



Nivel de conocimientos de los enfermeros de Atención Primaria de Tenerife acerca del abordaje del suicidio

Proyecto de Investigación

Autor: Cristhian Pastor Luis Guedes
Tutora: Prof. María Dolores Mora Benavente

Grado en Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería. Universidad de La Laguna
2020

Índice

Resumen y Palabras claves	3
Abstract y key words	4
Introducción	5
Antecedentes	6
Justificación	22
Objetivo General	23
Objetivos Específicos	23
Metodología:	
Diseño.....	24
Población diana.....	24
Muestra.....	24
Variables e instrumentos de medida.....	24
Métodos de recogida de información.....	26
Consideraciones éticas.....	26
Análisis estadístico.....	26
Cronograma.....	27
Presupuesto.....	27
Bibliografía	28
Anexos	33

Resumen

Debido a las altas tasas que viene teniendo a lo largo de los años, se puede considerar al suicidio como un grave problema de salud que sigue sin resolverse. En el mundo, aproximadamente 800.000 personas se quitan la vida cada año y unos 3.500 proceden de España, lo que convierte al suicidio en la primera causa por muerte externa en nuestro país. El 75% de las personas que se suicidan, en el año anterior han tenido contacto con su médico de cabecera y, en torno al 45%, el mes anterior, lo que señala a la Atención Primaria como el lugar ideal para intentar prevenirlo. Los enfermeros de los distintos Centros de Salud y CAES, y dada su estrecha relación con los pacientes, podrían identificar a aquellos en riesgo de suicidio, mediante una entrevista clínica adecuada y el uso de escalas de valoración de suicidio, entre otros, para realizar un seguimiento adecuado en cada uno de los casos. Por tanto, parece muy relevante explorar el nivel de conocimientos, habilidades y recursos que tienen disponibles los enfermeros de Atención Primaria para el abordaje del suicidio, siendo éste el objetivo general de la investigación, y la población a estudio. El diseño es de tipo descriptivo, exploratorio y tiene como variables principales la formación previa sobre el suicidio y su prevención, y la disponibilidad de protocolos específicos. Se efectuarán análisis estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y estadísticos de frecuencia en el caso de las variables conocimientos previos y uso de protocolos. El tiempo estimado para la realización del estudio es de siete meses.

Palabras clave: Suicidio, abordaje, Enfermería, Atención Primaria.

Abstract

Due to suicide's high rates over the years, it can be considered as a major health problem that hasn't been solved yet. In the world, around 800.000 persons take their own life's every year and 3.500 proceed from Spain, what makes suicide the first cause of external death in the country. 75% of the people who kill themselves have made contact with their family doctor a year before doing it, and around 45% make it the month before, which points that Primary Care is the ideal place to try to prevent it. Nurses of different Health Centers and CAES and due to its close relationship with the patients, they could be able to identify those with suicide risk through a right clinical interview and the use of evaluation scales in order to make an appropriate supervision of each case. It is therefore, it seems very relevant to explore the level of knowledge, abilities and resources that Health Care nurses have available to approach suicide, being this the general objective of the investigation and the target population. The design of the study is descriptive and exploratory and its principal variables are previous learning about suicide and how to prevent it and the availability of specific protocols. Descriptive statistical analysis of the sociodemographic variables will be realized and frequency statistics in the case of the previous knowledge and protocols use. The estimated time for the study is seven months.

Palabras clave: Suicide, approach, Nursing, Primary Care.

Introducción

El suicidio es un grave problema de salud pública que afecta a personas de todas las edades, razas y sexo. La organización mundial de la salud (OMS), en 1986, definió el suicidio como “un acto de resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y 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 esperadas sobre su estado físico” al parasuicidio.⁽¹⁾

El suicidio ha estado presente, en la historia de la humanidad, desde la antigüedad, aunque realmente no se conoce hasta donde se remonta. El primer documento del que se tiene constancia que habla de esto es “Dialogue between a man tired of life and his Ba” del año 2000 a. C. en Egipto, donde un hombre quiere quitarse la vida pero su alma lo intenta disuadir.⁽²⁾ Actualmente, el suicidio se cobra la vida de aproximadamente 800.000 personas cada año, un 11,4 por cada 100.000 habitantes ⁽³⁾, sin embargo esta cifra podría ser mucho mayor debido a que el registro de los fallecidos por esta causa involucra varias autoridades, por lo que en países en los que se lleva un registro poco fiable, se les obvia. En cuanto a España y Canarias, las tasas de suicidio consumado desde el año 2007-2015, han sido ligeramente inferiores a las del resto de la Unión Europea, teniendo Canarias una tasa más elevada que el conjunto de España. ⁽⁴⁾

Los enfermeros de Atención Primaria juegan un papel fundamental en la detección precoz del riesgo suicida ya que, además de ser el lugar donde la mayoría de la población tiene el primer contacto con el Sistema Nacional de Salud (SNS), tienen conocimiento del entorno sociofamiliar y económico de las personas, por lo que Enfermería goza de una posición privilegiada para poder actuar. No obstante, y pese a la importancia de la evidencia y trascendencia del cuidado de Enfermería, la actuación de los enfermeros en este campo es precaria, de ahí la necesidad de la formación de estos y la implantación de planes de actuación ^(5,6). Cabe destacar que en España no existe ningún plan de intervención ni estrategia alguna en el SNS, sino que cada Comunidad Autónoma lleva a cabo sus intervenciones ⁽⁴⁾, además de la importancia de la materia educativa impartida y los planes de estudio por parte de las universidades a sus respectivos grados en Enfermería, así como las Especialidades de Enfermería, cuyas

Unidades Docentes se autorizan desde el Ministerio de Salud, pero son las Comunidades Autónomas las que deciden cuáles implantar y con qué recursos. En el caso de Canarias, la especialidad en Salud Mental, dispone de una Unidad Docente de Enfermería de Salud Mental, que se inició desde la implantación por parte del Ministerio de Sanidad, ya ha formado a un elevado número de Enfermeros Internos Residentes.

Antecedentes

1. Conceptualización:

El suicidio a lo largo de la historia ha sido definido varias veces, siendo la primera gran clasificación por parte de Durkheim, que lo definió en 1897, en su obra “El suicidio” como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que ella debía producir este resultado”. Durkheim, primero clasificó al suicidio vesánico siguiendo las reglas de Jousset y Moureau de Tours en: ⁽⁷⁾

- Suicidio maniático: Incluye aquí a todos los sujetos que terminan con su vida debido a alucinaciones o conceptos delirantes, por ejemplo, cuando lo hace para escapar de un peligro o vergüenza inventadas o bien tras recibir órdenes “misteriosas” del interior de su cabeza.
- Suicidio melancólico: Es el que se llevaría a cabo cuando una persona está sometida a un estado de extrema depresión o tristeza, que hace que el enfermo no aprecie los vínculos que tiene con las personas y cosas de su alrededor, no es capaz de sentir placer y la vida para él está llena de dolor.
- Suicidio obsesivo: Es en el que está presente en la persona que se suicida la idea fija de muerte sin alguna razón de peso. También es llamado suicido ansioso.
- Suicidio impulsivo o automático: Resulta de un impulso brusco e irresistible, no es como en el resto de tipos en el que hay una idea que atormenta a la persona durante más o menos un largo tiempo.

El autor destaca que, de estas 4 clases de suicidio, el más difícilmente diferenciable es el suicidio melancólico.

