteke LMAko joera suizidak ebaluatzeko eta maneiatzeko, larrialdi-zerbitzuko aurkezpenak murrizteko potentzialarekin, eta honek ikerketa gehiago merezi du.</p>
BERRIKUSPEN BIBLIOGRAFIKOA				
Aplicaciones móviles para la prevención del suicidio en adolescentes y adultos jóvenes.	Henández EH, Barbosa SD, Valdivieso A, Cruz PA, Forero JL.	2020	Lehen mailako osasun-arretaren testuinguruan, nerabeen eta helduen suizidioa prebenitzeko, osasun digitalean egiten diren esku-hartzeen erabilgarritasunari buruzko berrikuspina egitea.	<p>Emaitzak: Suizidioaren prebentzioari heltzen dioten aplikazio mugikorrek eragin positibo diskretua dute, batzuetan jokabide suiziden murrizketan esanguratsua ez izan arren. Mugikorrek aplikazioak ohiko terapiarekin batera, baliagarriak izan daitezke buruko gaixotasunak maneiatzeko. Hala ere, teknologiak dakarren pribatasun faltak, hauen eraginkortasuna muga dezake.</p> <p>Ondorioak: Gaur egungo ebidentzia esperantzagarria da eta teknologia berriak integratzeko eremu berri bat irekitzen du suizidioa eraginkortasun handiagoz saihesten lagun dezakeena.</p>

El abordaje del suicidio: Revisión de las estrategias autonómicas para su intervención.	Navarro N.	2020	Espainiako erkidegoetan suizidioari aurre egiteko eskura dauden neurri nagusien bilduma laburra egitea.	<p>Emaitzak: Guztira 22 esku-hartze aurkitu ziren 16 autonomia-erkidegotan (Murtzian izan ezik).</p> <p>Ondorioak: Suizidioa lantzeko estrategiak, osasun mentaleko planen barruan aurkitzen dira gehienbat. Prebentzioan oinarritutako esku-hartze eraginkor eta integralen diseinuan lan egiten jarraitu behar da, fenomenoaren diziplina anitzeko ikuspegi batetik helduko dena, arazo zehatzean zentratuta.</p>
Procedimiento de valoración de autoagresividad y cuidados en pacientes ingresados en unidades psiquiátricas.	Díaz I, Barrera M, Cano IM, González C.	2019	Autoagresibitatean kontsulta azkarreko tresnak eta protokoloak ezagutzea eta sustatzea, osasun-ingurunean jokabide suizidak identifikatzea eta horiek heltzea.	<p>Emaitzak: osasun organizazioek paziente guztietan hasierako baheketa burutu beharko lukete, gizabanakoen ezaugarrietan eta indikatzaile kliniko zein psikologikoetan oinarrituz. Honek, suizidio arriskuaren ebaluazio zehatza behar den eta jokabide-suizidarekin lotura handia duten arrisku faktoreak aurkitzen diren aztertzeko balioko du.</p> <p>Ondorioak: Tratamendu-programak eta laguntza-protokoloak erabiltzeak, jokabide suizidak prebenitzeko eta antzemateko ahal den guztia egiten ari dela jakiteko, eta pazientearen terapeutarekiko isolamendua saihesteko aukera ematen du. Osasun-zerbitzuen koordinazioa funtsezkoa da.</p>
Literature review to identify standardized scales for assessing adult suicide risk in the primary health care setting.	Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B.	2018	Lehen mailako arretan eskala estandarizatuak identifikatzea, helduen arrisku suizida ebaluatzen.	<p>Emaitzak: Ez dago suizidioa ebaluatzen eskala zehatz eta iragarririk, beraz, esku-hartzeak ezin dira bere aplikazioan soilik oinarritu. "Arrisku handiko" pazienteen artean, % 5a bakarrik hilko da bere buruaz beste eginda. Suizidatzen diren pazienteen erdiak "arrisku txikiko" taldeetakoak dira.</p> <p>Ondorioak: Eskalen kalitate-ebidentzia mugatua da, eraginkortasun txikia erakusten dute suizidioa edo suizidio-saiakera aurreikusteko. Ebaluazio deskribatzaileetara mugatu daiteke, komunikaziotarako edo pazientearekin aliantzak egiteko. Eskalak bitarteko gisa ikusi behar dira, eta ez emaitza gisa.</p>

