



**EL SUICIDIO EN LA
JUVENTUD ESPAÑOLA.
ANALIZANDO LA SITUACIÓN
ACTUAL, FACTORES DE RIESGO
Y PROGRAMAS DE
INTERVENCIÓN**

**SUICIDE IN SPANISH YOUTH.
ANALYZING CURRENT
SITUATION, RISK FACTORS
AND PREVENTION PROGRAMS**

TRABAJO DE FIN DE GRADO. GRADO
EN ENFERMERIA. CURSO 2021/2022

AUTORA: ELENA MERINO MIRONES

DIRECTORA: SARA MARTÍNEZ DE CASTRO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

AVISO DE RESPONSABILIDAD DE LA UC

Este documento es el resultado del Trabajo de Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que pueden contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La universidad de Cantabria, los miembros del Tribunal de Trabajos de Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

INDICE

RESUMEN/ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO EN JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS	5
1.1. Definición.....	5
1.2. Epidemiología	5
CAPÍTULO 2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES ANTE EL SUICIDIO.....	10
1.1. Factores de riesgo.....	10
1.2. Factores protectores.....	13
CAPÍTULO 3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	14
1.1. Programas preventivos en el ámbito europeo.....	14
1.2. Programas de prevención a nivel autonómico.....	16
1.3. Intervención de enfermería.....	17
CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS.....	25

RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

Las cifras de suicidio han sufrido un notable incremento en los últimos años, hasta convertirse en la primera causa de muerte no natural en España en el año 2020. Este aumento se viene produciendo desde el 2018 en los jóvenes de entre 15 y 29 años, que pese a no ser el grupo con mayor prevalencia de autolisis, si supone la segunda causa de fallecimiento en este intervalo de edad detrás de los tumores.

Pese a que estos datos están en auge y representan una problemática real, en España no existe aún un programa de prevención del suicidio de extensión nacional, sino que han sido las distintas Comunidades Autónomas las cuales han desarrollado protocolos y planes de acción que abarcan diversos sectores. Estos incluyen medidas en diferentes ámbitos: el escolar, el judicial, el publicitario y, por último, en la atención sanitaria, donde el papel de la enfermería gana relevancia en materia de prevención de la ideación y la consumación autolítica. Además, existe evidencia del beneficio de la introducción del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en los pacientes con riesgo suicida mediante la evaluación sistemática y la comunicación terapéutica con los pacientes.

En el desarrollo de esta revisión bibliográfica se recogen aspectos básicos del suicidio como la definición del concepto, la identificación de sus factores de riesgo y protectores y una descripción de los principales programas de prevención existentes, tanto en el medio europeo como autonómico. Con él, se concluye que la elevada prevalencia de esta problemática ocurre en todos los intervalos de edad, y especialmente en la juventud española.

ABSTRACT

Suicide rates have increased in the last few years, to become in the first cause of unnatural death in Spain in 2020. This increase is happening since 2018 in Young people between 15 and 29 years that despite of not representing the most prevalent death related group, it supposes the second death cause in this group of age, after tumors.

Although, it represents a real and growing problem, in Spain there is not nationwide suicide prevention program, so different communities have developed protocols and action plans which cover various sectors . These include measures in schools, courts and laws, publicity and in health areas, in which nursing care is gaining importance in autolytic ideation and consummation. Besides, scientific evidence shows that Nursing Care Process , through systemic evaluation and therapeutic communication , implicates a benefit for patients with suicidal risk.

This bibliographic review collects items about suicide as the definition of the concept, the identification of risk and protector factors, and a description of the principal European and Authonomic prevention programs. It concludes that the high prevalence of this issue occurs in all age intervals, specially in spanish youth.

INTRODUCCIÓN

El concepto de suicidio ha tenido distintos enfoques a lo largo de la historia (1). Dentro del contexto cultural existen diversas visiones, y un claro ejemplo de esta afirmación es la contraposición de la tradición japonesa con la judeocristiana. En la primera, el harakiri de los samuráis se consideraba un acto de orgullo y heroicidad, mientras que la corriente religiosa lo reconocía como un evento indigno y deplorable. (2)

La Antigua Grecia fue una de las primeras civilizaciones en cuestionarse la naturaleza de la ideación autolítica como algo problemático (1); salvo que fuese cometido por una persona enferma, anciana o con alguna deformidad, al considerarse menos deshonesto por el suponer un beneficio a la hora de ahorrar recursos para la comunidad (1). Dicho pensamiento era catalogado de delito contra el Estado, y además incluía sanciones para los individuos suicidas, como la mutilación del cadáver, el deshonor para su familia y los entierros de forma aislada (1,2). Aunque en esta época existieron matices de los distintos pensadores. Platón (427-347 a.C.) no juzgaba dichos actos si eran por amor, enfermedad o autocastigo ante un delito grave contra el Estado, pero en cambio Sócrates si lo hacía. En su lugar, Aristóteles (384-322 a.C.) lo catalogaba como un acto de nula valentía (1,2).

Esta tónica iniciada por los filósofos griegos se mantuvo durante el Imperio Romano con dos corrientes diferenciadas. La primera fue impulsada por Cicerón (106- 43 a.C.), quien reconocía distinciones a la hora de condenar el suicidio como el heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor. La segunda tendencia pertenecía a Constantino (290-337 a.c.), y en ella la autolisis estaba penada utilizándose como medida disuasoria a la expropiación del capital familiar por parte del estado (1).

Continuando con el orden cronológico, en la Edad Media, enormemente influenciada por la religión, se mantuvieron los conceptos grecorromanos en los que el suicidio era castigado (1). Y no es hasta la llegada del Renacimiento, cuando se despenaliza, debido a la influencia de la intelectualidad francesa (en los códigos napoleónicos no se observan premisas respecto a la autolisis). Incluso, algunos autores como Dante Allighieri (1265-1321) o Erasmo de Rotterdam (1466-1536) introdujeron su propio concepto: el primero consideraba que se podían discernir dos formas: *“el suicidio de las “almas nobles” que irán al Limbo, mientras que los otras irán a lo más profundo del infierno”*, mientras que el segundo lo definió como una forma de evadirse a uno mismo del *“agobio de la vida”*. En cambio, los siglos XVII y XVIII, supusieron la vuelta al estigma que existía en periodos anteriores, llegando a ser considerado por la aristocracia como algo vergonzoso y propio de las clases más pobres. (1)

Avanzando históricamente, durante la época contemporánea, se produce otro cambio conceptual sobre enfermedad mental (1). Personas como Brian Barraclough (1977), afirman que la patología psiquiátrica está acompañada por un porcentaje elevado de actos autolíticos. Además, el interés en la identificación, el diagnóstico y el tratamiento de la conducta suicida va aumentando, aunque aún simboliza un campo desconocido tanto para los profesionales sanitarios como para la población general (1).

Llegando a la actualidad, en el año 2020, la consumación del acto suicida se ha incrementado notablemente, especialmente en jóvenes de 15 a 29 años, que según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) suponen un 7,6% de los casos totales (3); y prueba de ello es que periódicos de tirada nacional como El Mundo o El País constatan la situación con titulares como *“El suicidio “la pandemia silenciosa “ que se cobra más vidas de jóvenes que el Covid”* (4) o *“El suicidio, la amenaza silenciosa tras la pandemia”* (5).

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Durante la realización del Prácticum de este año, por servicios como urgencias pediátricas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla o la unidad de larga estancia psiquiátrica del Hospital de Liencres, pude constatar la elevada incidencia de intentos autolíticos tanto en adultos como en jóvenes de 13 a 16 años. Todo ello, junto con la repercusión social que suscitan estas conductas hacen el origen de esta revisión bibliográfica.

