



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**¿QUÉ MEDIDAS DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN
HAN DEMOSTRADO MÁS EFICACIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA PARA DISMINUIR LOS
INTENTOS DE SUICIDIO EN LAS PERSONAS CON
RIESGO?**

Álvaro Martín Montero

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2021-22

¿QUÉ MEDIDAS DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN HAN DEMOSTRADO MÁS EFICACIA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA DISMINUIR LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LAS PERSONAS CON RIESGO?

Álvaro Martín Montero

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo:

Intento de suicidio, prevención de suicidio, Atención primaria, Enfermería.

*Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: **Noemí Sansó Martínez.***

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resumen

Introducción: El suicidio es un elemento complejo, multidimensional y multicausal, además, es uno de los retos que desafía a la política sanitaria y al sistema sanitario ya que es considerado tabú y está estigmatizado en nuestra sociedad. Este fenómeno está relacionado con todo los hechos y pensamientos para querer terminar con la vida. En España el suicidio es la primera causa de muerte por factores externos (no natural). Es necesario que los profesionales de la salud tengan una buena formación y también dispongan de instrumentos de calidad válidos para la población en general y para el contexto específico y además que estén contruidos y adaptados al ámbito internacional.

Objetivos: Evaluar la eficacia de los medios de prevención de autolisis y las escalas de detección de riesgo de la conducta suicida.

Resultados: En la búsqueda bibliográfica. Se usaron los metabuscadores EBSCOhost, Scielo y la biblioteca Virtual de la salud (BVS). Por otra parte, también se empleó una base de datos específica (Pubmed) y una base de datos de revisiones (Cochrane). Se establecieron unos límites, todos los artículos debían estar en inglés o español y se propuso un rango de búsqueda de 10 años (2012-2022). Se recopilaron un total de 27 fuentes de información que cumplieron los criterios de selección. Todos los estudios muestran la alta prevalencia del suicidio y la ideación suicida a nivel mundial y ponen el manifiesto la necesidad de su detección y prevención.

Discusión: Los estudios han demostrado que las escalas de detección de riesgo son eficaces para disminuir y prevenir el suicidio si son utilizadas durante la entrevista en la atención primaria, sin embargo, todavía existen grandes retos en la prevención del suicidio. Debemos de conocer mejor los factores de riesgo y los mecanismos que contribuyen a la conducta suicida, además de identificar iniciativas de prevención eficaces y establecer tratamientos efectivos para esta conducta suicida. También, se evidencia la necesidad de disponer un protocolo único de actuación, sobre todo los en atención primaria ya que es la puerta de entrada del sistema sanitario y el primer contacto con la persona suicida.

Conclusión: Los artículos refieren que la falta de personal especializado en atención primaria, y de no disponer un protocolo único de actuación, provoca que los pacientes no

sean atendidos correctamente para poder impedir este fenómeno. Por este motivo en investigaciones futuras será necesario que se desarrollen programas que aborden estos déficits y encaminar a disminuir la problemática del suicidio a nivel internacional.

Palabras clave: Intento de suicidio, prevención del suicidio, atención primaria, enfermería.

Resum

Introducció: El suïcidi és un element complex, multidimensional i multicausal, a més, és un dels reptes que desafia la política sanitària i el sistema sanitari ja que és considerat tabú i està estigmatitzat a la nostra societat. Aquest fenomen està relacionat amb tots els fets i pensaments per voler acabar amb la vida. A Espanya el suïcidi és la primera causa de mort per factors externs (no naturals). És necessari que els professionals de la salut tinguin una bona formació i també disposin d'instruments de qualitat vàlids per a la població en general i per al context específic i que estiguin construïts i adaptats a l'àmbit internacional.

Objectius: Avaluar l'eficàcia dels mitjans de prevenció d'autòlisi i les escales de detecció de risc de la conducta suïcida

Resultats: En es van utilitzar els metacercadors EBSCOhost, Scielo i la biblioteca Virtual de la salut (BVS). D'altra banda, també es va fer servir una base de dades específica (Pubmed) i una base de dades de revisions (Cochrane). Es van establir uns límits, tots els articles havien d'estar en anglès o espanyol i es va proposar un rang de cerca de 10 anys (2012-2022). Es van recopilar un total de 27 fonts d'informació que van complir els criteris de selecció. Tots els estudis mostren l'alta prevalença del suïcidi la ideació suïcida a nivell mundial i posen el manifest la necessitat de la seva detecció i prevenció.

Discussió: Els estudis han demostrat que les escales de detecció de risc són eficaces per disminuir i prevenir el suïcidi si són utilitzades durant l'entrevista a l'atenció primària. No obstant això, encara hi ha grans reptes en la prevenció del suïcidi. Hem de conèixer millor els factors de risc i els mecanismes que contribueixen a la conducta suïcida, a més d'identificar iniciatives de prevenció eficaces i establir tractaments efectius per a aquesta conducta suïcida. També s'evidencia la necessitat de disposar d'un protocol únic d'actuació, sobretot en atenció primària ja que és la porta d'entrada del sistema sanitari i el primer contacte amb la persona suïcida.

Conclusió: Els articles fan referència a que la manca de personal especialitzat en atenció primària, i de no disposar d'un protocol únic d'actuació, fa que els pacients no siguin atesos correctament per poder impedir aquest fenomen. Per aquest motiu, en

investigacions futures caldrà que es desenvolupin programes que abordin aquests dèficits i encaminar a disminuir la problemàtica del suïcidi a nivell internacional.

Paraules clau: Intent de suïcidi, prevenció del suïcidi, atenció primària, infermeria.

Abstract

Introduction: Suicide is a complex, multidimensional and multicausal element, moreover, it is one of the challenges that defies health policy and the health system as it is considered taboo and stigmatised in our society. This phenomenon is related to all the facts and thoughts of wanting to end the life. In Spain, suicide is the first cause of death due to external (non-natural) factors. It is necessary for health professionals to be well trained and also to have quality instruments that are valid for the general population and for a specific context and also that they are constructed and adapted to the international context.

Objectives: Assess the effectiveness of self-prevention measures and risk detection scales for suicidal behaviour

Results: The bibliographic search was conducted between February and April 2022. The meta-search engines EBSCOhost, Scielo and the Virtual Health Library (VHL) were used. In addition, a specific database (Pubmed) and a review database (Cochrane) were also used. Limits were established, all articles had to be in English or Spanish and a search range of 10 years was proposed (2012- 2022). A total of 27 sources of information were collected and matched the selection criteria. All studies show the high prevalence of suicide and suicidal ideation worldwide and highlighted the need for detection and prevention,

Discussion: Studies have shown that risk detection scales are effective in reducing and preventing suicide if used during the primary care interview, however, there are still major challenges in suicide prevention. We need to better understand the risk factors and mechanisms that contribute to suicidal behaviour, identify effective prevention initiatives, and establish an effective treatment for suicidal behaviour. There is also a clear necessity for a single protocol of action, especially in primary care, as this is the gateway to the health care system and the first contact with the suicidal person.

Conclusion: The articles state that the lack of specialised staff in primary care, and the lack of a single protocol of action, means that patients are not properly attended in order to prevent this phenomenon. For this reason, future research will require the development

of programmes that address these deficits and aim to reduce the problem of suicide at international level.

Keywords: Suicide attempt, suicide prevention, primary care, nursing.

Índice

1. Reflexiones del estudiante.....	página 10
2. Introducción.....	página 10
3. Objetivos del trabajo.....	página 15
4. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	página 15
5. Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	página 17
6. Discusión.....	página 23
6.1 Factores de riesgo y de protección de la ideación suicida.....	página 23
6.2 El rol de enfermería en el ámbito del suicidio.....	página 26
6.3 Actuación del servicio de atención primaria.....	página 27
6.4 Evaluación, entrevista, herramientas y escalas para la prevención del paciente con ideación suicida en atención primaria.....	página 29
7. Conclusiones.....	página 34
8. Bibliografía.....	página 35
9. Anexos.....	página 39

1. Reflexiones del estudiante

Desde mi punto de vista como ciudadano y alumno en prácticas he podido experimentar una gran carencia en la atención que se le ofrece a los pacientes con riesgo de suicidio. La falta de personal especializado en atención primaria, así como de herramientas y escalas básicas de evaluación, provoca que los pacientes no sean atendidos correctamente para poder impedir este fenómeno.

Por este motivo, mediante este trabajo he agrupado todos los conceptos relacionados con el "Suicidio" e "ideación suicida" y qué factores de riesgo predisponen a la ideación suicida. También he querido dar a conocer el rol de los profesionales de salud para la prevención del suicidio y comprobar si desde la atención primaria es eficaz ayudar al paciente con ideación suicida y que medidas de prevención existen en este medio.

