

Beatriz Gascón Molina. Lucía Orta García

**EI SUICIDIO EN LA POBLACIÓN DE TARRAGONA:
DETECCIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA Y ELABORACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA
DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por Sra. Inés Sombrero

Grado de Enfermería



Facultad de Enfermería

Tarragona

2020

Beatriz Gascón Molina
Lucía Orta García

PROLOGO

“Muchas veces es valor conservar la vida”

Lucio Anneo Séneca.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queríamos agradecer a la Sra. Inés Sombrero por su asesoramiento, soporte e implicación continua en nuestra investigación. También, agradecer al Sr. Francesc Valls por dedicar tiempo a resolver nuestras dudas sobre metodología cuantitativa a pesar de no ser nuestro tutor del trabajo. A ambos, gracias por la rapidez en las contestaciones a nuestras dudas y al tiempo dedicado para ello.

Agradecer a todas aquellas personas que han contribuido en nuestra investigación participando en la recogida de datos. Sin vuestra colaboración no podríamos haber realizado la base del trabajo.

Finalmente, gracias a nuestras familias y amigos por apoyarnos en todo momento durante el trabajo y también fuera de él, en nuestro día a día. Sin vosotros no habríamos llegado donde nos encontramos en estos momentos, en el final de esta bonita etapa.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
OBJETIVOS E HIPÓTESIS	11
Objetivos	11
Hipótesis	11
MARCO TEÓRICO	12
Qué es el suicidio y sus diferentes términos	12
Epidemiología	13
Etapas de la conducta suicida	14
Factores de riesgo	15
Factores protectores	19
Mitos	21
Estigmatización del suicidio	22
Código riesgo suicida	23
METODOLOGÍA	25
Diseño de estudio	25
Población y muestra	25
Procedimiento de la obtención de datos	26
Variables	27
Aspectos éticos	27
Análisis de datos	28
RESULTADOS	29
Descripción de la muestra	29
Descripción de las respuestas	30
Descripción de los resultados de la Escala de Ideación Suicida de Paykel	32
Relación entre las variables sexo y riesgo suicida:	33
Relación entre la variable edad y riesgo suicida:	34
.....	35
Relación entre la variable nivel de estudios y riesgo suicida:	35
.....	36
Relación entre la variable actividad laboral y riesgo suicida:	37
Relación entre la variable estado civil y riesgo suicida:	38

DISCUSIÓN	40
GUÍA CLÍNICA DE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA	42
Protocolo enfermería.....	42
Entrevista clínica.....	42
Escala de evaluación	43
Actuación.....	44
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	51
Anexo 1: Escala de ideación suicida de Paykel.....	51
Anexo 2: Cuestionario utilizado	52
Anexo 3: Algoritmo de actuación	53

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Comparativa de tasa de suicidio por cada 1000 habitantes entre comunidades españolas 2017. Fundación española para la prevención del suicidio. ...13
Ilustración 2. Etapas de la conducta suicida. IACAPAP.....14
Ilustración 3. Porcentajes de respuestas de cada pregunta. PSPP.....32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de la muestra estudiada. PSPP.....30
Tabla 2. Descripción de las respuestas estudiadas. PSPP.....31
Tabla 3. Relación de asociación sexo y riesgo suicida. PSPP.....33
Tabla 4. Relación de asociación edad y riesgo suicida. PSPP.35
Tabla 5. Relación de asociación nivel de estudios y riesgo suicida. PSPP.36
Tabla 6. Relación de asociación actividad laboral y riesgo suicida. PSPP.38
Tabla 7. Relación de asociación estado civil y riesgo suicida. PSPP.....39

RESUMEN

El suicidio es un problema de salud pública importante por todas las repercusiones que acarrea, es por eso que la forma más eficaz de tratarlo es la prevención. Existe una estigmatización y un tabú que impide que esta se realice de forma eficaz, ya que disuade a los individuos de buscar ayuda.

