



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Trabajo Fin de Grado

**Detección precoz del riesgo de suicidio en
adolescentes y adultos jóvenes desde Atención
Primaria**

Autor/es

Elena Calmarza Delgado

Director/es

Jorge Subías Perié

Año 2022

RESUMEN

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad en la población actual. El constante incremento de su incidencia entre los jóvenes, y la escasa formación de los sanitarios al respecto, hace imprescindible generar una estrategia nacional eficaz para atender y captar a las personas que se encuentran en riesgo de tener conductas suicidas. Por ello, conocer los factores de riesgo y de protección de estos pacientes resulta esencial para detectar de forma precoz la aparición de nuevos casos y abordar la situación con rapidez desde los centros de Atención Primaria. Aunque existen numerosas escalas de valoración para medir la gravedad y grado de ideación suicida, desde los Centros de Salud se precisa establecer nuevas herramientas en los programas informáticos que ayuden en la prevención de conductas suicidas.

Palabras clave: "Suicidio"; "jóvenes"; "factores de riesgo"; "factores de protección"; "Detección precoz"; "Atención Primaria"; "prevención".

ABSTRACT

Suicide is one of the main causes of mortality in the current population. The constant increase in its incidence among young people as well as the scarce training of health workers in this regard, makes it essential to generate an effective national strategy to care for and recruit people who are at risk of suicidal behavior. Therefore, knowing the risk and protection factors of these patients is essential to detect the appearance of new cases early and to address the situation quickly from the Primary Care centers. Although there are numerous assessment scales to measure the severity and degree of suicidal ideation, from health centers it is necessary to establish new tools in computer programs that help in the prevention of suicidal behavior.

Key words: "Suicide"; "youth"; "risk factors"; "protection factors"; "early detection"; "Primary care"; "prevention".

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. METODOLOGÍA.....	6
4. DESARROLLO.....	7
4.1 Factores de riesgo.....	8
4.2 Señales de alarma.....	8
4.3 Factores de protección.....	9
4.4 Escalas y herramientas para la detección de casos de suicidio.....	10
4.5 Líneas y servicios de atención al suicidio.....	11
5. CONCLUSIONES.....	11
6. BIBLIOGRAFÍA.....	13

ANEXOS

- ANEXO I. FACTORES DE RIESGO.....	17
- ANEXO II. FACTORES DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE.....	18
- ANEXO III. ESCALA PAYKEL.....	19
- ANEXO IV. ESCALA COLUMBIA: VERSION ABREVIADA PARA VALORAR LA SEVERIDAD SUICIDA.....	20
- ANEXO V. ESCALA COLUMBIA: VERSION PARA EVALUAR LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCION PARA EL SUICIDIO.....	22
- ANEXO VI. ESCALA COLUMBIA: VERSIÓN PARA LA PRIMERA EVALUACIÓN. VALORACIÓN DE LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN.....	25
- ANEXO VII. ASOCIACIONES Y PAGINAS WEB PREVENCIÓN SUICIDIO.....	33
- ANEXO VIII. TELÉFONOS DE ATENCIÓN AL SUICIDIO.....	34

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio se define como toda muerte resultante de un acto llevado a cabo por la propia víctima, por acción u omisión, directa o indirectamente y con conocimiento de los efectos de muerte que conllevan dichos actos u omisiones para la propia vida (1).

En España, el número de muertes por suicidio se ha ido incrementando durante los últimos años. En el año 2015 se registraron un total de 3602 suicidios según el Instituto Nacional de Estadística (INE). A día de hoy, los últimos datos registrados por el INE en 2020 la cifra asciende hasta alcanzar los 3941 fallecidos por esta causa, siendo 2930 varones y 1011 mujeres (2),(3).

Es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, afectando a un amplio sector de la población llegando a cobrarse en 2020 la vida de 300 jóvenes con edades situadas entre los 15 y 29 años (4).

Este elevado número hace que se sitúe como la primera causa de muerte externa en los jóvenes españoles de este grupo de edad (5).

Muchas de estas defunciones no son registradas correctamente, por lo que el número real de fallecidos es superior al que reflejan las estadísticas publicadas oficialmente (1).

