

Prevención y manejo de conductas suicidas en Atención Primaria

Marcos González Ruiz

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Medicina, Pabellón II. 3ª planta. Avda. Complutense s/n. 28040 Madrid.
marcgonzruiz@hotmail.com

Tutor

Carlos Mora Rodríguez

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Medicina, Pabellón II. 3ª planta. Avda. Complutense s/n. 28040 Madrid.
carlmr@med.ucm.es

Resumen: El suicidio es uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad, con cerca de un millón de muertes al año en todo el mundo, encontrándose entre las diez primeras causas de muerte mundiales. De esta forma, se hace evidente la importancia de abordar el problema, elaborando medidas y programas de prevención, así como formando correctamente a los profesionales de la salud para detectar y manejar este tipo de conductas. Por eso, el principal objetivo de esta revisión bibliográfica es aumentar el conocimiento y la formación del personal de enfermería en torno al abordaje de un sujeto con riesgo de suicidio, focalizándolo en el ámbito de la atención primaria. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, ENFISPO y SciELO, en un rango de diez años, evaluando la relevancia de las publicaciones acerca del conocimiento de los factores de riesgo y de protección de las conductas suicidas, el cual facilita la detección precoz de estos pacientes y el correcto manejo de sus conductas. Así, la enfermería de atención primaria cuenta con herramientas que le ayudan en su abordaje y le facilitan la actuación ante un paciente con elevado riesgo suicida. Aun así, el comportamiento suicida es una conducta humana sumamente compleja cuya prevención es posible, por lo que se deben elaborar programas de prevención y campañas formativas de los profesionales, con el objetivo de capacitarles en el manejo de estos pacientes, mostrándoles el respeto, la esperanza y el apoyo que merecen.

Palabras clave: Suicidio - Prevención.

Abstract: With nearly a million deaths per year along the world suicide, is one of the major public health problems, it is one of the ten leading causes of death in the world. Thus, is evident the need of addressing the problem, developing measures and programs to prevent suicide, also provide correct training to the health professionals in aim to

detect and handle this behavior. Therefore, the main objective of this literature review is to increase the knowledge and improve the nursing training about the patient with risk of suicide, focusing the attention in primary care. For this, the literature search has been made in PubMed, CINAHL, ENFISPO and SciELO databases, in a ten years period, evaluating the importance of the publications along the literature about the protective and risk factors of the suicidal behavior, which leads to early detection and also to a correct treatment of these patients. By this way the primary care nurse counts with different tools that helps to address care and lead with high risk suicide patients. Even so, suicidal behavior is a human highly problem which prevention is possible, so is important to develop prevention programs and training campaigns to health care professionals in aim to management this patients respectfully, with the respect, hope and support they deserve.

Key Words: Suicide- Prevention.

INTRODUCCIÓN

Definición y antecedentes

El suicidio es un grave problema de salud pública que se ha convertido en una de las principales causas de muerte prematura, cobrándose la vida de cerca de un millón de personas cada año en todo el mundo⁽¹⁾. Junto a estas muertes, adquieren gran importancia las repercusiones que se producen en el entorno de la víctima, pues la muerte de dicho suicida conlleva graves consecuencias en sus allegados, tanto de índole emocional y sanitaria, como social y económica⁽²⁾. Por ello, se trata de un problema sumamente complejo y multifactorial, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1969 el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de si se conocen o no los verdaderos motivos del acto⁽³⁾.

Sin embargo, desde la primera referencia a un acto suicida de la que se tiene constancia (un poema titulado La disputa entre un hombre y su Ba, fechado hace unos 4.000 años en el antiguo Egipto⁽⁴⁾) hasta la actualidad, el suicidio ha sufrido una profunda evolución histórica tanto en su definición como en su concepción social, adoptando actitudes muy diferenciadas entre sí según los principios filosóficos, intelectuales y religiosos de su tiempo.

Desde la concepción gloriosa y elogiada que se tenía en Oriente y la Grecia clásica hasta la nueva aceptación social que surgió en el Renacimiento, pasando por el oscurantismo y la intransigencia de la Edad Media, la opinión social que se tiene actualmente sobre el suicidio se ha conformado en torno a esta evolución histórica del concepto^(3,4,5). Esta cronología histórica del suicidio ha influido notablemente en su

concepción, puesto que la actitud social ante el suicidio en la actualidad es muy controvertida, condicionada fundamentalmente por las connotaciones negativas que el concepto ha conllevado a lo largo de toda la historia⁽⁵⁾.

No fue hasta el siglo XIX cuando se elaboraron las primeras teorías que intentaron explicar con cierto rigor científico las conductas suicidas. Desde un punto de vista patológico, sociológico y psicoanalítico, estas teorías intentaron explicar y describir esta conducta humana de una forma unidimensional y no integral, por lo que actualmente apenas tienen aceptación. Sin embargo, sirvieron de base para la creación de los modelos teóricos multidimensionales más aceptados en la actualidad⁽³⁾.

Aun así, la definición más citada en todos los estudios acerca del suicidio fue la elaborada por el sociólogo francés Émile Durkheim a principios del siglo XX, que lo definió como todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. La tentativa es el mismo acto pero detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte⁽⁵⁾.

En 1947, Deshaies lo define en un sentido más amplio como el acto de matarse de una manera generalmente consciente, utilizando la muerte como un medio o un fin. En 1954, Schneider completa la definición de tentativa indicando que se trata de un suicidio frustrado, sea cual fuere la razón de su fracaso⁽⁶⁾.

No obstante, ante las controversias existentes en la definición de suicidio y tentativa, la OMS decidió agruparlas en la expresión acto suicida, anteriormente definida⁽³⁾. Además, en 1976 solicitó la formulación de una definición unánime de la palabra suicidio, ante la falta de acuerdo de los países para determinar las muertes por suicidio. Así, en la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8), se incluyeron dentro de la categoría suicidio, el suicidio y las tentativas y por otro lado, las lesiones autoinfligidas⁽⁶⁾.

En la actualidad existen ciertas dificultades y una falta de consenso en la definición de la conducta autolítica. En la última revisión, la CIE-10, la OMS recoge la categoría suicidios y autolesiones intencionalmente autoinfligidas (X60-X84) que incluye "envenenamiento o lesión autoinfligida", en un código adicional en el capítulo XX sobre causas externas de morbilidad y mortalidad⁽⁷⁾.

Además, en uno de los manuales de trastornos psiquiátricos más utilizados en la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido como DSM-V y elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, el suicidio no tiene un código autónomo. Sólo incluye dos nuevas categorías en el capítulo Trastorno Depresivo Mayor: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida⁽⁸⁾.

También cabe citar la nomenclatura NANDA, la taxonomía enfermera más utilizada, en la cual existe un diagnóstico enfermero denominado Riesgo de suicidio y

definido como riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida. La utilización de esta taxonomía resulta fundamental en el manejo de pacientes con estas conductas pues se trata de una herramienta idónea que ayuda al profesional de enfermería a organizar los datos obtenidos y facilita el proceso de cribado y seguimiento de los pacientes⁽⁹⁾.

Según lo citado anteriormente, la falta de una definición unánime y unos criterios que delimiten el acto suicida, unido a la complejidad de esta conducta humana, provocan la existencia de innumerables clasificaciones de las conductas suicidas, en función del referente que se tome. Así pues, la primera gran clasificación fue la elaborada por Durkheim, dividiendo a los suicidas en egoístas, altruistas, anómicos y fatalistas⁽⁵⁾. No obstante, su utilidad clínica es relativa puesto que se trata de una clasificación con un enfoque puramente sociológico, por lo que más tarde surgieron otras clasificaciones que tuvieron una utilidad más práctica.

Los criterios de clasificación de Diekstra diferencian entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio, en función de la gravedad y la mortalidad de la conducta. Esta clasificación presenta mayor facilidad de uso clínico; sin embargo, carece de la posibilidad de la clasificación de la ideación suicida, por lo que su utilidad práctica es relativa⁽²⁾.

Por otro lado, O'Carroll et al. plantearon una nomenclatura de los pensamientos y las conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el National Institute of Mental Health de EE.UU y considerada como una de las más operativas a nivel práctico. En esta clasificación, se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado, completando así los criterios de Diekstra⁽²⁾.

La clasificación de O'Carroll fue posteriormente mejorada por Silverman et al. en 2007, en la que intentaron reunir todos los aspectos clave de definiciones anteriores, añadiendo una nueva categoría denominada comunicación suicida, en la que se incluye la amenaza y el plan suicida⁽²⁾. Debido a la simpleza de su terminología y a la inclusión de todas las combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas, la nomenclatura propuesta por Silverman se ha convertido en la más utilizada actualmente (Tabla 1).

Esta diferencia de criterios a la hora de elaborar una definición y clasificación completas del suicidio evidencia el desconocimiento que aún existe en torno a la materia, además del largo camino que aún queda por recorrer en el estudio de un problema que está alcanzando una gravedad considerable a nivel mundial.

Ideación suicida	DEFINICIÓN: pensamientos sobre el suicidio.
	<ul style="list-style-type: none"> A. Sin intencionalidad suicida. B. Con grado indeterminado de intencionalidad. C. Con alguna intencionalidad suicida.
Comunicación suicida	DEFINICIÓN: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos o intencionalidad de acabar con la propia vida.
	<ul style="list-style-type: none"> A. Sin intencionalidad suicida. <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida de tipo I). 2. Propuesta de un método con el que lleva a cabo una autolesión (plan suicida de tipo I). B. Con grado indeterminado de intencionalidad. <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida de tipo II). 2. Propuesta de un método con el que lleva a cabo una autolesión (plan suicida de tipo II). C. Con alguna intencionalidad suicida. <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida de tipo III). 2. Propuesta de un método con el que lleva a cabo una autolesión (plan suicida de tipo III).
Conducta suicida	DEFINICIÓN: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que existe evidencia de que se presenta intención de querer acabar con su vida.
	<ul style="list-style-type: none"> A. Sin intencionalidad suicida. <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (autolesión de tipo I). 2. Con lesiones (autolesión de tipo II). 3. Con resultado fatal (muerte autoinfligida no intencionada). B. Con grado indeterminado de intencionalidad. <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (conducta suicida no determinada de tipo I). 2. Con lesiones (conducta suicida no determinada de tipo II). 3. Con resultado fatal (muerte autoinfligida con intencionalidad). C. Con alguna intencionalidad suicida. <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (intento de suicidio de tipo I). 2. Con lesiones (intento de suicidio de tipo II). 3. Con resultado fatal (suicidio consumado).

Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. 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; 2012 [citado 18 Feb 2014]. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf.

Tabla 1. Clasificación de la conducta suicida por Silverman et al.

Epidemiología

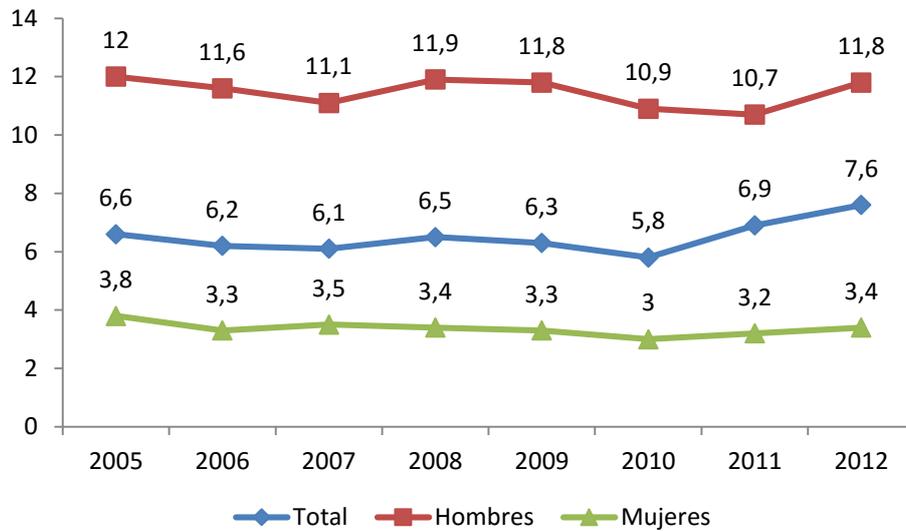
En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en todo el mundo⁽³⁾. En el año 2000, el suicidio se encontró entre las diez primeras causas de muerte en todos los países⁽¹⁰⁾, con una tasa anual de 14,5 muertes por cada 100.000 personas, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos⁽¹¹⁾. Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las víctimas entre los jóvenes han aumentado progresivamente hasta convertirse en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países⁽¹⁾. Durante el año 2005, el suicidio se situó entre las tres primeras causas de muerte en personas entre 15 y 44 años⁽¹⁰⁾ y la segunda causa entre sujetos de 10 a 24 años⁽¹⁾, lo que lo convierte en un grave problema a nivel mundial. Además, se estima que en 2020 presente unas cifras de 1,53 millones de muertes cada año⁽³⁾.

