



**Universitat de Lleida**  
**Facultat d'Infermeria**  
**Grau en Infermeria**

# **Programa de Detección Precoz del Suicidio en Atención Primaria en el Contexto de la Actual Crisis Económica**

---

**Trabajo Final de Grado**

**Por:** Silvia Tierz Puyuelo

**Tutor:** Joan Blanco Blanco

Curso 2014-2015

Grado de Enfermería

Lleida, 14 de Mayo del 2015



*“El tiempo no es oro; el oro no vale nada, el tiempo es vida”.*

José Luis Sampedro Sáez (1917-2013).

Escritor, humanista y economista español.



## **RESUMEN**

El Banco de España anunció en Enero del 2009 la entrada oficial de España en recesión dado que el cuarto trimestre del 2008 fue el segundo consecutivo de caída intertrimestral del Producto Interior Bruto (PIB). El suicidio es la causa de mortalidad mas estudiada en tiempos de crisis económica y actualmente es la primera causa externa de fallecimientos en España, superando en cifras a los accidentes de tráfico. Entre los diversos factores que influyen en el suicidio, el desempleo supone el principal factor de riesgo.

Debido a las altas tasas y a la escasez de programas de prevención secundaria, el presente trabajo pretende documentarse sobre las crisis económicas y el suicidio, y elaborar un programa de detección precoz en la población catalana con mayor riesgo epidemiológico y desempleada desde el ámbito de la atención primaria dentro de un marco de prevención secundaria; gracias a la clasificación de la población según nivel de riesgo en base a los resultados de las escalas clínicas de valoración y la entrevista clínica. Para llevar a cabo el trabajo se ha realizado una revisión de la evidencia científica actual y un estudio epidemiológico descriptivo correlacional.

## **ABSTRACT**

Officially the Bank of Spain announced in January 2009 the entrance of Spain in recession: the fourth term of 2008 was the second consecutive quarterly decline in Gross Domestic Product (GDP). Suicide is the principal cause of death most studied in periods of economic crisis. Currently it is the main cause of death from external causes in Spain, leading the number of traffic accidents. Among the various factors that influence suicide, unemployment represents the main risk factor.

Due to these high rates and a shortage of secondary prevention programs, this work has studied the economic crisis and suicide, and develop a screening program in the catalan population with greater epidemiological risk and unemployed from the area of primary care inside of secondary prevention, put in order the population according their risk which is based on results of clinical assessment scales and clinical interview. In order to elaborate the work has done a review of current scientific evidence and an epidemiological descriptive correlational study.

**Key words:** *suicide, depressions economic, services, mental health and risk factors.*

## ÍNDICE.

1) INTRODUCCIÓN.....	10
2) MARCO TEÓRICO.....	12
a) Crisis económica.....	12
b) El impacto de las crisis económicas anteriores en la salud. ....	13
c) Comparativa del impacto de la crisis actual en la salud europea y española. ....	15
d) Enfermedades mentales en España.....	17
e) Definición de suicidio.....	18
f) Estadística del suicidio. ....	18
g) Factores de riesgo del suicidio.....	19
3) OBJETIVOS. ....	23
Objetivos principales del trabajo: .....	23
Objetivos específicos del trabajo: .....	23
4) METODOLOGÍA. ....	23
a) Diseño del trabajo - tipo de estudio (33). ....	23
b) Población diana del estudio. ....	24
c) Profesionales a los que va dirigido el estudio.....	24
d) Variables.....	24
e) Metodología de búsqueda:.....	27
f) Síntesis de la evidencia encontrada: .....	28
g) Preguntas: .....	29
5) INTERVENCIÓN.....	30
a) Prevención del suicidio.....	30
b) La prevención del suicidio y la OMS. ....	31
c) La prevención del suicidio, España y Cataluña. ....	34
d) Esquema de la intervención.....	37
e) Lugar en que se sitúa la intervención. ....	39

f) Cribado.....	40
g) Primer filtro a la población: características epidemiológicas.....	41
h) Segundo filtro a la población: principal factor social, el desempleo.....	42
i) Escala validada del riesgo de suicidio.....	44
j) La entrevista clínica.....	50
k) Clasificación del riesgo suicida y actividades que puede realizar enfermería al respecto.....	52
l) Formación a los profesionales de atención primaria.....	56
6) EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	57
7) DISCUSIÓN.....	59
8) CONCLUSIÓN.....	61
9) BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	68
ANEXO I.....	69
ANEXO II.....	71
ANEXO III.....	74
ANEXO IV.....	78
ANEXO V.....	79

## **Lista de Tablas.**

Tabla 1. Definición de las variables. ....	26
Tabla 2. Relación de la OMS y la prevención del suicidio a lo largo de la historia. ....	33
Tabla 3. Escalas consideradas más útiles desde el punto de vista clínico o aquellas que han demostrado ser más útiles según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. ....	46
Tabla 4. Clasificación del nivel de riesgo de suicidio. ....	52
Tabla 5. Documentos claves en los que se ha basado la política de Salud Mental Europea. ....	69
Tabla 6. Ejemplos de programas de prevención del suicidio en Europa. ....	71
Tabla 7. Ejemplos de programas de prevención del suicidio en España. ....	74



**Lista de abreviaturas.**

**C.R.S.:** *Codi Risc de Suïcidi.*

**EE.UU.:** Estados Unidos

**G.P.C.:** Guías de Práctica Clínica.

**I.N.E.:** Instituto Nacional de Estadística.

**O.M.S.:** Organización Mundial de la Salud

**O.C.D.E.:** *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*

**P.I.B.:** Producto Interior Bruto.

**S.E.S.P.A.S.:** Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

**S.N.S.:** Sistema Nacional de Salud.

**SUPRE:** Suicide Prevention.

**U.E.:** Unión Europea.

## 1) INTRODUCCIÓN.

La mayoría de los países europeos están en recesión económica desde el 2008 (1). España ha sido uno de los más afectados en términos económicos, viviendo un aumento dramático del desempleo (1). La inseguridad de mantener el empleo actual y el miedo al futuro en caso de despido, unidos a la falta de empleo contra la voluntad del trabajador; fomenta la aparición de una nueva forma de estrés laboral, según Espino (2). Estas formas crecientes de estrés suponen riesgos sobre la salud de la población: aumento de la mortalidad general, aumento de las enfermedades crónicas, percepción negativa de la salud, aumento de las conductas de riesgo, trastornos del sueño, cuadros depresivos habituales e incluso intentos de suicidios (2).

La evidencia sobre la influencia de la crisis financiera actual en la salud mental se limita en gran parte a casusa de los retrasos en la disponibilidad de datos, lo que significa que el impacto total aún no se puede evaluar (3). No obstante los últimos datos publicados sobre fallecimientos en España muestran al suicidio como primera causa de muerte dentro de las causas externas, por delante de los accidentes de tráfico (4).

Se han encontrado relaciones fuertes entre el incremento de desempleo y los suicidios en el pasado (3). Estudios han asociado cada 1% de desempleo a un 0,79% de aumento en la tasa de suicidios en menores de 65 años en Europa (5). No en vano, la causa de mortalidad mas estudiada en tiempos de crisis económica es el suicidio (6). En la actualidad ha habido un aumento de un 8% en la tasa de suicidio asociado con la crisis financiera. Dicha asociación es probable que represente sólo la punta del iceberg de un posible efecto de la crisis financiera sobre la salud mental en general (3).

Difícilmente se puede paliar un suicidio cuando ya se ha consumado, por lo que es esencial la prevención (7). Así pues la OMS (Organización Mundial de la Salud) publicó un documento en 1969 en el que se reconocía la importancia de la prevención del suicidio en la salud pública(8). Desde ese momento ha ido publicando estudios siendo el más novedoso el documento “Preventing suicide. A global imperative”(9), publicado en Septiembre del 2015 coincidiendo con el Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10). La prevención del suicidio ocupa un lugar en los planes de salud de España y de Comunidades Autónomas (CC.AA), tal y como es el caso de Cataluña. Aún así no hay una propuesta implantada a nivel general, sino que se van aplicando proyectos locales de mejora en el abordaje en un caso de una persona con riesgo de suicidio, como en el programa *Codi Risc de Suïcidi (CRS)* (11),

siendo pocas las propuestas de prevención del suicidio en personas que no han llevado a cabo intentos previos, tal y como sería el programa de *Prevención de la Conducta Suicida (PPCS)* desarrollado en el Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona (12).

Para la población general, el suicidio es un tabú en casi todas las sociedades (12). Los programas de prevención comunitaria son escasos porque existe un miedo al riesgo de provocar una imitación de la conducta suicida, lo que deriva en una prudencia, a veces excesiva, que hace silenciar la inquietante problemática del suicidio, sin ponerle solución(12). Por este motivo se generan las siguientes preguntas: ¿cómo iniciar una prevención del suicidio a niveles tempranos? ¿Cómo realizar una detección precoz? Cuestiones de grave importancia si se tiene en cuenta las alarmantes cifras, el tabú que rodea al suicidio y la delicadeza con la que hay que tratar el tema.

## 2) MARCO TEÓRICO.

En este trabajo se estudia la prevención del suicidio dentro del contexto de la actual crisis financiera y económica. Por este motivo parece importante documentarse al respecto: conocer el origen de la actual recesión económica, saber la relación de las antiguas y la actual crisis con la salud y averiguar su impacto en la salud, especialmente en la salud mental. De forma que obtengamos un fondo sobre el que comenzar a esbozar a nuestro protagonista: el suicidio, del que se estudiará la definición, la estadística y los factores de riesgo y protectores.

### a) Crisis económica.

Una economía entra en recesión “*cuando ha experimentado durante dos trimestres consecutivos un crecimiento negativo del producto interior bruto (PIB)*”. Los economistas examinan con gran cuidado la dinámica de los ciclos económicos desde que en 1920 *Kondratiev* definiera en la Unión Soviética los ciclos largos de la economía. Siguiendo esta larga costumbre actualmente se registran las crisis económicas de Estados Unidos igual que se registran los terremotos. Según el Fondo Monetario Internacional desde 1970 hasta finales de 2008 se han producido en el mundo 447 crisis financieras nacionales (13). Lo que diferencia la actual crisis de las anteriores es que afecta de lleno a Estados Unidos (EE.UU.), principal motor económico del mundo, tras una fase de expansión ininterrumpida desde 1992. Durante el año 2007 se produjo un colapso de la burbuja inmobiliaria (13,14). Las repercusiones de esta crisis hipotecaria se contagió primero al sistema financiero estadounidense y después al internacional (15), de forma que afectó a muchos bancos de EE.UU y Europa, provocando una situación de cierto paralelismo con la crisis de 1929. En España han coincidido dos crisis: la financiación mundial y la inmobiliaria española, ambas influidas por una excesiva dependencia de la financiación exterior (14). Particularmente en nuestro país, el Banco de España anunció en Enero de 2009 que se había entrado oficialmente en recesión dado que el cuarto trimestre del 2008 fue el segundo consecutivo de caída intertrimestral del PIB (13).

Según el Informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), “*la actual crisis económica está teniendo un alcance, una intensidad y una magnitud sin precedentes, solo comparables a la Gran recesión de 1929. Más allá de una oscilación regular del ciclo económico se trata de una crisis sistemática global en un mundo de economías interdependientes*” (16). España forma parte del conjunto de países con peores

consecuencias debido a un especial debilitamiento de la actividad económica manifestado por la eliminación de puestos de trabajo, un deterioro de las finanzas públicas más intenso que otras economías de la Unión Europea y de la zona euro, y un aumento de la deuda privada(17).

### **b) El impacto de las crisis económicas anteriores en la salud.**

La actual crisis financiera y económica es una más en la lista de depresiones que han sucedido a lo largo de la historia. Existe una sólida evidencia que relaciona las situaciones de desempleo y pobreza con una peor salud y una mayor mortalidad (16); y es que las recesiones económicas tienen un gran impacto en los países en desarrollo, ya sea por: la disminución de la capacidad adquisitiva a la vez que suben los precios, a la pérdida del empleo con la consiguiente pérdida de acceso a los servicios de salud, o a la reducción del gasto de los programas públicos de salud (13). No obstante se ha encontrado literatura que muestra conclusiones contradictorias y señala dificultad para aislar las tendencias macroeconómicas de otros factores que influyen en la salud de la población en periodos de recesión (16).

La actual crisis económica está considerada la peor desde la Gran Depresión de la década 1930 (3), pero varios estudios ofrecen datos positivos en términos de salud durante esos años (16,18). Entre 1929 y 1933 aumentó en 6 años la esperanza de vida y descendió significativamente la mortalidad infantil y por enfermedades infecciosas, cardiovasculares y accidentes de tráfico; aunque el número de suicidios se incrementaron. Sin embargo varios autores rectifican este balance positivo, atribuyendo el descenso en la mortalidad (salvo los suicidios y los accidentes de tráfico) a un patrón de transición epidemiológica del momento, antes que a la crisis (16).

Un ejemplo diferente de resultados positivos en la salud de la población, durante un periodo de crisis, es Finlandia. Este país nórdico sufrió una severa recesión entre 1990 y 1994, con un aumento del desempleo del 2 al 18%, sin embargo no tuvo efectos negativos en la salud, sino más bien todo lo contrario: disminuyó el consumo de alcohol, los suicidios y los intentos de suicidio. Lo contrario ocurrió en Rusia durante esos años. Con la caída del régimen soviético y de la posterior puesta en marcha de estrategias de terapia de choque hacia el capitalismo, muchos países europeos del bloque oriental sufrieron un aumento considerable de la mortalidad. Entre 1990 y 1994 la mortalidad aumento un 30% y la esperanza de vida en

varones disminuyó de 64 a 58. La caída de la esperanza de vida en varones, se debió mayoritariamente a causas externas vinculadas al consumo de alcohol y a enfermedad cardiovascular. Así pues, mientras que las prestaciones del estado de bienestar de Finlandia amortiguaron los efectos de la crisis, la desintegración institucional en Rusia los agravó (13,16).

Otros casos en el que la salud se vio repercutida son la crisis de 1996 en México y la crisis de 1997 de los “Dragones del sudeste asiático”. Mientras que en la primera se aumentó la mortalidad de niños (0-4 años) y de los mayores de 60 años entre un 5-7%; la segunda tuvo un efecto trágico en la salud de los grupos más vulnerables, sobre todo en niños y en personas con menores ingresos (13).

Tras una revisión de artículos, el informe SESPAS concluye que el signo y la intensidad de los efectos dependen de las condiciones particulares en que se produce la crisis, de su intensidad y de su duración (13). Además, parece esencial la influencia de las respuestas políticas de los gobiernos, pudiendo magnificar o mitigar los efectos adversos de cada crisis en la salud de la población (16). Esta conclusión la respalda **Espino**, el cual afirma que en la crisis actual de Europa los tres países con un mayor aumento del número de suicidios registrados entre 2008 y 2009, Letonia, Irlanda y Grecia, habían llevado a cabo las mayores medidas de austeridad económica y habían reducido de forma severa el nivel de protección social de la población. El último informe de la **OCDE** (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) sobre la salud constata un aumento en la tasa de suicidio en los países especialmente castigados por la crisis económica, aunque no respalda la continuidad de dicha tendencia en los años sucesivos. Grecia se ha convertido en el ejemplo dentro de la Unión Europea (U.E.) de las consecuencias negativas de las políticas de recorte generalizadas sobre el bienestar de la población. En Grecia aumentó el número de suicidios entre 2007 y 2009, estabilizándose las cifras en los años venideros según el informe de la OCDE. Por el contrario, en diferentes estudios sobre la situación de Grecia se muestra un crecimiento general de la tasa de suicidios de 2.8 a 6/100.000 habitantes desde el inicio de la crisis, y eso *“a pesar del cuestionamiento de dichas cifras oficiales por distintos investigadores”* (2).