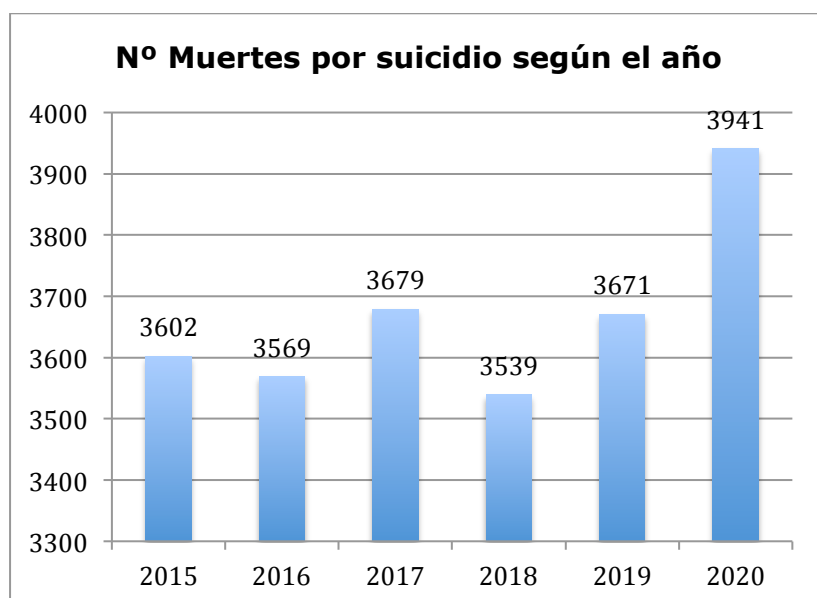


Figura 1. Número de muertes por suicidio según el año. *Fuente: INE.*

Estudios señalan que la reciente pandemia de Covid-19 también ha hecho que aumente el riesgo de suicidio e ideación suicida por su relación directa con el aislamiento, desesperanza y el agravamiento de las enfermedades mentales previas (6-8).

Por cada suicidio consumado se producen muchos más intentos que finalmente se ven frustrados y que nos alertan sobre la gran magnitud del problema (4) .

Aunque en algunos países ya existen estrategias nacionales de prevención del suicidio, en España, todavía no existe un plan de actuación establecido a nivel nacional (2),(3).

Ocho comunidades autónomas han creado planes específicos para mejorar la prevención del suicidio, haciendo especial hincapié en la importancia de su detección precoz desde el ámbito sanitario. Aunque en otras comunidades también poseen estrategias de prevención, las que poseen un documento específico son: Aragón, Galicia, La Rioja, País Vasco, las Islas Baleares y la Comunidad Valenciana, Extremadura y Cataluña (9).

Además de estos planes específicos también se ha creado un nuevo Plan de Salud Mental para 2022-2026 donde aparece reflejado por primera vez el tema del suicidio (10).

Los suicidios consumados no solo afectan a la víctima, sino que por cada suicidio se verán afectadas al menos 6 personas de su entorno más cercano entre familiares, amigos y allegados (1),(11).

Por todo ello es muy importante que los profesionales de la salud, que trabajan con este tipo de personas, conozcan los factores de riesgo que les afectan para poder detectarlos de forma precoz, y que trabajen con los factores de protección para salvaguardar a estos pacientes (12).

Este aumento en la tasa de suicidio, hace que surja la necesidad de dar visibilidad y crear nuevos protocolos y medidas para abordar esta problemática desde todos los ámbitos posibles, incluyendo los centros sanitarios y las escuelas (6),(13).

A pesar de su elevada incidencia, el suicidio es un fenómeno prevenible que debe ser tratado por un equipo multidisciplinar de forma rápida y coordinada para lograr reducir el sufrimiento de estos pacientes y el número de muertes por esta causa (1),(13),(14).

2. OBJETIVOS

El objetivo principal del trabajo es detallar cuales son los recursos existentes y los conocimientos necesarios que deben tener los profesionales de enfermería para lograr una detección precoz eficaz del suicidio en adolescentes y adultos jóvenes desde el entorno de Atención Primaria (AP).

Los objetivos específicos son:

- Describir los factores de riesgo y de protección del paciente en riesgo de suicidio.
- Enumerar las herramientas y escalas de detección existentes para la detección precoz del suicidio que resultan más específicas para Atención Primaria.
- Proponer incluir los factores de riesgo como ítems en los programas tecnológicos de atención primaria para facilitar la detección de los pacientes en riesgo.

3. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se utilizaron las bases de datos de PubMed y Google académico. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda para la realización de esta revisión bibliográfica fueron: "Suicide", "Prevention", "Adolescent", "Primary care" y "Covid-19". Se unieron mediante el operador booleano "AND". Las distintas estrategias de búsqueda bibliográfica realizadas en PubMed fueron: ["Suicide" AND "Prevention"];["Suicide" AND "Adolescent"];["Suicide" AND "Primary care"];["Suicide" AND "Covid-19"]. El numero total de artículos encontrados fue 9303 publicados en los últimos cinco años, de los cuales finalmente se escogieron 11 artículos.

A continuación se añade la tabla con el numero de artículos escogidos en cada una de las búsquedas:

Tabla 1. Estrategia de búsqueda específica en base de datos PubMed.

Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos escogidos
"Suicide" AND "Prevention"	3,467	6

"Suicide" AND "Adolescent"	3,733	3
"Suicide" AND "Primary care"	1,025	1
"Suicide" AND "Covid-19"	1,078	1

También se obtuvo información de páginas oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el INE. Se visitaron las páginas web oficiales del Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación, Sociedad Española de Medicina en la Adolescencia (SEMA) y la Confederación de Salud Mental de España.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión en la búsqueda.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos en inglés o español	Artículos que relacionen los suicidios con enfermedades psiquiátricas previas
Artículos con acceso a texto completo gratuito	Artículos que solo hablen de los métodos utilizados para llevar a cabo el suicidio
Artículos publicados en los últimos cinco años	Artículos dirigidos a la población envejecida

4. DESARROLLO

El aumento de la tasa de suicidio en España es una realidad que no se puede eludir. El número de defunciones registradas hasta la fecha hace que se convierta en una de las principales causas de muerte que afecta a la población, destacando su incidencia entre los jóvenes de 15 a 29 años (4),(5).

La captación de estos colectivos en los momentos en los que son más vulnerables se hace imprescindible para lograr reducir las muertes por suicidio (12).

Aunque en algunas escuelas ya se han creado programas de prevención y charlas educativas para los profesionales, en ámbitos como el sanitario, estas medidas todavía se encuentran en vías de desarrollo (1),(13).

Estudios señalan que los meses antes de cometer un acto suicida un elevado número de las víctimas habían visitado, al menos en una ocasión, el Centro de Salud (5),(9),(15).

Es por ello que el sector sanitario y especialmente la Atención Primaria juega un papel esencial en la detección precoz del riesgo de suicidio en estos jóvenes, y es necesaria una formación amplia para capacitar a sus profesionales en esta labor (1),(12).

Los profesionales sanitarios deben tener los conocimientos y herramientas para ser capaces de reconocer y detectar los trastornos depresivos y de conducta e ideación suicida. Es de suma importancia mantener un seguimiento posterior al paciente tras cometer un intento de suicidio, al menos durante un año, ya que estudios indican que existe un riesgo mayor entre el primer y sexto mes tras el suceso (5).

Conocer los factores de riesgo y de protección que rodea a estas personas resulta esencial para salvaguardar a estos pacientes, ofreciéndoles alternativas a las que poder acudir en caso de tener problemas o recaídas, dentro y fuera del ámbito sanitario (12),(13). **ANEXO I Y II.**

4.1 Factores de riesgo

Entre los factores que aumentan el riesgo de suicidio a nivel individual destacan la depresión, la desesperanza y el abuso de drogas así como los intentos de suicidio previos. A nivel relacional la falta de apoyo social, relaciones conflictivas y el maltrato también incrementan el riesgo y en general cualquier tipo de violencia que rodee a la persona. En el entorno familiar influyen negativamente la vivencia del suicidio de un ser querido o familiar, separación de los padres, maltratos y abusos, así como el estrés financiero, laboral y en los estudios. A nivel comunitario el bullying, el cyberbullying y el acoso escolar además del rechazo por pertenencia a grupo de Lesbianas, Gais, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales (LGTBI) son una de las principales causas que rodean al suicidio (12),(13),(16-18).

4.2 Señales de alerta

Para detectar el riesgo de suicidio en adultos jóvenes y adolescentes es muy importante prestar atención a la respuesta verbal y no verbal que tienen al relacionarse con el resto de personas.

La manifestación verbal de sentimientos de desesperanza y hastío por la vida con expresiones como “ No valgo para nada” o “ Esta vida es un asco y nunca va a mejorar” nos deben alertar de que existe un riesgo grande en el que debemos intervenir. Otras señales de alerta son el uso repetitivo de temas de conversación relacionadas con la muerte, las despedidas e incluso la expresión directa de los propios deseos de acabar con su vida. Si además la persona expone un plan elaborado para ello nos encontraremos en una situación de alto riesgo de suicidio.

Existen también otras señales, no verbales, que nos pueden alertar de este riesgo como pueden ser una ruptura amorosa reciente. Hay que prestar atención a los cambios repentinos en la conducta habitual del joven tanto en caso de aumento de la irritabilidad y conducta destructiva, como en caso de aumento brusco de la tranquilidad después de un periodo de gran agitación, ya que puede indicar haberse resuelto las dudas entre los deseos de vivir y de morir. El descuido de la apariencia personal, las dificultades para concentrarse y disfrutar de las actividades habituales, además de la apatía y tristeza, también son indicativos de riesgo de suicidio (8),(13),(16).

4.3 Factores de protección

Por otro lado se ha comprobado que el desarrollo de los factores de protección del paciente resulta eficaz para reducir el nivel de ideación suicida y mejorar su calidad de vida; por lo cual las intervenciones en la consulta deberán ir encaminadas a potenciar las redes de apoyo y la seguridad de la persona (13).