Sin embargo, la magnitud del problema es más preocupante aún, puesto que estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que se estiman 20 veces superiores a los suicidios consumados⁽¹⁾, considerándose que ocurre un intento de suicidio cada 3 segundos⁽¹⁰⁾. Además, se debe tener en cuenta el importante sesgo que presentan estos datos, debido fundamentalmente a la complejidad del objeto de estudio, a los diferentes procedimientos de registro de cada país y a las diferencias socioculturales de cada región⁽²⁾.

Según el informe World Health Report elaborado por la OMS, se estima que en la zona Euro A se produjeron 54.280 muertes por suicidio en el año 2000⁽¹²⁾, siendo Lituania y Rusia los países con las tasas más elevadas, con 51,6 y 43,1 víctimas por 100.000 habitantes, respectivamente⁽²⁾.

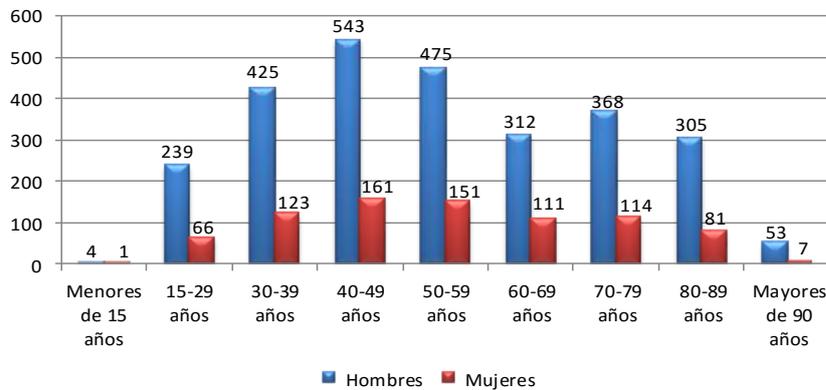
En España, los suicidios también alcanzan cifras alarmantes. Aunque presenta una de las tasas más bajas, hasta el año 2003 ha sufrido uno de los incrementos en las tasas más altos de Europa⁽¹³⁾. No obstante, a partir de 2004 la tendencia es descendente o estable, aumentando nuevamente a partir de 2010 (Fig. 1).

Según el Instituto Nacional de Estadística, el número de suicidios en 2012 ascendió a 3.539 fallecidos, un 11,3% más que en 2011, de los cuales 2.724 fueron hombres y 815 fueron mujeres, con una distribución muy heterogénea en función de los rangos de edades (Fig. 2). La tasa de suicidios fue de 7,6 personas por cada 100.000 personas, convirtiéndose en la primera causa externa de mortalidad y la más alta desde 2005. Según estos datos, los actos suicidas siguen la misma pauta que en el resto de Europa, produciéndose la mayor parte de los suicidios en la población de sexo masculino y aumentando su tasa a medida que progresa la edad⁽¹⁴⁾.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en: INE.es [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; c2014 [actualizado 21 Feb 2014; citado 24 Feb 2014]. Disponible en: www.ine.es.

Figura 1. Tasa de mortalidad por suicidio en España por cada 100.000 habitantes, según el INE.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en: INE.es [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; c2014 [actualizado 21 Feb 2014; citado 24 Feb 2014]. Disponible en: www.ine.es.

Figura 2. Muertes por suicidio en España durante 2012 y rango de edad en unidades, según el INE.

Si atendemos a la distribución por comunidades autónomas, las que presentan mayor tasa de víctimas por 100.000 habitantes son Galicia y Asturias, mientras que las que presentan menor tasa son Madrid y Melilla. En cuanto al método más usado para quitarse la vida, los más frecuentes son la estrangulación y la caída desde un lugar elevado, con 499,29 y 224,92 víctimas por 100.000 habitantes, respectivamente⁽¹⁴⁾.

Si comparamos estos números con otro suceso traumático como el número de víctimas producidas por accidentes de tráfico, se comprueba que el suicidio es un problema de magnitud alarmante, pues la diferencia de cifras es considerable. Frente a las 3.539 personas que se quitaron la vida en 2012, 1.915 personas perdieron la vida en las carreteras, un 9,5% menos que en 2011⁽¹⁵⁾, lo que indica que las medidas actuales de reducción de los accidentes están siendo efectivas.

Este eficaz descenso en el número de víctimas por accidentes de tráfico reside principalmente en las intensas políticas de prevención y concienciación que se llevan realizando varios años, al contrario de lo que sucede con el problema del suicidio, pues son escasos los programas existentes.

Prevención

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) es el organismo de referencia mundial en la prevención de este problema. Fundada en 1960, la IASP es una organización no gubernamental dependiente de la OMS cuyo objetivo es, además de la prevención del suicidio, servir como apoyo a víctimas y a profesionales de cualquier índole en el manejo de las conductas suicidas⁽¹⁶⁾.

A nivel europeo, el principal plan de prevención del suicidio es el programa SUPRE, diseñado por la OMS a finales del siglo XX con el objetivo de ser utilizado como base en la elaboración de programas propios de prevención del suicidio en los países integradores de la Unión Europea⁽¹⁾. Entre todos ellos destaca el European Alliance Against Depression (EAAD), diseñado en Alemania y que nació para mejorar el manejo de pacientes con depresión y de las conductas suicidas asociadas mediante la utilización de varias estrategias de educación comunitaria. Además, en Finlandia también se ha desarrollado un programa de prevención del suicidio en todas las edades, siendo la primera intervención basada en la evidencia que demostró su efectividad disminuyendo la tasa de suicidios en más de un 20% en el país⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, en España no existe ningún programa nacional de prevención del suicidio, sino que únicamente se han desarrollado algunos programas clínicos en determinadas zonas del país. Así, tenemos el Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida del Área Sanitaria de Ourense o el Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS) del barrio La Dreta de l'Example en Barcelona, los cuales desarrollan una prevención secundaria y terciaria de las conductas suicidas, garantizando una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes que han llevado a cabo un episodio suicida⁽²⁾. También cabe destacar en Madrid la red AIPIS (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio), organismo creado en 2009 y dedicado al estudio científico de las tendencias suicidas⁽¹⁸⁾.

Papel de la enfermería

En los últimos años no se ha realizado un avance importante en el conocimiento de este problema, a pesar de los evidentes intentos de normalizar estas conductas y enfatizar el estudio científico acerca del suicidio. Las víctimas de suicidio siguen aumentando año tras año en todo el mundo, por lo que resulta totalmente necesario tomar medidas de salud pública en la prevención de las conductas autolíticas.

La enfermería, como componente fundamental del equipo sanitario, desempeña una labor profesional extremadamente útil, además de un papel activo en el problema del suicidio, tanto en la prevención como en el propio manejo de este tipo de pacientes.

Además, el profesional de enfermería de atención primaria ocupa un lugar excepcional y privilegiado para detectar y prevenir conductas suicidas, puesto que el 75% de las personas que se suicidan contactan con algún integrante del equipo sanitario de atención primaria en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior⁽²⁾. No obstante, a pesar de estos datos, el suicidio es un tema que se aborda de forma superflua en los planes de estudio de enfermería y en la educación de postgrado, por lo que resulta fundamental una buena formación de estos profesionales en el abordaje del problema, pues se ha demostrado que actualmente dista mucho de ser la más adecuada⁽¹⁹⁾.

Una característica destacada de las enfermeras de atención primaria es la estrecha relación de confianza y cordialidad que generalmente se establece entre la enfermera del centro de salud y el paciente, la cual puede usar en su propio beneficio, pues facilita la detección precoz de estas conductas y crea el ambiente idóneo para una entrevista en profundidad que ayude a detectar el problema. Además, en su trabajo diario se comunica diariamente con personas y familias que habitan en la comunidad, tomando contacto con su contexto e interrelaciones y facilitando así la observación de conductas y actitudes en la población que sean indicadores o factores de riesgo de suicidio.

Justificación

El objeto de estudio elegido para la realización de este trabajo responde a la relevancia que está adquiriendo el problema del suicidio en la actualidad, un problema que está alcanzando una magnitud preocupante.

Como ya se ha comentado anteriormente, el suicidio ha existido desde la antigüedad, a lo largo de toda la historia⁽⁴⁾. Sin embargo, es en los últimos años cuando ha adquirido cifras de verdadero problema de salud pública, alcanzando el millón de muertes en todo el mundo⁽¹⁾. Aunque este dato resulta engañoso, puesto que a este millón de personas se le debe sumar varios millones más de familiares, amigos o conocidos que también sufren las repercusiones sociosanitarias de este problema.

A pesar de la gravedad del asunto, son escasas las políticas de prevención existentes y las campañas de formación necesarias para abordar a este tipo de personas, medidas totalmente necesarias y que actualmente distan mucho de ser las más adecuadas^(2, 3, 19). Además, desde un punto de vista sanitario, la enfermería ocupa un lugar excepcional en la detección y manejo de estos pacientes, pues, según lo citado en el apartado anterior, hasta el 75% de las personas que se han quitado la vida contactaron con el equipo de atención primaria en el año anterior a su muerte⁽²⁾.

Por esta razón, todo lo descrito anteriormente evidencia la urgente necesidad de continuar investigando sobre el tema, más aún cuando los números de personas que se han quitado la vida no dejan de aumentar año tras año, pasando desapercibidos para la mayor parte de una sociedad que no toma conciencia del verdadero calado de un problema que nos afecta a todos⁽⁴⁾.

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica que aumente el grado de conocimiento y formación del personal de enfermería en torno al abordaje de un sujeto con riesgo de suicidio, focalizándolo en la importancia que la enfermera de atención primaria tiene en la prevención y la detección precoz de una posible conducta suicida. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los factores relacionados de las conductas suicidas asociados a cada grupo de riesgo.
- Diferenciar sujetos con tendencias suicidas o riesgo de padecerlas.
- Conocer las herramientas de las que dispone la enfermería en el screening de este problema.
- Entender la importancia que la prevención y la detección precoz tienen en la reducción del número de personas que se quitan la vida.
- Conocer el papel que el profesional de enfermería puede desempeñar dentro del equipo multidisciplinar que atiende a sujetos con tendencias y/o conductas suicidas.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, ENFISPO, CINAHL y SciELO, en los idiomas inglés y español.

Se realizó una primera búsqueda sin límite temporal en las bases de datos anteriormente mencionadas durante los días 1-2 de febrero de 2014, con las palabras clave “suicidio (suicide)” AND “prevención (prevention)” AND “atención primaria (primary care)”, evaluando la relevancia de las publicaciones.

En una segunda fase de búsqueda, durante los días 17-20 de febrero de 2014, se estableció un límite temporal de diez años y se realizó la búsqueda mediante unos criterios de inclusión y una posterior búsqueda manual en las mismas bases de datos de la bibliografía utilizada en los artículos seleccionados. Los criterios de inclusión para la búsqueda fueron los siguientes:

- Artículos originales científicos publicados en el rango de años 2004-2014.
- Artículos escritos en los idiomas español e inglés.
- Artículos que evidencien los factores de riesgo y/o protectores de los intentos autolíticos.
- Artículos cuyo enfoque principal es la prevención y/o la detección precoz de las conductas suicidas desde el ámbito de la atención primaria.

Tras el proceso de búsqueda de bibliografía, el número de publicaciones seleccionadas finalmente para la revisión fue de 37 artículos, considerados todos ellos como los más adecuados e idóneos para desarrollar el trabajo y alcanzar los objetivos deseados.

DESARROLLO

El comportamiento suicida es una conducta humana sumamente compleja, dependiente de múltiples factores psicológicos, biológicos, sociales, económicos, culturales y ambientales⁽³⁾ y que provoca varios miles de muertes cada año, unas cifras que tienden a aumentar año tras año⁽¹⁰⁾. Por ello, las conductas autolíticas deben convertirse en una de las prioridades sanitarias actuales, puesto que la comprensión, la predicción y la prevención de este comportamiento es hoy en día una de las tareas más difíciles de la sanidad y de la sociedad en general.

Además, se debe tener en cuenta que cuando se habla de comportamiento suicida no se incluye únicamente el suicidio consumado, sino que también comprende el intento suicida entendido de dos formas diferentes: cuando el sujeto realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte pero su intención final no era quitarse la vida, y el sujeto que fracasa en el intento de muerte una vez realizado el acto⁽³⁾.

En los casos en los que la víctima sobrevive al intento frustrado, la recopilación de datos que ayudan en la reconstrucción del suceso se encuentra más simplificada. Sin embargo, resulta evidente la gran dificultad que entraña la comprensión de un suicidio consumado, puesto que, ante la imposibilidad de entrevistar directamente a los sujetos, no se puede comprobar la razón o la motivación del mismo acto suicida.

