



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico 2013-2014

**Trabajo Fin de Grado**  
**Manejo de la conducta suicida.**

Alumno: Sara Fernández Santos.

Tutor: Fermina Alonso del Teso.

Junio, 2014

# Índice

1. RESUMEN .....	Pág. 2
2. INTRODUCCIÓN	
2.1. Justificación .....	Pág. 4
2.2. Antecedentes .....	Pág. 4
2.2.1. El suicidio en Europa .....	Pág. 5
2.2.2. El suicidio en España .....	Pág. 5
2.2.3. Epidemiología de la ideación suicida .....	Pág. 6
2.2.4. Factores sociodemográficos .....	Pág. 7
2.2.5. Factores de riesgo asociados al suicidio .....	Pág. 8
2.2.6. Factores protectores asociados al suicidio .....	Pág. 15
2.2.7. Métodos más utilizados en actos suicidas .....	Pág. 16
2.2.8. Aspectos legales del suicidio en España .....	Pág. 17
2.3. Delimitación del problema .....	Pág. 18
3. OBJETIVOS .....	Pág. 19
4. MATERIAL Y MÉTODOS .....	Pág. 20
5. RESULTADOS .....	Pág. 22
6. DISCUSIÓN .....	Pág. 28
7. CONCLUSIÓN .....	Pág. 30
8. ANEXOS .....	Pág. 31
9. BIBLIOGRAFÍA .....	Pág. 38

## 1. **Resumen:**

El objetivo de esta revisión sistemática fue revisar la literatura científica reciente que trata sobre el manejo enfermero de la conducta suicida.

Se utilizó toda la literatura encontrada en: Cochrane plus, Biblioteca Virtual en Salud España, Cuiden, Medline, Scielo, Pubmed desde el año 2000. Se seleccionaron 26 artículos para esta revisión.

Los resultados obtenidos se basan en la evaluación e intervención de conductas suicidas, la evaluación se lleva a cabo en Atención Primaria, se seleccionan los pacientes con más factores de riesgo y se les evalúa. En el caso de la intervención, se realiza en el servicio de urgencias, aquí acuden los pacientes que han cometido un acto suicida, se les valora y se lleva a cabo el plan citado posteriormente.

Las conclusiones a las que hemos llegado es que una correcta evaluación e intervención ante el riesgo de suicidio da lugar a una reducción del número de fallecimientos por suicidio, el equipo de Atención Primaria es el más capacitado para realizar las actividades de evaluación e intervención.

Descriptor: Paciente suicida, Conducta suicida, Manejo suicidio, Intervención paciente suicida, Actuación paciente suicida.

### **Abstract:**

The aim of this systematic review was to revise the recent literature based on the nursing assessment of suicidal behavior.

The following literature has been used: Cochrane plus, Biblioteca Virtual en Salud España, Cuiden, Medline, Scielo, Pubmed since the year 2000. 26 articles were selected for this review.

The obtaining results are based on the assessment and intervention of suicidal behavior, the evaluation would be done in Primary Attention, patients with more risk factors would be selected and evaluated.

In the case of intervention, performed in the emergency department, the patients who have committed a suicidal act will be valued and prosecute with the subsequently cited treatment plan.

The conclusions we have reached is that an adequate assessment and intervention focused on the risk of suicide leads to a reduction in the number of deaths by suicide, the Primary Attention team is the most qualified to perform the activities of assessment and intervention.

Key Words: Suicidal patient, Suicidal conduct, Handling Suicide, Suicidal patient intervention, Suicidal patient behavior

## 2. Introducción:

### 2.1 Justificación

Se ha elegido este tema porque el suicidio representa un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo. Además, sus repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico, por ello, se considera de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida.

Queremos comprobar si existe algún protocolo de actuación universal ante una conducta suicida, o si estos protocolos varían según las características.

La prevención de este acto no es un problema exclusivo de instituciones de salud mental, si no de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos.

### 2.2 Antecedentes

En 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el **suicidio** como *“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”* y el **parasuicidio**, como *“un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”* .

Las conductas suicidas son un fenómeno complejo en el que están implicados factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales

Su alta incidencia hacen de ellas un auténtico problema de salud pública mundial.<sup>[1]</sup>

### 2.2.1 El suicidio en Europa:

En el año 2000, se registraron 54280 muertos por suicidio. Los mayores porcentajes se produjeron en los grupos de edad 15-44 años y mayores de 60 años.

El suicidio es una de las principales causas de muerte en Europa entre las personas jóvenes y de mediana edad, especialmente en los hombres, como resultado del descenso de la mortalidad por accidentes. En muchos países de Europa el suicidio es la segunda causa de muerte tras los accidentes en el grupo de edad de 15-34 años.

### 2.2.2 El suicidio en España:

Actualmente, el suicidio es la primera causa de muerte por causas no naturales en España. El patrón demográfico del suicidio en nuestro medio se caracteriza por un mayor número de suicidios consumados en hombres y en mayores de 65 años. España ha evolucionado en los últimos veinte años de ser un país con riesgo de suicidio bajo a riesgo moderado.

En el año 2000, se registraron 3416 muertos por suicidio, 2591 eran hombres y 825 eran mujeres. El mayor número se produjo en edades de entre 15-44 años y > 60 años. En cuanto al método utilizado para llevar a cabo el suicidio, según consta en el certificado de defunción, entre los hombres el más frecuente fue el ahorcamiento (40% del total de muertes), seguido por saltar desde altura (28% del total), mientras que entre las mujeres saltar desde altura fue el más utilizado (59% del total), seguido del ahorcamiento (14%) (Instituto Nacional de Estadística, 2000).