2. Introducción

En primer lugar es sustancial saber que es la suicidología: Es la ciencia que estudia los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio y su prevención y rehabilitación⁽¹⁾

La organización mundial de la salud (OMS) en 2014 definió el suicidio como " todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil".⁽²⁾ También definió 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".⁽³⁾

Por otro lado, la clasificación internacional de enfermedades (CIE 11), refiere que el suicidio es un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado de tal y donde la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.⁽⁴⁾

Es importante conocer los conceptos que se relacionan con el suicidio, para facilitar a las enfermeras la identificación del riesgo que posee la persona. En la literatura he encontrado una gran variedad de nomenclaturas para referirse al mismo comportamiento⁽⁵⁾:

Los siguientes son una muestra de términos para referirse al acto de autolesión con la intención a morir (es decir, intento de suicidio): parasuicidio, intento fallido, finalización fallida, suicidio no fatal, suicidio abortado, violencia autodirigida, casi-intento letal, ensayo de muerte, episodio suicida, cortejo a la muerte y grito de auxilio.

Los siguientes son algunos que se usan para describir pensamientos con el deseo de morir (es decir, ideación suicida): destellos suicidas, preocupaciones suicidas, cavilaciones morbosas, pensamientos fugaces de suicidio y contemplaciones suicidas.

También hay una plétora de términos para describir la muerte causada por cualquier intento de morir como resultado del comportamiento (es decir, suicidio): suicidio cometido, suicidio consumado, intento fatal, autoasesinato, intento exitoso de la ejecución suicida, intento de suicidio letal, muerte acelerada, auto asesinato intencional y suicidio racional.

La conducta suicida tiene diferentes manifestaciones, las cuales oscilan entre unos niveles de gravedad que van desde la ideación hasta el suicidio consumado⁽⁶⁾ (**Figura 1**)

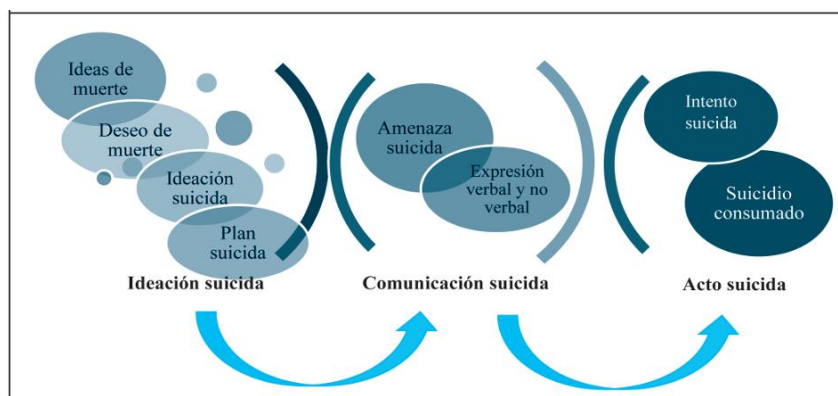


Figura 1: *Expresiones, según su naturaleza de la conducta suicida. (MODIFICADO DE ANSEÁN, 2014 Y FONSECA-PEDRERO ET AL., 2019)*

Por lo tanto, los conceptos clave que hay que tener en cuenta de esta terminología son⁽⁷⁾:

Ideación suicida: Es la presencia persistente de ideas encaminadas a cometer un acto suicida (Deseos, Pensamientos, Planes...). La mezcla de emociones negativas intensas y sentimientos de desesperanza provocan ideas con el objetivo de desarrollar planes para cometer un suicidio.

Conductas suicidas: Se diferencian tres tipos

- El intento de suicidio es un acto realizado voluntariamente con el fin de producirse la muerte, pero sin conseguirlo.
- El suicidio consumado es quitarse la vida de forma consciente.
- El parasuicidio es una conducta autolesiva, no mortal, en la que no es esencial la intencionalidad u orientación hacia la muerte.

Tal variabilidad en la terminología y las definiciones no solo contribuye a una comunicación imprecisa, sino que también limita la comparación de las tasas de prevalencia a nivel nacional e internacional y dificulta las intervenciones clínicas y preventivas.

La conducta suicida es uno de los grandes retos que desafía la política sanitaria, ya que se considera tabú y está estigmatizada en nuestra sociedad. Al mismo tiempo, es un fenómeno muy complejo, multidimensional, y multicausal cuya prevención, evaluación y tratamiento requiere estar orientada en la persona, su entorno y debe de incluir variables bio-psico-sociales.⁽⁶⁻⁹⁾

Las personas que intentan suicidarse y las que lo consiguen tienen características similares, pero son poblaciones distintas. En países de ingresos medios-bajo la conducta suicida es mayor, ya que la incidencia aumenta con la pobreza, marginación y desventaja social.⁽¹⁰⁾

Los individuos fallecidos por suicidio suelen ser hombres de edad avanzada que utilizan maneras más agresivas y con intentos previos de suicidio. En los países ricos se suicidan tres veces más los hombres que las mujeres, en cambio en los de ingresos bajos y mediano la tasa es de 1.5 hombres por cada mujer. Se considera factor de riesgo elevado de suicidio haber intentado suicidarse anteriormente.^(1, 11)

La OMS calcula que a nivel mundial 8000.000 personas se suicidan al año, es decir, ocurre una muerte por suicidio cada 40 segundos, siendo la segunda causa de muerte no natural en personas con edades entre 15-29 años y la tercera entre 15-44 años y se estima que por cada suicidio consumado se producen entre 10 y 20 intentos fallidos. Cada suicidio afecta íntimamente al menos otras seis personas, ya sean familiares o amigos cercanos de

la víctima y estas padecerán consecuencias graves, tanto a nivel emocional como psicológico ⁽¹²⁻¹⁸⁾ . No obstante, la calidad y la disponibilidad de los datos son insuficientes, ya que se atribuye erróneamente casusas suicidas a accidentes y hay falta de un sistema de vigilancia adecuado.

En España, el suicidio es la primera causa de muerte por factores externos (no natural). Se producen 1.8 suicidios por cada accidente mortal, 11.7 suicidios por cada asesinato y 68.1 suicidios por cada muerte por violencia de género. ⁽¹⁾

La tasa de suicidio en España es relativamente baja comparada con otros países europeos. Sin embargo, está aumentado en comparación al resto de países en los que las tasas están descendiendo y estabilizando. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

En nuestro país, cada año mueren por suicidio entre 3500-3950 personas. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2021 se suicidaron 3941 individuos, lo que da una cifra de 11 vidas al día, siendo el suicidio en los varones casi más del triple que en las mujeres. Las cifras recogidas por el INE, muestra que en España la conducta suicida sigue los mismos pasos que el resto del mundo, produciéndose la mayoría de este fenómeno en sexo masculino y aumentando conforme aumenta la edad. (Ver con más detalle en **Anexo 1**).

Analizando los datos por comunidades autónomas, las que presentan mayor número de suicidio son Andalucía (807 defunciones) y Cataluña (561 defunciones) mientras en Ceuta (4 defunciones) y Melilla (3 defunciones) presentan tasas menores. (Ver con más detalle en **Anexo 2**). Comprando con años anteriores, comprobamos que ha aumentado significativamente en el País Vasco (un 30%), Cantabria y Andalucía, han descendido en Aragón y, sobre todo en les Illes Balears, con una disminució del 10%. ⁽²¹⁾

Respecto al método empleado para llevar a cabo la conducta suicida el ahorcamiento (1776 defunciones) y saltar desde un lugar elevado (1062 defunciones) son los medios más utilizados, en cambio, los medios con menores tasas fueron envenenamiento por exposición a plaguicidas (7 defunciones) y exposición a objetos calientes (1 defunción). (Ver con más detalle en **Anexo 3**)

Para ampliar los conocimientos sobre la prevención y detección de la conducta suicida, es sustancial realizar estudios de la población afectada y reconocer los grupos de riesgo. La población más propensa a realizar la conducta suicida son los jóvenes y las personas de tercera edad:^(17, 22)

La vida de los adolescentes es muy compleja, son grupos vulnerables con múltiples cambios, expuestos a estresores cotidianos. Además, tienen recursos sociológicos muy limitados y pocas herramientas para poder afrontar los traumas causados por el suicidio.

Entre las complicaciones que tienen los niños y adolescentes con ideación suicida destaca: Fracaso escolar, problemas familiares, ruptura de pareja, rechazo sobre la orientación sexual, abuso sexual o ser víctima de acosos escolar o ciberacoso. Uno de los problemas más importantes es el acoso, ya que, con los avances de las tecnologías y las redes sociales, permiten la difusión de contenidos humillantes mediante el anonimato del abusador.

En España los datos de suicidio en adolescentes son alarmantes. Esto se debe a que en esta etapa los jóvenes se tienen que enfrentar y aprender a resolver múltiples tareas evolutivas, entre las cuales sobresale la formación de la identidad y la elección de proyecto de vida. Debido a esto, es muy importante en esta etapa evaluar la intersección del acoso escolar, la diversidad sexual y elaborar planes de atención y prevención.

Los problemas de la vida de los adultos que intentan suicidarse prevalecen: el duelo, pérdida personal como divorcio, muerte del conyugue, deudas financieras, situaciones de soledad, enfermedades terminales con dolor crónico y pérdida de la autonomía.

