

4. *Suicidio. Prevención e intervenciones multidisciplinares*

SUICIDE. PREVENTION AND MULTIDISCIPLINARY INTERVENTIONS

Isabel Fernández Arias

Diplomada en Enfermería por la Escuela Universitaria de Enfermería Cabueñas.

RESUMEN

El suicidio es un problema complejo y de gran magnitud, como resultado de la interacción de distintos factores.

En la actualidad se ha observado un incremento en sus cifras en dos grupos poblacionales: adolescentes y personas de edad avanzada.

La conducta suicida afecta a tres niveles: emocional, conductual y cognitivo. En ésta aparecen unas características comunes: la ambivalencia, la impulsividad y la rigidez.

El factor de riesgo más importante, es el intento de suicidio, ya que es el más predictor.

Las intervenciones preventivas empleadas tienen que ser multisectoriales e integrales, dirigidas a distintas poblaciones: estrategia universal, selectiva e indicada.

La autopsia psicológica analiza el suicidio y con los datos obtenidos podemos diseñar e implementar estrategias de prevención.

La intervención más relevante es la entrevista clínica, consiste en un proceso dialéctico, se fomenta la alianza terapéutica y tiene como resultado la obtención de objetivos consensuados. Otras intervenciones que se pueden emplear son las terapias psicoterapéuticas.

Los dolientes forman un grupo significativo, debemos usar estrategias preventivas para evitar la cronicidad, la patologización del duelo y la disminución del uso de psicofármacos.

La enfermera adquiere un papel valioso, se coordina con los demás profesionales y procura que el paciente reciba una atención multidisciplinar y lo más integral posible.

Palabras clave: Suicidio, prevención, intervención, poblaciones, estrategias.

ABSTRACT

Suicide is a complex problem of great magnitude, as a result of the interaction of different factors.

Currently, an increase in their numbers has been observed in two population groups: adolescents and the elderly.

Suicidal behavior affects three levels: emotional, behavioral and cognitive, in which common characteristics appear: ambivalence, impulsiveness and stiffness.

The most important risk factor is suicide attempt, since it is the most predictive.

The preventive interventions used must be multisectoral and comprehensive, targeting different populations: universal, selective and indicated strategy.

The psychological autopsy analyzes suicide and with the data obtained we can design and implement prevention strategies.

The most relevant intervention is the clinical interview, it consists of a dialectical process, the therapeutic alliance is promoted and results in the achievement of consensual objectives. Other interventions that can be used are psychotherapeutic therapies.

The mourners form a significant group, we must use preventive strategies to avoid chronicity, the pathologization of mourning and the decrease in the use of psychotropic drugs.

The nurse acquires a valuable role, coordinates with other professionals and ensures that the patient receives multidisciplinary and comprehensive care as possible.

Keywords: *Suicide, prevention, intervention, populations, strategies.*

INTRODUCCIÓN

El suicidio lo podemos definir como el acto voluntario y deliberado iniciado y realizado por el sujeto, en el que la persona tiene la intención de ponerle fin a su propia existencia. En ésta además del acto suicida en sí, intervienen pensamientos suicidas (ideación suicida).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2.014, incluye que el suicidio es entendido como un trastorno mental, a su vez multidimensional, ya que éste es el resultado, complejo y diverso, de la interacción de varios factores como son: los biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales.

Se ha observado que el suicidio se puede producir en cualquier franja de edad. Entre 800.000 y un millón de personas se suicidan anualmente en el mundo siendo su tasa media de 11,4 muerte por cada 100.000 habitantes. Lo cual conlleva a que se cometa una muerte cada 40 segundos. Además, se ha registrado que en los últimos 45 años ha habido un aumento del 60 % en las tasas del suicidio a nivel mundial. (1)

Por lo tanto, la OMS (2), ha posicionado al suicidio como una de las cinco primeras causas de mortalidad. Y es una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos por muerte prematura. Por cada suicidio consumado se ha observado que existen muchas más tentativas de suicidio, siendo éstas aproximadamente entre 10 o 20 veces más frecuentes. A su vez éstas son consideradas un factor de riesgo individual muy importante. (2)

El suicidio tiene lugar principalmente en las franjas medias de edad de las personas (situándose en edades comprendidas entre los 40-59 años) y en ambos sexos. (3)

Entre las personas con edades comprendidas entre los 15-44 años, el suicidio es considerado una de las tres primeras causas de muerte.

En el tiempo presente se está observando un repunte de las cifras obtenidas en dos grupos etarios: adolescentes/juventud (siendo el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el no desarrollado, llegando a ser considerado el suicidio como la segunda causa de muerte en este grupo de edad en el 2.016) y en las personas de edad avanzada. (1,2)

Los datos epidemiológicos recopilados revelan que el género masculino comete más actos suicidas consumados que el femenino y que el riesgo de suicidio aumenta con la edad, sobre todo en el sexo masculino, hasta tal punto de multiplicarse ésta por siete con respecto a edades más jóvenes. (3)

Se valoró que la carga global de morbilidad por suicidio en el año 1.998 a nivel mundial fue de 1,8 % y se estima que en el 2.020 supondrá el 2,4% en los países con economías de mercado y los antiguos países socialistas.

Se mantiene a nivel mundial que el suicidio es superior a las muertes por causas externas, incluyendo a los homicidios y a las guerras.

A nivel mundial el suicidio se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte, representando alrededor del 2 % de la carga global de enfermedad. Los países con tasas más altas de suicidio son: Lituania (51,6) y Rusia (43,1) por 100.000 habitantes y los que tienen tasas más bajas serían los siguientes países: Azerbaiyán (1,1), Kuwait (2,0) y Filipinas (2,1) por 100.000 habitantes.

En África, se estima que la tasa de muertes por suicidio fue parecida a la de la media mundial. Entre 2.000 y 2.012 se observó un incremento del 38 % en las muertes producidas por suicidio. Se observa que éstas son más frecuentes entre las personas ancianas y los jóvenes. El método más empleado para llevar a cabo el suicidio es la ingestión de plaguicidas.

En los países del continente americano, más concretamente en Latinoamérica, las tasas de suicidio son más bajas que en otras regiones del mundo, aunque se está observando un aumento en éstas. Dentro de éstos los que tienen tasas más altas de suicidio son el país de Guyana y Surinam. Las personas que más se suicidan se encuentran entre las poblaciones de jóvenes y de hombres ancianos. En los países con ingresos altos, el método más empleado de suicidio es

el ahorcamiento en un 50% de las ocasiones, y el segundo más utilizado sería por armas de fuego con un 18%. En EEUU hay una muerte por cada 100 o 200 intentos de suicidio en la población joven, en edades comprendidas entre 15 a 24 años (según el Centers for Disease Control and Prevention, en 2.012), mientras que en la población adulta en los mayores de 65 años se produce un suicidio por cada cuatro intentos.

En los países de Asia Sudoriental, la tasa de muertes por suicidio es bastante elevada en comparación a otras regiones del mundo. La mayor parte de los suicidios del mundo tienen lugar en estos países. Se estima que un 31 % de ellos son en países de ingresos bajos y medianos. En 2.012 el país que tuvo mayor número de suicidios, fue la India. Los datos revelan que los suicidios consumados tienen lugar en la población joven y anciana. El método de suicidio más empleado es la ingestión de plaguicidas.

En los países del pacífico occidental, el índice de suicidios estimados es inferior a la media mundial, aunque la República de Corea se posiciona como la tercera, con más tasas de suicidio en todo el mundo. En estas regiones donde se registran más tasas de muerte por suicidio es entre la población anciana. En un 16 % de los suicidios tiene lugar entre los países de ingresos bajos y medianos. En 2.012 China ocupó el segundo lugar, con el mayor número de suicidios. En estos países tantos los de ingresos medios y bajos son los únicos del mundo en el que las tasas de muerte por suicidio varían con respecto al sexo, ya que se suicidan más mujeres que hombres. El método más empleado es la ingestión de plaguicidas.

En la Unión Europea, el suicidio es considerado la décima causa de muerte. En el año 2.013, se observó una media de 11,7 muertes por 100.000 habitantes de la población general. Encontrándose las tasas de suicidio más elevadas en los países nórdicos, Lituania (que a su vez también lo es a nivel mundial), Eslovenia (21,7) y Hungría (21,2) por 100.000 habitantes. Por el contrario, las tasas más bajas de suicidio las encontramos en dos países del sur de Europa que son: Grecia (4,8) y Malta (5,1) por 100.000 habitantes. Hay otros países de la Unión Europea en los que sus tasas de muertes por suicidio se encuentran relativamente bajas como son: Chipre, Italia, Reino Unido, Turquía y Liechtenstein.

Con los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística de España (INE), se observa que desde el 2.008 hasta la actualidad el suicidio es considerado como primera causa de muerte no natural.

En España anualmente se producen alrededor de unas 2.500 a 4.500 suicidios consumados, siendo estas tasas seis veces mayores que en las víctimas por asesinato, tres veces mayores que las de las víctimas de accidente de tráfico y también superando a las muertes por violencia de género. (2)

Según los datos del INE, en 2.018, murieron un total de 3.539 personas por suicidio. A razón de sexo vemos que fallecieron más hombres (2.619) que mujeres (920). Esta misma institución, menciona que, en 2.017, había una media de diez suicidios al día, uno cada dos horas y media

y una tasa de suicidio de 7,906 por cada 100.000 habitantes. (4,5)

De un total 3.679 personas fallecidas, tres de cada cuatro eran varones y un 25 % mujeres. Con todos los datos analizados se observa en el país que se acumulan las mayores tasas de mortalidad por suicidio en el sur y en el noroeste de España. Más concretamente en las comunidades autónomas de Galicia (11,08) y Asturias (10,81). En 2.016, según los datos del Observatorio del suicidio, indican que también éstas tienen las cifras más altas de población envejecida. (3)

En cuanto a los intentos de suicidio se ha observado en el país que éstos descienden con la edad y que un tercio de las personas fallecidas había experimentado al menos un intento previo, dando lugar a que el riesgo sea mayor al de la población general incluso hasta un 66 % más.

Se ha apreciado en la prevalencia de la conducta suicida una gran variabilidad geográfica y temporal en diferentes grupos de edad y sexo. Afectando ésta a nivel global, sin tener en cuenta el tipo de sociedad, si están más o menos desarrolladas. Siempre se ha pensado que el suicidio ocurría más en sociedades avanzadas, pero se ha observado que un 75 % de los suicidios tienen lugar en países con un nivel de desarrollo de ingresos medios y bajos. (6)

Se ha visto que el método más empleado para cometer el suicidio, estimándose en un 20% del total de los suicidios, es la autointoxicación por ingestión de plaguicidas, sobre todo en zonas rurales y agrícolas. Y otros métodos también muy comunes son: el ahorcamiento y las armas de fuego. (1)

La OMS estima que en el año 2.020 seguirá aumentando el número de suicidios, siendo éste en torno a 1,5 millones. Calcula que habrá un promedio de una muerte por cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos. Se observa una morbilidad elevada en personas que han llevado a cabo un intento de suicidio, ya que más de la mitad de éstas lo vuelven a repetir. Se estima que dentro de los diez años posteriores del primer intento de suicidio un 10% de esas personas fallecerán por suicidio.

Por todo lo anterior descrito, la OMS, considera que el suicidio es un problema sociosanitario que supone un enorme impacto a nivel psicológico y social a las personas allegadas del fallecido y sobre la sociedad en general.

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública y que a su vez es prevenible, para ello propuso que en el Plan de acción de Salud Mental 2.013-2.020, se marcaba como objetivo reducir las tasas de muertes por suicidio en un 10% para el 2020.

Siempre en torno al suicidio ha girado un cierto tabú y estigmatización, que, dependiendo de la cultura, la sociedad, la heterogeneidad del grupo (aspectos en cuanto a planificación, grado de letalidad, elección del método, intencionalidad entre otros) y la dificultad metodológica en cuanto a su registro han hecho que haya una cierta subnotificación del mismo, dando lugar a una subestimación de las cifras del suicidio y una clasificación errónea en la mayoría de los países incluso en España.

OBJETIVOS

- Visibilizar la problemática y el alcance que tiene el suicidio en todo el mundo.
- Describir los sentimientos y pensamientos que experimenta la persona que decide finalizar con su vida.
- Describir los factores de riesgo y abordar aquellos que son más relevantes.
- Describir estrategias preventivas referentes a las distintas poblaciones de riesgo.
- Describir intervenciones multidisciplinarias que serán llevadas a cabo en los distintos ámbitos de aplicación.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de fuentes secundarias publicadas en la literatura científica, empleando diferentes bases de datos: Scielo, Pubmed, Cinahl complete, Dialnet, Clinicalkey, Embase, entre otras. También se consultaron protocolos, informes oficiales y bases de datos oficiales de distintas páginas web y relacionadas con el tema a tratar.

Se delimita la búsqueda estableciendo como criterios de inclusión: la selección de publicaciones de los últimos 5 años, período 2.015-2.020. En idioma español e inglés y con texto completo. Se utilizaron como palabras claves las siguientes: suicidio, prevención, intervenciones preventivas, edad y factores de riesgo.

HISTORIA

El suicidio es un acontecimiento que ha estado presente en los distintos pueblos y épocas de la historia del ser humano. En todas ellas, la conducta suicida ha tenido distintas acepciones, dependiendo del pensamiento que en ese momento experimentase la sociedad, viéndose influida en función de distintos principios: filosóficos, religiosos e intelectuales.

En la Edad Antigua, los pueblos: galios, celtas, hispanos, vikingos, nórdicos y visigodos, admitieron el suicidio socialmente en los siguientes casos: las personas habían sufrido de dolor crónico, por una enfermedad grave, si eran ancianos o por la pérdida de un ser querido. (7)

Dentro de la cultura asiática, el suicidio, se contemplaba como un hecho honorable tras la derrota en la guerra y a su vez también sería como una manera de purificar el Alma. Este acto se ejecutaba mediante una ceremonia, llamada *Harakiri*.

Esta visión de aceptación cambia con la llegada de la época clásica, en la que se empieza a desaprobar el suicidio.

En Grecia, el suicidio era perseguido. El cuerpo fallecido de la persona se consideraba indigno, por lo que no podía ser sepultado en el cementerio. Con la influencia de las distintas escuelas filosóficas se genera un cambio de pensamiento, que fue visto por los estoicos, como un problema de la libertad humana.

Los romanos creían que el suicidio sin justificación era un acto impuro. Castigaban a la persona ya fallecida, destruyendo su testamento, confiscaban sus bienes y se les negaba la sepultura. Mientras que a los políticos se les tenía una consideración diferente y en éstos casos el suicidio era considerado como un acto heroico.

La cultura cristiana, en un principio, adquirió una actitud comprensiva con el suicidio. Pero esta visión cambia a partir del siglo V, se toma una actitud intolerante hacia éste, ya que San Agustín condenó cualquier forma de suicidio, ya que se llegó a pensar que éste iba en contra de la ley natural y se ve como un acto homicida, convirtiéndose en algo punible.

En el año 452, en el Concilio de Arlés, se castiga oficialmente el suicidio dentro de la ley cristiana, incluso éste fue visto como una influencia demoníaca.

En el Concilio de Toledo se ordenó la excomunión para las personas que se habían suicidado. Ésta severidad se vio aumentada durante la alta edad media, de la siguiente manera: los actos religiosos no se llevaban a cabo, el cuerpo del fallecido no era enterrado en tierra santa, se le incautaban los bienes y la memoria de la persona quedaba ultrajada. Fue a partir de este momento cuando se inició a considerar el suicidio un tabú para la sociedad cristiana.