OBJETIVOS

El objetivo principal del trabajo es analizar la situación actual en España del suicidio en jóvenes de 15 a 29 años.

Como objetivos secundarios se han planteado los siguientes:

- Comparar los datos de suicidios en jóvenes de 15 a 29 años con cifras previas al inicio de la pandemia (2019).
- Identificar factores de riesgo y factores protectores del suicidio.
- Conocer los programas de prevención que existen a nivel autonómico, nacional y europeo.
- Presentar la intervención que realizan los profesionales de enfermería ante esta problemática.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para la realización de este trabajo se han utilizado las siguientes palabras clave o Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS/ en inglés MeSH y los operadores booleanos AND y OR:

- Suicidio/suicide
- Adolescente/adolescent
- Atención de enfermería/Nursing Care

La búsqueda bibliográfica se ha realizado a través de las fuentes que se detallan a continuación:

- **Bases de datos** de gran relevancia en el ámbito de ciencias de la salud como *Dialnet*, *Pubmed*, *CUIDENplus*, *Elsevier* y *Scopus*.
- **Páginas web**, con las que he podido obtener datos actualizados
 - El Instituto Nacional de Estadística (INE/ <https://www.ine.es/index.htm>).
 - La Fundación Española para la Prevención del Suicidio (<https://www.fsme.es/>)
 - La Organización Mundial de la Salud (OMS/ <https://www.who.int/es>)
- **Guía de Práctica Clínica** de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Sistema Nacional de Salud.

Como criterios de inclusión se han establecido artículos publicados en español entre 2015 y 2022 y de *Open Access*. Además, se han seleccionado algunos de los proyectos de prevención europeos previos a este periodo por considerarse relevante para la elaboración de este trabajo

Tras delimitar la búsqueda se encontraron un total de 25 artículos, de los cuales 11 fueron empleados como referencias bibliográficas en el trabajo, mientras que los 27 restantes incluyen documentos oficiales como los planes de prevención o el Boletín Oficial del Estado, titulares de periódico o datos estadísticos procedentes del INE.

CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO EN JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS

1.1. Definición

La definición de **suicidio**, según la Real Academia Española de la Lengua, es “*la acción o conducta que perjudica o pueda perjudicar muy gravemente a quien la realiza*” (6). Fue en 1969, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo diferenció en tres conceptos distintos. El primero de ellos, el **acto suicida** definido como “*todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal*”, y el **suicidio consumado** como “*acto suicida con desenlace mortal*”, mientras que el **intento de suicidio** se correspondía con la **tentativa autolítica** cuando no causa la muerte. Así, la diferenciación de estos términos es de gran relevancia en los planes de prevención dado que las intervenciones se orientan en función de la fase en la que se encuentre el individuo (7).

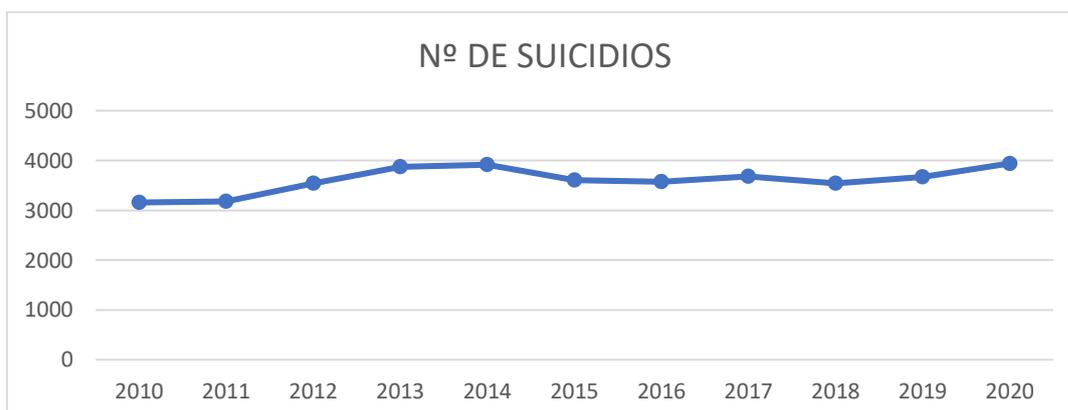
Con el fin de describir con precisión todos los grados de la conducta suicida, otras instituciones como el Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CCD) de Atlanta añade el término **ideación suicida** y lo describe como “*pensar, considerar o planear suicidarse*” (8). En esta línea también, el Servicio Nacional de Salud recoge en su *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* la nomenclatura propuesta por Silverman MM. en 2007, y añade tres términos nuevos a los propuestos por la OMS: resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta, y en cada uno de los casos una graduación común según el autor, como se observa en el *Anexo 1* (9). Dentro de esta clasificación se conceptos como la temporalidad o frecuencia en las que aparecen ideaciones autolíticas y el modo de expresarlas, o el grado lesivo de las conductas desde consecuencias leves hasta la letalidad (9).

1.2. Epidemiología

Según la OMS, “*cada cuarenta segundos se suicida una persona*” (10). Los datos recogidos por la *Fundación Española para la Prevención del Suicidio* en 2020 indican que de cada veinte personas que presentan ideación autolítica, una de ellas consuma el acto, siendo la **primera causa de muerte no natural en España**. En una escala de mayor a menor prevalencia de motivos de defunción, este tipo de eventos son 2,7 veces más frecuentes que los accidentes de tráfico, 13,6 veces más que los homicidios y casi 90 veces más que los decesos por violencia de género (11).

A continuación, se representa el recuento anual de autolisis desde el año 2010 hasta el año 2020 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Número de suicidios año 2010-2020



Fuente. Elaboración propia

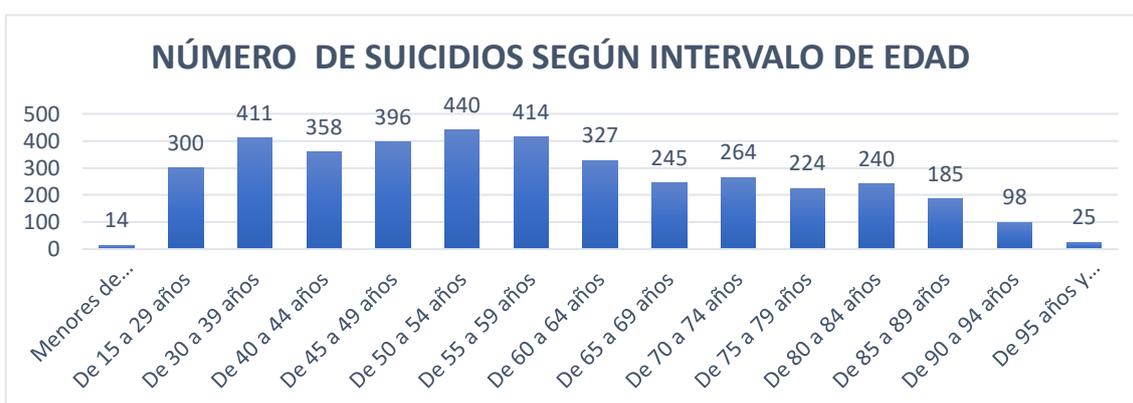
Como se puede apreciar, la tendencia en el total de decesos oscila entre los 3000 y 4000 casos anuales, observando fluctuaciones continuas en la curva. Se objetiva un claro aumento de la prevalencia a partir del año 2011 y hasta 2014, en el que se produjeron 3180 y 3910 suicidios respectivamente. A partir de este último, disminuyen hasta rondar los 3500 actos, cifra que se mantiene hasta 2018 cuando comienza de nuevo un ritmo ascendente (12).