Por otra parte, los problemas que más destacan las personas ancianas que los llevan a que se suiciden son: deterioro de la salud física, la viudedad, jubilarse, sensación que es una carga para los demás, pérdida de la autonomía, sensación de la proximidad de la muerte y enfermedades terminales. A menudo, entre los conyugues ancianos se da el fenómeno ‘‘pactos suicidas’’. Es cuando el varón mata a su mujer y luego acto seguido se suicida. En estos casos se debe de realizar una investigación forense muy estricta para saber si se trata de un homicidio o suicidio.

Por todo lo anteriormente mencionado, es importante tener en cuenta que se debe de reconocer las señales de los problemas emocionales lo antes posible, así como la captación precoz del superviviente para poder tratar las alteraciones emocionales y los efectos negativos. Esto se puede conseguir mediante la atención primaria.

La atención primaria de la salud (APS) ha creado programas que desean facilitar los conocimientos y estrategias de prevención del suicidio, debido a que los profesionales de este ámbito se sitúan líderes del proceso de prevención desde la educación hasta la intervención temprana de este fenómeno. Este servicio es la puerta de entrada al sistema sanitario de la mayoría de los pacientes con riesgo de suicidio. Es por esto por lo que se debe de formar a los profesionales de la salud en el diagnóstico, tratamiento y detección de la depresión y conductas suicidas.^(10,22)

Es fundamental que se realice un seguimiento estricto en atención primaria de las personas con intento previo de suicidio, ya que estos pacientes tienen un elevado riesgo de volver a intentarlo. Al mismo tiempo es sustancial llevar a cabo un registro preciso de las tentativas e ideaciones suicidas con la finalidad de realizar este seguimiento y evitar suicidios futuros.

3. Objetivos del trabajo

Objetivo general: Evaluar la eficacia de los medios de prevención de autolisis y las escalas de detección de riesgo de la conducta suicida.

Objetivos específicos:

- Identificar el rol de enfermería en el ámbito del suicidio.
- Identificar la eficacia del servicio de atención primaria y comprobar que medidas y herramientas de detección y prevención del paciente con ideación suicida existen en este medio.

4. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Una vez definida la pregunta de investigación y sus correspondientes objetivos, se concretó cuáles serían las palabras clave del tema. Éstas se introdujeron en el tesoro DeCs (Descriptores en Ciencias de la salud) y consecutivamente en MeSH (Medical subject Heading) para traducirlas al lenguaje documental y obtener los descriptores correspondientes a dichas palabras que posteriormente se utilizaron para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica. Después, estos descriptores fueron clasificados en primarios y secundarios.

Tabla 1: Descriptores primarios y secundarios.

	DeCs	MeSH
<u>Descriptores primarios</u>	<ul style="list-style-type: none">- Suicidio- Intento de suicidio- Atención primaria- Prevención	<ul style="list-style-type: none">- Suicide- Suicide attempted- Primary Health Care- Prevention
<u>Descriptores secundarios</u>	<ul style="list-style-type: none">- Enfermería- Adolescente- Adulto Joven- Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none">- Nursing- Adolescent- Young Adult- Risk Factors

Para encontrar información se ha utilizado los boléanos “AND” (de inclusión) y “OR” (de unión) para implementar dos niveles de búsqueda para que esta fuese más refinada.

Primer nivel (Descriptores principales):

- Suicide AND prevention.
- Suicide AND prevention AND primary health care.
- Suicide attempted AND prevention.
- Suicide attempted AND prevention AND primary health care.

Segundo nivel (Descriptores principales y secundarios):

- Suicide AND Adolescent.
- Suicide AND adolescent AND prevention.
- Suicide AND prevention AND nursing AND primary health care.
- Suicide attempted AND adolescent.
- Suicide OR Suicidal Behaviour OR suicide attempted AND prevention.
- Suicide AND risk factors.

En la realización de este trabajo se ha usado los metabuscadores EBSCOhost, Scielo y la biblioteca Virtual de la salud (BVS). Por otra parte, también se empleó una base de datos específica (Pubmed) y una base de datos de revisiones (Cochrane).

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Artículos en inglés y español.
- Artículos cuyo tema principal fuese el suicidio.
- Límite de búsqueda de textos publicados entre 2012-2022.

Por otra parte, los criterios de exclusión fueron:

Todos aquellos criterios que no cumplan lo anteriormente mencionado además de:

- Textos incompletos.
- Artículos anteriores a 2012, es decir se propuso un rango de búsqueda de 10 años.

Las etapas para selección de artículos se llevaron a cabo de la siguiente manera:

1. En la primera etapa se realizó una lectura de los títulos de los artículos encontrados en las bases de datos seleccionadas y se retiró los duplicados.
2. La segunda etapa, consistió en la lectura de los resúmenes y palabras clave de los artículos deseados.
3. En la tercera y última etapa se llevó a cabo una lectura detallada de todos los artículos seleccionados en la etapa anterior.

5. Resultados de la búsqueda bibliográfica

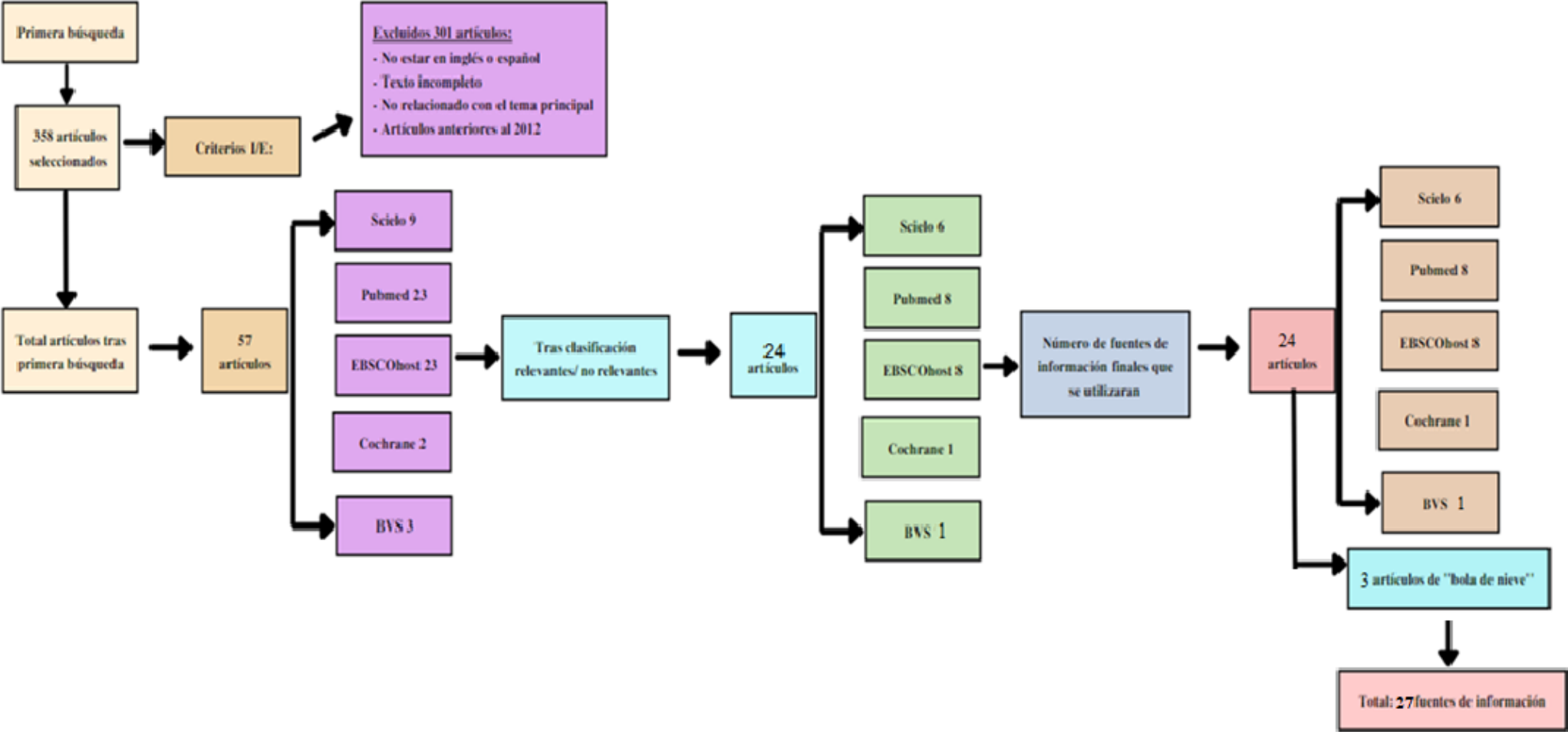
En primera estancia tras una primera investigación en las bases de datos, se obtuvo un total de 358 artículos. Tras ajustar los criterios de inclusión y exclusión, se eliminaron 301 artículos quedando un total de 57: Scielo 9, Pubmed 23, EBSCOhost 20, Cochrane 2, BVS 3.