En el siglo XVIII, se observa otro cambio de actitud, menos sancionador hacia el suicidio. En los países de Europa el término suicidio se ve desde un punto menos despectivo que en épocas anteriores y se crea la necesidad de tener una actitud más tolerante y compasiva.

Con la Revolución francesa, se despenaliza el suicidio, pero no se invalidan las anteriores leyes represivas.

A finales del siglo XVIII, en las sociedades laicas, aparecen los suicidios por honor.

Se tiene constancia que, a raíz de la publicación de un libro en 1.774, *Las desventuras del joven Werther*, aparece una oleada de muertes por amor (*efecto contagio*), por la lectura de éste.

Podemos decir que el término suicidio es bastante reciente ya que éste se introdujo por primera vez en el castellano en el año 1.772 en la obra *la falsa filosofía y el ateísmo*.

En el siglo XIX, se producen una serie de cambios sociodemográficos y culturales. Los cuales influyen a nivel intelectual, dando lugar a la aparición del método científico, donde los investigadores empiezan a preguntarse el porqué del comportamiento suicida. A partir de este cambio, se inician las primeras investigaciones, sobre como las causas sociales, psicológicas y ambientales, inciden en la persona para tomar esa decisión, la de finalizar con su vida.

Florece una práctica de la psiquiatría bajo la influencia de las ideas de la ciencia moderna y en la que muestra una actitud más comprensiva hacia la conducta suicida.

A finales del siglo XIX, Emile Durkheim, fue considerado el primer estudioso, que define y da explicación a la problemática del suicidio. Especifica la importancia que tienen las

causas sociales sobre la persona a la hora de terminar con su vida.

Varios autores, Pinel, Esquirol, Jousset y Moreau Tours entendían el suicidio desde un punto patológico, lo incluían dentro de un trastorno mental. Los dos primeros, a su vez lo relacionaban como el resultado de una crisis derivada por las distintas condiciones de la vida. Y los siguientes, ya mencionados, a finales del siglo XIX, crean una clasificación del suicidio en: maniático, obsesivo, impulsivo o automático y melancólico), relacionándola con distintos trastornos psiquiátricos, incluida la depresión.

Durante el siglo XX, en la época moderna y con la presencia de distintas escuelas como: el psicoanálisis, la sociología, el existencialismo, entre otras. Todas ellas intentan descifrar y dar respuestas a la conducta suicida. En esta época se crean instituciones que estudian el suicidio, como es en Los Ángeles, el *Centro para la prevención del suicidio*. Se acuña el concepto de *suicidology*.

En este período, Freud fue uno de los primeros que intento dar explicación del fenómeno del suicidio mediante teorías psicológicas. Éste defiende que el malestar que padece la persona, es resultado del conflicto intrapsíquico. En sus documentos: *Duelo y melancolía* y *Más allá del principio del placer*, queda reflejado la relación existente entre el suicidio con la melancolía y la agresión, que sufre la persona en su interior.

En el siglo XXI, en los años 70, se inicia en Estados Unidos una nueva corriente, la suicidología, en ella se estudia los pensamientos y sentimientos que experimenta la persona con comportamiento suicida, desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta todos los factores que pueden influir en éste como son: los personales, familiares, sociales, psicológicos y ambientales.

En la actualidad, la comprensión del suicidio, ha evolucionado, se basa en los principios del modelo biopsicosocial, para poder entender los problemas disfuncionales o no de la mente humana, mediante un enfoque global de la persona, teniendo en cuenta los factores de riesgo pertenecientes a las distintas esferas y que le afectan. Se sigue manteniendo un cierto tabú y estigma ante este tema.

La psiquiatría con respecto a este tema, se ha transformado para poder ofrecer una representación más real de la situación del individuo, hasta poder llegar a analizar las características del suicidio, como puede ser: averiguar la intencionalidad, distinguir entre tentativas y suicidios consumados, en fin, todo aquello que englobe la conducta suicida.

VIVENCIAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

A la hora de plantearse las personas finalizar con su vida, aparecen tres componentes básicos: a nivel emocional; se observa un sufrimiento intenso, a nivel conductual; el sujeto se encuentra con una deficiencia de recursos psicológicos para hacer frente a ese sufrimiento y a nivel cognitivo; se presenta una desesperanza que agrava todo el conjunto, haciendo que la percepción general de la persona empeore hasta tal punto que éste sienta que su

única salida es la muerte. En este proceso la persona tiene un sentimiento de pérdida del bienestar, de salud y ve sus redes afectivas y sociales debilitadas. (2)

Los sujetos que experimentan el deseo de acabar con su vida, manifiestan unas particularidades comunes en su estado de ánimo que son:

- *La ambivalencia:* El sujeto vivencia un conflicto entre las ganas de vivir y las de morir. Lo que realmente desea es apartarse del dolor que le supone vivir. Muchas de las personas que experimentaron ésta, manifestaron que no deseaban realmente morirse.
- *Impulsividad:* Se puede decir que el suicidio lleva implícito un acto impulsivo. Éste suele tener un carácter transitorio, el cual puede durar unos pocos minutos o incluso horas. La impulsividad surge derivada del no afrontamiento de las situaciones negativas que se viven en el día a día.
- *Rigidez:* Son personas inflexibles, que además presentan unos pensamientos y sentimientos que les invaden de manera persistente, suponiéndoles una dificultad para encontrar otras formas de salir de este malestar. Incluso pudiendo repercutirles en otras esferas como pueden ser: la atención, la concentración y la memoria.

Fases de la vivencia suicida

Alaéz (2013) identifica seis fases que preceden al acontecimiento:

- *Primera fase:* Ideativa. La persona experimenta un choque emocional negativo que le hace plantearse el suicidio y no rechaza la posibilidad de llegar a realizarlo.
- *Segunda fase:* Deliberativa. A el individuo le sigue llegando estimulación negativa. La persona no busca o no encuentra ayuda que le pueda ser efectiva, ya que le puede dar vergüenza o sienta miedo de expresar sus pensamientos con otras personas. Comienza a contemplar el suicidio como su última oportunidad para mejorar.
- *Tercera fase:* Decisiva. La persona decide realizar el acto. En esta fase el sujeto ya queda más tranquilo después de haber peleado contra él mismo, se siente persuadido de poner en marcha el suicidio y de ser capaz de llevarlo a cabo, quiera o no éste. Estamos en un momento en el que aún se puede detener a la persona y ofrecerle ayuda.
- *Cuarta fase:* Dilatoria. La persona siente que puede pasar algo que le haga desanimarse de cometer el acto, pero esto no llega a suceder, por lo que la situación se va alargando en el tiempo.
- *Quinta fase:* Operativa. El sujeto inicia a preparar su muerte y empieza a dejar sus asuntos solventados. En esta fase los individuos piensan que sucede algo raro, pero no saben el que.
- *Sexta fase:* Ejecutiva. El individuo lleva a término su idea.

Podemos afirmar que la mayoría de los suicidios aparecen en momentos de crisis, de manera impulsiva y como resultado de una incapacidad de poder enfrentar las tensiones que aparecen en la vida. Las personas por lo tanto se en-

cuentran desbordadas por el dolor y no ven un atisbo de esperanza hacia el porvenir. (2)

Los sentimientos y cogniciones característicos que puede experimentar la persona y que van asociadas a la conducta suicida son variados, pudiendo encontrarnos con: más frecuencia la tristeza profunda, la desesperanza junto con ideas suicidas reiterativas que son quizás el sentimiento más suicidógeno, la intolerancia al dolor psíquico, el sufrimiento, mal genio, agitación, irritabilidad, disminución por el interés de las actividades de la vida diaria, dificultad en la concentración y pérdida de memoria ocasional, la preocupación excesiva y la dificultad para tomar decisiones, la vergüenza o el rechazo a uno mismo, la ira y la culpa que puede ir dirigido a la propia persona o hacia los demás.(8)

Además, nos podemos encontrar cambios físicos que son comunes en la mayoría de las personas que experimentan una conducta suicida como son: cambios en el apetito, cambios en el peso corporal involuntario, generalmente se hablaría de disminución de éste, pero también podría existir un aumento, fatiga, dolor, minusvalía, insomnio de conciliación y de mantenimiento y somnolencia diurna.

Muchas personas, con el fin de acabar con el sufrimiento han intentado acabar con su vida sin querer conseguir esto de manera firme, por lo que se puede decir que las tentativas son más frecuentes que los suicidios consumados y que la mayoría de estas personas sienten alegría después de que el sufrimiento se haya controlado y no se han muerto. (2)

El sujeto puede atravesar por distintas situaciones y etapas, siendo desde la ideación suicida hasta llegar al suicidio consumado. Normalmente el mal estar se inicia con pequeñas manifestaciones que demuestran un deseo claro de autodestrucción y que van en aumento dentro de la mente suicida hasta llegar a conseguir el fin deseado.

A continuación, se van a aclarar algunos términos que giran en torno al suicidio, ya que éste no se trata de una condición estanca.

- *Amenaza suicida:* ésta tiene lugar a nivel cognitivo. La persona muestra la intención de acabar con su vida, mediante lenguaje verbal y no verbal. Principalmente va destinada a sus personas más cercanas. Esta situación se debe considerar como una comunicación ante un probable episodio de una conducta suicida. A la hora de realizarse pueden existir distintos grados de intencionalidad, desde seria, indeterminada o sin intención suicida. El propósito principal de ésta es conseguir manipular a otras personas y conseguir cambios en su medio. (2,7)
- *Ideación suicida:* tiene lugar a nivel cognitivo. A menudo no es expresada a otras personas. Se define como ideas o pensamientos que giran en torno al suicidio. Es algo más allá de no tener ganas de vivir. Este deseo persistente de finalizar con su vida suele permanecer de manera prolongada en el tiempo. La preocupación obsesiva puede oscilar entre presentaciones agudas y crónicas. (2)

- *Suicidio frustrado*: el sujeto de manera deliberada se causa daño, pero por causas ajenas y de manera imprevistas por el sujeto, dando lugar a que el resultado final no es el deseado, la muerte. Esta situación se puede ver truncada porque una persona aparece para impedir este suceso, o por haber calculado el individuo mal el método empleado para tal fin. La persona al final se siente arrepentida por no haber conseguido su objetivo. (2,7)
- *Intento de suicidio*: se refiere a una serie de comportamientos que pueden ser mortales pero que no llegan a serlo. Pero se observa que la persona se ha acogido a un firme propósito para provocar su muerte. (7)
- *Suicidio accidental*: el individuo emplea un método del cual ignora la repercusión que puede llegar a producir. La persona no tiene una clara intención de acabar con su vida, pero aun así se produce la muerte.
- *Suicidio intencional*: es un conjunto de acciones realizadas por el individuo con el claro objetivo de producirse un daño físico, con la finalidad de acabar con su vida.
- *Suicidio racional*: éste se da en personas que deciden por sí mismas finalizar su vida para evitar prolongar su sufrimiento derivado de una enfermedad terminal o incapacidad dolorosa.
- *Síndrome presuicidal*: se empieza a hablar de este término en 1949, de la mano del psiquiatra, Erwin Ringel. Consistía en un estado mental formado por un conglomerado de síntomas que el sujeto manifiesta en los momentos previos a cometer el suicidio. Estos síntomas no son considerados como parte de una enfermedad mental. Consta de tres fases: primera, contracción de los sentimientos: existe una disminución de la energía mental y del intelecto (no pudiendo pensar con claridad). La persona tiende a aislarse de los demás y reprime sus sentimientos y cualidades afectivas. Segunda etapa, inhibición de la agresividad: el individuo proyecta la agresividad hacia el mismo en vez de hacia los demás. Tercera etapa: pensamientos y fantasías suicidas. Cada una de las etapas anteriores se potencia entre sí, alegando de esa manera la necesidad de un comportamiento autodestructivo, el cual le conduce a un fin, la realización del acto suicida. Dentro de este síndrome, en algunas ocasiones surge un hecho en el que tras haber decidido la persona concluir con su vida, el individuo experimenta una apresurada mejora de toda su sintomatología mostrando una serenidad inusual la cual es conocida por *tranquilidad siniestra*. (7)
- *Tentativa de suicidio*: la persona de manera deliberada se intenta causar daño, pero sin una firme intención de quitarse la vida. No emplea métodos o procedimientos que habitualmente son letales (ingestión de fármacos poco tóxicos o autolesiones superficiales), aunque de manera accidental pueda conseguir la muerte.
- *Suicidio asistido*: consiste en el apoyo que le ofrece una persona a otro individuo que quiere finalizar con su vida, ya sea otorgándole los medios o los conocimientos para poder conseguirlo.
- *Conductas parasuicidas*: este concepto lo introdujo Kreitman. Éstas se entienden como aquellos comportamientos

o conductas autolesivas que el sujeto realiza para poner en peligro la propia vida, siendo la persona conocedora de que esas acciones pueden llegar a provocarle lesiones. Buscan como resultado el dolor. Es un grupo de gran complejidad. (8)

- *Los equivalentes suicidas*: son unas conductas frecuentes, en las que una persona se expone de manera voluntaria y regular a una amenaza máxima. La persona no tiene control. Ejemplos de ellos serían: la conducción imprudente, consumo inadecuado de alcohol o drogas, la práctica extrema de deportes de alto riesgo u otras conductas que pueden perjudicar considerablemente su salud. (2)
- *Autolesión*: es un comportamiento que el sujeto utiliza para hacerse daño a él mismo y a su vez obtener algún beneficio, pero sin tener la intención firme de finalizar su vida.⁷
- *Plan suicida*: se basa en la descripción y mención de todas las acciones que el sujeto pretende realizar para poder impulsar su la muerte.

Todas ellas deber ser reconocidas y así poderles dar una especial atención.

En la mayoría de las ocasiones la ideación suicida y las tentativas previas, ambas suelen ser las precursoras del suicidio consumado.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que influyen en la conducta suicida son complicados y no están bastante asentados. Se puede decir que la conducta suicida es aquella que se produce del fruto de la interacción de distintos factores de vulnerabilidad que pueden ser: biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, ambientales y situacionales.

Se tiene constancia que entre las personas que cometen e intentan el suicidio pertenecen al mismo grupo identificado de riesgo.

Clásicamente los factores de riesgo se dividían en:

- *Factores de riesgo modificables*: que son aquellos relacionados con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos. Los cuales pueden ser modificados clínicamente o a través de intervenciones poblacionales. Ejemplos de ellos son: los trastornos mentales (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de personalidad, abuso de sustancias) o aquellos que afectan la dimensión psicológica (situaciones de estrés, aislamiento social, estrategias de afrontamiento). (2)
- *Factores de riesgo inmodificables*: se refieren a aquellos que no están relacionados con la situación clínica ni vital del sujeto, sino que están asociados al propio individuo o al grupo social al que pertenecen. Estos perduran en el tiempo. Dentro de estos podemos mencionar: el sexo, la edad, la herencia, el estado civil, la situación laboral y económica, las creencias religiosas, el apoyo social, la historia familiar, la salud física y la conducta suicida previa. Algunas de ellas vemos que se pueden

modificar en el tiempo, pero siguen siendo estos cambios ajenos al estado clínico. (7)

También se pueden clasificar los factores de riesgo en factores predisponentes, que son aquellos que aumentan el riesgo de que una persona pueda llegar a presentar un fenómeno y en el caso de las conductas suicidas incluiríamos las siguientes: haber vivenciado hechos traumáticos, historia personal o familiar de intentos previos de suicidio, manifestar un alto grado de impulsividad o de desequilibrio emocional, deficiencia de medios de afrontamiento adecuados, entre otros. Y los factores precipitantes, que son aquellos que contribuyen o facilitan que se produzca el acto del suicidio. Algunos ejemplos de ellos en la conducta suicida serían: fase crítica de una patología mental, pensamientos suicidas, la accesibilidad de métodos letales, eventos vitales estresantes, entre otros. (2)

Algunos de los factores de riesgo biológico a tener en cuenta son: presencia de enfermedades concomitantes (sobre todo en las personas de edad avanzada), el alta hospitalaria tras haber sufrido una enfermedad complicada, el empleo de fármacos que pueden ser proclives de la depresión (como pueden ser las fenotiacinas) o la propia impulsividad, que está puede ser derivada del uso de estimulantes, anfetaminas, cocaína... (8)

Los factores de riesgo social, engloban aquellos que tienen relación con el sistema de salud, dificultades que nos encontramos: en el acceso a éste, a la hora de recibir una atención necesaria y de calidad, en la que los profesionales sanitarios y de los servicios sociales estén bien formados en este tema. Otros son aquellos que hacen referencia a la facilidad que tienen las personas a la hora de acceder a los métodos empleados para suicidarse, además de la influencia que tiene la cultura y la presión que ejercen los medios de difusión con respecto al suicidio, sobre la sociedad, repercutiendo en el aumento del riesgo de imitación de conductas suicidas y la estigmatización de éstas y de los trastornos de salud mental. Los desastres naturales, las catástrofes, las guerras, las migraciones también pueden influir en las personas hasta llegar a querer finalizar su vida.