El suicidio supone el 3,1% del total de años de vida perdidos (AVP) en hombres y el 1,5% en mujeres; por grupos de edad, el mayor porcentaje lo encontramos en el grupo de 15-29 años en ambos grupos, en los que el suicidio supone el 10,7% del total de AVP en hombres y el 6,7% del total en mujeres. En todas las edades, el suicidio es la novena causa de AVP en hombres y ocupa el lugar 21 en las mujeres. Sin embargo, en el grupo de 15-44 años, el suicidio es la tercera causa de AVP en hombres, tras los

accidentes de circulación y el SIDA; en mujeres, ocupa el cuarto lugar tras los accidentes de circulación, el cáncer de mama y el SIDA.

En la Comunidad de Madrid, tanto las tasas como la importancia relativa del suicidio respecto al total de la mortalidad, es menor que en el conjunto de la población española. En el análisis de las altas hospitalarias se confirma también la patología que hay detrás de los intentos de suicidio; en primer lugar aparecen las psicosis, seguidas de los trastornos de personalidad, generalmente con comorbilidad con abuso de sustancias, lo cual refleja los pacientes de riesgo en los que debería incidir la prevención. Por tanto, son necesarios estudios sobre la población atendida en urgencias por intentos de suicidio para mejorar la información de la que se dispone.<sup>[1]</sup>

### 2.2.3 Epidemiología de la ideación suicida:

La ideación suicida, o los pensamientos de acabar con la propia vida, pueden variar en severidad en función de la concreción de los planes de suicidio y de la voluntad de llevarlos a cabo. Así, la ideación suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido o de valor de la vida, o breves pensamientos de muerte, o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse, de manera que puede oscilar entre presentaciones agudas o crónicas.

La ideación suicida puede ser parte de un estado de ánimo deprimido a la vez que un modo de enfrentarse activamente con ese estado de ánimo o de intentar escapar del mismo.

La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados.

Según la OMS, la mortalidad anual por suicidio en España no es una de las más evaluadas de Europa, pero España junto a Irlanda fueron los únicos países de la Unión Europea en los que se observó una tendencia lineal de incremento de mortalidad por suicidio.<sup>[1]</sup>

#### 2.2.4 Factores sociodemográficos que están relacionados con conductas suicidas:

**Región o país:** las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Lituania y Rusia (51,6 y 43,1/100.000 habitantes), y las más bajas en Azerbaiyán, Kuwait y Filipinas (1,1, 2,0 y 2,1/100.000 habitantes). En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte siendo los países de Europa Oriental los que presentan mayores tasas. También se observan altas tasas en los países nórdicos, lo que apunta a una posible influencia del número de horas de luminosidad.

**Género:** La proporción de suicidios hombre/mujer es de 4:1 en países occidentales (4) y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo (18). Dos excepciones serían India y China, en donde no hay claras diferencias respecto al género (1,3:1 en la India y 0,9:1 en China).

**Raza:** Hay tasas menores entre los hispanos y afroamericanos que entre los europeos, especialmente los caucásicos que doblan las tasas observadas en otras razas. Sin embargo, en la actualidad se observa un aumento en las tasas de suicidio de los afroamericanos de EE.UU.

**Religión:** podría actuar como factor protector, ya que las tasas más elevadas de suicidio se encuentran entre los ateos, siendo menores en los practicantes de distintas religiones: budistas, cristianos, hinduistas y musulmanes.

**Edad:** aunque proporcionalmente las tasas de suicidio son más altas entre las personas de edad, dada la distribución demográfica, el número absoluto de casos registrados es mayor entre los menores de 45 años, fenómeno que parece existir en todos los continentes y que no está correlacionado con los niveles de industrialización o riqueza. En Europa, el suicidio en jóvenes ha ido aumentando entre 1980 y 2000, multiplicándose por cuatro su tasa. <sup>[2]</sup>



### 2.2.5 Factores de riesgo asociados a conductas suicidas:

Los Factores de Riesgo que están asociados a conductas suicidas, se pueden clasificar en modificables e inmodificables. Los Factores de Riesgo inmodificables no están relacionados ni con la situación clínica del sujeto ni con su situación vital, sino que se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece, y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y aunque algunos sufren modificaciones como la edad, el estado civil o las creencias religiosas, su cambio es ajeno al clínico. Por otro lado, los Factores de Riesgo modificables son aquellos relacionados con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos que pueden modificarse clínicamente o mediante intervenciones poblacionales. Es necesario conocer bien ambos factores de riesgo para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo.

#### Factores de Riesgo Inmodificables:

##### 1) **Heredabilidad:**

Desde hace tiempo se sabe que el suicidio está presente en algunas familias con mayor frecuencia que en otras, y que esta transmisión no es meramente explicable por la presencia de enfermedad psiquiátrica, ya que los familiares con enfermedad mental no tienen mayor riesgo de suicidio que los que libres de enfermedad.

La herencia de la conducta suicida parece estar determinada por, al menos, dos componentes: uno, la propia transmisión de las enfermedades mentales, y otro, la dotación genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores de personalidad.

##### 2) **Sexo:**

En la mayoría de los países, a excepción de China y algún otro país asiático, las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres.

En contraste, por lo general, la tasa de intentos de suicidio suele ser mayor en mujeres que en hombres.

Existen diferencias por sexos en el tipo de enfermedad mental; así, los varones presentan una mayor prevalencia de trastornos relacionados con tóxicos, trastornos de personalidad y trastornos de la edad infantil, mientras que las mujeres presentaban una mayor prevalencia de trastornos afectivos, incluyendo la depresión.

Respecto a la maternidad, se han identificado factores protectores, como tener un hijo pequeño o estar embarazada. De hecho, es la maternidad o la paternidad dentro del matrimonio, más que el matrimonio en sí, lo que protege.

### 3) **Edad:**

La tasa de suicidio aumenta con la edad. Al ir envejeciendo, tanto la salud física como la psíquica empiezan a mermar, se van experimentando pérdidas interpersonales y se entra en un grupo social menos activo y rentable. Con la edad, también cambia el tipo de conducta suicida, así el cociente suicidio/intento de suicidio va aumentando progresivamente con la edad.