Seguidamente, se desarrollan una serie de gráficos donde se analizan los datos sobre diferentes aspectos relativos al suicidio registrados en el año 2020 (12,13).

En primer lugar, en el *Gráfico 2*, se detalla la prevalencia de suicidios según el intervalo de edad(12); Desde el año 2015, **el grupo de población más afectado por esta problemática es el de 50 a 54 años**, exceptuando el año 2018 en el que fue superado por el intervalo de 45-49 años (12).

Además, según los datos recogidos **los hombres son más propensos a acabar con su vida que las mujeres**, alcanzando los 2930 y 1011 casos respectivamente (12).

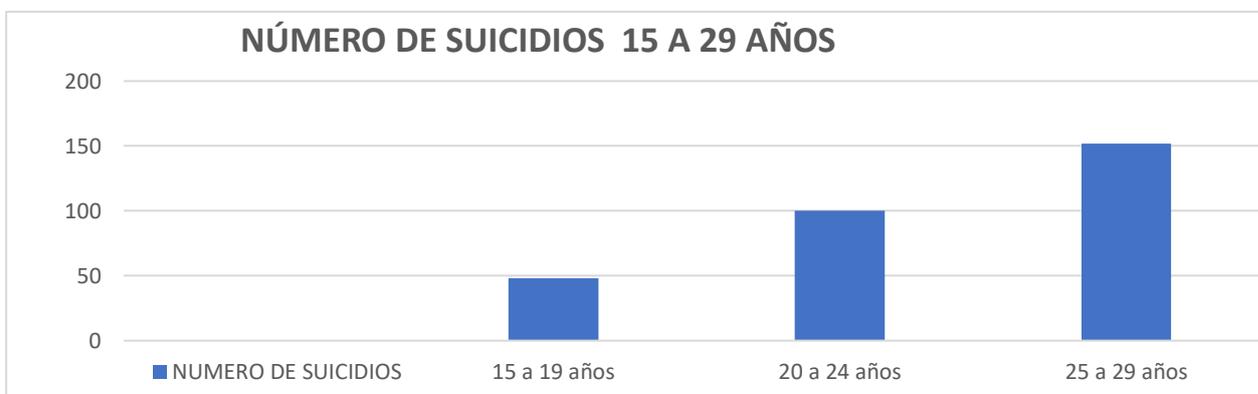
Gráfico 2. Número de suicidios según intervalo de edad



Fuente. Elaboración propia

Al analizar el rango de edad de 15 a 29 años, representado en el *Gráfico 3*, se produjeron un total de 300 muertes, encontrándose el valor más elevado en la franja comprendida entre 25 a 29 años (12).

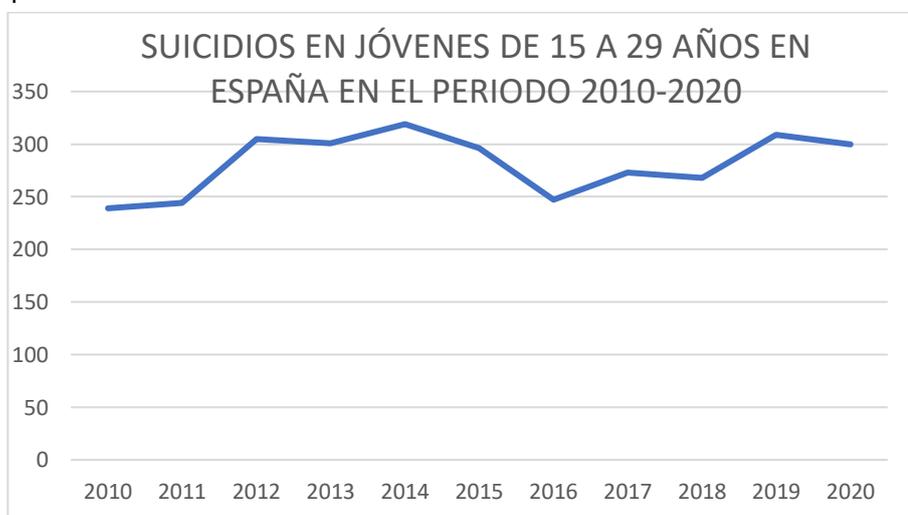
Gráfico 3. Número de suicidios en individuos de 15 a 20 años, divididos por intervalos de edad



Fuente. Elaboración propia

Por otro lado, profundizando en los datos relativos a la **juventud española** desde el año 2010, el *Gráfico 4* muestra la tendencia de actos suicidas entre los 250 y los 300 casos, ubicándose el pico máximo en 319 en el año 2014. Tras alcanzar el valor más alto, se produjo un descenso entre 2016 y 2018, a partir de cuando comienza a elevarse la incidencia nuevamente hasta la actualidad (12).

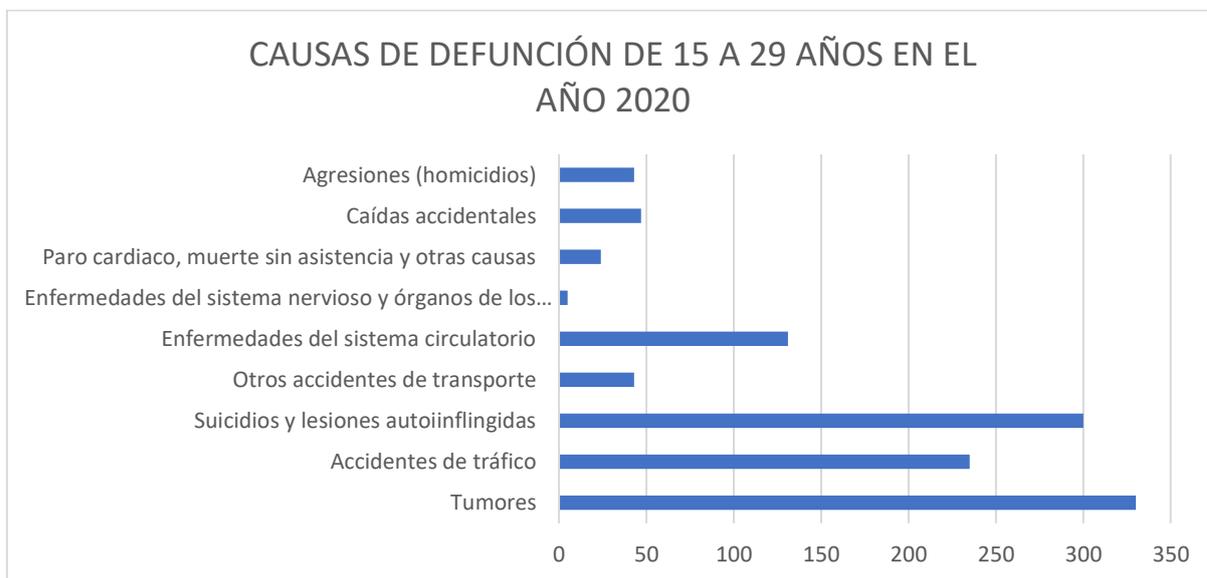
Gráfico 4. Recuento de suicidios en jóvenes de 15 a 29 años en España en el periodo 2010-2020



Fuente. Elaboración propia

El principal motivo de defunción en la población general de nuestro país está enmarcado dentro de las enfermedades orgánicas o físicas, como los tumores y las enfermedades cardiovasculares (infartos agudos de miocardio o accidentes cerebrovasculares) (12). Desde 2018 , la prevalencia de “suicidios y otras lesiones autoinflingidas” ha ido aumentando progresivamente, llegando a convertirse en el segundo motivo de defunción en jóvenes de 15 a 29 años, únicamente superado por los distintos tipos de tumores como figura en el *Gráfico 5* (12). El siguiente motivo de defunción (accidentes de tráfico) se aleja de los siguientes en más de una veintena de casos en el año 2020 (13).