Después se realizó una lectura más detallada de los títulos, resúmenes y palabras clave y se exportaron al gestor bibliográfico ‘‘Mendeley’’ para clasificarlos en relevantes y no relevantes y disminuir el número de artículos a 24: Scielo 6, Pubmed 8, EBSCOhost 8, Cochrane 1 y BVS 1.

Posteriormente se ha realizado una búsqueda dirigida ‘‘la bola de nieve’’ y se ha añadido 3 artículos, por lo tanto, finalmente se ha obtenido un total de 27 fuentes de información, las cuales se han basado para la realización de este trabajo.

El siguiente diagrama de flujo detalla de forma gráfica todos los pasos que se han llevado a cabo para ver qué artículos se han seleccionado y utilizado:

Gráfico 1: Diagrama de flujo



Cómo podemos ver en la tabla resumen de los artículos seleccionados (**Tabla 2**) la mayoría de los artículos son publicados en España, pero también podemos encontrar artículos del ámbito internacional como: Portugal, Brasil, EE. UU, Finlandia, Chile, Colombia, México y UK.

En cuanto al diseño de investigación de las 24 fuentes de información tenemos:

- 2 estudios de casos y controles.
- 1 estudio cuasiexperimental sin grupo control.
- 2 estudios cuasiexperimental del tipo antes y después.
- 4 estudios cualitativos.
- 1 estudio clínico multicéntrico.
- 1 estudio retrospectivo analítico y observacional.
- 1 estudio metodológico.
- 1 ensayo controlado aleatorizado.
- 2 entrevistas semiestructuradas.
- 1 análisis cualitativo.
- 7 revisiones sistemáticas.
- 1 revisión crítica.

Todos los estudios muestran la alta prevalencia del suicidio y la ideación suicida a nivel mundial y ponen el manifiesto la necesidad de su detección y prevención.

Tabla 2: Tabla resumen de los artículos seleccionados para la revisión

Titulo	Autores	Año de publicación	Fecha de recolección de datos	Lugar	Inclusión de casos	Tipo de estudio	Fuente de datos	Sujetos de estudio	Tamaño muestra	Edad
Risk and protective factors in suicide. A case-control study using the psychological autopsy	J. Antón-San Martín, E. Sánchez Guerrero, L. Pérez Costilla, et al	2013	2004-2008	España	Centros de Atención Primaria	Casos y controles	Autopsia psicológica	Población aleatoria	40 casos y 80 controles	>18 años
Impacto de la formación “+Contigo” en los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el	J. Carlos Santos, R Pereira Simoes, M, Queiroz Azevedo, et al	2014	-	Portugal	Centros de Atención Primaria	Cuasiexperimental sin grupo control	Ficha de datos sociodemográfico	Profesionales de los cuidados de salud primarios	66 profesionales	26-61 años
Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención	A. Amaral, J. Sampaio, F. Matos, et al	2020	-	Brasil	Institución educativa privada	Cuasiexperimental del tipo antes y después	- Escala de la ideación suicida de Beck - inventario de depresión de Beck -Escala de desesperanza de Beck	Adolescentes con ideación suicida	102 adolescentes	13-17 años
Suicide: The challenge of prevention	A. Goñi Sabariés, M. Zandio Zorrilla	2017	-	España	-	Estudio cualitativo	-	-	-	-
Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de suicidio	E. Fonseca Pedrero, A. Pérez de Albéniz	2020	2016-2019	España	Centros de Atención Primaria	Cuasiexperimental del tipo antes y después	Escala de Paykel de suicidio	Adolescentes	3454 adolescentes	14-19 años
Comparación entre los Intentos de Suicidio Leves, Graves y las Muertes por Suicidio en Navarra	A. Goñi Sarriés, J. López Coñi, L-Azcárete Jiménez	2019	2010-2015	España	Servicio de Urgencias	Revisión sistemática	Recogida de variables sociodemográficas y variables clínicas	Hombres y mujeres con ideación suicida o fallecido por suicidio	387 personas	>18 años
Primary and secondary prevention of youth	L.Horowitz, M.Tipton, M. Pao	2020	-	EE. UU	-	Revisión sistemática	-	-	-	-
Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores	R. García Nieto, I. Parra Uribe, D Palao, et al	2012	-	España	-	Estudio clínico multicéntrico	Entrevista clínica grabada en vídeo de un caso prototípico	Examinadores Psiquiatras y psicólogos	32 examinadores	-

Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria	L. Salvo, R, Florenzano, A. Gómez	2021	2020	Chile	-	Estudio Cualitativo	-	-	-	-
Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020	A. Gabilondo	2020	2020	España	-	Estudio Cualitativo	-	-	-	-
Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España	J. Ayuso Mateos, E. Baca García, J. Bobes, et al	2012	-	España	Centros de Atención Primaria y Servicio de Urgencias	Revisión Sistemática	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)	-	-	-
Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias	A. Margarit Soler, L. Martinez Sanchez, A. Martinez Monseny, et al	2016	2008-2012	EE. UU	Servicio de Urgencias	Estudio retrospectivo, analítico y observacional		Adolescentes	241 pacientes	<18 años
Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: resultados del proyecto EureGenas	J. Muñoz, M. Sánchez Gómez, B. Palacios Vicario	2014	2008-2013	España	Centros de Atención Primaria y Servicio de Urgencias	Análisis Cualitativo	Sesiones de 1hora, audio y videos digitales	Personal sanitario: Psicólogos, psiquiatras, personal de atención primaria y urgencias	-	-
Conducta suicida en la infancia	L. Mosquera	2016	-	España	-	Revisión sistemática	33 artículos y guías para el suicidio	-	-	-
Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals	P. Solin, N. Tamminen, T. Partonen	2021	2020	Finlandia	Centros de Atención Primaria	Estudio Cualitativo: Debate sobre experiencias de los participantes	-	Profesionales de atención primaria y trabajo social	2027 personas	-
Suicide Prevention in Primary Care	F. Mughal, H. Gorton, M. Michail, et al	2021	2020	UK	Centros de Atención Primaria	Estudio Cualitativo	-	Profesionales de atención primaria	-	-

PCP Opinions of Universal Suicide Risk Screening in Rural Primary Care: Current Challenges and Strategies for Successful Implementation	M. Lecloux, L. Aguilardo, E. Lanzillo, et al	2021	2020	EE. UU	Centros de Atención Primaria	Entrevistas semiestructuradas	Entrevista clínica	Profesionales de atención primaria	15 profesionales	-
Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo de suicidio en adolescentes	M. Bahamón, Y. Alarcón, A. Trejos, S. Vinaccia, et al	2019	2017-2018	Colombia	-	Cuasiexperimental casos y controles	Escala de riesgo suicida (ERS) e inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI)	Adolescentes: 53 casos y 53 controles	106 adolescentes	13-18 años
Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria	S. Rodríguez, E. Hernández, Y. Guzmán, et al	2021	2018-2020	España	-	Revisión sistemática	35 documentos sobre el suicidio	-	-	-
Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores	L. Montes de Oca Valdez, D. Rodríguez Medina	2019	2000-2018	México	-	Revisión sistemática	Artículos de países hispanoamericano sobre la conducta suicida en adultos mayores	-	-	-
Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería	G. Carvajal Carrascal, C. Caro Castillo	2012	2010-2011	España	-	Revisión sistemática	Artículos sobre la conducta suicida en los adolescentes	Profesionales de atención primaria	-	-
Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio	J. García Haro, H. García Pascual, M. González González	2018	2017-2018	España	-	Estudio Cualitativo	-	-	-	-
Means restriction for the prevention of suicide: generic protocol	A.Jhon, K. Hawton, M. Dennis, S. Pricem K. Lloyd	2020	2018-2019	UK	-	Ensayos controlados aleatorizados	Revisiones de entornos comunitarios e instituciones	-	Hombres y mujeres de todas las etnias	≥10 años
Content validation for the brazilian versión of the nurses global assesment of suicide risk index	L. Uchoa Portela Veloso, C. Ferreira de Souza Monteiro, J. Carlos Santos	2021	2019-2020	Brasil	Centros de Atención Primaria	Estudio metodológico de adaptación cultural y evaluación del índice NGASR	Índice Nurses Global Assessment of suicide Risk	Población Brasileña en atención primaria	9 jueces, 30 usuarios de atención primaria y 19 enfermeras	-

6. Discusión

Tras la revisión de los diferentes artículos de este trabajo podemos afirmar que dan respuesta a los objetivos planteados. Seguidamente, se va a realizar un análisis exhaustivo de estos.

Factores de riesgo y de protección de la ideación suicida:

La lista de factores de riesgo es muy diversa y exhaustiva, la importancia de cada factor dependerá del contexto y puede contribuir directamente con aquellos comportamientos suicidas, pero también con la sensibilidad individual a los trastornos mentales. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente con el número de factores presentes.

El artículo (A. John, et al, 2020) los clasifican de la siguiente manera:

- Factores de riesgo de los sistemas de salud:
 - *Barreras para obtener acceso a la atención de salud:* El riesgo de la conducta suicida es elevada en personas con comorbilidad, debido a esto el acceso a la atención primaria tiene que ser primordial. Como bien sabemos, algunos países tienen escasos recursos sanitarios y debido a esto presentan más patologías que llevan a quitarse la vida.