Dentro de los factores de protección personales, la potenciación de la autoestima y el entrenamiento de habilidades sociales para un afrontamiento eficaz de las situaciones (autoeficacia), han demostrado tener resultados positivos en estos colectivos reduciendo el sufrimiento de las personas afectadas mediante videos o charlas. A su vez, la existencia de un entorno familiar seguro y de una red de apoyo social estable potencia la comunicación y superación de los problemas, reduciendo a su vez el nivel de ideación suicida. También es importante la realización de actividades durante el tiempo libre de forma individual o en grupo. (12),(16).

4.4 Escalas y herramientas para la detección de casos de suicidio

Las personas que presenten varios factores de riesgo de ideación o conducta suicida, deberán ser evaluadas con detenimiento. Hablar con estos pacientes hará que se sientan más comprendidos y aliviados tras comunicar sus sentimientos y emociones. El uso de la entrevista, como herramienta para recabar información detallada sobre el paciente, nos ofrecerá una visión global de su estado donde podremos reflejar los factores sociodemográficos, los trastornos mentales, los intentos previos, y los antecedentes familiares de suicidio y trastorno mental que le afectan. En el caso de que acuda por intento de suicidio incluiremos también dentro de la entrevista las características del intento en cuanto a: peligrosidad (objetiva y percibida por el autor), objetivo final, si existía posible rescate, planificación, deseos de muerte, apoyo externo y actitud. Toda esta información deberá reflejarse en la Historia Clínica Electrónica para que todo el personal autorizado pueda acceder a ella respetando siempre la confidencialidad del paciente (17),(19).

El uso y manejo de escalas de detección como la Paykel y la escala Columbia (C-SSRS), entre otras, pueden servir de ayuda para dar seguridad a los profesionales a la hora de realizar diagnósticos y de diferenciar la intencionalidad de los intentos realizados. La C-SSRS dispone de variantes dependiendo del entorno desde el que se vaya a utilizar, y cuenta con una versión específica abreviada para su uso desde AP (14),(15). **ANEXO III, IV, V, VI.**

Aunque existen otras escalas como la de la intencionalidad de Beck, la escala Paykel y la Columbia, son más breves y específicas, además de resultar fáciles de usar para el personal sanitario (15).

En otros países se ha comenzado a desarrollar herramientas tecnológicas para facilitar la detección de casos en la población mediante el uso de programas que contengan ítems con los que realizar el despistaje, como los del Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). Este instrumento ha demostrado tener una alta efectividad y sensibilidad para detectar a las personas con alto riesgo de suicidio en la práctica desde los Centros de Salud. El uso del ASQ combinado con los ítems interrelacionados con el suicidio y el uso de una pantalla adaptativa computerizada, ha resultado ser una opción eficaz y útil para los profesionales (20-23).

4.5 Líneas y servicios de atención al suicidio

Dentro de las herramientas existentes para prestar asistencia encontramos las líneas telefónicas de intervención en las que se ofrece ayuda y soporte a personas en riesgo de suicidio vía telefónica y online. **ANEXO VII, VIII.**

Algunos de los beneficios que ofrecen son el anonimato y el corto tiempo de espera para contactar con un profesional y obtener ayuda. Fundaciones como ANAR (Ayuda a niños y adolescentes en riesgo) han notado el incremento de las llamadas de menores por intentos e ideación suicida. También se ha demostrado en otros países, que las personas que se pusieron en contacto en estas líneas con profesionales capacitados en el suicidio, redujeron el nivel de depresión y mejoraron el de esperanza al finalizar la llamada frente a los que contactaron con personal no capacitado (12).

El Ministerio de sanidad publicó el pasado mes de Marzo en el Boletín oficial del estado (BOE) la subvención de dos millones cuarenta y nueve mil setecientos cincuenta euros a la Cruz Roja para establecer un teléfono oficial de atención al suicidio gratuito que corresponderá a la extensión 024 (24).

Otro de los colectivos sobre los que hay que intervenir tras un suicidio, es el entorno familiar y social de las víctimas. El hecho de que haya existido una muerte tan trágica en el entorno cercano aumenta el riesgo de suicidio en los supervivientes. Para ello se precisa establecer un servicio de ayuda a la postvención, donde atender de forma continuada a los allegados de las víctimas y prevenir la aparición de nuevos trastornos o conductas suicidas por el duelo (5).

5. CONCLUSIONES

La formación de los profesionales de AP es fundamental para detectar de forma precoz a las personas en riesgo de suicidio. A día de hoy estos profesionales carecen de la necesaria formación y no disponen del tiempo que requieren las intervenciones para detectar, prevenir y tratar las personas con intentos suicidas. La capacitación del personal de salud mediante intervenciones educativas, ha reducido de manera significativa el número de muertes por suicidio. Los resultados positivos de estos estudios, animan a ampliar los cursos y extenderlos no solo para los profesionales de medicina sino también para el sector enfermero.

En cuanto a las escalas, la de SAD PERSONS no ha resultado eficaz para la detección de casos de suicidio. La escala de la desesperanza e ideación suicida de Beck si resulto eficaz, pero debe utilizarse por profesionales entrenados por lo que fue descartada para su inclusión en el estudio.