Así, se han desarrollado varias herramientas y métodos que permiten recuperar información post-mortem de forma fiable. Entre todas ellas, destaca la denominada autopsia psicológica, que consiste en la reconstrucción de la vida de la persona fallecida, mediante una entrevista con sus familiares y una revisión de su historia clínica. La autopsia psicológica se considera el método por excelencia de recuperación de información en las conductas suicidas, el cual ha tenido y continúa teniendo una gran repercusión en los estudios acerca de las conductas autolíticas, pues ayuda a aumentar los conocimientos teóricos que actualmente se tienen sobre el tema⁽²⁰⁾.

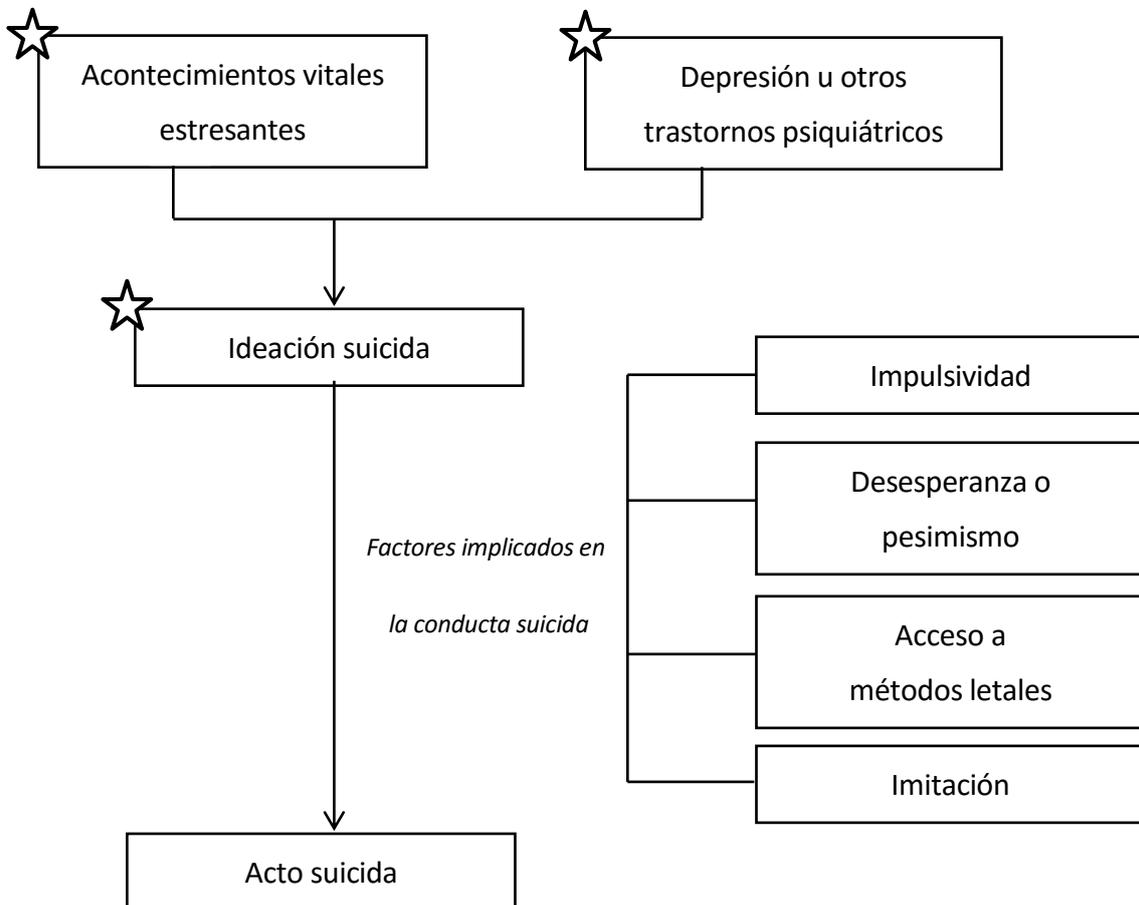
Esta herramienta ha resultado fundamental para investigar acerca de las motivaciones y las propias razones intrínsecas que tiene un sujeto que quiere quitarse la vida, lo que ha posibilitado que se conozca el contexto en el que se sitúa un potencial suicida, así como sus factores de riesgo y factores protectores. El conocimiento de estos factores resulta indispensable en la prevención y la detección precoz del problema, más aún en el ámbito de la atención primaria, en el cual la enfermería se relaciona estrechamente con el propio contexto biopsicosocial del paciente.

Por ello, a continuación se detallan los factores de riesgo asociados a las conductas suicidas, así como sus factores protectores. Además, la literatura científica ha evidenciado ciertos grupos de riesgo en los que es más prevalente este comportamiento, por lo que también se analizarán en un epígrafe aparte. Tras la explicación de todos estos factores, se explicará el proceso de cribado y el manejo de pacientes con riesgo de practicar conductas suicidas, así como las herramientas de detección de las que dispone el profesional de enfermería en su consulta de atención primaria. Por último, se analizarán los criterios de derivación de un paciente con comportamiento suicida y se detallarán brevemente los principales puntos de un plan de cuidados de enfermería basado en este tipo de conductas.

Factores de riesgo

Según el modelo de comportamiento suicida de Mann et al. (Fig. 3), toda ideación suicida se desencadena debido a unos acontecimientos vitales estresantes y/o algún tipo de trastorno psiquiátrico. Esta ideación evolucionaría en una conducta suicida si existen un contexto y unos factores relacionados que induzcan el propio acto suicida⁽²¹⁾. En base a este esquema, el campo de actuación de la enfermería residiría en las causas de la aparición de la ideación suicida y en la propia ideación, pues es el instante idóneo para realizar un proceso de cribado y prevenir un potencial intento autolítico. Por ello, resulta fundamental para la enfermera del centro de salud la

formación en el conocimiento de estos factores de riesgo si pretende practicar una detección precoz de calidad.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en: Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005 Oct 26; 294(16): 2064-74.

Figura 3. Modelo de comportamiento suicida según Mann et al.

Los factores de riesgo siempre se han clasificado de forma clásica en modificables y no modificables, o en individuales y familiares – contextuales⁽³⁾. Sin embargo, creemos que existe una clasificación mucho más académica, que engloba los factores en varios grupos de forma más ordenada y clarificadora: biológicos, socio-demográficos, psicológicos y familiares. Aun así, conviene tener en cuenta que el comportamiento suicida es una conducta multifactorial, por lo que, a pesar de que cada uno de estos factores tiene su propio peso específico, ninguno de ellos por separado sería suficiente para explicar dichas conductas.

- **Factores biológicos:** a pesar de que hasta el momento no se ha encontrado ningún marcador biológico que permita distinguir entre suicidas y no suicidas, la consideración conjunta de todos los datos hallados apoya la existencia de

una relación entre el sistema serotoninérgico y la manifestación de las conductas suicidas, aunque aún queda por resolver el significado exacto de esta asociación⁽³⁾.

Aun así, existen estudios que indican que una baja concentración de líquido cefalorraquídeo podría tener algún valor predictivo o que el nivel de ácidos grasos omega-3 se puede correlacionar inversamente con la prevalencia de la depresión unipolar y bipolar, además de ser un fuerte predictor de la conducta suicida en la depresión mayor⁽²²⁾.

Sin embargo, aunque los factores biológicos aún no se consideran determinantes en la prevención de las conductas suicidas⁽³⁾, sí se ha demostrado que la presencia de una enfermedad crónica invalidante es un factor indicador de aumento del riesgo, debido fundamentalmente a todos los sentimientos negativos de desesperanza, miedo y soledad a los que va asociado⁽²⁰⁾.

- **Factores socio-demográficos:** según varios estudios, todos coinciden en que la tasa de suicidios es notablemente superior en el hombre, con una proporción estimada de 3:1⁽²⁾, aunque en el caso de las tentativas, el número es mayor en la mujer. A pesar de que son numerosas las especulaciones en torno al origen de esta diferencia, el sentido común parece indicar que los hombres suelen utilizar métodos más violentos y letales para quitarse la vida, lo que reduce la posibilidad de error en el intento. Además, otra explicación plausible sería el hecho de que las mujeres suelen utilizar fármacos para suicidarse, especialmente antidepresivos y ansiolíticos, los cuales provocan consecuencias menos fatales a corto plazo⁽³⁾.

En cuanto a la edad de los sujetos, la evidencia dice que la tasa de suicidios aumenta con la edad, encontrando muy pocos casos en la infancia y aumentando gradualmente, con dos picos de gravedad que corresponden a la pubertad y la ancianidad, considerados grupos de riesgo. Según la OMS, las tasas de intentos de suicidios para mujeres son más altas entre los 15-24 años y más altas para los hombres entre los 25-34 años⁽¹⁾.

Si atendemos a la raza de los individuos, parecen existir ciertos patrones de suicidio, con menores tasas entre los hispanos y afroamericanos que entre los europeos. Mención especial requieren los caucásicos, pues doblan las tasas observadas en otras razas⁽²⁾. En cuanto a los asiáticos, en 2002 Japón se convirtió en el país con más suicidios, con unas cifras que a día de hoy aún no han descendido⁽²³⁾. Sin embargo, es difícil considerar a determinadas razas como factor de riesgo, pues el aumento o la disminución de las tasas de suicidio podría asociarse a otros factores contextuales, como la región o la cultura, por lo que la raza no se considera un factor de riesgo muy a tener en cuenta en el abordaje del tema.

En cuanto al nivel socioeconómico del sujeto, los estudios muestran que las conductas suicidas son más frecuentes en individuos desempleados y con bajo nivel cultural. Sin embargo, si observamos los empleos de los sujetos que cometen suicidio, se observa cómo la profesión también resulta un factor clave. Los estudios dicen que determinados sectores profesionales, como la medicina o la enfermería, tienen un alto riesgo de quitarse la vida, cuya explicación más plausible sería el fácil acceso a fármacos mortales. Estos datos demuestran la importancia que la prevención del suicidio tiene en nuestra sociedad, incluso para el mismo sector sanitario⁽²⁴⁾.

También es importante señalar la importancia y el papel clave que la actual crisis económica ha tenido en el aumento de las cifras de suicidios. En el año 2009, el año siguiente al comienzo de la crisis, se produjeron 4.884 muertes más de las esperadas en todo el mundo según la tendencia de años anteriores. Este aumento se produjo fundamentalmente en varones europeos y norteamericanos, sobre todo en aquellos países con niveles de desempleo más altos⁽²⁵⁾.

Por último, cabe destacar el papel que tiene el lugar de residencia del sujeto. Las conductas autolíticas son más frecuentes en zonas urbanas que en rurales, a pesar de que la letalidad de los suicidios en estas últimas tiende a ser mayor por el menor acceso a servicios de salud, principalmente⁽²⁴⁾.

- **Factores psicológicos:** según varios estudios que aplican la autopsia psicológica como método de investigación^(20,24,26), el 85-90% de los suicidios consumados presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico. Dado que el suicidio es la complicación más grave de dichos trastornos y signo inevitable de un mal control de la enfermedad, una buena detección y cribado de estos pacientes resulta fundamental en la prevención de las conductas autolíticas.

Los trastornos más frecuentes que presentan los pacientes suicidas son los trastornos depresivos. Más de la mitad de las personas con depresión clínica han tenido en algún momento de su vida una ideación suicida y/o una conducta autolítica. En este punto, cabe citar la importancia que algunos síntomas característicos de la depresión tienen en el riesgo de una conducta lesiva, como pueden ser la desesperanza, sentimientos de culpa, pérdida de interés, insomnio o baja autoestima⁽²⁶⁾.

En cuanto a los trastornos bipolares, se estima que casi la mitad de los pacientes que presentan trastorno bipolar han realizado durante su vida al menos una vez un intento de suicidio, llegando la tasa de suicidios en estos pacientes a ser 20 veces superior que la de la población general. Se debe tener en cuenta que el riesgo de una conducta autolítica es mayor durante los episodios depresivos frente a los episodios maníacos⁽²⁴⁾.

Los trastornos de ansiedad son los más asociados a adolescentes y adultos jóvenes, fundamentalmente los trastornos de pánico y de estrés postraumático. Sin embargo, no queda claro el papel de la ansiedad como factor de riesgo del suicidio, pues la ansiedad que provoca el miedo a la discapacidad y la muerte podría considerarse un factor protector. Así, todos los estudios coinciden en que aún queda estudio por delante para considerar la ansiedad como un marcador grave de riesgo⁽²⁶⁾.

En cuanto al consumo de drogas, el abuso de todas estas sustancias aumenta el riesgo de comportamientos suicidas. El abuso del alcohol se sitúa en el primer lugar de esta escala, pues predispone a la impulsividad, la depresión o la desesperanza, considerados todos ellos factores de riesgo⁽²⁴⁾.