- Factores de riesgo de la sociedad:
 - *Acceso a medios utilizables para suicidarse:* Tener acceso a medios como arma de fuego, venenos, vías de tren y medicamentos, es un factor de riesgo para cometer este fenómeno.
 - *Estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda:* A día de hoy siguen existiendo tabúes y estigmas relacionados con la búsqueda de ayuda por intentos de suicidio, dificulta el acceso a la atención sanitaria y conlleva aun mayor riesgo de suicidio.

- Factores de riesgo de la comunidad:
 - *Desastres, guerras y conflictos:* Haber vivido alguna experiencia extrema como alguna guerra o desastres naturales entre otras, el riesgo de suicidio ya que afecta directamente al bien social y a la salud.
 - *Discriminación:* Es un factor importante a tener en cuenta ya que el rechazo de la sociedad, la violencia puede llevar a cabo a comportamientos suicidas.

- *Traumas psicológicos o abusos:* Los factores psicosociales pueden proceder de varios traumas como pueden ser la tortura, problemas financieros o académicos, abuso sexual o maltrato los cuales pueden desencadenar depresión y conductas suicidas.
- Factores de riesgo de las relaciones:
- *Sentido de aislamiento y falta de apoyo social:* El aislamiento y la falta de apoyo social se suele acompañar con depresión y soledad. Las personas de edad avanzada que residen solas en sus hogares, tienen el doble de riesgo ya que la soledad y el aislamiento les pueden conllevar a realizar al conducta suicida.
 - *Conflictos en las relaciones disputas o perdidas:* La muerte de la pareja así como los conflictos por el divorcio generan estrés psicológico que aumenta el riesgo de suicidio.
- Factores de riesgo del individuo:
- *Intento de suicidio anterior:* Tener antecedentes de intento de suicidio es un factor elevado de riesgo. Tras haber intentado suicidarse, el riesgo de muerte por suicidio es muy alto.
 - *Trastornos mentales:* Una persona con trastornos mentales, tiene casi el doble de riesgo de llevar a cabo una conducta suicida, sobre todo en los países con ingresos altos, donde el 90% tiene una patología mental y el 10% no está diagnosticado.
 - *Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias:* Los trastornos derivados del alcohol o el consumo excesivo de sustancias aumentan el riesgo de suicidio.
 - *Pérdida de trabajo o financiera:* Tener problemas financieros como una hipoteca que no se puede pagar o perder el trabajo, si se asocia a comorbilidades como la depresión abuso de drogas y ansiedad, aumenta de manera drástica el riesgo de suicidio.
 - *Dolor crónico:* Tener alguna enfermedad que se acompañe con dolores insoportables junto con la discapacidad física son factores riesgo muy importantes que hay que tener en cuenta en pacientes con ideaciones suicidas.

- *Antecedentes familiares de suicidio:* El suicidio de un familiar puede influir negativamente en la vida de una persona. Hay que destacar que los familiares del suicida y otros afectados tienen un mayor riesgo suicida o de un trastorno mental.
- *Edad:* Los adolescentes y las personas de edad avanzada son los que tienen mayor riesgo de intentos de suicidios consumados.
- *Sexo:* El hombre presenta más suicidios consumados, pero la mujer más intentos de suicidio

En contraposición a los factores de riesgo están los factores de protección, que se orientan a realizar intervenciones de prevención al fortalecimiento de estos factores⁽²³⁻²⁴⁾.

- Relaciones personales sólidas: Disponer de un entorno próximo confortable tiene una influencia importante en el paciente con conductas suicidas, ya que las relaciones estrechas sanas actúan como un factor protector debido a que pueden ser un apoyo financiero o una fuente de ayuda emocional.
- Creencias religiosas o espirituales: La religión actúa como un factor protector debido a que las personas tienen acceso a un grupo social que comparten los mismos valores, pero a veces pueden contribuir al tabú y al estigma de búsqueda de ayuda.

Los artículos (E. Fonseca Pedrero y A. de Albéniz, 2020) , (A. Gabilondo, 2020) y el de (L. Horowitz et al, 2020) apuntan que el suicidio es muy fenómeno muy complejo dónde hay una interacción dinámica que se establece por factores bio-psico-sociales y experimentales(vivencias personales). Por esta razón los autores refieren que la conducta suicida implica reconocer los factores de riesgo y de protección pero que estos debido a su capacidad pronóstica y predictiva, su reconocimiento es muy limitado. Además, cuentan que las guías son útiles en cierto modo, pero que hay que mejorarlas, puesto que la mayoría de ellas las listas de los factores de riesgo son muy extensas e inespecíficas.

Por otro lado, en el estudio (A. Goñi Sarriés y M. Zandio Zorilla, 2017) y el estudio (A. Paula Amaral et al, 2020) observan que la población adolescente tiene alto porcentaje de realizar alguna conducta suicida, y ordenan los factores de riesgo según su relevancia:

Tener un trastorno afectivo previo, intento de suicidio previo, abandono escolar, tener un trastorno relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, tener un familiar de intento de suicidio previo y ser víctima de bullying... Todos y cada uno de ellos son factores de riesgo potencialmente modificables. Esto indica que con una correcta identificación e intervención se podrían reducir sustancialmente los casos de suicidio. Al mismo tiempo, dichos factores de riesgo a estas edades, el efecto contagio es un aspecto muy importante para tener en cuenta, debido al uso de las nuevas tecnologías.

Así mismo (A. Goñi Sarriés y M. Zandio Zorilla, 2017) aportan que las variables sexo y edad están muy relacionadas con la conducta suicida. La llamada “paradoja del sexo” recoge que las mujeres tienen ratios más altas de intentos que los hombres, pero los hombres fallecen más por suicidio.

También, el estudio de casos y controles (J. Antón San martin et al, 2013) mediante una autopsia psicológica encontraron que participar en actividades religiosas y comunitarias, tener niños pequeños y un seguimiento médico continuado, actúan como factores de protección.

El rol de enfermería en el ámbito del suicidio:

Uno de los principales objetivos que debemos de tener las enfermeras con los pacientes con conducta suicida es la valoración de su seguridad, su protección o la de los demás cuando esto sea necesario.

En el artículo de (G. Carvajal Carrascal y C. Caro Castillo,2012) afirman que los profesionales de enfermería juegan un rol clave en el cuidado de las personas con conducta suicida a través de la educación, prevención y provisión de cuidado, además, tienen cualidades y habilidades para alcanzar la meta de la promoción del bienestar y salud de estas personas y sus familias.

Es importante que nosotras, las enfermeras, conozcamos los pensamientos suicidas que puedan tener nuestros pacientes para poder intervenir en su ayuda y valorar la peligrosidad de los pensamientos que estos puedan tener. Desde la atención primaria podemos identificar a este tipo de individuos mediante una entrevista clínica en nuestra consulta.⁽²⁷⁾

Las enfermeras de atención primaria son las profesionales que con más frecuencia se encuentran en contacto con las primeras manifestaciones relacionadas con el suicidio. Son un colectivo que se perciben así mismo con una gran carencia en habilidades de manejo y detección en pacientes con conductas suicidas. De igual forma, hacen referencia a la necesidad de formación para el manejo de este tipo de pacientes con conductas suicidas o para situaciones de riesgo de suicido y también para el manejo del paciente psiquiátrico. ^(3,11,13,28)

En el artículo (J. Santos, et al, 2014) , desarrollado por enfermeras, afirma que los profesionales de enfermería presentan una mejor actitud hacia los pacientes con tentativa suicida que los médicos. Se realizó un estudio cuasi-experimental sin grupo control, formado por 66 profesionales de atención primaria. Las enfermeras fueron las encargadas de formar al resto de profesionales en actitudes como: La comprensión, autoconocimiento, comunicación verbal y no verbal. Tras los tres cursos de 21 horas de duración, se realizó la evaluación de los resultados obtenidos mediante el cuestionario “ Actitudes ante el comportamiento suicida antes y después” se obtiene unos resultados que afirman las enfermeras tienen un conocimiento científico y pedagógico que le aportan una posición ventajosa en los equipos de salud, para la formación de profesionales de la salud involucrados en la prevención del suicidio.