En **adolescentes y adultos jóvenes**, el suicidio está entre las primeras causas de muerte. Entre los factores de riesgo más importantes en estas edades de la vida también está la enfermedad mental. Tanto en suicidio consumado como en intentos de suicidio la comorbilidad psiquiátrica más frecuente son los trastornos afectivos, seguidos por el consumo de sustancias y trastornos de la conducta.

Las tasas de suicidio y de intentos de suicidio se incrementan entre los jóvenes con antecedentes familiares de patología psiquiátrica.

Existe un mayor riesgo de intento de suicidio en jóvenes con orientación sexual homosexual o bisexual.

Algunas de las características que aumentan el riesgo de suicidio son: nivel socioeconómico bajo, la separación de los padres, problemas con la justicia, maltrato físico, abuso sexuales.

En **edad geriátrica**. Entre los factores de riesgo del varón anciano destaca una mayor afectación de la viudedad y la jubilación. Así mismo, un segundo factor de riesgo conocido es la presencia de enfermedad psiquiátrica, principalmente los episodios depresivos, considerados el factor de riesgo más importante en ancianos.

El consumo de sustancias también se ha relacionado con el suicidio en sujetos mayores, principalmente en hombres. A diferencia de los jóvenes, se relaciona casi exclusivamente con el abuso y dependencia de alcohol.

También puede desempeñar un papel fundamental en el suicidio de los mayores, la enfermedad somática o incapacitante, sobre todo si es funcionalmente invalidante, crónica, dolorosa o grave. Además, el riesgo de suicidio aumenta más de cinco veces en pacientes con dolor o enfermedad neurológica.

La pérdida de autonomía en actividades de la vida diaria también se relaciona con un mayor riesgo de conducta suicida.

#### **4) Estado civil:**

Muchos estudios defienden el matrimonio como factor protector frente al suicidio, esto afecta más a los varones; esto puede ser debido a que los varones necesitan más tiempo para la elaboración del duelo y tienen menos relaciones afectivas cercanas fuera del matrimonio.

El periodo de mayor riesgo es el año tras la pérdida o la separación, y permanece elevado hasta los cinco años tras la pérdida.

La separación matrimonial tiene un riesgo cuatro veces mayor que cualquier otro estado civil. Sin embargo, no está tan clara la asociación entre suicidio y permanecer soltero.

## **5) Situación laboral y económica:**

Más importante que la ocupación es la falta de ella o el desempleo. El desempleo se ha relacionado con las tasas de suicidio desde hace mucho tiempo.

Estar desempleado parece ser un factor de riesgo más importante en algunos grupos, como son los menores de 35-45 años. Es muy posible que la aparición de consumo de alcohol o de episodios depresivos tras la pérdida del trabajo precipiten la conducta suicida.

Las profesiones relacionadas con la salud, tienen un incremento del riesgo de suicidio.

## **6) Creencias religiosas:**

Las personas con fuertes convicciones religiosas que contemplan el suicidio como algo moralmente reprobable o que usan la religión como mecanismo de dar sentido a la vida, de disminución del estrés y de esperanza ante la adversidad, tienen una tendencia menor a pasar de las ideas suicidas a la consumación del suicidio.

Se acepta que las tasas de suicidio son mayores en los protestantes, seguidos por judíos, católicos y, en último lugar, islamistas.

## **7) Apoyo social:**

La presencia de una red social adecuada supone un factor protector, y el aislamiento social confiere mayor riesgo de conducta suicida en todas las edades.

Parece ser que el aislamiento influye más en el suicidio que en las tentativas de suicidio, probablemente porque el grado de aislamiento en el suicidio consumado es mayor.

## **8) Conducta suicida previa:**

Las personas que han acometido ya alguna tentativa en el pasado tienen 40 veces más riesgo de morir por suicidio. El 82% de los que realizaron tentativas previamente y que, al fin consumaron el suicidio, habían cambiado el método por otro más letal.

### Factores de Riesgo Modificables:

#### **1) Trastornos mentales:**

Los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios, confirman la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos en al menos un 90% de los suicidios, con un mayor riesgo suicida cuanto mayor es el número de diagnósticos.

Cabe señalar también que el riesgo de suicidio es mayor en las fases tempranas de la enfermedad, y en los primeros seis meses tras el alta de un ingreso psiquiátrico.

#### **2) Trastornos afectivos:**

Los trastornos afectivos, con el trastorno depresivo mayor a la cabeza, son los cuadros psiquiátricos más relacionados con la conducta suicida.

La depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12. El riesgo es especialmente alto al inicio o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción.

#### **3) Esquizofrenia:**

Se ha descrito una prevalencia de suicidio consumado de hasta el 10% de pacientes que sufren este trastorno.

Según estudios, los pacientes esquizofrénicos muestran un riesgo de suicidio 8,5 veces mayor que la población general.

Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, raza blanca, sufrir depresión, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. Existen también factores específicamente asociados a la esquizofrenia, entre los que destacan: ser joven, haber sufrido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos, asociar deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad o la baja adherencia al tratamiento.

#### **4) Trastornos de ansiedad:**

Casi el 20% de los pacientes con un trastorno por angustia o fobia social, realizan un intento de autolisis a lo largo de su vida y, si este trastorno se asocia a depresión, aumenta la probabilidad de suicidio consumado

#### **5) Abuso de sustancias:**

El trastorno por uso de sustancias y, en especial, el alcoholismo por su elevada prevalencia, se relaciona con frecuencia con el suicidio, tanto como factor de riesgo de base, como precipitante en última instancia de la conducta suicida. Hasta un 15% de los pacientes que sufren alcoholismo se suicidan, y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios.