Así, Durkheim llega a la conclusión de que se pueden diferenciar 4 tipos de suicidio, según la relación individuo-sociedad:

- Suicidio egoísta: Es el que sucede cuando el individuo no se encuentra integrado en la sociedad, cuando los vínculos que le unen a esta son muy débiles, por lo que se da en sociedades en las que hay menos cohesión y solidaridad.
- Suicidio altruista: Se da cuando existe una baja importancia del “Yo”, el sujeto lo lleva a cabo porque piensa que así ayuda a los intereses colectivos de la sociedad.
- Suicidio anómico: Es el que se produce en sociedades en las que hay una ausencia de normas y reglas por parte de las instituciones y donde los lazos de convivencia se hallan en anomia.
- Suicidio fatalista: Es el que se da cuando existes normas y leyes muy estrictas, propio de estados totalitarios, donde el sujeto ve la muerte como única salida de este. ⁽⁷⁾

En 1996, O’Carrol *et al.*, publicaron “Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology”, donde proponían una nomenclatura más completa y operativa con el objetivo de establecer definiciones claras acerca de una serie de conceptos. Definió la ideación suicida, las conductas relacionadas con el suicidio y el suicidio consumado. Esta nomenclatura fue adoptada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos (EE.UU). ⁽⁸⁾

TERMINOLOGÍA		Intención de morir	Instrumentalización	RESULTADO			
				Sin lesiones	Lesiones	Muerte	
Conducta relacionada con el suicidio	Conducta instrumentalizadora	Conducta instrumentalizada o relacionada con suicidio					
		Sin lesiones	No	Sí	X		
		Con lesiones	No	Sí		X	
	Muerte	No	Sí			X	
	Actos suicidas	Intento de suicidio					
		Sin lesiones	Sí	+/-	X		
Con lesiones		Sí	+/-		X		
	Suicidio consumado	Sí	+/-			X	

Tabla 1: La conducta relacionada con el suicidio (O’Carrol en al., 1996) ⁽⁸⁾

Posteriormente, en 2007, Silverman *et al.*, hicieron una revisión de la terminología propuesta por O’Carrol y realizaron su propia clasificación usando ya conceptos claves aportados previamente, añadiendo una nueva categoría llamada comunicación suicida, donde se incluye plan y amenaza suicida, este último era anteriormente la conducta instrumental. Además, con el fin de simplificar la

terminología e intentar obtener todas las combinaciones posibles introduciendo 3 tipos, el tipo I cuando no hay lesiones, el II, cuando si las hay y el III, la muerte. Su clasificación fue la siguiente: ⁽⁹⁾

1. **Ideación suicida:** Son los pensamientos de una persona acerca de llevar a cabo su muerte.
2. **Comunicación suicida:** Se consideraría comunicación suicida a cualquier acto interpersonal en el que se informa a alguien de intenciones, pensamientos o deseos acerca de acabar con su vida (sea tanto de manera explícita como implícita). Existen dos tipos de comunicación suicida:
 - 2.1 Amenaza suicida: Acto interpersonal, ya sea de forma verbal o no, que podría indicar un posible acto suicida.
 - 2.2 Plan suicida: Es la propuesta de una fórmula con la que se podría llevar a cabo el suicidio.
3. **Conducta suicida:** Conducta potencialmente perjudicial y autoinfligida, de la que se tiene evidencia implícita o explícita de que: La persona desea alcanzar alguna meta o fin mediante el suicidio, cuando la persona presenta una intención clara de acabar con su vida. Se considera conducta suicida:
 - 3.1 Autolesión/gesto suicida: Comportamiento potencialmente lesivo realizado por sí mismo, del que hay evidencia (explícita o implícita) de que la persona no tiene la intención de matarse
 - 3.2 Conducta suicida no determinada: Conducta de nivel no determinado de intención suicida.
 - 3.3 Intento de suicidio: Conducta potencialmente lesiva autoinfligida, sin un resultado fatal, de la que existe evidencia, implícita o explícita, de intención de causarse la muerte.
4. **Suicidio consumado:** Muerte autoinfligida de la cual existe evidencia (implícita o explícita) de que la persona tenía intencionalidad de suicidarse.

Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida b. Con grado indeterminado de intencionalidad c. Con alguna intencionalidad suicida 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
Comunicación suicida*	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida: <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I) b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II) c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III) 	
Conducta suicida*	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada) b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada) c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado) 	

Tabla 2: Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al., propuesta por Silverman et al. ⁽¹⁰⁾

2. Epidemiología:

El suicidio es un problema global que se cobra la vida de alrededor de 800.000 personas al año, lo que vendría siendo un suicidio cada 40 segundos. Tanto en mujeres como hombres de 70 o más años, las tasas de suicidio suelen ser más elevadas, sin embargo, en el grupo de edad entre los 15 y 29, el suicidio es la segunda causa de muerte, por lo que se puede ver que es un problema que afecta a todas las edades. En cuanto a la distinción entre países desarrollados y subdesarrollados, en los países ricos, los hombres se suelen suicidar más que las mujeres (3 veces más), mientras que en los pobres, esta diferencia es considerablemente inferior (1,5 hombre por cada mujer). No obstante, como el registro del suicidio como causa de muerte suele involucrar a diversas instituciones y autoridades, el número de suicidios a nivel global podría ser mayor, ya que no se contabilizan los datos de los países en los que no se lleva un estricto registro de los casos. ⁽¹¹⁾

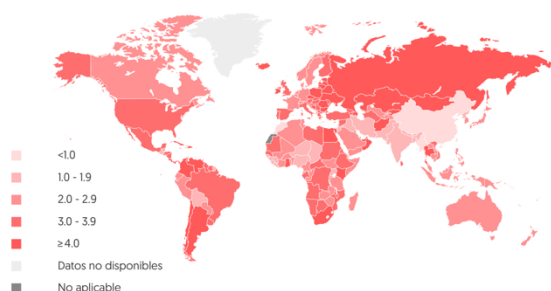


Ilustración 1: Ratio de suicidio varones: mujeres estandarizadas por edad, 2016. **Fuente:** Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi ⁽¹²⁾

A nivel Europeo, el suicidio se encuentra entre las primeras 15 causas de muerte (**Ilustración 2**), siendo el porcentaje de hombres mayor que el de las mujeres, más del doble. Los países que registraron las tasas más bajas de suicidio, fueron Grecia, Turquía e Israel con una tasa menor a 5 muertes por cada 100.000 habitantes, siguiéndoles España, Italia, Reino Unido y Eslovaquia. En cuanto a los países con mayores tasas, estos son Lituania, Eslovenia y Hungría, 36.1, 21.7 y 21.2 muertes por cada 100,000 habitantes. (13, 14)

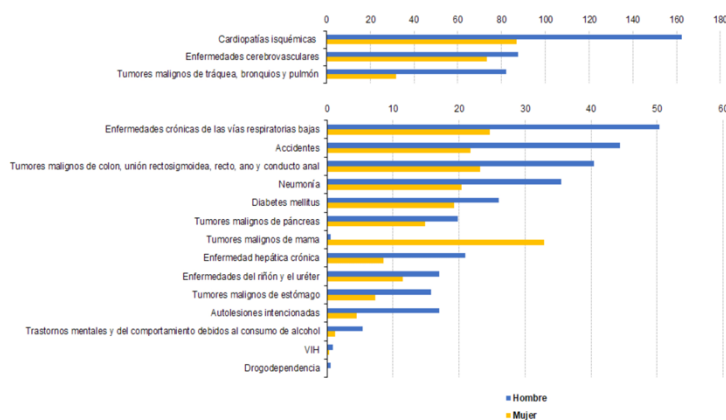


Ilustración 2: Causas de muerte-tasa de mortalidad normalizada EU-28, 2016. Fuente: Eurostat. (13)

En Canarias, como se puede apreciar en la tabla 3, las tasas de suicidio en el periodo de tiempo 2007-2017 son ligeramente mayores al conjunto de España. Comparando las tasas obtenidas en Canarias con las del resto de Comunidades Autónomas (CC.AA), como puede apreciarse en la **ilustración 3**, Canarias es una de las CC.AA con las tasas más altas, 9.06 casos por cada 100.000 habitantes, en 2017, sólo siendo superada por Asturias y Galicia con 11.26 y 10.60 casos por cada 100.000 habitantes respectivamente, mientras que Cantabria, Ceuta y Melilla las que menores tasas tienen con 4.14, 3.53 y 3.35 casos por cada 100.000 habitantes.