La escala C-SSRS demostró ser sencilla, universal y eficaz para la detección precoz de casos. Además, mide la gravedad, intensidad de la ideación y letalidad de la conducta. La escala Paykel también es útil para valorar la conducta suicida en adolescentes y presenta ventajas como su brevedad y el número reducido de ítems que facilitan su cumplimentación. Estas dos escalas siempre han de complementarse con una buena entrevista en la que se recabe toda la información posible acerca del suceso y los sentimientos que rodean al paciente.

En países como los EE.UU. ya se han integrado herramientas tecnológicas en los programas de AP, que incluyen los factores de riesgo del paciente, facilitando así la detección precoz de nuevos casos. Otros estudios hablan de implantar una herramienta electrónica que sirva de apoyo a los profesionales de AP en la toma de decisiones clínicas para el manejo y evaluación de las tendencias suicidas, pero todavía se encuentran en vías de desarrollo y de estudio.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Blanco C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. Rev cienc soc [Internet]. 2020;33(47). [citado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/racs/v33n46/1688-4981-racs-33-46-79.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. Ine.es. [citado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=8277&capsel=8278>
3. Gabilondo A. Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit [Internet]. 2020 [citado 20 de diciembre de 2021];34 (Supl.1):27-33. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911120301400>
4. Organización Mundial de la Salud. (World Health Organization). Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. Who.int. [citado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
5. Gobierno de Aragón Dep de San. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ARAGÓN [Internet]. Aragon.es. 2020 [citado 24 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/ESTRATEGIA+DE+PREVENCIÓN+DEL+SUICIDIO+EN+ARAGÓN.pdf/aa19cb28-5100-be85-8ef0-7a32ad1b6efd?t=1614331737772>
6. Que J, Yuan K, Gong Y, Meng S, Bao Y, Lu L. Raising awareness of suicide prevention during the COVID-19 pandemic. Neuropsychopharmacol Rep [Internet]. 2020 [citado 28 de diciembre de 2021];40(4):392-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33022901/>

7. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(6):468-71. [citado 28 de diciembre de 2021]; Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
8. Banerjee D, Kosagisharaf JR, Sathyanarayana Rao TS. «The dual pandemic» of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021;295(113577):113577. [citado 2 de enero de 2022]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113577>
9. Castillo Patton AE. Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. *Gest anal políticas públicas* [Internet]. 2022;6-26. [citado 3 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>
10. Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026 - Confederación Salud Mental España [Internet]. Confederación Salud Mental España. 2022 [citado 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategia-salud-mental-2022-2026/>
11. Morken IS, Dahlgren A, Lunde I, Toven S. The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents: an overview of systematic reviews. *F1000Res* [Internet]. 2019 [citado 13 de febrero de 2022];8:890. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.19506.2>
12. Stone D, Holland K, Bartholow B, Crosby A, Davis S, Wilkins N. Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas [Internet]. Cdc.gov. 2017 [citado 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>

13. Gobierno de Aragón. Prevención, Detección e Intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo [Internet]. 2021 [citado 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://educa.aragon.es/-/documentosprevencionsuicidio>
14. Fonseca-Pedrero E, Pérez de Albéniz A. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de Suicidio. Pap. Psicol. [Internet]. 2020 Ago [citado el 28 de diciembre de 2021]; 41(2):106-115. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>.
15. Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Literature review to identify standardized scales for assessing adult suicide risk in the primary health care setting. Medwave [Internet]. 2018 [citado 28 de diciembre de 2021];18(5):e7246. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/7246.act>
16. Pereira AS, Wilhelm AR, Koller SH, Martins de Almeida RM. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. Cien Saude Colet [Internet]. 2018;23(11):3767-77. [citado 28 de diciembre de 2021] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
17. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida [Internet]. Gob.es. Revisado 2020 [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
18. Sedgwick R, Epstein S, Dutta R, Ougrin D. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2019;32(6):534-41. [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000547>

19. Sisler SM, Schapiro NA, Nakaishi M, Steinbuchel P. Suicide assessment and treatment in pediatric primary care settings. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* [Internet]. 2020;33(4):187-200. [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jcap.12282>
20. Rocha D de M, Cavalcante AK de CB, Oliveira AC de, Benício CDAV, Santos AMRD, Nogueira LT. Contributions of health technologies in risk assessment for suicide behavior: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021;74Suppl 3(Suppl 3):e20200205. [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0205>
21. Aguinaldo LD, Sullivant S, Lanzillo EC, Ross A, He J-P, Bradley-Ewing A, et al. Validation of the ask suicide-screening questions (ASQ) with youth in outpatient specialty and primary care clinics. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2021;68:52-8. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.11.006>
22. Mughal F, Gorton HC, Michail M, Robinson J, Saini P. Suicide prevention in primary care: The opportunity for intervention. *Crisis* [Internet]. 2021;42(4):241-6. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000817>
23. King CA, Brent D, Grupp-Phelan J, Casper TC, Dean JM, Chernick LS, et al. Prospective development and validation of the computerized adaptive screen for suicidal youth. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2021;78(5):540-9. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4576>
24. BOE.es - BOE-A-2022-4587 Real Decreto 211/2022, de 22 de marzo, por el que se regula la concesión directa de una subvención a la Cruz Roja Española para la prevención, detección precoz y atención a personas con riesgo de conducta suicida [Internet]. Boe.es. [citado 27 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-4587