El intento de suicidio es muy frecuente en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, estimándose alrededor del 5%. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la mayor parte de estos suicidios se producen en la fase activa de la enfermedad, por lo que si ésta se encuentra bien controlada, el riesgo disminuye considerablemente. Además, el suicidio es más frecuente en las fases tempranas de la enfermedad, por lo que la detección precoz y un buen control de la misma al inicio resulta fundamental en la prevención de las conductas suicidas en estos pacientes⁽²⁴⁾.

Por lo general, los trastornos de la personalidad se asocian más a conductas suicidas que a suicidios consumados. Dentro de este grupo, los trastornos más frecuentes que presentan riesgo de suicidio son las personalidades de tipo antisocial y límite, ya que estos pacientes suelen repetir conductas autodestructivas sin riesgo mortal⁽³⁾.

Por último, es importante destacar determinados rasgos de personalidad que, sin ser trastornos psiquiátricos propiamente dichos, sí aumentan el riesgo de practicar conductas suicidas. Así, se ha demostrado que los niveles de agresividad, impulsividad, hostilidad o desesperación son más altos en pacientes que intentan quitarse la vida frente a los que no⁽²⁶⁾. Además, multitud de estudios han demostrado que haber practicado un intento de suicidio en el pasado aumenta de forma considerable el riesgo de realizar un nuevo intento^(24,26).

- **Factores familiares:** el estado civil es uno de los factores familiares más importantes a la hora de cometer suicidio. Se ha demostrado que los individuos que experimentan un cambio en su vida marital, ya sea contraer matrimonio o divorciarse, tienen mayor riesgo de suicidio durante el año siguiente a dicho cambio vital. Asimismo, la soltería y la viudedad también están considerados estados de riesgo de conductas suicidas⁽²⁴⁾.

La genética y los factores hereditarios parecen tener especial importancia, pues una historia familiar de comportamientos suicidas se asocia con intentos de suicidio y suicidios consumados a lo largo del ciclo vital de dicho sujeto. Sin embargo, este factor no parece estar asociado a la carga genética de trastornos psiquiátricos, sino a la transmisión de unos caracteres determinados de personalidad, como puede ser la agresividad⁽²⁶⁾.

Por último, un bajo apoyo social y familiar también se asocia con un mayor riesgo de suicidio, además de la presencia de ciertos acontecimientos vitales estresantes, como puede ser la muerte de un ser querido^(24,26).

Sin embargo, es importante considerar que todos estos factores son totalmente individuales y mutables, pues lo que para un determinado sujeto en un determinado momento es un elemento de riesgo, para otro de características similares no tiene por qué representar problema alguno. Además, debido al carácter multifactorial del mismo acto suicida, generalmente es la suma de varios de estos factores los que finalmente desencadenan la conducta autolítica⁽²⁷⁾.

Además, se debe tener en cuenta la diferencia entre factores de riesgo y señales de advertencia, pues esta distinción posee una relevancia clínica extremadamente útil. Aunque a primera vista puedan parecer el mismo concepto y se suelen integrar dentro de los factores de riesgo, las señales de alerta son conductas o síntomas específicos que un determinado sujeto tiene en un momento puntual, de forma aguda; al contrario de lo que sucede con factores de riesgo como ser varón o tener antecedentes familiares de suicidio. Mientras que los factores de riesgo suelen ser inmutables, las señales de advertencia como la ansiedad, la agitación o la desesperanza, pueden ser identificadas, exploradas y abordadas con intervenciones clínicas y psicosociales que ayuden a remitirlas⁽²⁸⁾.

Por todo ello, en el manejo de pacientes con conductas suicidas siempre se debe individualizar la atención, aplicando los conocimientos en la materia, pero sin obviar el juicio crítico que caracteriza a la propia actuación enfermera y a una prevención de calidad.

Factores de protección

Como idea general, es lógico pensar que muchos factores de protección serán el estado contrario a sus correspondientes factores de riesgo. Así, serían considerados factores protectores contra el suicidio la ausencia de enfermedad crónica invalidante y/o trastorno mental, el no consumo de drogas y tener empleo y un alto nivel cultural y económico, así como un alto apoyo social y familiar. Además, existen estudios que evidencian que tener niños pequeños y practicar un seguimiento médico continuado pueden ser factores que disminuyen el riesgo de suicidio⁽²⁰⁾.

También conviene señalar la relación que las creencias personales del sujeto tienen con los intentos autolíticos. Según el estudio de Dervic et al⁽²⁹⁾, las objeciones morales o religiosas al suicidio están inversamente asociadas con la conducta suicida, sobre todo en los pacientes deprimidos y en aquéllos con trastorno de la personalidad. Parece ser que ciertas actividades religiosas, como la oración en grupo y un mayor número de lazos sociales, se asocia con un mejor cumplimiento de la medicación de los pacientes con trastornos psiquiátricos, lo que disminuye el consiguiente riesgo de suicidio. Además, los pacientes con afiliación religiosa demuestran niveles de agresión y hostilidad más bajos, ambos factores predisponentes al suicidio.

Por último, los propios rasgos de la personalidad del sujeto son clave en el grado de peligro que puede presentar. Así, presentar habilidad en la resolución de conflictos o problemas y en el manejo de relaciones sociales e interpersonales y tener una alta autoestima y confianza en uno mismo, además de un elevado grado de integración social, disminuyen la probabilidad de realizar un intento de suicidio, incluso a pesar de presentar conjuntamente otros factores de riesgo⁽²⁾.

Grupos de riesgo

Los grupos de riesgo de suicidio son aquellos conjuntos de personas que, debido a sus características particulares, tienen mayor probabilidad de cometer un acto suicida que aquéllos que no están incluidos en ellos. Por esta razón, se debe hacer un especial énfasis en estos conjuntos de personas, pues una intervención y un proceso de cribado óptimos en estos grupos ayuda de forma notable a disminuir el número de muertes víctimas del suicidio.

Si atendemos a la edad, se ha demostrado que los adolescentes y los ancianos se suicidan con mayor frecuencia que el resto. Además, existen otros grupos de riesgo, como sufrir una enfermedad crónica o mental o estar embarazada, que también aumentan el grado de potencialidad del acto suicida⁽²⁾. A continuación se detallan los factores asociados a todos estos grupos:

- **Adolescentes y adultos jóvenes:** La adolescencia es la etapa evolutiva que marca el paso de la niñez a la vida adulta, en la cual se producen una serie de cambios físicos, psicológicos y conductuales con características muy peculiares. Se trata de una época de transición en la que se elabora una identidad y personalidad propias y se desarrollan atributos como la autonomía y la independencia, además de fortalecer, descubrir y adoptar nuevas capacidades afectivas. Por todo ello, se trata de una edad crítica en el problema del suicidio, pues es una etapa en la que surgen muy habitualmente conflictos y problemas con una elevada potencialidad de provocar una conducta autolítica, lo cual demuestra la necesidad de conocer todos aquellos factores que pueden provocar o aumentar este tipo de conductas.

Así, según el estudio de Piedrahita et al⁽³⁰⁾, en el que se aplica el Proceso de Atención de Enfermería para identificar los factores relacionados con el suicidio en niños y adolescentes, el contexto familiar del menor tiene un papel fundamental en el riesgo de suicidio. De esta forma, evidenciaron como factores de riesgo destacables la exposición del menor a sustancias peligrosas, la ausencia de motivación para realizar las actividades de la vida diaria, presentar cambios en el patrón del sueño y problemas en la escuela o situaciones estresantes en el hogar, como cualquier tipo de violencia doméstica. En cuanto a los factores protectores, concluyeron que aquéllos que realizaban actividades con sus padres y se sentían queridos por ellos reducían la probabilidad de cometer algún tipo de conducta autolítica.

Además, en otro estudio realizado por Cortés et al⁽³¹⁾, se observaron otros factores de riesgo como la disfunción familiar severa, una decepción amorosa, antecedentes familiares o personales de intento de suicidio, consumir tabaco o algún tipo de sustancia psicoactiva o, al igual que en otros grupos de riesgo, padecer algún trastorno psiquiátrico, como ansiedad o depresión mayor.

Por último, es muy importante conocer e identificar señales de alarma específicas de este grupo que ayuden a identificar comportamientos suicidas. Así, los signos de alarma más frecuentes serían las expresiones de desesperación y tristeza, la falta de atención en el medio escolar y la pérdida de interés en las actividades recreativas, los cambios importantes de peso corporal o las alteraciones del sueño. Además, se debe prestar atención a otros signos menos evidentes de depresión, como síntomas somáticos, excesiva preocupación ante la muerte, falta de asistencia al colegio, episodios repentinos de rabia e irritabilidad o retraimiento social⁽³²⁾.

- **Ancianos:** A pesar del elevado número de víctimas entre los adolescentes, los ancianos son los que presentan mayores tasas de suicidio. Sin embargo, son pocos los adultos mayores en situación de riesgo que son vistos en los centros de salud mental, sino que la mayoría son atendidos en los centros de salud a los que pertenecen, por lo que el personal de atención primaria debe conocer las particularidades que presenta un anciano en situación de riesgo si quiere detectar y prevenir las conductas suicidas⁽³³⁾.

Debido al mismo proceso del envejecimiento, la edad avanzada se considera un factor de riesgo muy elevado de suicidio, debido fundamentalmente a las transformaciones corporales que sufre el anciano, al aumento de la interioridad y el desapego psicológico, a la menor capacidad de adaptación al estrés y al empobrecimiento del tejido relacional y los lazos sociales⁽³⁴⁾. Aunque todos estos aspectos sean habituales en el proceso de envejecimiento, no significa que se deban omitir o que sean irreversibles, sino que con las medidas e intervenciones correctas se pueden paliar o revertir, mejorando así la calidad de vida del paciente.

El origen del suicidio en el anciano reside en un conjunto de síntomas físicos, psicológicos y sociales, siendo el cuadro de depresión el más común de todos. El anciano tendente al suicidio suele presentar desesperanza, insomnio, angustia, irritabilidad, dificultad en la comunicación, apatía, desinterés, agitación constante y sentimientos depresivos⁽³⁴⁾. Según un estudio realizado en un área de salud australiana⁽³⁵⁾, el riesgo de ideación suicida es siete veces mayor en los ancianos con ansiedad y depresión que en aquéllos que no las padecen, por lo que todas las personas con edad avanzada y síntomas característicos deberían ser examinados para evaluar el riesgo de suicidio.

Dado que la depresión es el factor precipitante fundamental en las conductas suicidas entre los ancianos, es importante conocer los factores de riesgo de dicho trastorno. Así, existen unos factores predisponentes a la depresión, como tener una personalidad dependiente, obsesiva o pasiva-agresiva o ciertas predisposiciones biológicas o genéticas. En cuanto a los factores contribuyentes al estado depresivo, se encontrarían factores socioeconómicos, problemas en la dinámica familiar, cambios estresantes como la jubilación o comorbilidades orgánicas y mentales. Además, las crisis propias de la edad, el abandono, el aislamiento, el maltrato, la dependencia y/o las discapacidades y disfuncionalidades son factores desencadenantes de una depresión⁽³⁴⁾.

Por último, las tendencias suicidas en el anciano se relacionan directamente con factores como la educación superior, el escaso apoyo social, el tabaquismo, la historia de suicidio en la familia o en su propia vida personal y el abuso físico en la infancia⁽³⁵⁾.

- **Otros grupos de riesgo:** Además de los dos grupos de riesgo en función de la edad descritos antes, existen otros grupos de personas con un alto riesgo de realizar algún tipo de conducta suicida. El más común de todos es el diagnóstico de algún tipo de trastorno psiquiátrico; sin embargo, puesto que ya se han descrito anteriormente los factores asociados a dichos trastornos, no consideramos conveniente mencionarlos nuevamente.

En segundo lugar, se encuentra el padecimiento de una enfermedad crónica invalidante, que aumenta la potencialidad de los intentos autolíticos⁽²⁰⁾. Además, tal y como se evidencia en el estudio de Amaya et al⁽³⁶⁾, si esta enfermedad se encuentra asociada a dolor crónico, los porcentajes de suicidios aumentan notablemente, aunque la causa de esto no sería el mismo dolor, sino el impacto emocional que causa en el estado del paciente.

También se ha evidenciado el riesgo de suicidio que presentan los cuidadores no profesionales de enfermos, los cuales generalmente son familiares del paciente y de edad avanzada, con gran carga emocional. Esta situación puede derivar en el llamado síndrome del cuidador, el cual debe ser correctamente diagnosticado y tratado⁽²⁾.