IKERKETA DESKRIPTIBOA

<p>Abordaje y prevención del comportamiento suicida en el sistema sanitario español: enfoque, límites y riesgos.</p>	<p>García JM, García H, González M, Sanchez MT, Barrio S.</p>	<p>2020</p>	<p>Suizidio arriskuari aurre egiteko, Espainiako osasun-sistemak zein estrategia erabiltzen dituen deskribatzea eta eztabaidatzea ikuspegi kritiko batetik.</p>	<p>Emaitzak/ondorioak: Jokabide suizidaren prebentzioak eredu biomediko bati jarraitzen dio funtsean, eta eredu hori ez-eraginkorra izateaz gain, kaltegarria ere izan daiteke, lehen mailakotzat hartzen bada, eta ez prebentzioaren enbor psikosozialaren beste adar bat bezala.</p>
<p>Cognitive behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Implications for meeting standard of care expectations with suicidal patients.</p>	<p>Bryan CJ.</p>	<p>2019</p>	<p>Terapia kognitibokonduktualean erabilitako prozeduren deskribapen orokorra ematea eta honen eraginkortasuna aztertzea.</p>	<p>Emaitzak: CBT-SP-ak jokabide suizidak % 50 edo gehiago murrizten ditu. Prozedurak ondorengoak dira: krisiari erantzuteko plana (segurtasun-plana), suizidio-arriskua ebaluatzeko galdetegi estandarizatuak, emozioak erregulatzeko eta malgutuan kognitiboa trebatzeko entrenamenduak eta berrerortzeen prebentzioa.</p> <p>Ondorioak: CBT-SP eta haren prozedurak fideltasunez administratzen dituzten medikuek pazientearen emaitzak maximiza ditzakete.</p>
<p>Coping planning: a patient-centred and strengths-focused approach to suicide prevention training.</p>	<p>Stallman HM.</p>	<p>2018</p>	<p>Paradigma-aldaketa bat deskribatzea, segurtasun-plangintzatik "aurre egiteko plangintzara", pazienteen emaitzak hobetzeko eta joera suizidak dituzten pertsonekin lan egiten duten medikuen konfiantza eta gaitasuna hobetzeko.</p>	<p>Emaitzak/Ondorioak: "Aurre egiteko plangintza" suizidio larritasun akutua duten pertsonen laguntzeko erabiltzen den estrategia bat da eta 3 osagai nagusi ditu: zaintzea, elkarlanean aritzea eta konektatzea. Estrategia honek dauden ikuspegi mugak gainditzen ditu. Suizidioaren prebentzioa birformulatzen du, joera suizidak jakinarazten dituzten pazienteen maneiotik hasi eta pazienteek egoera jasaten laguntzeko gutxieneko aldi baterako laguntza izatea bermatzeraino. Ikuspegi horrek autoeraginkortasuna sustatzeko eta suizidiora daraman narriadurari aurrea hartzeko ahalmena du.</p>
<p>Nurses actions towards suicide attempters: reflective analysis.</p>	<p>Seixas Santos R, Santo de Albuquerque MCD, Zeviani Breda M, de Assis ML, dos Santos Silva VM, da Silva Tavares NV.</p>	<p>2017</p>	<p>Erizainak suizidio-egoeran dagoen pertsonarekin duen jokabideari buruzko azterketa gogoetatsua egitea.</p>	<p>Emaitzak: Erizainek suizidioaren aurkako prebentzio-jarduerak paziente-familia harremanaren bidez gauzatzen dituzte. Gainera, entzutearen, autoerreflexioaren eta komunikazio terapeutikoaren bidez pazienteei modu integralean ulertzen laguntzen diete. Ezagutzen diren arrisku-taldeetan gizarte- eta familia-integrazioan inbertitzea eta hauen portaerak eta arriskuak ebaluatzea beharrezkoa da.</p> <p>Ondorioak: Suizidio-egoeran dauden pertsonetan eta familietan erizainaren jarduerak larrialdikoak, diziplinartekoak eta sektoreartekoak izan behar dute, erizainak portaera horiek antzemateko prest egonik.</p>

BERRIKUSPEN NARRATIBOA

Therapeutic approaches for suicidal adolescents.	Rajamohan S, Sharkey P, Heavey E.	2018	Nerabe suizidentzako abordatze terapeutikoak aztertzea.	Emaitzak/ondorioak: Arreta medikoko ingurune guztiek suizidioa detektatzeko eta prebenitzeko protokoloak izan behar dituzte. Askotan erizainak izaten dira jokaera suizidak dituzten pazienteekin lehen kontaktua dutenak, beraz, hauek burutzen duten suizidioaren arrisurfaktoreen ebaluazioa eta interbentzio terapeutikoak ezinbestekoak dira emaitza arrakastatsuak lortzeko.
Suicide in older people: Revisioning new approaches.	Deuter K., Procter N., Evans D., Jaworski K.	2016	Ikuspegi tradizionalei atxikitutako hainbat tentsio identifikatzea eta aztertzea adineko pertsonen suizidioa ulertzeko.	Emaitzak: adinekoen suizidioaren interpretazioan hobekuntzak behar dira: beren buruaz beste egiten saiatzen diren adinekoen arrazoiak konplexuak dira eta guztiak ez daude deprimituak. Honekin lotuta, tratamenduaren eta arretaren ikuspegiak ez dira baldintza psikiatrikoak ebaluatzerata eta maneiatzerata mugatu behar soilik, ikuspegi berriak garatu eta ebaluatu behar dira. Ondorioak: bere buruaz beste egiten saiatu diren adineko pertsonen arrazoiak eta esperientziak identifikatzea, paziente hauen portaera suizida ulertzen lagundu dezake. Ikuspegi berri honek, osasun-arloko profesionalak adineko pertsonentzat garrantzitsuak diren elementuak identifikatzeko eta babes-ekintzak martxan jartzeko lagun dezake.