Otro elemento sustancial que debemos de tener en cuenta es la educación sanitaria que la enfermera puede dar en el ámbito de la atención primaria. Con esta educación, los pacientes consiguen detectar los factores de riesgo y además las enfermeras también deben de aportar información de dónde puede acudir en caso de que tenga una crisis, ya que es muy importante dar un apoyo emocional a aquellos pacientes que hayan realizado un intento de suicidio, para evitar el duelo patológico mediante la escucha activa y un seguimiento de su conducta. ^(27,30)

Actuación del servicio de atención primaria:

La atención primaria de la salud tiene un papel fundamental para abordar el riesgo de suicidio ya que es la puerta de entrada al sistema sanitario. Los profesionales sanitarios que trabajan en este ámbito tienen una gran importancia a la hora de evaluación y manejo

de la conducta suicida ya que estos establecen fuertes relaciones y confianza con sus pacientes.⁽³⁾

Es frecuente que los pacientes suicidas tengan un contacto previo con su médico de atención primaria antes de realizar la conducta. Un año previo, el 75% de los pacientes contactan con su médico a dicho episodio y el 45% el mes anterior, mientras que solo uno de cada tres lo han hecho con el servicio de salud mental el año anterior y uno de cada cinco el mes anterior.⁽¹⁵⁾

En el artículo de (L. Salvo, R. Florenzano, A. Gómez, 2021) refuerzan la evidencia de que en las consultas de atención primaria la muerte por suicidio es común y muestra que el 77% de las víctimas de suicidio tuvieron contacto con los profesionales de la atención primaria el año previo y el 45% el mes previo al suicidio, en comparación con los servicios de salud mental donde el 26% a 32% estuvo en contacto el año previo y el 19% el mes previo al suicidio. Debido a esto, se considera que la atención primaria es un entorno importante donde actuar para ayudar a prevenir la suicidalidad

Así mismo, en un estudio preliminar sobre el suicidio consumado concluyó que quién atendió por última vez a pacientes con una conducta suicida fue el médico de atención primaria en el 51% de los casos y la enfermera en un 25%. La atención sanitaria que proporciona la atención primaria a estos pacientes dependerá de factores como el ámbito asistencial (zona urbana o rural), la experiencia de los profesionales y el conocimiento propio del paciente.⁽¹⁾

En algunos estudios como el de (JL. Ayuso Mateos et al, 2012) recalcan que la atención primaria es el lugar clave para la prevención del suicidio. Este artículo explica que el 83% de las personas que comenten suicidio habían contactado el año previo con su médico de cabecera y el 66% lo habían hecho el mes previo del suicidio. Los autores refieren que la depresión y los trastornos psiquiátricos son infradiagnosticados en los centros de salud, por lo que es clave que los profesionales de la atención primaria se formen y sean capaces de reconocer, tratar y reducir el riesgo de suicidio.

Por otro lado, el estudio de (R. García Nieto et al, 2012) concluye que teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los distintos programas desarrollados para la prevención de las conductas suicidas dirigidos a los profesionales de atención primaria, sería conveniente tener en cuenta para los futuros estudios los siguientes 10 aspectos:

1. Necesidad de conocer las necesidades del área dónde se va a implantar el programa, es decir, conocer la magnitud del problema y los principales factores de riesgo de esa población.
2. Promover y mejorar la capacidad de identificación de las personas con riesgo suicida.
3. Facilitar herramientas de ayuda para el diagnóstico que posibiliten la detección.
4. Mejorar la capacidad de detección y de manejo terapéutico de los trastornos del humor.
5. Mejorar la capacidad diagnóstica y el manejo de otras patologías que se asocien con la conducta suicida.
6. Tener presentes las diferencias de sexo a la hora de implementar los programas educativos.
7. Fomentar la colaboración de asistencia multidisciplinar (psiquiatra).
8. Poner en marcha los ‘‘cursos de recuerdo ‘cada 2 años’’.
9. Mayor efectividad de los programas multinivel (médicos generalistas, población general...).
10. Necesidad de evaluación interna y externa del programa.

Evaluación, entrevista, herramientas y escalas para la prevención del paciente con ideación suicida en atención primaria:

La evaluación de la conducta suicida es nuclear a la hora de tomar decisiones. Si no tenemos una correcta evaluación no se podrá realizar un diagnóstico e intervención apropiados. Para una adecuada evaluación, es necesario dar una atención de calidad a la persona y a sus familiares. Mediante la evaluación lo que tratamos es identificar y detectar el riesgo de suicidio con la finalidad de implantar medidas de intervención eficaces.⁽⁶⁾

La evaluación tiene que ser holística y centrada en el paciente y tiene que recoger información de diferentes fuentes e informantes, como compañeros de trabajo, familiares, amigos... mediante diferentes métodos de recogida de datos (autoinformes,

entrevistas...) ⁽³²⁾. Obviamente, una correcta evaluación no sólo reclama que los profesionales de la salud tenga una buena formación, sino que también dispongan de instrumentos de calidad válidos para la población en general y para el contexto específico y además que estén contruidos y adaptados al ámbito internacional ⁽¹¹⁾

La entrevista es una parte fundamental para establecer una correcta relación terapéutica entre los profesionales y los pacientes. Por esto motivo, tenemos que saber qué información se debe extraer de ella y qué pasos debemos de seguir.

En algunos artículos como el de (L. Uchoa Portela, C. Ferreira de Souza, JC. Santos, 2021) comentan los puntos a evaluar y los ítems se deben de recoger en una entrevista:

- Obtener la ideación suicida, mediante una entrevista abierta dónde el paciente pueda expresar sus ideas.
- Reunir todos los datos de los factores del riesgo suicida y desarrollar una imagen reveladora de nuestro paciente.
- Tomar decisiones clínicas con el equipo multidisciplinar.

En el estudio (L.Horowitz, M.Tipton, M. Pao,2020) refiere que debemos de tener más énfasis en las enfermeras ya que ellas a ser una de las primeras profesionales que tienen contacto con los pacientes, además de la estrecha relación que existe entre ellos, pueden ser una pieza clave para la evaluación temprana. Además, es importante que la entrevista se realice en un lugar adecuado dónde el paciente se sienta cómodo y la enfermera debe de disponer el tiempo suficiente para realizarla.

Un punto clave que debemos de tener durante la entrevista es que debemos de utilizar la escucha activa, tratar al paciente con respeto e identificar las emociones negativas que este pueda tener. Después de la entrevista debemos ser capaces de identificar los factores de riesgo que expliquen porque se ha llevado a cabo la conducta suicida y las características de esta⁽¹⁷⁾ . Por lo tanto, debe de quedarnos claro que la evaluación clínica es el ‘ ‘*Gold Standard*’ ’ de la valoración de la conducta suicida.^(16,31)

La Organización Mundial de la Salud, a través de su edición de la clasificación CIE-11, Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria, realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida⁽¹²⁾:

- Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato
 - Ideación suicida (esporádica versus persistente).
 - Determinación (el suicidio es una posibilidad o una decisión firme).
 - Plan suicida (nivel de elaboración: a mayor elaboración de un plan suicida, mayor riesgo; la disponibilidad de medios para el suicidio incrementa el riesgo).
 - Soledad (falta de apoyo social y familiar incrementa el riesgo).
 - Consumo de alcohol u otras sustancias (la limitación de la capacidad de autocontrol del individuo puede favorecer comportamientos suicidas).
 - Dificultades sociales (la marginación, el desempleo o la falta de expectativas incrementan el riesgo).

- Evaluación del paciente con un intento suicida reciente
 - Peligrosidad del método elegido.
 - Grado de convicción sobre eficacia del método elegido.
 - Posibilidad de ser descubierto.
 - Grado de alivio al ser salvado.
 - Propósito del comportamiento suicida (intentaba transmitir un mensaje o morir).
 - Grado de planificación.
 - Existencia (o no) de cambios en la situación psicológica o vital que desencadenó el comportamiento suicida.

Los autores (L.Horowitz, M.Tipton, M. Pao,2020) , en su artículo demostraron que los registros telefónicos disminuyeron los intentos de suicidio en un 30%.

Reforzando este hecho, la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones e Infraestructuras Digitales ha atribuido el número corto gratuito 024 al servicio de línea de ayuda a las personas con riesgo de conducta suicida. El objetivo de esta línea de ayuda es proporcionar atención telefónica a todas las personas con pensamientos, ideaciones o riesgo de conducta suicida, según publica el Boletín Oficial del Estado (BOE). Se trata de una línea de alcance nacional, anónima, gratuita, confidencial y accesible que ofrece

atención y apoyo por medio de personal especializado de perfiles multidisciplinarios y expertos en el manejo de estas situaciones, acerca de los diferentes aspectos que puedan contribuir a prevenir o impedir las conductas susceptibles de derivar en riesgos para la vida o la integridad física de estas personas. Asimismo, se facilita a estas personas la información necesaria para que puedan acceder a los servicios sanitarios especializados más adecuados a su situación personal.⁽³⁴⁾

Para complementar la entrevista, las enfermeras disponemos de herramientas y escalas que nos ayudan a valorar los desencadenantes, la funcionalidad, las características y la letalidad de la ideación suicida. La literatura consultada las clasifica de la siguiente forma:^(6,12,18,20,25,31)

- No específicas de suicidio:
 - *Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)*: La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada que explora, para detección u orientación diagnóstica, los principales trastornos. Son 6 preguntas de sí o no y cada respuesta positiva conlleva una puntuación que puede oscilar entre 0 y 33. Riesgo leve 1-5, riesgo moderado 6-9, y riesgo alto mayor o igual 10.
 - *Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)*: Incluye ítems destinados a la valoración de la ausencia o presencia de conductas suicidas.
 - *Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)*: Consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión. La puntuación oscila entre 0 (se alegra de vivir)-6 (planes explícitos de suicidio).