### **c) Comparativa del impacto de la crisis actual en la salud europea y española.**

La actual recesión es un riesgo para la sanidad en una doble vertiente: la propia articulación del sistema sanitario y el estado de salud (19).

Desde el punto de vista del **sistema sanitario** se pueden distinguir efectos a corto plazo:

#### **- Presupuesto de salud.**

Países como Reino Unido congelaron el **presupuesto de salud** durante estos años e introdujeron paralelamente recortes en otros sectores. Otra opción que tomaron países como Austria, Letonia, Polonia y Eslovenia, fue el establecimiento de recortes en los sectores hospitalario y farmacéutico (13).

En España se han reducido los presupuestos de salud y asistencia sanitaria, y se demoran los planes de inversión, incluyendo los del capital humano (13). Aún así según el INFORME SESPAS del 2014, la **prestación sanitaria real** se ha visto nula o mínimamente afectada por el gasto, probablemente debido al profesionalismo (20). Según el último Barómetro Sanitario publicado en Marzo del 2014 con datos del 2013 (21) la **valoración global del sistema sanitario** no parece sufrir un deterioro significativo durante este periodo, aunque hay un aumento imperante de usuarios que consideran que ha empeorado todo tipo de asistencia. No obstante, la **valoración de la atención recibida** ha mejorado, lo que sugiere diferentes opiniones entre observadores y usuarios. Aunque no haya suficientes datos, la respuesta de los profesionales parece la adecuada (22). Por tanto la frustración de profesionales y pacientes parece estar más relacionado con la ralentización, la congelación y el decrecimiento después de las tasas de variación del gasto en relación con las expectativas de innovación, en el curar-cuidar que permite la frontera del conocimiento en prácticas sanitarias (20).

Finalmente decir que en España entre el 2009 y el 2011 apenas se han producido cambios en la estructura de centro o equipamientos, siendo notable el descenso de las inversiones que pueden afectar al mantenimiento adecuado de instalaciones y equipos (22).

- **Listas de espera.**

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en un documento donde se ofrece una comparativa de indicadores de salud en varios países Europeos, muestra inexistencia de una lista de espera significativa en Alemania y Francia, mientras que sí hay en Italia, Países Bajos, Reino Unido y Suecia (21).

En España las listas de espera han aumentado en los últimos años (22).

- **Demanda de servicios.**

Aunque el número per cápita de todo tipo de consulta a médicos ha aumentado en países como Alemania o Dinamarca desde el 2001 al 2011, ha disminuido en la mayoría de países (21). Particularmente en España la demanda asistencial, ya sea privada o pública, ha disminuido. Esto puede deberse al miedo a perder el trabajo y a cierta conciencia de la población ante la necesidad de no sobrecargar el sistema innecesariamente (22).

Desde el punto de vista del **estado de salud en la población**, estudios muestran un aumento de enfermedades transmisibles en los países más afectados por la crisis. En Grecia se ha registrado nuevos brotes de malaria y ha aumentado la mortalidad por gripe, así como el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) entre usuarios de drogas por vía parenteral (tendencia igualada en Lituania y Rumania). El aumento de este tipo de enfermedades no aparece en España (16).

Si centramos la atención en los estilos de vida, se observa una caída del consumo de alcohol en Grecia y Estonia. En Islandia se ha reducido el consumo de frutas y verduras, tabaco, alcohol, bebidas azucaradas y comida basura, debido a la caída del poder adquisitivo. Lo contrario ocurre en Reino Unido, donde aumenta el consumo de comida basura debido a sus precios más asequibles. En España las tasas por alcohol y tabaco vienen experimentando disminuciones desde el 2007 (22).

Finalmente si bien se han reducido las defunciones por accidentes, ha aumentado la morbilidad por suicidios en Grecia, Irlanda y Letonia. Se han señalado que estos datos no son más que la punta del iceberg. En concreto en Inglaterra, Eslovenia, Grecia y España se ha aumentado la prevalencia de depresión, estrés y ansiedad. En Reino Unido y Grecia ha aumentado el número de personas que perciben que su salud ha empeorado desde que empezó la crisis. En



España ha descendido el riesgo de lesiones asociadas a los accidentes de tráfico, pero comparte el aumento de suicidios en las últimas fechas (16).

#### **d) Enfermedades mentales en España.**

Hasta ahora se ha procurado crear una base para entender el contexto que acompaña al eje de estudio del trabajo, el suicidio. Se ha explicado lo que es una crisis, diferenciando entre la actual y anteriores, así como el efecto que han tenido todas ellas en la salud de la población, tanto europea como española. Pero ha llegado el momento de centrarse en el tema central.

Las controversias, explicadas en los apartados anteriores, sobre cómo afectan los periodos de precariedad económica a la salud de la población desaparecen al analizar estudios sobre salud mental, donde los resultados son claros: la salud mental se ve afectada negativamente durante los periodos de recesión (17). Otros estudios realizados en Irlanda, Suecia e Italia asocian igualmente los períodos de crisis a un aumento significativo en la tasa de suicidio (16). No en vano la causa específica de mortalidad más estudiada en tiempos de crisis económica es el suicidio (6). Las recesiones provocan un impacto negativo sobre la salud mental, debido a varios factores interrelacionados, entre los que el desempleo es el principal factor de riesgo. Estudios afirman que las personas desempleadas muestran una mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Así pues los varones parados tienen tres veces más probabilidad de padecer trastornos mentales, y una vez y media la mujer (22).

En el 2014 se realizó un estudio que pretendía comparar la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria en dos momentos económicos diferentes (antes y después de la crisis). Los resultados indicaron un aumento significativo de los trastornos del estado del ánimo (19,4% de depresión mayor y 10,8% en distimia), los trastornos de ansiedad (8,4% en trastorno de ansiedad generalizada y 6,4% en crisis de angustia), los trastornos somatomorfos (7,2 %) y abuso del alcohol (4,6% en dependencia de alcohol y 2,4 % en abuso de alcohol). Las dos primeras patologías parecen ser más comunes en los hombres, mientras que las dos últimas son más frecuentes en mujeres(17). Finalmente parece existir una prevalencia de este trastorno en los hombres, ya que es tres veces más común el suicidio en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad según un estudio del 2013. Esta prevalencia parece tener relación con el papel que la sociedad ha brindado al varón: encargado de sostener a la familia económicamente. El suicidio en la mujer parece estar más

relacionado con la violencia a manos de su pareja, pero es imposible validar esta hipótesis en la actualidad (2,23).

España ha tenido una de las tasas más bajas de mortalidad por suicidio en Europa, aunque actualmente está experimentando un gran incremento en comparación con otros países de Europa y del resto del mundo. Es alarmante el incremento de suicidios acontecidos en la población joven (20-44 años), siendo una de las causas más comunes de mortalidad en este cohorte de la población. Por otra parte este país parece cumplir un patrón territorial sobre la distribución de suicidios, siendo más predominante en áreas rurales de Asturias y Galicia, Andalucía y Extremadura y en núcleos urbanos como Madrid y Valencia (23).

#### **e) Definición de suicidio.**

**El suicidio** es definido por la O.M.S. como “todo acto por el que el individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (7). Así pues el suicidio, tal y como afirma la guía “Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y conducta suicida”(24) es “un final abrupto de la vida y la forma más extrema en la que la gente responde a una angustia insoportable”.

Dentro de los estudios sobre este tema es común diferenciar entre la **ideación suicida** y la **conducta suicida**. **La ideación** se manifiesta únicamente en la mente y es previa a la conducta suicida. Las ideas pueden ser vistas como fases previas al suicidio: hay un desarrollo desde los pensamientos hasta la acción (24,25). Estos pensamientos pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes estructurados sobre cómo morir o preocupaciones autolesivas. En cambio, **la conducta suicida** es el acto deliberado de suicidarse e incluye todo el espectro de conductas con fatal desenlace o no (26).

#### **f) Estadística del suicidio.**

El suicidio es un problema social importante pero cuya dimensión está infra-estimada. Según la OMS más de un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas entre los 15 y los 44 años. Los datos de la Organización Mundial

de la Salud sitúan al suicidio como una de las principales causas de años de vida perdidos (AVP) por enfermedad (27). Cada año se producen más de 800.000 muertes por suicidio, de forma que una persona se suicida cada 40 segundos. En el año 2012 el suicidio se situó en la quincuagésima causa de muerte en personas entre 30 y 49 años y la segunda entre los 15 y 29 años(10).

Particularmente en España, según la última nota de prensa publicada por el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) en el 2014 con datos del 2012, los fallecidos por suicidio aumentaron un 11,3 % respecto al año pasado siendo el suicidio la principal causa externa de mortalidad (28). Uno de los pocos estudios sobre la relación entre la actual crisis financiera y la tasa de suicidio en España, teniendo como referencia datos oficiales del 2005 al 2010 mediante el análisis de serie temporales interrumpidas, encuentra un aumento del 8% respecto a la tendencia esperada para ese periodo de tiempo de no haber mediado la crisis económica y financiera en el 2008; de modo que la tasa fue más relevante en varones de 40 a 64 años, en el norte y este del país frente a la zona centro. Aunque no se dispongan de datos posteriores al 2010, se sugiere la existencia de un nuevo repunte en la 2ª fase de esta larga crisis (2,3).

Esta imagen es sólo la punta de un iceberg, ya que se estima que el número de tentativas suicidas es unas 10-20 veces superior, aunque la inexistencia de estadísticas nacionales e internacionales adecuadas impide un conocimiento exacto de la magnitud del problema (29).

### **g) Factores de riesgo del suicidio.**

Existen muchos factores de riesgo, por lo que se han dividido en secciones para que resulten más ordenados y aparezcan en este trabajo los más importantes:

#### ⇒ **Factores de riesgo clínicos.**

Los factores de riesgo clínicos se dividen entre enfermedades somáticas y mentales.

Dentro de las **enfermedades somáticas** encontramos dos grupos diferentes (25,30):

- ***Enfermedades que cursan con trastornos neurológicos y del comportamiento***, aumentando la impulsividad y la agresividad, favoreciendo el consumo de tóxicos y por tanto aumentando el riesgo de suicidio. Algunas de estas enfermedades son:
  - **La epilepsia**: puede aumentar la impulsividad y agresividad de la persona.

- Las lesiones medulares: cuanto mayor es la gravedad de la lesión, mayor es el riesgo de suicidio. El deseo de quitarse la vida viene producido por el cambio de vida y la pérdida de expectativas. El suicidio suele estar acompañado de episodios de duelo o de depresión.
- **Enfermedades crónicas, limitantes y/o dolorosas** que tienen un impacto en la calidad de vida de la persona. Estas patologías son más frecuentes en personas de edad avanzada (mayores de 65 años). Las dolencias son:
  - Cáncer: existe mayor riesgo de suicidio en caso de que la enfermedad sea terminal y que el paciente sea varón (especialmente en los primeros años de diagnóstico y tras la quimioterapia).
  - SIDA: el riesgo de suicidio está relacionado con la fama de la enfermedad y el mal pronóstico.
  - Afecciones crónicas: están asociadas con el suicidio en la medida que incapacitan a la persona. Ejemplos son los trastornos osteomusculares con dolor, la enfermedad renal...

Respecto a **las enfermedades mentales**, numerosos estudios sobre los factores asociados al deseo de quitarse la vida describen como principal causa la enfermedad mental. Las patologías mentales más asociadas a este tipo de conducta son: **la depresión** (causa más importante), **alcoholismo** (un tercio de los casos de suicidio han tenido problemas con el alcohol) y **la esquizofrenia** (sobre todo en caso de personas jóvenes, varones, con ideas delirantes, cuadros progresivos y en la primera fase de la enfermedad) (25,30).

Dentro de este grupo existen **síntomas** que pueden ser útiles como señal de alarma (25,30):

- La impulsividad y/o agresividad.
- La ansiedad generalizada y los ataques de pánico.
- La desesperanza respecto al futuro.

⇒ **Factores de riesgo no clínicos o epidemiológicos.**

Dentro de los factores no clínicos se incluyen a los siguientes (25,30):

- **Género.**  
Los varones tienen mayores tasas de suicidio mientras que las mujeres acumulan un número más elevado de intentos. En los hombres tienen más prevalencia los trastornos

relacionados con: trastornos de la personalidad, trastornos de la edad infantil y consumo de tóxicos. En cambio las mujeres tenían más prevalencia de trastornos afectivos, entre ellos la depresión. Entre los factores protectores propios del sexo femenino destaca la presencia de hijos (31).

○ **Edad.**

Las conductas e ideas suicidas son directamente proporcionales a la edad. Las personas mayores tienen más prevalencia los trastornos relacionados con el alcohol, la enfermedad somática, el aislamiento o la viudez. La población juvenil está más asociada a trastornos afectivos, consumo de sustancias y trastornos de conducta (2).

⇒ **Factores de riesgo sociales:**

○ ***Estado civil.***

El matrimonio o pareja estable parece ser un factor protector, ya que su falta se asocia a una falta de apoyo, fundamental para una buena salud mental y física. La soledad, la pérdida de autoestima y la desesperanza hacen a las personas más vulnerables (25,30).

○ ***Desempleo.***

Varios estudios correlacionan un aumento del suicidio con las crisis financieras en distintos países, las cuales tienen como consecuencia el desempleo. Así pues, en su trabajo seminal de 1897, “*Le Suicidio*”, Durkheim propuso que los cambios macroeconómicos podían aumentar los suicidios. Desde entonces se han encontrado asociaciones entre la inestabilidad económica y las enfermedades mentales, tales como el colapso de la Unión Soviética y el sudeste asiático a finales de 1990. La actual crisis económica está considerada la peor desde la Gran Depresión de la década 1930 y ha tenido un efecto perjudicial en la economía. Aunque todavía no hay suficientes estudios para relacionar una causalidad entre la crisis y el aumento de los suicidios, si hay estudios que manifiestan una relación (26) .

○ ***Migración.***

La migración es un factor de riesgo siempre que este asociado a la soledad, el aislamiento y el cambio que viven las personas que emigran (25).

○ ***Factores culturales.***

En este aspecto se debe valorar la prohibición que la religión hace del suicidio y la visión social sobre el tema. Se ha detectado que las personas pertenecientes a grupos

que prohíben el suicidio, comenten menos intentos. Las tasas de suicidio son mayores en protestantes, seguidos de judíos y en último lugar de musulmanes (25,30).

⇒ **Antecedentes y dimensión psicológica.**

Existen **antecedentes** que predisponen a una conducta suicida: antecedentes personales de abusos sexuales o físicos, antecedentes personales de conducta suicida, y antecedentes de familiares de conducta suicida (30)

Por otra parte hay **factores psicológicos** asociados a acabar con la vida: impulsividad, agresividad, desesperanza y rigidez cognitiva. En la misma línea también existen **factores protectores**: actitudes valores, habilidades sociales, habilidades sociales, capacidad de resolución esperanza y optimismo... (30,32)

**A nivel social**: una red social y familiar adecuada, un ambiente estable, una participación social... suponen factores protectores; mientras que la soledad real o percibida es un factor de riesgo (25,30,32).

### 3) OBJETIVOS.

#### **Objetivos principales del trabajo:**

- Disminuir el número de suicidios consumados de la población catalana, con características epidemiológicas y sociales de mayor riesgo en la actualidad; mediante un programa de detección precoz que indique intervenciones más adecuadas en función del nivel de riesgo de suicidio, basado en la evidencia existente.

#### **Objetivos específicos del trabajo:**

- Mejorar la detección precoz de las personas con riesgo de suicidio a través de los servicios de Atención Primaria.
- Determinar el nivel de riesgo de las personas con peligro de realizar un intento de autolisis, en el ámbito de la Atención Primaria.