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
España	7,27	7,58	7,47	6,85	6,89	7,57	8,31	8,41	7,76	7,46	7,91
Canarias	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73	8,46	9,05	8,19	9,06

Tabla 3: Tasas de suicidio consumado en España y Canarias en el periodo 2007-2017. Fuentes: INE, Observatorio del Suicidio y Servicio Canario de Salud. Elaboración propia.

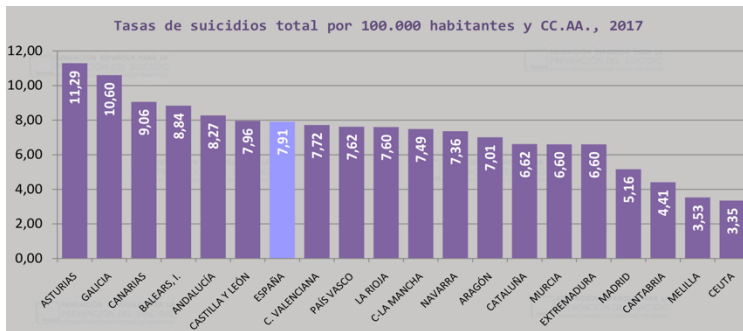


Ilustración 3: Tasas de suicidio total por 100.000 habitantes y CC.AA., 2017. **Fuente:** Observatorio del Suicidio. (15)

En 2018, en España, el suicidio continuó siendo la primera causa de muerte externa, con 3.539 fallecimientos, un 3.8% menos que en 2017, según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística. (16)

3. Factores de riesgo:

El suicidio es un problema que no se debe a una sola causa, es decir, es multifactorial, en el que intervienen factores sociales, económicos, médicos, psicológicos ambientales, etc.

Con el objetivo de llevar a cabo una eficaz prevención de este problema, es necesario saber identificar apropiadamente los factores de riesgo, que se pueden dividir en:

1. Factores sociodemográficos:

1.1 Edad y sexo: la tasa de suicidio aumenta a medida que aumenta la edad, debido a un mayor aislamiento social, peor estado general de salud, mayor vulnerabilidad ante eventos, más antecedentes de trastornos psiquiátricos y suelen utilizar métodos más letales para acabar con sus vidas. No obstante, en los últimos años se está viendo una tendencia creciente en el rango de edad comprendido entre los 15 y 24 años, por lo que podría afirmarse que los periodos de mayor riesgo serían la pubertad y la ancianidad. En cuanto al sexo; los hombres suelen tener una mayor tasa de suicidio, siendo la proporción 3:1 y usando métodos para llevarlo a cabo más letales, como armas de fuego, mientras que las mujeres métodos como medicamentos que a corto plazo, producen menos consecuencias letales. (8, 17, 18)

- 1.2 Orientación sexual: Se cree que aproximadamente el 10% de la población mundial pertenece al colectivo LGTBI y que los suicidios que ocurren dentro del colectivo representan el 30% de los suicidios anuales en jóvenes, siendo además el suicidio la principal causa de muerte dentro del colectivo. ⁽⁸⁾
- 1.3 Estado civil: Existe una mayor incidencia en mujeres y hombres solteros, divorciados y viudos, siendo los casados, y sobre todo con hijos, los que menor incidencia presentan. ⁽⁸⁾
- 1.4 Origen étnico: No hay pruebas concluyentes para inferir que el origen étnico inflencie sobre la tasa de suicidio. ⁽¹⁸⁾
- 1.5 Nivel socioeconómico y cultural: En países desarrollados, la pérdida o falta de empleo y la pobreza conllevan mayor riesgo de suicidio, al igual que las personas con menos formación educativa. Cabe destacar que profesionales muy cualificados sometidos a una gran carga de estrés, también tienen un mayor riesgo de suicidarse. ^(8, 18)
- 1.6 Lugar de residencia: Las personas que viven en un medio urbano presentan una mayores tasas de intento de suicidio que las que viven en un medio rural, sin embargo, las del medio rural presentan una mayor letalidad, debido a los métodos utilizados. ⁽⁸⁾
- 1.7 Estrés y acontecimientos vitales: situaciones estresantes y acontecimientos como las pérdidas de un familiar, de la pareja, de trabajo, de dinero o conflictos interpersonales se ha visto que pueden desencadenar una conducta suicida en personas con factores de riesgo. ⁽¹⁸⁾
- ² **Factores clínicos:** La presencia de trastornos mentales es el factor de riesgo más importante de riesgo de suicidio, ya que se ha evidenciado que entre el 90 y 98% de todas las personas que se quitaron la vida, presentaban al menos un trastorno mental. Algunos de estos trastornos son: el trastorno bipolar, de alimentación, de personalidad, obsesivo compulsivo, la depresión mayor, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, entre otros. Otro factor clínico de riesgo de suicidio sería los intentos de suicidio previos, que se ha considerado un predictor, debido a que en la mayoría de casos los intentos de suicidio suelen repetirse. ⁽⁸⁾

3 Factores biológicos: La conducta suicida se asocia a bajos niveles de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo. El bajo nivel de serotonina puede indicar un bajo control de impulsos.

4 Factores protectores:

Son aquellos factores sobre los que se tendría que actuar para fortalecerlos. Se pueden dividir en: ^(8, 18,19)

1. Individuales o personales:

- Control de impulsos.
- Gestión de conflictos.
- Habilidad para pedir apoyo.
- Expresión de emociones.
- Actitudes y valores contra el suicidio.
- Confianza en sí mismo.
- Sentido del humor.
- Empatía.
- Autocontrol emocional.

2. Sociales o medioambientales:

- Integración social.
- Buena accesibilidad a recursos clínicos, como podría ser la atención primaria y los centros de salud mental y una buena satisfacción con estos.
- Pertenecer a una familia estable y cohesionada.
- Pertenecer y sentir una identidad social.

5 Prevención del suicidio:

Las estrategias de prevención pueden ser aplicadas a distintos niveles y dependiendo de cómo se apliquen, pueden ser clasificadas de una forma u otra. De esta manera, se podrían distinguir tres clases diferentes: ⁽¹⁸⁾

- 5.1 Prevención universal: Son aquellas diseñadas para llegar a toda una población, es decir, grandes comunidades o naciones, y reducir así la incidencia de nuevos casos en estas. Estas estrategias van a promover la salud mental, reducir el consumo de sustancias tóxicas, limitar el acceso a agentes lesivos y facilitar información apropiada para que los medios la difundan.
- 5.2 Prevención selectiva: Está dirigida a grupos de alto riesgo, que pueden ser por ejemplo personas con conductas o ideas suicidas, personas que estén pasando por una situación de gran estrés, una gran pérdida vital, entre otros. Se intenta reducir los factores de riesgo y potenciar los protectores.
- 5.3 Prevención indicada: Se dirige a sujetos que muestran claras conductas de riesgo suicida, como pueden ser la personas con trastornos mentales o que han expresado y expresan deseos de acabar con su vida.

A nivel mundial, debido al tabú y a la falta de sensibilización que rodea al tema del suicidio, la prevención de este no se ha llevado a cabo de una manera adecuada. Por esto, la OMS en el año 2000, publica una serie de documentos destinados a grupos sociales específicos y profesionales especialmente relevantes en la prevención del suicidio (SUPRE), estos documentos, contienen una serie de actividades que incluyen la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación infantil, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales y el control medioambiental de los factores de riesgo.