El objetivo del presente estudio es detectar, mediante una metodología cuantitativa, la ideación suicida en la población general de Tarragona. Se han realizado cuestionarios, en los que constan los factores de riesgo que se disponen a estudiar y la escala de ideación suicida de Paykel para conocer el riesgo de suicidio de la muestra. Posteriormente se ha realizado un análisis para así descubrir las asociaciones existentes entre los factores de riesgo y el riesgo de suicidio de la población de Tarragona, y poder elaborar una guía clínica de prevención para la Atención Primaria basada en los datos analizados.

Los resultados se obtuvieron de las 307 encuestas realizadas con una muestra de $N=314$ y un total de 7 casos perdidos. La composición de la muestra fue de 144 hombres (46,91%) y 163 mujeres (53,09%). Se observó que la variable edad y estado civil tienen una significación (p) menor de 0,05, mientras que, la variable sexo, nivel de estudios y ocupación laboral tienen una significación mayor de 0,05.

Finalmente, las conclusiones extraídas fueron que la edad y el estado civil se relacionan con el riesgo de suicidio de los habitantes de Tarragona, mientras que el sexo, el nivel de estudios y la ocupación laboral no lo hacen.

Palabras claves: suicidio, factores de riesgo, prevención, Tarragona

ABSTRACT

Suicide is an important public health problem given all the negative impact it brings about. This is the reason why prevention is the most efficient treatment.

Killing oneself is widely deemed taboo and this fact prevents it from being dealt with properly, since the stigma discourages people from seeking help.

The aim of this paper is to detect, by means of a quantitative methodology, suicidal ideation in Tarragonas's population. Surveys have been carried out, which show the risk factors under scrutiny in the main body of this study and the Paykel suicidal ideation scale in order to get to know the suicidal risk of the sample.

Subsequently, analyses have been made for casting some light upon the existing associations between the risk factors and the suicidal risk itself in Tarragona's population. And finally, another purpose in mind is to draw up a prevention primary health care guide based on the collected data.

The results were obtained from 307 surveys carried out with a sample of N= 314 and a total of 7 lost cases. The composition of the sample was 144 men (46,91%) and 163 women (53,09%). It was observed that the variable age and marital status have a significance (p) of less than 0,05, while the variable sex, educational level and job occupation have a significance greater than 0,05.

Finally, the conclusions drawn were that age and marital status are related to the suicide risk of the inhabitants of Tarragona, while sex, educational level and job occupation do not.

Keywords: suicide, risk factor's, prevention, Tarragona.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el suicidio es un problema de salud pública principal, ya que tiene repercusiones tanto a nivel social, como emocional y económica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 800.000 personas se suicidan en el mundo cada año y este número va aumentando.

A dicho problema, se le suma la presencia del estigma y del tabú que la sociedad tiene acerca del suicidio. Con el paso del tiempo, el suicidio ha sido interpretado de diferentes maneras. Actualmente es visto de una forma negativa debido a la asociación de la muerte con el fracaso.

Es por eso que, en primer lugar, el estigma provoca mucha falta de información y la creación de mitos por parte de la población en general, y, en segundo lugar, el tabú crea un entorpecimiento en la prevención debido a la falta de sensibilización provocando problemas para examinarlo abiertamente.

Ante esta situación, donde tanto la salud pública está comprometida por el suicidio, como la existencia de problemas para abordarlo por la presencia del estigma y del tabú, nos propusimos desarrollar una investigación acerca de este tema.

Dentro del suicidio, decidimos enfocarnos básicamente en su prevención, debido a que es un punto clave en la profesión de enfermería y ya que pensamos que era la parte que necesitaba más investigación por los problemas actuales existentes, comentados anteriormente.