ANEXO I. FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

Tabla 3. Factores de riesgo. Elaboración propia. *Fuente:* Gobierno de Aragón. Prevención, Detección e Intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo [Internet]. 2021. Disponible en: <https://educa.aragon.es/-/documentosprevencionsuicidio>

FACTORES DE RIESGO	
Nivel individual	<ul style="list-style-type: none">- Depresión y otras enfermedades mentales- Desesperanza- Abuso de alcohol y otras drogas- Intentos de suicidio previos- Ser víctima o agresor de violencia- Determinantes genéticos y biológicos- Trastornos mentales y enfermedades crónicas
Nivel relacional	<ul style="list-style-type: none">- Relaciones conflictivas- Falta de apoyo social o aislamiento- Suicidio de familiar o ser querido- Estrés financiero, laboral y en los estudios- Separación de los padres- Maltrato familiar y abusos
Nivel comunitario	<ul style="list-style-type: none">- Bullying, Cyberbullying y acoso escolar- Falta de conexión comunitaria- Falta de acceso a proveedores de la salud y medicamentos- Acoso, rechazo por pertenencia a grupo LGTB
Nivel social	<ul style="list-style-type: none">- Acceso a medios letales para cometer el suicidio- Representación del suicidio de forma no segura en los medios de comunicación- Estigmatización de la búsqueda de ayuda y de las enfermedades mentales

ANEXO II. FACTORES DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE

Tabla 4. Factores de protección. Elaboración propia. *Fuente:* Gobierno de Aragón. Prevención, Detección e Intervención en casos de ideación suicida en el ámbito educativo [Internet]. 2021. Disponible en: <https://educa.aragon.es/-/documentosprevencionsuicidio>

FACTORES DE PROTECCIÓN	
Personales	<ul style="list-style-type: none">-Desarrollo de estrategias para un afrontamiento eficaz y resolución de problemas- Potenciar el autoestima de la persona- Objeciones morales contra el suicidio- Dificultad de acceso a medios letales
Familiares	<ul style="list-style-type: none">- Referentes en el entorno familiar y de apoyo- Capacidad de comunicar sus sentimientos y pensamientos
Entorno escolar	<ul style="list-style-type: none">- Conexión con la escuela, comunidad e instituciones sociales- Relación adecuada con profesorado y semejantes en la escuela- Confianza para hablar de temas difíciles
Entorno social	<ul style="list-style-type: none">- Relaciones de apoyo con pareja y amigos- Actividades positivas como el deporte y la participación en grupos- Acceso a atención medica física y mental continuada

ANEXO III. ESCALA PAYCKEL

Tabla 5. Escala Payckel. *Fuente:* Fonseca-Pedrero E, Pérez de Albéniz A. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Pap. Psicol.* [Internet]. 2020; 41(2):106-115. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>.

1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

Respuesta SI = 1 punto

Respuesta NO = 0 puntos

Mayor puntuación > gravedad del riesgo de suicidio

ANEXO IV. ESCALA COLUMBIA: VERSION ABREVIADA PARA VALORAR LA SEVERIDAD SUICIDA

Tabla 6. Escala Columbia: Versión abreviada para valorar la severidad suicida. Fuente: Kelly Posner, Ph.D. New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; posnerk@nyspi.columbia.edu. 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. Disponible en: <http://cssrs.wpengine.com/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-communities-and-healthcare/#filter=.general-use.english>

	Pasado Mes	
	Sí	No
Formule las preguntas que están en negrilla.		
Formule las preguntas 1 y 2		
1) ¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?		
2) ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?		
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.		
3) ¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo? Esto incluye a un(a) participante que diría: <i>"He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría".</i>		
4) ¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo? a diferencia de <i>"Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".</i>		

Formule las preguntas que están en negrilla.	Pasado Mes	
	Sí	No
5) ¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tenía e intenciones de llevar a cabo este plan?		
6) ¿Alguna vez ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida?		
<p>Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.</p> <p>Si la respuesta es "Sí", formule: ¿Fue esto en los últimos 3 meses?</p>		

- **Riesgo bajo** → Derivación diferida a salud mental
- **Riesgo moderado** → Evaluación rápida por salud mental medidas preventivas
- **Riesgo alto** → Medidas prevención inmediatas