4. Eranskina. Suizidioaren faktore-prezipitatuak bizitzako etapa ezberdinetan.
Iturria: (1,11).

Adin guztietan
<ul style="list-style-type: none"> - Istripuak edo diagnostikoak, gaixotasunen okerragotzea eta ezgaitasunak (norberarenak edo ingurukoena). - Hondamendi naturalak. - Pertsona maitatuak galtzea. - Ingurune suizida izatea: baliabide hilgarriak, senideen edo gertuko pertsonen suizidioa. - Esperientzia eta bizipen traumatikoak: erasoak eta tratu txarrak, jazarpenak eta umiliazioak, sexu-abusua. - Toxikoen gehikuntza edo kontsumitzea. - Mozkortuta edo intoxikatuta egotea. - Leporatzeak edo kondena judizialak.
Helduaroan
<ul style="list-style-type: none"> - Porrot profesionala. - Enplegua galtzea edo zailtasun ekonomikoak. - Estatusa edo prestigio soziala galtzea. - Ezkontza-haustura, maitasun-desengainua. - Erretiroa.
Nerabezaroan
<ul style="list-style-type: none"> - Homosexualitatearen aurkikuntza edo ez onartzea. - Eskola-porrota. - Bullying-a, jazarpena, umiliazioak, tratu txarrak (sare-sozialetan eragin handia) - Sexu-abusua, bortxaketak. -Lagunengandik banantzea edo galtzea. Ohiko bizileku-aldaketak eta gizarte-ingurunea. - Maitasun-desengainua. - Pertsona maite baten heriotza. - Eskolako diziplina-arazoak. Eskola-presioa. Azterketa-aldiak. - Haurdunaldi goiztiarra. -Gurasoen banantzea, ezkontza-gatazka larriak edo gurasoekin gatazka.
Zahartzaroan
<ul style="list-style-type: none"> - Gaixotasunen okerragotzea, mina areagotzea edo mendekotasuna areagotzea. - Oinarrizko funtzio fisikoak edo psikologikoak galtzea. - Instituzionalizazioa. - Tratu txarrak. - Ping-pong efektua (egoitza filialen aldizkako aldaketa). - Alarguntasuna. - Bizitzarekiko interesa galtzea, debut depresiboa. - Fedea galtzea.

5.Eranskina. Hitzeko eta portaerazko alerta-zeinuak. Iturria: (1,11).

Hitzeko alerta-zeinuak		
Bere bizitzari eta etorkizunari buruz	eta	Bizi-nekea, asegabetasuna, frustrazioa edo porrota, zorigaitza, sufrimendua, anhedonia, interesik eza, bakardadea, ondoeza, itxaropenik eza, etsipena.
Bere buruari buruz		Erruduntasuna, norbere buruarekiko gorrotoa, lotsa, inpotentzia, ezertarako balio ez izatea, burua galtzeko beldurra.
Bere heriotza edo suizidioari buruz	edo	lhesa, askapena, ideiak argi izatea, sufritzeari uztea, esker ona, agurra.
Portaerazko alerta-zeinuak		
<ul style="list-style-type: none"> - Umore-aldaketak: ausarkeria, oldarkortasuna, ezohiko lasaitasuna, berehalako eta arrazoirik gabeko poza azaltzea.... - Ordutegi-aldaketak ohituretan eta bizimoduan. - Gizarte- eta familia-isolamendua. - Anhedonia, interes falta orokorra. - Toxikoen edo alkoholaren bat-bateko kontsumoa edo ohiko maiztasuna handitzea. - Ausarkeriazko ekintzak, beharrezkoak ez diren arriskuak hartzea. - Arauak edo legeak haustea. - Eztabaidak eta borrokak. - Autokritika, autoumilazioa. - Botikak metatzea. - Autolisi arinen susmoak. - Armak erostea. - Lorik ez egitea edo lo asko egitea. - Gorputzaren higiearekiko eta irudiarekiko axolagabekeria. - Bere lanarekiko, ingurukoekiko edo zaletasunekiko interesik eza. - Kontzentrazio falta eskolan edo lanean. - Sexu-goserik eza. - Suizidio-planak egitea. - Izan ditzakeen nahasmendu mentalen sintomak larriagotzea. - Ixteko jokabideak: maskotak lagatzea, testamentua idaztea, gestioak ordenan jartzea, agur-oharrak idaztea, neurritz kanpoko diru-gastua, ustekabeko bisitak edo senideei edo hurbileko pertsoneri egindako deiak. 		