Como futuros profesionales, se quiso saber qué factores de riesgo se asociaban con un mayor riesgo de suicidio en la población de Tarragona, de esta forma se podrían desmitificar ciertos pensamientos que tiene la población en general, y también se conseguiría conocer a la población de riesgo para su posterior aplicación en la prevención. Asimismo, se quiso elaborar una guía clínica para utilizar como técnica de prevención en Atención Primaria, y así aumentar la detección del número de personas de riesgo, y de esta forma intentar disminuir el número de casos de suicidio reduciendo así el impacto tan grande que tiene en la salud pública.

Bajo nuestro punto de vista, este tema es relevante en el ámbito del desarrollo de la enfermería puesto que nos encontramos continuamente en contacto con pacientes a través de los cuales podemos percibir señales de alarma o conductas que nos hagan sospechar que estamos ante una persona de riesgo. El suicidio se trata de una

actuación que una vez ha sido consumada no tiene marcha atrás, por lo tanto, el pilar fundamental para tratarlo es su prevención precoz con la que enfermería puede jugar un papel muy importante.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivos

El objetivo principal de nuestro trabajo es detectar la ideación suicida en la población general de Tarragona.

Asimismo, los objetivos específicos en los que se basa la investigación son:

- Conocer si existe alguna relación entre la ideación suicida y los factores socioeconómicos.
- Elaborar una propuesta de intervención para la prevención del suicidio en Atención Primaria.

Hipótesis

La edad, el sexo, el nivel de estudios, la ocupación laboral y el estado civil están relacionados con la intencionalidad suicida.

MARCO TEÓRICO

Qué es el suicidio y sus diferentes términos

El concepto de suicidio procede del término latín *suicaedere*, cuyo significado es matarse a sí mismo. Así, se puede definir como el acto llevado a cabo por una persona de manera intencionada para ocasionar su propia muerte. Sin embargo, se han encontrado múltiples vocablos englobados en el contexto del suicidio cuyo concepto puede parecer semejante. No obstante, es necesario diferenciarlos.

Cuando se habla de suicidalidad se refiere a las cogniciones y actividades de los seres humanos cuyo objetivo es finalizar con la vida, es decir, aquellos pensamientos, acciones o posibles omisiones.

La ideación suicida o idea de suicidio determina los pensamientos que la persona presenta en cuanto a la finalización de su propia vida, desde simples pensamientos a una exhaustiva planificación deliberada del acto como método, lugar, tiempo determinado...(1)

En el momento en el que se insinúa o se afirma, de forma verbal o no verbal, las intenciones suicidas se está ante una amenaza suicida. Llegado a este punto, se debe reconocer como una petición de ayuda ya que se encuentra entre la ideación y el intento suicida.(2)

Un intento suicida abarca las acciones no fatales o los preparativos con la intención de provocar el suicidio, aunque el acto no ha podido ser completado ya sea debido a un abandono, una interrupción o un fracaso. Por el contrario, el concepto parasuicidio o autolesión no suicida conlleva aquellas conductas que implican una lesión así mismo, la cual no es habitual y que podría significativamente amenazar la vida de una persona a pesar de que no hay intención de acabar con la misma. A pesar de distinguirse por la intencionalidad, el estado emocional en el intento suicido suele caracterizarse por un sentimiento de desesperanza o soledad de larga duración, en cambio, en la autolesión no suicida suele predominar un estado de ira, desesperación o malestar más a corto plazo. (1)

Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es el “acto deliberado de quitarse la vida”. Se considera un gran problema de salud debido a que, según los datos de 2019 de la OMS, alrededor de 800 000 personas se suicidan cada año en el mundo, es decir, una muerte por suicidio cada 40 segundos y esta cifra cada año va en aumento. Asimismo, cabe destacar que el 79% de todos los suicidios son producidos en países de bajos y medianos ingresos, y que para el grupo de edad comprendido entre 15 y 19 años es la tercera causa de muerte.(3,4)

Disminuyendo la muestra de población y analizando el país en el que vivimos, según los datos recogidos de la Generalitat de Catalunya, en España se suicidaron 3.539 personas en el año 2018.(5) Es esta la primera causa de muerte no natural en dicho país, y la principal causa de muerte en la juventud española.