A veces existen movimientos en la sociedad, mediante la exposición directa a ésta, que pueden ejercer un *efecto contagio*, el cual se ha llegado a éste a través del aprendizaje social, la identificación o incluso la imitación de conductas suicidas. Estos forman unas especies de agrupaciones, que son llamados clúster, en los que existe la presencia de un número alto de casos de suicidio que no han surgido como consecuencia del azar, y suelen ser próximos en el espacio y en el tiempo, sus hallazgos suelen ser comunes en instituciones (por ejemplo, en escuelas), pero se ha visto en algún estudio reciente que también se pueden dar en áreas de población poco extensas y geográficamente alejadas. Son más frecuentes entre las poblaciones de adolescentes y los adultos jóvenes y más concretamente en las agrupaciones femeninas. Las agrupaciones de suicidio representan entorno al 5-10 % de las muertes por suicidio en la población general. (9)

Entre los factores de riesgo psicosocial, podemos mencionar: la ansiedad ocasionada por la aculturación, injusticias y abandonos emocionales que han tenido lugar durante la

etapa de la niñez, violencia, relaciones familiares problemáticas, violencia de género, el sentimiento de soledad, la desesperanza y el mal uso de sustancias tóxicas, contribuyen a que se cometan muchos suicidios en todo el mundo.

Los principales signos de alarma en las conductas suicidas son: los intentos previos, antecedentes familiares de suicidio, expresión verbal de un dolor extremo junto el objetivo de querer morirse y la planificación de la muerte. Todo esto se ve amplificado cuando existe: una descompensación de un problema psicopatológico, agravamiento de una enfermedad crónica dolorosa o incapacitante, por el aislamiento forzoso y por las presiones vitales. Todos estos signos de alarma, hay que tenerlos muy presentes ya que nos sirven de manera predictiva en personas especialmente vulnerables que incluyen aquellos que tienen caracteres impulsivos y agresivos y con un afrontamiento ineficaz.

Se cree que el nivel de riesgo de conducta suicida aumenta de manera proporcional, cuanto mayor sea el número de factores de riesgo presentes. Algunos factores de riesgo tienen una mayor importancia que otros dependiendo de las características propias de cada individuo.

El factor de riesgo más importante del suicidio es el intento previo. Se calcula que un total del 3-10 % de los casos consumará el suicidio. (8)

En los estudios de Neeleman et al, afirman que individuos con antecedentes de historia previa de intentos de suicidio, en un futuro, su riesgo de llevar a cabo el suicidio será de 25 veces superior al de la población general.

Hay que tener muy presente cuatro grupos de riesgo ya que en cada uno se tendrá que aplicar unos conocimientos y actitudes clínicas distintas, estos son: los suicidas y sus allegados, individuos con riesgo de suicidio, los individuos que han tenido intentos previos de suicidio y aquellas que presenten ideación suicida.

A nivel más general, podemos decir que el suicidio, las ideaciones e intentos de suicidios afectan a tres amplias poblaciones que son: los propios individuos que intentan o se hacen daño, los familiares o personas más cercanas al suicida (en la población infantil, nos referiremos a los compañeros de escolaridad) y los diferentes equipos profesionales de varios ámbitos: del sistema sanitario; nivel de atención primaria o de salud mental de especializada, fuerzas del orden público; policías, de intervención en duelos, entre otros.

Se han descrito dos perfiles de persona con más riesgo suicida. El primero cumple las siguientes características: varón adulto, con un abuso crónico de alcohol superior a nueve años de evolución, siendo persistente y de inicio precoz. Y el segundo de más riesgo, sería varón de más de 65 años, con un estado civil de divorciado o separado. El cual se encuentra aislado socialmente y padece de un trastorno mental grave u otra enfermedad reciente y el que ha sufrido una pérdida o duelo.

Dependiendo de en qué zona se viva, se ha visto que el suicidio es más frecuente en los núcleos urbanos que en las zonas rurales.

En cuanto a cualidades temporales, se observa que hay más suicidios en los países que se encuentran en el hemisferio norte y que éstos son más frecuentes en el día de la semana, lunes y menos los fines de semana. También se observó la influencia que tiene la estación del año en los suicidios, cometiéndose estos con métodos más violentos y con las tasas más elevadas en los meses más cálidos (primavera/verano). Un estudio reciente, revela que los suicidios están influenciados por los ritmos circadianos ya que han descubierto que existen más suicidios durante la franja horaria de la medianoche y las cuatro de la madrugada y a su vez lo han relacionado a que muchas de las personas que tienen conductas suicidas, sufren de un trastorno del patrón del sueño, y que tienen por lo tanto una mayor tendencia a ejecutar actos irreflexivos que se ven favorecidos por el consumo de alcohol y drogas durante la noche.

Herencia

La heredabilidad del comportamiento suicida se comprobó hace años mediante los estudios en gemelos, de agrupación familiar y en personas que habían sido adoptadas. Se observó que la susceptibilidad al suicidio no se transfería siguiendo un patrón de herencia mendeliana simple.

En las investigaciones de Baldessarini y Hennen, (7) correspondientes a un meta-análisis de 21 estudios, en 2.004, reveló que los parientes de primer grado de individuos con conductas suicidas tenían mayor probabilidad, hasta de tres veces más de presentar actos autolíticos y de poder llegar a consumir el suicidio, sin necesidad de tener un trastorno psiquiátrico previo.

En varios estudios realizados con hermanos gemelos se evidenció que el suicidio era más dominante en hermanos gemelos homocigóticos que en heterocigóticos.

Cabe señalar que, en otros estudios, se averiguó que en algunas personas que cometían el acto suicida tenían niveles disminuidos de serotonina y a su vez revelan que ese déficit de neurotransmisor podía haber sido legado de los padres, mediante polimorfismos en unos genes concretos, tal es el caso de la enzima triptófano hidroxilasa o de los distintos receptores de la serotonina.

Investigadores de la Universidad de EE. UU, Johns Hopkins, que publicaron su estudio en 2.011 en la revista *Molecular Psychiatry*, descubrieron una minúscula zona en el cromosoma 2, ésta incluye el gen ACP1, éstos hallaron niveles elevados en el cerebro de los individuos que se habían intentado suicidar. Por lo que finalmente afirmaron la relación de ésta con un mayor riesgo de intento de suicidio.

En España, investigadores de la Universidad Miguel Hernández de Elche y del Instituto de Medicina legal de Alicante en 2.014, realizaron un estudio donde encontraron varios genes asociados al comportamiento suicida. Los datos obtenidos revelaban unas anomalías en algunos marcadores en casi el 100 % de 70 de los sujetos que habían finalizado con su vida y que no consumían ningún fármaco que pudiera haber modificado éstos.

Se conoce que el suicidio se manifiesta más en unas familias que en otras y que esto no ocurre porque exista una patolo-

gía psiquiátrica. Los familiares con un trastorno mental no tienen más vulnerabilidad de consumir el suicidio frente a los que no padecen de éste.

Con respecto a los estudios realizados en individuos adoptados, existe una confirmación de la transmisión genética, ya que los familiares biológicos de los adoptados fallecidos por suicidio, tienen un índice de suicidio entre cuatro y seis veces superior que los familiares biológicos de otros adoptados (Brent y Mann, 2.005). De esta misma manera el índice de intentos de suicidio es mayor en los familiares biológicos de los adoptados suicidas. La aparición de antecedentes familiares del comportamiento suicida en la familia biológica se relaciona con la conducta suicida en el individuo incluso tras adaptar la presencia de un trastorno mental, lo que confirma que la transferencia es independiente del trastorno mental.

Por lo tanto, la herencia de la conducta suicida está sujeta, como mínimo por dos componentes, uno de ellos, sería la transmisión de la enfermedad mental y la otra la relacionada con la agresividad, impulsividad u otras características de la personalidad (Brent y Mann, 2.005).

Baldessarini y Hennen (2.004), afirman que la asociación familiar es mayor en función de la gravedad de la conducta suicida, por lo que será menor en la ideación suicida, superior en los intentos de suicidio, siendo finalmente mucho mayor cuando el suicidio se haya consumado.

Hay que añadir que la mera existencia de antecedentes familiares de conductas suicidas, no es único y exclusivo que la persona tenga que suicidarse, necesita que intervengan otros factores de riesgo para que se produzca este comportamiento.

Edad

Como ya hemos comentado anteriormente el suicidio puede tener lugar en cualquier franja etaria.

Las personas adultas que se encuentran en las edades medias de la vida, en algún momento pueden experimentar una gran desesperanza derivada de una sensación de fracaso personal, laboral, familiar, reproche social que, si va acompañado de soledad, de trastornos mentales, enfermedades crónicas incapacitantes, potencian ese malestar, dando lugar a que las personas comiencen a planificar el suicidio y llegar a consumarlo con distintos métodos que sean rápidos y eficaces.

Disponer de una red de apoyo social de calidad es muy importante. Ya que el aislamiento social es un factor de riesgo que hace que se afloren sentimientos de soledad e inutilidad que pueden conllevar a que el suicidio se pueda producir en cualquier edad. Más concretamente vemos que éste adquiere más relevancia en los grupos de población: personas de edad avanzada y en los adolescentes o adultos jóvenes. Se ha visto que en muchas personas que se suicidan, éstas vivían solas o carecían de amigos o parientes en los que confiar.

Las ideas o los planes suicidas comienzan a disminuir de forma progresiva según la persona se va haciendo más

mayor. Observamos que las tasas de suicidio consumado aumentan según aumenta la edad. (10)

En los últimos años las mayores tasas de suicidios se han encontrado en dos grupos de edad: personas adultas mayores y los adultos jóvenes /adolescentes.

Grupo de personas adultas mayores

Dentro de este grupo, algunos de los factores de riesgo que podemos considerar son: la soledad, pérdida de personas queridas, la sensación de carga para los demás, deterioro de la salud física (que a su vez puede ocasionar: depresión, malestar, incapacidad funcional, disminución de su calidad de vida), aislamiento social, la jubilación, la proximidad a la muerte, cambios de residencia, pérdida del rol o de autonomía entre otras. El factor de riesgo más importante es la depresión, en las tentativas de suicidio y el suicidio y en el que en algunas ocasiones existe un infradiagnóstico debido a la existencia de un posible deterioro cognitivo. (11)

Estas personas no suelen dar señales de alarma, ni realizar tentativas antes de cometer el suicidio. Existe una menor predisposición a comunicar los pensamientos, viéndose más ésta ocultación en el sexo masculino.

Por lo tanto, las personas mayores adultas llevan a la práctica menos intentos autolíticos que los jóvenes, esto se debe a que la mayoría de ellos emplean métodos más efectivos y de mayor letalidad y porque sus comorbilidades médicas existentes son mayores y el estado general es peor, disminuyendo las posibilidades de sobrevivir después del intento. Muchos de ellos no sobreviven al primer intento. (12)

Podemos ver hasta tasas de tres veces superiores de suicidio que, en los adolescentes, ya que estos últimos suelen emplear los métodos de manera errática y con más torpeza.

La proporción entre los intentos y los suicidios consumados es de 4:1 en las personas de edad avanzada, mucho más superior que en la población general, siendo la proporción de 10-20:1. Por lo que las personas pertenecientes a este grupo tienen las tasas más altas de suicidio en todo el mundo.

El riesgo de suicidio se va haciendo mayor según aumenta la edad hasta tal punto de encontrar las tasas de suicidio que sobresalen entre las personas que tienen una edad igual o superior a 70 años, de manera indistinta entre hombres y mujeres en casi todas las partes del mundo. (13,14)

Las mujeres con edades superiores a los 70 años tienen más del doble de posibilidades de suicidarse que en las mujeres adolescentes, que también tienen unas tasas altas de suicidios.

En algunas ocasiones se puede dar el llamado "pacto suicida", éste tiene lugar entre parejas de edades avanzadas, que se enfrentan a una situación extrema. En ésta, normalmente es el varón el que finaliza con la vida de su esposa y a continuación acaba con su propia vida. Es inusual ver este suceso desde la posición contraria. (15)

También se puede dar otra situación, el suicidio por balance, éste aparece cuando las personas de edad avanzada han realizado un análisis de su propia vida. Tras realizar esfuer-

zos en el tiempo para superar problemas económicos, familiares o sociales, ven que su existencia carece ya de valor y de sentido y sienten que ya no tienen fuerzas para afrontar ésta. Piensan que continuar con su vida ya no les va a aportar nada enriquecedor y valoran su futuro de manera negativo.

Grupo de adolescentes o adultos jóvenes

En la etapa de la adolescencia, los jóvenes sufren cambios significativos a nivel físico y psíquico. En ésta tienen que ir resolviendo taras evolutivas para dejar la infancia y convertirse en adultos. Los chicos y las chicas buscan su propia identidad, intentan alcanzar su independencia y comienzan a plantearse un proyecto de vida. (15,16)

Con todo esto el adolescente se encuentra en un período vulnerable, en el que vive instantes de desconcierto y de dudas. Tiene que empezar a aceptar responsabilidades y poner en marcha los valores asimilados en la niñez procedentes de la familia y de su entorno. El ser humano vive en sociedad, y el adolescente intenta buscar su lugar dentro de éste, por lo que necesita sentirse apreciado, entendido y respetado. (17)

Factores de riesgo en esta población para realizar un intento de suicidio o suicidio consumado son los siguientes: consumo nocivo de alcohol y drogas, trastornos de salud mental (depresión o brote psicótico), rupturas amorosas, identidad sexual no aceptada, fracaso escolar persistente, bullying o cyberbullying, presencia de una personalidad impulsiva, irritabilidad, agresividad, ira, baja autoestima, desequilibrio emocional, insuficiente capacidad en la resolución de problemas, baja tolerancia a la frustración, entorno familiar desestructurado, entre otros.