### 4) METODOLOGÍA.

Este apartado presenta las bases o puntos clave de la elaboración de la intervención, que sería la creación de un programa de detección precoz del suicidio, y el cómo se ha encontrado la evidencia científica actualizada.

#### **a) Diseño del trabajo - tipo de estudio (33).**

- **Según la finalidad del estudio**, se propone un **diseño epidemiológico descriptivo**. Este tipo de diseños no pretenden evaluar una posible relación causa-efecto, sino simplemente describir un hecho. Son útiles para proponer una hipótesis que luego se podría comprobar gracias a estudios analíticos. Exactamente se desarrollará un **estudio correlacional predictivo**, diseño que permite conocer la relación entre dos variables y si varían conjuntamente. Se examinaría si los cambios de una variable provoca cambios en la variable que se estudia, disminuyéndola o aumentándola.

- **Según la secuencia temporal** se trata de un estudio **correlacional**. Aunque exista una variación conjunta entre las variables, no se puede afirmar que exista una relación causa-efecto ya que los estudios **correlacionales son transversales**, y por ello descriptivos.
- **Según la asignación de los factores de estudio** se trata de un **estudio observacional**, ya que en ningún momento se manipulará sino que se limitara a observar.
- Por último, **según el inicio del estudio y su relación con la cronología de los hechos, el estudio es retrospectivo** porque los efectos a estudiar han sucedido antes del comienzo del trabajo.

#### **b) Población diana del estudio.**

La población diana es la población catalana en edad de trabajar con un riesgo para suicidarse no detectado. Se excluirán todos los casos en que el factor de riesgo sea únicamente clínico: enfermedades somáticas y enfermedades mentales diagnosticadas anteriormente (por ejemplo la esquizofrenia); así como las personas que ya tengan detectados intentos previos de conductas autolíticas/ideas autolíticas en su historial clínico o tengan adicciones ya diagnosticadas. Estas personas las deberán abordar los profesionales relacionados con su problema clínico.

#### **c) Profesionales a los que va dirigido el estudio.**

El estudio va dirigido a profesionales de la salud, sobre todo a las enfermeras que trabajan en la atención primaria ya que es la puerta de entrada a través de la cual se realiza la primera toma de contacto entre la población y los servicios de salud.

#### **d) Variables.**

Se define el término variable como *“cada uno de los atributos o fenómenos susceptibles de ser estudiados para cada individuo y que pueden tener diferentes valores si varían las circunstancias del estudio o de la población estudiada”* (33).



Las variables, según su relación en el estudio de investigación, pueden ser: *independientes* o *dependientes*. La *variable independiente* se identifica con la supuesta causa de la hipótesis del estudio, por lo que se trata de una variable predictora la cual tiene efecto en la segunda variable o variable dependiente. Por tanto, *la variable dependiente* o variable resultado se corresponde con el posible efecto (33).

Así pues, entre ambas variables se crea una causalidad. El presente trabajo es un *estudio epidemiológico descriptivo* el cual no busca afirmar una relación causa-efecto entre distintas variables, sino que busca describir la situación actual. Por este motivo no hay variables independientes y dependientes. En este tipo de diseño de estudio se suele hablar de **variables de estudio** (33).

En función a la definición inicial, el estudio tiene diferentes variables que son estudiadas en cada individuo y pueden variar dependiendo de las circunstancias del estudio o la población estudiada:

- **Variables epidemiológicas:** género y edad.
- **Variables que indican riesgo social en la población:** desempleo.
- **Variables de la escala Plutchik:** administración de medicación para dormir, insomnio, pérdida de control sobre sí mismo, interés de relacionarse con la gente, predominancia de percepción negativa del futuro, nivel de autoestima bajo, percepción desesperanzadora del futuro, sentimiento de fracaso y ganas de abandono, percepción de la persona ante su estado de ánimo, estado civil, antecedentes familiares de suicidio, presencia de ideas homicidas en el pasado de la persona, presencia de ideas autolíticas, explicación de las ideas autolíticas a una persona, intentos de suicidio en el pasado.

Todas las variables de la escala Plutchick se responden SÍ/NO.

- **Variable de la escala SAD PERSONS:** Sexo masculino, edad (Age) < 20 o >45 años, depresión, tentativa suicida previa, abuso de alcohol, falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos), carencia de apoyo social, plan organizado de suicidio, no pareja o cónyuge y enfermedad somática.

Todas las variables de la escala SAD PERSONS se responden SÍ/NO.

**Tabla 1. Definición de las variables.**

<b>Variable epidemiológica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Género</u>: cualitativa nominal con dos categorías (hombre/mujer).</li> <li>▪ <u>Edad</u>: cuantitativa discreta.</li> </ul>
<b>Variable social:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Desempleo</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> </ul>
<b>Variabes de la escala Plutchick:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Administración de medicación para dormir</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Insomnio</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Pérdida de control sobre sí mismo</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Interés de relacionarse con la gente</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Percepción negativa del futuro</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Nivel de autoestima bajo</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Percepción desesperanzadora del futuro</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Sentimiento de fracaso y ganas de abandono</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Presencia de sentimiento de depresión</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Casado</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Antecedentes familiares de suicidio</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Presencia de ideas homicidas en el pasado de la persona</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Presencia de ideas autolíticas</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Explicación de las ideas autolíticas a una persona</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> <li>▪ <u>Intentos de suicidio en el pasado</u>: cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</li> </ul>
<b>Variabes de la escala SAD PERSONS.</b>
<p>S: <u>Sexo masculino</u>. Cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</p> <p>A: <u>Edad (Age) &lt; 20 o &gt;45 años</u>. Cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</p> <p>D: <u>Depresión</u>. Cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</p> <p>P: <u>Tentativa suicida previa</u>. Cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).</p>

E: Abuso de alcohol. Cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).

R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos). Cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).

S: Carencia de apoyo social. Cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).

O: Plan organizado de suicidio. Cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).

N: No pareja o cónyuge. Cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).

S: Enfermedad somática. Cualitativa nominal con dos categorías (sí/no).

Fuente: Elaboración propia.

### e) Metodología de búsqueda:

- **Se han buscado artículos científicos usando las siguientes bases de datos:** Pubmed, Scielo y el metacercador de la UDL. También se han buscado artículos en páginas webs fidedignas como la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E), la Fundación Española de Psiquiatría y Salud mental y la página del “*Institut Català de la Salut*” .
- **Las palabras claves** han sido: Suicide, Spain, Crisis, Scales, Psiquiatría.
- **Los términos MESH utilizados han sido:**
  - *suicide.*
  - *depressions, economic.*
  - *scale.*
  - *services, mental health.*
  - *risk factors.*
- **Los subheading usados han sido:**
  - *EP: epidemiology*
  - *EC: economics.*
- **Los criterios de inclusión** han sido: 5 years publications dates, nivel superior: *revistes d’avaluació d’experts.*
- **Se han excluido** todos aquellos artículos publicados antes del 2009.

## f) Síntesis de la evidencia encontrada:

Una crisis es un crecimiento negativo del PIB de un país (13). El modelo económico actual propicia una serie de crisis económicas cíclicas a lo largo de la historia, las cuales tienen un efecto, negativo o positivo, en la salud de la población (13,16) . Este resultado parece depender, según la literatura, de las condiciones particulares en las que se produce la crisis, su intensidad y duración, y la respuesta de los políticos del gobierno, siendo esta última esencial ya que pueden agravarla o aligerarla (16).

La actual crisis financiera ha propiciado una afectación en el sistema sanitario y en el estado de salud de las personas (19). El presente trabajo se centra en el estado de salud, concretamente en el ámbito de la salud mental, donde los resultados de la crisis parecen claros: se ve afectada negativamente (17). En los estudios sobre salud mental de la población se ha observado un incremento del número de suicidios, incrementándose un 11,3% en el 2012 en España (27,28).

Se han utilizado varios artículos entre los que se destacan el **Informe SESPAS del 2014**, del cual se han usado siete artículos que hablan de la actual crisis económica, la salud mental y el desempleo (6,13,16,17,20,22,34). Se destacan las **guías clínicas**: “Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida” de la Asociación Española de Psiquiatría y Salud Mental (29), la “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS” del Sistema Nacional de Salud (35) y la “Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Enfermería de la Asociación de profesional de Enfermeras de Ontario” (24). **Se remarca el estudio** presentado en la ponencia del último Congreso de la AEN “Asociación Española de Neuropsiquiatría” de **A. Espino** “*Economic crisis, politics, unemployment and (mental) health*”(2), un **análisis de series de tiempo interrumpido** sobre la relación entre la crisis financiera y los suicidios en España el cual evalúa la relación entre el área geográfica, el género y la edad (3), un **estudio sobre la evolución de la salud mental en España durante la crisis** (1) y dos **estudios epidemiológicos** (23,36).

### **g) Preguntas:**

Se tratan de preguntas que se abordarán en la intervención:

- ¿La implantación de un programa de detección precoz del suicidio en un grupo de riesgo (en base a los datos epidemiológicos y de desempleo: hombres de 35 a 65 años desempleados) reduciría la mortalidad por suicidio?
- ¿La aplicación de un programa de detección precoz del suicidio en un grupo de riesgo en base a los datos epidemiológicos y de desempleo: hombres de 35 a 65 años desempleados) en Atención Primaria mejoraría la detección precoz de las personas con riesgo?
- ¿La clasificación de las personas con riesgo de suicidios de Atención Primaria en distintos niveles de actuación mejoraría la prevención del suicidio?

## 5) INTERVENCIÓN.

En los últimos años se ha producido un aumento del número de suicidios, tal y como se explica en el marco teórico de este trabajo (28). Estudios constatan que la salud mental suele empeorar en periodos de recesión, tal y como podría ser el caso de la actual crisis económica(17). La *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS* (Sistema Nacional de Salud) del 2012 (35) avala por una bibliografía cada vez mayor, la cual constata que determinadas estrategias preventivas pueden ser útiles a la hora de reducir la tasa de suicidio, especialmente a la hora de restringir el acceso a métodos suicidas, la formación de profesionales de salud mental y la formación de los profesionales de asistencia , y la puesta en marcha de dispositivos de seguimiento a personas con tentativas en su pasado (29,35). Por este motivo parece interesante desarrollar en este apartado **un plan de detección precoz a modo de cribado en atención primaria**; en el cual se detecte a las personas con mayor riesgo para luego poder aplicar medidas de prevención. Esta intervención se planteará en diferentes apartados, pero antes de comenzar su desarrollo parece interesante dar un repaso al término prevención y a la relación entre la prevención del suicidio y la OMS (Organización Mundial de la Salud), para conocer donde nacieron los programas de *prevención del suicidio* y realizar un vistazo rápido a la prevención del suicidio en España y especialmente en Cataluña.

### a) Prevención del suicidio.

**El comportamiento suicida** es un ejemplo de la intervención en los factores de tipo biológico, socio-ambiental y psicológico, los cuales tienen su propia importancia individual y ninguno de ellos por separado podrían explicar por sí sólo el suicidio (29). A partir de esta base existen varios **modelos conceptuales de prevención del comportamiento suicida**, de los cuales uno de los más aceptados y utilizados es el **modelo de prevención primario, secundario y terciario** (29).

*La prevención primaria* se encarga de la profilaxis del inicio de la enfermedad va dirigida a poblaciones, no selectivamente al individuo, como podrían ser los programas educativos y de concienciación, restricción de acceso a métodos letales que puedan aumentar las cifras de fallecimiento por suicidio (pesticidas, armas de fuego...) (29). *La prevención secundaria* se encarga de la reducción de un problema a través de su detección precoz y tratamiento

adecuado como por ejemplo las técnicas de despistaje dirigidas a identificar individuos de riesgo en la población, programas educativos dirigidos a atención primaria y especializada para mejorar su nivel de conocimiento en puntos relacionado con el diagnóstico y tratamiento de la persona con riesgo de suicidio (29). Finalmente la *prevención terciara* consiste en la minimización de las recaídas y la puesta en marcha de las estrategias adecuadas de rehabilitación. Este tipo de prevención sería adecuada para las personas en las que se constate una ideación suicida o que han realizado intentos previos (29). El presente trabajo está enmarcado dentro de la prevención secundaria, ya que se pretende una detección precoz del problema.

## **b) La prevención del suicidio y la OMS.**

La política en **Salud Mental Europea** se ha basado, en los últimos años, en dos documentos principalmente (29): *The Mental Health Declaration* (37) y el *Green Paper* (38), los cuales han creado la base para el desarrollo del *European Mental Health Pact* en el 2008 (39), el cual establece cinco áreas de actuación prioritaria entre las que se incluye la prevención de la depresión y el suicidio (39) . En esta línea el pacto se estimulan acciones como mejorar la formación de los profesionales de la salud, restringir el acceso a potenciales métodos suicidas, poner en marcha medidas que incrementen la concienciación sobre la salud mental... entre otras muchas (29,39). En el Anexo 1 se presenta una tabla con una breve referencia sobre los documentos nombrados en las líneas anteriores (37–39).

Así pues, las recomendaciones de la OMS sobre la elaboración y aplicación de estrategias de prevención del suicidio no son precisamente novedosas. Estas se llevan redactando desde hace más de 40 años (35). En 1969 la OMS publicó un documento en el que se reconocía “*la importancia de de encuadrar la prevención del suicidio en la campo de la salud pública y la necesidad de establecer centros de prevención del suicidio a nivel nacional y local*”(8). Pero fue en 1984 cuando los países de la oficina regional para Europa de la OMS incluyeron el suicidio como uno de los objetivos de política sanitaria (8). En 1999 se publicó una iniciativa a nivel mundial llamada SUPRE (Suicide Prevention) con el objetivo de disminuir la morbimortalidad y mortalidad relacionada con la conducta suicida, eliminando tabúes. Para conseguir este objetivo se redactaron documentos dirigidos a sectores sanitarios y no sanitarios: profesionales de atención primaria, profesionales de los medios de comunicación

docentes, orientadores psicopedagógicos, funcionarios de prisiones, profesionales de respuesta de primera línea (bomberos, policías...), supervivientes de un suicidio... (35,40)

En una reunión de la OMS en 2005, sobre las “Estrategias de Prevención del Suicidio en Europa”, se publicaron recomendaciones basadas en una revisión sistemática previa (38):

- La prevención debe ser vista desde un enfoque global, siendo responsabilidad de los gobiernos.
- Se necesitan programas de prevención con intervenciones específicas para los diferentes grupos de riesgo. Motivo por el que los profesionales sanitarios deben estar formados en la identificación del riesgo suicida y en la colaboración con los servicios de salud mental; además de los factores de riesgo y protección.
- Es necesaria la investigación y evaluación de programas de prevención del suicidio.
- Los medios de comunicación deben participar y seguir las directrices propuestas por la OMS.

La instauración de una política nacional de prevención del suicidio refleja el compromiso de los gobiernos para trabajar la disminución de las conductas suicidas. Sin embargo, debido a las causas multifactoriales del suicidio se necesitan diferentes tipos de intervenciones, de las cuales es difícil conocer su efecto. En consecuencia es difícil esclarecer que estrategia de prevención es más eficaz (35). Hay programas de prevención del suicidio en: Australia, Finlandia, Noruega y Suecia. Estos programas han tenido poco impacto en las tasa de suicidio entre los jóvenes y la población en general, aunque se ha encontrado resultados positivos en la disminución de suicidios tras intervenciones comunitarias en minorías étnicas, mayores y jóvenes (35). En el Anexo II se presentan algunos ejemplos de programas de prevención del suicidio llevados a cabo en Europa.