Además, se debe tener en cuenta el riesgo que presentan las mujeres embarazadas debido fundamentalmente al importante cambio que se produce en su propio contexto biopsicosocial. Según un estudio realizado por Howard et al⁽³⁷⁾, el 9% de las mujeres entrevistadas afirmó haber tenido ideaciones suicidas en algún momento durante el embarazo y el 4% refirió haberlas tenido con frecuencia durante dicho período. Además, se encontró que las mujeres jóvenes, solteras y desempleadas tenían más probabilidades de experimentar pensamientos suicidas, por lo que se observa una clara asociación entre distintos tipos de factores.

Por último, también se debe tener en cuenta el problema que pueden presentar aquellas personas que sufren violencia doméstica, siendo la tasa de ideación y conductas suicidas de 4 a 8 veces mayor que en aquellas mujeres que no la sufren. Principalmente, las personas que sufren este tipo de violencia familiar son niños, ancianos y mujeres, presentando síntomas de depresión y ansiedad habitualmente, los cuales deben ser diagnosticados de forma correcta para poder iniciar el tratamiento del problema⁽²⁾.

Visión general de un potencial suicida

Una vez conocidos los factores y grupos de riesgo de las conductas suicidas y las características que presentan los pacientes con riesgo elevado de realizar un intento autolítico, el profesional del centro de salud debe ser consciente de la forma correcta de tratar con el potencial suicida. Aunque es cierto que los profesionales de la salud mental son los más indicados para tratar este tipo de conductas, el personal de atención primaria es quien se encuentra en mejores condiciones de detectar aquellos individuos con riesgo de cometer una conducta suicida, puesto que tres de cada cuatro suicidas visitan el centro de salud en el año anterior a su muerte⁽²⁾. Por este motivo, resulta fundamental que el profesional de enfermería del centro de salud conozca el mejor método de actuación si se encuentra ante un potencial suicida.

Como punto de partida, una de las mejores herramientas para evaluar el riesgo de suicidio es el Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T) o Valoración, Triage y Evaluación del Suicidio en Cinco Pasos⁽²⁸⁾. Se trata de una evaluación del riesgo de suicidio del paciente, identificando factores de riesgo y de protección, determinando el nivel de riesgo y planteando unas determinadas intervenciones (Fig. 4). El SAFE-T resulta fundamental en la valoración del suicidio, pues se trata de una forma estructurada de plantear el abordaje, siguiendo una serie de pasos lógicos en el manejo del suicida.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en: 21. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005 Oct 26; 294(16): 2064-74.

Figura 4. Modelo de comportamiento suicida según Mann et al.

Sin embargo, antes de abordar propiamente la valoración del potencial suicida, el profesional de enfermería debe ser plenamente consciente de la magnitud del problema y desterrar ciertos mitos y pensamientos negativos que se han asociado desde siempre al acto suicida, pues la evidencia dice que están lejos de presentarse en la realidad^(38,39,40):

1. **Todos los suicidas son enfermos mentales:** aunque sí es cierto que los enfermos mentales tienen mayor riesgo de quitarse la vida, no necesariamente hay que padecer un trastorno psiquiátrico. La única característica común a todas las personas que se suicidan es el sufrimiento intenso.
2. **El que se quiere suicidar no lo dice y el que lo dice no lo hace:** de cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas afirman su intención e informan claramente de sus propósitos.

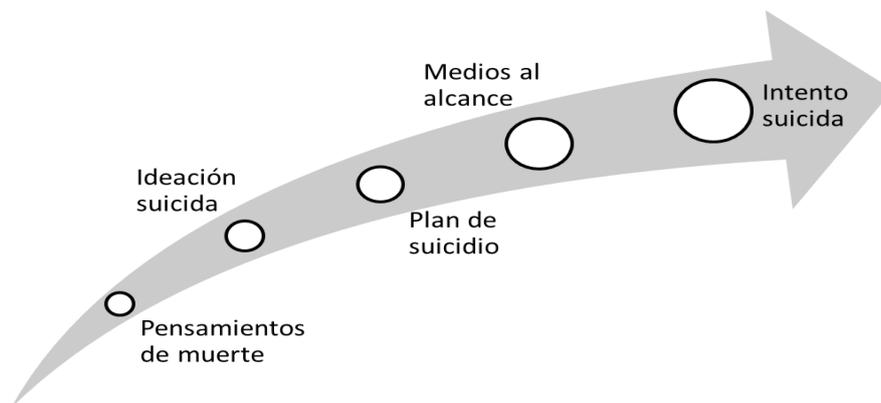
3. **El suicida desea morir:** el suicida tiene sentimientos ambivalentes, pues desea morir si su vida continúa igual y desea vivir si se producen los suficientes cambios en ella. Diagnosticada a tiempo, esta ambivalencia se puede inclinar hacia la voluntad de vivir.
4. **El suicidio se hereda:** a pesar del componente genético del suicidio y la existencia de varios casos en la misma familia, no se ha demostrado la heredabilidad del acto en sí. Parece ser que lo que se hereda es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental cuya complicación más grave sería el suicidio.
5. **Todo el que intenta suicidarse está en peligro toda su vida:** entre el 1% y el 2% de los que lo intentan lo logran un año después del intento y el 10-20% lo consumarán en el resto de sus vidas. Estos datos evidencian la importancia de detectar y salvar la vida a un suicida, pues raramente vuelven a intentarlo.
6. **Hablar con una persona sobre sus intenciones de quitarse la vida incrementa el riesgo:** hablar con una persona en riesgo de suicidio reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad de evitar el suceso.
7. **Si se reta a un suicida, éste no lo intenta:** retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está frente a una persona vulnerable, en una situación de crisis, en la que resulta difícil predecir su comportamiento y cuyos mecanismos de adaptación han fracasado.
8. **Una persona que se va a suicidar no emite señales:** todo suicida expresa con palabras, amenazas, gestos y/o cambios de conducta el acto que va a realizar.
9. **El suicidio no se puede prevenir porque sucede por impulso:** antes de suicidarse, toda persona evidencia varios síntomas definidos como síndrome presuicidal, caracterizado por la constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad y la existencia de fantasías suicidas, lo que posibilita la prevención y la detección precoz de la conducta autolítica.
10. **Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio:** aunque es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, cualquier interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención. Si el sentido común ayuda a adoptar una postura de escucha activa, con verdaderos deseos de ayudar al sujeto en la crisis suicida, ya se habrá iniciado la prevención.

Además, existen otros mitos no pertenecientes estrictamente al ámbito sanitario, pero que guardan relación con una concepción equivocada del suicidio. Así, existe la creencia de que el suicidio está relacionado con cualidades de la personalidad como la cobardía o la valentía, algo totalmente erróneo, puesto que dichas cualidades

son atributos no cuantificables mediante una conducta suicida⁽⁴⁰⁾. La única cualidad inherente a todo suicida es el sufrimiento extremo.

Otro mito muy arraigado en la sociedad es el temor a informar en los medios de comunicación sobre un suicidio por temor al denominado efecto contagio o efecto Werther, un aspecto actualmente rebatido en los círculos científicos^(4,40). Se ha demostrado que el aumento de víctimas en las semanas posteriores a la noticia únicamente corresponde a personas con trastornos mentales que ya sufren de ideación suicida y que tienen alto riesgo de realizar una conducta autolítica, por lo que este aumento de víctimas únicamente sería la acumulación de las muertes que se producirían espaciadas a lo largo de los meses sucesivos⁽⁴⁾. Por esta razón, resulta crucial el papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio, pues sólo con una información concienciadora, educadora y formativa pueden contribuir a reducir el número de muertes por suicidio en todo el mundo.

Por último, además de ser plenamente consciente de los mitos y la visión negativa que la sociedad tiene sobre el suicidio, el profesional de enfermería debe conocer todos los escalones de la jerarquía suicida, con el objetivo de clasificar correctamente el grado de potencialidad autolítica que tiene el paciente ante el que se puede encontrar en el centro de salud (Fig. 5).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en: 21. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005 Oct 26; 294(16): 2064-74.

Figura 5. Modelo de comportamiento suicida según Mann et al.

Enfoque y habilidades de comunicación durante la entrevista

Una vez que el profesional de enfermería ha desterrado de su pensamiento estos mitos tan alejados de la realidad y conoce a la perfección el esquema del comportamiento suicida, debe abordar de forma cuidadosa el manejo del paciente, con las habilidades de comunicación apropiadas para realizar una entrevista útil, apropiada y con sentido común.

Según varios estudios que evalúan el grado de conocimiento de los médicos de atención primaria en torno a este tema^(41,42,43), todos coinciden en la escasa formación y habilidades comunicativas que presentan durante la entrevista. Aunque estos datos únicamente se reduzcan al profesional de la medicina, son fácilmente extrapolables a la enfermería, puesto que cualquier personal sanitario puede realizar una buena anamnesis estructurada y bien dirigida, siempre y cuando posea los conocimientos necesarios. Por ello, en base a la evidencia anterior, se puede extraer la conclusión de que el personal sanitario de los centros de atención primaria no está debidamente capacitado para prevenir y detectar las conductas suicidas, cuando la evidencia dice que estos profesionales son fundamentales en la reducción del número de suicidios.

Así, la actitud y las habilidades de comunicación durante el tiempo que dure la entrevista en el centro de salud resultan fundamentales para un manejo correcto del paciente. En primer lugar, se debe ser consciente de la importancia que tiene el contacto inicial con el suicida. Este contacto debe suceder en un lugar adecuado, donde se pueda mantener una conversación tranquila y privada, utilizando el tiempo que sea necesario y mostrando una actitud de verdadera escucha activa, intentando reducir el nivel de desesperación que un suicida puede llegar a sentir⁽¹⁰⁾.

Además, se debe actuar con la certeza de que la mayor parte de los pacientes con ideación suicida se sienten verdaderamente aliviados al poder hablar abiertamente de sus sentimientos, por lo que no se debe tener miedo alguno a realizar preguntas acerca del comportamiento suicida⁽⁴⁴⁾. En el momento de la evaluación del riesgo suicida, es muy frecuente cometer ciertos errores durante la entrevista que pueden dificultar la actuación ante el paciente⁽³⁸⁾:

- No preguntar al paciente por sus intenciones y pensamientos suicidas para evitar la ansiedad del profesional.
- Adoptar una actitud distante o de crítica moralizadora.
- No dar importancia al intento suicida, en especial cuando el paciente avisa especialmente de ello.
- Descalificar o criticar las intenciones o acciones manipuladoras.
- Realizar promesas de solución de la conducta suicida a corto plazo.
- Dejarse influir por el pesimismo del suicida y ver también como única salida el suicidio.

El objetivo de este contacto inicial es vencer la falta de confianza y esperanza que sufre el posible suicida, por lo que el profesional del centro de salud debe comunicarse con el paciente manteniendo la calma y escuchando atentamente, mostrando empatía hacia los sentimientos ajenos, transmitiendo mensajes no verbales

de aceptación y respeto hacia las opiniones de la persona, demostrando interés y preocupación y hablando honestamente⁽¹⁰⁾. Por esta razón, con el objetivo de no mostrarse interrogador, se recomienda comenzar la entrevista con preguntas menos amenazantes de su situación actual (red social, actividades de la vida diaria, sueño, apetito, salud física), avanzando gradualmente hasta preguntar acerca de problemas de salud mental o trastornos del estado de ánimo⁽³³⁾.

Dado que la mayor parte de los suicidas presenta depresión en alguna de sus formas, es en este punto de la anamnesis cuando se debe enfocar la entrevista para descartar el estado depresivo, realizando preguntas como las siguientes, siempre avanzando en las preguntas en función de las contestaciones del paciente⁽⁴⁴⁾:

- ¿Se siente usted deprimido, triste o desanimado?
- ¿Cuánto tiempo hace que tiene estos sentimientos?
- ¿Siente que su vida ya no vale la pena?
- ¿Considera la posibilidad de hacer algo respecto a sus sentimientos, como causarse lesiones o incluso quitarse la vida?
- ¿Tiene algún plan de suicidio? ¿Puede hablarme de él?

Si el paciente contesta afirmativamente a la última pregunta, el riesgo de suicidio es elevado, por lo que sería necesario realizar una nueva secuencia de preguntas que permitiera determinar el grado de esa planificación suicida. Se recomienda el uso de un enfoque por etapas utilizando la jerarquía suicida (Fig. 5), en el que se comienza con una pregunta de carácter general acerca de los pensamientos suicidas y se continúa avanzando mediante preguntas más específicas con el objetivo de conocer la posición de la escala en la que se encuentra el paciente⁽²⁸⁾. Así, si se observa un posible comportamiento suicida, ya sea pensamiento, ideación o amenaza, la secuencia de cuestiones recomendada sería la siguiente, siempre teniendo en cuenta que es primordial evitar preguntas que puedan ser respondidas con monosílabos⁽³⁸⁾:

- ¿Cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha pensado suicidarse?