En España, como ya se ha mencionado anteriormente, no existe ningún plan de prevención del suicidio ni estrategia alguna en el Servicio Nacional de Salud a nivel estatal. No obstante, cada comunidad autónoma lleva a cabo sus propios planes y estrategias, como se puede ver en la siguiente tabla:

Estrategia	Comunidad autónoma
Guía sobre la prevención del suicidio para personas con idea suicida y familiares. 2010	Servicio andaluz de salud. Andalucía
Plan Salud Mental Aragón 2017	Departamento de sanidad. Gobiernos de Aragón.

Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo suicida. 2018-2021	Servicio de Salud del Principado de Asturias
Programa de sensibilización en prevención de la conducta suicida en colectivos vulnerables. 2017	Gobierno de las Islas Baleares.
Plan de Salud Mental. Prevención y Tratamiento de la conducta suicida 2019-2023	Consejo de Sanidad del Gobierno de Canarias.
Plan de Salud Mental de Cantabria. 2015-2019	Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas. Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha 2018-2025	Consejería de Sanidad. Junta de Castilla-La Mancha
Proceso de prevención y atención de la conducta suicida. 2018	Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.
Guía de prevención del suicidio. 2018 Código Riesgo suicidio 2014-2015	Consejería de Juventud de Cataluña
II Plan de salud mental 2014-2017	Gobierno de la Ciudad Autónoma de Ceuta
III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020	Servicio Extremeño de Salud. Extremadura
Plan de prevención del Suicidio en Galicia. 2017	Consejería de Sanidad de Galicia
I Plan prevención del Suicidio La Rioja. 2018	Gobierno de La Rioja
Guía de Autoayuda en la Prevención del Suicidio ¿Qué puedo hacer? 2014. Guía prevención conducta suicida para docentes. 2016	Comunidad de Madrid. Servicio de Salud.
Prevención suicida Murcia.	Servicio Murciano de Salud. Murcia.
Prevención y actuación ante conductas suicidas. 2014-2020	Gobierno de Navarra.
Programa piloto de Prevención de Conducta Suicida. 2013-2014	Gobierno del País Vasco.
Plan de prevención y manejo de conducta suicida. Vivir es la Salida. 2016-2020	Generalitat Valenciana. Consejería de Sanidad universal y salud pública.

Tabla 4 de elaboración propia, a partir de la **fuentes:** ⁽²⁰⁾

En Canarias, como bien se aprecia en la tabla, existe el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Este documento incluye como línea estratégica 2, la prevención y el tratamiento de la conducta suicida, donde se refleja de una forma exhaustiva la

conducta suicida en Canarias. Entre los objetivos de esta línea estratégica se encuentran, citando textualmente:

- Disponer de un programa de prevención de la conducta suicida en Canarias, que contenga un análisis periódico de la situación, sobre las conductas suicidas en Canarias y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.
- Realizar acciones de carácter preventivo en la población sobre la conducta suicida.
- Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.
- Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la conducta suicida.
- Mejorar la actuación clínica en situaciones específicas de riesgo y complejidad.
- Mejorar la coordinación intra e interinstitucional relativa a los pacientes con riesgo suicida o conductas suicidas. ⁽⁴⁾

6 Prevención desde Atención Primaria:

Atención Primaria (AP) es el lugar ideal para la evaluación y el manejo de la conducta suicida, ya que no sólo es donde la mayoría de la población tiene su primer contacto con el Sistema Nacional de Salud, sino que entre los enfermeros de AP y los pacientes que acuden a los Centros de Salud, se crea una relación de confianza que permite que conozcan el entorno sociofamiliar y económico y el patrón psicológico de la persona. Además, los enfermeros comunitarios se encuentran en una situación en la que pueden ofrecer una continuidad en la atención que prestan a estos pacientes.

En cuanto a datos, cabe destacar que alrededor del 75% de personas que se quitan la vida se han puesto en contacto con su médico de cabecera y en torno al 45% se habría puesto en contacto en el mes anterior. Asimismo, solo 1 de cada 3 pacientes de servicios de Salud Mental se habría puesto en contacto el año anterior con su centro y en el caso de haberlo hecho el mes anterior, solo 1 de cada 5. ⁽¹⁸⁾

La información y los cuidados que como enfermero se le presta a una persona con riesgo suicida depende de factores como la zona en la que se encuentre el centro de

salud (rural o urbano), la experiencia y la capacitación del profesional sanitario acerca del abordaje de estas situaciones y los propios conocimientos del paciente. ⁽¹⁸⁾

En el documento “Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de Atención Primaria de Salud” que forma parte del programa de Prevención de Suicidio (SUPRE), publicado por la OMS en 1999, se encuentran una serie de recomendaciones acerca de cómo manejar a un paciente con riesgo suicida, dependiendo del nivel de riesgo que presenten. Estas recomendaciones se pueden observar en la **tabla 5**.

Nivel de riesgo	Recomendaciones
Bajo riesgo: Persona que ha tenido o tiene pensamientos suicidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo emocional. • Trabajar a través de los sentimientos suicidas, sobre todo en el periodo reflexivo que viene tras el momento de confusión. • Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, hablando de cómo se ha superado problemas anteriores sin llegar al suicidio. • Remitir la persona a un profesional en salud mental. • Reunirse a intervalos regulares y mantener un contacto continuo.
Medio riesgo: La persona presenta pensamientos o planes suicidas, pero no de cometerlo de manera inmediata.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo emocional. • Usar la ambivalencia para fortalecer el sentimiento de vivir. • Explorar alternativas al suicidio, tratando de que el paciente vea válida por lo menos alguna de ellas. • Pactar un contrato, es decir, hacer que la persona prometa no suicidarse, sin antes contactar al personal médico especializado o por un periodo de tiempo en concreto. • Remitir la persona al psiquiatra. • Contactar con la familia y amigos y conseguir su apoyo.
Alto riesgo: La persona tiene ya un plan definido y los medios para realizarlo de una manera inmediata	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar a la persona en todo momento. • Hablar tranquilamente con la persona y retirarle medios lesivos. • Ponerse en contacto con un profesional de salud mental. • Llamar a una ambulancia y preparar su hospitalización.

Tabla 5. Elaboración propia a partir de **fuentes:** ⁽²¹⁾

7 Instrumentos de valoración:

Se pueden considerar dos los instrumentos de valoración básicos y necesarios a la hora de evaluar a un paciente con riesgo suicida: la entrevista clínica y las escalas de valoración.

7.1 Entrevista clínica: Esta se podría considerar el método más importante de recogida de datos, ya que la fuente es el propio paciente, la historia clínica y la familia servirían como fuentes complementarias. La entrevista clínica se podría considerar como el punto de partida de la relación enfermera-paciente, por lo que es de vital importancia llevarla a cabo de la mejor manera posible, no solo para recoger los datos que deseemos recoger, sino para que el paciente se sienta en un entorno seguro, lo que hará que a su vez, la recogida de datos sea más fructífera.

(22)

El programa de la SUPRE en el documento “Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de Atención Primaria de Salud”, nos señala cómo comunicarse y cómo no hacerlo a la hora de estar en contacto con un paciente con conducta suicida. En el caso de cómo hacerlo: Escuchar atentamente, permaneciendo calmado, entender los sentimientos de la persona, transmitir mensajes no verbales de aceptación y respeto, expresar respeto por las opiniones y valores de la persona, hablar honesta y genuinamente, demostrar interés, preocupación y calidez y centrarse en los sentimientos de la persona. En el caso de cómo no hacerlo: No interrumpir con demasiada frecuencia, no escandalizarse o emocionarse, no manifestar que se está ocupado, no ser condescendiente, no hacer comentarios indiscretos o poco claros, no hacer preguntas tendenciosas. (21)

Además, este mismo documento de la SUPRE, incluye también recomendaciones acerca de cómo, cuándo y qué preguntar, siendo estas las siguientes:

- ¿Cómo preguntar?: Lo mejor es ir preguntando de una manera gradual usando preguntas como: ¿Se siente triste?, ¿siente que nadie se preocupa por usted?, ¿siente que la vida no tiene sentido? o ¿tiene tendencia a cometer suicidio?.
- ¿Cuándo preguntar?: Cuando la persona se sienta cómoda expresando lo que siente, cuando se sienta comprendida y cuando hable acerca de pensamientos negativos, soledad, impotencia, etc.