Por otra parte, el consumo de otras drogas (opioides, cocaína, cannabis, sedantes, etc.) y, en especial, la dependencia conjunta de múltiples sustancias, se ha asociado a un riesgo de suicidio hasta 20 veces superior.

Un problema habitual en los pacientes consumidores de drogas es la baja adherencia al seguimiento y el escaso cumplimiento terapéutico. Si a esto se le suma la elevada tasa de trastornos psiquiátricos concomitantes, especialmente afectivos, que pueden sufrir sin recibir el tratamiento adecuado, la probabilidad de la conducta suicida aumenta exponencialmente.

## **6) Trastornos de personalidad:**

Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental.

Los trastornos de personalidad aumentan hasta seis veces el riesgo de suicidio.

Los rasgos de personalidad asociados a la conducta suicida son: La desesperanza, el neuroticismo, la extraversión, la agresividad, impulsividad, irritabilidad, hostilidad y ansiedad.

## **7) Otros trastornos mentales:**

Se han descrito otros trastornos psiquiátricos que incrementan el riesgo de suicidio. Los pacientes con un trastorno por déficit de atención, presentan una mayor probabilidad de suicidio consumado, especialmente si se trata de varones con depresión o trastornos de conducta asociados.

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan también mayores índices de conducta suicida, sobre todo entre pacientes con anorexia y bulimia nerviosa con sintomatología depresiva y/o abuso de sustancias comórbidos. Sufrir un trastorno adaptativo también puede incrementar el riesgo de suicidio.

Entre los acontecimientos vitales que pueden preceder al suicidio, destacan procesos relacionados con la edad (momento en el que los hijos contraen matrimonio o abandonan el hogar, la jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias...), problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia.

## **8) Salud física:**

Las enfermedades somáticas son también un conocido factor de riesgo para la conducta suicida, especialmente cuando se acompañan de discapacidad o dolor crónico o intenso.

Se ha detectado un mayor riesgo de la conducta suicida en pacientes con cáncer, VIH, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, lesión de la médula espinal o lupus.

La aparición de sintomatología depresiva es un factor determinante en la asociación con la conducta suicida entre este tipo de pacientes.

## **9) Dimensiones psicológicas:**

La impulsividad y agresividad son las dimensiones más relacionadas con la conducta suicida.

Los pacientes que fallecen por suicidio presentan agresividad y conducta violenta con más frecuencia que los sujetos que fallecen por otras causas como los accidentes de tráfico. Esta asociación es más importante en pacientes jóvenes o adolescentes, así como en población penal.

Otras dimensiones patológicas asociadas a la conducta suicida, han sido la agresividad de forma independiente a la impulsividad, la desesperanza, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva y la capacidad de resolución de problemas. La agresividad, que no siempre se correlaciona con la impulsividad, se ha asociado con suicidios violentos, en varones jóvenes, con intentos de suicidio en población general y en población <sup>[1], [2],</sup>

[4]

### 2.2.6 Factores protectores asociados a la conducta suicida:

Los factores protectores del riesgo de suicidio podrían dividirse en aquellos propios del individuo y los propios del entorno. Así, entre los primeros podemos incluir las actitudes, valores y normas introyectadas en contra del suicidio, como sería el valor de la propia vida.



Además, las habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas favorecen la decisión de no suicidarse.

Otras variables relacionadas con la protección son el cuidado y búsqueda de la salud mental y somática, las creencias religiosas que desapruében el suicidio, el temor al dolor y las conductas de riesgo, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia.

Entre los factores ambientales destacan la existencia de una red social y familiar adecuada con responsabilidades para con los demás, la participación social, la accesibilidad a los dispositivos de salud, un ambiente estable y las restricciones a la hora de adquirir armas o medicaciones potencialmente letales.

Los factores protectores los podemos resumir en:

- Elevada autoestima, habilidades sociales y capacidad en la resolución de problemas.
- Apoyo familiar.
- Buena integración social con redes de apoyo comunitario.
- Tener creencias religiosas.
- Limitación de acceso a medios de suicidio <sup>[1],[5]</sup>

#### 2.2.7 Métodos más utilizados para llevar a cabo un acto suicida:

- Traumáticos (armas de fuego, armas blancas, precipitaciones, procedimientos quirúrgicos, ingestión de cáusticos, quemaduras...).
- Asfixia (suspensión, sofocación, inhalación de vapores tóxicos, electrocución...).
- Tóxicos (venenos, fármacos, en especial psicofármacos)<sup>[5]</sup>

Es más probable que se quite la vida una persona que ha cometido ya un intento de suicidio que otra que no haya intentado nunca un acto de esa naturaleza.

Un elevado porcentaje de personas que se han suicidado o han intentado hacerlo, habían advertido ya de su propósito; En todo los casos, los indicios del propósito suicida, se dan de forma oral o por el comportamiento.

Tres meses antes del suicidio, estas personas acuden al medico de cabecera, por eso hay que prestar mayor atención a la identificación de los indicios que nos revelen ánimo suicida.

El acto suicida es una “petición de auxilio” más que la expresión del deseo de morir <sup>[5]</sup>

Para tratar de evitar la repetición de tentativas suicidas, es fundamental realizar una correcta evaluación de las personas que acuden a los servicios de salud tras haber realizado un intento suicida, ya que en la mayoría de los casos no se realiza una adecuada evaluación psicosocial de los pacientes <sup>[1]</sup>

#### 2.2.8 Aspectos legales del suicidio en España:

El suicidio en España no está penado aunque sí lo está en otros países donde se considera a la persona como un bien o propiedad del Estado. Lo que sí está castigado por el Código Penal en su artículo (Art.) 143.1 y 2 es la inducción al suicidio (4-8 años de prisión) y la cooperación al suicidio, siempre que se haga con actos necesarios (2-5 años de prisión).