Si es capaz de contestar todas las incógnitas, el paciente se encuentra en un elevado riesgo de suicidio, por lo que requeriría una atención de urgencia, descrita más adelante en el epígrafe correspondiente (véase Intervención y criterios de derivación).

Aun así, incluso conociendo las preguntas que se deben realizar y el camino que se debe seguir durante la entrevista, resulta muy importante que todas estas etapas se encuentren cohesionadas, manteniendo un ritmo fluido durante la anamnesis. Según los estudios de Vannoy et al^(42,43) que investigaron el lenguaje y la comunicación que se

utiliza en el abordaje del suicidio en la atención primaria, se observó que rara vez los médicos se dirigieron hacia el paciente utilizando la palabra suicidio, sino que utilizaron conceptos similares, como autodaño. Además, en varias de las consultas se utilizaron expresiones difíciles de entender mediante una conversación en cierto modo inconexa, lo que provocaba confusión en el paciente. De todo esto se concluye la importancia de poseer buenas habilidades de comunicación y actitudes adecuadas durante la entrevista. Además, ante los resultados obtenidos en ambos estudios, se recomienda el empleo de la validación emocional y la escucha activa, técnicas fundamentales a la hora de abordar a un suicida.

Por último, también es importante señalar la posibilidad que tiene la enfermera de encontrarse con un sujeto que esté sufriendo una verdadera crisis suicida, en la que el paciente experimente el cuadro suicida característico. En dicha situación, es muy importante tener en cuenta los siguientes aspectos, similares a los ya planteados como toma de contacto inicial en cualquier paciente^(38,45):

- Tratar al potencial suicida con respeto y tomarlo en serio.
- Creer todo lo que manifiesta y escucharlo con verdadero interés.
- Preguntar sobre la propia idea suicida y permitirle expresar todos sus sentimientos.

Herramientas para detectar la conducta suicida

La anamnesis es indispensable en el manejo del comportamiento autolítico, puesto que preguntar e indagar acerca de cualquier tipo de pensamiento suicida resulta fundamental para la prevención de la conducta. Sin embargo, como ya se ha comentado anteriormente, el personal de atención primaria no suele poseer el conocimiento necesario para afrontar este problema, además del alto porcentaje de suicidas que no son identificados a tiempo. Esta situación incita a preguntarse si la administración de un test de cribado específico, ya sea en entornos sanitarios o en otros ámbitos como la escuela, podría ayudar a detectar de forma fiable el riesgo de suicidio en los pacientes. El cribado es un proceso que permite seleccionar a aquellas personas que tienen un alto riesgo de padecer una enfermedad o una determinada situación clínica; aunque se debe tener en cuenta que no se trata de una valoración diagnóstica definitiva, sino que requiere de pruebas complementarias que lo confirmen⁽²⁾.

A pesar de que no existe evidencia a favor o en contra del cribado específico del suicidio en atención primaria⁽⁴¹⁾, sí existen estudios que apoyan el uso de cuestionarios y escalas que ayuden al profesional a detectar y evaluar el grado de conducta suicida que presenta el paciente^(29,33,46). Este conjunto de herramientas permite realizar una buena entrevista y organizar los datos de forma estructurada y resultan fundamentales en la detección del potencial suicida. Por ello, los instrumentos de cribado ideales

deben ser breves, fáciles de utilizar y de entender por parte del paciente, además de poseer una sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos y negativos con una calidad aceptable⁽²⁾.

De esta forma, existen diversos estudios^(29,36,45,47), que avalan el uso de determinadas escalas específicas que abordan el diagnóstico de las conductas suicidas. Las más utilizadas son las siguientes:

- **Escala de Desesperanza (HS)⁽²⁹⁾**: Diseñada por Beck en 1974, se trata de una escala autoadministrada de respuestas dicotómicas, compuesta de 20 ítems, con respuesta de verdadero o falso para cada uno. Se utiliza para diferenciar a las personas que amenazan con suicidarse de aquellas que pueden cometer realmente suicidio, además de ser muy útil para identificar personas con trastorno psicótico con riesgo suicida (Anexo 1).
- **Escala de Ideación Suicida (SSI)⁽⁴⁷⁾**: esta escala se presenta en un formato de entrevista semiestructurada y se utiliza para medir la intensidad, profundidad y características de la ideación suicida en adultos. Además, también tiene como objetivo evaluar el riesgo de intento de suicidio posterior en las personas que tienen pensamientos, planes y deseos de quitarse la vida. Está compuesta por 19 ítems en su versión original y 21 ítems en su versión adaptada al español. Para cada ítem, existen tres alternativas de respuesta calificadas en función de su intensidad, de 0 a 2 puntos, que indican un grado creciente de intensidad de la intencionalidad suicida. La suma de todas las puntuaciones obtenidas indica la severidad de las ideas suicidas (Anexo 2).
- **Escala de SAD PERSONS⁽⁴⁵⁾**: diseñada por Patterson et al, se utiliza para valorar el riesgo suicida existente. Se trata de una escala heteroaplicada y su nombre es un acrónimo, en inglés, de los principales factores de riesgo de suicidio: Sex, Age, Depression, Previous attempt, Ethanol abuse, Rational thinking loss, Social supports lacking, Organized plan, No spouse and Sickness (Anexo 3).
- **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)⁽³⁶⁾**: fue diseñada por Robert Plutchik con el objetivo de discriminar a los pacientes suicidas de aquéllos que no lo son. La versión española fue validada por Rubio et al⁽⁵⁰⁾. Es una escala autoaplicada, que está formada por 15 ítems, con respuesta de Sí o No, y se utiliza para evaluar intentos suicidas previos, la intensidad de la ideación suicida actual y sentimientos de depresión y desesperanza (Anexo 4).

Junto a todos estos recursos ampliamente utilizados, existen otras muchas escalas que pueden ser utilizadas junto a las anteriores y que también son específicas para valorar el riesgo de suicidio, como puede ser el Inventario de Razones para Vivir (RFL)⁽⁵²⁾, la Escala de Suicidalidad de Okasha et al⁽⁵³⁾, o el Índice de Potencialidad de Suicidio⁽⁵²⁾. Sin embargo, su uso está más restringido y no existe validación en castellano, por lo que su aplicación resulta más delicada.

Además, en función de los factores de riesgo que posea el paciente se podrían usar unas u otras escalas desarrolladas específicamente para dicha situación. Así, para valorar el grado de depresión o ansiedad se puede utilizar el Inventario de Depresión de Beck (BDI) o la Hamilton Rating Scale of Depression (HDRS); o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para valorar el grado de abuso de alcohol (Anexo 5).

Asimismo, junto a estas escalas y cuestionarios, existe otra herramienta enfermera, el plan de cuidados de enfermería basado en la nomenclatura NANDA, que resulta extremadamente útil en el abordaje del suicidio, por lo que se analizará en un epígrafe aparte (véase Plan de cuidados de enfermería).

Intervención y criterios de derivación

Una vez realizadas las preguntas pertinentes y utilizadas las herramientas adecuadas para valorar el riesgo, se debe evaluar el procedimiento a realizar con dicho potencial suicida, reflexionando acerca de las mejores medidas que se deben tomar.

El control y manejo de una persona con riesgo de quitarse la vida implica una serie de intervenciones que abordan aspectos psicosociales, médicos y farmacológicos, otros tratamientos de enfermedades subyacentes como la depresión o la ansiedad, y aspectos correspondientes a la educación y la concienciación⁽⁵²⁾. De esta forma, en el tratamiento de la depresión, considerado factor de riesgo de suicidio fundamental, se recomienda aplicar terapia cognitivo-conductual junto a farmacoterapia y educación⁽³²⁾. Sin embargo, antes de optar por un tipo de tratamiento u otro, los profesionales sanitarios capacitados para ello deben valorar el grado de potencialidad suicida que presenta el paciente que acude a consulta.

Así, según el programa SUPRE de la OMS⁽¹⁰⁾, existen algunas recomendaciones a tener en cuenta que orientan al profesional de atención primaria en las decisiones a tomar respecto a la situación autolítica, las cuales se gradúan según el nivel de riesgo que presenta el paciente.

De esta forma, se clasificaría como bajo riesgo suicida a aquellas personas que han tenido algunos pensamientos suicidas, tales como “No puedo seguir adelante” o “Desearía estar muerto”, pero no ha elaborado ningún tipo de planificación. En este caso, las acciones recomendadas serían las siguientes:

- Ofrecer apoyo emocional.
- Trabajar a través de los sentimientos suicidas, es decir, tratar de evitar la confusión emocional del paciente mediante una conversación abierta de temas como la pérdida, el aislamiento o la falta de valor. Este punto resulta fundamental en el manejo del suicida, pues el individuo es el único que puede desechar la decisión de morir.

- Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndole hablar sobre cómo los problemas anteriores fueron resueltos sin recurrir al suicidio.
- Remitir a la persona a su médico para que le ponga en contacto con un profesional en salud mental.
- Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en continuo contacto, manteniendo la relación.

El paciente con un riesgo moderado de cometer un intento suicida sería aquél que tiene pensamientos y planes suicidas, pero no tiene pensado cometer el suicidio inmediatamente. En este caso, las recomendaciones de la OMS son las siguientes:

- Ofrecer apoyo emocional y trabajar a través de los sentimientos suicidas del paciente, centrándose en las fortalezas de la persona, de forma similar a la actuación en pacientes de bajo riesgo.
- Usar la ambivalencia característica de los sujetos suicidas con el objetivo de fortalecer gradualmente el deseo de vivir del paciente.
- Explorar alternativas al suicidio, con la esperanza de que la persona considere alguna de ellas.
- Pactar un contrato de no suicidio, haciendo prometer al paciente que no intente quitarse la vida sin contactar antes con el personal sanitario o durante un período de tiempo específico.
- Remitir al paciente a su médico o a un profesional de salud mental y concertar una nueva cita tan pronto como sea posible, además de valorar un posible ingreso hospitalario.
- Contactar con la familia y amigos para conseguir su apoyo.

Por último, se clasificaría al paciente como alto riesgo suicida, si tiene un plan definido, posee los medios de hacerlo a su alcance y planea quitarse la vida inmediatamente. Esta situación se trata de una verdadera urgencia, por lo que las acciones a realizar son de extrema importancia:

- Permanecer con el paciente y no dejarle solo nunca.
- Hablar tranquilamente con el sujeto y retirar de su alcance los posibles medios que pueda tener.

- Hacer un contrato de no suicidio y contactar inmediatamente con un profesional de salud mental para tramitar la hospitalización inmediata en un centro especializado.

Prevención y detección precoz

La prevención es la medida fundamental que se debe aplicar para reducir el número de personas víctimas del suicidio, pues cualquier tipo de tratamiento que se pueda realizar ante un potencial suicida no deja de ser una intervención cuyo objetivo es prevenir el suicidio consumado.

De esta forma, la prevención puede ser aplicada a diferentes niveles, en función de la población objetivo, pudiendo distinguir así tres tipos diferentes⁽⁵⁴⁾:

- La prevención universal tiene como objetivo reducir la incidencia de nuevos casos en poblaciones grandes, como naciones o grandes comunidades, mediante la información, fundamentalmente.
- La prevención selectiva se centra en los grupos de alto riesgo, que muestran signos anticipados de pensamientos o conductas suicidas y pueden encontrarse expuestos a pérdidas importantes y situaciones vitales que pueden hacerlos vulnerables a la depresión y el suicidio. Habitualmente, esta prevención se centra en la reducción de los factores de riesgo, la potenciación de los factores de protección y la mejora de la capacidad de recuperación del paciente.
- La prevención indicada se dirige a individuos que exhiben claramente conductas de riesgo de suicidio, como determinados sujetos con enfermedad psiquiátrica, así como a aquellas personas que expresan deseos de morir o ideas de suicidio y que se encuentran en inminente peligro de intentar quitarse la vida.

La participación del profesional de enfermería en esta prevención resulta fundamental, pues su intervención durante este proceso puede ayudar al paciente a controlar sus síntomas y a establecer contacto con grupos de autoayuda o de apoyo social, además de proporcionarle acceso a diversos recursos terapéuticos⁽⁵²⁾.

En cuanto a las estrategias de prevención que se pueden seguir para cualquier grupo de edad, todos los estudios coinciden en la aplicabilidad real de las siguientes políticas⁽⁵⁴⁾: sensibilización y educación del personal sanitario y la sociedad en general, cribado de las conductas suicidas, intervenciones de tratamiento, controlar medios de restricción y elaborar códigos de conducta para los medios de comunicación que reduzcan la estigmatización de la enfermedad mental y el suicidio. En base a estas intervenciones, y aun sabiendo que la enfermería debería estar presente en todas las políticas mencionadas, su principal modo de actuación desde el centro de salud residiría en las tres primeras, aunque no se debe olvidar que, debido al carácter

multifactorial del suicidio, una prevención eficaz siempre debe ser multinivel y multidisciplinar.