Gráfico 5. Causas de defunción en jóvenes de 15 a 29 años en el año 2020



Fuente. Elaboración propia

Por otro lado, respecto a los **métodos empleados** para la consumación del acto, en términos generales, existe un abanico muy amplio; según lo que recogen las fuentes consultadas, se procede a citarlos de mayor a menor frecuencia de utilización: en primer lugar, el método más recurrente es el ahorcamiento, seguido en segundo lugar por la precipitación desde un lugar elevado. La lista continúa con la sobre ingesta medicamentosa con fármacos de todas las familias (analgésicos, antipiréticos, narcóticos, antiparkinsonianos, drogas, sustancias biológicas, etc), la utilización de objetos cortantes y el ahogamiento por inmersión. Por último, entre los menos frecuentes se encuentran el auto disparo de armas de fuego, la inhalación de gases, plaguicidas o sustancias químicas, la intoxicación etílica, el atropello intencionado, o la lesión intencionada con humo o fuego (13).

En cambio, estratificando los datos según sexo, se registra que las mujeres emplean el ahorcamiento (305 casos) menos frecuentemente que los saltos desde zonas elevadas (379 casos). De forma opuesta lo hacen los hombres, ya que, en los últimos datos, se recogen un total de 1461 decesos por “*lesión autoinflingida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*” y de 683 por “*lesión autoinflingida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado*” (13).

Para terminar con el análisis de los métodos más utilizados y profundizando **en los jóvenes de 15 a 29 años**, se concluye que se mantiene la tendencia anterior, en la que los varones emplean de forma más habitual el ahorcamiento, mientras que las mujeres optan por el salto desde

altura, siendo seguido en ambos grupos por la sobre ingesta medicamentosa con fármacos antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos (13).

CAPÍTULO 2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES ANTE EL SUICIDIO

1.1. Factores de riesgo

Las causas de la ideación y del acto suicida se definen dentro de un ámbito multifactorial, habiendo por tanto varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de la aparición de un evento autolítico. (14,15,16). Según la bibliografía consultada, se definen como “*las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que aumentan la probabilidad de experimentar o sufrir un daño*” y se ha encontrado que esta gran diversidad factorial provoca que se realicen subdivisiones (15).

Los factores de riesgo personales son:

- *Trastornos mentales*

El análisis realizado por algunos autores apunta que en torno al 90% de los individuos que llevan a cabo actos suicidas padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico en el momento del fallecimiento (15). Aunque dicha conducta está relacionada estrechamente con este tipo de patología, multiplicando de 4 a 25 veces la probabilidad de consumación del evento, hay evidencia de que solo aproximadamente el 2% de los individuos con enfermedad mental fallecen por esta causa (16).

De esta manera, las afecciones más estrechamente relacionadas con la autolisis son la depresión mayor y la ansiedad, y en el caso de las mujeres, se pueden añadir los trastornos de conducta alimentaria y trastornos distímicos (14,15).

- *Consumo de alcohol y drogas*

Numerosos estudios indican que la ingesta excesiva de éstos puede aumentar la impulsividad, y por tanto la probabilidad de tomar decisiones rápidas e irracionales que ocasionen consecuencias fatales en los individuos (15). Concretamente, según un estudio realizado en 2005, los jóvenes que afirman consumir alcohol dos o más veces por semana, o drogas una vez por semana, aumentan el riesgo de llevar a cabo una conducta suicida (15).

- *Edad*

Como se ha recogido en el capítulo anterior, los datos del INE del año 2020 muestran que la tendencia suicida es mayor según aumenta la edad, alcanzando el valor más elevado en los varones mayores de 65 años (17). Sin embargo, desde 2018, se observa una corriente creciente y acusada en edades más tempranas, especialmente en el intervalo de 15 a 29 años (5,17).

- *Sexo*

Las tasas de ideación e intentos autolíticos son de 3 a 4 veces mayores en mujeres que en hombres mientras que la consumación del acto es de 2 a 4 veces mayor en el sexo masculino (17), ocupando un 74,3% del recuento total (5).

- *Desesperanza*

La desesperanza se define como el estado en el que el individuo se cree capaz de lograr algo, percibe frecuentemente obstáculos y dificultades que no se pueden resolver, lo que le lleva a dejar de lado sus aspiraciones y deseos (15). Este sentimiento, según recogen algunos estudios, es expresado por el 91% de los pacientes con conductas suicidas (17).

- *Presencia de discapacidad o enfermedad física*

Enfermedades físicas como el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) o la esclerosis múltiple provocan que el riesgo de suicidio se incremente en los seis meses posteriores al diagnóstico, así como cuando se produce la aparición de sintomatología (17). El resultado es que el 25% de las personas con estas patologías consuman el acto, alcanzando incluso el 80% cuando se trata de individuos de edad avanzada (17)

- *Antecedentes de suicidio*

Se considera **el factor de riesgo con más importancia** para la consumación de un nuevo acto, evidenciando un riesgo 100 veces mayor que el de la población general, especialmente desde los seis hasta los doce meses posteriores al intento previo. (17).

Dentro de los factores de riesgo interpersonales se encuentran:

- *Disfunción familiar*

Esta ejerce un rol de vital importancia en la formación de la personalidad de los individuos (15). Un estudio realizado en 2001 concluye que la mayoría de las personas con tentativas autolíticas, enfermas o no, identifican una baja unión afectiva y cohesión familiar, así como una mala comunicación entre ellos (15); siendo el divorcio la situación que incrementa la ideación suicida tanto en hombres como en mujeres (17)

- *Relaciones entre pares y bullying*

Las relaciones entre iguales y el ambiente escolar son un ámbito de gran relevancia para el desarrollo de niños y adolescentes y, por tanto, las amistades constituyen un pilar esencial en el progreso social, cognitivo y emocional en esta etapa. Además, la definición de su propia identidad dentro del grupo es de gran importancia por lo que, un desequilibrio en la reciprocidad de las relaciones sociales, como situaciones de maltrato o humillación, produce un aumento del riesgo de llevar a cabo conductas suicidas (15). Ciertos estudios recogen que la cifra corresponde a 2,10 veces más en adolescentes que han sido víctimas de acoso (17)

- *Abuso sexual*

Existen estudios que afirman que las autolisis sean seis veces más frecuentes en adolescentes víctimas de abuso sexual (17), dado que estos, provocan consecuencias a corto plazo como son los trastornos disociativos, trastornos de estrés postraumático y depresión, trastornos de conducta alimentaria, consumo de drogas y riesgo de conducta suicida (15).

- *Aislamiento y soledad*

La soledad en los adolescentes se considera una actitud beneficiosa que ayuda a forjar su personalidad (15). Sin embargo, cuando se convierte en aislamiento social, y dificulta la adquisición de habilidades y aptitudes imprescindibles para relacionarse y para la resolución de conflictos, puede ocasionar afecciones orgánicas y psicológicas como son la depresión o las conductas autolíticas (15).

- *Orientación sexual*

Pertenecer al colectivo de *Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales, Intersexuales y Queer* (LGTBIQ+) aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales y, en consecuencia, un incremento de ideas y conductas suicidas (15). Este hecho se asocia a factores como homofobia, no aceptación de la identidad sexual, bullying, estereotipos y prejuicios, y abuso sexual, entre otros (15,17).