En cuanto a la cooperación por razones humanitarias, es decir, “el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos y difíciles de soportar, solamente será castigado con la pena inferior en grado”. <sup>[6]</sup>

### **2.3 Delimitación del problema**

Clasificamos el manejo de la conducta suicida en dos actuaciones:

La primera actuación consiste en una evaluación del posible paciente con conducta suicida. Esta acción la llevaría a cabo la enfermera de atención primaria con el fin de detectar futuros pacientes suicidas.

La segunda actuación consiste en la intervención ante un paciente con conducta suicida. Esta acción la llevaría a cabo la enfermera de urgencias, con el fin de que no se produzca un suicidio consumado ni una tentativa futura de suicidio.

### **3. Objetivos:**

Este trabajo consiste en realizar una revisión sistemática en la literatura científica sobre pautas de actuación para llevar a cabo:

- Una correcta evaluación enfermera de la conducta suicida.
- Una correcta intervención enfermera en la conducta suicida.

#### 4. Material y métodos:

Este estudio es una revisión sistemática, es una revisión estructurada de la literatura científica que aborda una cuestión específica de investigación con el fin de responderla, mediante un análisis de la evidencia. Utiliza métodos explícitos, sistemáticos y reproducibles para minimizar los sesgos, requiere medios objetivos de búsqueda de la evidencia, aplicar criterios de inclusión y exclusión de los estudios predeterminados, evaluar críticamente los resultados obtenidos, presentar y sintetizar los datos extraídos de forma que se puedan proporcionar resultados fiables que permitan sacar conclusiones y ayudar en la toma de decisiones.

La metodología empleada para la realización de este trabajo se ha basado en una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane plus, Biblioteca Virtual en Salud España, Cuiden, Medline, Scielo, Pubmed. todas ellas combinadas con los operadores booleanos AND y OR.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de estudios de esta revisión fueron los siguientes: estudios clínicos, revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados en español y publicados desde el 2000. Se seleccionaron 26 artículos para esta revisión.

Las palabras claves de búsqueda han sido:

- a. Actuación ante paciente suicida / autolítico.
- b. Conducta suicida.
- c. Intervención conducta suicida / autolítica.
- d. Actitud conducta suicida / autolítica.
- e. Manejo conducta suicida.

El trabajo se basa en realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tema elegido, realizar una lectura crítica de los artículos con el fin de encontrar la evidencia.

Este trabajo podría dar lugar a la realización de un futuro ensayo clínico mediante el cual se podrían elaborar pautas de evaluación e intervención en un paciente con conducta suicida.

## 5. Resultados:

El manejo de la conducta suicida, lo vamos a dividir en dos apartados:

➔ **Evaluación de la conducta suicida**: Haremos una valoración para detectar al paciente con riesgo suicida. Se aplicará en las siguientes circunstancias:

- Cuando se produzca un cambio en el tratamiento del paciente.
- Cuando el paciente haya sido dado de alta recientemente.
- Cuando se produzca un cambio brusco de ánimo en el paciente.
- Cuando el paciente no mejora con el tratamiento.
- Cuando el paciente se encuentre en el inicio de una enfermedad física crónica.

Los pasos de los que consta este proceso son:

+ **Entrevista clínica**. En esta debemos de valorar lo siguiente:

- Factores de riesgo. (tabla 1.1)
- Factores de protección. (tabla 1.2)
- Si existe un alto perfil suicida o no. (tabla 1.3)
- Antecedentes personales y familiares (trastornos psiquiátricos o intento autolítico).
- Estado de ánimo (depresivo, desesperanza).
- Presencia o ausencia de ideas suicidas. Expresiones verbales directas o indirectas sobre suicidio.
- Si se encuentra en situación de duelo o han sucedido acontecimientos vitales estresantes.

## + Escalas de valoración:

### Escala de la desesperanza de Beck (BHS): (Figura 1.4)

Evalúa desde el punto de vista subjetivo las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

Su resultado es un predictor de posible suicidio.

Es un instrumento autoaplicado.

### Escala de riesgo suicida de Plutchik (RS): (Figura 1.5)

Evalúa el riesgo suicida. Su objetivo es discriminar pacientes suicidas de los que no lo son.

Es un instrumento autoaplicado.

### Escala de ideación suicida de Beck (SSI): (Figura 1.6)

Evalúa los pensamientos suicidas, mide la intensidad de los deseos de vivir y morir.

Cuantifica la gravedad de la idea suicida.

Es un instrumento heteroaplicado.

### Escala de tentativa suicida (SIS): (Figura 1.7)

Evalúa las características de la tentativa suicida. Valora la gravedad de la tentativa.

Se recomienda su uso en personas que hayan realizado una tentativa de suicidio.

Es un instrumento heteroaplicado.



Evaluación Básica del Suicidio en 5 pasos (Basic Suicide Assessment five-step evaluation):

1. Identificar factores de riesgo, sobretodo aquellos que pueden ser modificados a corto plazo para reducir el riesgo autolítico.
2. Identificar factores de protección, sobre todo aquellos que puedan ser potenciados.
3. Preguntar específicamente acerca del suicidio, ideas de suicidio y antecedentes de conducta suicida.
4. Determinar niveles de riesgo/niveles de seguridad necesarios.
5. Documento sobre la valoración, el plan de tratamiento e instrucciones.

La OMS propone realizar o evitar una serie de acciones ante una situación de ideación suicida:

<b>QUÉ HACER</b>	<b>QUÉ NO HACER</b>
Escuchar, empatía, calma.	Ignorar la situación.
Mostrar apoyo y preocupación.	Mostrarse consternado.
Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo.	Decir que todo estará bien
Preguntar acerca de intentos previos.	Retar a la persona a seguir adelante.
Explorar posibilidades diferentes al suicidio.	Hacer parecer el problema como alto trivial.
Preguntar acerca del plan de suicidio.	Dar falsas garantías.
Ganar tiempo, pactar un “contrato de no suicidio”.	Jurar guardar secreto
Identificar otros apoyos.	Dejar a la persona sola
Restringir el acceso a medios letales	
Comunicación entre profesionales	
Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.	