La vulnerabilidad de esta etapa queda reflejada porque las tasas de muerte por suicidio se multiplican por cuatro desde los 15 hasta los 30 años. En España según el INE, los datos de suicidio entre adolescentes y adultos jóvenes son realmente preocupantes desde el año 2.015, considerándose la segunda causa de muerte en las edades comprendidas entre los 15 y los 29 años y es la tercera causa de muerte entre los 15-19 años de edad, para ambos sexos. (1,8)

En 2.015, las muertes accidentales y las procedentes de suicidios consumados fueron consecuencia de las conductas autolesivas. Éstas fueron consideradas como la tercera causa de muerte en los adolescentes de mayor edad. Las conductas autolesivas pueden llegar a ser en este grupo la primera o segunda causa de muerte en los países de Europa y Asia Sudoriental. (18)

Con algunos estudios se ha observado que tanto la ideación y la tentativa suicida es más frecuente en el sexo femenino y que mayormente ésta se debe como resultado de un acto impulsivo. Las tentativas van en aumento a medida que se van haciendo más mayores. Alto porcentaje de repetición, entre un 14-50 %. La proporción entre intentos y suicidios es de 200:1. (12)

Un estudio multicéntrico que se llevó a cabo en varios países de Europa, empleando la escala Paykel que valora la

ideación suicida, se descubrió una prevalencia del 32.3 % a la vez que la de intentos era del 4,2%. Con respecto a España se vieron tasas más bajas para la ideación suicida que eran del 7,5 % y para los intentos previos del 3%.

En una investigación, Martínez 2.006, mostraba un perfil tipo de las personas que realizaban intentos de suicidio, éstos eran adolescentes o adultos jóvenes, varones, que vivían en núcleos urbanos, con un nivel de estudios bajos, estudiantes, con un estado civil de soltero y sin descendencia. (16)

La mayoría de los jóvenes tienen una personalidad agresiva e impulsiva y en muchas ocasiones se encuentran bajo los efectos del alcohol y de las drogas lo cual facilita que el desenlace fatal se dé. (19)

Se vio que en el 90 % de los adolescentes hay presente un trastorno de la salud mental, siendo la depresión mayor la dominante. Entre un 20 y el 47 % de los pacientes que padecen una enfermedad mental, han realizado una tentativa antes de los 18 años. Las tasas de repetición de los intentos de suicidio durante el primer año de seguimiento, se estiman que rondan alrededor del 6-14%. (20)

Muchos adolescentes manifiestan un elevado índice de síntomas y patologías comórbidas tanto físicas como psíquicas. (21)

A parte de ser un grupo con una gran vulnerabilidad para cometer un acto suicida en el futuro, también tienen una mayor probabilidad de tener un problema de salud mental.

El principal método empleado en este grupo de edad es la ingestión de medicamentos (principalmente las benzodiazepinas en nuestro medio, en los países anglosajones el más utilizado es el paracetamol), el siguiente más empleado es el ahorcamiento o estrangulación. Se ha visto que la accesibilidad influye con los métodos empleados, así en otros países el principal empleado son las armas de fuego, y en España se ha visto una gran facilidad para conseguir psicofármacos.

Existen diferencias entre ambos sexos a la hora de elegir métodos: los chicos emplean como tercer método de suicidio, autodispararse con armas de fuego, le siguen el consumo abusivo de drogas o la inhalación de gas. Por otro lado, en el sexo femenino el tercer método más usado sería el envenenamiento por drogas o por otros componentes biológicos, siguiéndole el ahorcamiento. (19,22)

A medida que el adolescente crece la tasa de suicidio es proporcionalmente más elevada, aumentando en casi todas las regiones del mundo. Este fenómeno suele ser más raro antes del período de la pubertad. En los años 1.980 y 2.000 se vio que su tasa se multiplicó por cuatro, calculándose anualmente que en el mundo se suicidaban en torno a unos 600.000 adolescentes entre la franja etaria de 14 y 28 años. De estos se observó que los países más afectados eran los de Europa, tras haber estimado alrededor de 200.000 muertes por suicidio anualmente. (22)

Se ha apreciado que el nivel de estudios es un importante factor de riesgo del suicidio. En una investigación llevada a cabo por Victorio AV, en 2.017, se observó que en un 36% de los casos, los adolescentes que presentaban fracaso esco-

lar tenían más riesgo de manifestar una conducta suicida. (23,24)

Se calculó que la probabilidad de suicidio en menores que habían abandonado los estudios era cinco veces mayor que en aquellos que seguían escolarizados. Con respecto a los adultos jóvenes, se sigue en esta línea, los que no han llevado a cabo estudios universitarios tienen un riesgo mayor de hasta ocho veces de cometer un suicidio con respecto a un joven universitario. (25)

En nuestro país, la tasa de muertes por suicidio es una de las más inferiores de Europa. En cuanto a las comunidades autónomas, Madrid es la que tiene una tasa más elevada de suicidio en el año 2.016, siguiéndole Andalucía, Cataluña y Valencia. Al contrario, las más bajas se hallan en La Rioja, Aragón, Cantabria y Asturias.

En referencia a las redes sociales, se observa que hay un uso indebido de éstas. Muchas de ellas se emplean para hacer ciberbullying, permitiendo la divulgación de material humillante. Podemos encontrar en las redes, suicidios narrados y simulacros de suicidios del propio sujeto. Incluso en éstas existen plataformas empleadas por los jóvenes para realizar pactos y suicidios colectivos. Estas acciones están castigadas y perseguidas por las fuerzas del orden público. (15,25)

El bullying se define como una violencia repetida y persistente en el tiempo, dirigida a distintos niveles: físicos, psicológico o a ambos. Las víctimas tienen unas características comunes: ansiedad en el ámbito escolar, aislamiento social, sentimientos de soledad y de inferioridad. Éstas suelen estar más presentes en el sexo femenino siendo más vulnerables al acoso. Además, esto es asociado a muchos de los casos de muerte por suicidio. (15,25)

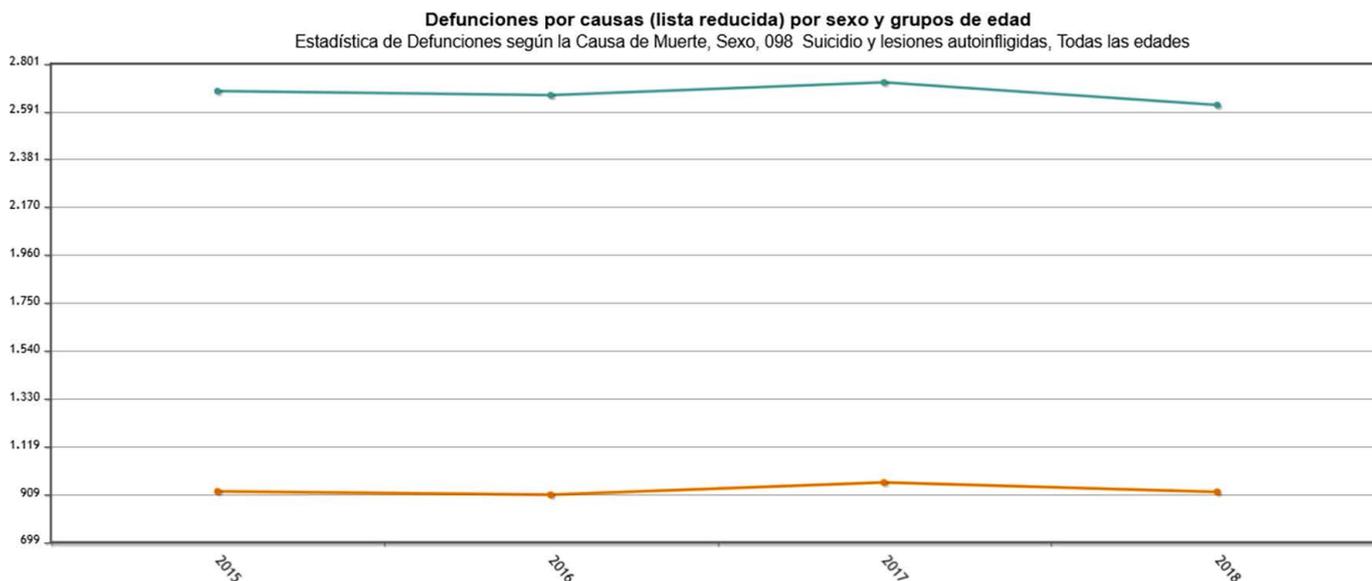
En Italia, Suecia y España un 10 % de los niños manifiestan haber sufrido acoso en su centro escolar al menos una vez. El riesgo de sufrir acoso se multiplica por cuatro en las edades comprendidas entre 7 y 8 años. Éste riesgo va disminuyendo de manera gradual hasta llegar a los cursos del bachiller, donde representan un 11%. Se observa que el acoso está influido por el género siendo ligeramente superior en las chicas (24,4%) y de un 21,6% en el género masculino. Los índices más elevados se encuentran en las comunidades autónomas de Andalucía, País Vasco y Navarra. (22)

Sexo

Respecto a las diferencias por género, se observa que las tasas de muertes por suicidio son superiores en los hombres que en las mujeres en cualquier grupo de edad. Podemos afirmar que ésta es incluso hasta 3 o 4 veces inferior en cuanto al sexo masculino. (26)

Este hecho se puede deber a la misión de salvaguardar la vida y el rechazo a la violencia que profesa la mujer.

La razón de tentativas de suicidio es de 1:3, siendo mayor en las mujeres, también éstas tienen una mayor ideación suicida. Con respecto a los hombres, que tienen menos intentos previos. (21)



Fuente: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-grafico>. Instituto Nacional de Estadística. 2018.

Los varones suelen utilizar métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento), por el contrario, el sexo femenino utiliza métodos menos letales (sobreingesta de psicofármacos, venenos, inhalación de monóxido de carbono y autolesiones mediante cortes). (26)

El sexo masculino tiene una personalidad más impulsiva y suelen ser menos tolerantes hacia el sufrimiento crónico. Éstos suelen padecer más trastornos adictivos. Muchos de los suicidios consumados en el varón guardan relación con la forma ineficaz de afrontar algunas dificultades como pueden ser: la poca tolerancia a la soledad o los desengaños amorosos, el ser poco comunicativo, el experimentar de manera más estresante su actividad laboral y la falta de búsqueda de apoyos, lo que supone no aliviar el peso de su sufrimiento.

Raza

Las tasas de muertes por suicidio son inferiores entre los hispanos y afroamericanos con respecto a los europeos. No obstante, se está observando una predisposición en aumento de muertes entre los afroamericanos de Estados Unidos. (22)

Estado civil

Los suicidios consumados son más frecuentes en personas viudas, divorciadas y solteras. Y es menos frecuente en aquellas que tienen descendencia.

Para las personas viudas el riesgo se estima que puede aumentar hasta 15 veces.

Se ha visto que en el caso de los varones influyen una serie de factores para elaborar el duelo que son: tienen menos relaciones afectivas próximas fuera del matrimonio, son poco comunicadores y expresan menos los sentimientos de aflicción, hay sentimientos de desconexión de la sociedad, en algunos existe incapacidad de llevar la casa solo. A su vez estos factores inciden en la existencia de un mayor número de tasas de suicidios consumados en los hombres. (7)

El período de mayor riesgo después de la pérdida del cónyuge o la separación permanece en el tiempo hasta los cinco años posteriores a la pérdida. A su vez el riesgo de suicidio aumenta hasta 17 veces más si la pérdida del cónyuge ha tenido lugar en la primera mitad de la vida. Los divorcios, aumentan el riesgo de suicidio, pudiendo ser de hasta cuatro veces superior a otro estado civil.

Inmigración

Es un factor de riesgo importante sobre todo si éste va acompañado de desarraigo y de aislamiento social. Se ha observado que cuando el conjunto familiar emigra en su totalidad, el riesgo de suicidio es inferior. Se ha visto que conservar las costumbres y las tradiciones del país de procedencia, suponen un componente protector.

Salud física

El riesgo de suicidio aumenta en las enfermedades crónicas, sobre todo cuando éstas son incapacitantes, dolorosas o graves o tienen un pronóstico negativo, que inciden en las personas produciendo sufrimiento emocional, desesperanza y pérdida de la autonomía. (9)

El dolor es un factor de riesgo muy a tener en cuenta ya que éste en la mayoría de las ocasiones es incapacitante e incluso continuo en el tiempo. En un estudio se vio que el 52% de los casos, las personas tomaban medicamentos analgésicos con una frecuencia diaria. (27)

Existe una relación entre dolor, adultos jóvenes y las tasas de suicidio, ya que las ideas de suicidio están más presentes al ver que el dolor va a permanecer más tiempo en sus vidas y que su calidad de vida va a ser más precaria.

Las enfermedades que aumentan el riesgo de consumir el suicidio en las personas son: cáncer (riesgo que oscila entre 2 a 10 veces), VIH, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, lesión de la médula, espinal entre otras.

Economía-sociedad

Los suicidios consumados son más comunes en uno u otro extremo del nivel socioeconómico. El desempleo y el bajo nivel cultural son factores que influyen en el mismo. Son más habituales en los lugares donde hay niveles de rentas inferiores y a su vez presentan elevados índices de desempleo, sobre todo entre los varones. (7,8)

Se reconocen tasas de muerte por suicidio más elevadas de adultos jóvenes y mujeres de edad avanzada en los países de ingresos bajos y medianos con respecto a sus iguales en los países con ingresos elevados.

Se contempla una primera ligera elevación de muertes por suicidio en el año 2.007 como antesala de la recesión económica, una vez de lleno en los años de la crisis, que van desde 2.008 hasta 2.014, se observó en ese período un aumento importante en las tasas de suicidio. (28)

Algunos estudios afirman que hay una relación entre el paro y los índices de suicidio, por cada punto que aumenta el paro las tasas de suicidio se elevan un 0.8%.

Los factores de riesgo que se relacionan con la crisis económica y el suicidio son: el desempleo, los impagos, los desahucios, la pobreza, la edad, la desesperanza, las ejecuciones hipotecarias, el endeudamiento, la falta de una vivienda accesible, la precariedad, entre otras. Éstos pueden provocar tensiones que a su vez pueden producir algunos trastornos comunes: ansiedad excesiva y depresión. (29)

Por lo tanto, el factor de riesgo más relevante es el desempleo. Cuanto más paro existe, nos encontramos con más conductas autolesivas en la población en edad de trabajar en un 40-60% frente a la población general en torno al 13%. Existe más riesgo en personas que se encuentran en situaciones de paro de larga duración, el cual se considera a partir del primer año de la no actividad laboral.

También se ha visto un aumento de suicidios en otras situaciones: la jubilación y en personas que ocupan puestos donde les exigen una alta responsabilidad (estando más expuestos a niveles elevados de estrés). El mayor riesgo se encuentra en hombres con edades comprendidas entre los 35 y 45 años. (7)

La ocupación laboral también actúa de factor de riesgo, ya que se ha visto que las profesiones más afectadas por los índices de suicidio son aquellas relacionadas con las ciencias de la salud.

El desarrollo de políticas de protección sociolaboral, de austeridades y de recortes se han visto que han influido para reducir las tasas de suicidio. (29)

Trastornos mentales

En un 80% de las personas que cometen un suicidio se ha visto que padecían una enfermedad mental. En el 90 % de los sucesos, existe un elemento común entre las personas que se suicidaban, podían presentar: patologías psicológicas, consumo excesivo de sustancias, depresión y esquizofrenia. (22)

La OMS, declara que en torno el 65-90 % de las conductas suicidas suceden en el contexto de un trastorno mental, sobre todo en el padecimiento de la depresión. (7)

En los países de ingresos altos de Europa y de América del norte, existe una relación muy fuerte entre los trastornos mentales y los suicidios, siendo los más frecuentes: la depresión y el abuso de sustancias, mientras que en los países asiáticos se ven más afectados por la conducta impulsiva. Otros trastornos que están muy presentes en el suicidio son: trastornos psicóticos, de personalidad, ansiedad y trastornos afectivos. (22)

Según la elección del método, se ha observado que en los suicidios más violentos suele haber detrás una patología mental oculta.

En las enfermedades mentales el riesgo de suicidio se ve aumentado cuando los pacientes abandonan los tratamientos médicos o cuando creen que es imposible curarse de la enfermedad.