Por otro lado, entre los factores de riesgo socioeconómicos se encuentran:

- *Desempleo*

Es uno de los principales factores de riesgo para la manifestación de trastornos de salud mental, como la ansiedad, el insomnio, la depresión y la aparición de conducta e ideación autolítica (15). Por otro lado, la ausencia de trabajo estable tiene una repercusión significativa en la autolisis de individuos de entre 25 y 34 años, especialmente en los varones de 30 años (17).

Existen datos de países latinoamericanos en los que se objetiva un aumento de los decesos por autolisis en época de crisis, probablemente relacionado con este factor (15)

- *Falta de vivienda*

La ausencia de hogar supone un gran riesgo para el desarrollo de conductas y pensamientos suicidas en jóvenes (15). Un estudio realizado en 2006 con 208 personas menores de 24 años sin hogar desde hace más de un año recoge que en torno al 46% de los individuos ha tenido al menos un intento de suicidio, y un 76% ha realizado más de una tentativa (15).

- *Migraciones*

Según la bibliografía consultada, los procesos migratorios en sí no incrementan el riesgo de padecer una enfermedad mental y en consecuencia mayor riesgo de suicidio, sino que son las experiencias traumáticas sufridas en este periodo las que lo potencian(15). De forma general, el estrés durante al menos dos años que generan las diferencias culturales o lingüísticas , el choque entre las expectativas y la realidad de la situación, la discriminación social y la ausencia de una red de apoyo pueden acarrear afecciones mentales como la ansiedad o la esquizofrenia (15).

1.2. Factores protectores

Los factores protectores se definen como “*aquellas características que mantienen la salud y pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo*” y así por tanto provocan una disminución de la probabilidad de la consumación del acto suicida (15,16). Éstos son los siguientes:

- *Capacidad de resolución de problemas, autocontrol de conductas y/o capacidad de afrontamiento (RESILIENCIA)*

Estas cualidades funcionan como recurso cuando se produce una situación de desesperanza (17,18).

- *Buena accesibilidad a los servicios de salud*

Casi la mitad de los individuos que tienen un intento autolítico contactan con su médico de atención primaria durante las ocho semanas anteriores a la consumación del acto (17)

- *Buena red de apoyo social y familiar*

Especialmente en los adolescentes en los que tener una buena relación con sus progenitores aumenta el efecto protector (17).

- *Creencias y prácticas religiosas*

Suponen un soporte social y de comunidad a los individuos que practican su religión, sea cual sea (17). Además, la objeción moral que ejerce el suicidio sobre las personas creyentes supone, en numerosas ocasiones, una razón más para vivir (17)

- *Restricción del acceso a medios letales*

La no disponibilidad de elementos potencialmente lesivos reduce las tasas de suicidio entre el 30% y el 50% (17)

CAPÍTULO 3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Los programas de prevención de la conducta suicida se componen de estrategias para evitar este tipo de comportamiento, incluyendo intervenciones tanto el ámbito sanitario como el judicial, educativo o publicitario (19).

Tras el impacto de la pandemia de Sars-Cov-2 en la salud mental de los ciudadanos españoles, el gobierno de España aprueba *Plan de Acción 2021-2024 Salud Mental y Covid 19* (20), en el que se incluye la creación de la línea 024 para atención telefónica a personas en riesgo de conducta suicida (21). No obstante, los planes de prevención presentes en nuestro país son de carácter autonómico, por lo que, al carecer de uno de extensión nacional, cada Comunidad Autónoma introduce intervenciones y programas que consideran relevantes (22).

La *Fundación Española para la Prevención del Suicidio* recoge en su página web los programas preventivos realizados en los últimos años, tanto el ámbito europeo como autonómico. Muchos de ellos perduran hasta la actualidad, mientras que otros únicamente fueron introducidos para la recogida de datos y su consiguiente análisis.

1.1. Programas preventivos en el ámbito europeo

- EAAD (*European Alliance Against Depression*)

Proyecto financiado por la Comisión Europea para el afrontamiento de la depresión. Se inicia en 2004 en dieciocho países europeos, prolongándose hasta la actualidad y alcanzando un centenar de regiones, como fue el caso del **barrio barcelonés Dreta de l'Eixample**. Su origen se asienta a principios de siglo con la "*Nuremberg Alliance Against Depression*", primer programa preventivo sobre el suicidio (23).

Los cuatro niveles de intervención en los que centra su actuación son los siguientes:

El nivel uno se trata de la formación y especialización de los profesionales de atención primaria mediante la entrega de un manual de tratamiento, así como estrategias para el cribado en la consulta (23).

El nivel dos se trata de la realización de campañas publicitarias para la concienciación de los ciudadanos, con la realización de eventos, el reparto de folletos o con la creación de una página web (23).

La formación de policía, sacerdotes y farmacéuticos con un curso de ocho horas fue la estrategia utilizada en el nivel tres (23).

Dentro del nivel cuatro, se encuentra la creación de estrategias para la atención a los grupos de alto riesgo, como por ejemplo la coordinación entre la atención especializada y primaria con el fin de dar una continuidad asistencial a pacientes con antecedentes de suicidio, o bien mediante la creación de grupos de apoyo (23).

- *MONSUE (European Multicentre Study on Suicidal Behaviour and Suicide Prevention)*

Es un programa descriptivo en el que participaron diez países europeos (**España**, Suecia, Suiza, Italia, Dinamarca, Hungría, Estonia, Bélgica, Alemania y Eslovenia) desde 2007 a 2010. (24)

En él, se compararon datos de autolisis y tentativas en un estudio con una muestra de 4638 sujetos y otra información recogida en la epidemiología de este trabajo. Sin embargo, su fin principal era la identificación de estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria más efectivas, así como sus resultados en la población general. (24)

- *OSPI-EUROPE (Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe)*

Se trata de un programa preventivo experimental dirigido a la población general, financiado con fondos de la Unión Europea. Se llevó a cabo desde octubre de 2008 a marzo de 2013 y participaron países como Portugal, Alemania, Eslovenia o Austria, en las que se seleccionaron dos regiones, una de control (25).

En él se desarrollaron cinco niveles de prevención, añadiendo un quinto escalón a los propuestos por EAAD: consistía en la restricción del acceso a medios letales, con acciones como el cierre de azoteas de edificios elevados o mediante la entrega de información a las zonas con menos recursos (25).

- *EUROGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide)*

Programa preventivo (2008-2013) en el que participaron países como **España**, Reino Unido, Italia, Bélgica, Suecia, Rumanía, Alemania, Finlandia y Eslovenia, con el fin de abordar aspectos relacionados con la prevención del suicidio, la reducción o erradicación del estigma sobre los trastornos mentales y la promoción de la salud entre los jóvenes (26).

Para su completa realización se crearon paquetes de trabajo específicos para cada sector: medios de comunicación, entorno escolar o los grupos de apoyo a supervivientes de estos eventos, entre otros (26).

- *SUPREME (Suicide Prevention Through Internet and Media Based Mental Health Promotion)*

Desde 2010 a 2013, países como **España**, Estonia, Lituania, Inglaterra, Italia o Hungría llevaron a cabo este programa preventivo experimental dirigido a jóvenes de entre 14 y 24 años con o sin patología mental (27).

Como objetivos se plantearon la prevención del suicidio y los trastornos mentales en adolescentes mediante una página web interactiva, así como la construcción de un circuito de atención sanitaria para la detección precoz de escenarios y situaciones de riesgo (27).

Los resultados de este proyecto indican que tras la intervención el riesgo tanto de autolisis, depresión, ansiedad y estrés disminuyen notablemente (27).

1.2. Programas de prevención a nivel autonómico

La “*Estrategia en Salud Mental*” publicada en 2006 no plantea como objetivo principal la prevención del suicidio, pero las Comunidades Autónomas sí que han desarrollado planes propios, creando incluso iniciativas municipales (28).