La comunidad de Cataluña es una de las comunidades con menos suicidios de España, pues este último se encuentra en una media de 7,91 suicidios por cada 100.000 habitantes, y Cataluña tiene una media de 6,62 según los datos de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (Ilustración 1). Aun así, es un valor muy elevado. Las comunidades españolas con mayor número de suicidios por cada 100.000 habitantes son Asturias y Galicia, y con menor número Cantabria, Melilla y Ceuta. (6)

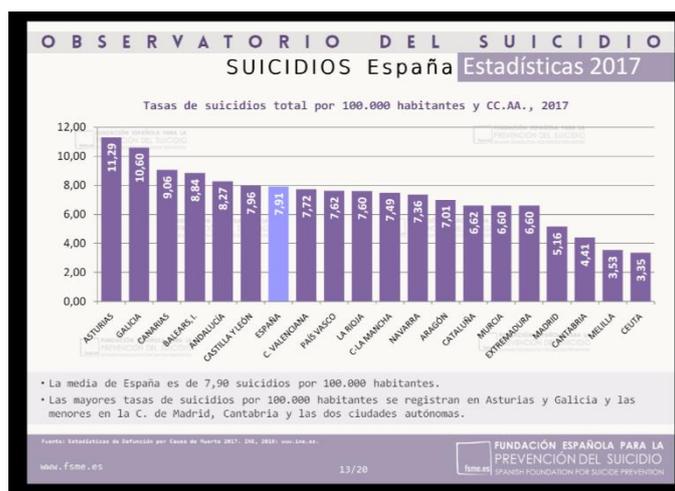


Ilustración 1. Comparativa de tasa de suicidio por cada 1000 habitantes entre comunidades españolas 2017. Fundación española para la prevención del suicidio.

Dentro de la comunidad catalana, en la provincia de Tarragona se produjeron 57 suicidios en 2018, según los datos publicados por la Generalitat de Catalunya, haciendo de esta la tercera provincia catalana con mayor número de suicidios.(5)

Etapas de la conducta suicida

Las etapas de la suicidalidad pueden desarrollarse de manera gradual y progresiva, donde en un inicio se pueden encontrar cogniciones sobre la muerte que evolucionan a pensamientos y una planificación más profunda y específica, provocando que la persona esté más convencida de actuar para conseguir su fin deseado (Ilustración 2).

El proceso suele comenzar con pensamientos acerca de la muerte o deseos pasivos de no continuar con la vida. Esta fase de consideración puede progresar a lo que se ha descrito anteriormente como ideación suicida o pensamientos suicidas. En este momento la persona se encuentra bajo una etapa de ambivalencia entre el deseo de vida y el de muerte por lo que el riesgo de suicidio es moderado. Si durante esta ambivalencia, los deseos de morir prevalecen sobre los de aferrarse a la vida es cuando se inician los planes o preparaciones del suicidio, modificándose a un riesgo de suicidio alto.

La última etapa es la decisión que abarca el periodo de tiempo entre la preparación o planes y el acto suicida. En muchas ocasiones, en el acto predomina un fuerte componente de impulsividad, aunque generalmente suele ser planeado con anterioridad. (1)

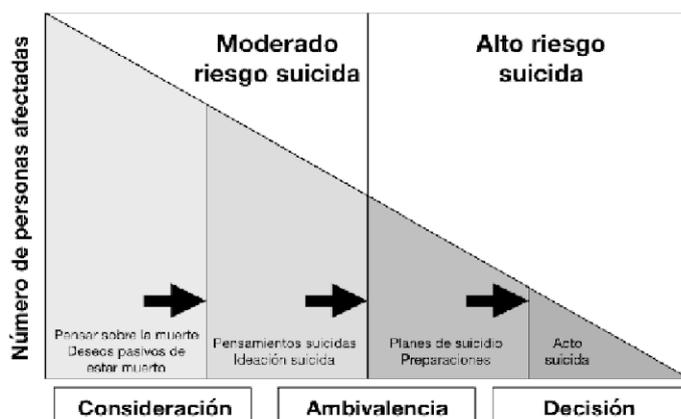


Ilustración 2. Etapas de la conducta suicida. IACAPAP.