Dentro de los trastornos mentales, alrededor del 80% de las personas que se suicidan padecían de depresión o de trastorno bipolar.

Trastornos afectivos

Depresión

La depresión si es de duración prolongada, con un nivel de intensidad moderada o grave puede provocar un gran sufrimiento pudiendo incluso interferir en las actividades de la vida cotidiana, pudiendo convertirse en un importante problema de salud, ya que es la principal causa de discapacidad y de comorbilidad para la población general mundial. Por tanto, consideraremos a ésta como uno de los factores más importante de riesgo del suicidio. (30)

La depresión es más predominante en las mujeres que en los varones.

La melancolía y la autoagresividad se potencian entre sí, aumentando las ganas de morir. En un 15-20% de las personas con depresión intentan cometer el suicidio, el riesgo se ve aumentado en personas de edad avanzada, que viven solas y que han realizado intentos previos de suicidio. La depresión puede ser también el resultado a un dolor insoportable y el temor a tener una enfermedad grave. (11)

El suicidio es más frecuente cuando la depresión está presente de manera comórbida en otros trastornos como puede ser: en la anorexia o en los trastornos adictivos. El riesgo también se eleva si la depresión es de inicio tardío. Existe un mayor riesgo de que una persona con signos y síntomas de depresión, consuma el suicidio en las edades comprendidas entre los 30 y 40 años. (7)

En los adolescentes que intentan suicidarse, la mayoría, presentaban una combinación de síntomas de depresión y personalidad antisocial.

Durante el período inicial del trastorno o cuando inician el tratamiento y éste comienza a hacer efecto es cuando

existe mayor riesgo. Los primeros síntomas en mejorar son la apatía y la inhibición y los que más tardan en desaparecer son la desesperanza, la culpa y la ansiedad. Conviene advertir al paciente de esta situación y a la familia también para que extremen precauciones en este período.

Los pacientes que tienen un tratamiento de larga duración y en los que se les ha realizado una prevención de recaídas el riesgo de cometer suicidio disminuye.

Existen estudios que evidencian un posible efecto facilitador de suicidio asociado al tratamiento con antidepresivos. Se cree que pueden tener un efecto dependiente a la edad; así en personas menores de 25 años actúa como facilitador, entre 25 y 65 años tiene un efecto neutro y en mayores de 65 años tiene un efecto protector.

El uso de antidepresivos se tiene que dar cuando existe una depresión diagnosticada y se sepa el motivo de la ideación suicida. En adolescentes y ancianos los antidepresivos suelen actuar de manera facilitadora del suicidio ya que les aumenta la impulsión. (8)

A la hora de prescribir los antidepresivos se elegirán los más seguros ante una sobredosis. Los antidepresivos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), éstos disminuyen la impulsividad y la agresividad. Hay otros nuevos antidepresivos que también se han visto que son menos letales, el bupropión y la mirtazapina. Los tricíclicos e IMAOS (inhibidores de la monoaminooxidasa), son más letales cuando la persona los emplea como método para suicidarse.

Trastorno bipolar

Se estima que alrededor de un 25-50 % de las personas que padecen este trastorno cometen un intento autolítico. El riesgo se ve influenciado por el abandono del tratamiento, que éste es más elevado en los inicios de la enfermedad y aumenta también cuando existe comorbilidades asociadas. (7)

En cuanto al tratamiento farmacológico se ha visto que el litio, disminuye el riesgo de suicidio en personas con trastorno bipolar, sobre todo si éste se ha mantenido a largo plazo.

Trastornos adictivos

El alcoholismo, el consumo de drogas y el juego patológico junto con el consumo de psicofármacos pueden agravar la conducta suicida. Se ve aumentada la impulsividad, por lo que aumenta el riesgo de que se consuma el suicidio. Además, muchas personas que padecen de este trastorno suelen tener asociado una depresión. (2)

Entre un 7-15% de pacientes diagnosticados de alcoholismo se suicidan.

El abuso de alcohol puede actuar de dos formas: como factor precipitante en los momentos previos a la conducta suicida y como factor de riesgo en la población consumidora habitual. El 25-50 % de las veces el alcohol ha estado presente en los suicidios consumados. (7)

El problema del abuso del alcohol puede aumentar hasta 5 o 6 veces el riesgo de muerte por suicidio.

El abuso del alcohol lleva asociado en muchas ocasiones problemas mentales y sociales.

En cuanto al consumo de drogas, las más frecuentes son: opioides, cocaína, cannabis y sedantes. Las personas que abusan de estas sustancias pueden ver incrementado hasta 20 veces el riesgo de consumir el suicidio que, en la población general. Además, estos pacientes tienen una baja adherencia al seguimiento y al cumplimiento terapéutico.

En los trastornos adictivos sin sustancia, como la ludopatía, las personas afectadas por ella tienen una mayor ideación suicida y mayor cantidad de intentos de suicidio, entre un 12-24% ha intentado finalizar con su vida. En las parejas de los apostadores patológicos el índice de suicidio es tres veces superior al de la población en general. Otros factores que potencian el riesgo son la presencia de otras enfermedades mentales y el abuso de sustancias.

Esquizofrenia

Entre un 25-30% de las personas que sufren este trastorno intentan suicidarse. Éstos emplean métodos más letales, violentos y menos frecuentes. No suelen comunicar su intención, son más impulsivos a la hora de cometer el suicidio, éste surge de manera espontánea, imprevista y sin premeditación. (2)

El riesgo de suicidio en estos pacientes se ve incrementado: en adultos varones jóvenes, durante el primer período de la enfermedad, en personas que sufren recaídas de manera crónica, en los primeros meses después de un alta hospitalaria y en la presencia de la depresión. (7)

Suelen suicidarse un 10% de estos pacientes. Más del 50% han hecho tentativas de suicidio. Este hecho está relacionado con la existencia de acatisia, la desesperanza, la depresión y el alcoholismo. Se considera el suicidio la primera causa de muerte prematura en individuos que sufren de esta patología. Se ha visto que el tratamiento con clozapina reduce los pensamientos suicidas disminuyendo de esta manera el riesgo suicida.

Trastornos de personalidad

Los trastornos límites de personalidad suelen estar muy vinculados a los intentos y a las conductas suicidas, ya es característico la impulsividad y la inestabilidad emocional en estos pacientes. Un 90% de estos realizan varios intentos de suicidio y en torno a un 10% llegan a consumir el suicidio. Las personas que sufren este trastorno, el suicidio suele llevarse a cabo de una manera peculiar, por lo que nos apoyaremos de la siguiente expresión, *acting out*, un impulso que se transforma en un hecho. (2)

Los trastornos límites o borderline de la personalidad son los que más comunicaciones hacen. Su carácter los hace experimentar: más impulsividad y agresividad, manifiestan sentimientos de desesperanza y culpa, masoquismo. Suelen tener poca adherencia a los tratamientos médicos. El riesgo se ve potenciado en estos pacientes si además llevan asociado otros trastornos, como por ejemplo los adictivos o de alimentación.

Trastornos de la conducta alimentaria

La anorexia y la bulimia nerviosa son las que más riesgo de suicidio tienen y mayormente más en mujeres que en hombres. Este trastorno suele llevar asociado un trastorno límite de personalidad. (7)

La anorexia se da mayoritariamente en el sexo femenino. Cuando las chicas llegan a la edad adulta y ven que su ideal de perfección física cada vez les queda más lejano y si además tienen asociado una depresión, se produce un empeoramiento de su trastorno, en consecuencia, aparece un aislamiento social y la desesperanza, lo que hace que estos factores aumente el riesgo de suicidio hasta 20 veces frente a la población en general. (2)

Trastornos de ansiedad

Cerca del 20% de las personas que padecen este trastorno llevará a cabo un intento de suicidio. No se tiene claro que sea el propio trastorno en sí el que produzca la necesidad de la persona de finalizar con su vida. Puede ser debido a otras comorbilidades que están presentes como: la depresión, el abuso de sustancias, entre otras. (7)

Se ha visto que se suicidan más hombres que mujeres, padeciendo este trastorno. En las personas jóvenes a parte de éste se vio que una cuarta parte de ellos habían consumido alcohol o drogas previamente al momento de consumir el suicidio. Los trastornos más asociados con el suicidio son: trastorno de pánico, fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo.

Trastornos mentales y los jóvenes

Para finalizar, en los más jóvenes las enfermedades mentales que más frecuentemente les afectan y a su vez están relacionados con los índices de suicidio son: trastornos de la conducta alimentaria, trastornos afectivos, incluyendo la depresión mayor y el trastorno bipolar, trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, trastorno de personalidad del clúster B, alteraciones conductuales y comportamentales y las adicciones a sustancias tóxicas (alcohol y drogas). En esta población, todos cumplen con unas características comunes como son: alteraciones en la forma de pensar, cambios en la percepción de la realidad y de las emociones, la conducta y las relaciones sociales. El aumento de la conflictividad repercute en la relación con sus familiares, en el entorno y con sus amistades. (25)

FACTORES DE PROTECCIÓN

Son aquellas características que va a tener la persona o grupo, vinculadas a un comportamiento prosocial, que van a potenciar sus capacidades para afrontar con éxito determinadas situaciones adversas. Por lo que éstos disminuyen la posibilidad de que se cometa el suicidio, aún en presencia de factores de riesgo.

a. *Factores de protección individuales:* presentar una autoestima apropiada, ser tolerante, contar con una personalidad: poco impulsiva y asertiva, equilibrio emocional, recursos psicológicos de afrontamiento adecuados, ha-

bilidades sociales, capacidad en la resolución de conflictos, los valores y las creencias. Buena salud mental y física. Hábitos de vida saludables: hacer deporte, alimentación equilibrada, realizar actividades al aire libre. Mantener una actitud positiva. El optimismo. Alta resiliencia. (23)

b. *Factores sociales y familiares:* buen apoyo familiar, familia estructurada, tener descendencia (en mujeres, sobre todo), integración social, sensación de pertenencia a un grupo, buenas relaciones interpersonales, valores culturales y tradiciones. Una buena red y accesibilidad al sistema sanitario y adherencia a los tratamientos médicos y psicológicos, siendo estos tratamientos integrales y a largo plazo.

c. *Factores ambientales:* las zonas rurales, lugares donde los niveles de contaminación sean mínimos, barrios residenciales seguros, donde no existan altercados. Restricción en cuanto a la accesibilidad de poder adquirir métodos para cometer la conducta suicida (armas, medicamentos potencialmente letales).

Religión

Se ha observado que ésta actúa como un factor protector. Encontramos diferencias notables entre las distintas religiones, sobre todo entre el islamismo y el resto de ellas. Las tasas más bajas de suicidio están en los países musulmanes ya que el islam prohíbe terminantemente éste, siendo sus tasas prácticamente 0. En la religión hindú y la cristiana sus tasas se sitúan alrededor a 10 y en los países budistas cerca de 17 suicidios por 100.000 habitantes. Se ha visto que en los países donde son mayoritariamente ateos, las tasas de suicidios son más elevadas. (22)

PREVENCIÓN ¿QUÉ SE PUEDE HACER?

El suicidio es un problema que es prevenible. Las estrategias preventivas que se planteen tienen que ser multisectoriales e integrales. Ya que nos hallamos ante una cuestión muy compleja. Por lo que las actividades de prevención precisan de la organización y colaboración de varios sectores de la sociedad, que implican a los profesionales de: la salud, educación, trabajo, justicia, derecho, defensa, política y de los medios de comunicación.

Se ha visto a nivel mundial, que las medidas preventivas hacia el suicidio no se han abordado correctamente, esto se ha debido, principalmente, a la falta de concienciación de la trascendencia que tiene el suicidio, el no ver que es un problema de salud pública y del tabú que es para muchas sociedades y que impide que se hable abiertamente y por tanto que se pueda explorar de manera adecuada. Actualmente, existen pocos países que han introducido la prevención del suicidio dentro de sus prioridades sanitarias. Se cuenta sólo con 38 países que poseen una estrategia nacional de prevención. (29)

EEUU es considerado un país pionero en medios preventivos hacia el suicidio.

Se enumeran a continuación algunos programas o proyectos preventivos que se han implantado en el mundo:

- En 1.999, la OMS inicia el programa SUPRE (suicide prevention), para realizar prevención del suicidio a nivel mundial. (22)
- La OMS creó la guía European Pact for Mental Health and well-being. (21)
- El gobierno escocés implantó el programa *Chose life*, elección de vida, entre 2.003-2.013. Con el propósito de disminuir el número de suicidios en un 20%.
- En Europa existen varios: OSPI Europe, Proyecto SEYLE y Proyecto Euregenas (2.014). (5)
- En España, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES), en 2.006, difunde una guía sobre el suicidio, con la idea de sensibilizar a la población y además incluye reglamento de cómo proceder en la prevención de éste. (22)
- La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2.009-2.013, recomienda el uso de estrategias preventivas en la modalidad de taller y el entrenamiento de habilidades de prevención de dos problemas: la depresión y el suicidio. (22)

En nuestro país, no existe un plan Nacional preventivo, existen distintas estrategias de prevención, que son llevadas a cabo a nivel autonómico, como pasa en las siguientes comunidades autónomas: Galicia, Valencia, La Rioja, Navarra y País Vasco; y a nivel local o sectorial en: Cataluña, Madrid y Asturias. Dejando entrever un conglomerado dividido y desorganizado de estrategias, o con un insuficiente desarrollo de éstas. A raíz de esto están apareciendo asociaciones con la intención de agrupar a los profesionales y a difundir el conocimiento referente al problema del suicidio. Ejemplo de ellas son: la Asociación para la investigación, prevención e intervención en el suicidio (AIPIS), la Fundación de Salud Mental España, la Asociación española de suicidiología y la Asociación Vasca de suicidiología. (5)

En 2.013, en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, se pone en marcha el primer plan de acción sobre salud mental, Plan de acción integral sobre salud mental 2.013-2.020. En ésta se observa que se le da prioridad a la prevención del suicidio. Se propone reducir la tasa de muerte por suicidio mundial en un 10% para el año 2.020. La OMS plantea que existan estrategias preventivas a nivel nacional, en las cuales se aplicará: la vigilancia, se dará conocimiento, restricción de la accesibilidad de métodos letales, orientar a los medios de comunicación, de manera que estos ofrezcan una información responsable, la sensibilización de la población ante este problema y a los trastornos mentales y reducir el estigma social que rodea al suicidio. Se hace hincapié en la capacitación de los profesionales de la salud (de los distintos niveles asistenciales de atención primaria y de atención especializada, más concretamente aquellos que pertenecen a la salud mental, los cuales deben estar preparados en la prevención y en la intervención de las crisis suicidas), educadores y a los de las fuerzas del orden público. (29,31)

Otras medidas similares surgidas de esta asamblea y orientadas a la prevención serían: las intervenciones escolares, la introducción a políticas dirigidas a disminuir el consumo abusivo de alcohol y nocivo de otras sustancias. Detección

precoz. Tratamiento y atención de los sujetos con problemas de salud mental, siendo el principal diagnóstico que influye en el suicidio la depresión. Aliviar y tratar las enfermedades físicas, ya que el dolor también es un factor de riesgo importante que incide en los sujetos que se quieren suicidar. Procurar dar un tratamiento farmacológico adecuado para la patología de base y tomando las medidas oportunas, siendo éstas: dar la dosis correcta, prescribir fármacos de escasa letalidad y evitar que los pacientes acumulen dosis en el domicilio. Evitar la exclusión social. Facilitar el soporte correspondiente a los sujetos y a los allegados afectados por la conducta suicida. (31)

A continuación, se citan, tres tipos de estrategias preventivas, las cuales van dirigidas a distintos grupos de población(8)

- *Estrategia universal*: implementadas para alcanzar a la totalidad de la población. Objetivo principal: disminuir los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida y fomentar los factores protectores. Se encarga de aumentar el acceso a los sistemas sanitarios, fomentar la salud mental, disminuir el abuso nocivo del alcohol y de fármacos estimulantes. Disminuir el aislamiento social. Restringir la accesibilidad a medios letales. Favorecer una información juiciosa por parte de los medios de comunicación.
- *Estrategia selectiva*: está dirigida a subgrupos con riesgo. Orientada a poblaciones vulnerables. Estos subgrupos por sus características (aislamiento, acontecimientos vitales negativos, antecedentes familiares de suicidio) les hace que tengan un mayor riesgo con respecto a la población general. Ejemplo de ella serían: acompañantes terapéuticos, servicios de apoyo comunitario. Tratamiento de las personas con trastornos mentales. Asistencia psicológica a personas que se encuentran en situaciones de crisis. Programas de intervención para niños cuyos padres padecen depresión mayor, entre otras.
- *Estrategia indicada*: dirigida a personas vulnerables y no a colectivos, que presentan signos y síntomas de un problema evidente, que a su vez es un factor de riesgo conocido de la conducta suicida. Se intenta buscar soporte en la comunidad. Desarrollar la formación y el conocimiento hacia la vigilancia de los factores de riesgo. Ejemplos: tratamiento y seguimiento adecuado de las personas con un trastorno mental o seguimiento de los problemas psicosociales presentes en los individuos con tentativas previas.