En Asturias (2018) y Navarra (2014), estos planes constituyen una herramienta efectiva para la actuación de los profesionales sanitarios que tratan con individuos en riesgo de suicidio (28,29). Ambos incluyen un circuito coordinado, en el que intervienen los servicios de Atención Primaria, la Urgencia Hospitalaria y las unidades de salud mental (29,30).

Por su parte, el *Plan de Prevención de Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Comunidad Valenciana* consta de cinco estrategias clave, con las que pretende prevenir y reducir la incidencia de las conductas suicidas. Estas abordan la promoción de la salud, la detección precoz, el manejo, la formación y la vigilancia epidemiológica sobre las tentativas y eventos autolíticos (31).

El *Plan de Prevención del Suicidio de Cataluña* se sustenta en las estrategias mencionadas anteriormente, añadiendo el soporte familiar y de víctimas, y el compromiso político a sus líneas de acción, conformando seis en total (32)

Además, en **Cantabria** se ha desarrollado el *Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS)*, que en 2020 fue galardonado con el primer premio de los “*Premios Afectivo Efectivo*”, dentro de la categoría de iniciativas con mejores resultados en salud (33). Se inició en 2016 y, tras dos años de implementación, se han conseguido reducir en 10 puntos la necesidad de ingreso global en pacientes con ideación autolítica (33,34). Como novedad el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla ha creado una aplicación móvil para el seguimiento, junto con las consultas presenciales, de los pacientes adheridos al programa. En ella, cada tarde, el individuo debe responder a un cuestionario sobre su estado, a partir del cual la aplicación calcula un porcentaje de riesgo autolítico individualizado (35)

Por otro lado, **ciudades** como **Sabadell, Barcelona, Madrid, Guipúzcoa u Oviedo** crearon proyectos propios para la prevención de la autolisis. Se comienza con acciones como el seguimiento telefónico (Anexo 2) a pacientes que han tenido un intento autolítico (Plan de Prevención de Sabadell), o la participación en diez sesiones psicoeducativas para las personas que acudieron a urgencias con tentativa de suicidio con el *Programa para la Prevención de la Recurrencia del Comportamiento Suicida basado en el Manejo de casos* llevado a cabo el en Hospital Universitario Central de Asturias entre 2011 y 2013 (36,37). En su lugar, el plan propuesto por Guipúzcoa continua con la tendencia procedente del proyecto *EAAD*, implementando los cuatro niveles de prevención propuestos en dos áreas de salud de la localidad (38); el programa *Código 100*, impulsado en Madrid, es un algoritmo creado para la atención de pacientes con un intento suicida, en el que tras este incidente se asegura la atención, siempre voluntaria, en un centro de salud mental en máximo 72 horas. Además, proporciona seguimiento telefónico y sesiones semanales de terapia grupal (39).

1.3. Intervención de enfermería

Hay evidencia científica sobre el papel crucial que ejerce la enfermería en la evaluación del riesgo de suicidio dado que efectúa una valoración sistemática, y proporciona atención centrada en la comunicación terapéutica con los pacientes, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (40).

Como primer paso para la detección precoz se debe realizar una **valoración** holística, mediante una entrevista clínica al paciente y allegados (40). Según la bibliografía consultada, los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon son la herramienta más efectiva para agrupar la información recogida sobre las esferas física, social, psíquica y del entorno del individuo, ya que este modelo de patrones agrupa información relevante en relación con el autoconcepto, dentro del cual se incluye la ideación suicida (40). Además, el personal de enfermería puede dotarse de la escala de Paykel (Anexo 3) y la escala de Columbia (Anexo 4) mediante las cuales se puede cuantificar la ideación suicida, incluyendo letalidad (dos puntos), sin letalidad (un punto) o inexistente (cero puntos) (41). No obstante, la realización de estos cuestionarios no está implementada en el trabajo cotidiano, ya que no han sido adaptadas y validadas para su empleo en España (40).

La siguiente fase corresponde al **diagnóstico**. En ella, con los datos recogidos en la etapa anterior, se identifican los problemas de salud que presente el individuo (40). En este caso NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), lo etiqueta como *[00289] Riesgo de conducta suicida*, y se relaciona con diversos factores de riesgo que son divididos en:

Gráfico 8. Factores de riesgo del diagnóstico *Riesgo de suicidio* (42)

CONDUCTUALES	PSICOLÓGICOS	SITUACIONALES	SOCIALES
Apatía	Ansiedad	Fácil acceso a armas	Procesos familiares disfuncionales
Dificultad para solicitar ayuda	Síntomas depresivos	Pérdida de independencia	Apoyo social inadecuado
Dificultad para afrontar ejecución insatisfactoria	Expresa tristeza profunda	Pérdida de autonomía personal	Presión inapropiada de los colegas
Autogestión ineficaz del dolor	Expresa frustración		Dificultades legales
Control de impulsos ineficaz	Expresa soledad		Deprivación social
Conducta autolesiva	Hostilidad		Devaluación social
Negligencia personal	Baja autoestima		Aislamiento social
Acumulación de medicamentos	Duelo inadaptado		Violencia no atendida por otros
Uso inadecuado de medicamentos	Percepción de deshonra		
	Informa de culpa excesiva		
	Informa de indefensión		

	Informa de desesperanza		
	Informa de tristeza		
	Ideas suicidas		

Fuente. Elaboración propia (42)

A partir de ahí, una vez se ha identificado el diagnóstico, se pasa a la **planificación** y priorización de los cuidados de manera individualizada y en función de la situación de cada paciente, teniendo en cuenta aspectos comentados en el *Capítulo 1* como el acto, el intento o la ideación suicida (40). Dentro del PAE elegido, se puede incluir el resultado *NOC [2813] Control del riesgo social: suicidio* mediante el cual se proponen unos indicadores, con una escala numérica que cuantifica del 1 al 5 la proximidad a lo que se desea alcanzar, y un tiempo de consecución (41). Además, se estipula una puntuación que se corresponde con el valor que presenta el paciente previo a la intervención, mediante la cual alcanzaremos otra que equivale a la que queremos obtener (puntuación diana) en un tiempo determinado.

Algunos de ellos son (42):

- Fidelidad a las estrategias de prevención del suicidio
- Valoración sistemática de grupos de riesgo.
- Mantenimiento del soporte social
- Acceso a servicios de salud mental
- Monitorización sistemática de los niveles de suicidio en la comunidad

La cuarta etapa del proceso enfermero se trata de la **Intervención**, que en este caso corresponde a *NIC [6340] Prevención del suicidio* la (40). Para llevarlas a cabo, es necesario, por un lado, fomentar la implicación del paciente en su propio tratamiento, y la individualización de las actividades planteadas para la consecución del objetivo (41,42). A continuación, se enumeran algunas de ellas que son recogidas en la taxonomía propia de la prevención de la ideación (42):

- Detección y determinación del riesgo de suicidio, así como la consideración de hospitalización si este fuera grave.
- Tratamiento y control (medicación, efectos secundarios, calidad de vida) de la enfermedad psiquiátrica junto con los síntomas que puedan acentuar dicho riesgo.
- Fomentar la adherencia al tratamiento y el uso de estrategias de afrontamiento.
- Animar al paciente a comunicar a sus cuidadores cuando se produzcan estas situaciones como forma de prevención del acto autolítico.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud
- Concienciación pública de que es un problema evitable (39).

Además, también se recogen otras actividades específicas para el abordaje de la ideación autolítica aguda como son (42):

- Limitación del acceso a zonas u objetos potencialmente peligrosos
- Vigilar de forma continua el comportamiento de este
- Limitar el acceso a ventanas, a no ser que estén cerradas con llave
- Asignar al paciente una habitación cercana al control de enfermería con el fin de aumentar la vigilancia ()
- Registrar e informar de cualquier cambio en el estado de ánimo.