- ¿Qué preguntar?: Preguntar si alguna vez ha hecho algún plan para acabar con su vida y cómo planeaba llevarlo a cabo, preguntar los medios con los que planeaba hacerlo y si se encuentran a su disposición y preguntar si ha fijado un plazo para realizar su plan y en caso de que lo tenga, preguntar cuándo.

7.2. Escalas de valoración: Existen varias escalas y cuestionarios que ayudan al profesional sanitario a la hora de detectar y evaluar la conducta suicida de un individuo. En la **tabla 6** están recogidos diferentes tipos de escalas que se pueden usar durante la entrevista clínica, a continuación se expondrá un breve resumen de las más relevantes: ⁽²⁴⁾

7.2.1 Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI): Escala diseñada para evaluar la gravedad de los pensamientos suicidas, midiendo la intensidad del deseo de morir o de vivir, además de otros elementos como la letalidad del método pensado, la disponibilidad de este, entre otros. (Anexo 1)

7.2.2 Escala SAD PERSONS (SAD PERSONS Scale): Escala que está diseñada para evaluar el riesgo de comportamiento suicida, basándose en factores de riesgo clínicos y sociodemográficos. (Anexo 2)

7.2.3 Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS): Cuestionario autoaplicado, diseñado para evaluar el riesgo suicida, discriminado entre individuos normales y pacientes con tentativas previas o actuales de suicidio. (Anexo 3)

7.2.4 Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS): Escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida, es decir, cuantifica la gravedad de la conducta suicida revienta y la probabilidad de una nueva. (Anexo 4)

No específicas de suicidio	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)• Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)
-----------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)
Comportamiento suicida	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) • Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS) • International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (InterSePT) • Escala SAD PERSONS • Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) • Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) • Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)
Actos suicidas	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Intencionalidad Suicida (SIS) • Gravedad Médica de la Tentativa (MDS)
Constructores relacionados con el suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Desesperanza (HS) • Inventario de razones para vivir (RFL) • Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) • Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) • Historia de agresión de Brown-Goodwin (BGLHA) • Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE)

Tabla 6: Escalas de valoración para el riesgo de suicidio. Elaboración propia, a partir de **fuentes:** ⁽²²⁾

8 Legalidad del suicidio en España:

En España, el suicidio no está penado. En cuanto a la cooperación o la ayuda a una persona que se quiera quitar la vida, según el Código Penal, en el artículo (Art.) 143, se castigará con una pena de prisión de 4 a 8 años a aquel que haya inducido al suicidio a otra persona (Art. 143.1), de 2 a 5 años a aquel que coopere en actos necesarios para el suicidio de una persona (Art. 143.2) y en el caso de que se llegase a

ejecuta la muerte del suicida, la pena de prisión variaría entre los 6 y los 10 años (Art. 143.3).

El Art. 143.4, indica que “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”. Esto quiere decir que la cooperación en la muerte de una persona con alguna enfermedad grave, que realiza una petición expresa para que se le ayude a lograrlo, está penada con la pena inferior en uno o dos grados de lo expresado en los artículos 143.2 y 143.3.

9 Mitos y realidad:

- “El que se quiere quitar la vida no lo dice”: Esto es falso, ya que 9 de cada 10 personas había dejado claro con anterioridad su intención de quitarse la vida y la persona restante lo habría dejado entrever.
- “El que dice que se va a matar, no lo hace”: Es falso, ya que todo el que se suicida ha expresado previamente sus intenciones.
- “Todo el que se suicida está deprimido”: Es falso, porque aunque sea cierto que las personas que están deprimidas tienen más posibilidades de suicidarse, no todo el que lo hace lo presenta.
- “Todo el que se suicida tiene un trastorno mental”: Es falso, aunque es verdad que las personas que padecen algún tipo de trastorno mental se quitan la vida con mayor frecuencia que el resto de la población, no todo el que se suicida padece alguno.
- “El suicidio no se puede prevenir, porque ocurre por impulsos”: Es falso, debido a que la mayoría de individuos que se suicidan, lo habían avisado con anterioridad, además de que antes de realizarlo, la persona muestra una serie de signos y síntomas que si se detectan a su debido tiempo, se podría prevenir.

- “Hablar con una persona con riesgo suicida acerca del suicidio, lo incita a realizarlo”: Es falso, más bien es al contrario, al hablarlo se reduce la probabilidad de que se cometa y de que el individuo reflexione acerca de sus acciones.
- “La mejoría tras una crisis significa que se ha superado el riesgo de suicidio”: Es falso, ya que muchos suicidios ocurren en esta fase de mejora.
- “Una vez que una persona es suicida, lo es para siempre”: Es falso, aunque los pensamientos suicidas puedan regresar en un momento, no son permanentes y además, hay personas que no vuelven a tenerlos más.
- “El que se suicida es un cobarde”: Es falso, sólo son personas que sufren y quieren acabar con este sufrimiento.
- “Los medios de comunicación no influyen en la prevención del suicidio”: Es falso, si se enfoca la noticia sobre el tema de una manera adecuada, ayuda a prevenir. (21, 25, 26, 27)

Justificación

El suicidio en España ha tenido desde hace años, tiene y posiblemente seguirá teniendo altas tasas de suicidio, en algunas Comunidades Autónomas incluso llegando a sobrepasar los 10 casos por cada 100.000 habitantes y en Canarias, casi alcanzando esta cifra con 9,06 casos por cada 100.000, por lo que es un grave problema de Salud Pública. Además, al suicidio lo rodea un gran tabú que dificulta no sólo su prevención, sino también el tratamiento y un estigma social, como el que se le atribuye al resto de enfermedades mentales, haciendo que la persona bajo este estigma tenga un papel en la sociedad un tanto alterado, debido a las falsas creencias e ideas estereotipadas que se crean en torno a este.

Como grave problema de Salud Pública, que no tiene ni una sola causa ni una sola razón, el suicidio requiere de la atención del Sistema Nacional de Salud, aunque esto no sea una tarea fácil. El lugar ideal desde el cual se le puede prestar toda la atención que requiere, sería desde Atención Primaria (AP), que es donde los profesionales sanitarios, en concreto los enfermeros, tienen un contacto más cercano con los pacientes y conocen su entorno, llegando incluso a poder recolectar datos proporcionados por su familia que podrían ser de interés y creando un vínculo entre la

sociedad y el sistema de salud. Además, los enfermeros de esta área juegan un papel importante a la hora de detectar y prevenir muertes por intentos autolíticos, ya que un gran número de personas que se quitan la vida, han tenido mucho más contacto o solo lo han tenido con profesionales generalistas antes que con otros de áreas especializadas. Aún más importante, es que desde AP se puede ofrecer una continuidad en los servicios prestados a estas personas.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), para el bienestar de una persona es esencial la salud mental, por ello, se le debe prestar más atención a aspectos como el desarrollo del conocimiento de Salud Mental y a su promoción, ya que consideran que con una educación adecuada y entrenamiento, los enfermeros pueden contribuir a la promoción de la salud mental, la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y a reducir el estigma que se crea alrededor de ellos. ⁽²⁸⁾

Para saber cómo detectar, tratar y en definitiva, saber cómo abordar a personas con riesgo suicida, es vital que los enfermeros hayan recibido una correcta formación acerca del tema, ya que solo así podrán darles cuidados de calidad individualizados a este tipo de pacientes.