Observamos que las medidas preventivas en la modalidad indicada son menos efectivas en los ancianos, si esta la orientamos a la aparición de intentos previos, dado que en la mayoría de personas pertenecientes a esta población consuman el suicidio en su primer intento. Por lo que ésta es más efectiva en la población más joven. (32)

Hemos visto que la prevención principalmente se realiza actuando sobre los factores de riesgo, pero a su vez se puede realizar fortaleciendo los factores protectores individuales, psicológicos y sociales, como pueden ser reforzando las relaciones personales, las estrategias de afrontamiento eficaces, hábitos de vida saludables, integración social, valores culturales, entre otros. (22)

Otro tipo de estrategias preventivas son, los análisis espacio-temporales que ayudan a detectar de manera precoz agrupaciones en las que hay una mayor frecuencia de un problema. La aplicación de ésta podría conseguir reducir la morbimortalidad y prevenir algunos de los suicidios. (9)

Hay que tener presente que la comunidad ejerce un efecto importante como medida de prevención del suicidio, ya que desde ésta se puede prestar ayuda social, seguimiento, la lucha contra el estigma y acompañamiento en las personas que han perdido un ser querido. (8)

Los profesionales de atención primaria tienen un papel muy importante en la prevención, ya que la mayoría de las personas que padecen de ideación suicida o realizan un intento autolítico acceden al sistema sanitario mediante ésta, por lo que actúan de puerta de entrada a la misma. El médico de atención primaria es el principal conocedor del historial clínico y de la persona. Éste tiene que mostrarse como persona de referencia, para poder estrechar lazos y poder fomentar la relación terapéutica con el paciente. Se ha visto en un elevado porcentaje, entre un 50-75% de los adultos fallecidos habían visto a éste en el mes previo al suicidio. Por lo que se ha demostrado que la estrategia más eficaz es comenzando la prevención desde éste ámbito, formando a los profesionales en la identificación precoz de signos de alarma, en el manejo de la entrevista clínica con fines diagnósticos y de contención psíquica en aquellas personas en riesgo o con factores relevantes relacionados con la conducta suicida y conocer el tratamiento y el diagnóstico de las enfermedades mentales. (29,31)

En la actualidad se está viendo que la mayoría de las estrategias preventivas están siendo desarrolladas desde el ámbito de la salud mental. (29)

Conocer el estado de salud mental de la población general es algo muy importante, sobre todo en la población adolescente, que ésta es, más vulnerable. Las estrategias empleadas en este grupo de edad serán: programas de psicoeducación para disminuir el estigma, se les facilitarán conocimientos sobre el suicidio, se hará entrenamiento de habilidades para el afrontamiento de situaciones difíciles, se les inculcará la búsqueda de apoyos y además se les entrenará para ser facilitadores *gatekeepers*. (33)

En los centros escolares el papel de la enfermera escolar, adquiere un papel muy importante, ésta se encargará de: promover la educación para la salud, podrá ser la primera en reconocer los casos de bullying y enseñar programas determinados para prevenir las agresiones entre los estudiantes. Realizará detección precoz y manejo de la conducta suicida. Empoderará a los adolescentes, enseñándoles a gestionar sus emociones, pensamientos, la toma de decisiones. Promoverá las relaciones personales sanas con su entorno. (34,35)

Las tentativas de suicidio son predictoras de posibles suicidios consumados, por lo que nos pueden ayudar en la prevención de éstos y a su vez podríamos reducir sus consecuencias, como son: el sufrimiento, las secuelas físicas, el número de hospitalizaciones lo que conlleva con un aumento del gasto sociosanitario importante. (36)

Algunos de los impedimentos que hacen frente a la prevención, es el no registrar bien las muertes, no registrar nuestros juicios y observaciones clínicas y el no emplear las herramientas adecuadas para esclarecer las muertes dudosas, que se clasifican en accidentales o no intencionales. En un estudio de, Navarro- Gómez, 2017, (25) se afirmaba que en un 5% de las muertes por accidente de tráfico se podían haber debido a personas que fallecieron por conductas suicidas con la intención de ocultar el acto de querer acabar con su vida. Por lo que los métodos de certificación y notificación de los suicidios precisan de considerables mejoras.

Las estrategias de prevención deben ser evaluadas constantemente y los resultados de su evaluación deben emplearse para planificar estrategias futuras.

INTERVENCIONES: ¿CÓMO DEBO ACTUAR?

Las conductas suicidas se pueden presentar de varias maneras, revelando por parte de la persona la intención y el pronóstico asociada a éstas. Por lo que se aplicará intervenciones distintas dependiendo de unos casos u otros.

Al sistema de salud, acudirán tres tipos de pacientes: los que han superado un intento de suicidio, los que expresan pensamientos de ideación suicida y los que manifiestan ideación suicida pero no la expresan de palabra.

La principal intervención es la entrevista clínica. La cual se realiza con la persona y con sus familiares, si ésta lo desea. Con ésta se inicia la relación profesional-paciente. La entrevista se debe de llevar a cabo de manera tranquila y abierta, fomentando la alianza terapéutica empática con el paciente. Se favorecerá que la persona pueda hablar de sus síntomas, sentimientos y pensamientos. Se le deberá preguntar por la ideación suicida sin temor a favorecer el suicidio. El poder hablar de ello, ayuda al paciente a sentirse reconfortado. Si nos encontramos ante una persona de riesgo y que no expresa la ideación suicida también le preguntaremos directamente por ello, para conseguir realizar una valoración del grado en el que se encuentra. (2)

En un 50% de los casos, las personas que finalizaron con su vida manifestaron realmente sus intenciones o habían presentado algún signo de alarma que habían revelado a sus familiares o personas más cercanas y a los profesionales.

Por lo que vemos que la escucha activa juega un papel muy importante en la entrevista, además de producirle un alivio emocional.

El profesional tiene que explorar más allá de lo que el paciente le cuente, no sólo quedarse con lo que le responde. Tendrá además que valorar otros aspectos que engloban a la persona y a la situación, como son: el aspecto general de la persona, el comportamiento que manifiesta ante el profesional (adecuado, evasivo, colaborador...), la orientación en el tiempo, persona y espacio, la atención, la memoria, el pensamiento, el patrón del sueño, la alimentación, los controles internos y externos, la presencia de estresores y también las características y la psicopatología de la conducta suicida: ideación suicida, métodos utiliza-

dos y la accesibilidad a éstos, antecedentes, existencia de planes de futuro y la presencia de trastornos mentales.

El contacto inicial adquiere un papel protagonista. Ante éste hay que mantener una actitud muy cuidadosa. Lo primero será conseguir un entorno adecuado, donde poder tener un diálogo tranquilo con la persona. A continuación, asignaremos un tiempo necesario para llevar a cabo la intervención. El profesional debe estar preparado para ofrecerle ese tiempo. La actitud del profesional será mostrando escucha activa y serenidad, será empático, transmitirá mensajes no verbales de aceptación y de respeto. Hablará de manera sincera y mostrando calidez, para favorecer un entorno agradable y por último se centrará en lo que el paciente nos comunique.

Por el contrario, cosas que no debemos hacer: interrupciones frecuentes, escandalizarnos o emocionarnos por lo que nos relata, mostrarnos ocupados, ser indulgentes, realizar juicios de valor y comentarios imprudentes.

Algunos ejemplos de preguntas que nos pueden ayudar para explorar la ideación suicida son: ¿tal vez se siente triste?, ¿tiene la sensación de que nadie se preocupa por usted?, ¿qué opina sobre su existencia, le encuentra algún sentido a ésta? Debemos hacer estas cuestiones cuando la persona comienza a sentirse entendida, a gusto hablando de ello y cuando se está refiriendo a sus sentimientos y pensamientos negativos.

La entrevista tiene que ser considerada como un proceso dialéctico, en la que se tiene que hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones sobre los objetivos terapéuticos. De manera que exista un consenso entre ambos, por lo tanto, tendremos en cuenta la voz de la persona y no impondremos nuestro criterio clínico.

Si el paciente ha presentado ya un intento previo de suicidio, sobre todo si éste ha sido reciente, el riesgo de suicidio se eleva en las semanas siguientes, lo cual conlleva a que se realice un seguimiento exhaustivo en este período y una atención centrada en las dificultades psicológicas y valorar la presencia de patología concomitante sobre todo de si hay existencia de algún trastorno mental de base. (31,37)

La evaluación del riesgo suicida es algo fundamental para el manejo de la conducta suicida, que se debe de hacer en los dos niveles de atención: primaria y especializada. Para ello se emplea la entrevista clínica y las escalas psicométricas que actúan de apoyo del juicio clínico.

A la hora de clasificar el riesgo mediante el uso del juicio clínico existirían pacientes de: bajo riesgo; nos encontramos con pacientes que tienen ideación suicida (pensamientos), pero no tienen un plan para llevar a cabo el suicidio. Riesgo medio, el sujeto tiene pensamientos y planes, pero éstos no tienen carácter de ser llevados a cabo en seguida. Alto riesgo, el individuo tiene ya el plan concretado, los medios y piensa ponerlo en marcha en un tiempo breve.

Los servicios sanitarios deben de realizar una evaluación clínica correcta y trabajar en coordinación con los distintos niveles de atención. A continuación, mostraré un ejemplo de actuación empleando un protocolo de prevención del suicidio y de manejo de casos en personas con riesgo de

suicidio, que se lleva a cabo en la comunidad autónoma de Asturias.

Desde atención primaria, en la consulta del médico de referencia, tras la evaluación clínica y el empleo de la escala *mini entrevista neuropsiquiátrica internacional*, se obtendrá una puntuación que no sustituirá al juicio clínico si no que ayudará a completar éste. Si el paciente se encuentra dentro de un riesgo leve, puede seguir realizando seguimiento en atención primaria, donde se le ofrecerá apoyo emocional, se trabajará los sentimientos surgidos, se le animará a que la persona reflexione cuando la confusión ceda y se reforzará sus fortalezas. El seguimiento desde atención primaria se realizará con una frecuencia mensual y se utilizará de apoyo para valorar la situación real del paciente, la escala de *impresión clínica global para gravedad de riesgo suicida*. Por otro lado, el profesional de atención primaria puede derivar al paciente a salud mental si lo considera oportuno. Si estamos ante un riesgo moderado se realizará derivación de manera preferente al servicio de salud mental, que será en un plazo igual o inferior a 10 días. Si el resultado es que el paciente tiene un alto riesgo se realizará una derivación urgente, bien sea en un centro de salud mental donde será evaluado o si el riesgo es inmediato se les enviará a las urgencias hospitalarias. (9) Si el individuo llega directamente al servicio de urgencias hospitalarias, allí le realizarán una evaluación clínica y se le aplicará la escala *mini entrevista neuropsiquiátrica internacional*. Tras su paso por este servicio se hará derivación preferente a los servicios de salud mental tenga o no historia con ellos. (31)

Ya encontrándonos en el ámbito de atención especializada se hará un seguimiento más específico. En la investigación de Inageki et al, en 2.015, se ve que manteniendo unas intervenciones de contacto frecuente y precoces se reduce el riesgo de repetición de otros intentos suicidas. Este seguimiento tiene lugar dentro de los primeros 12 meses tras el primer intento de suicidio. Tras la derivación procedente de otros niveles asistenciales la primera consulta se hará en un tiempo no superior a los 10 días. El individuo contará con un responsable de su seguimiento. Este período de un año, está fraccionado en tres etapas: la fase aguda, que corresponde al primer mes, se recomienda en esta etapa que las consultas tengan una frecuencia de una o dos semanas, en la cuarta semana se hará evaluación y se pasará a la siguiente etapa. Fase subaguda: dura hasta el tercer mes, en ésta las consultas tienen una frecuencia de cada dos semanas. En el último mes se realizará la evaluación y se pasará a la siguiente etapa. Fase de remisión: ésta dura hasta los 12 meses, se recomienda que el seguimiento se realice mensualmente. Si durante este período el individuo precisa de apoyo comunitario se podrá realizar derivación a la trabajadora social. Dependiendo de la evaluación clínica del sujeto, éste puede continuar dentro del protocolo o seguir con consultas más espaciadas dentro de los servicios de salud mental. (31,37)

Para que los profesionales de atención primaria puedan vincularse con el paciente, ofrecerles un apoyo durante el proceso y proporcionarles un seguimiento de manera adecuado tienen que ser conocedores de las distintas terapias psicopatológicas.

A continuación, se habla de las intervenciones psicoterapéuticas más empleadas.