6. Eranskina. Suizidio-jokabidearen eta suizidio-arriskuen ebaluazioa zein egoeretan egin. **Iturria:** APA, 2003, moldatua.

Ebaluazio egoerak

- Larrialdietan edo krisialdietan.
- Hasierako ebaluazioa (bai ospitaleratutako pazienteetan, bai ambulatioetan)
- Behaketa-maila edo tratamendu-testuingurua aldatzen denean (banakako behaketa etetea, ospitaleko alta).
- Bat-bateko aldaketa egoera klinikoan (bai azkar okerrera egiten badu, bai bat-batean eta ustekabeen hobera egiten badu).
- Tratamendua jaso arren, pixkanaka hobera edo okerrera ez egitea.
- Galera pertsonal edo estresatzaile psikosozial garrantzitsu bat aurreikustea edo esperimintatzea (dibortzioa, galera ekonomikoak, arazo judizialak, lotsa edo umiliazio pertsonala).
- Gaixotasun fisiko baten hasiera (bereziki hilgarria izan daitekeenean eta desitxuratzea eragiten duenean edo min handiarekin lotzen denean).

7.Eranskina. Suizidio-ideiari, plangintzari eta saiakerari buruzko elkarrizketa klinikoaren eredu. **Iturria:** APA, 2003, moldatua.

Pazienteak bizitzari buruz dituen sentimenduei buruzko galderekin hasi

- Inoiz sentitu al duzu bizitzak ez zuela merezi bizitzea?
- Inoiz lotara joan nahi izan duzu eta ez esnatu?

Jarraitu heriotza-, autolesio- edo suizidio-pentsamenduei buruzko galdera zehatzekin:

- Heriotza al da azkenaldian pentsatu duzuna?
- Zure buruari kalte egitea pentsatu al duzu?
- Zure buruari min emateko edo bizia kentzeko pentsamenduak izaten hasiko bazina, zer egingo zenuke?

Autolesiorako edo suizidiorako pentsamenduak dituzten pertsonentzat:

- Noiz hasi zinen pentsamendu horietaz jabetzen?
- Zerk bultzatu zintuen pentsamendu horietara? (prezipitatzailak, pertsona artekoak eta psikosozialak)
- Zenbatean behin eman dira pentsamendu horiek?
- Pentsamendu horietakoren bat gauzatzen saiatu al zara?
- Etorkizunean burutu daitezkeela uste al duzu?
- Inoiz kaltetzen hasi al zara, baina zerbait egin aurretik gelditu egin zara?
- Benetan hilko bazina zer uste duzu gertatuko litzatekela?
- Zure burua kaltetzeko edo hiltzeko plan espezifikorik egin al duzu? Hala bada, nolakoa da plana?
- Pistolarik edo bestelako armarik eskura al duzu?
- Norbaitekin zure planei buruz hitz egin al duzu?
- Nola ikusten duzu zure etorkizuna?
- Etorkizunean zer gauzak sentiarazten dizute itxaropen handiagoa?
- Zer gauzak erraztuko lukete zure burua hiltzen saiatzea?
- Zure bizitzan, zerk bultzatzen zaitu bizitzatik ihes egin edo hilda egon nahi izatera?
- Zure bizitzan, zerk eragiten dizu bizitzen jarraitu nahi izatea?
- Zeure buruari min emateko edo bizia kentzeko pentsamenduak izaten hasiko bazina, zer egingo zenuke?

Bere buruaz beste egiten saiatu diren edo aurretik autolesioak egin dituzten pertsonen galdera gehigarri orokorrak egin dakizkieke:

- Zer gertatu zen deskriba dezakezu (adibidez: egoerak, prezipitatzailak, etorkizunaren ikuspegia, alkoholaren kontsumoa, lesioen larritasuna...)?
- Zer pentsamenduk eraman zintuzten saiakerara?
- Zer uste duzu gertatuko zela, zer lortu nahi zuen?
- Ba al zegoen pertsonarik une horretan?
- Laguntza bilatu zenuen edo norbaitek bilatu zuen?
- Aurkitzea espero zenuen edo ustekabean aurkitua izan zinen?
- Nola sentitu zinen gero? (Adibidez: lasaitua, frustratua)
- Jaso al duzu tratamendurik gero?
- Saiakeratik gauzei buruzko ikuspegia aldatu egin da?
- Aurretik behin baino gehiagotan saiatu al zara?