Para terminar, la última etapa del PAE, corresponde a **la evaluación** para determinar el cumplimiento de los objetivos propuestos mediante la efectividad de los cuidados prestados (40). Se trata de una fase dinámica y continua que se realiza durante todo el proceso enfermero y en la cual se pueden ir modificando los indicadores o las actividades planteadas a medida que se realiza la intervención y se comprueba la respuesta en el paciente (40).

CONCLUSIONES

Históricamente, el suicidio ha adoptado una connotación negativa arrastrada a lo largo de los años, por las distintas civilizaciones. Actualmente, se califica la “pandemia” a la que nos enfrentaremos de manera inminente en los próximos años. Según los datos expuestos, la prevalencia va aumentando a pasos agigantados, especialmente en los colectivos más vulnerables y de menor edad (11,12). A pesar de que se identifican los factores protectores y de riesgo de la autolisis, en España todavía no se está llevando a cabo un plan de acción de extensión nacional, que permita a los profesionales de la salud de las distintas autonomías, trabajar de forma sincrónica.

En términos de epidemiología, los eventos autolíticos suponen un elevado número de muertes al año, concretamente figuran 3941 decesos en el año 2020. Esta cifra, que ha adoptado una tendencia ascendente, representa en su totalidad la más elevada en los últimos años, igualando los fallecimientos por autolisis de 2014. Estratificando según sexo y edad, los hombres son más propensos que las mujeres a consumir el acto, y dentro de estos, el grupo de edad con más prevalencia de autolisis es el de 50 a 54 años. Además, las tasas en jóvenes de 15 a 29 años siguen con la tendencia general de ascenso, posicionándose como la segunda causa de muerte entre el colectivo en el año 2020.

La determinación de los factores de riesgo y protectores del suicidio gana relevancia en los planes de prevención. A pesar de que existen algunos no evitables como el sexo, la edad o los antecedentes de suicidio, existen muchos otros en los que sí se puede intervenir con el fin de disminuir la posibilidad de llevar a cabo el acto. Garantizar el acceso a los servicios de salud, realizar educación sanitaria sobre el consumo de alcohol, drogas o el abuso sexual, así como abordar en consulta los factores protectores como la resiliencia o los sistemas de apoyo puede evitar, en mi opinión, la consumación de muchos actos suicidas.

La participación de España en cuatro de los cinco programas de prevención europeo y la creación de programas por parte de las Comunidades Autónomas ha permitido desarrollar gran cantidad de estrategias de prevención y actuación ante la autolisis, aun así, todo esto no está completamente implementado en las consultas de Atención Primaria, bien por sobrecarga asistencial, poca iniciativa de los profesionales o por escasez de formación específica para abordar este problema.

Por otro lado, la inclusión del Proceso de Atención de Enfermería dentro del trabajo de los profesionales supone un beneficio para la salud de los pacientes con patología mental. El empleo de diagnósticos enfermeros permite la sistematización y priorización de los cuidados, que a su vez aumenta la calidad y efectividad de estos.

Para concluir, la OMS estima que mueren más personas por suicidio que de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), paludismo o cáncer de mama, por lo que desde la organización se han creado nuevas orientaciones para optimizar las acciones de prevención, y disminuir así las tasas de suicidio (43).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amador Rivera G. Suicidio: Consideraciones Históricas. Vol. 21, Revista Médica La Paz. 2015. p. 91–8.
2. Blanco C. El suicidio en España. Revista española de la opinión pública. 2020. p. 79–106.
3. Suicidios por edad, nacionalidad y sexo [Internet]. INE. [citado el 17 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=49952>
4. Torres EQ. El suicidio, la “pandemia silenciosa” que se cobra más vidas de jóvenes que el Covid-19 [Internet]. El mundo. 2022 [citado el 17 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/01/07/61bc7b19fc6c83660e8b4601.html>
5. María Sosa Troya JM. El suicidio, la amenaza silenciosa tras la pandemia: “Es algo que te rompe por dentro” [Internet]. El País. 2021 [citado el 17 de enero de 2022]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-07-26/el-suicidio-la-amenaza-silenciosa-tras-la-pandemia-es-algo-que-te-rompe-por-dentro.html>
6. Rae.es. [citado el 17 de enero de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/suicidio>
7. Blanco C. El suicidio en España. Revista española de la opinión pública. 2020. p. 79–106.
8. Campillo Serrano C, Fajardo Dolci G. Prevención del suicidio y la conducta suicida. Gaceta Médica de México; 2021. p. 564–9.
9. 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: Avalia-t 2010/02.
10. Cada 40 segundos se suicida una persona [Internet]. Who.int. [citado el 17 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
11. Suicidios según grado de ejecución, sexo y edad. [Internet]. INE. [Citado el 16 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t18/p427/a2006/l0/&file=02001.px>
12. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad [Internet]. INE. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
13. Suicidios por medio empleado, sexo y edad [Internet]. INE. [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=49949>
14. Castellvi Obiols P, Piqueras Rodríguez JA. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir [Internet]. Revista de Estudios Estrategia de Prevención

del Suicidio en el SNS. [Internet]. Fundación Salud Mental España. 2019. Available from: [https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/sns/de Juventud](https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/sns/de-Juventud). 2018. p. 45–59. Disponible en:

<https://0-dialnet-unirioja-es.catalog.uoc.edu/servlet/extart?codigo=7161801>

15. Böttcher RM, Garay CJ. Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en países latinoamericanos. *Psicodebate*. 2021;21(1):61–78.

16. Yomaira Pabon A. Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Rev haban cienc méd.*, [Internet]. 2021. 20(4): e3967. Disponible en:

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3967>

17. La AFDE, Riesgo FDE. Anexo 3. factores de la conducta suicida 1. p. 87–93.

18. González-Sancho Roy, Picado Cortés Maikol. Revisión sistemática de literatura sobre suicidio: factores de riesgo y protectores en jóvenes latinoamericanos 1995-2017. *Act.Psi* [Internet]. 2020 Dec [cited 2022 Mar 14] ; 34(129): 47-69. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352020000200047&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.34298>.

19. Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS. [Internet]. Fundación Salud Mental España. 2019. Available from:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/sns/>

20. El Gobierno presenta el Plan de Acción 2021-2024 Salud Mental y COVID-19 para atender al impacto provocado por la pandemia [Internet]. Gob.es. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible en:

<https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/paginas/2021/091021salud-mental.aspx>

21. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO [Internet]. Boe.es. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/2021/12/20/pdfs/BOE-A-2021-20997.pdf>

22. Dumon E, Portzky G. Directrices generales para la prevención del Suicidio. 2014.

23. . EAAD (European alliance against depression) [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/eaad/>

24. MONSUE (European multicentre study on suicidal behaviour and suicide prevention) [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 2 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/monsue/>

25. OSPI-Europe (optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe) [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/ospi-europe/>

26. EUREGENAS (European regions enforcing actions against suicide) [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/euregenas/>

27. SUPREME (suicide prevention through internet and media based mental health promotion) [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/supreme/>

28. Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/sns/>

29. Protocolo de prevención y actuación ante conductas suicidas de Navarra [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/navarra/>

30. Asturias, 2018. Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/asturias/>

31. Plan de prevención de suicidio y manejo de la conducta suicida de la Comunidad Valenciana [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/c-valenciana/>

32. Plan de prevención del suicidio en Cataluña 2021-2015 (PLAPRESC) [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/catalu%C3%B1a/>