Factores de riesgo

Múltiples estudios demuestran que la conducta suicida es un problema multifactorial, es decir, no depende de un factor único. El riesgo aumenta en proporción al número de factores presentes. Aun así, no todos poseen la misma importancia.

Los factores se han clasificado en individual (tanto psicológicos como biológicos y conductuales), sociofamiliares, y ambientales.

- Factores de riesgo individual:
 - Psicológicos:
 - La presencia de trastornos mentales se asocia a un mayor riesgo, especialmente la esquizofrenia y la depresión mayor son los más predominantes. Según la Universidad de Medicina de Minnesota, la depresión está involucrada en un 50% de los intentos de suicidio y aumenta el porcentaje al hablar de suicidios consumados. Asimismo, el riesgo puede incrementar si la depresión se asocia con un grado significativo de ansiedad.(7)

No menos importante, cabe destacar la presencia de otros trastornos como los del ánimo, ansiedad y comportamiento.

Además el riesgo incrementa en las fases iniciales de la enfermedad y los primeros seis meses tras un alta en una unidad psiquiátrica.(8)
 - En muchas de las conductas suicidas, la desesperanza es un sentimiento muy prevalente ya que se considera una de las características cognitivas principales. Bajo este estado de ánimo se observa una fuerte correlación entre ideas y deseos suicidas. Asimismo, se considera un factor predictor de la repetición de actos autolíticos.(9)
 - La rigidez conductual está presente en un mayor riesgo de suicidio, pues se trata de la incapacidad de búsqueda de soluciones y resolución de problemas. Es por ello que, este tipo

de personas consideran que el suicidio es su única solución posible.(2)

○ Biológicos:

- La edad en la que existe más riesgo de conducta suicida es entre los jóvenes (entre 15 y 34 años) y las personas de edad avanzada (mayores de 65).

El número de suicidios consumados aumentan con la edad, sin embargo, existe una tasa elevada en el grupo de los más jóvenes. Actualmente, el grupo de varones de entre 15 – 19 años es el que se encuentra en el punto más alto en el riesgo de suicidio. (3,4)

- El sexo masculino es el que realiza más suicidios consumados y el femenino el que más intentos de suicidio y presencia de ideación suicida.

Según el Instituto de Estadística, en Catalunya en 2018 se consumaron 381 suicidios de hombres y 141 de mujeres, casi tres veces superior el riesgo de los hombres.(5) Aun así, las mujeres poseen la tasa de intento de suicidio 3 veces mayor que los hombres. Este hecho se debe a que los varones suelen utilizar métodos más violentos y esto provoca que cumplan con el objetivo con más efectividad.(9)

- Se aprecia una notable diferencia en relación al origen étnico, pues las tasas son superiores en personas de raza blanca. Por otro lado, la emigración es otro factor de riesgo por todo el destierro psicológico que conlleva.(8)
- El padecimiento de una enfermedad crónica o presentar una discapacidad es un factor muy predominante y que aumenta directamente con la edad. Esto es debido a que muchas de estas enfermedades conllevan a una limitación de movilidad, dolor crónico incapacitante, desfiguración corporal, pérdida del estatus laboral actual o interrupción en las relaciones

sociales entre otros. Además, se sumaría la discapacidad y un mal pronóstico de la misma. Algunos ejemplos de estas enfermedades o discapacidades son: enfermedades crónicas renales y hepáticas, VIH, cáncer, trastornos neurológicos, esclerosis múltiple, discapacidades motoras, visuales y auditivas...(8)

○ Conductuales:

- La presencia de abuso de sustancias tóxicas como el alcohol, que es la droga más consumida por la población en general, o el consumo de otras drogas aumentan considerablemente el riesgo de suicidio.