Intervenciones psicoterapéuticas

- *Terapia cognitivo-conductual*: utiliza la reestructuración cognitiva y una diversidad de técnicas conductuales, con el fin de conseguir el cambio. Analiza el comportamiento y la manera de pensar del sujeto hacia el suicidio. Ésta se centra en: el cambio de conductas disfuncionales, la modificación de los pensamientos negativos. Se trabaja a nivel individual. Consiste en una modalidad estructurada. Es limitada en el tiempo. La duración suele ser de entre 15 y 20 sesiones, de 50 minutos aproximadamente. Con una frecuencia semanal. (7,8)
- *Terapia dialéctico-conductual*: es un tratamiento integrador. Utiliza la técnica conductista y distintos elementos de la terapia cognitiva y las de apoyo. Puede llevarse a cabo mediante sesiones individuales, grupales o mediante apoyo telefónico. Se centra en el desarrollo de la atención plena (mindfulness) y la regulación emocional. Objetivo: conseguir el cambio y mejorar las relaciones interpersonales. Pretende conseguir aumentar los mecanismos de afrontamiento al estrés, por lo que se basan en que el dolor y el malestar forman parte de la vida y por lo tanto hay que ser capaces de conseguir aceptarlos para mejorar. Ésta terapia es eficaz en la población juvenil. (8,16)
- *Terapia de resolución de problemas*: se fomenta el entrenamiento en la habilidad de resolución de problemas, para de esta forma poder conseguir reducir el peso que conlleva la conducta suicida. Ésta consiste en realizar una lista con los problemas presentes y después se realizará una priorización de éstos con el fin de elegir las estrategias más oportunas para así poder afrontarlos. A su vez se registrará los posibles obstáculos con los que se encuentre el sujeto y se observará y vigilará en todo momento el transcurso del proceso. (8)
- *Terapia interpersonal*: comparte varios elementos con la terapia cognitiva. En ella se exploran las relaciones interpersonales en el tiempo presente. Se centra en el entorno social más cercano del sujeto. Consta de tres etapas, que se extienden entre 12-16 semanas. Sus sesiones tienen una frecuencia semanal durante la fase aguda del tratamiento. Éstas son estructuradas y el objetivo es facilitar la comprensión de los hechos más recientes en relación a las dificultades interpersonales apreciadas y en la búsqueda de alternativas para resolver estas situaciones. (7)
- *Terapia familiar*: emplea la teoría general de sistemas. Su principal foco de atención es las relaciones familiares. Se interpreta a la familia como un sistema donde los componentes están interrelacionados, de forma que, si uno de ellos tiene un problema, los demás habrán cooperado en el origen, la conservación y la finalización de éste. Intenta entender e incluir el comportamiento individual en el contexto de la interacción con el resto de los componentes de la familia. El individuo tendrá que asistir a la terapia junto con su familia. Suele estar constituidas por un mínimo de 6 sesiones, con una duración de aproximadamente una hora. (22)

- *Terapia psicodinámica*: procede del psicoanálisis. Principalmente se fundamenta en la teoría de Freud sobre el estudio del entramado psicológico. La raíz de los conflictos se encuentra en el inconsciente. Por lo tanto, el objetivo es conseguir resolver estos conflictos. Ésta trabaja en el aquí y el ahora, se encarga de tratar el problema actual del individuo. (7,8)

En cuanto al tratamiento farmacológico, no está comprobado que los distintos psicofármacos que se emplean en la actualidad ayuden a conseguir reducir los comportamientos suicidas. (38)

Como hemos dicho el uso de escalas psicométricas no sustituyen el juicio clínico, sino que complementan éste y su uso ayuda en la evaluación de la conducta suicida. A continuación, se describirán las más empleadas.

Escalas psicométricas

Escalas específicas del suicidio

Escala de ideación suicida de Beck (Scale for suicide ideation), SSI:(39)

Mide y estima la intencionalidad suicida para ello determina la magnitud ante los anhelos de vivir o de morir, la letalidad y la accesibilidad del método pensado y la sensación de control sobre la acción. Todo ello valora la gravedad de la ideación suicida.

La SSI, es una escala semiestructurada y heteroaplicada. Consta de 19 ítems, por cada ítem a evaluar hay 3 alternativas de respuesta que estiman el grado de seriedad o intensidad de la intencionalidad suicida. Éstos se encuentran divididos en cuatro apartados: actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio y realización del intento planeado. Si en los ítems 4 y 5 la puntuación es 0, no se puede seguir administrando la escala ya que indica que no hay existencia de intencionalidad suicida. La puntuación total se obtiene de sumar todos los ítems. No cuenta con puntos de corte, por lo que, a mayor puntuación, mayor gravedad.

Escala de ideación suicida de Paykel (Paykel suicide scale), PSS

Valora la seriedad de los pensamientos suicidas. Es una escala autoaplicada, que consta de 5 ítems, con respuesta dicotómica (sí, 1 punto o no, 0 puntos). Éstos están organizados de manera jerarquizada, de menor a mayor magnitud del pensamiento suicida. Se puede emplear de forma retrospectiva en el tiempo, conforme a: las dos últimas semanas, los seis meses anteriores o al último año. Se consideran los siguientes puntos de corte: 0 puntos, sin ideación suicida. Pensamientos de muerte: puntuación positiva en los ítems 1 o 2. Ideación suicida: puntuación positiva en el resto de ítems.

Escala de riesgo suicida de Plutchik (Risk of suicide), RS

Valora el riesgo de suicidio. Es capaz de diferenciar entre personas de la población general y las que tienen inten-

tos de suicidio o antecedentes de tentativas. Es una escala autoaplicada, que consta de 15 ítems con respuesta dicotómica (sí, 1 punto o no, 0 puntos). Algunos ítems evalúan: intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza, entre otros. La puntuación total se obtiene de sumar todos los ítems y ésta oscila entre 0 y 15. (7)

Escalas de evaluación de los actos suicidas

Escala intencional suicida de Beck (Suicide intent scale), SIS:(39)

Evalúa las cualidades de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo, actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y comportamientos antes, durante y después de la tentativa y consumo de sustancias nocivas.

Es una escala semiestructurada y heteroaplicada que consta de 20 ítems. La puntuación total obtenida, proporciona una estimación de la gravedad de la tentativa. Se suman las puntuaciones de los ítems 1 al 15. Los 5 últimos no se evalúan. No tiene punto de corte, cuanto más puntuación, mayor es la gravedad.

Escalas no específicas del suicidio

Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional:(31,39)

Esta escala es estructurada, de duración breve y heteroaplicada. Consta de 16 módulos identificados por letras. El módulo 6, se emplea para la valoración del riesgo suicida actual, éste consta de 6 preguntas, con respuestas dicotómicas (sí, 1 punto/no, 0 puntos).

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones parciales de cada ítem, que oscilan entre 0 y 33. Se consideran los siguientes puntos de corte: riesgo leve: 1-5 puntos, riesgo moderado: 6-9 puntos y riesgo alto: mayor o igual a 10 puntos.

Escala de Hamilton para la depresión (Hamilton depression rating scale), HDRS

En esta escala, es en el ítem 3, donde se evalúa el riesgo suicida en el momento actual. La puntuación de éste oscila entre 0, para riesgo ausente, va pasando por distintos niveles de ideas/pensamientos suicidas hasta llegar a 4, que ya nos encontraríamos ante una tentativa sería. Es una herramienta heteroaplicada, que consta de 17 ítems que valoran la gravedad y la sintomatología referente con la depresión.

Escala de depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery Asberg depression rating scale), MADRS

Evalúa la sintomatología, la gravedad de la depresión y el resultado de la intervención terapéutica. Es una escala heteroaplicada, que consta de 10 ítems. En el último se valora el riesgo de suicidio en el momento actual. Las puntuaciones obtenidas oscilan entre 0 y 6 y éstas se integrarán con la puntuación global de la escala.

Escala de desesperanza de Beck (Hopelessness scale), HS:(7,39)

Valora subjetivamente las expectativas de futuro que tiene una persona y su bienestar, así como la habilidad para

C. Riesgo de suicidio

	Durante este último mes:			Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
	A lo largo de su vida:			
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?			

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

Fuente: Protocolo de atención y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio del Principado de Asturias. 2018.

resolver problemas. Ésta nos sirve para pronosticar el posible comportamiento suicida.

Es una escala autoaplicada, que consta de 20 ítems con respuestas de verdadero o falso. Miden 3 factores: el afectivo, el motivacional y el cognitivo. Para estimar el riesgo suicida tiene en cuenta la puntuación total, coloca los puntos de corte en: 0-3 ninguno o mínimo, 4-8 leve, 9-14 moderado y de 15-20 alto riesgo de cometer el suicidio.

El papel de la enfermería en el suicidio

La valoración enfermera consiste en un proceso planificado y sistematizado de recogida de datos e interpretación de la información adquirida. A partir de este punto se iniciará la toma de decisiones con aquella información que nos sea más relevante para el ejercicio de la profesión, dentro de nuestra competencia de administrar cuidados. Se valora la respuesta humana de manera integral y global ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Ésta nos es útil para planificar con la persona un plan de cuidados, siempre teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos que se fije ésta. Nuestra observación y recogida de datos la haremos empleando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. A continuación, se mencionará la información más habitual que puede aparecer en un paciente con conducta suicida y de la cual tenemos que prestar una atención especial:(40)

- *Patrón 1: Percepción/manejo de la salud.* Se valora: aspecto general, el comportamiento ante la enfermedad, consumos de sustancias (alcohol y drogas), la presencia de enfermedades somáticas y de salud mental. Si ha tenido ingresos. Historia de antecedentes personales y de intentos previos. Si recibe tratamiento médico.
- *Patrón 2: Nutrición/metabólico.* Puede existir alteración del apetito, más frecuente por disminución. Este patrón junto con el 3: patrón de eliminación, pueden encontrarse ambos alterados por la existencia de una enfermedad mental.
- *Patrón 4: Actividad/ejercicio.* Se valorará el gesto del rostro, el comportamiento motriz, la intervención en las actividades, aunque en muchas ocasiones se mostrarán ausentes en éstas, debido a la pena y de la abulia. Modificación importante en sus rutinas, ya que existe un bajo interés por las cosas con las que antes disfrutaba
- *Patrón 5: Sueño/descanso.* Éste se encuentra alterado por la presencia de ideas intrusivas y constantes referidas a la muerte y a las ganas de poner fin a su vida. Como consecuencia suelen dormir menos horas y tienen la sensación de no haber descansado bien por lo que no tienen un sueño reparador. Debemos de valorar el empleo de ayudas para dormir, bien sea farmacológicas o de otras técnicas.
- *Patrón 6: Cognitivo/perceptual.* Se evalúa la atención, la orientación y la concentración que suelen encontrarse alteradas por la persistencia de las ideas suicidas. Existen olvidos en la memoria reciente debido a la falta de atención. Suelen emplear un lenguaje pobre, mayormente suelen hablar empleando un tono de voz bajo, aunque a veces hay una inflexión debido a la hostilidad.

- *Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto.* Es el que más distorsionado está. Suelen presentar una inhibición emocional. La percepción de su imagen corporal es negativa, suelen manifestar rechazo ante ésta. Presencia de autorreproches y de opiniones negativas hacia su persona. La identidad está alterada y el significado de su vida, ya no tiene ningún sentido ni valor para la persona.
- *Patrón 8: Rol/relaciones.* Se valora la relación con su familia, suelen ser hostiles y de incompreensión por parte de sus componentes ya que consideran desmesurada la perspectiva negativista de la persona. El rol en los distintos ámbitos de su vida, estará alterado por la presencia de las ideas negativas que tiene hacia el mismo. Tendencia al aislamiento social.
- *Patrón 9: Sexualidad- reproducción.* Aquellas personas que tengan un estado de ánimo negativo, tendrán más complicado el poder alcanzar una respuesta sexual positiva y saludable, debido a la anhedonia que les caracteriza, así como a la dificultad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias.
- *Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés.* Éste se encuentra habitualmente alterado. Suelen vivir en una situación de constante tensión y estrés. Mínima sensación de control. Mecanismos de afrontamiento ineficaces.
- *Patrón 11: Valores/creencias.* Evaluar qué es lo que la persona estima como correcto e incorrecto, así como objetivos personales. Valorar si existen creencias religiosas y como éstas influyen sobre el individuo.

A partir de esta valoración se podrá emitir juicios clínicos de enfermería y a través de éstos planificar un plan de cuidados, donde se realizarán unas intervenciones y unas actividades. Con unos objetivos/ resultados consensuados con la persona.

En la problemática del suicidio observamos dos diagnósticos de enfermería principales, empleando la taxonomía NANDA, serían: riesgo de suicidio; que se define como: *vulnerable a una lesión autoinflingida que amenaza la vida*, y riesgo de violencia autodirigida, que se define como: *vulnerable a conductas que demuestran una persona, que pueden ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.* (41)

Las intervenciones enfermeras (NIC) más utilizadas para ambos, son: manejo ambiental: prevención de la violencia, entrenamiento para controlar los impulsos, prevención del suicidio, seguimiento telefónico, movilización familiar, control del estado de ánimo, manejo de la conducta de autolesión, vigilancia, dar esperanza, identificación de riesgos e intervenciones centrales. (31)

Por lo que el personal de enfermería actuará mostrando: un comportamiento comprensivo y empático, una actitud tranquila, exenta de crítica, controlará sus propias emociones y mantendrá el respeto en todo momento. Se coordinará con el resto de profesionales para ofrecer un tratamiento lo más integral y multidisciplinar posible. Establecerá una relación terapéutica con el paciente y siem-

pre centrada y adaptada a las necesidades de éste. Revisará los logros conseguidos con el paciente y se le reforzará positivamente.

AUTOPSIA PSICOLÓGICA: ¿QUÉ ES Y CUÁL ES SU UTILIDAD?

La autopsia psicológica fue definida por Schneidman, en torno a mediados del siglo XX, como la reconstrucción con carácter retrospectivo sobre la vida de una persona fallecida. Ésta se realiza para conseguir una mejor comparación de la causa y de la forma de la muerte en situaciones dudosas, también ayuda a esclarecer los factores de riesgo que tienen los sujetos que finalizan con su vida y así poder describir las peculiaridades anteriores a la conducta suicida. (42)

Todos los datos que de ella se obtengan nos facilitan el poder realizar un perfil más cercano a la realidad del sujeto que pone fin a su vida.

La información se consigue a través de dos formas: por los documentos correspondientes a la historia clínica y personal y mediante una entrevista que se hace a las personas del círculo más cercano del individuo ya fallecido. Se emplea para ello una encuesta semi-estructurada y se intenta realizar una construcción de cómo era la vida del individuo teniendo en cuenta su personalidad, el estilo de vida y así conseguir comprender que fue lo que le llevo a la persona a actuar así. En ella se tiene en cuenta las variables sociodemográficas, características personales y familiares y factores psicopatológicos. Por lo que en la entrevista se tendrán que explorar los siguientes puntos: información sobre la víctima relacionado con: la edad, el domicilio, su estado civil, la ocupación, entre otras. Los detalles de su muerte. La historia de vida, se examina el entorno familiar, la existencia de enfermedades y de tratamientos y la presencia de intentos previos de suicidio. Antecedentes familiares en relación a los fallecimientos de estos. Recursos de afrontamiento al estrés de la persona fallecida. Averiguar si padeció de un período de descompensación o inestabilidad emocional. Existencia de cualquier patología diagnosticada recientemente. Si la persona sufría preocupaciones. Historia de consumo de tóxicos (abuso de alcohol o de drogas de forma crónica, esporádica o incluso única siendo solamente en el momento de la muerte). Presencia de planes de futuro. Todo ello referente al año anterior a que se produzca la muerte. (43)

La autopsia psicológica tendrá lugar alrededor de los 2 a 6 meses posteriores al suceso y tendrá una duración aproximada de 2-3h. Se realizará en un entorno donde el entrevistado se sienta a gusto. Se encargará de realizarla personal preparado pudiendo ser: psicólogos, psiquiatras, médicos forenses y criminólogos.

Esta herramienta nos facilitara obtener las posibles poblaciones de riesgo, a entender algo mejor este problema y los componentes que rodean al suicidio.

Por lo que, actualmente es valorada, como la mejor técnica para analizar la muerte por suicidio. Los datos obtenidos pueden ser primordiales para emplear en el proyecto y en la implantación de las distintas estrategias de prevención.

DOLIENTES: ¿AHORA QUE SUCEDE CON LOS SOBREVIVIENTES?

Cada muerte por suicidio es vivida como una tragedia de gran magnitud, ya que este impacto recae en las familias, comunidades y en los países de todo el mundo.

El suicidio puede tener consecuencias duraderas en las personas cercanas al fallecido.

Se ha calculado que por cada individuo fallecido por suicidio hay alrededor de 6 deudos, a los cuales se les llaman sobrevivientes. (44)

Las muertes que ocurren por este suceso, son calificadas por el entorno familiar como vivencias desgarradoras, que retan el equilibrio y ponen en peligro el sistema familiar. Se puede afirmar que los sobrevivientes al suicidio experimentan de forma distinta, con mayor dificultad el duelo con respecto al que surge como resultado a otras causas de muerte.