ANEXO V - ESCALA COLUMBIA: VERSION PARA EVALUAR LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCION PARA EL SUICIDIO

Tabla 7. Escala Columbia: Versión para evaluar los factores de riesgo y de protección del paciente en riesgo de suicidio. Fuente: Posner, Brent, Lucas, Gould, Stanley, Brown, Fisher, Zelazny, Burke, Oquendo, & Mann; © 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. Disponible en: <http://cssrs.wpengine.com/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-communities-and-healthcare/#filter=.general-use.english>

Instrucciones: Marque todos los factores de riesgo y de protección que se aplican. Se completará después de la entrevista con el paciente, revisión de la historia clínica(s) y/o consulta con los miembros de la familia y/u otros profesionales.				
Ultimo 3 meses	Suicidio y Auto-Lesion	Toda La Vida	Estado Clínico (Reciente)	
<input type="checkbox"/>	Intento reales de suicidio <input type="checkbox"/> En la vida entera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de esperanza
<input type="checkbox"/>	Intento interumpido <input type="checkbox"/> En la vida entera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Episodio Depresivo Mayor
<input type="checkbox"/>	Intentos abortados o auto-interumpido <input type="checkbox"/> En la vida entera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Episodio Afectivo Mixto (ejemplo: Bipolar)
<input type="checkbox"/>	Otros actos preparatorios para matarse <input type="checkbox"/> En la vida entera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alucinacion que Mandan hacerte dano
<input type="checkbox"/>	Auto-lesion sin el intento de suicidio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento altamente impulsivo
Pensamientos de Suicidio			<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancia o dependencia
Marque el mas serio en el ultimo mes)			<input type="checkbox"/>	Agitacion o Ansiedad grave
<input type="checkbox"/>	Deseas estar muerto		<input type="checkbox"/>	Carga percibida en la familia o otras personas
<input type="checkbox"/>	Pensamientos de suicidio		<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Pensamientos de suicidio (pero sin un plan específico o intento de completarlo)	<input type="checkbox"/>	Dolor físico crónico o otro problema médico (VIH/ SIDA, COPD, cáncer, etc.)
<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio (sin un plan específico)	<input type="checkbox"/>	Pensamientos o ideas de homicidio
<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	Comportamiento agresivo hacia otras personas
Eventos de Activación (Reciente)		<input type="checkbox"/>	Método de suicidio disponible (pistola, pastillas, etc)
<input type="checkbox"/>	Reciente pérdida o otros eventos negativos (ejemplo: legal, económico, relación/amistad, etc)	<input type="checkbox"/>	Niega o incapaz de estar de acuerdo con el plan de seguridad
Describe:		<input type="checkbox"/>	Abuso sexual (en la vida entera)
		<input type="checkbox"/>	Historial de suicidio en la familia (la vida entera)
<input type="checkbox"/>	Encarcelamiento pendiente o la falta de vivienda	Factores de Protección (reciente)	
<input type="checkbox"/>	Aislamiento actual/ pendiente o sentirse solo	<input type="checkbox"/>	Identifica razones para vivir
Historial de Tratamiento		<input type="checkbox"/>	Responsable por familia/otros; viviendo con familia
<input type="checkbox"/>	Diagnósticos/ tratamientos psiquiátricos anteriores	<input type="checkbox"/>	Apoyo social y de familia
<input type="checkbox"/>	Sin esperanza o insatisfecho con el tratamiento	<input type="checkbox"/>	Miedo a muerte o morir por dolor o sufrimiento
<input type="checkbox"/>	No cumple con el tratamiento	<input type="checkbox"/>	Piensas que el suicidio es inmoral; Muy espiritual
<input type="checkbox"/>	No está recibiendo tratamiento	<input type="checkbox"/>	Participa/ comprometido en el trabajo o escuela
Otros Factores de Riesgo		Otros Factores de Protección	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Describe cualquier comportamiento de suicidio, auto-lesion, o aggression (incluye las fechas)

ANEXO VI - ESCALA COLUMBIA : VERSIÓN PARA LA PRIMERA EVALUACIÓN.
VALORACIÓN DE LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN

Tabla 8. Escala Columbia: Versión para la primera evaluación. Valoración de la seriedad de la ideación. Fuente: Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J. Disponible en: <http://cssrs.wpengine.com/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-communities-and-healthcare/#filter=.general-use.english>

IDEACIÓN SUICIDA			
	Considerando toda la vida - (cuando la persona sintió más ganas de suicidarse)		1 mes pasado
<p>Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.</p>			
<p>1. Deseos de morir</p> <p>El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar.</p> <p>¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar?</p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>2. Pensamientos suicidas activos no específicos</p> <p>Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en suicidarme")sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plandurante el período de evaluación.</p> <p>¿Ha pensado realmente en matarse?</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