El abuso del alcohol lo aumenta por diversos motivos. Uno de ellos es porque se asocia frecuentemente con un cuadro depresivo. Otra de las razones es que el consumo de esta droga disminuye la capacidad de autocontrol durante la intoxicación. Aun así, la mayoría de las personas se suicidan en estados de sobriedad puesto que durante el periodo de abstinencia se originan sentimientos de remordimiento.(7)

- Intentos de suicidios anteriores se considera uno de los predictores más importantes para un nuevo intento futuro. Según el Ministerio de Salud, existe una proporción cien veces mayor de riesgo, en los últimos 12 meses, que en la población general. El riesgo va aumentando en función del número de intentos previos y la gravedad de los mismos.(9,10)

○ Otros:

- Las personas homosexuales o bisexuales presentan mayor riesgo de presentar conductas suicidas sobre todo si no tienen un buen apoyo o aceptación familiar, o cuando el conocimiento de su orientación sexual es más bien reciente y aún no se ha comunicado a su entorno social.(1)

- Sociales:

- En relación con el estado civil, se observa que el riesgo va aumentando progresivamente siguiendo la línea de si la persona está soltera, divorciada y, con la mayor tasa, viuda. Demostrando que las tasas inferiores se encuentran en las personas casadas y/o con una familia.(9)
- El tener una ocupación laboral disminuye la tasa de conductas suicidas, haciendo que el desempleo se considere un factor de riesgo, que es más agravado si la pérdida ha sido reciente o por jubilación.(8,10)

En relación con el nivel socioeconómico, la tasa es superior en los dos extremos, tanto nivel alto como bajo, pero si bien es cierto que es ligeramente predominante en el nivel socioeconómico bajo.(11)

- La falta o pérdida de apoyo social convierte a esta población más sensible a cometer conductas suicidas. Además, se suele correlacionar con el aislamiento social provocando en la persona sentimientos de soledad.(9)
- La difícil accesibilidad a servicios sanitarios y/o sociales (sobre todo especializados en salud mental), conlleva un peor seguimiento y/o detección de grupos vulnerables.(10)
- Según el lugar de residencia, las tasas de riesgo son superiores en áreas urbanas en comparación a las rurales. Sin embargo la letalidad de los mismos aumenta en las zonas rurales pues la capacidad de reacción y el alcance de los servicios sanitarios se vería más enlentecida en comparación con las zonas urbanas.(9)

- Ambientales:

- La existencia de antecedentes familiares previos de suicidio presenta un aumento considerable ante la posibilidad de realizar conductas suicidas. Sin embargo existe una gran controversia puesto que no se ha llegado a afirmar si la relación existente se debe a un factor genético o

está más relacionado con el ambiente familiar y social en el que el individuo se desarrolla.(8)

- El hecho de vivir situaciones estresantes en los últimos tres meses conlleva a un aumento de riesgo en estas personas. Dependiendo de la edad y del sexo existen diferentes factores estresantes. Entre ellos encontramos la pérdida de seres queridos, problemas financieros, problemas laborales, problemas familiares, conflictos legales, fracasos académicos en el caso de los más jóvenes, la soledad de la jubilación en el caso de los más mayores, etc.(12)
- La disponibilidad de medios para cometer el suicidio aumenta el riesgo dada la facilidad que se le otorga a la persona para llevar a cabo el acto.(8)
- Haber sufrido algún tipo de abuso o maltrato, o alguna adversidad, especialmente durante la infancia, incrementa exponencialmente el riesgo de ideación o conducta suicida. Una de las razones es que la probabilidad de presentar síntomas depresivos, abuso de sustancias y pensamientos suicidas aumentan en la adolescencia. Como ya hemos explicado anteriormente todos estos ítems se consideran factores de riesgo.(9)

Factores protectores

Los factores protectores son aquellos que preservan a la persona que tiene pensamientos suicidas pudiendo prevenir que realice el acto. Estos se dividen en los factores individuales y los sociofamiliares y ambientales.