Behin eta berriz pentsatzen edo bere buruaz beste egiten saiatu diren pertsonentzat:

- Zenbatean saiatu zara min edo zure buruaz beste egiten?
- Noiz egin zenuen azkenekoz?
- Suizidioan serioski pentsatzen ari zinenean zure pentsamenduak zeintzuk ziren deskriba ditzakezu?
- Noiz saiatu zinen zure buruari min egiten edo zure buruaz beste egiten? Zerk eraman zuen hori egitera, eta zer gertatu zen gero?

8.Eranskina. *Suizidio-jokabidea duten pazienteekin elkarrizketa bat nola joratu.*
Iturria: (1).

<p>Nola galdetu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elkarrizketa leku bereizi batean egitea, eten ezin den eremuan. - Pazientea balorazio egokia eta elkarrizketaren garapen normala ahalbidetzen duen egoera klinikoan dagoela ziurtatzea. - Pazientearen eta elkarrizketatzailearen segurtasuna bermatzen dela ziurtatzea. - Baloratzen ari den egoerari buruz zuzenean eta argi hitz egitea. - Lasaitasuna transmititzea, bai hitzezko komunikazioarekin, bai hitzik gabekoarekin. - Giro lasaia sortzen saiatzea, konfiantzazko giroa sortuz, pazientea hobeto senti dadin eta informazio gehiago eman dezan. - Elkarrizketatzailearen jarrera, egoerari egokitu behar zaio. Lasaia bada, jarrera lasaia izan daiteke, bortitzagoa edo asaldatuagoa bada, jarrera zuzenagoa izan behar da. - Hitz egitea baino gehiago entzutea. Entzute aktiboa erabiltzea. - Legeak baimentzen duenaz haraindi, sekreturik eta konfidentzialtasunik ez hitzematea. - Ez aliatu pazientearekin eta ez joan haren aurka.
<p>Nola ez galdetu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ez epaitu, aurpegiratu, gaitzetsi, mehatxatu ezta bortxatu. - Senideak edo laguntzaileak ez ahaztea. Haiek izango dira pazientearekin denbora gehien igaroko dutenak eta egoera zailei aurre egin beharko diotenak. Gogoratu: haiek ez dute osasun-arloko profesionalak adina lege-mugarik osasun-informazioa ematerako orduan.

9. Eranskina. LMA-ko eremuan suizidio-arriskua ebaluatzeko erabiltzen diren eskalak.
Iturria: (1).

Eskala SAD PERSONS

Arrisku-faktorea:

1. **S**ex: gizona/ezkizko sexua → BAI/EZ
2. **A**ge: adina < 20 o > 45 urte → BAI/EZ
3. **D**epression: depresioa → BAI/EZ
4. **P**revious attempt: aurretiatzko suizidio-saiakera → BAI/EZ
5. **E**thanol abuse: alkohol gehiegikeria → BAI/EZ
6. **R**ational thinking loss: pentsamendu arrazionalik eza → BAI/EZ
7. **S**ocial support lacking: gizarte-laguntzarik eza → BAI/EZ
8. **O**rganized plan for suicide: antolatutako suizidio-plana → BAI/EZ
9. **N**o spouse: bikotekiderik edo ezkontiderik gabe → BAI/EZ
10. **S**ickness: osasun arazoak → BAI/EZ

Faktorerik izanez gero = 1 puntu.

<2: Arrisku baxua	
3-4: Arrisku moderatua	Jarraitasun anbulatorioa
5-6: Arrisku altua	Ospitalizazioa gomendagarria
7-10: Arrisku oso altua	Ospitalizazioaren beharra