Los sobrevivientes aparte del dolor, manifiestan distintos sentimientos como: vergüenza al revelar el motivo real del fallecimiento, la culpa por no haber podido hacer más y el haber podido evitar la muerte, ver el suicidio como una mancha, angustia, abandono, enfado, ira, rabia, miedo en los hijos de las víctimas ya que muestran temor de que les pueda ocurrir a ellos lo mismo. Los dolientes en la mayoría de las ocasiones tienen pensamientos distorsionados, al ser un gran shock para ellos, precisan de crear un recuerdo nuevo creyendo que la muerte fue accidental o natural, iniciándose en ese momento un mito o falsos recuerdos que giran en torno al suceso. También se ha visto que en algunas ocasiones los sobrevivientes han recibido reproches por partes de personas de su propio entorno.

Todos estos sentimientos generan un aislamiento, estigmatización y tabú que podemos observar que está presente en las muertes debidas por suicidio. Teniendo como resultado a que la mayoría de los afligidos se sientan incómodos hablando de este tema y les sea muy difícil admitir la causa real de la muerte. Por lo que estas personas tienen menos opciones de poder desahogarse de su dolor con otras y tendrán unas dificultades para elaborar el duelo, el cual se basa en un conjunto de procesos emocionales, cognitivos y conductuales que se producen después de la pérdida. Si éste no se realiza las personas pueden desarrollar una depresión o un trastorno por duelo complicado, siendo personas de alto riesgo de suicidio. (45)

Se ha visto que el mayor apoyo para superar un duelo es la comunidad (familia o amigos). Las familias son consideradas la mayor fuente de sostén. Las personas que sean capaces de compartir la pena, conseguirán aceptar la pérdida y a su vez saldrá reforzado el conjunto familiar.

Por lo tanto, se ve que es importante ofrecer una atención emocional y psicológica adecuada. Las estrategias de prevención o de ayuda se deben de llevar a cabo en las etapas iniciales del duelo, para poder iniciar una alianza terapéutica con el sobreviviente y así comenzar la elaboración de éste.

Los dolientes si siguen sin concluir el duelo tendrán que buscar ayuda como un rasgo de fortaleza y no de debilidad. Si ésta es dada por los servicios sanitarios, una de las técnicas aceptadas sería la terapia psicoterapéutica en la cual se le confrontará con la realidad y con el sentimiento de culpa que sienta hacia el mismo o hacía los demás, lo cual será un paso previo a la integración de que la persona está fallecida. Ayudar a intentar modificar las negaciones y las disfunciones. Explorar las fantasías que giran en torno a la muerte del ser querido. Trabajar con las emociones y sentimientos que han surgido con el fallecimiento. Confrontar el sentimiento de abandono con la realidad. Todo ello encaminado para poder conseguir reanudar la vida. Otra sería realizar tratamientos de duración breve, mediante intervenciones psicológicas en atención primaria, empleando la modalidad grupal, ya que éstas son más eficientes. Se llevarán a cabo, por lo menos, 6 sesiones. En ellas se realizarán psicoeducación y se reflexionará como es su vida en ese momento y se plantearán objetivos para el futuro. Esta intervención tendrá una duración en torno a las seis semanas. Hay evidencias que las personas notaron mejoras clínicas subjetivas. Con estas intervenciones se intenta evitar la cronicidad, la patologización del duelo y reducir el uso de psicofármacos. (46)

Se ha visto por otro lado, que hay otras intervenciones que son de gran utilidad como son los grupos de apoyo mutuo y de autoayuda. Estos grupos están formados por personas que han pasado por las misma situación o condición. Son llevados a cabo por los propios integrantes, tomando ellos mismos las decisiones. Es un medio muy poderoso en el que los participantes se ayudan. (47)

La mayoría de estos grupos son de habla inglesa y han tenido sus orígenes en EEUU en los años 70, ejemplos de ellos tenemos: CRUSE, en Inglaterra, SPES en Suecia y Verwaiser Elten, en Alemania. El grupo de apoyo a sobrevivientes y la asociación internacional de prevención del suicidio (IASP), han visto aumentado el interés por éstos.

En España, en el año 2.012, en Barcelona, surgió la primera asociación de sobrevivientes, después del suicidio, Asociación de sobrevivientes (DSAS), es un lugar empleado para el acompañamiento y de apoyo para los dolientes, pero a su vez intentan visibilizar la situación del suicidio, enseñar conocimiento y bregar a favor de su prevención. A partir de este momento surgieron más asociaciones como: Familiares y allegados en el duelo por suicidio (FAeDS), en Madrid, Besarkada- abrazo en Navarra, Biziraum en el País Vasco, entre otras.

CONCLUSIONES

Ha habido un repunte de las muertes por suicidio en todo el mundo, sobre todo en dos franjas etarias: en los adolescentes y en las personas de edad avanzada, en los últimos años. Por lo general el sexo masculino comete más actos suicidas que el femenino.

El suicidio afecta a nivel global, tanto en países desarrollados como los no desarrollados, siendo superior en los países con ingresos medios y bajos, más concretamente en un 75 % de los casos.

Se ha observado que, a nivel mundial, los métodos más empleados para consumar el suicidio son la autointoxicación por ingestión de plaguicidas, seguido del ahorcamiento y de las armas de fuego.

El suicidio siempre ha estado presente en la historia del ser humano, el significado de éste, ha ido evolucionando, debido a los distintos cambios experimentados en las sociedades, que han influido sobre el pensamiento y la cultura, a lo largo de los años.

Hoy en día entendemos que, el comportamiento suicida está influenciado por distintos factores psicológicos, individuales, sociales y ambientales, que a su vez pueden actuar como factores de riesgo o protectores del suicidio.

La persona experimenta un sufrimiento intenso y una desesperanza para las cuales carece de recursos psicológicos para afrontarlo, llevándole a ver como única salida finalizar con su vida.

Se conoce que existe una relación estrecha entre la presencia de un trastorno mental y el suicidio. En el 80 % del total de los casos las personas padecían de depresión y trastorno bipolar.

La OMS declara que el suicidio es un problema socio sanitario que supone un enorme impacto a nivel psicológico y social a las personas allegadas del fallecimiento y sobre la sociedad en general, por lo que éste, es de gran alcance y debería de considerarse como una prioridad de la salud pública e incluso prevenible.

Se ha visto a nivel mundial que las medidas preventivas abordadas para el suicidio no se han desarrollado de manera correcta, ya que existe una falta de sensibilización y de trascendencia del problema. Sólo 38 países en el mundo cuentan con una estrategia de prevención a nivel nacional.

En España no existe un plan nacional, dejando ver un conglomerado dividido y desorganizado de estrategias, siendo éstas llevadas a cabo a nivel autonómico, sectorial y local.

Otro impedimento que surge a la hora de poder realizar la prevención de manera adecuada es la mala recogida de datos o no registrar bien la información clínica de los individuos, produciéndose así, una subnotificación y subestimación de las muertes por suicidio y una clasificación errónea de la mayoría de las muertes en todos los países del mundo, incluso en España. Por lo tanto, los métodos de certificación y notificación de los suicidios precisan de importantes mejoras.

Se ha visto que las medidas preventivas aplicadas y los resultados no se evalúan de manera constante, por lo que no se conoce la eficacia de éstas, lo que dificulta que se puedan planificar nuevas estrategias para poder implantar nuevos programas de prevención en el futuro.

A la hora de llevar a cabo el trabajo, éste se debe hacer desde distintos ámbitos, sectores profesionales y en la atención sanitaria desde los diferentes niveles asistenciales, para poder luchar contra esta problemática de mane-

ra coordinada, multidisciplinar e integral para poder reducir el mayor número de muertes por suicidio.

Para poder realizar una prevención adecuada es preciso de contar con medidas y herramientas que permitan realizar una valoración correcta de la conducta suicida. Para ello se precisará de formar a los profesionales en la identificación y detección precoz de signos de alarma y factores de riesgo, y en la entrevista clínica para el diagnóstico y la contención psíquica, además del empleo de escalas psicométricas que nos sirvan de apoyo para poder generar nuestro juicio clínico.

Con los datos obtenidos tras varias investigaciones se ve que las muertes por suicidio se pueden evitar, el problema es que la mayoría de los gobiernos demuestran una escasa prioridad por este fenómeno. Por lo tanto, para poder reducir las cifras de muerte y el gasto sociosanitario que genera éste, se deberían de crear nuevas políticas orientadas a crear planes y programas para la prevención.

En el presente, se sigue considerando el suicidio un tabú, por lo que éste se encuentra estigmatizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet] 2019. [Consultado 01/04/2020]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Echeberúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*. 2015;33(2):117-126.
- Observatorio del suicidio en España. Fundación Salud Mental España. [Internet]2017. [Consultado 29/03/2020]. Disponible en: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2017/>.
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte año 2018.2019. [Consultado 11/04/2020]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf.
- Blanco C. El suicidio en España. Respuesta institucional y Social. *Revista de ciencias sociales, DS-FCS*.2020;33(46):79-106.
- Barrigón M.L, Baca García E. Retos actuales en la investigación en suicidio. *Rev Psiquiatr Salud Ment*.2018;11(1):1-3.
- González Ganzábal F. Aspectos fundamentales del comportamiento suicida y su prevención. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería " Casa de Salud Valdecilla".2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8921/Gonzalez%20Ganzabal%20F..pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Tizón JL. Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender cómo " enfermedad o como comunicación?". *FMC*.2016;23(2):61-76.
- Pérez Costillas LP, Blasco Fontecilla H, Benítez N, Comino R, Antón JM, Ramos Medina V et al. Clusters de casos de suicidio espacio-temporal en la comunidad de Antequera (España). *Rev Psiquiatr Salud Ment*.2015;8(1):26-34.
- Pedro Cuesta J, Noguer Zambrano I, García López F, Rodríguez Blázquez C. Salud Mental y Salud pública en España: vigilancia epidemiológica. Madrid. Centro Nacional de epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.2018.
- Van Orden KA, Wiktorsson S, Duberstein O, Berg AI, Fassberg MM, Waern M. Reasons for attempted suicide in later life. *Am J Geriatr Psychiatry*.2015;23(5):536-44.
- Soriano Barceló J, Portes Cruz J, Portela Traba B, Cornes Iglesias JM, Brenlla González J, Mateos Álvarez R. Perfil de los intentos de suicidio en personas de mayores de 65 años del área sanitaria de Santiago de Compostela en el período de 2015 a 2017. *Informaciones Psiquiátricas*.2019;(235):89-107.
- Goñi Sarries A, Blanco M, Azcárate L, Peinado R, López Goñi JJ. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide?. *Psicothema*.2018;30(1):33-38.
- Parra Uribe I, Blasco Fontecilla H, García Pares G, Martínez Naval L, Valero Coppin O, Cebria Meca A et al. Risk of re-attempts and suicide death a suicide attempt: a survival analysis. *BMC Psychiatry*.2017;17(1):163.
- García Haro J, García Pascual H, González González M. Un enfoque contextual- fenomenológico sobre el suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*.2018;38(134):381-400.
- Medina Cano AR, Herazo Chamorro MI, Barrios Meza AM, Rodelo Serrano YV, Salinas Gallardo LF. Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Av psicol*. 2017;25(1):49-57.
- Cruz EM, Valdajo B, Martín R. Investigación enfermera sobre las manifestaciones clínicas y la prevención de la conducta suicida en la adolescencia. *Internacional Journal of Development and Educational psychology: INFAD*.2017;2(1):221-228.
- Organización Mundial de la Salud. [Internet]2017. [Consultado 10/04/2020]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-rooms/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>.
- Bousoño M, Al-Habalí S, Burón P, Garrido M, Díaz Mesa EM, Galván G et al. Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. 2017;29(2):97-104.
- Soler A.M, Martínez Sánchez L, Martínez Monseny A, Trenchs Sainz de la Maza V, Picouto González MD, Villar Cabeza F et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en urgencias. *An Pediatr*.2016;85(1): 13-17.
- Fonseca Pedrero E, Inchausti F, Pérez Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño Sierra J, Sánchez García M.^a A et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*.2018;11(2):76-85.

22. Navarro Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y salud* 28.2017;25-31.
23. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Rev Haban Cienc Med.* 2016;15(1):90-100.
24. Molina AV, Cánovas LT. Prevención de conductas suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo. *Metas de Enfermería.*2017;20(8):55-60.
25. Martínez Naharro A. El suicidio en adolescentes: causas, evaluación y prevención enfermera. Revisión bibliográfica. Soria: Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Soria;2013. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39111/TFG-O-1746.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Azcárate L, Peinado R, Blanco M, Goñi A, Cuesta MJ, Pradini I et al. Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo 2010-2013. *An Sist Sanit Navar.*2015;38(1):9-20.
27. Arnaldo Cebrián J, Duerto Pérez C, Estrada Fernández E, Latre Otal V, Peralta Campo M, Puyuelo Calvo et al. Relación entre el suicidio y el dolor. Una revisión sistemática. *Enfermería científica Altaaragonesa.*2015(9):2-8.
28. Armas Pérez J. Suicidio, un crimen contra la persona. *Derecho y Cambio social.*2019. (58):436-446.
29. Navarrete Betancort EM, Herrera Rodríguez JH, León Pérez P. Los límites de la prevención del suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.*2019;39(135):193-214.
30. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]2020. [Consultado 03/04/2020]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
31. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio. Asturias: Unidad de coordinación del programa marco de salud mental-SESPA;2018.
32. Van Orden KA, Conwelly. Issues in research on aging and suicide. *Aging Ment Health.* 2016;20(2):240-51.
33. Soto Sanz V, Ivorra González D, Alonso J, Castellvi P, Rodríguez Marín J, Piqueras JA. Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes.* 2019;6(3):1-13.
34. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes.*2016;3(1):9-18.
35. Chamorro Aguado V. La enfermera escolar: comunicación eficaz para la prevención y detección del acoso escolar. *Rev Esp Comun Salud.*2017;8(2):247-253. Disponible en: <http://www.doi.org/10.20318/recs.2017.4005>.
36. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA Jr, Silverman MM. Suicide and suicidal attempts in the united states: costs and policy implications. *Suicide life threat Behav.*2016;46(3):352-62.
37. Inageki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, Ikeshita K et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J. Affect Disord.* 2015;1(175):66-78. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25594513>.
38. Martínez Aguayo JC, Arancibia M, Silva H. psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.*2015;53(2):127-133.
39. Cibersam. Banco de instrumentos y metodología en salud mental. [Consultado 04/04/2020]. Disponible en: http://www.bi.cibersam.es/búsqueda_de_instrumentos.
40. Reyes JF, Rodríguez E, Del Valle L. Plan de cuidados en Enfermería del trabajo. Caso práctico: trabajador con ideación suicida. *Revista de Enfermería del trabajo.*2016;6(3).
41. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona- España: Elsevier;2015.
42. Martín Fumado C, Gómez Durán E.L. Investigación del suicidio: autopsia psicológica. *Rev Esp Med legal.*2017;43(4):135-137.
43. Constanza Cañon S, Garcés Palacios S; Echeverri Díaz J, Bustos González E, Pérez Uribe V, Aristizabal López MA. Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. *Archivos de medicina.*2016;16(2)410-421.
44. Rivera T, Kirstein K. Los hermanos entre los sobrevivientes a un suicidio. *Rev GPU.*2015;11(4):383-389.
45. Fernández Alcántara M, Pérez Marfil MN, Catena Martínez A, Pérez García M, Cruz Quintana F. Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista iberoamericana de Psicología y Salud.*2016;7:15-24.
46. Espinosa Gil RM, Campillo Cascales MJ, Garriga Puerto A, Martín García-Sancho JC. Psicoterapia grupal en duelo. Experiencia de la psicología clínica en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.*2015;35(126):383-386.
47. MINSALUD. Orientaciones para el trabajo con grupos de Apoyo y de ayuda mutua. Colombia: Ministerio de Salud y protección social; 2018.