Finalmente, el pasado 10 de Septiembre del 2014, fue el día mundial de la prevención de suicidio del 2014 (10), acontecimiento que enmarcó el lanzamiento del último, hasta la fecha, informe de la OMS sobre el suicidio: “*Preventing suicide. A global imperative*” (9). Se trata una herramienta con mucho valor a la hora de conocer la situación actualizada de este problema de salud pública, así como las intervenciones para prevenirla (10). Este documento se incluye en la adopción del *Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2020 por la Asamblea Mundial de la Salud* (41), en la que se comprometen los 194 estados miembros a



reducir el suicidio en un 10% de cara a 2020, objetivo que se incluye en el *“Pla de Salut de Catalunya 2011-2015”* (9,42).

A continuación se presenta una tabla en la que se ordenan cronológicamente los documentos nombrados arriba, para una mayor asimilación:

**Tabla 2. Relación de la OMS y la prevención del suicidio a lo largo de la historia.**

1969, OMS	Publicación de “Prevención del Suicidio” donde se reconocía la importancia de encuadrar la prevención del suicidio en la salud pública.
1984, OMS	Países de europeos de la O.M.S. incluyen el suicidio como uno de los objetivos de política sanitaria.
1999, OMS	Nace la iniciativa SUPRE (Suicide Prevention) con el objetivo de disminuir la morbimortalidad y mortalidad relacionada con la conducta suicida.
2004, OMS	Reunión de la OMS sobre “Estrategias de Prevención del Suicidio en Europa”,
2005, OMS	Publicación: “The Mental Health Declaration”, por la OMS. Publicación de: “Green Paper”, por la European Commission
2008, OMS	Publicación de “European Mental Health Pact”.
2013, OMS	Publicación del “Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2020”.
10 de Septiembre del 2014, OMS	Último informe de la OMS “Preventing suicide. A global imperative”

**Fuente:** Elaboración propia.

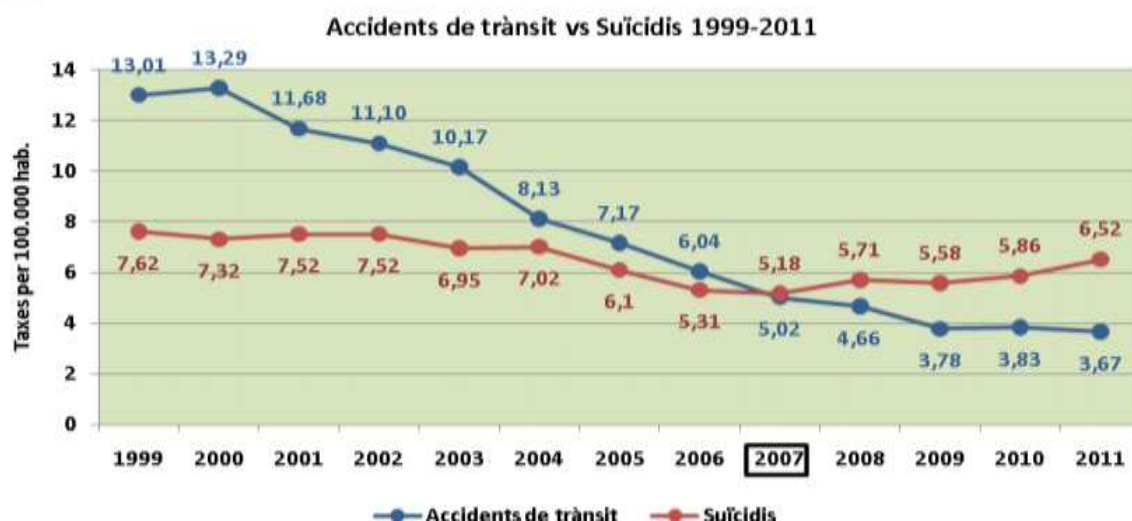
### c) **La prevención del suicidio, España y Cataluña.**

De igual modo en España, la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013” (43) incluye entre sus metas generales la prevención del suicidio, la enfermedad mental y las adicciones a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio. No obstante en España existe una escasa implementación de programas de tipo preventivo, estando en este momento muy por debajo del nivel de otros países con desarrollo similar (35). Actualmente no existe un plan nacional de prevención como tal, desarrollándose como mucho iniciativas locales (35). Esto mismo sostiene **E.Echeburúa** (44), el cual refiere que a diferencia de lo que sucede con los accidentes de tráfico o laborales, cuyas cifras se han reducido gracias a campañas y medidas de prevención, con el suicidio no se han llevado a cabo medidas para disminuir su incidencia (2, 10, 11). Aún así existen ciertas guías a nivel de comunidades autónomas y en 2012 fue publicada la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS* (Sistema Nacional de Salud) (35), la cual se tomó de referente para la elaboración de la intervención.

Ya que se va a centrar la intervención en Cataluña, parece interesante conocer **la situación de este problema** en la comunidad autónoma y los **programas de prevención del suicidio en Cataluña.**

**En Cataluña la tasa de mortalidad por suicidio** es de 9,3 por cada 100.000 habitantes en los hombres y 3,0 por cada 100.000 habitantes en mujeres. Estos datos han sido extraídos del RMC del 2011 (*Registre de Mortalitat de Catalunya 2011*). **La misma tasa en España** es de 10,0 por 100.000 habitantes en varones y 2,8 por 100.000 habitantes según datos de la OCDE 2010-2011 (10). En la comunidad autónoma se producen alrededor de 500 muertos por suicidio al año, patrón que coincide con el descrito en la OMS, ya que constituye la primera causa de muerte entre personas de 25 a 44 años en ambos sexos. También se trata de la tercera causa de mortalidad evitable (10). En consonancia con lo que relata **E.Echeburúa**, el número de suicidios es mayor que el número de accidentes de tránsito, tal y como podemos ver en el siguiente gráfico facilitado por el departamento de *Salut de Catalunya*, en su documento “*Pla de Prevenció del Suïcidi de Catalunya*” (45):

**Gráfico 1.** Accidentes de tránsito vs. Suicidios 1999-2011.



Fuente: Registro de Mortalidad de Cataluña.

El “*Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*” (42) establece unos objetivos generales a través de los cuales se procurará disminuir el riesgo de salud por problemas priorizados. Entre estos problemas encontramos la salud mental: para el 2020 se pretende reducir un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades mentales y mantener por debajo del nivel actual la tasa de mortalidad por suicidio (42). A parte el “*Pla de Salut*” se divide en diferentes líneas de actuación, de las cuales las líneas de actuación 1, 2 y 3 están relacionadas con la salud mental. Tienen el fin de desarrollar e implantar planes que den respuesta a los problemas de salud con más impacto y que estén orientados a los enfermos crónicos (línea 1 y 2), y de agilizar el proceso de atención sanitaria aumentando la resolución de atención primaria en consultad de baja complejidad, convirtiéndola en núcleo asistencial de enfermedades crónicas, agilizando el acceso a la atención especializada y mejorando la continuidad asistencial (42).

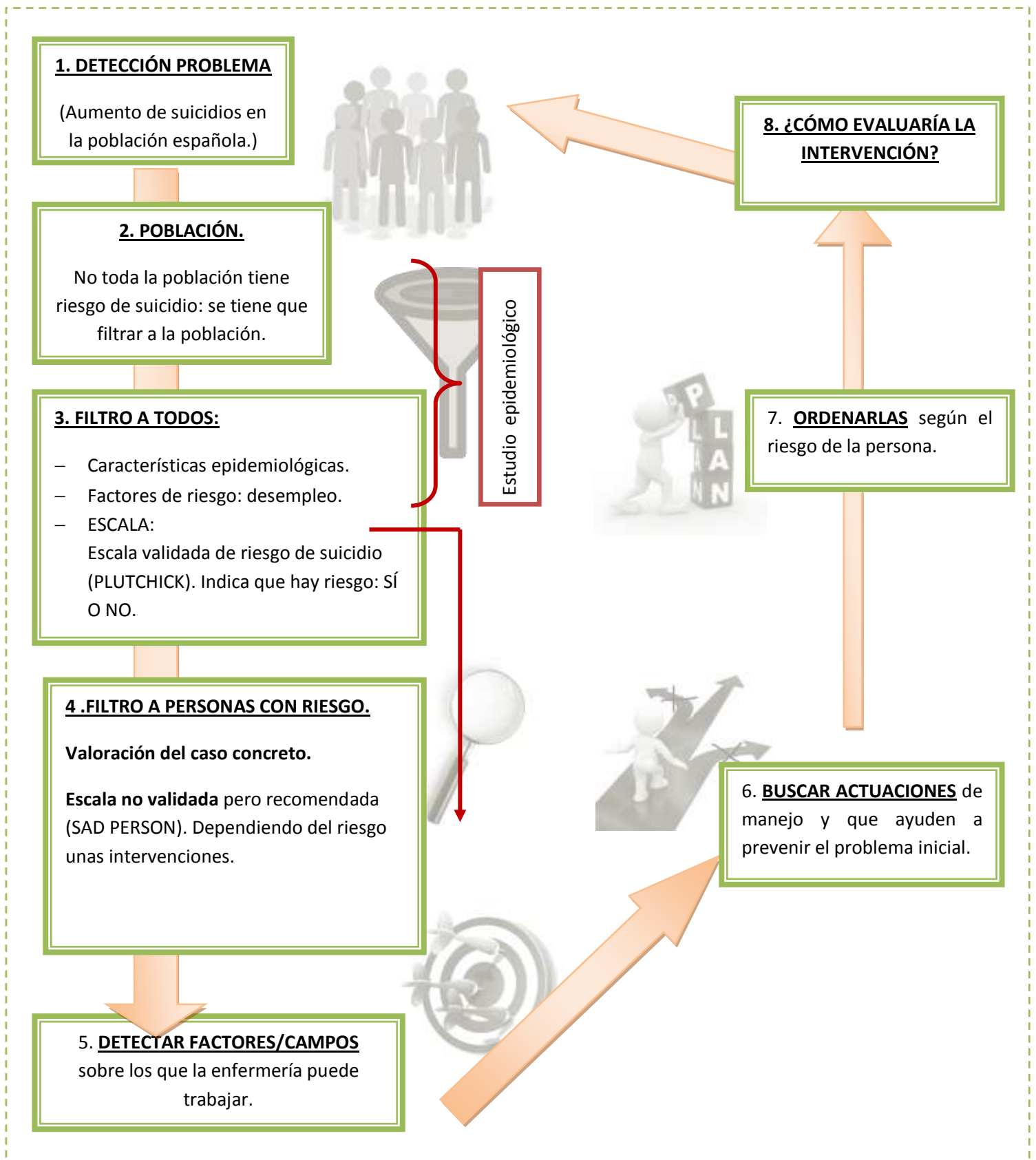
Enmarcado dentro del “*Pla de Salut 2011-2015*” (42) se sitúa la implantación del *Codi Risc de Suïcidi (CRS)* (11) en el 40% del territorio de Cataluña en Junio del 2014. Se trata de un programa para disminuir la mortalidad por esta causa, aumentar la supervivencia de las personas atendidas por conducta suicida y la prevención de la repetición de las tentativas de suicidio en los pacientes de alto riesgo (11). Si somos todavía más específicos, se sitúa dentro del centro territorial de Lleida la *Ruta de la depressió* (46). Este documento es un plan operativo que explica las acciones estructuradas y multidisciplinarias, necesarias para llevar a cabo Guías de Práctica Clínica (GPC) en un territorio concreto. Su objetivo principal es

mejorar la atención de las personas con depresión, disminuyendo su mortalidad y morbimortalidad (46).

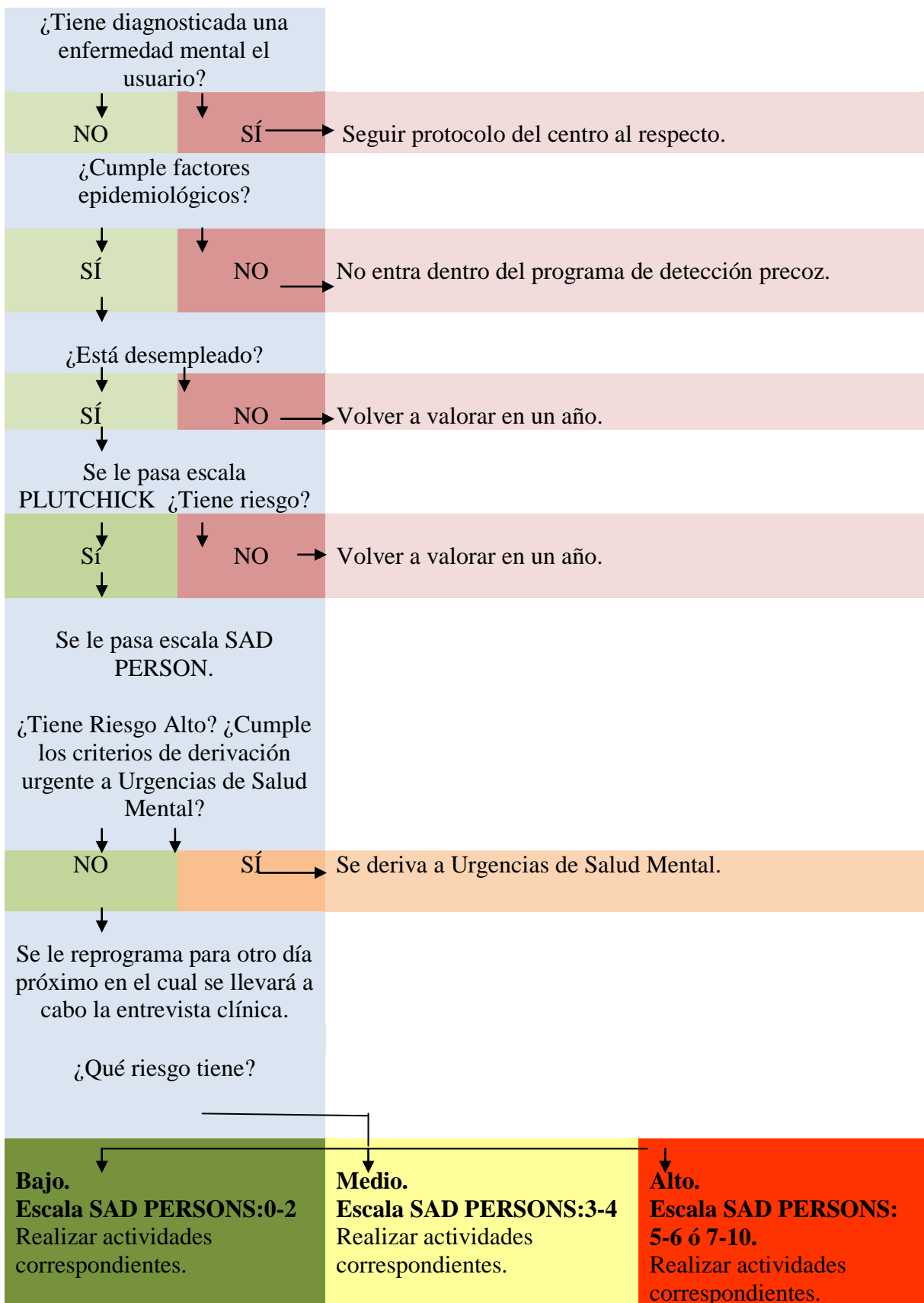
En el anexo III se describen programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España. Dentro de estos programas se describen el *Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS) desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona* (47), el cual ha servido de base para la elaboración del *Codi Risc de Suïcidi (CRS)* (10,11).