Por todo esto, es necesario determinar el nivel de conocimientos, estrategias y técnicas de los enfermeros de AP de los diferentes centros de salud que pertenecen a la isla de Tenerife.

Objetivos

1. Objetivo General:

- Explorar el nivel de conocimientos de los enfermeros de los Centros de Salud de Atención Primaria, en la isla de Tenerife, acerca del abordaje del suicidio.

2. Objetivos Específicos:

- Investigar si los enfermeros de atención primaria en la isla de Tenerife han recibido formación previa acerca del suicidio.
- Indagar si disponen de un Protocolo específico.
- Explorar la percepción de los enfermeros en relación a un mejor abordaje relacionada con la experiencia y formación en el puesto de trabajo.

Metodología

1. Diseño

Se realizará un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, corte transversal y de carácter retrospectivo.

2. Población Diana

La población diana de este estudio son los profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Tenerife. El área de Tenerife cuenta con un total de 42 centros de salud. El total de enfermeros, según la última memoria publicada en 2018 por la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, sería de 738. ⁽²⁹⁾

3. Muestra

El muestreo se efectuará de forma aleatoria, entre los profesionales de Enfermería de los Centros de Salud de la isla de Tenerife. Para la obtención del tamaño de la muestra se han tomado en consideración los objetivos y las variables del estudio. Se ha estimado un tamaño muestral de 150 participantes con una confianza del 95% y un 5% de error máximo.

Criterios de inclusión:

- Enfermeros que tengan al menos un año de experiencia en el Centro
- Enfermeros que quieran participar de forma voluntaria en el estudio y que haya firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Otros profesionales de Atención Primaria.
- Estudiantes de Enfermería.

4. Variables e Instrumentos de Medida:

Variables sociodemográficas: Se incluyen con la finalidad de tipificar la muestra:

- Sexo: variable cualitativa con respuesta dicotómica (hombre/mujer).
- Edad: variable cuantitativa que se expresará en años.

- Nivel de estudios: variable cualitativa, con 5 opciones de respuesta: Diplomatura, Grado, Especialidad de Enfermería, Máster y Doctorado.
- Años de ejercicio en la profesión: variable cuantitativa que se expresará en años.
- Años en Atención Primaria: variable cuantitativa que se expresará en años.

Formación previa sobre el suicidio y su prevención

- Formación durante la carrera sobre el suicidio. Variable cualitativa con respuesta dicotómica (sí/no).
- Formación por cuenta propia sobre el suicidio y su prevención. Variable cualitativa con respuesta dicotómica (sí/no).
- Búsqueda activa de información actualizada sobre el suicidio y su prevención. Variable cualitativa con respuesta dicotómica (sí/no).
- Participación en actividades de formación organizadas por el Servicio Canario de Salud. Variable cualitativa con respuesta dicotómica (sí/no).

Uso de Protocolos específicos

Acceso a un protocolo de abordaje de la conducta suicida. Variable cualitativa con respuesta dicotómica (sí/no).

Conocimientos acerca del suicidio

Para la medición de esta variable se ha diseñado una escala autoadministrada con procedimiento de respuesta tipo Likert, con cinco niveles que miden el grado de acuerdo/desacuerdo con cada una de las afirmaciones que se presentan. La escala consta de 12 ítems y se encuentra formando parte del cuestionario (Anexo 5)

Percepción de los enfermeros en relación a un mejor abordaje relacionada con la experiencia y formación en el puesto de trabajo

Para la medición de esta variable se ha diseñado una escala de percepción, tipo Likert, para medir el grado de acuerdo con las afirmaciones que contiene y consta de 5 ítems integrados en el cuestionario (Anexo 5)

5. Métodos de recogida de información:

Como método de recogida de información se utilizará un cuestionario (Anexo 5) autogestionado y de elaboración propia a partir del cuestionario de la parte evaluativa de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, modificado a efectos de la investigación ⁽¹⁰⁾.

Se solicitará el pertinente permiso a la Dirección de Atención Primaria a fin de tener acceso a los Centros de Salud (Anexo 6).

Se les repartirá a los supervisores de los centros de salud dos sobres, uno de ellos incluirá una carta donde se explicará el objetivo general del estudio, solicitando su participación voluntaria, garantizando su anonimato y un consentimiento informado (Anexo 7), que les entregarán a los enfermeros y el otro sobre con el cuestionario que una vez cumplimentado por los sujetos de la muestra, será devuelto al Supervisor, para posteriormente ser recogidos por el investigador en el Centro de Salud.

6. Consideraciones éticas:

Esta investigación se realizará bajo los principios de la nueva Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ⁽³⁰⁾ para asegurar el buen uso de la información recogida y de la autorización que han otorgado los participantes. Esto se explicará a los enfermeros antes de su participación con el fin de que conozcan que sus respuestas serán utilizadas únicamente para la investigación, quedando garantizado el anonimato.

7. Análisis estadístico:

En relación a los objetivos marcados en este proyecto de carácter descriptivo, se llevarán a cabo análisis estadísticos descriptivos sobre las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, utilizando estadísticos de tendencia central para las variables cuantitativas.

Respecto a las variables de conocimientos se utilizarán estadísticos de frecuencia. Asimismo, se utilizará la correlación de Pearson para examinar las relaciones entre las variables cuantitativas incluidas las características sociodemográficas de la muestra.

Las diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de percepción serán comparadas utilizando la T de student.

Finalmente, para el tratamiento estadístico de los datos obtenidos se empleará el programa SPSS 22.0.

8. Cronograma:

Planificación por meses							
Actividades	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
Autorizaciones	<u>X</u>	<u>X</u>					
Difusión del cuestionario		<u>X</u>	<u>X</u>				
Recogida de datos		<u>X</u>	<u>X</u>				
Interpretación de los datos				<u>X</u>			
Informe preliminar					<u>X</u>		
Informe final						<u>X</u>	
Difusión de los datos							<u>X</u>

9. Presupuesto:

Material fungible	Folios 1000 Sobres 1000 2 cartuchos de tinta	7,5€ 680€ 25,80€
Material no fungible	Impresora	36,5€
Desplazamiento	Desplazamiento a centros de salud	240€
Contratación	Estadístico	650€
	TOTAL	1639,8€

Bibliografía

1. Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 [citado 10 Feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/dyGhLXX>
2. Salman Rocha DG. Futuro imperfecto: Dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún [tesis doctoral en internet] Universidad Iberoamericana; 2011. Disponible en: <https://cutt.ly/wyGhVVf>
3. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Ginebra; OMS; 2019 [citado 10 feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/pyGjwGL>
4. Servicio Canario de Salud. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Conserjería de Sanidad de Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales; 2019. pp. 247-52. Disponible en: <https://cutt.ly/pyGjpOO>
5. Carvajal Carrascal G, Claro Castillo CV. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. Avances en Enfermería [Internet]. 2012 [citado 25 febrero 2020];(3):102–7. Disponible en: <https://cutt.ly/WyGjdKd>
6. Manzanedo Sagredo MI, Ortiz Fernández MI. Identificación del paciente suicida. Rev ROL Enferm. [Internet]. 2012 [citado 25 feb 2020]; 35 (1):16-8. Disponible en: <https://cutt.ly/GyGjh27>
7. Durkheim E. El suicidio. 6.^a ed. Madrid: Akal; 1982. Disponible en: <https://cutt.ly/ZyGjzAp>
8. Legido Gil T. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos [tesis doctoral en internet] Universidad de Alcalá; 2012. Disponible en: <https://cutt.ly/9yGjmCv>