Si la respuesta es "sí", describa:		
<p>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar</p> <p>El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: <i>"He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo"</i>.</p> <p>¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?</p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico</p> <p>El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener <u>cierta intención de llevarlos a cabo</u>, a diferencia de que dijera <i>"Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo"</i>.</p> <p>¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?</p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Ideación suicida activa con plan específico e intención</p> <p>Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo.</p> <p>¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tenía intención de llevar a cabo este plan?</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Si la respuesta es "sí", describa:		
------------------------------------	--	--

INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN	
<p><i>Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo).</i></p> <p>Ideación más seria: _____</p> <p>Tipo N° (1-5) Descripción de la ideación</p>	Más seria
<p>Frecuencia</p> <p>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</p> <p>(1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día</p>	_____
<p>Duración</p> <p>Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?</p> <p>(1) Fugaces/pocos segundos o minutos (2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos</p>	_____
<p>Control</p>	

<p><i>¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?</i></p> <p>(1) Puede controlar los pensamientos fácilmente</p> <p>(2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad</p> <p>(3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad</p> <p>(4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad</p> <p>(5) No puede controlar los pensamientos</p> <p>(0) No intenta controlar los pensamientos</p>	<hr/>
<p>Impedimentos</p> <p><i>¿Hay cosas - alguien o algo (p ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?</i></p> <p>(1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio</p> <p>(2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron</p> <p>(3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido</p> <p>(4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron</p> <p>(5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron</p> <p>(0) No corresponde</p>	<hr/>
<p>Razones para la ideación</p> <p><i>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía</i></p>	

<p>(es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?</p>		
<p>(1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás</p>	<p>(4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía)</p>	
<p>(2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás</p>	<p>(5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía)</p>	
<p>(3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor</p>	<p>(0) No corresponde</p>	

<p>COMPORTAMIENTO SUICIDA (Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)</p>	<p>Desde la última visita</p>
<p>Intento real: Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado del mismo. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay cierta intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento.</p> <p>Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos</p> <p>_____</p> <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

(p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto).
También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.

¿Ha intentado suicidarse?

¿Ha hecho algo para hacerse daño?

¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto?

¿Qué hizo?

¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida?

¿Quería morirse (aunque fuera un poco) cuando usted _____?

¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____?

¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____?

¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)? (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida)

Si la respuesta es "sí", describa:

¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?

Intento interrumpido:

Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (si no fuera por eso, el intento habría ocurrido). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene.

¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera?

Sí No

N° total de intentos interrumpidos

Si la respuesta es "sí", describa:	
<p>Intento abortado:</p> <p><i>Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa.</i></p> <p>¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo?</p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N° total de intentos abortados</p> <p>_____</p>
<p>Actos o comportamiento preparatorios:</p> <p><i>Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida).</i></p> <p><i>¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Suicidio:</p>	<p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Responda solamente por intentos reales</p>	<p>Fecha del intento más letal:</p>
<p>Grado de letalidad y lesiones:</p> <p>0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales).</p> <p>1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces).</p> <p>2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo</p>	<p>Ingrese código</p> <p>_____</p>

<p>grado, sangrado de conducto sanguíneo principal).</p> <p>3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves).</p> <p>4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital).</p> <p>5. Muerte</p>	
<p>Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0</p> <p>Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).</p> <p>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones</p> <p>1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte</p> <p>2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p>	<p>Ingrese código</p> <p>_____</p>

ANEXO VII – ASOCIACIONES Y PAGINAS WEB PREVENCIÓN SUICIDIO

Tabla 9. Asociaciones y páginas web de prevención del suicidio. *Fuente: Elaboración propia.*

<u>ASOCIACIONES Y PAGINAS WEB DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</u>	
FSME: Fundación Española para la prevención del suicidio <i>(APP para móviles → Prevensuic)</i>	https://www.fsme.es https://www.prevensuic.org <i>(Programa de prevención, divulgación y formación FSME)</i>
Confederación Salud mental España	https://consaludmental.org
Sociedad Española de Suicidología	https://www.congresosuicidologia.es
Papageno: Plataforma profesional de prevención del suicidio.	https://papageno.es
APSAS: Asociación para la prevención del suicidio y la atención al superviviente	https://www.apsas.org/es/
RedAIPIS: Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo.	https://www.redaipis.org
DSAS: Asociación "Después del Suicidio-Asociación de Supervivientes"	https://www.despresdelsuicidi.org/es/inicio/

ANEXO VIII – TELÉFONOS DE ATENCIÓN AL SUICIDIO

Tabla 10. Teléfonos de atención al suicidio en España. *Fuente: Elaboración propia.*

TELÉFONOS DE ATENCIÓN AL SUICIDIO EN ESPAÑA	
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	112
TELÉFONO DE LA ESPERANZA	914 590 055 717 003 717
TELÉFONO PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (BARCELONA)	900 92 55 55
TELÉFONO ASOCIACIÓN LA BARANDILLA	911 385 385