A continuación se presenta un esquema sobre el desarrollo de la intervención, que de acuerdo a lo descrito anteriormente estaría situada dentro de la prevención secundaria. Inicialmente se detectaría el problema, proceso desarrollado en el marco teórico, y luego se filtraría a la población a las que se va a aplicar el programa de detección, ya que es imposible realizarlo a todos los residentes. Por ello se acota a las personas con más riesgo según los factores epidemiológicos y el principal factor de riesgo social (el desempleo), de acuerdo a la bibliografía consultada. A esta población se le volverá a aplicar otro *filtro* más gracias a una escala validada y una entrevista, y se clasificará en diferentes grupos, gracias a una última escala que concuerda con las directrices de la O.M.S., en los que se podrán aplicar las medidas más adecuadas.

## d) Esquema de la intervención.



**Los pasos a seguir serían en la consulta de atención primaria:**



### **e) Lugar en que se sitúa la intervención.**

El lugar elegido para situar la intervención del trabajo ha sido Atención Primaria, ya que para el ciudadano es la puerta de entrada al sistema de salud y por tanto un buen escenario para la detección precoz de problemas de salud en la población (48).

Los médicos y enfermeras deberían ser la única puerta de entrada para la atención de todos los problemas, exceptuando las circunstancias de urgencia o emergencia. Esta aproximación es simplista ya que no permite visualizar el papel de la Atención Primaria de la Salud (APS) en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva, siempre desde una perspectiva longitudinal en la relación profesional-paciente y la continuidad asistencial. La atención familiar y comunitaria es la encargada de prestar un conjunto de servicios en los que los profesionales, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de problemas y necesidades existentes (48).

En relación con el suicidio, estudios recientes refieren que el 80% de los pacientes que se suicidaron visitaron las semanas previas a su médico de cabecera, y dejaron de un modo más o menos claro sus intenciones (49). En la misma línea, una guía clínica publicada por el Sistema Nacional de Salud afirma que un 75% de las personas contactaron con su médico de cabecera en el año anterior al episodio y el 45% durante el mes anterior (35). Otra guía *“Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida”* afirma que aproximadamente un 83% de las personas que cometen un suicidio habían estado el año pasado previo con su médico generalista y cerca del 66% lo habían hecho en el mes previo al suicidio (35). Estos porcentajes unidos a la relación de confianza que establecen los profesionales de primaria con sus usuarios a lo largo de los años, hacen que sean un factor de extraordinaria importancia a la hora de abordar este tema (35), tanto en la evaluación y manejo de la conducta suicida, así como su detección, siendo equiparable la importancia de la tarea con el reto que supone. Se ha sugerido que la tasa de suicidio sólo podrá disminuir si mejora la capacidad de la atención primaria en reconocer y tratar los trastornos mentales (35,49). El mejor reconocimiento y tratamiento de la depresión, así como una evaluación adecuada del riesgo de suicidio por parte de la asistencia primaria ha demostrado eficacia a la hora de reducir el riesgo de suicidio.

Pese a que se estima que en torno un 2-3% de los pacientes que acuden a un centro de atención primaria presentaron ideación suicida en el mes anterior, alrededor del 38% de las

personas con conducta suicida no han sido identificadas previamente por su médico, incluso siendo evaluadas en los meses previos al intento. Dicha cuestión ha planteado la pregunta de si la implantación de un test de cribado podría detectar de forma fiable el riesgo de suicidio en los pacientes (35).

#### **f) Cribado.**

El cribado es *“un proceso que permite seleccionar a aquellas personas que tienen un alto riesgo de una enfermedad o condición clínica. Cabe destacar que un cribado no es una valoración diagnóstica definitiva y que los individuos que dan positivo deberán someterse a pruebas diagnósticas que confirmen la enfermedad o condición para recibir el tratamiento oportuno”* (35).

El cribado se recomienda en caso de que la enfermedad o condición clínica cause una mortalidad elevada, la existencia de un tratamiento efectivo y detección temprana es considerada crítica. El suicidio cumple estos requisitos si se acepta que el tratamiento de la depresión, presente en un elevado número de los pacientes con conducta suicida, es efectivo(35).

Los elementos de cribado deberán ser breves, fáciles de utilizar y con sensibilidad y especificidad. En el caso del suicidio interesa detectar todos los casos positivos aunque se incrementen las cifras de falsos positivos. Sin embargo la relativa baja frecuencia de la conducta suicida hace difícil encontrar un test de cribado preciso. Finalmente tan número de falsos positivos supondría una importante carga para el sistema sanitario ya que dichos pacientes identificados tendrían que ser sometidos a posteriores evaluaciones para desestimar la positividad del test de cribado (35).

Los estudios de cribado de riesgo de suicidio son muy escasos. Un estudio anterior llevó a cabo una revisión sistemática en el 2004 con el objetivo de conocer si la realización de un cribado de riesgo de suicidio en el ámbito de la atención primaria disminuiría la morbimortalidad en los pacientes cuyo riesgo no había sido identificado anteriormente (50). Los autores no llegaron a concluir ninguna respuesta a la pregunta de investigación, existiendo además poca información sobre la utilización de de test de cribado en este contexto(50). Los cribajes que serían más interesantes para el trabajo serían: el *Sympton-*



*Driven Diagnostic System for Primary Care y el cuestionario Primary CARE Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD) (35).*

El primer test consta de 62 ítems en el que el riesgo de suicidio se evaluaba a través de tres ítems: *pensamientos de muerte, deseo de estar muerto y feeling suicidal*. Los datos se recogían por un profesional de enfermería y se comparaban con una entrevista estructurada. Sólo la depresión mayor y el abuso de drogas o su dependencia se asociaron de forma independiente a la ideación suicida. El segundo cribaje fue utilizado para valorar todos los trastornos mentales graves. Para los autores el cuestionario Prime- MD, completado con preguntas sobre conducta suicida es un método efectivo para que los profesionales de primaria valoren el riesgo suicida y reconocer los trastornos mentales más frecuentes (35).

### **g) Primer filtro a la población: características epidemiológicas.**

#### **Género.**

Actualmente, España es la clara diferencia entre sexos en la tasa de mortalidad por suicidio, siendo éste tres veces más frecuente en varones que en mujeres en todos los grupos de edades(23), aunque lo contrario sucede cuando hablamos de tentativa de suicidio, caso en el que la prevalencia en mujeres es tres veces más que en hombres (51). Aún así, la estadística descriptiva insinúa un aumento de la prevalencia de la mala salud mental entre los hombres, pero no en mujeres, en cuyo caso disminuye la prevalencia(1).

El estudio SESPAS describe una sobremortalidad masculina importante entre los años 2003 y 2011 en territorio español; además en el grupo masculino de 45 a 64 años de edad las tasas aumentaron ligeramente en el año 2008 (15,555 por 100.000 habitantes), y se mantuvieron hasta el 2011. Paralelamente, en el grupo de mujeres se observa una tendencia lineal y estable en todos los cohortes de edad durante el transcurso de dichos años. (17). A parte, un artículo del 2014 publicado en el *European Journal of Public Health*, muestra un aumento de mala salud mental en hombres en los grupos de edad de 35-44 y 45-54 años, los de clase social inferior, aquellos con educación primaria o secundaria, extranjeros y sustentadores de la familia (1).

## **Edad.**

Tal y como se ha nombrado en el marco teórico, es alarmante el incremento de suicidios en la población joven: 20-44 años (23). Espino afirma en su artículo que el aumento de la tasa de suicidio durante los años 2005 al 2010 fue más relevante en varones de 40 a 64 años (2). Finalmente el informe SESPAS remarca, que a pesar del aumento de las cifras de suicidio en toda la población, son los mayores de 65 años de ambos sexos, los que representan las cifras más altas entre 2003 y el 2011 (17).

### **h) Segundo filtro a la población: principal factor social, el desempleo.**

España es el país entre los quince que formaban parte de la Unión Europea durante el periodo de 1995-2004, que posee los peores indicadores de desempleo (total, en jóvenes, en mayores, de larga o corta duración) (52). Actualmente, los desempleados constituyen un grupo cada vez menos homogéneo. El modo en que una persona experimenta el desempleo varía según sea su situación personal, momento laboral y contexto cultural (2). **Entre los diversos factores que influyen en el suicidio, el desempleo supone el principal factor de riesgo.** No en vano ha sido utilizado como variable en investigaciones sobre la relación entre la salud mental y las crisis económicas. Al estudiar longitudinalmente el paso del empleo al desempleo se observa que repercute claramente sobre el bienestar psicológico general, la depresión y la ansiedad (17). **El desempleo puede causar,** por sí mismo, la aparición de los primeros problemas de salud mental en una persona previamente sana, especialmente entre desempleados de más de 6 meses de duración, personas con educación superior y grupos minoritarios, apareciendo cuadros de tipo depresivo y de ansiedad generalizada que no habían padecido con anterioridad (2). **De hecho las personas en desempleo presentar un riesgo entre dos y siete veces mayor de padecer depresión** (17). Existiendo otras variables, junto al desempleo, que afectan al riesgo de suicidio (pobreza, trastornos psíquicos, carencia de lazos sociales o cultura de la población frente a la muerte) (27), en los periodos de recesión económica se ha encontrado una alta correlación entre tasas de desempleo y de suicidio (28-31), especialmente entre varones de 30 a 49 años (32-34) y jóvenes entre 16 y 24 (35, 36) 1 .Así pues, si se estudia el desempleo en función de la edad y el género, se encuentran características especiales en el caso de los jóvenes y de la mujer (2).

La diferencia entre géneros está muy relacionada con el impacto del desempleo en la población, ya que el trabajo está fuertemente relacionado con el papel social del hombre como sustentador de la familia, mientras que las mujeres son psicológicamente inmunes ya que poseen su rol familiar como sustituto del empleo (1). La misma conclusión obtuvo un estudio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), en el que se encontró que las mujeres catalanas tenían mejor salud que los varones desempleados, y que la mujer con trabajo tenía mayor riesgo de padecer algún problema de salud mental que la desempleada con subsidio, al contrario que el hombre. El estudio mantiene que las mujeres suelen tener peores condiciones laborales y una sobrecarga debido a la jornada laboral fuera y dentro del hogar. Por su parte los hombres desempleados, al notar que faltaban a su deber de sustentar a la familia, tenían un riesgo añadido para su salud mental (2). Por ejemplo, un varón de 40 años casado y con varios factores económicos de riesgo (desempleado, tener un familiar en paso y con dificultades para pagar la hipoteca) se estima que la probabilidad de padecer depresión fue de 0,65, frente a un 0,35 en un hombre sin estas características, según el informe SESPAS (17).

Por otra parte entre los jóvenes, la dificultad que existe para entrar en el mercado laboral, influye negativamente en su motivación y actitud durante la búsqueda de empleo, siendo más evidente conforme pase el tiempo (2).

Finalmente un reciente estudio (3), yendo más allá de los datos oficiales, concluye una asociación entre la crisis y el incremento relativo de la tasa de suicidio en España en los hombres de edad laboral.

**En conclusión** la valoración individual con la escala se realizará a todo **hombre con edad comprendida entre los 35 y los 64**, ya que como se ha expuesto la bibliografía afirma que el índice de suicidio en el varón es mayor. Por otra parte, se ha elegido el rango de edad entre los 35 y 64 ya que incluían los rangos de edad críticos descritos en la bibliografía, además que incluye el rango de edad en que el suicidio y el desempleo tienen una correlación más fuerte según los artículos. Esta afirmación la mantiene el informe SESPAS, el cual afirma que el efecto de la crisis financiera respecto a la tasa de suicidio tiene su mayor afluencia entre los hombres y las personas en edad de trabajar, por lo que las intervenciones específicas deberían dirigirse a este grupo de población ya que se puede obtener un gran beneficio (3).

### **i) Escala validada del riesgo de suicidio.**

Una vez obtenido el lugar donde se aplicaría el plan de detección y la población a la que se le realizaría el cribaje; hay que detectar las personas que tienen mayor riesgo de este grupo (29). La evaluación del riesgo suicidio es una de las tareas más complejas y difíciles que debe realizar un clínico. En la actualidad existen diversos instrumentos que han sido diseñados para la evaluación de aspectos directa o indirectamente relacionados con los comportamientos suicidas. En la siguiente tabla se exponen las escalas que la guía de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (29) ha considerado que pueden ser más útiles desde el punto de vista clínico o aquellas que han demostrado ser más útiles en la investigación. Hay que señalar que el uso de escalas psicométricas para la evaluación del riesgo suicida aún no se ha incorporado de modo rutinario a la clínica cotidiana, y que algunas de las escalas que se nombran no han sido adaptadas al español todavía. Los manuales de clasificación recomiendan la necesidad de evaluar de modo adecuado la presencia (o no) de riesgo autolítico, y ya que no existe un instrumento único de evaluación se recomienda en las guías aceptar la que más se aproxime a las necesidades del clínico, usando siempre que sea posible la utilización de escalas que cuenten con las psicométricas adecuadas y hayan sido aceptadas y validadas; por este motivo se busca una escala con las siguientes características (29):

- Una escala dedicada exclusivamente a evaluar el riesgo de suicidio y que por lo tanto no se trate de un solo ítem el destinado a esta función dentro de una escala más amplia.
- Debe ser una escala escueta ya que se el ámbito de actuación es la atención primaria donde el tiempo en consulta es limitado respecto a todas las intervenciones que se han de realizar.
- Debe tratarse de una escala validada. Este punto es muy importante.

Centrándonos más en la siguiente tabla se puede observar que las escalas están divididas en cuatro grupos que facilitan su organización, por lo que cada grupo tiene un color representativo (rosa, azul, naranja y amarillo). Cada fila representa una escala, la cual está dividida en tres columnas: la primera indica el nombre de la escala, la segunda ofrece una descripción muy breve sobre la misma y la tercera expone las ventajas que ofrece para este proyecto y los motivos por los que se acepta o descarta. La última celda está coloreada en verde si se trata de una escala validada. Si posteriormente se descarta la escala por no cumplir

el resto de requisitos expuestos se ha tachado la celda con una línea oblicua. Finalmente sólo ha quedado una celda de color verde y sin tachar: la escala de Plutchick.

**Se ha concluido** que la escala más adecuada para la intervención es la de **Riesgo de Suicidio de Plutchick** porque está validada en España, se trata de un cuestionario autoadministrado (por lo que la puede rellenar el usuario mientras la enfermera registra otros controles en el programa informático (e-CAP), con lo que se dinamiza la consulta de atención primaria), es sencilla de aplicar y está dirigida a la población en general (29). La persona debe contestar quince preguntas con respuesta: sí o no. Cada pregunta afirmativa puntúa un punto. El punto de corte, a partir del cual se consideraría que se está ante una persona con riesgo de suicidio, sería seis puntos (29). Se puede consultar la escala en el Anexo IV.

Además parece muy interesante la escala **SAD PERSONS**, pese a no estar validada, ya que es muy sencilla y establece cuatro niveles de riesgo lo que permite crear un programa de intervenciones según el nivel de riesgo (29). Su nombre es el acrónimo está formado por cada letra inicial de cada ítem que la compone. Estos cuatro niveles serían (29):

- ⇒ De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.
- ⇒ De 3 a 4.: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.
- ⇒ De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.
- ⇒ De 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad

Cada ítem se puntuaría con un punto si está presente (29).

Pese a ser una escala no validada, ha sido recomendada por su contenido didáctico y facilidad de aplicación, además de su uso recomendado en atención primaria (35). Se puede consultar la escala en el Anexo V.

Así pues se usarán ambas escalas en el trabajo: primero se pasará la escala validada para detectar a la persona con riesgo de suicidio, y una vez detectada se pasará la escala SAD PERSONS para clasificarla en un nivel de riesgo, los cuales parecen concordar con los que propone la O.M.S.