Eskala IS PATH WARM

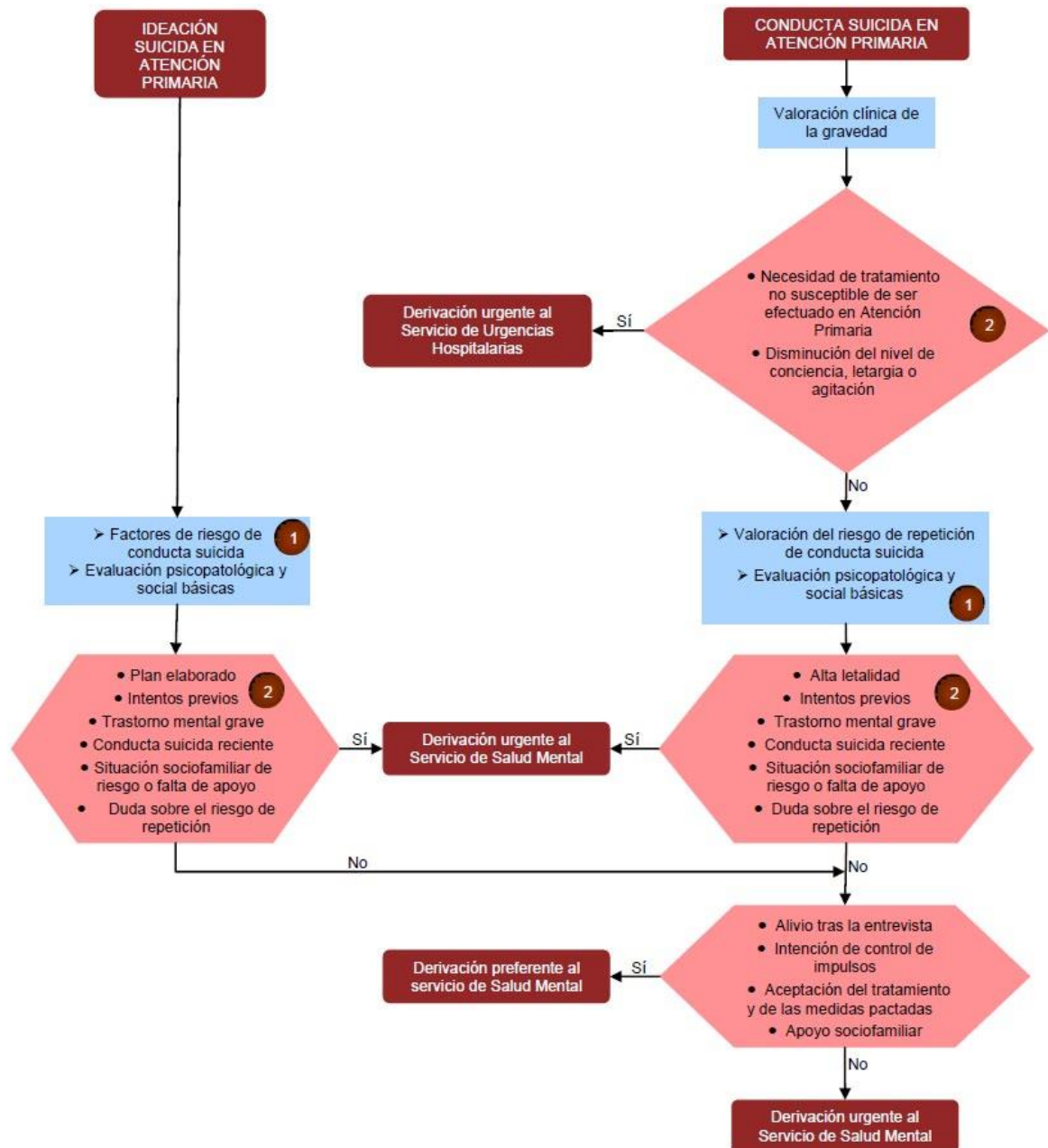
Arrisku-faktorea:

1. **I**deation: suizidio-ideien presentzia → BAI/EZ
2. **S**ubstance abuse: alkoholaren edo beste drogen gehiegikeria → BAI/EZ
3. **P**urposelessness: bizi-asmoaren galera → BAI/EZ
4. **A**nger: oldarkortasun kontrolatuaren adierazpena → BAI/EZ
5. **T**rapped: beste irtenbiderik ez dagoelaren sentimendua → BAI/EZ
6. **H**opelessness: itxaropenik eza → BAI/EZ
7. **W**ithdrawing: senide eta lagunekiko harremana murriztea → BAI/EZ
8. **A**nxiety: antsietatea, agitazio edo loaren nahasmenduak → BAI/EZ
9. **R**ecklessness: arrisku-jarduerak egitea, izan ditzaketen ondorioak kontuan hartu gabe → BAI/EZ
10. **M**ood: gogo-aldartearen aldaketak → BAI/EZ

Faktorerik izanez gero = 1 puntu.

<2 puntu	Arrisku baxua
3-4 puntu	Arrisku moderatua
5-6 puntu	Arrisku altua
7-10 puntu	Ospitalizazioa

10.Eranskina. Lehen mailako arretan suizidio-jokabidea maneiatzeko algoritmoa. **Iturria:** Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida.



11. Eranskina. Suizidio-saiakera bat burutzeko arriskua murriztu dezakeen segurtasun plana. **Iturria:** (1,32).

Zer da?