En este punto cabe citar el estudio PROSPECT⁽⁵⁵⁾, que ejemplifica claramente la importancia de una actuación interdisciplinar entre todos los profesionales de la salud. Se trata de un estudio colaborativo realizado en Estados Unidos cuyo objetivo fue evaluar el impacto de una intervención de prevención del suicidio en atención primaria con una muestra de pacientes de edad avanzada. Una de las conclusiones más importantes a la que llegaron sus autores fue que la atención colaborativa entre los profesionales sanitarios mantiene una alta adherencia al tratamiento antidepresivo y reduce la ideación suicida en los pacientes ancianos.

Además, junto al carácter multidisciplinar de la intervención, se deben desarrollar estrategias de prevención y de intervención que contribuyan a la eliminación de los factores de riesgo que favorecen las conductas autolíticas. De esta forma, en los ancianos resulta fundamental este enfoque, pues su incorporación al núcleo familiar y a la comunidad como individuo activo y participativo constituye un importante factor protector contra la depresión y la conducta suicida, tal y como se mencionó en el epígrafe correspondiente. Así, se recomiendan ciertas acciones específicas de promoción de la salud a realizar en el área de salud que, unidas a una temprana identificación y abordaje de los factores de riesgo, contribuyen a disminuir el número de conductas autolíticas⁽³⁴⁾:

- Constituir agrupaciones de adultos mayores en el ámbito comunitario.
- Ofrecer asesoramiento personal.
- Fomentar la responsabilidad individual en el cuidado de la propia salud.
- Educar y capacitar a la población mayor con respecto al proceso de envejecimiento.
- Organizar actividades culturales y recreativas en la comunidad para rescatar sus tradiciones, juegos y bailes, acorde con sus propias necesidades.
- Realizar clases grupales y charlas educativas sobre la importancia de un envejecimiento saludable.
- Realizar acciones de educación y difusión sobre preparación para la vejez que incluyan autocuidado, autoestima y respeto a la dignidad humana.

Aunque algunas de las acciones anteriores no son propiamente realizables en el centro de salud, sí resulta lógico que la enfermera de atención primaria participe en ellas, pues son actividades de promoción de la salud en la comunidad, las cuales entran dentro de sus competencias profesionales y constituyen uno de los mejores métodos

de prevención. De esta forma, la importancia de estos programas potenciadores de los factores de protección es elevada, pues ayuda a los participantes a establecer y perseguir metas significativas en su vida, mejorar su funcionamiento social y adoptar actitudes de serenidad, flexibilidad y esperanza hacia el contexto vital en el que se encuentran⁽⁵⁴⁾.

Además, según varios estudios realizados en zonas rurales de Japón, se recomienda realizar talleres de salud mental para personas mayores organizados por las enfermeras de atención primaria, con el objetivo de promover la conciencia de la depresión y el riesgo de suicidio, haciendo hincapié en que el suicidio es evitable. Junto a los talleres, estos programas también incluyen pruebas anuales de detección de la depresión de todas las personas mayores de 65 años, seguidas de una entrevista clínica con su médico de familia o reuniones de seguimiento con la enfermera si los resultados de dicha prueba fueran positivos⁽⁵⁴⁾.

En cuanto a las actividades de prevención del riesgo suicida en niños y adolescentes, se recomienda realizar actividades educativas y concienciadoras orientadas a la formación de los padres de familia y los profesores de colegios e institutos, con el objetivo de practicar una buena detección precoz, tanto en el hogar como en la escuela⁽³⁰⁾.

Además, dado que la persona es un individuo biopsicosocial que se interrelaciona con otros, es sumamente importante contar con la familia en todas las estrategias de prevención, detección e intervención. La familia, como unidad fundamental de la comunidad, constituye una red de apoyo social muy importante para el individuo, pudiendo generar influencias positivas y negativas. De esta forma, se recomienda que en este tipo de programas participen también los familiares, amigos, cuidadores... que se encuentren en contacto regular con el paciente, ya que pueden poseer información valiosa sobre su propio contexto biopsicosocial que el profesional de la salud desconoce⁽⁵⁴⁾.

Aun así, siempre que se contacte con la familia o el círculo cercano del posible suicida, se deben tener en consideración ciertas indicaciones que ayudan en la intervención, sobre todo en los momentos en los que existe cierto riesgo de suicidio por parte del sujeto⁽¹⁰⁾:

- Tratar de conseguir permiso del suicida para contactar con su núcleo familiar.
- Intentar contactar con aquella persona que sea especialmente comprensiva con el sujeto.
- Hablar con el suicida de antemano y explicarle que en ocasiones es más fácil hablar con un ser querido que con un extraño, para que no se sienta rechazado.
- Hablar con la familia sin actitud de reproche o de acusación.

- Conseguir todo su apoyo en las acciones a realizar y ser conscientes de todas sus necesidades.

Plan de cuidados de enfermería

Una vez realizada la valoración completa e integral del estado del paciente, es muy recomendable estructurar las intervenciones enfermeras a realizar en función de diagnósticos identificados (NANDA), objetivos y resultados esperados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC). Así, siguiendo el sistema de clasificación de diagnósticos de la NANDA⁽⁹⁾, los que se pueden dar con mayor frecuencia en este tipo de pacientes con conductas suicidas son los siguientes:

- 00124 Desesperanza.
- 00139 Riesgo de automutilación.
- 00140 Riesgo de violencia autodirigida.
- 00146 Ansiedad.
- 00150 Riesgo de suicidio.
- 00151 Automutilación.
- 00177 Estrés por sobrecarga.

Junto a todos estos diagnósticos, existen otros como 00198 Trastorno del patrón del sueño o 00053 Aislamiento social, que también resulta pertinente incluir en el plan de cuidados. Sin embargo, los diagnósticos mencionados anteriormente son más específicos de pacientes con trastornos depresivos y/o conductas suicidas, por lo que consideramos más adecuado centrarnos en ellos.

El principal diagnóstico sobre el que se debe trabajar en este tipo de pacientes es 00150 Riesgo de suicidio, pues, debido al carácter multifactorial del mismo hecho del suicidio, engloba en cierto modo a los demás y permite actuar de una forma más holística sobre todos los factores.

Según la NANDA, el diagnóstico Riesgo de suicidio se define como “Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida” y puede estar condicionado por los siguientes factores⁽⁹⁾:

- **Situacionales:** Nivel socioeconómico bajo, pérdida de autonomía o independencia, vivir solo, traslado, institucionalización, jubilación o disponibilidad de armas de fuego en el domicilio.

- **Sociales:** Aislamiento social, desesperanza, duelo, impotencia, soledad, problemas legales, pérdida de relaciones sociales, alteraciones en la vida familiar o tener sistemas de apoyo insuficientes.
- **Verbales:** Amenazas de matarse o expresión de deseos de morir.
- **Conductuales:** Cambios notables de actitud y conducta, hacer testamento o donar las posesiones, súbita recuperación eufórica de una depresión grave o acumular medicinas de forma exagerada.
- **Demográficos:** Viudedad o divorcio, sexo varón, raza blanca, adolescencia o ancianidad.
- **Físicos:** Dolor crónico, enfermedad física o terminal.
- **Psicológicos:** Abuso de sustancias, enfermedad psiquiátrica, culpa, historia familiar de suicidio o maltrato en la infancia.

Para este diagnóstico, los principales objetivos que debe plantearse el profesional de enfermería, siguiendo la clasificación de resultados de enfermería (NOC)⁽⁹⁾, serían, entre otros, los siguientes:

- 1206 Deseo de vivir.
- 1208 Nivel de depresión.
- 1408 Autocontrol del impulso suicida.
- 1409 Autocontrol de la depresión.

Una vez formulados los criterios de resultado, se debe realizar una serie de intervenciones siguiendo la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)⁽⁹⁾, en la cual encontramos, entre otras:

- 4420 Acuerdo con el paciente.
- 4640 Ayuda para el control del enfado.
- 5230 Mejorar el afrontamiento.
- 5270 Apoyo emocional.
- 5330 Control del estado de ánimo.
- 5820 Reducción de la ansiedad.

- 6340 Prevención del suicidio.

Aun así, siempre se debe tener en cuenta que el plan de cuidados debe ser individualizado para cada paciente, por lo que, aunque existan semejanzas entre unos y otros, los diagnósticos e intervenciones a aplicar deben ser los adecuados a dicho sujeto, siempre elegidos con rigor, sentido común y profesionalidad.

CONCLUSIONES

Las conductas suicidas constituyen uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad cuya prevención es posible, por lo que resulta necesario conocer cuáles son todos los factores de riesgo que pueden aumentar su incidencia, además de desmitificar todas las creencias y errores que la sociedad ha creado a lo largo del tiempo.

Resulta fundamental trabajar correctamente en el manejo de estos pacientes y aprender a detectar precozmente un posible comportamiento suicida, siendo extremadamente importante tratarlos con respeto y creer siempre lo que dicen, mostrando una actitud de escucha activa y verdadera empatía hacia sus sentimientos.

Así, el proceso de cribado de las conductas suicidas en la atención primaria es una función perfectamente realizable por la enfermera y que entraría dentro de sus competencias profesionales, pues el profesional de enfermería en el centro de salud mantiene una relación de confianza y cercanía con sus pacientes, que le ayuda en la observación y la detección de este problema.

Asimismo, se deben realizar campañas informativas y formadoras, así como programas de prevención multinivel que sirvan de ayuda y apoyo a las personas que sufren este problema, además de a los propios profesionales de la salud que puedan atenderlos.

Aun así, el comportamiento suicida es una conducta humana y mental sumamente compleja, por lo que aún queda mucho camino por recorrer en la elaboración de un modelo de conocimiento fiable y preciso que ayude a prevenir y manejar este tipo de conductas, ofreciendo esperanza y apoyo a estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (SUPRE) [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 17 Feb 2014] Disponible en:

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/index.html.

2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. Madrid: 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; 2012 [citado 18 Feb 2014]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
3. Sáiz Ruiz J, director. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1998.
4. Pérez Jiménez JC. La mirada del suicida: el enigma y el estigma. Madrid: Plaza y Valdés; 2011.
5. Durkheim E. El suicidio. 5ª ed. Madrid: Akal; 1998.
6. Sarró B, Cruz C de la. Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
7. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales: descripciones clínicas y pautas para el tratamiento. Madrid: Meditor; 1992.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V. Washington DC: APA; 2013.
9. NANDA Internacional. NNN Consult [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2013- [citado 20 Feb 2014]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.cisne.sim.ucm.es/nanda>.
10. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2000 [citado 18 Feb 2014]. Disponible en: http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf.
11. Rueda S. Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados, Medellín – zona noroccidental. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 24 Feb 2014];30(1):52-56. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30s1/v30s1a14.pdf>.
12. World Health Organization. World Health Report 2000 [Internet]. Geneva: OMS; 2000 [cited 2014 26]. Disponible en: http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1.