- Comportamiento suicida:
 - *Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)*: Para investigar la incidencia de la ideación suicida. Cuenta de 21 ítems, de los cuales 19 tienen respuestas alternativas y reflejan gradaciones de la gravedad de los deseos de morir, actitudes y planes suicidas.
 - *Escala de la ideación suicida de Paykel. (PSS)*: Es un instrumento de medida breve, sencillo, útil y con adecuadas propiedades psicométricas para la valoración y/o el cribado de la conducta suicida en adolescentes.

- *Escala SAD PERSONS*: Tiene 10 ítems donde cada uno hace referencia a un factor de riesgo de suicidio. Se valora la ausencia o presencia puntuado entre 0-1. Si la puntuación es menor a 2, es bajo riesgo, entre 3-4 riesgo moderado, 5-6 riesgo alto y entre 7-10 riesgo muy alto.
 - *Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)* Es un instrumento semiestructurado para la evaluación conjunta de pensamientos suicidas (ideación suicida) y de comportamientos suicidas.
- Actos suicidas:
- *Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)*: Evalúa las características de la tentativa suicida, se valora las circunstancias y la actitud del paciente ante la vida y la muerte. Son 15 ítems que se puntúan de 0 a 2 de intensidad.
- Constructos relacionados con el suicidio:
- *Escala problemas psicosociales del DSM-IV*: Evalúa los problemas psicosociales y ambientales de los 6 meses previos al episodio.
 - *Escala de Desesperanza de Beck*: mide el grado de pesimismo de las personas y sus expectativas negativas hacia su futuro inmediato y largo. Son 20 preguntas de falso o verdadero y cada respuesta se puntúa con un 0 o 1. Si la puntuación es igual o mayor a 9 indica riesgo alto de suicidio.
 - *Escala de evaluación de la actividad global*: Valora el nivel de la actividad de la esfera psicosocial, social y laboral.

Después de ver todos los resultados, los estudios han demostrado que estas escalas son eficaces para disminuir y prevenir el suicidio si son utilizadas durante la entrevista en la atención primaria, por lo tanto, se ha contestado a la pregunta planteada de este trabajo. Sin embargo, todavía existen grandes retos en la prevención del suicidio. Debemos de conocer mejor los factores de riesgo y los mecanismos que contribuyen a la conducta suicida, además de identificar iniciativas de prevención eficaces y establecer tratamientos efectivos para esta conducta suicida. También, se evidencia la necesidad de disponer un protocolo único de actuación, sobre todo los en atención primaria ya que es la puerta de entrada del sistema sanitario y el primer contacto con la persona suicida.

7. Conclusiones

La conducta suicida es un fenómeno muy complejo multidimensional y multicausal, además, es uno de los retos que desafía a la política sanitaria y al sistema sanitario ya que es considerado tabú y está estigmatizado en nuestra sociedad. Los individuos fallecidos por suicidio suelen ser hombres de edad avanzada que utilizan maneras más agresivas y con intentos previos de suicidio.

En España el suicidio es la primera causa de muerte por factores externos (no natural). El método más empleado en nuestro país para llevar a cabo la conducta suicida fue el ahorcamiento y el menos empleado fue la exposición a los objetos calientes.

Las fuentes de información confirman que la tasa de suicidio en España es relativamente baja comparada con otros países europeos. Sin embargo, está aumentado en comparación al resto de países en los que las tasas están descendiendo y estabilizan.

Tras analizar los artículos de este trabajo se ha podido observar que la enfermera tiene un papel importante en la prevención, detección y manejo de la conducta suicida sobre todo en el ámbito de la atención primaria. Las enfermeras al ser una de las primeras profesionales que tienen contacto con los pacientes con ideaciones suicidas, además de la estrecha relación que existe entre ellos, pueden ser una pieza clave para la evaluación temprana y detectar los factores de riesgo que puedan tener.

A pesar de todo, los estudios refieren que la falta de personal especializado en atención primaria, y de no disponer un protocolo único de actuación, provoca que los pacientes no sean atendidos correctamente para poder impedir este fenómeno. Por este motivo en investigaciones futuras será necesario que se desarrollen programas que aborden estos déficits y encaminar a disminuir la problemática del suicidio a nivel internacional.

8. Bibliología

1. Valenciana G. Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Estrateg Autònòmica Salut Ment la Comunitat València 2016-2020,. 2015;
2. Montes de Oca Valdez LA, Rodríguez Medina DA. Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Psicol y Salud*. 2019;29(2):187–94.
3. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 2012. 398 p.
4. Solange Basaluzzo Tamborini et al. Guía de Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. 2015. 1–113 p.
5. O`Connor RC, Pirkis J. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide - Wiley Online Library [Internet]. 2016. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9780470698976>
6. Fonseca-Pedrero E, de Albéniz AP. Assessment of suicidal behavior in adolescents: The paykel suicide scale. *Papeles del Psicol*. 2020;41(2):106–15.
7. Colegio Profesional de Psicología de Aragón, Teléfono de la Esperanza, Asociación de Periodistas de Aragón, Asociación Nacional de Informadores de la Salud. Guía informativa para la detección y prevención del suicidio. 2019;1–19. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10803&L=0>
8. Salvo G. L, Florenzano U. R, Gómez Ch. A. Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Rev Med Chil*. 2021;149(6):913–9.
9. Gabilondo A. Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit*. 2020;34:27–33.

10. Yr S. Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria. 2021;0–3.
11. A. Goñi sarriés, J. López Goñi LAJ. Comparación entre los intentos de suicidio leves, graves y las muertes por suicidio en Navarra. 2019;29(2):109–13. Available from: <https://journals.copmadrid.org/clysa>
12. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2012;5(1):8–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
13. Muñoz JL, Gómez MCS, Vicario BP, Martín MÁF. Approach and Treatment of Suicidal Behavior in the Clinical Practice of Different Groups of Health Professionals in Spain: Results of the Project Euregena. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2014;48(spe2):139–47.
14. Margarit Soler A, Martínez Sanchez L, Martínez Monseny A, Trenchs Sainz de la Maza V, Picouto González MD, Villar Cabeza F, et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *An Pediatr*. 2016;85(1):13–7.
15. World Health Organization. Prevención del suicidio: Un imperativo global. 2014.
16. Giner J, Medina A, Giner L. Evaluación y manejo de la conducta suicida (Encuentros en psiquiatría). 2012. 139 p.
17. Juan García-Haroa HG-PMGG. Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2018;38(134):381–400.
18. Bahamón MJ, Alarcón-Vásquez Y, Trejos-Herrera AM, Vinaccia S, Corcione AC, Sepúlveda-Aravena J. Effects of the CIPRES program on suicidal risk in adolescents. *Rev Psicopatol y Psicol Clin*. 2019;24(2):83–91.

19. Goñi Sarriés A, Zandio Zorrilla M. Suicide: The challenge of prevention. *An Sist Sanit Navar*. 2017;40(3):335–8.
20. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Rev Psicol Clínica con Niños y Adolesc* [Internet]. 2016;3:9–18. Available from: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
21. GOIB. Plan de Prevención, Actuación y Abordaje de la Conducta Suicida en las Islas Baleares. 2022.
22. Carvajal Carrascal Gloria; Caro Castillo CV. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. *av.enferm -Col-* [Internet]. 2012;30(3):102–17. Available from: <http://0-www.index-f.com.diana.uca.es/rae/303pdf/102117.pdf>
23. Okolie C, Hawton K, Lloyd K, Price SF, Dennis M, John A. Means restriction for the prevention of suicide on roads. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2020(9).
24. Horowitz L, Tipton M V., Pao M. Primary and secondary prevention of youth suicide. *Pediatrics*. 2020;145(2).
25. Amaral AP, Sampaio JU, Matos FRN, Pocinho MTS, de Mesquita RF, Sousa LRM. Depression and suicidal ideation in adolescence: Implementation and evaluation of an intervention program. *Enferm Glob*. 2020;19(3):1–35.
26. Antón-San-Martín JM, Sánchez-Guerrero E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares M, de-Diego-Otero Y, Benítez-Parejo N, et al. Risk and protective factors in suicide. A case-control study using the psychological autopsy. *An Psicol*. 2013;29(3):810–5.
27. Al FRL et. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. 2015. 1–40 p.

28. Solin P, Tamminen N, Partonen T. Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(3):332–8.
29. Santos JC, Simões RMP, De Azevedo Erse MPQ, Façanha JDN, Marques LAFA. Impact of “+contigo” training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(4):679–84.
30. LeCloux M, Aguinaldo LD, Lanzillo EC, Horowitz LM. PCP Opinions of Universal Suicide Risk Screening in Rural Primary Care: Current Challenges and Strategies for Successful Implementation. *J Rural Heal*. 2021;37(3):554–64.
31. García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, Lopez-Castroman J, Sáiz PA, García-Portilla MP, et al. Protocolo breve de evaluación del suicidio: Fiabilidad interexaminadores. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(1):24–36.
32. Mughal F, Gorton HC, Michail M, Robinson J, Saini P. Suicide Prevention in Primary Care. *Crisis*. 2021;42(4):241–6.
33. Uchoa L, Veloso P, Ferreira C, Monteiro DS. BRAZILIAN VERSION OF THE NURSES GLOBAL ASSESSMENT OF SUICIDE RISK. 2021;1–15.
34. Ministerio de educacion cultura y deporte. Boletón Oficial del Estado. Boletín Of del Estado. 2021;26798–800.