**Tabla 3. Escalas consideradas más útiles desde el punto de vista clínico o aquellas que han demostrado ser más útiles según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.**

	ESCALA	DEFINICIÓN	CONCLUSION
ESCALAS NO ESPECÍFICAS DE SUICIDIO	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista diagnóstica estructurada que explora, para detección u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.</li> <li>- Dividida en módulos: el <b>módulo C</b> corresponde a la evaluación del riesgo de suicidio actual.</li> <li>- Validada.</li> <li>- Diferencia en niveles de riesgos (leve-moderado-alto)</li> </ul>	<p>VENTAJAS PRINCIPAL: ESCALA VALIDADA.</p> <p>DESCARTADO PORQUE: sólo contempla un módulo sobre el riesgo de suicidio.</p>
	Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúan perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.</li> <li>- <b>El ítem 3</b> explora el riesgo suicida en el momento actual.</li> <li>- Sólo es un punto sobre el suicidio (su puntuación pasaría a integrarse en la puntuación global de la escala).</li> <li>- Existe validación española de esta escala.</li> </ul>	<p>VENTAJA PRINCIPAL: ESCALA VALIDADA.</p> <p>DESCARTADO PORQUE: sólo contempla un ítem sobre el riesgo de suicidio.</p>
	Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MontgomeryAsberg Depression Rating Scale, MADRS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúa el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.</li> <li>- <b>El ítem 10</b> explora el riesgo suicida en el momento actual.</li> <li>- No existe una corrección específica del ítem de suicidio (su puntuación pasaría a integrarse en la puntuación global de la escala).</li> <li>- Existe validación española de esta escala.</li> </ul>	<p>VENTAJA PRINCIPAL: ESCALA VALIDADA.</p> <p>DESCARTADO PORQUE: sólo contempla un ítem sobre el riesgo de suicidio.</p>

ESCALAS ESPECÍFICAS DE EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTO SUICIDA	<p>Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala diseñada para evaluar la gravedad de los pensamientos suicidas.</li> <li>- No existe validación española de esta escala.</li> </ul>	ESCALA NO VALIDADA.
	<p>Escala de Ideación Suicida de Paykel (Paykel Suicide Scale, PSS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala diseñada para evaluar la gravedad de los pensamientos suicidas de modo gradual.</li> <li>- No existe validación española de esta escala.</li> </ul>	ESCALA NO VALIDADA.
	<p>International Suicide Prevention Trial (InterSePT) Scale for Suicidal Thinking (ISST)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumento semiestructurado diseñado para la evaluación de la gravedad de los pensamientos suicidas actuales en pacientes con <b>esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo</b>.</li> <li>- No existe validación española de esta escala.</li> </ul>	ESCALA NO VALIDADA.
	<p>Escala SAD PERSONS (SAD PERSONS Scale).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala diseñada para evaluar riesgo de comportamiento suicida en base a factores de riesgo clínicos y sociodemográficos.</li> <li>- No existe validación española de esta escala.</li> </ul>	ESCALA NO VALIDADA.
	<p>Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumento semiestructurado para la evaluación conjunta de pensamientos suicidas (ideación suicida) y de comportamientos suicidas.</li> <li>- No existe validación española de esta escala.</li> </ul>	ESCALA NO VALIDADA.
	<p>Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala diseñada para evaluar riesgo suicida.</li> <li>- Se encuentra adaptado y validado en población española.</li> </ul>	ESCALA VALIDADA.
	<p>Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (Clinical Global Impresión for Severity of Suicidality, CGI-SS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se deriva de otra escala, y mira: la gravedad del cuadro clínico y la mejoría del riesgo suicida debido a las intervenciones terapéuticas</li> <li>- No existe validación española de esta escala.</li> </ul>	ESCALA NO VALIDADA.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LOS ACTOS SUICIDAS	Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida (circunstancias en las que se llevó a cabo, actitud hacia la vida y la muerte, consumo de alcohol ...)</li> <li>- Recomendado a: personas que han realizado una tentativa de suicidio.</li> <li>- No existe validación española de esta escala.</li> </ul>	ESCALA NO VALIDADA.
	Gravedad Médica de la Tentativa (Medical Damage Scale, MDS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala diseñada para medir la gravedad médica del acto suicida.</li> <li>- No existe validación española de esta escala.</li> </ul>	ESCALA NO VALIDADA.
ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE CONSTRUCTOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO	Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar.</li> <li>- No existe validación española de esta escala.</li> </ul>	ESCALA NO VALIDADA.
	Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living Inventory, RFL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumento diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse (razones para vivir).</li> <li>- Consta de 48 ítems.</li> <li>- No existe punto de corte propuesto.</li> <li>- Se encuentra adaptado y validado en población hispana.</li> </ul>	<p>VENTAJA: ESCALA VALIDADA EN POBLACIÓN HISPANA.</p> <p>DESCARTADO PORQUE: Muy larga de pasar durante una consulta ordinaria de atención primaria.</p>
	Escala de Impulsividad de Barrat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumento diseñado para evaluar la impulsividad (1,2).</li> <li>- Se encuentra adaptado y validado en población hispana.</li> </ul>	<p>VENTAJA: ESCALA VALIDADA EN POBLACIÓN HISPANA.</p> <p>DESCARTADO PORQUE: Evalúa impulsividad. Muy larga.</p>
	Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumento diseñado para evaluar los distintos aspectos de la hostilidad y los sentimientos de</li> </ul>	ESCALA VALIDADA EN POBLACIÓN HISPANA.



		culpabilidad asociados. - Se encuentra adaptado y validado en población hispana. - Actualmente la más usada para la valoración de los niveles de agresividad (3).	DESCARTADO PORQUE: evalúa hostilidad y culpabilidad. My larga (75 ítems).
	Historia de Agresión de Brown-Goodwin	- Instrumento semiestructurado diseñado para evaluar la existencia de antecedentes de conductas agresivas a lo largo de la vida. - No existe validación española de esta escala.	ESCALA NO VALIDADA.
	Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (List of Threatening Experiences, LTE)	- Instrumento diseñado para recoger la existencia de acontecimientos vitales estresantes ocurridos durante un período temporal determinado. - No existe validación española de esta escala.	ESCALA NO VALIDADA.

**Leyenda:**

	ESCALAS NO ESPECÍFICAS DE SUICIDIO
	ESCALAS ESPECÍFICAS DE EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTO SUICIDA.
	ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LOS ACTOS SUICIDAS.
	ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE CONSTRUCTOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO.
	ESCALA VALIDADA
	ESCALA VALIDADA, DESCARTADA POR OTRO MOTIVO.
	ESCALA VALIDADA EN POBLACIÓN HISPANA. Y DESCARTADA POR OTRO MOTIVO.

## **j) La entrevista clínica.**

**La entrevista clínica** es una herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio, que junto con las escalas constituyen los recursos básicos para la evaluación de dicho riesgo. Hay que tener en cuenta que las escalas son sólo un complemento o apoyo, y por lo tanto nunca sustituyen al juicio clínico lo que hace esencial una entrevista clínica. Además al suponer una interacción entre el paciente y el profesional, se reduce el riesgo suicida. Es esencial apuntar que hablar de suicidio con los usuarios en los que se detecte ideación suicida y contribuir a que se sientan comprendidos, sin que por consecuencia aumente el riesgo. Aún así tampoco hay que olvidar el hecho de que alguien hable sobre suicidio no elimina la posibilidad de que lo lleve a cabo (35).

La entrevista no es una tarea sencilla ya que no resulta fácil preguntar a las personas sobre sus ideas suicidas. Por eso lo primero es asegurarse que la entrevista será tranquila en un lugar que propicie el nivel adecuado de privacidad y empatía, facilitando la expresión de la intencionalidad suicida. Durante la misma debe realizarse una evaluación psicopatológica, deben recogerse las variables sociodemográficas y los factores de riesgo y protectores (35).

En el inicio de la entrevista es esencial explicar los objetivos de la evaluación y de la importancia de que el paciente se implique. Además son esenciales la destreza y la actitud del profesional durante la entrevista. El profesional, mostrando calma y seguridad, debe tener capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal; por lo que se han de evitar los comentarios reprobatorios ni tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta. Es una entrevista para recoger información tanto verbal como no verbal, en la que se debe profundizar con detalle y de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitando las preguntas morbosas. Las preguntas deberán formularse de forma gradual y no ser exigentes, sino que se planteen de forma cálida y empática. Algunos ejemplos de preguntas podrían ser (53): ¿se siente feliz?, ¿se siente desesperado?, ¿se siente incapaz de enfrentar cada día?... El momento óptimo para adentrarse en preguntas más personales es tras el establecimiento de una comunicación empática y el usuario se siente cómodo expresando sus sentimientos. Algunos ejemplos de preguntas podrían ser (53): ¿alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?, ¿tiene idea de cómo lo haría?, ¿tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?, ¿ha decidido cuándo llevar a cabo su plan para acabar con su vida? ¿Cuándo? El profesional debe transmitir que

sus conocimientos están dispuestos a ayudar, y aunque el humor no está contraindicado si se debe evitar el sarcasmo y la ironía. Ante cualquier sospecha de ideación suicida se requiere la participación activa del profesional: a mayor riesgo más directiva debe ser la actuación; y se ha de comunicar a los familiares un posible riesgo y las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes (35).

Toda la información debería registrarse en la historia clínica (35).

A continuación se presenta un ejemplo de aspectos a recoger en la entrevista a un paciente con riesgo suicida, recogido de la guía del SNS (35):

<b>DATOS PERSONALES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexo</li> <li>- Edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- País de origen</li> <li>- Grupo étnico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado civil</li> <li>- Ocupación</li> </ul>
<b>FACTORES DE RIESGO</b>		<b>FACTORES PROTECTORES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de trastornos mentales</li> <li>- Intentos previos de suicidio</li> <li>- Desesperanza</li> <li>- Presencia de ideación suicida</li> <li>- Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad</li> <li>- Historia familiar de suicidio</li> <li>- Presencia de eventos vitales estresantes</li> <li>- Factores sociales y ambientales</li> <li>- Antecedentes de suicidio en el entorno</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidades de resolución de problemas</li> <li>- Confianza en uno mismo</li> <li>- Habilidades sociales</li> <li>- Flexibilidad cognitiva</li> <li>- Hijos</li> <li>- Calidad del apoyo familiar y social</li> <li>- Integración social</li> <li>- Religión, espiritualidad o valores positivos</li> <li>- Adopción de valores culturales y tradicionales</li> <li>- Tratamiento integral de la enfermedad física/mental</li> </ul>
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA</b>		<b>CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación</li> <li>- Evolución</li> <li>- Frecuencia</li> <li>- Valoración de la Intencionalidad y determinación</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desencadenantes</li> <li>- Valoración de la Intencionalidad</li> <li>- Letalidad de la conducta</li> <li>- Método                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación medicamentosa</li> <li>• Intoxicación por otro producto químico</li> <li>• Daño físico</li> </ul> </li> <li>- Actitud ante la conducta suicida actual</li> <li>- Medidas de evitación de rescate</li> <li>- Despedida en los días previos</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN CLÍNICA</b>		<b>TIPO DE CONDUCTA SUICIDA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración del nivel de conciencia</li> <li>- Afectación de la capacidad mental</li> <li>- Intoxicación por alcohol u otras drogas</li> <li>- Enfermedades mentales</li> <li>- Estado de ánimo</li> <li>- Planes de suicidio</li> <li>- Capacidad de otorgar un consentimiento informado</li> <li>- Necesidad de valoración por parte de especialista</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideación suicida</li> <li>- Comunicación suicida</li> <li>- Conducta suicida</li> </ul>

**k) Clasificación del riesgo suicida y actividades que puede realizar enfermería al respecto.**

Gracias a la escala Plutchick detectamos a la persona que tiene riesgo de suicidarse (punto de corte en seis), y gracias a la escala SAD PERSONS la clasificamos en cuatro niveles fácilmente; siempre teniendo en cuenta paralelamente la entrevista personal. Se recuerdan los cuatro niveles descritos anteriormente:

- ⇒ De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.
- ⇒ De 3 a 4.: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.
- ⇒ De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.
- ⇒ De 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad

Por otra parte el programa SUPRE de la OMS explica ciertas recomendaciones dirigidas a atención primaria, no especialmente a profesional sanitario, graduándolas dependiendo del nivel de riesgo de la persona que potencialmente pueda presentar conducta suicida en tres estadios (riesgo bajo, medio y alto) (40).

Se ha querido fundamentar la elaboración de la clasificación del riesgo en estos dos recursos, uniéndolos y formando una única tabla, basándose en las recomendaciones de derivación a un servicio de salud mental que ambas señalan. Así pues el riesgo bajo correspondería a la puntuación de 0 a 2 de la escala SAD PERSONS, el riesgo medio correspondería a la puntuación 3-4 de la escala SAD PERSONS, y el riesgo alto correspondería a la puntuación 5 a 6 y de 7 a 10 de la escala SAD PERSONS.

**Tabla 4. Clasificación del nivel de riesgo de suicidio.**

<p><b>Riesgo bajo.</b>  <b>Puntuación de 0-2 en la escala SAD PERSONS.</b>                  La persona tiene pensamientos suicidas pero no ha elaborado un plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofrecer apoyo emocional.</li> <li>- Trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida.</li> <li>- Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de problemas llevados a cabo en el pasado.</li> <li>- Seguimiento regular.</li> </ul>
--	---

<p><b>Riesgo medio.</b>  <b>Puntuación de 3-4 en la escala SAD PERSONS.</b></p> <p>La persona tiene pensamientos y planes suicidas pero no inmediatos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofrecer apoyo emocional, trabajar la comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona.</li> <li>- Explorar alternativas al suicidio.</li> <li>- Pactar un contrato no suicidio.</li> <li>- Sin contractar previamente con el personal sanitario.</li> <li>- Por un periodo específico de tiempo.</li> <li>- Derivación a salud mental.</li> <li>- Contactar con la familia y allegados.</li> <li>- Prescindir fármacos.</li> </ul>
<p><b>Riesgo alto.</b>  <b>Puntuación de 5-6 y 7-10 en la escala SAD PERSONS.</b></p> <p>La persona tiene un plan definido medios y plantea hacerlo inmediatamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompañamiento.</li> <li>- Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio.</li> <li>- Haga un contrato de no suicidio.</li> <li>- Derivación inmediata a salud mental.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Siguiendo el esquema que proporciona la OMS, a continuación se describen ciertas acciones que puede realizar enfermería una vez esté detectado el nivel de riesgo de suicidio. Las actividades son originarias de una *guía de buenas prácticas clínicas en enfermería de la asociación de profesional de enfermeras de Ontario* (24):

**Actividades propias del RIESGO BAJO:**

- La enfermera reconoce los indicadores clave que ponen a las personas en riesgo de comportamiento suicida, aún en ausencia de expresión explícita de suicidio. Para las personas que presentan indicadores de riesgo, la enfermera realiza y registra la valoración de la ideación suicida y el plan a seguir.

- La enfermera valora los factores protectores asociados a la prevención del suicidio.

### **Actividades propias del RIESGO MEDIO:**

- La enfermera obtiene información colateral de las fuentes disponibles: familia, amigos, soportes comunitarios, historial médico y profesionales de la salud mental.
- Restringir el acceso a medios letales.

### **Actividades que se pueden realizar indistintamente si el RIESGO ES BAJO O MEDIO:**

#### Actividades relacionadas con “ofrecer apoyo emocional”.

- La enfermera trabaja con el paciente para minimizar los sentimientos de pena, culpabilidad y estigma asociados con el suicidio, la enfermedad mental y las adicciones.
- La enfermera fomenta la esperanza en el paciente suicida.
- La enfermera se tomará seriamente cualquier afirmación realizada por un paciente que indique, sea directa o indirectamente, sus deseos de morir suicidándose, y /o toda información disponible que indique riesgo de suicidio.