9. Casas Almécija M, Camacho Alcántara JA, Sánchez Moreno M. Diseño e implantación de un Programa de Visitas Domiciliarias para el seguimiento de pacientes con ideación suicida realizado por la Enfermera Especialista en Salud Mental. Biblioteca Lascasas. 2018; 14. Disponible en: <https://cutt.ly/MyGjUmE>
10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2012. Disponible en: <https://cutt.ly/VyGjVqL>
11. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (SUPRE) [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 17 Feb 2020] Disponible en: <https://cutt.ly/JyGj30y>
12. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2019. pp. 8-10. Disponible en: <https://cutt.ly/cyGkyYH>
13. <https://ec.europa.eu> [Internet] Bruselas: Eurostat; 2016. [citado el 13 de may de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/oyHSbT2>
14. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. Clínica y Salud [Internet] 2017 [citado 21 Feb 2020]; 28(1) 25-31. Disponible en: <https://cutt.ly/lyGkQNH>
15. Fundación española para la prevención del suicidio [Internet]. Madrid: Fundación Española de Salud Mental. Suicidios; 2019. [citado 24 Feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/jyGkYxa>
16. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2019. [citado 24 Feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/zyGkP88>

17. Salgado Carnero M. Detección u prevención del riesgo de suicidio desde la enfermería de atención primaria [trabajo final de grado en internet]. Universidad Da Coruña, 2017 [citado 25 Feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/byGkFOK>
18. González Ruiz M. Prevención y manejo de conductas en Atención Primaria [trabajo final de grado en internet]. Universidad Complutense de Madrid, 2015. [citado 26 Feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/zyGkLeZ>
19. Sánchez Teruel D, Robles B, Auxiliadora M. Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. Papeles del Psicólogo. [Internet]. 2014 [citado 26 Feb 2020]; 35 (3): 181-92. Disponible en: <https://cutt.ly/zyGkLeZ>
20. Rodríguez Antolín L. El papel del trabajo social en la prevención del suicidio: Revisión de planes y guías del Sistema Nacional de Salud [trabajo final de grado en internet]. Universidad de Valladolid, 2019. [citado 26 Feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/qyGk1k4>
21. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2000 [citado 27 feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/5yGk8HD>
22. Gil García E, Escudero Carretero M, Prieto Rodríguez MA y March Cerdá JC, Berenguer García MJ, Notario Madueño MJ, et all. 1. La Entrevista Clínica de Valoración Inicial. Guía para la Práctica Clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud; 2006. pp. 21–42. Disponible en: <https://cutt.ly/PyGk7KM>
23. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, Sáiz PA, Y Saiz J y Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet] 2012 [citado 1 Mar 2020]; 5(1): 8-23. Disponible en: <https://cutt.ly/uyG1q0w>

24. Rangel-Carzón C, Suárez-Beltrán M, Escobar-Córdoba F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Revista de la facultad de Medicina [Internet] 2015 [citado 1 mar 2020]; 63(4). Disponible en: <https://cutt.ly/FyGliP>
25. Pérez S. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Rev Colomb Psiquiatr [Internet] 2005 [citado 2 mar 2020]; 24(3):386-94. Disponible en: <https://cutt.ly/SyGlvHM>
26. Cervantes PW, Hernández EM. El suicidio en los Adolescentes: Un problema en Crecimiento. Duazary [Internet] 2008 [citado 4 mar 2020]; 5(2): 148-54. Disponible en: <https://cutt.ly/fyGlSed>
27. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Valencia; 2017. p. 12. Disponible en: <https://cutt.ly/LyGIHdO>
28. El CIE pone de manifiesto el papel crucial de las enfermeras en la Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal. [Internet]. 2019; [citado 4 mar 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/3yGIZ2g>
29. Servicio Canario de Salud. Memoria 2018. Santa Cruz de Tenerife: Área Técnica de Salud; 2019. p. 35. Disponible en: <https://cutt.ly/nyGI5Jk>
30. Boletín Oficial del Estado [Internet]. España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2018 [citado el 13 de May de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/EyGzwLn>
31. Sieso Sevil AI, Fernández Parrado C, Zahíno López V, Pardo Falcón ME. Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la Enfermera Especialista de Salud Mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido un intento autolítico. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2012 [citado 4 Mar 2020]; 8(1). Disponible en: <https://cutt.ly/myGztry>

32. Jimenez Rojas I, Martinez Villota S, Alba Rosero C, Bonilla MF y Fernandez Aldana M. Guía de práctica clínica ansiedad [Internet]. 2015 [citado 6 Mar 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/YyGzuaU>
33. Junta de Andalucía. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud. Junta de Andalucía. 2004. Disponible en: <https://cutt.ly/ByGzi9J>
34. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J. Consult. Clin. Psychol [Internet]. 1979 [citado 5 Mar 2020]; 47(2): 343-52. Disponible en: <https://cutt.ly/KyGzs1H>

ANEXOS

Anexo 1

Escala de Ideación Suicida de Beck:

Escala que consta de 19 ítems, que se puntúan en una escala de 3 puntos (de 0 a 2). A mayor puntuación, mayor gravedad.

1. Deseo de vivir: 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. Deseo de morir: 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir: 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. Deseo de intentar activamente el suicidio: 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. Deseos pasivos de suicidio: 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida): 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio): 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. Actitud hacia la ideación/deseo: 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out: 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad): 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo

2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. Razones para el intento contemplado: 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado): 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado): 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento: 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguro de su valor, capacidad
15. Expectativas/espera del intento actual: 0. No 1. Incierto 2. Sí
16. Preparación actual para el intento contemplado: 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. Nota suicida: 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada
18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.): 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado: 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

Elaboración propia. Fuente: ⁽³¹⁾

Anexo 2

Escala SAD PERSONS:

A cada ítem marcada con un SÍ, se le otorga un punto.

	Sí (1 punto)	No (0 puntos)
Sexo: Masculino		
Edad: <20 o >45 años		
Depresión		
Tentativa previa de suicidio		
Abuso alcohol		
Falta de pensamiento racional		
Carencia de apoyo social		
Plan de suicidio organizado		
No pareja o cónyuge		
Enfermedad somática		
PUNTUACIÓN:		

Elaboración propia. **Fuente:** ⁽³²⁾

- 0 a 2: Alta y seguimiento ambulatorio.
- 3 a 4: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.
- 5 a 6: Se sugiere ingreso.
- 7 a 10: Ingreso forzoso.

Anexo 3:

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS):

Cada respuesta afirmativa se puntúa con 1 punto y las negativas con ninguno. A mayor puntuación, más riesgo de suicidio existe, en la versión española los autores proponen un punto de corte de 6 (mayor de 6 riesgo de suicidio).

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

Elaboración propia. Fuente: ⁽³³⁾

Anexo 4:

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS):

Consta de 20 ítems, que se evalúan en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos), exceptuando los últimos 5. A mayor puntuación, mayor gravedad.

I. Circunstancias objetivas
1 Aislamiento 0 Alguien presente 1 Alguien próximo o en contacto visual o verbal 2 Nadie cerca o en contacto
2 Medición del tiempo 0 La intervención es muy probable. 1 La intervención es poco probable. 2 La intervención es altamente improbable
3 Precauciones tomadas contra el descubrimiento y barra o la intervención de otras personas. 0 Ninguna. 1 Toma precauciones pasiva (he visto los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo en su habitación pero con la puerta sin cerrar) . 2 Toma precauciones activa (Cerrando la puerta, etc)
4 actuación para conseguir ayuda durante o después del intento 0 Aviso a alguien que potencialmente podría prestarle ayuda. 1 colaborador potencial contactando pero no específicamente avisado. 2 No contactó, ni avisó a nadie.
5 Actos finales en anticipación de la muerte (testamento, seguro...) 0 Ninguno 1 Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa. 2 Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales.
6 Preparación activa del intento. 0 Ninguna. 1 Mínima o moderada. 2 Importante.
7 Nota suicida. 0 Ninguna. 1 No te escrito pero rota, no terminado, pensé en escribirla. 2 Presencia de nota.
8 Comunicación verbal ideas, preocupaciones o planes suicidas. 0 No comunicación verbal. 1 Comunicación ambigua (“estoy cansado de la vida”, “no tiene objeto”). 2 Comunicación no ambigua (“quiero morir“).
II. Autoinforme
9 Propósito supuesto del intento 0 Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza. 1 Componentes de cero y dos. 2 Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas.
10 Expectativas sobre la probabilidad de muerte. 0 Pensó que era improbable. 1 Posible pero no probable. 2 Probable o cierta.
11 Concepción de la letalidad del método. 0 Hizo menos de lo que pensaba que sería letal. 1 No estaba seguro si lo que hacía era letal. 2 Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal.
12 Seriedad del intento. 0 No intento seriamente poner fin a su vida.