- **Intervención frente a la conducta suicida:** Para poder llevar a cabo este, se ha tenido que producir un acto suicida (no consumado).

En el caso de haberse cometido una tentativa suicida, lo principal es la atención física del paciente. Según la gravedad de las lesiones, se le hospitalizará o se procederá a la cura de estas. Una vez que el paciente este fuera de peligro, los pasos a seguir son:

❖ **Establecer contacto con el paciente:**

La persona encargada de tratar este tema, tiene que ser capaz de afrontarlos con claridad y respeto, ya que se trata de un tema muy delicado y personal.

Se escuchará a la persona para facilitar su desahogo y se le permitirá expresarse abiertamente. Se le animará a verbalizar sus temores y sentimientos.

Se mantendrá una actitud no crítica, tranquila, se empatizará con él. No se emitirán juicios morales, no se le culpabilizará.

Se procederá a una escucha activa y con interés, se le otorgará un trato cortés y comprensivo. No se dejará al paciente solo en ningún momento.

Se retirarán los medios lesivos que estén a su alcance.

No se desestimarán sus sentimientos, se le hará ver que las ideas o deseos de suicidio son temporales. No se le tratará de convencer de lo inadecuado de su conducta.

Se recogerá información de familiares y amigos.

❖ **Conocer la dimensión del problema:**

Se le realizarán preguntas abiertas acerca de la conducta suicida. No evitar el tema.

Se tomará en serio todo lo que nos dice, no utilizar la ironía.

Evaluar la peligrosidad del método elegido, el grado de convicción, grado de alivio al ser salvado, posibilidad de ser descubierto, si el intento fue

compulsivo o planificado, existencia de cambios psicológicos o vitales que desencadenaron el comportamiento suicida.

Averiguar si el paciente quería morir o solo transmitir un mensaje.

Se realizará una exploración psiquiátrica del paciente, que informe sobre la orientación, atención, presencia de delirios y alucinaciones y sobre el estado afectivo.

Si el acto suicida es consecuencia de una enfermedad psiquiátrica, se derivará al paciente al servicio de psiquiatría; Si se ha llevado a cabo un consumo excesivo de tóxicos, se resolverá el cuadro y se hará una reevaluación posterior.

#### ❖ **Buscar posibles soluciones:**

Realizaremos junto con el paciente una lista con los problemas actuales. Estableceremos prioridades.

No nos pondremos de ejemplo, no hablar de nosotros ni de nuestras experiencias personales.

No se le darán soluciones que fueron buenas para nosotros.

#### ❖ **Llevar a cabo una acción concreta:**

Se tomarán medidas. El tratamiento en estos pacientes es multidimensional, involucrando aspectos biológicos, psicológicos y familiares, por esta razón requiere un abordaje multidisciplinario.

Se valorará si el paciente requiere o no ingreso hospitalario. Los criterios de hospitalización son:

- Riesgo suicida en futuro inmediato.
- La enfermedad psiquiátrica de base necesita tratamiento hospitalario.
- El intento suicida ha tenido una repercusión médico quirúrgica.

❖ **Realizar un seguimiento del paciente:**

Se llevará a cabo con el fin de evaluar el progreso o retroceso.

A pesar de haber mejora, el alta en pacientes suicidas no debe darse precozmente, hay que valorar el riesgo de una posible repetición del acto.

## 6. Discusión:

La mayor parte de los artículos y estudio empleados en esta revisión, hacen hincapié en como actuar para evitar que el suicidio sea consumado. El objetivo de la intervención no es impedir el suicidio, si no ayudar al paciente a resolver problemas [7].

El 80% de las personas que se suicidan dan algún tipo de aviso. 2/3 de los pacientes que consuman el suicidio han avisado a su médico de cabecera el mes previo, por lo que deducimos que desde atención primaria se puede tener un papel muy importante a la hora de evitar tentativas suicidas. Este estudio, sugiere investigar desde Atención Primaria la intención suicida en aquellos pacientes con ánimo triste y que acuden a la consulta con riesgo de posibles ideas suicidas, también sugiere preguntar al paciente por las alternativas al suicidio, y en el caso de no haberlas, preguntar por la existencia de desesperanza ya que esta es indicador de alto riesgo suicida [8].

No existe un patrón de actuación estándar en la conducta suicida, esto puede deberse a la falta de protocolos de actuación y de intervención en la mayoría de los centros sanitarios, ya que solo un 10% de los centros encuestados comunican disponer de ello. La mayor parte de las veces, solo se evalúa el riesgo de suicidio cuando hay Factores de Riesgo muy tangibles o inmediatos, y en un 73% de los actos suicidas se prescribe tratamiento farmacológico directamente y no se lleva a cabo ningún plan de intervención [9].

La anamnesis es fundamental a la hora de valorar el riesgo de suicidio [10]. Evaluar los Factores de riesgo de todos los pacientes, es muy importante, ya que cuanto mayor sea el número de estos, mayor es el riesgo suicida [1]. Una vez más, es una tarea que le corresponde a Atención Primaria por el tiempo material que dispone para poder dedicar a cada uno de los pacientes. Aún así, hay que tener en cuenta que la valoración del riesgo suicida es una de las tareas más difíciles por la existencia de falsos positivos y negativos y por la ansiedad que genera en el evaluador.

También hay que tener en cuenta el grado de letalidad del intento de suicidio, ya que es un predictor (por ejemplo: el ahorcamiento, una persona que intenta quitarse la vida sin éxito ahorcándose, en un futuro será un suicidio consumado)<sup>[1]</sup>.