#### Actividades relacionadas con “trabajar la comunicación”.

- La enfermera trabaja para establecer una relación terapéutica con los pacientes en riesgo de comportamiento e ideación suicida. Tiene que escuchar, mostrar empatía, mostrar apoyo y preocupación, mantener la calma y tomar en serio la situación.
- La enfermera trabaja de forma colaborativa con el paciente con el fin de comprender su perspectiva y encontrar sus necesidades.
- La enfermera utiliza un abordaje basado en la resolución de problemas mutuos para facilitar el entendimiento de como perciben sus propios problemas y generan soluciones. Explorar posibilidades diferentes al suicidio.
- Identificar apoyos y factores protectores del suicidio.
- La enferma puede iniciar y participar en el proceso de intervención psicológica breve “debriefing” con otros profesionales del equipo de salud según el protocolo de la organización.
- Comunicación entre profesionales.

Actividades relacionadas con “centrarse en aspectos positivos y resolución de problemas”.

- La enfermera se cerciorará de que la observación y el seguimiento terapéutico reflejen el cambio en el riesgo de suicidio del paciente.

**Actividad a realizar si el RIESGO ES ALTO:**

- La enfermera valora y gestiona aquellos factores que pueden impactar en la seguridad física de los pacientes como de los miembros del equipo interdisciplinar
- Permanecer con la persona.

**Las principales acciones que la OMS propone evitar** ante una situación de ideación suicida son: ignorar la situación, mostrarse consternado, decir que todo está bien, retar a la persona a seguir adelante, hacer parecer el problema como algo trivial, dar falsas garantías, jurar guardar secreto, dejar a la persona sola (53) .

**A continuación se presentan criterios de derivación del paciente a otros servicios** (35), que se deberán tener en cuenta:

Se derivará **urgentemente desde atención primaria al servicio de salud mental** en caso de que el paciente con ideación suicida presente:

- Conducta suicida grave reciente.
- Plan de suicidio elaborado.
- Expresión de intencionalidad suicida.
- En casos de duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato. Si está disponible el contacto directo, consultar con el dispositivo de salud mental de referencia.
- Presencia de tentativas previas.
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de soporte.

Ante un caso de conducta suicida, la urgencia al derivarlo dependerá de las características clínicas del cuadro y el historial del paciente. Se tiene que tener en cuenta que no hay una relación entre la gravedad de los aspectos físicos de un episodio de autolesiones y la gravedad del trastorno mental. En caso de duda sobre la gravedad del episodio de autolesiones, es

recomendable contactar con urgencias o salud mental y evaluar la derivación por este motivo. La contención mecánica y la vigilancia estarían contempladas en caso de riesgo elevado de lesiones y necesidad de traslado urgente involuntario en pacientes con claro riesgo suicida(35).

La **derivación preferente al servicio de salud mental** (en plazo de una semana) de aquellos pacientes con ideas o conducta autolítica y que no presenten ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y presenten: alivio tras la entrevista, expresión de intención de control de impulsos suicidas, aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas, apoyo sociofamiliar efectivo (35).

### **1) Formación a los profesionales de atención primaria.**

La formación debe acompañar siempre este tipo de programas de prevención, con el fin de que el profesional sea capaz de gestionar el posible incremento de población detectada con riesgo de conducta autolítica. Aunque se recomienda la formación de todo el personal, sanitario y no sanitario, con posibilidad de estar en contacto con un caso de conducta autolítica, en este apartado se quiere hacer un llamamiento a la formación del profesional sanitario de atención primaria, protagonistas de esta intervención (35).

La mayoría de los estudio señalan una deficiencia de conocimientos en los profesionales de atención primaria para proporcionar una adecuada evaluación y tratamiento de pacientes con conducta suicida ni criterios claros cuando derivar a la atención especializada; a pesar que para la OMS son estos sanitarios deben estar disponibles, accesibles, informados y comprometidos para proporcionar atención a personas con riesgo de conducta autolítica.

Por este motivo la formación de los profesionales de atención primaria constituye una de las estrategias de prevención del suicidio más esenciales. La mayoría de los programas de formación para profesionales abarcan conferencias, clases teóricas sobre el tema (clasificación, etiología, clasificación...), role-playing o análisis de casos, obteniendo diferentes resultados debido a la disparidad de metodologías (35).



## 6) EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

En términos generales no es fácil valorar la calidad de los servicios de Salud Mental, menos aún la creación de estructuras nuevas (46). Hay que tener en cuenta en este apartado que resulta difícil evaluar los resultados de un programa comparándolo con datos anteriores, cuando estos se suponen infraestimados (3).

### **Para valorar la disminución del número de suicidio consumados.**

#### Indicador 1:

Se comparará la tasa de mortalidad por suicidio del registro de mortalidad de Catalunya de los años siguientes a la instauración del programa, respecto a la tasa antes de comenzar el mismo.

### **Para valorar la eficiencia de la detección precoz.**

#### Indicador 1:

Se hará el porcentaje de la población detectada con riesgo de suicidio a través del programa de detección precoz respecto a la población teórica con riesgo de suicidio.

El numerador será la población atendida, y el denominador la tasa de personas con riesgo de suicidio teórica. El indicador será expresado en forma de porcentaje (%).

#### Indicador 2:

Se comparará el número de casos detectados años anteriores con los registrados tras la implantación del programa en los Centros de Atención Primaria (CAP) para observar si ha habido un incremento de la detección.

#### Indicador 3.

Valorar la precisión diagnóstica: porcentaje de los pacientes a los que consta la realización de procedimientos diagnósticos, que en el caso del riesgo de suicidio con las escalas recomendadas en la intervención.

Numerador: número de pacientes a los que se les ha realizado la escala Plutchick.

Denominador: número de pacientes a los que consta en su historia clínica ideas autolíticas y/o conductas suicidas.

Se expresa en %. Es recomendable el análisis por cada ABS (Área Básica de Suicidio) para valorar.

**Para valorar la clasificación de la población según el riesgo de la población**, se hace gracias a la escala SAD PERSON, que clasifica el riesgo en tres niveles tal y como hace la O.M.S.

Indicador 1.

Registrar y comparar el número de las personas clasificadas correspondientemente en: riesgo bajo, medio y alto.

Indicador 2.

Calcular el porcentaje de personas que se clasifican en los tres grupos de riesgos; y comparar con el porcentaje de suicidio en cada grupo.

Porcentaje de personas que se clasifican en los tres grupos de riesgos

- Numerador: número de personas enarcadas en el grupo de riesgo (bajo, medio o alto).
- Denominador: número de personas incluidas en el cribado y que han dado positivo en la escala Plutchick.

Porcentaje de suicidio en cada grupo:

- Numerador: número de personas que han llevado a cabo el suicidio en cada grupo.
- Denominador: número de personas totales clasificadas en cada grupo.

## 7) DISCUSIÓN.

Las cifras de fallecimiento por suicidios resultan alarmantes, en el 2011 se incrementó un 11% los fallecimientos por suicidio según los últimos datos del I.N.E. tal y como se ha dicho en el marco teórico (28). Según Helena Legido, la policía registró un 10% de incremento de suicidio en Cataluña entre el 2010 y el 2011, de 492 a 541, y un incremento del 20% en los intentos de suicidios no consumados, pasando de 1953 a 2379 (54). Este aumento coincide con la crisis económica que comenzó a finales del 2008, principios de 2009; así pues se observan factores epidemiológicos y sociales que retratan un perfil de usuario con mayor riesgo de conducta autolítica en este contexto económico y social (54). Por este motivo parece esencial la implantación de un programa de detección precoz.

La mayoría de los programas de abordaje del suicidio existentes se centran en el buen abordaje y seguimiento de las personas con conductas o ideas autolíticas, cuando el peligro resulta casi inminente. Como novedad, el presente trabajo pretende detectar de forma precoz a las personas con riesgo antes de que el peligro sea tangible, ofreciendo la posibilidad de tener a la población controlada y que se pueda trabajar a niveles más tempranos en un contexto de crisis económica. La detección resulta sencilla a través de una escala validada (escala Plutchick), que gracias a su corta duración puede pasarse rápidamente durante una consulta de atención primaria, y no se necesita una formación exhaustiva al respecto. La intervención indica claramente el camino a seguir en las actividades.

El programa que se propone no se trata de un movimiento aislado, sino que se puede contemplar dentro de las líneas de salud enmarcadas por las distintas instituciones, pudiendo contemplarse como un complemento al recién presentado *Codi Risc de Suïcidi (CRS)* (11). Su aplicabilidad está pensada exclusivamente en atención primaria, pudiendo convertirse en un parámetro más que tener controlado sobre el cupo de personas de los profesionales sanitarios.

En nuevas líneas de investigación, una vez establecido el plan de detección y prevención del suicidio, sería interesante elaborar un programa de formación de los profesionales de atención primaria sobre el suicidio, la actuación de enfermería en estas situaciones, así como la comunicación entre los servicios de salud mental, urgencias y atención primaria. A parte se podría indagar respecto al papel de los medios de comunicación y de campañas de

información a la población sobre este tema. También sería interesante la investigación del efecto diferencial de la actual crisis financiera sobre el suicidio en España, ya que existen pocos estudios al respecto con los que poder realizar una comparativa. Por último remarcar la importancia de la creación de estudios que busquen soluciones a la problemática del desempleo, para poder trabajar uno de los factores relacionados con el riesgo suicida, asunto que no entra dentro del contexto de la investigación sanitaria pero importante en este tema.

Actualmente se están llevando a cabo iniciativas locales, pero no hay ningún programa instaurado a nivel nacional, pese a la existencia de una guía clínica del Sistema Nacional de Salud al respecto. Sería útil su instauración a nivel nacional y el registro más preciso y actualizado de las cifras sobre la tasa de suicidio, incluyendo el registro epidemiológico de las personas con ideación y tentativas. Existe variabilidad respecto a la epidemiología de la tentativa suicida entre territorios de un mismo país (4), lo que remarca la importancia de este tipo de registro más exhaustivo debido a las implicaciones que supone en las políticas públicas de prevención que podrían llevarse a cabo.

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complicado debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas de la investigación. Actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo (35). A parte existe una escasez de datos oficiales (5), que parecen incrementar la idea del suicidio como tabú (12). Además las estadísticas publicadas, como las estadísticas de intentos consumados de suicidio, están basadas en certificados de defunción y pesquisas judiciales, lo que sugiere que las cifras están subestimadas y no son rigurosas (51). Finalmente todas estas faltas suponen una limitación para el trabajo, ya que resulta difícil tener una base de datos fiable con la que valorar la efectividad del programa.

## 8) CONCLUSIÓN.

Se ha observado un aumento de las enfermedades mentales en Atención Primaria, siendo el desempleo el factor de riesgo más importante para este aumento. Enmarcado dentro de la salud mental se encuentra un aumento de la tasa de suicidios en los últimos años en España, incremento que ha influido a las autoridades sanitarias crear líneas de intervención para disminuir las cifras. Aún así no hay un programa implantado en todas las Comunidades Autónomas de España, sino que se tratan de pequeñas iniciativas a nivel local que pretenden la prevención del suicidio. En la actualidad existen pocos proyectos centrados en la prevención secundaria, por este motivo se ha querido crear un plan de detección precoz en la población, basándose en los datos epidemiológicos del suicidio en relación con la actual crisis financiera, de forma que se pueda tener más controlada a la población desde Atención Primaria, evitando el riesgo a través de intervenciones tempranas y conociendo el verdadero riesgo que supone el suicidio en los usuarios, ya que las cifras al respecto no terminan de ser claras por diversas causas, ya sea la propia naturaleza de la conducta suicida o la falta de instrumentos de valoración.

Es esencial que los profesionales se actualicen en este ámbito para conocer su importancia y contribuir a su prevención. Como se puede observar no se trata de una tarea sencilla y requiere la predisposición de los profesionales y la inversión de parte de su esfuerzo en formarse al respecto; pero gracias a pequeñas acciones se podrían detectar señales a niveles tempranos de lo que al final supone un final drástico e inesperado.

## 9) BIBLIOGRAFÍA.

1. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health*. 2014; 24(3):415–8.
2. Espino E. Economic crisis, politics, unemployment and (mental) health. *Rev. Asoc, Esp. Neuropsiq.* 2014; 34 (122): 385-404.
3. Lopez J, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2013; 23(5): 732–6.
4. Sánchez D, García A, Muela JA. Suicide attempts in the province of Jaén (Spain). *Gac Sanit*. 2014; 28(3): 256–7.
5. Gili M, García J, Roca M. Economic crisis and mental health. *SESPAS report 2014*. *Gac Sanit*. 2014; 28 (1): 104-108..
6. Ruiz M, Córdoba JA, Bacigalupe A, Juárez S, Escolar A. The economic crisis at the beginning of the XXI century and mortality in Spain. Trend and impact on social inequalities. *SESPAS Report 2014*. *Gac Sanit*. 2014; 28 (S1): 89-96
7. Organización Mundial de la Salud (O.M.S). *Temas de salud [Sede Web]*. Ginebra: the O.M.S.; [actualizado el 2015; accedido el 05 de Enero del 2015]. Disponible a: <http://www.who.int/es/>
8. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del Suicidio*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1969. Informe No.: 35.
9. Organización Mundial de la Salud. *Preventing suicide. A global imperative*. 1<sup>st</sup> ed. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud; 2014
10. Generalitat de Catalunya. *Salud [Sede Web]*. Cataluña: Generalitat de Catalunya; [actualizada en el 2015, accedido el 24 de Abril del 2015]. Disponible a: <http://web.gencat.cat/es/temes/salut/>

11. Servei Català de la Salut. Implantació del CODI RISC de SUÏCIDI (CRS) a Catalunya. 17 Diciembre del 2013; Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
12. Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida . Distrito de la Dreta de l ' Eixample de Barcelona. Actas Esp Psiquiatr. 2011; 39(5):280-7.
13. Dávila C, González B. Economic crisis and health. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2009; 23 (4): 261-265.
14. Vilar JM. La crisis económica actual. Sus orígenes y características. Medidas para salir de la crisis. R.O.P. 2009; 3. 496: 19–44.
15. Hernández A, Moraleda V, Sanchez MT. Instituto de Estudios Fircales. Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas. Crisis económicas a lo largo de la historia. Cuadernos de formación [revista en línea]. Vol 12/2011 [consulta 29 Enero 2015]. Accesible a:  
[http://www.ief.es/recursos/publicaciones/revistas/cuadernos\\_formacion.aspx](http://www.ief.es/recursos/publicaciones/revistas/cuadernos_formacion.aspx)
16. Rivadeneyra A, Minué S, Artundo C, Márquez S. Lessons from abroad. Current and previous crisis in other countries. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (1): 12-17.
17. Gili M, García J, Roca M. Economic crisis and mental health. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (1): 104-108
18. Tapia JA. The Great Recession , a cause of health improvement ? A reply to my critics. Salud Colectiva. 2014; 10 (1): 101–7.
19. Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España. Vol 35 [Sede Web]. Barcelona: ObraSocial; 2012 [actualizado en el 2012, accedido el 29 de Enero del 2015]. Estudios Sociales. Hemeroteca; [aproximadamente 3 pantallas] Disponible a:  
[http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/estudiossociales/volumenes12\\_es.html#vol35](http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/estudiossociales/volumenes12_es.html#vol35)
20. López G. The Spanish economic crisis and its consequences on social spending. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (S1): 18-23.