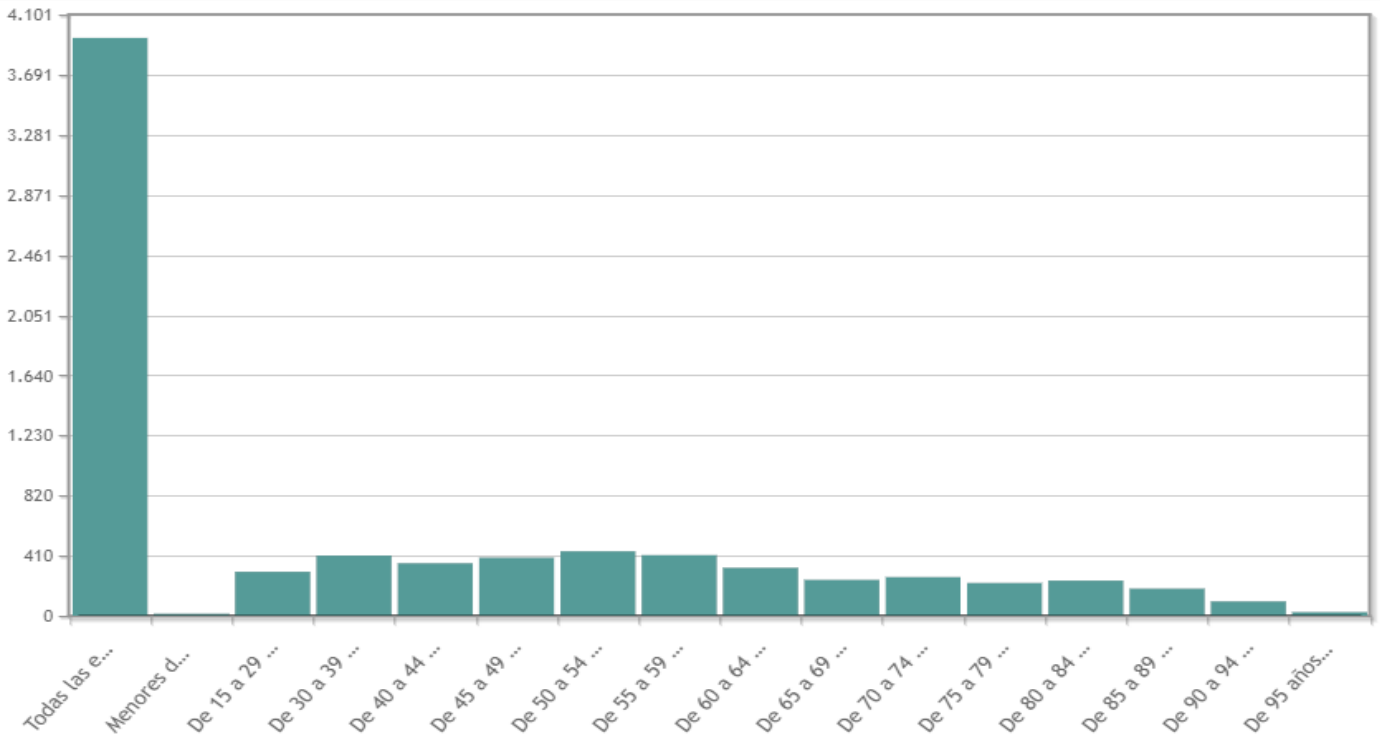
11.Anexos

Anexo 1: Cifras de suicidio por edad y sexo año 2021. Fuente INE (Instituto Nacional de Estadística)

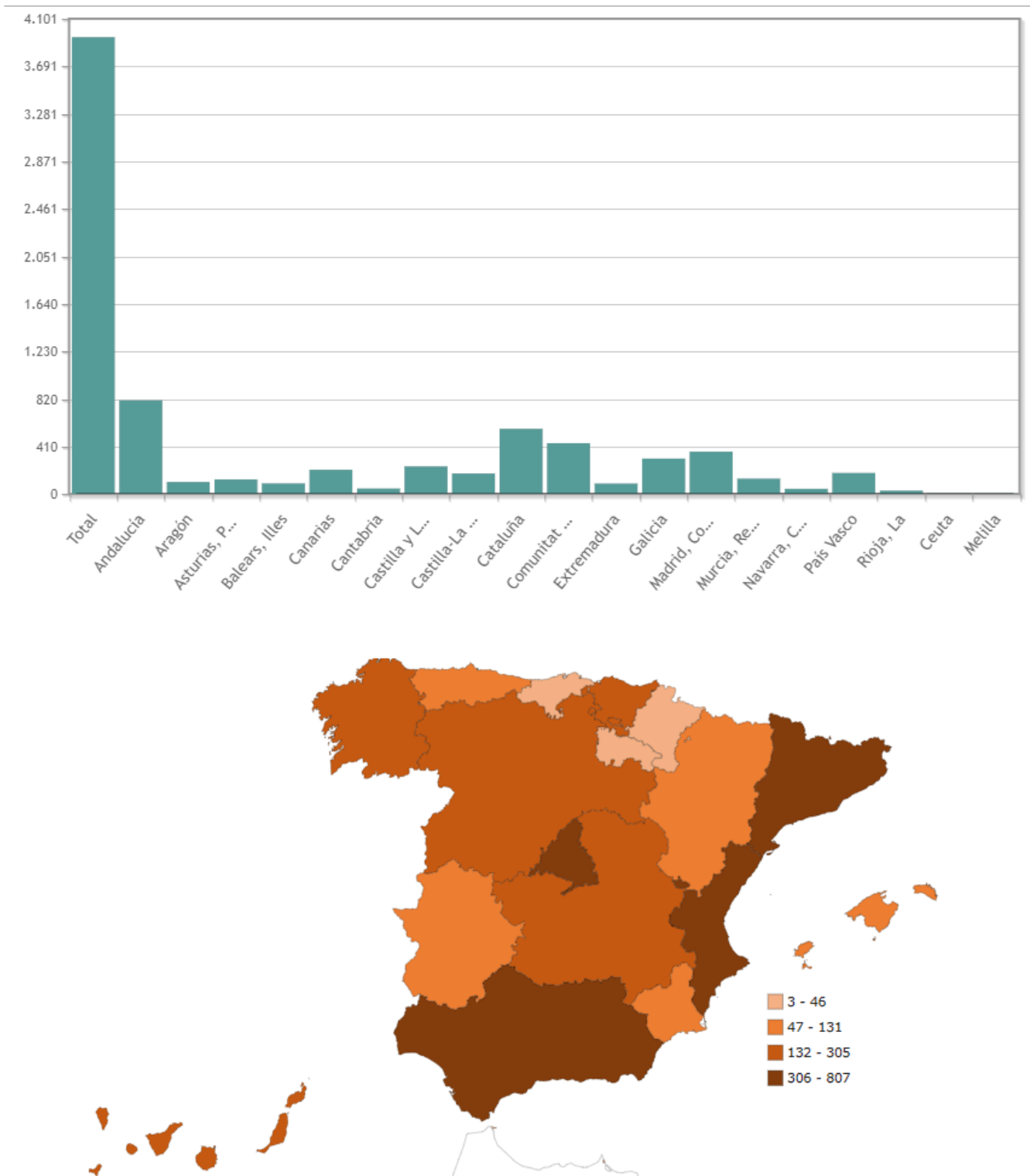
Tabla

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	3.941 ³	2.930 ³	1.011 ³
Menores de 15 años	14 ³	7 ³	7 ³
De 15 a 29 años	300 ³	227 ³	73 ³
De 30 a 39 años	411 ³	313 ³	98 ³
De 40 a 44 años	358 ³	275 ³	83 ³
De 45 a 49 años	396 ³	301 ³	95 ³
De 50 a 54 años	440 ³	323 ³	117 ³
De 55 a 59 años	414 ³	277 ³	137 ³
De 60 a 64 años	327 ³	239 ³	88 ³
De 65 a 69 años	245 ³	186 ³	59 ³
De 70 a 74 años	264 ³	192 ³	72 ³
De 75 a 79 años	224 ³	162 ³	62 ³
De 80 a 84 años	240 ³	184 ³	56 ³
De 85 a 89 años	185 ³	146 ³	39 ³
De 90 a 94 años	98 ³	77 ³	21 ³
De 95 años y más	25 ³	21 ³	4 ³

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Edad, Ambos sexos



Anexo 2: Cifras de suicidio por comunidades autónomas. Fuente INE (Instituto Nacional de Estadística)



Anexo 3: Cifras de suicidio según el medio empleado. Fuente INE (Instituto Nacional de Estadística)