33. El programa de prevención de la conducta suicida de Valdecilla, primer premio en una convocatoria nacional [Internet]. psiquiatria.com. [citado el 7 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://psiquiatria.com/article.php?ar=psiquiatria-general&wurl=el-programa-de-prevencion-de-la-conducta-suicida-de-valdecilla-primer-premio-en-una-convocatoria-nacional>

34. Zarzalejos A. Big data, atención inmediata e integral y equipos multidisciplinares: las claves del programa que está reduciendo los suicidios en Cantabria [Internet]. Business Insider España. 2020 [citado el 7 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://www.businessinsider.es/claves-programa-reduce-suicidios-cantabria-751649>

35. Fonquernie L. Valdecilla estrena una aplicación móvil para el control de pacientes con conductas suicidas [Internet]. El Diario Montañés. 2022 [citado el 7 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://www.eldiariomontanes.es/cantabria/valdecilla-estrena-aplicacion-20220430201745-ntvo.html>

36. Programa de prevención de la conducta suicida de Sabadell [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/sabadell/>

37. Programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC) [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/psymac/>

38. Programa piloto de prevención de la conducta suicida de Guipúzcoa [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/gipuzkoa/>

39. Código 100. Madrid [Internet]. Prevención del suicidio. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/codigo-100/>

40. Albuixech García M del R. Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA «00150 riesgo de suicidio» [Internet]. 2017. p. 335. Disponible en : https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72730/1/tesis_mariadelrocio_albuixech_garcia.pdf

41. Prevención y cuidados de enfermería en pacientes con ideas autolíticas [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 7 de abril de 2022]. Disponible en:

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-y-cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-ideas-autoliticas/>

42. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 7 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/nic/6340>

43. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. Who.int. [citado el 8 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

ANEXOS

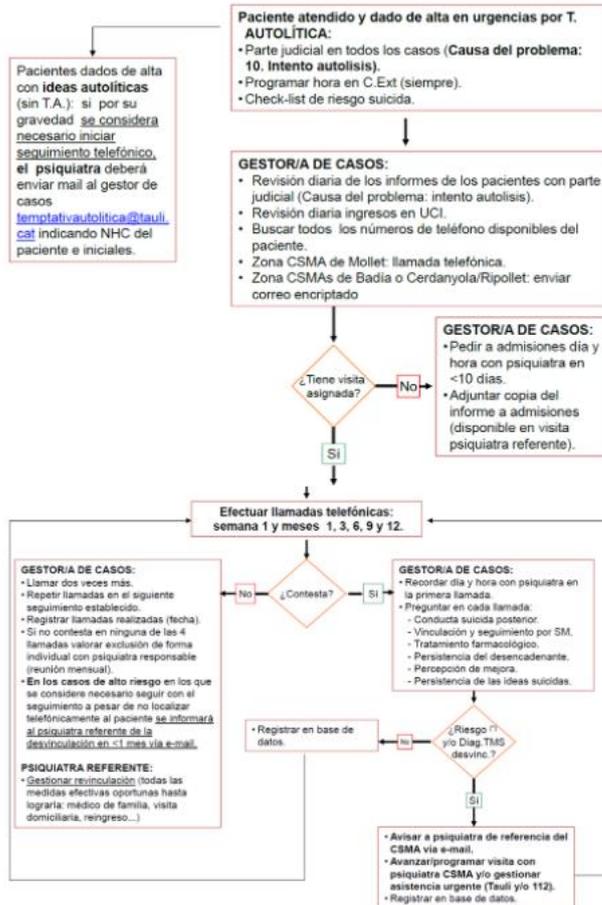
ANEXO 1. CLASIFICACION DE LOS ACTOS SUICIDAS SEGÚN SILVERMAN

IDEACIÓN SUICIDA	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida b. Con grado indeterminado de intencionalidad c. Con alguna intencionalidad suicida 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
COMUNICACIÓN SUICIDA	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no, pasiva o activa (amenaza suicida tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida, tipo II) b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida tipo II) 	

	<ul style="list-style-type: none"> 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida, tipo II) c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida, tipo III)
CONDUCTA SUICIDA	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (autolesión, tipo I) 2. Con lesiones (autolesión, tipo II) 3. Con resultado fatal (muerte autoinfligida no determinada) b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (conducta suicida no determinada, tipo I) 2. Con lesiones (conducta suicida no determinada, tipo II) 3. Con resultado fatal (muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada) c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, tipo I) 2. Con lesiones (intento de suicidio, tipo II) 3. Con resultado fatal (suicidio consumado)

Fuente: elaboración propia

ANEXO 2. PLAN DE ACTUACION DE SABADELL



Algoritmo de actuación para el seguimiento telefónico de los intentos de suicidio atendidos por la Corporació Sanitària i Universitària Par Taulí de Sabadell.

ANEXO 3. ESCALA PAYKEL

TABLA 1 ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO		
Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el último año		
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

ANEXO 4. ESCALA DE COLUMBIA

IDEACIÓN SUICIDA		
<p>Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.</p>		Desde la última visita
<p>1. Deseos de morir El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. ¿Has pensado en estar muerto/a o lo que sería estar muerto/a? ¿Has deseado estar muerto/a o que pudieras quedarte dormido/a y nunca despertar? ¿Desearías dejar de vivir? Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>2. Pensamientos suicidas activos no específicos Pensamientos generales, no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el periodo de evaluación. ¿Has pensado en hacer algo para dejar de vivir? ¿Has pensado en matarte? Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo". ¿Has pensado en cómo lo harías o qué harías para dejar de vivir (matarte)? ¿En qué pensaste? Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener <u>cierta intención de llevarlos a cabo</u>, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo". Cuando pensaste hacer algo para dejar de vivir (o matarte), ¿pensaste que esto era algo que realmente podrías hacer? Esto es diferente de (al contrario de) tener esos pensamientos, pero sabiendo que no los llevarías a cabo. Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>5. Ideación suicida activa con un plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. ¿Has decidido cómo o cuándo harías algo para dejar de vivir/matarte? ¿Has planificado (elaboraste los detalles de) cómo lo harías? ¿Cuál era tu plan? Cuando hiciste este plan (o elaboraste los detalles), ¿había alguna parte tuya pensando en hacerlo realmente? Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN La siguiente característica debe ser evaluada con respecto al tipo más serio de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos serio y 5 siendo el más serio).</p>		
<p>Ideación más seria: _____ Tipo n° (1-5) Descripción de la ideación</p>		Más seria
<p>Frecuencia ¿Cuántas veces has tenido estos pensamientos? _____ (1) Sólo una vez (2) Unas pocas veces (3) Muchas (4) Todo el tiempo (0) No sabe/No corresponde</p>		—

COMPORTAMIENTO SUICIDA <i>(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntarse sobre todos los tipos)</i>	Desde la última visita
<p>Intento real: Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado del mismo. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay cualquier intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hierre, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.</p> <p>¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste? ¿Te hiciste daño a propósito? ¿Por qué hiciste eso? ¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida? ¿Querías morir (aunque fuera un poco) cuando tú _____? ¿Estabas tratando de dejar de vivir cuando tú _____? ¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por _____? ¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)? (Comportamiento autolesivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describe: _____</p> <p>¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida? ¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Aborrecerse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene. ¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es "sí", describe: _____</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p>
<p>Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. ¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es "sí", describe: _____</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p>
<p>Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). ¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte? Si la respuesta es "sí", describe: _____</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Suicidio consumado:</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
	<p>Fecha del intento más letal: _____</p>
<p>Grado de letalidad y lesiones: 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización médica y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización médica con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte.</p>	<p>Ingrese código _____</p>
<p>Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaron lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo arrollara). 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p>	<p>Ingrese código _____</p>