Segurtasun plana, suizidio-saiakera egiteko arriskua murrizteko erabiltzen den erreminta bat da. Suizidio-arriskua duten pertsonen, hauen hurbilekoen eta osasun-profesionalen arteko lan-tresna bat da eta honen bitartez, suizidio-ideiak zein suizidio-arriskua detektatu, ekin eta esku hartu daiteke.

Zertan oinarritzen da?

- Alerta-seinaleak identifikatzea eta monitorizatzea: suizidio-arriskuko egoeran, beti agertzen dira alerta-zeinuak, garaiz detektatuta, suizidio-jokabidea prebenitu dezaketenak. Zeinu horiek pentsatzen, esaten edo egiten denarekin zerikusia dute. Hau identifikatzeko ingurune klinikoan leku egokia da, kontsultan bertan egin daiteke pazientearekin eta haren hurbilekoarekin, edo etxeko zeregin gisa ere utz daiteke, eta, ondoren, hurrengo kontsultan berrikusi eta elkarrekin lan egin.
- Laguntza-agenda bat sortzea: telefono zenbaki bat (lagunena, familiarena, profesionalena, osasun-zentroarena) une egokian eskura izateak bizitzak salba ditzake. Suizidio-ideia gainditzen lagun dezaketen kontaktuen eta lekuen agenda bat sortzea ingurune klinikoan egin daitekeen lana da, eta ziurrenik behin baino gehiagotan izango da erabilgarria.
- Suizidio-ideien aurrean jokabide-estrategiak eta estrategia-kognitiboak identifikatzea:
 - Laguntzen duten gauzetan pentsatzea/ laguntzen ez duten gauzetan pentsatzea saihestu.
 - Laguntzen duten gauzak egitea/ laguntzen ez duten gauzarik ez egitea.
- Bizitzako argazkien albuma sortzea: gustuko eta estimatzen diren gauza eta pertsona guztien argazkiekin album bat sortzea.

- Bizitzeko arrazoiak identifikatzea:

Norberaren egoerari buruzkoak	<ul style="list-style-type: none"> - Badakit egoera hau gogorra dela, baina iragankorra ere bai. - Ez dut behin betiko erabakirik hartuko aldi baterako emozioa duen arazo baterako. - Nahikoa indartsua naiz egoera hori gainditzeko. - Badakit denborarekin bizitzaz gozatzeko modua aurkituko dudala. - Hau guztia konpontzeko beste modu batzuk aurkituko ditut, ziur. - Benetan ez dut hil nahi. - Mingarria izan arren, gauza hauek bizitzari datxezkio eta onartu egin behar ditugu. - Neure burua maite dut, eta nirekin ez amaitzeko nahikoa baloratzen dut . - Batzuentzat errazagoa den arren, bizitzak zailtasun eta etapa mingarriak dakartza. - Ezezagunaren beldur naiz. - Etorbizunak ez du zertan beti iluna izan. - Lortuko ote dudan ere ez da segurua, eta horrek ekar ditzakeen ondorio kaltegarrietan pentsatu behar dut. - Beti utz dezaket beste une baterako. - Nire printzipio ideologiko edo erlijiosoen aurka doa.
Besteei buruzkoak	<ul style="list-style-type: none"> - Ezin diet hau egin neure hurbilekoei, ez ditut errudun sentiarazi nahi. - Maite ditudan pertsonak ez dute errurik, ezta beren sufrimenduarekin ordaindu beharrik ere. - Ezin ditut nire erantzukizunak alde batera utzi eta besteei utzi. - Zer izango da maite ditudan pertsonetaz ?

Nola egin segurtasun plana?

Segurtasun plana egiteko, norbere buruarekin zintzoa izan behar da, norberaren beharretara ahalik eta hobekien egokitzeko. Bakarrik edo senide, lagun edo osasun-profesional bati laguntza eskatuz egin daiteke. Pertsona bakoitzaren plana desberdina izan arren, beti egon beharko liratekeen puntu komun batzuk aurkitzen dira:

- A. "Corta-fuegos" txartela diseinatu (ikus behean dagoen irudia) eta hurrengo pausuak jarraitu:
1. Alerta-zeinuak detektatu: suizidio-pentsamenduen itzulera adieraz dezaketzen seinaleak identifikatu, esaterako: galera baten urteurrena, gogo-aldartearen aldaketak, gauzekiko interesa, elikaduran eta loan aldaketak, toxikoen kontsumoa, gauzak aldatuko ez direla eta dena okerrera joango dela pentsatzea, eta abar.