Un estudio llevado a cabo por la OMS en 2002 como consecuencia de la carencia de un plan nacional de prevención del suicidio en España, concluyó que no existe prácticamente información sobre los Factores de Riesgo y Factores Protectores del suicidio y se desconoce que intervenciones podrían ser más eficaces o efectivas en diferentes ámbitos en España.

El uso de escalas para la evaluación del riesgo suicida no suele ser muy frecuente<sup>[1], [11], [12]</sup>. Esto puede deberse a que el uso de escalas psicométricas para la evaluación del comportamiento suicida aun no se ha incorporado de modo rutinario a la práctica clínica cotidiana<sup>[3]</sup>. En España tan solo un 10% de los profesionales sanitarios emplean escalas y cuestionarios estructurados para evaluar el riesgo de suicidio en parte debido a que muchas escalas no han sido adaptadas al Español<sup>[12]</sup>.

En contrapartida a esto, hay un estudio que determina que a la hora de evaluar el riesgo de suicidio, las encuestas son menos útiles que una buena entrevista clínica<sup>[13]</sup>.

El personal de enfermería es de vital importancia en la detección de propósitos suicidas, su actuación consiste en evitar su puesta en práctica y conseguir disminuir las ideas suicidas presentes y un mayor autocontrol en los impulsos suicidas futuros<sup>[14]</sup>.

## 7. Conclusiones:

- El suicidio es la complicación más importante de los trastornos psiquiátricos, aunque no se pueden prevenir todos los suicidios, una correcta evaluación e intervención ante el riesgo de suicidio puede dar lugar a una reducción del riesgo en muchos pacientes, y a una reducción del número de fallecimientos por suicidio.
- El equipo de atención primaria ocupa un lugar privilegiado en la detección, diagnóstico y tratamiento por la proximidad al paciente, accesibilidad, captación y posibilidad de continuidad asistencial.
- Es deseable y conveniente desarrollar planes de actuación para ayudar a los profesionales de la salud a prevenir el riesgo de suicidio y a mejorar el manejo de pacientes con conducta suicida, ya que se ha comprobado que ninguno de los protocolos de actuación publicados tiene validez universal, ya que estos varían en función de las características y posibilidades de cada grupo cultural y cada sistema sanitario.
- No existe un instrumento único de evaluación, ya que diferentes escalas evalúan aspectos y dimensiones del comportamiento suicida. Se recomienda siempre que sea posible la utilización de escalas que cuenten con propiedades psicométricas adecuadas y que hayan sido adaptadas y validadas.

## 8. Anexos:

Enfermedades médicas crónicas	Abusos sexuales en la infancia
Entre 65-75 años	Historia familiar de suicidio
Sexo masculino	Enfermedad física reciente
Enfermedad psiquiátrica	Toxicomanías, alcoholismo
Tentativas de suicidio previas o ideas suicidas	Familias desestructuradas
Soltero, separado, divorciado o viudo	Alta reciente de hospital
Desempleado	Verbalización deseos de morir
Fallecimientos de familiares o amigos recientes	Estrés crónico
Dificultades laborales	Depresión mayor

Tabla 1.1 Factores de Riesgo <sup>[12], [15]</sup>

Autoestima alta	Parentalización infantil
Creencias religiosas	Hijos en el hogar
Mujeres embarazadas	Satisfacción con la vida
Limitación de acceso a medios de suicidio	Habilidades de afrontamiento positivos
Integración social	Apoyo familiar

Tabla 1.2 Factores de protección <sup>[12], [15]</sup>

Depresión clínica	Trastorno de la personalidad
Mayor de 45 años	Abuso de sustancias
Separado, soltero o viudo	Esquizofrenia con depresión
Desempleo o jubilación	Trastornos confusionales tipo delirium
Enfermedad somática crónica	Trastorno de la personalidad

Tabla 1.3 Perfil suicida <sup>[15]</sup>



Nombre  
Unidad / Centro

Fecha  
Nº Historia

## **ESCALA DE BECK**

Se trata de una escala autoadministrada

Instrucciones para el paciente: Por favor señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	<b>V</b>	<b>F</b>
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. Pudo darme por cencido renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. En el futuro espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. <i>Mi futuro me parece oscuro</i>		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele consguir por término medio		
9. <i>No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro</i>		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. <i>Tolo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable</i>		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. <i>Es muy probable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro</i>		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas</i>		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee porque probablemente no lo lograré		
	<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

Figura 1.4 (Escala de la desesperanza de Beck)

## ESCALA DE RS

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas trata sobre cosas que Ud. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	SI	NO
1. ¿Toma De forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud. separado/a divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tn enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Figura 1.5 (Escala de riesgo suicida de Plutchik)

## EBIS

Fecha..... Carrera..... Edad .....

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

### I CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

1. Su deseo de vivir es:
  0. Moderado a fuerte
  1. Mediano o poco (débil).
  2. No tengo deseo (Inexistente).
2. Su deseo de morir es:
  0. No tengo deseos de morir.
  1. Pocos deseos de morir
  2. Moderado a fuerte.
3. Sus razones para Vivir/Morir son:
  0. Vivir supera a morir.
  1. Equilibrado (es igual).
  2. Morir supera vivir.
4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
  0. Ninguno (inexistente).
  1. Poco (Débil).
  2. Moderado a fuerte.
5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
  0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
  1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
  2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

**Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es "0" –Deje de contestar el cuestionario -**

### II CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

6. Su duración de Pensamientos/Deseos son:
  0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.
  1. Temporadas o períodos largos.
  2. Duran un tiempo largo o continuo.
7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:
  0. Rara vez; ocasionalmente (baja)
  1. Frecuentemente pienso/deseo
  2. Casi todo el tiempo pienso/deseo
8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:
  0. Rechazo los pensamientos/deseos
  1. Ambivalente; indiferente.
  2. Aceptación de pensamientos/deseos
9. Su Control sobre la acción/deseo de suicidio:
  0. Tiene capacidad de control
  1. Inseguridad de capacidad de control
  2. No tiene capacidad de control
10. Sus Razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión, Irreversibilidad o fallar):
  0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
  1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
  2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.
11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:
  0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
  1. Combinación de 0 — 2.
  2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