21. Opinión de los ciudadanos. Barómetro Sanitario. [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014 [actualizado 29 de Julio del 2014, accedido el 29 de Enero del 2015]. Portal Estadístico del SNS; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible a: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home\\_BS.htm](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm)
22. Segura A. Cuts, austerity and health. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (S1): 7-11.
23. Alvaro A, Kneib T, Gil R, Gil A. Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008: a spatiotemporal analysis. Public Health. 2013; 127: 380-5
24. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas en enfermería. Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y conducta suicida. 1st ed. Ontario: Investén iscii; 2009
25. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre detección, prevención e intervención de la conducta suicida. 1st ed. Andalucía: Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
26. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia: guías de práctica clínica en el SNS. 1st ed. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad; 2009.
27. Ayuso JL, Baca E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012; 5 (1): 8-23.
28. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Sede Web]. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2012. Madrid: I.N.E.; [actualizado 31 de Enero de 2014; accedido el 05 de Enero del 2015]. Disponible: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>



29. Sáiz PA, García MP, Bobes J. Instrumentos de evaluación. En: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011: 95- 121.
30. Chiclana C, Giner L. Protocolo de diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio. *Medicine*. 2011; 10 (85): 5777-81.
31. AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría), SPCAM (Servicio Madrileño de Salud). Guía de Autoayuda. Prevención del suicidio ¿qué puedo hacer? En: Presentación guía de autoayuda prevención del suicidio. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014.
32. Gutiérrez MD, Pérez B, Goñi A, Satrústegui C, Vega A, Lacasa MT et al., Oto M. Prevención y actuación ante conductas suicidas. 1st ed. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2014.
33. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. 1st ed. Madrid: FUDEN; 2013.
34. Cortès I, González B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanit*. 2014; 28 (S1): 1–6.
35. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: 2012.
36. Cordoba JA, San Sebastián M, Escolar A, Martínez JE, Per E Gustafsson. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *Int J Equity Health* [revista en línea]. 2014; 13 (55). [Consultado el 31 de Octubre de 2014]. Accesible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25062772>
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Facing the Challenges, Building Solutions. En: WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki: Organización Mundial de la Salud; 2005.

38. European Commission. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. 1<sup>st</sup> ed. Bruselas: Health and Consumer Protection Directorate-General; 2005.
39. European Commission. . European Pact for Mental Health and Well-Being. En: EU high-level Conference Together for Mental Health and Wellbeing. Bruselas: Organización Mundial de la Salud; 2008.
40. Prevención del Suicidio (SUPRE) [Sede Web] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1948-[actualizada en Agosto del 2012, accedida el 19 de Abril del 2015].Salud mental [Aproxiamadamente dos pantallas] Disponible en : [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
41. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020. 1st edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
42. Departament de Salut. Pla salut de Catalunya 2011-2015. 1st edition. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012.
43. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009 - 2013. 1st edition. Madrid: Gobierno de España; 2011.
44. Echeburúa E. Detección e intervención temprana en pacientes con riesgo alto de suicidio. En: X Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Valencia: Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (S.E.A.S.); 2014.
45. Servei Català de la Salut. Pla de Prevenció del Suïcidi de Catalunya. 17 Diciembre del 2013; Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
46. Departament de Salut. Ruta de la depressió. Lleida: Generalitat de Catalunya; 2012. Generalitat de Catalunya.
47. Equipo de trabajo del Programa de prevenció de la conducta suïcida del sector dreta de l'eixample. Programa de prevenció de la conducta suïcida del sector dreta de

- l'eixample. 1st ed. Barcelona: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Serveis Salut Mental, Generalitat de Catalunya; 2009.
48. Martín A, Jodar G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. En: Martín A, Jodar G, editors. Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. 1st edition. Madrid: Elsevier; 2011. p 3-16
  49. Márquez B. Abordaje del paciente con ideación suicida: entrevista clínica a propósito de un caso [Sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); 2013- [actualizada en el 2011, accedida el 10 de Enero del 2015]. Disponible a: <http://www.semergen.es/semergen/>
  50. Gaynes BN, West S, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004;140(10):822-835
  51. Vazquez M J, Álvarez C, López M, Cruz A, Abellás C. Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias.* 2012; 24: 121–5.
  52. Escribà V, Fons J. Crisis económica y condiciones de empleo: Diferencias de género y respuesta de las políticas sociales de empleo. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanit.* 2014. 28 (S1): 37–43.
  53. Trastornos Mentales y Cerebrales-Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. 1st edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;2000.
  54. Legido-Quingley H, Otero L, la Parra D, Alvarez C, Martin JM, McKnee M. Will austerity cuts dismantle the Spain healthcare system? *BMJ.* 2013; 346: f2363

# ANEXOS

## ANEXO I.

### Tabla 5. Documentos claves en los que se ha basado la política de Salud Mental Europea.

#### **WHO European Ministerial Conference on Mental Health**

##### **Facing the Challenges, Building Solutions**

Autor:

The Ministers of Health of Member States in the European Region of the World Health Organization (WHO)

Lugar y Fecha: Helsinki, Enero de 2005.

El documento reconoce la importancia de la salud mental y el bienestar mental para la calidad de vida de las personas, la familiar, la comunidad y las naciones; así como el valor de la promoción, prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los problemas de la salud mental como prioridad para la OMS, sus estados miembros y la Unión Europea (U.E.). La Declaración fija como principal objetivo de la salud mental el mejorar el bienestar de las personas. Para ello se describen las prioridades en este ámbito para la próxima década y las posibles acciones y responsabilidades al respecto.

#### **Green Paper**

##### **Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union.**

Autor: European Commission.

Lugar y Fecha: Bruselas, Octubre del 2005.

En enero de 2005 la *European Ministerial Conference on Mental Health* estableció un marco de acción global para la actuación respecto a la salud mental. Invitó a la *European Commission* a colaborar en la aplicación de este marco de actuación. El *Green Paper* es la primera respuesta a dicha invitación, siendo su objetivo iniciar un debate con las instituciones europeas, los gobiernos, los profesionales de salud, la sociedad civil y la comunidad de investigación sobre la relevancia de la salud mental para la Unión Europea (U.E.), la necesidad de una estrategia a nivel de la U.E. y las posibles prioridades.

**EUROPEAN PACT FOR MENTAL HEALTH AND WELL-BEING.**

**EU High-Level Conference Together for Mental Health and Wellbeing.**

Autor: European Commission.

Lugar y Fecha: Bruselas, Junio del 2008

Los participantes en la *EU high-level conference Together for Mental Health and Well-being* (conferencia de alto nivel de la Unión Europea: *Juntos por la Salud Mental y el Bienestar*), llevada a cabo en Junio del 2008, reconocen la importancia de la Salud Mental y el Bienestar en la Unión Europea, sus Estados miembros y los ciudadanos.

El Pacto llama la atención en cinco áreas prioritarias de actuación:

- Prevención de la depresión y suicidio.
- Salud Mental en los Jóvenes y en la Educación.
- Salud Mental en el lugar de trabajo.
- Salud Mental de las personas mayores.
- Combatir el Estigma y la Exclusión Social.

El Pacto debe facilitar las mejores prácticas europeas, de modo que se proporcionen recomendaciones de acción para avanzar en el tratamiento de los temas prioritarios, a los Estados Miembros de la U.E. ya que son los responsables de su aplicación en los países.

## ANEXO II.

**Tabla 6. Ejemplos de programas de prevención del suicidio en Europa.**

### **Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD)**

Fecha: años 2001-2002.

The NAAD fue un subproyecto de la “*German Reseach Network on Depression and Suicidality*” y fue fundado por la “*German Federal Ministry of Education and Research*” en la ciudad de *Nuremberg*.

El proyecto incluía: la cooperación con los médicos de atención primaria para mejorar el diagnóstico y el tratamiento, sensibilización de los medios de comunicación y población general, entrenamiento de las figuras clave (maestros, policías...) y servicios para grupos de riesgo y sus familiares (líneas telefónicas, aumento de las actividades autoayuda).

Los resultados mostraron la efectividad del programa ya que se registró una disminución de los intentos de suicidios y de los suicidios consumados, al comparar los resultados con los datos de referencia de Nuremberg y otra región alemana.

Este programa se ha extendido a otras zonas de Alemania y han comenzado actividades similares en otros 17 países europeos, favorecidas por el proyecto OSPI (*Optimizing Suicide Prevention Interventions*), la Alianza Europea contra la depresión (*European Alliance Against Depression*, EAAD) y el “Pacto Europeo para la Salud Mental y Bienestar”.

### **La guía del NICE.**

Fecha: 2004, posterior actualización en el 2011.

El “*The National Institute for Health and Care Excellence*” (NICE) nació en 1999. Se trata de una organización británica independiente que proporciona orientación nacional y consejos para mejorar la salud y la asistencia; de forma que se homogeneíen los cuidados y la disponibilidad y calidad de los tratamientos del National Health Service

(NHS), sistema inglés de salud.

**La guía elaborada por el NICE en el 2004** recomienda que todo el personal que pueda estar en contacto con personas con conducta suicida, independientemente de que se sanitario, debería tener un entrenamiento para tratar y entender este tipo de casos.

**La actualización de esta guía en el 2011** destina un capítulo a la formación del profesional sanitario sobre todo de atención primaria, urgencias y salud mental, que incluye la evaluación, tratamiento y manejo de las conducta suicida y la sensibilización sobre la discriminación asociada con estas personas. Además añade las siguientes recomendaciones:

- “La formación debería estar orientada específicamente a mejorar la calidad de la atención a las personas en riesgo de suicidio”.
- “Se debería involucrar a las personas en riesgo de suicidio en la planificación y ejecución de la formación”.
- “Los programas de formación deberían usar como medida de resultado la información sobre la atención percibida por los pacientes”.
- “Se debería considerar el impacto emocional del suicidio en el profesional y su capacidad para ejercer de manera competente y empática”.

Otros programas:

– **Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio.** Conjunto de profesionales y voluntarios de más de 50 países, que se dedican a la prevención del suicidio y de proporcionar un foro de debate.

– **Centros de prevención del suicidio:** Facilitan apoyo e intervención primaria, líneas telefónicas de ayuda, capacitación para trabajadores de primaria y urgencias, y apoyo a los supervivientes.

– **Verder:** red belga de apoyo a los supervivientes de suicidio.

– **Human Ecological Health:** rama de la salud Ucraniana que trabaja con prisioneros y personal del ejército.



– **Mental Health Europe**: ONG europea que pretende aumentar la conciencia sobre el suicidio, así como fomentar programas de prevención.

## ANEXO III

**Tabla 7. Ejemplos de programas de prevención del suicidio en España.**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTENSIVA EN CONDUCTA SUICIDA  
DEL ÁREA SANITARIA DE OURENSE.**

Fecha: Noviembre de 2008 hasta la actualidad.

**Objetivos.**

Aumentar la detección de personas en riesgo suicida en atención primaria, asistir específicamente a este tipo de paciente derivados de atención primaria o urgencias tras un intento de suicidio o ideación suicida, y reducir los intentos y consecuentes fallecimientos por esta causa en personas con intentos previos.

**Descripción del programa.**

El programa está dividido en dos fases: una primera de formación a profesionales sanitarios de atención primaria, y una segunda de asistencia a pacientes en riesgo de suicidio.

**Población diana.**

El programa va dirigido a personas que hayan realizado un intento de suicidio o tengan ideas suicidas, derivados de primaria, urgencias o unidades de agudos; personas que hayan realizado un intento de suicidio en el último mes, o personas con ideación suicida persistente al menos durante una semana.

**Conclusiones.**

Se trata de una intervención más eficaz para la prevención de reintentos de autolisis que la asistencia habitual, y quizás esta eficacia se prolongue a lo largo de los años. Además los reintentos de suicidio son menos graves que los que realizan las personas con tratamiento habitual ya que los primeros deben ingresar en menos ocasiones.

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA (PPCS)  
DESARROLLADO EN EL DISTRITO DE LA DRETA DE L'EIXAMPLE DE  
BARCELONA**

Fecha: Septiembre 2005-Diciembre 2008.

Proyecto coordinado por el *Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* y el *Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample*.

**Descripción del programa.**

Comparación entre usuarios que realizan el programa en el sector de estudio con otros usuarios con el mismo motivo de consulta, pero que residen fuera del área de influencia del PPCS. Se realizaron **4 fases**: creación de un equipo multidisciplinar con el consiguiente consenso de protocolo de recogida de datos y diseño de los circuitos asistenciales (fase 1), elaboración de un programa de información, educación y sensibilización para los profesionales sanitarios y trabajadores sociales (fase 2), asistencia de las personas con ideación o conducta suicida (procedentes de servicios de urgencia de psiquiatría, atención primaria e interconsulta hospitalaria) (fase 3), y seguimiento del paciente a través de entrevistas a los 6 y 12 meses (Fase 4).

**Conclusiones:**

La significativa reducción de la recidiva de la conducta suicida y hospitalizaciones confirmaron la efectividad del programa.

La información retransmitida a través de los medios audiovisuales sobre el proyecto no desencadenó *una epidemia de tentativa de suicidio*. Aunque en el grupo del sector Dreta de l'Eixample se registró un mayor número de ideas autolíticas en comparación con el grupo control, esto puede deberse a que se realizó una detección más temprana. De modo que se refuerza la idea de que la información razonada sobre el riesgo suicida facilita la petición de ayuda.

## **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTINIVEL PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN Y EL SUICIDIO**

Autor: *Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona).*

### **Descripción del programa.**

*El proyecto “Alianza Europea contra la Depresión (European Alliance Against Depression, EAAD)” es una red internacional de expertos que tiene por objetivo promover la atención de pacientes con depresión mediante programas de intervención comunitaria.*

Este proyecto está en marcha en Sabadell mediante el “Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio”; y se compone de cuatro niveles de actividades comunitarias:

- Nivel 1. Cooperación con profesionales de atención primaria.
- Nivel 2. Información a la población a través de: actividades públicas, cooperación con los medios de comunicación local e instauración de programas escolares...
- Nivel 3. Formación a figuras claves.
- Nivel 4. Actividades específicas en población de alto riesgo, como la implementación de un programa de gestión telefónica a pacientes atendidos por tentativa de suicidio.

### **Resultados.**

La población que participó en el programa de gestión telefónica tardó más tiempo en cometer el siguiente intento de suicidio en relación al año anterior. Y se redujo en un 8% la tasa de pacientes con reintentos de suicidio respecto al año anterior y la población control.

## **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE HAN REALIZADO INTENTOS DE SUICIDIO. ÁREAS DE SALUD DE VALLADOLID ESTE Y OESTE.**

### **Descripción y objetivos del programa.**

Estudio longitudinal en el que se comparaban dos grupos para determinar la efectividad del programa.

Los **objetivos** del programa son:

- Aumentar la atención hacia conductas suicidas en el Área de Salud de Valladolid Este y Oeste.
- Mejorar la eficiencia de actividades que disminuyan los intentos de suicidios.
- Educar a la población sobre los determinantes del suicidio, sus actitudes y los comportamientos autoayuda.
- Prevenir reintentos de conducta suicida.

### **Población diana.**

Población de entre 12 y 70 años ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátrica durante 6 meses por tener ideas de suicidio o haber realizado algún intento.

### **Resultados.**

El 90 % de los pacientes derivados al programa aceptaron a participar, aunque abandonaron el 17.9% de los participantes durante el estudio. El 80% de las personas no tuvieron recaídas durante el seguimiento.

## ANEXO IV.

### Escala de Plutchick

	SI	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 fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o 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?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

**Fuente:** Plutchick R, Van Praga HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. Comprehensive Psychiatry 1989; 30(4): 296-302.

## ANEXO V

### Escala SAD PERSONS.

	SI	NO
S: Sexo masculino.		
A: Edad menor de 20 años o mayor de 45 años.		
D: Depresión.		
P: Tentativa suicida previa.		
E: Abuso de alcohol		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).		
S: Carencia de apoyo social.		
O: Plan organizado de suicidio.		
N. No pareja o cónyuge.		
S: Enfermedad somática.		
Puntuación		

**Fuente:** Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros, (1983). Evaluation of suicidal patients. Psychosomatics.