2. Euskarriak identifikatu: suizidio-ideiak hasiz gero, zein pertsonarekin harremanetan jar daitekeen zehaztu, adibidez: lagunak, senideak, terapeutak...
3. Telefono zenbakiak zehaztu: jarraian, norberaren euskarrien telefono-zenbakiak idatzi. Gutxienez 5 pertsonako zerrenda bat gorde, suizidio-pentsamenduak izatean haiekin hitz egiteko. Lehenengoak huts egiten badu, deitu bigarrenari eta horrela hurrenez hurren. Norbere burua zauritzen saiatuz gero, haiei deituko zaiela hitzartu.
4. Harremanetan jarri: norberaren euskarriekin harremanetan jarri. Larritasunak blokeatu eta norbere burua kontrolatzeko gai ez izan baino lehen, haiengana jo. Entzun aholkuak eta onartu eman dezaketen laguntza. Haien erantzuna ahalik eta eraginkorrena izan dadin, oso garrantzitsua da haiekin oso zintzoa izatea.
5. 24h-ko arreta: eguneko 24 orduetan egoera horiek artatzen dituzten zerbitzuen telefono-zenbakiekin zerrenda bat egin. Aurreko urratsek huts egiten badute eta berehalako arriskua badago telefono huek erabili.

Txartela egiterakoan, leku irisgarri batean jarri, beti gainean eraman, edo arrisku handiko uneetan leku ikusgarri batean eseki.

B. Babes-jarraibideak identifikatu eta zehaztu:

1. Arazo baten aurrean, bere buruaz beste ez egiten lagun dezaketen irtenbideak bilatzen ikasi. Sufrimenduari modu osasungarrian aurre egiteko alternatiben edo moduen zerrenda egin. Suizidio-ideiak izanez gero, burutu daitezkeen 5 gauzen zerrenda egin.
2. Arriskutsuak izan daitezkeen objektu guztiak bota. Konfiantzazko pertsonak horretan lagun dezakete objektu horiek gordez, adibidez: sendagaiak hartuz gero, egun batzuetarako behar direnekin soilik geratu eta gainerakoak berak gorde ditzala.
3. Laguntza-sistema bat eraiki. Elkarteren bateko elkarrekiko laguntza-taldeetara jo eta parte hartu.
4. Inoiz ahaztu behar ez dituzun 10 gauzen zerrenda eskura izan eta ageriko leku batean jarri, behar den bakoitzean irakurri ahal izateko (ikus behean dagoen taula).

Suizidio-arriskua duen pertsona batentzat "Corta-fuegos" txartela. **Iturria:** (32)

Ni, (zure izena idatzi) suizidio-ideiekin hasten ari naizela adierazten didaten nire "alerta-zeinuak" antzematen ditudan uean:

1.
2.
3.

Nire euskarriekin harremanetan jarriko naiz:

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

Nire euskarriei nola sentitzen naizen eta zer pentsatzen ari naizen esango diet. Egia esango diet. Une honetan bakarrik ez aurkitzen eta nire euskarriren bat nirekin egotea saiatuko naiz.

Gaizki egoten jarraitzen badut, **ondorengo laguntza-baliabideetara deitu dezaket:**

1.
2.
3.

Nire planak huts egiten badu eta berehalako arriskua badago: 112 telefonora edo itxaropenaren telefonora deituko dut, edo hurbilen dudan ospitaleko larrialdietara joango naiz.

Suizidio-arriskua duen pertsona batentzat 10 aholku azkar. **Iturria:** (32)

1. Gogoratu krisiak iragankorrak direla, heriotza ez.
2. Gogoratu zure pentsamenduak konfiantza duzun norbaiti (senidea, laguna edo profesionala) jakinarazteak lasaituko zaituela.
3. Behar duzun guztietan, zure "corta-fuegos" txartela erabili. .
4. Suizidio-pentsamenduak gutxitu arte norbaitekin egon.
5. Zure buruari mina egin diezaiokezun baliabideetatik aldentu.
6. Ez hartu alkoholik edo bestelako drogarik. Egoera okertu besterik ez lukete egingo. Bilatu profesionalen laguntza.
7. Aktibo eta lanpetuta egoten saiatu. Boluntariorza, kultura-, kirol- edo aisialdi-jardueretan parte hartu edo maskota bat zaindu. Baliagarriago sentitzen lagunduko dizute.
8. Idatzi zure helburuei, itxaropenei eta etorkizunerako nahiak buruz. Modu errealistan egin ezazu. Zure nahiak proposatu behar dituzu, eta ez besteen nahiak. Irakurri itzazu gogoratu behar dituzun bakoitzean.
9. Arazo asko badituzu eta hauek kezkatuz gero, banan-bana aurre egin.
10. Saia zaitetz bizitzako gauza txikiekin gozaten.