<p>1 Inseguro. 2 Intento seriamente poner fin a su vida.</p>
<p><u>13 Actitud hacia el vivi/morir</u> 0 No quería morir. 1 Componente de 0 y 2. 2 Quería morir.</p>
<p><u>14 Concepción de la capacidad de salvamiento médico.</u> 0 Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica. 1 Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica. 2 Seguro de morir aunque recibiese atención médica.</p>
<p><u>15 Grado de premeditación.</u> 0 Ninguno, impulsivo. 1 Suicidio contemplado por tres horas antes del intento. 2 Suicidio contemplado por más de tres horas antes del intento.</p>
<p>III. Circunstancias subjetivas</p>
<p><u>16 Reacción frente al intento.</u> 0 Arrepentido de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza. 1 Acepta tanto el intento como su fracaso. 2 Rechaza el fracaso del intento.</p>
<p><u>17 Preconcepciones de la muerte.</u> 0 Vida después de la muerte, reunión con fallecidos. 1 Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas. 2 No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte.</p>
<p><u>18 Número de intentos de suicidio previos.</u> 0 Ninguno. 1 1 o 2. 2 3 o más.</p>
<p><u>19 Relación entre ingesta de alcohol e intento.</u> 0 Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento. 1 Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad. 2 Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento.</p>
<p><u>20 Relación entre ingesta de drogas e intento.</u> 0 Algún alguna ingesta previa pero sin relación con el intento. 1 Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad. 2 Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento.</p>

Elaboración propia. Fuente: ⁽³⁴⁾

Anexo 5: Cuestionario

Para rellenar el presente cuestionario marque con una “x” las casillas que crea pertinentes, marcando sólo una por ítem.

Edad: ____

Sexo: Hombre Mujer

Años ejerciendo la profesión: _____

Años trabajando en Atención Primaria: _____

Nivel de estudios:

Diplomatura Licenciatura Máster

Especialidad de Enfermería Cuál:

Doctorado

Formación profesional:

1. ¿Ha recibido formación acerca del suicidio y su prevención durante la carrera?.

- [] No

- [] Sí

2. ¿Se ha formado por cuenta propia acerca del suicidio y su prevención?

- [] No

- [] Sí

3. ¿Ha realizado búsqueda de información actualizada acerca del suicidio y su prevención?

- [] No

- [] Sí

4. ¿ Ha participado en actividades del Servicio Canario de Salud acerca del suicidio?

- [] No

- [] Sí

5. ¿Tiene acceso a algún protocolo acerca del abordaje del suicidio?

- No

- Sí

6. ¿Cuenta su Centro de Salud con un protocolo específico acerca del abordaje del suicidio?

- No

- Sí

Conocimientos acerca del suicidio:

Marque con una “X” en la casilla que corresponda.

1. Completamente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Indeciso
4. En desacuerdo
5. Completamente en desacuerdo

Grado de acuerdo	1	2	3	4	5
Conozco los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida.					
Conozco los factores que pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida, así como los factores protectores.					
Conozco el papel de la entrevista clínica en la valoración del riesgo suicida					
Conozco las recomendaciones a seguir durante la entrevista clínica a un paciente con riesgo suicida					
Conozco cómo realizar la evaluación de la conducta suicida en atención primaria					
Conozco algún instrumento psicométrico que permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida					
Conozco cuando derivar a un paciente con ideación o intento de suicidio desde atención primaria a otro nivel asistencial					

Conozco algún programa sobre prevención de la conducta suicida podemos encontrar a nivel internacional o nacional					
Conozco qué intervenciones clínicas son eficaces en la prevención de la conducta suicida mediante la potenciación de los factores protectores y la resiliencia					
Creo que el cribado de riesgo de suicidio podría detectar la conducta suicida futura y disminuir la mortalidad por esta causa					
Creo que preguntar sobre el suicidio puede incrementar la conducta suicida en la población estudiada					
Conozco cuáles son los aspectos legales más importantes a la hora de abordar la conducta suicida en España					

Percepción de los enfermeros en relación a un mejor abordaje relacionada con la experiencia y formación en el puesto de trabajo

Marque con una “X” la casilla que crea responde mejor a su grado de acuerdo con la afirmación: desde “nada de acuerdo” “poco de acuerdo” “de acuerdo” “bastante de acuerdo” hasta “muy de acuerdo”

1. Considero que una buena formación acerca del suicidio y su prevención puede ayudar a los enfermeros en su abordaje.

Nada de acuerdo Muy de acuerdo

2. Considero que se necesita una formación específica acerca del suicidio para abordarlo de una manera eficaz.

Nada de acuerdo Muy de acuerdo

3. Considero que la búsqueda de información actualizada y la formación propia acerca del suicidio es importante para su manejo.

Nada de acuerdo Muy de acuerdo

4. Considero que haber atendido en otras ocasiones a pacientes con riesgo suicida puede ayudar a su abordaje en futuras ocasiones.

Nada de acuerdo Muy de acuerdo

5. Considero que tanto la formación como la experiencia son muy importantes a la hora de abordar a un paciente con riesgo suicida.

Nada de acuerdo Muy de acuerdo

Anexo 6: Carta de solicitud de autorización a la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud

A/A Sr. D. José Miguel Rodríguez Suárez, Gerente de Atención Primaria de Tenerife.

El abajo firmante, Cristhian Pastor Luis Guedes, con DNI 79151114H, matriculado en el curso académico 2019-2020 en cuarto curso del Grado en Enfermería, investigador principal del Proyecto “Nivel de conocimientos de los enfermeros de Atención Primaria de Tenerife acerca del abordaje del suicidio”.

Me dirijo a esa Gerencia de Atención Primaria, a fin de solicitar el permiso oportuno para llevar a cabo el trabajo de investigación en los centros de salud de Tenerife. Se realizará por medio de un cuestionario que será de carácter voluntario anónimo y confidencial, se entregarán estos cuestionarios a los supervisores de cada centro de salud para su distribución entre los enfermeros.

En cumplimiento con la normativa vigente, bajo la tutela académica de Dña. M^a Dolores Mora Benavente, Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna, solicito la colaboración del servicio canario de salud para el desarrollo de este estudio.

En San Cristóbal de La Laguna a _____ de _____ de 20__

Cristhian Pastor Luis Guedes

Anexo 7: Consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en el proyecto de “Nivel de conocimientos de los enfermeros de atención primaria acerca del abordaje del suicidio”.

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, aprobada por las Cortes Generales de España, esta intervención y la realización de las encuestas en el mismo, se realizarán de forma voluntaria y anónima. Los datos que se obtengan del estudio serán tratados con total confidencialidad y protección. La participación en el estudio es totalmente voluntaria.

Así, yo _____ con
DNI _____ presto mi conformidad de participación con este
proyecto. Se me ha informado de las bases y objetivos, garantizándose la protección de
mis datos personales.

En consecuencia, doy mi consentimiento y accedo a participar en el proyecto de
investigación respondiendo las preguntas que procedan.

En _____, a _____ de _____ de 20____