**Indicar cuáles son estos factores que detienen la tentativa.....**

### III CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método: Especificidad/Oportunidad de pensar el intento:
0. Sin considerar método o plan
  1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
  2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.
13. El método: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el Intento:
0. Método no disponible; no oportunidad.
  1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
  2. Método y oportunidad disponible.
  - 2<sup>a</sup> Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.
14. La Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el Intento:
0. No tiene el valor, o capacidad. (debilidad o asustado).
  1. No está seguro de tener valor o capacidad.
  2. Está seguro de tener valor.
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
- 0 No
  1. Sin seguridad, sin claridad.
  2. Si.

### IV ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo:
0. Ninguna preparación
  1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
  2. Completa (preparativos terminados)
17. La Nota Suicida:
0. No ha escrito nota o carta (ninguna)
  1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
  2. Nota o carta escrita (terminada)
18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio ( testamento, arreglos, o pagos, regalos):
0. No
  1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
  2. Planes realizados y arreglos finales
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
0. Revela las ideas abiertamente.
  1. Evita o revela las ideas con reserva.
  2. Encubre, oculta o engaña y miente.
20. Intento de suicidio anteriores
0. No ha intentado
  1. Uno
  2. Más de uno

Figura 1.6 (*Escala de ideación suicida de Beck*)

## I. Circunstancias objetivas

1. Aislamiento
  1. Alguien presente
  2. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)
  3. Nadie cerca o en contacto
2. Medición del tiempo
  1. La intervención es muy probable
  2. La intervención es poco probable
  3. La intervención es altamente improbable
4. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas
  1. Ninguna
  2. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)
  3. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
5. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento
  1. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
  2. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
  3. No contactó, ni avisó a nadie
6. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)
  1. Ninguno
  2. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
  3. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
7. Preparación activa del intento
  1. Ninguna
  2. Mínima o moderada
  3. Importante
8. Nota suicida
  1. Ninguna
  2. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla
  3. Presencia de nota
9. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)
  1. No comunicación verbal
  2. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)
  3. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

## II. Autoinforme

1. Propósito supuesto del intento
  1. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
  2. Componentes de 0 y 2
  3. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
2. Expectativas sobre la probabilidad de muerte
  1. Pensó que era improbable
  2. Posible pero no probable
  3. Probable o cierta

3. Concepción de la letalidad del método
  1. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
  2. No estaba seguro si lo que hacía era letal
  3. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
4. Seriedad del intento
  1. No intentó seriamente poner fin a su vida
  2. Inseguro
  3. Intentó seriamente poner fin a su vida
5. Actitud hacia el vivir/morir
  1. No quería morir
  2. Componentes de 0 y 2
  3. Quería morir
6. Concepción de la capacidad de salvamento médico
  1. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
  2. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
  3. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
7. Grado de premeditación
  1. Ninguno, impulsivo
  2. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
  3. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

### III. Circunstancias subjetivas

1. Reacción frente al intento
  1. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
  2. Acepta tanto el intento como su fracaso
  3. Rechaza el fracaso del intento
2. Preconcepciones de la muerte
  1. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
  2. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
  3. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
3. Número de intentos de suicidio previos
  1. Ninguno
  2. 1 o 2
  3. 3 o más
4. Relación entre ingesta de alcohol e intento
  1. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
  2. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
  3. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
5. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)
  1. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
  2. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
  3. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Figura 1.7 (*Escala de intencionalidad suicida de Beck*)

## 9. Bibliografía:

A continuación se incluyen las referencias bibliográficas que han sido consultadas para realizar este trabajo de investigación

[1] Alvarez Ariza M., Atienza Merino G., Canedo Magariños C., Castro Bouzas M., Combarro Mato J. et al. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Ministerio de sanidad. (2011)

[2] Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del suicidio, un instrumento para trabajadores de Atención primaria de salud. Departamento de salud mental y toxicomanías. Ginebra

[3] Bobes García J., Giner Ubago J., Saiz Ruiz J. et al, Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Edit. Triacastela. Madrid. (2011)

[4] Ayuso Mateos J.L. Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario de la princesa. Universidad Autónoma de Madrid. CIBERSAM, Madrid. (2011)

[5] Prevención del suicidio. Cuaderno de Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. (2001)

[6] Álvarez Ariza M., Gerardo Atienza M., Ávila González M.J., et al. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. (2012)

[7] Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Trastornos mentales y cerebrales. Ginebra. (2000)

[8] Baca García E., Jefe de servicio de psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid. (2011)

- [9] Hernando Martín T., Saiz Ruiz J. Patrón de actuación de los psiquiatras en España ante la presencia de pacientes con riesgo de conducta suicida. Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Universidad Autónoma de Alcalá. Madrid. (2011)
- [10] Álvarez López MA., Evaluación e intervención del riesgo suicida. Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Castilla y León. (2010)
- [11] Álvarez Ariza M., Gerardo Atienza M., Ávila González M.J., et al. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. (2012).
- [12] De la Torre Marti M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Universidad Autónoma de Madrid. (2013)
- [13] Saiz Martínez P.A., García-Portilla González MP., Bobes garcía J. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. CIBERSAM. (2011)
- [14] Pérez Barrero S. Guía práctica para la detección del riesgo suicida. Hospital Bayamo (Ourense). (2011)
- [15] Álvarez López M.A .Evaluación e intervención del riesgo suicida. Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección general de Asistencia sanitaria de la Comunidad de Castilla y León. (2011).