13. Pacheco Tabuenca T, Robles Sánchez JI. Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. *Sanid Mil.* 2011 Oct-Dic; 67(4): 345-53.
14. INE.es [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; c2014 [actualizado 21 Feb 2014; citado 24 Feb 2014]. Disponible en: www.ine.es.
15. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte: Año 2012 [Internet]. Madrid: INE [actualizado 31 Ene 2014; citado 24 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>.
16. IASP.info [Internet]. Irlanda: International Association for Suicide Prevention; c2000-2014 [actualizado Ene 2014; citado 22 Feb 2014]. Disponible en: www.iasp.info.
17. Bustamante F, Florenzano R. Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Rev chil neuro-psiquiatr* [Internet]. 2013 [citado 16 Feb 2014];51(2):126-136. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v51n2/art06.pdf>.
18. RedAIPIS.org [Internet]. Madrid: Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio; c2009- [actualizado Ene 2014; citado 23 Feb 2014]. Disponible en: www.redaipis.org.
19. Blanca Casas SM, Guibert Reyes W. Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 1998 [citado 25 Feb 2014];14(2):117-123. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v14n2/enf07298.pdf>.
20. Antón San Martín JM, Sánchez Guerrero E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares MT, De Diego-Otero Y, Benítez-Parejo N, et al. Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anal Psicol.* 2013; 29(3): 810-815.
21. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005 Oct 26; 294(16): 2064-74
22. Gonda X, Fountoulakis KN, Kaprinis G, Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2007 Sep 5 [cited 28 Feb 2014];6:23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2031887/>.
23. Ono Y, Awata S, Iida H, Ishida Y, Ishizuka N, Iwasa H, et al. A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: A Novel multimodal Community Intervention program to prevent suicide and suicide

- attempt in Japan, NOCOMIT-J. BMC Public Health [Internet]. 2008 Sep 15 [cited 1 Mar 2014];8:315. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2551615/>.
24. Mejía Luchinger M, Sanhueza Ojeda P, González Hernández J. Factores de riesgo y contexto del suicidio. Rev Memoriza.com [Internet]. 2011 [citado 2 Mar 2014]; 8: 15-25. Disponible en:
http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
25. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. BMJ [Internet]. 2013 Sep 17 [cited 9 Mar 2014]; 347. Disponible en:
<http://www.bmj.com/content/bmj/347/bmj.f5239.full.pdf>
26. Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. Can we really prevent suicide? Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2012 Dic [cited 9 Mar 2014]; 14(6): 624-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3492539/>
27. Sarmiento Z, Sánchez S, Vargas I, Álvarez M. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. Medisan [Internet]. 2010 [citado 10 Mar 2014]; 14(8): 1054-60. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san02810.htm
28. McDowell AK, Lineberry TW, Bostwick JM. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. Mayo Clin Proc [Internet]. 2011 Ago [cited 10 Mar 2014]; 86(8): 792-800. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146379/>
29. Dervic K, Carballo JJ, Baca-García E, Galfalvy HC, Mann JJ, Brent DA, et al. Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorders. J Clin Psychiatry [Internet]. 2011 Oct [cited 10 Mar 2014]; 72(10): 1390-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21367349>
30. Piedrahita LE, García MA, Mesa JS, Rosero IS. Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Colomb Med [Internet]. 2011 Oct [citado 11 Mar 2014];42(3):334-341. Disponible en:
<http://www.bioline.org.br/request?rc11056>
31. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 [citado 11 Mar 2014];27(1):33-41. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_27_1_11/mgi04111.htm

32. Murphy K. ¿Qué puede hacer usted para prevenir el suicidio en los adolescentes? *Nursing*. 2007; 25(1): 28-30.
33. Heisel MJ, Duberstein PR, Lyness JM, Feldman MD. Screening for suicide ideation among older primary care patients. *J Am Board Fam Med [Internet]*. 2010 Mar-Abr [cited 12 Mar 2014];23(2):260-9. Disponible en: <http://www.jabfm.org/content/23/2/260.long>
34. Ribot Reyes VC, Alfonso Romero M, Ramos Arteaga E, González Castillo A. Suicidio en el adulto mayor. *Rev haban cienc med [Internet]*. 2012 [citado 12 Mar 2014]; 11(5): 699-708. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180425059017#>
35. Almeida OP, Draper B, Snowdon J, Lautenschlager NT, Pirkis J, Byrne G, et al. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *Br J Psychiatry [Internet]*. 2012 Dic [cited 12 Mar 2014]; 201(6): 466-72. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=23209090>
36. Amaya Arias AC, Bruce A, Herrán D, Martín Arango A, Muñoz K, Abella P. Variables asociadas a riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico atendidos por consulta externa en un hospital de Bogotá. *Rev colomb anestesiología [Internet]*. 2013 [citado 15 Mar 2014];41(4):267-273. Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/es/variables-asociadas-riesgo-suicidio-pacientes/articulo/90252366/>
37. Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. 2011 Ago 3 [cited 16 Mar 2014];11:57. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3161003/>
38. Caballero Guerrero MJ, López Sánchez O, Jiménez León I, Sánchez Lima F. Actuación ante pacientes con comportamiento suicida. *Hygia*. 2011; 78: 35-9.
39. Guibert Reyes W. Prevención de la conducta suicida en la APS. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2002 [citado 18 Mar 2014]; 18(2): 149-154. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi09202.htm
40. Pérez Barrero SA. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2005 [citado 18 Mar 2014];34(3):386-394. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000300005

41. Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross J, et al. Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2011 May [cited 18 Mar 2014];198(5):379-84. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=21525521>
42. Vannoy SD, Fancher T, Meltvedt C, Unützer J, Duberstein P, Kravitz RL. Suicide inquiry in primary care: creating context, inquiring and following up. *Ann Fam Med* [Internet]. 2010 Ene-Feb [cited 18 Mar 2014];8(1):33-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20065276>
43. Vannoy SD, Tai-Seale M, Duberstein P, Eaton LJ, Cook MA. Now that should I do? Primary care physicians' responses to older adults expressing thoughts of suicide. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2011 Sep [cited 19 Mar 2014]; 26(9): 1005-11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3157512/>
44. Captain C. ¿Presenta su paciente riesgo de suicidio? *Nursing*. 2007; 25(7): 7-11.
45. Gómez Rodríguez A, Montero Rodríguez MC, Domínguez Rodríguez E. Manejo extrahospitalario de pacientes con comportamientos autolíticos. *Metas Enferm*. 2013; 16(2): 27-31.
46. Miranda de la Torre I, Cubillas Rodríguez MJ, Román Pérez R, Abril Valdez E. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Ment*. 2009; 32(6): 495-502.
47. Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Ruuttu T, Heilä H, et al. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Intention (SSI) in adolescents. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2005 Feb 3 [cited 20 Mar 2014]; 5: 8. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/8>
48. Universidad Complutense de Madrid. Escala de Desesperanza de Beck (BHS) [Internet]. Madrid: UCM; 2000 [citado 12 Abr 2014]. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20DESESPERANZA%20DE%20BECK/BHS_P.PDF.
49. Universidad Complutense de Madrid. Escala de Ideación Suicida (SSI) [Internet]. Madrid: UCM; 2000 [citado 12 Abr 2014]. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20IDEACION%20SUICIDA/SSI_P.PDF.

50. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Neurobiol.* 1998; 61: 143-52.
51. Consejería de Salud de Andalucía. Escala de Plutchik [Internet]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2005 [citado 12 Abr 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestionabilidad/CuestEnf/PT7_EscPlutchick.pdf.
52. Valente SM. Valoración del riesgo de suicidio en los pacientes. *Nursing.* 2010; 28(8): 26-30.
53. Salvo L, Melipillán R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev chil neuro-psiquiatr* [Internet]. 2008 [citado 23 Mar 2014]; 46(2): 115-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272008000200005&script=sci_arttext
54. Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis* [Internet]. 2011 [cited 24 Mar 2014]; 32(2): 88-98. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3728773/>
55. Alexopoulos GS, Reynolds CF, Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2009 Ago [cited 24 Mar 2014]; 166(8): 882-90. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2838419/>

ANEXOS

ANEXO I. Escala de Desesperanza (BHS) de Beck et al

	Verdadero	Falso
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo mejorar las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal, me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
<p>Se puntúa con 1 punto las respuestas VERDADERO de los ítems número 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 y el resto de las respuestas FALSO.</p> <p>Una puntuación ≥ 8 indica un grado de desesperanza alto.</p>		

ANEXO II. Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck et al

I. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA Y LA MUERTE			
1. Deseo de vivir	Moderado a intenso	Débil	Ninguno
2. Deseo de morir	Moderado a intenso	Débil	Ninguno
3. Razones para vivir/morir	Las razones para vivir son superiores a las de morir	Iguales	Las razones para morir son superiores a las de vivir
4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio	Moderado a intenso	Débil	Ninguno
5. Intento pasivo de suicidio	Tomaría precauciones para salvar su vida	Dejaría su vida o muerte en manos del azar	Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida
II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS			
6. Dimensión temporal: duración	Breve, períodos pasajeros	Períodos más largos	Continuo (crónico) o casi continuo
7. Dimensión temporal: frecuencia	Rara, ocasional	Intermitente	Persistente o continuo
8. Actitud hacia el pensamiento o deseo	Rechazo	Ambivalencia o indiferencia	Aceptación
9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo	Tiene sensación de control	No tiene seguridad de control	No tiene sensación de control
10. Factores disuasorios del intento activo (citar cuáles)	No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio	Los factores disuasorios tienen cierta influencia	Influencia mínima o nula de los factores disuasorios
11. Razones del proyecto de intento	Manipular el medio, atraer atención, venganza	Combinación de ambos	Escapar, acabar, resolver problemas
III. CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO			
12. Método: especificación/planes	No los ha considerado	Los ha considerado, pero sin detalles específicos	Los detalles están especificados y bien formulados

13. Método: accesibilidad u oportunidad	Método no disponible, no hay oportunidad	El método llevaría tiempo y esfuerzo	Método y oportunidad accesible
14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento	No tiene coraje, demasiado débil, temeroso o incompetente	Inseguro de su coraje, competencia	Seguro de su competencia, coraje
15. Expectativas/anticipación de un intento real	No	Incierto, no seguro	Sí
IV. REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO			
16. Preparación real	Ninguna	Parcial	Completa
17. Notas acerca del suicidio	No escribió ninguna nota	Empezada, pero no completada	Completada
18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte	Ninguno	Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados	Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado
19. Engaño o encubrimiento del intento proyectado	Reveló estas ideas abiertamente	Fue reacio a revelarlas	Intentó engañar, encubrir, mentir
V. FACTORES DE FONDO			
20. Intentos previos de suicidio	Ninguno	Uno	Más de uno
21. Intención de morir asociada al último intento	Baja	Moderada, ambivalente, insegura	Alta
<p>Cada ítem se valora con una puntuación de 0 a 2, a excepción de los ítems 20 y 21, añadidos en la adaptación al castellano y no puntuables en la escala.</p> <p>Si las puntuaciones de los ítems 4 y 5 son 0 puntos para ambos, no debe seguir aplicándose la escala, pues el riesgo de suicidio sería inexistente.</p> <p>Una puntuación ≥ 10 puntos indica que existe riesgo de suicidio.</p>			

ANEXO III. Escala de SAD PERSONS, por Patterson et al

Acrónimo	Factor de riesgo
S	Sexo (Sex), +1 en hombres
A	Edad (Age), +1 en <19 años y >45 años.
D	Depresión (Depression)
P	Tentativa previa de suicidio (Previous attempt)
E	Abuso de alcohol (Ethanol abuse)
R	Falta de pensamiento racional (Rational thinking loss)
S	Carencia de soporte social (Social supports lacking)
O	Plan organizado de suicidio (Organized plan)
N	No pareja (No spouse)
S	Enfermedad somática (Sickness)
<p>Cada ítem puntúa con 1 punto si está presente y 0 puntos si está ausente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-2 puntos: alta médica en domicilio con seguimiento ambulatorio. • 3-4 puntos: seguimiento por el Equipo de Atención Primaria (EAP), Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) o considerar ingreso. • 5-6 puntos: recomendado el ingreso, sobre todo si existe ausencia de soporte social. • 7-10 puntos: ingreso obligado e incluso involuntario, si procede. 	

ANEXO IV. Escala de Riesgo Suicida (RS) de Plutchik et al

	SÍ	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
<p>La puntuación de la escala oscila entre 0 y 15 puntos.</p> <p>Cada respuesta afirmativa suma un punto.</p> <p>A mayor puntuación, mayor riesgo de suicidio.</p> <p>Una puntuación ≥ 6 indica un riesgo de suicidio alto.</p>		

ANEXO V. Escalas y cuestionarios complementarios en la evaluación de la conducta suicida

Nombre	Descripción
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems. Es uno de los más utilizados en la evaluación del grado de depresión, validado en pacientes a partir de los 13 años de edad.
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	Cuestionario heteroaplicado de 9 preguntas basado en el DSM-IV, que utiliza criterios de depresión para preguntar específicamente sobre el suicidio y es de uso común tanto para la detección de la conducta como para el seguimiento en atención primaria
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	Desarrollado por la OMS, consta de 10 preguntas en su versión completa y de 3 preguntas en su versión breve. Se utiliza para valorar el consumo de alcohol por parte del paciente y detectar su abuso o dependencia.
Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	Escala formada por 15 ó 5 ítems, en función de si se trata de la versión larga o breve. Se utiliza para valorar el grado de depresión del anciano. Aunque ningún ítem trata específicamente sobre las conductas suicidas, la evidencia ha demostrado que se trata de una herramienta eficaz en el cribado del suicidio.
Hamilton Rating Scale of Depression (HDRS)	Cuestionario que consta de 17 ítems, utilizado en el diagnóstico de la depresión, mediante la evaluación del estado de ánimo, sentimientos de culpa e ideas de suicidio del paciente, entre otros.
Columbia Suicide Screen (CSS)	Cuestionario autoaplicado, formado por una serie breve de preguntas cuyo objetivo fue identificar a los estudiantes de secundaria con riesgo de suicidio.
Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)	Escala de 27 ítems enfocada a autoevaluar sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Se trata de un instrumento adaptado y validado en muchos países y se ha utilizado en multitud de estudios.
Edinburgh Postnatal Depression Screening (EPDS) ³⁷	Cuestionario que se utiliza ampliamente en la atención primaria para detectar los trastornos depresivos en el período perinatal. Tiene un ítem que pregunta acerca de los pensamientos de autodaño de la mujer.

Recibido: 5 octubre 2015.
 Aceptado: 14 diciembre 2015.