- Factores individuales:
 - En situaciones de desesperanza, la capacidad de resolución de problemas es crucial ya que la persona puede encontrar otras alternativas que ensombrecen al suicidio.(12)
 - Tener confianza en uno mismo es un aspecto fundamental cuando las personas se encuentran bajo ese estado de ambivalencia emocional puesto que prevalecerá el amor a la vida antes que la finalización de la misma.(8)

- Las habilidades sociales y de comunicación facilitan tanto a los familiares o amigos como al personal sanitario a entablar una correcta relación en la que se promueva la expresión de sentimientos y la solicitud de ayuda siempre que sea necesaria.(8,10)
- Un adecuado autocontrol y capacidad de afrontamiento se relaciona con una correcta resiliencia, lo que evitaría la realización del intento suicida.(12)
- Factores sociofamiliares y ambientales:
 - La integración social es un efecto protector que se ve aumentado cuando se pertenece a un colectivo comunitario como por ejemplo un equipo deportivo, un club social, etc. Además, formar parte de un grupo de amigos uno de los factores más efectivos en la prevención del acto suicida.(8)
 - Disponer de un buen apoyo familiar facilita que las personas no lleguen a cometer el acto suicida. Buen apoyo familiar significa una buena estructuración familiar y/o que esté caracterizada por una cohesión alta. Asimismo, en el caso de las mujeres, este factor se incrementa cuando son madres y tienen hijos a su cargo.(8,10)
 - Tener creencias y prácticas religiosas reduce la probabilidad de cometer un suicidio. Esto es debido a que en dichas comunidades no se consideran conductas aceptables.(12)
 - La restricción de medios letales provoca la dificultad del sujeto para poder obtener los medios que necesita para realizar su plan suicida, como por ejemplo el uso de fármacos, de armas blancas o de fuego. (12)
 - La disponibilidad de los medios de salud facilita la utilización de recursos con los que se obtiene mecanismos de ayuda para la prevención del suicidio. (8)

Mitos

No menos importante, es la aclaración de los mitos que existen acerca del suicidio y que las personas no se cuestionan ya que no es de extrañar escuchar frases como “el suicidio es una forma de llamar la atención” o “todo aquel que se suicida es un enfermo mental”...

Si se quiere ser crítico se debe ver el suicidio como una petición de ayuda más que una llamada de atención puesto que no es agradable para un paciente tener que someterse a un lavado de estómago o ser atendido en urgencias por un tema como este.

“Es una forma de llamar la atención”: los suicidios, en muchas ocasiones, son una forma de pedir ayuda desesperadamente. Debemos verlo como una petición de auxilio y no como una llamada de atención, pues ignorar las manifestaciones puede que ayude a la persona a acabar de tomar la decisión de quitarse la vida.(13)

“El que realmente se quiere suicidar no lo dice”: La mayoría de las personas que han llegado al acto suicida, previamente han verbalizado sus propósitos o los han manifestado a través de sus conductas. Este mito provoca que las personas infravaloren las peticiones de ayuda que hacen las personas que se encuentran en dicha situación. Es por eso que estas manifestaciones no deben ser ridiculizadas ni infravaloradas.(13,14)

“La persona que se suicida es un enfermo mental”: suicidio y enfermedad mental no son sinónimos. El suicidio está caracterizado por una gran infelicidad profunda, que puede no estar relacionada con un trastorno mental. Sí bien, es cierto que existe una gran asociación entre ambos conceptos y hay mayor probabilidad de suicidio en personas que sufren un trastorno mental, pero no todo enfermo mental se suicida, ni todo aquel que se suicida tiene un trastorno mental.(14,15)

“Hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo le puede incitar a que lo realice”: hablar sobre el suicidio reduce la posibilidad de cometerlo ya que la mayoría de las personas que lo contemplan no saben con quién expresar sus pensamientos. Es por ello que hablar sobre este tema en personas de riesgo puede crear un periodo de reflexión sobre su propósito consiguiendo su prevención.(15)

“El suicidio es hereditario”: no existe demostración científica que asocie el suicidio con enfermedad hereditaria. Aun así, muchos investigadores afirman que existe más riesgo de suicidio cuando ha habido casos de antecedentes familiares. Este hecho es debido a que existe una predisposición que ayuda a que una familia desarrolle un trastorno mental cuyas conductas sean de tipo suicida o a la imitación de conductas autodestructivas tras una vivencia traumática.(13)

“El suicidio, al ser un acto impulsivo, no se puede prevenir”: la mayoría de los suicidios son precedidos por signos de alerta, ya sean de forma verbal o conductual, por lo tanto con una actuación precoz pueden llegar a ser evitables. A pesar de ello, existe una minoría de casos en los que no se perciben este tipo de indicadores y por lo tanto son más difíciles de interceptar. (13,15)

“El que se suicida desea morir”: cuando una persona se encuentra inmerso en pensamientos suicidas, está atravesando un determinado tiempo de ambivalencia emocional en el que se interponen deseos entre la vida y la muerte. Puede darse el caso en el que si la situación que está viviendo se modifica, tal vez los sentimientos acerca de la muerte también cambien. Es por ello, que existen testimonios en los que las personas una vez superado este proceso hablen de una etapa de desesperación donde predominaba una visión negativa de la vida y que actualmente no lo conciben de esta manera. (14,15)

“El que se suicida es un cobarde/valiente”: equiparar el suicidio con la cobardía es atribuirle cualidades negativas a un hecho de sufrimiento emocional de una persona. Asimismo, asociarlo con la valentía le otorgaría connotaciones positivas produciendo una posible susceptibilidad de querer imitarlo entorpeciendo su prevención. (14)

Estigmatización del suicidio

La sociedad actual no se siente cómoda al hablar de la muerte, pretende esconderla, y por lo tanto, si se trata del suicidio, este hecho aumenta. El principal instinto de los humanos es sobrevivir, y el suicidio es la oposición a ello. Es por dicho motivo por lo que se estigmatiza.(16)

Además, otros factores como las creencias religiosas o espirituales han ayudado a la existencia del estigma debido a sus posturas morales al respecto.(17)

El suicidio ha tenido distintas atribuciones a lo largo de la historia. Según la época y las circunstancias de la sociedad el suicidio ha sido considerado como un crimen, un pecado y una enfermedad mental. Actualmente, el suicidio es visto como una expresión de la enfermedad mental. A diferencia de otras épocas, esta consideración no juzga a la persona como un ser malvado por el acto cometido, pero sí que es juzgada como “loco”.(18) Asimismo, la muerte es asociada con el fracaso, considerando a estas personas como señales de flaqueza o cobardía.(19)

Todas estas connotaciones negativas, dan lugar a la creación de mitos y a la estigmatización, provocando una barrera a la hora de buscar ayuda a la persona que se encuentra en situación de riesgo.(17)

Finalmente, está demostrado que en comunidades donde la tasa de suicidio es menor, existe una estigmatización más leve que en comunidades donde la tasa de suicidio es mayor. Esto nos reafirma la idea de que el estigma produce un impedimento en cuanto a la hora de buscar ayuda, provocando un mayor número de suicidios.(20)

Código riesgo suicida

El Código Riesgo de Suicidio (CRS) (21) fue implantado por el Departament de Salut y el CatSalut como una prueba piloto, aunque finalmente se evaluó y en el año 2015 empezó a ser utilizado de manera progresiva. La finalidad consiste en disponer de un conjunto protocolizado de actuaciones, tanto asistenciales como preventivas, dirigidas a las personas que presenten un riesgo importante de suicidio de manera inminente o a corto plazo. Se puede activar en el momento en que una persona contacta y/o acude al sistema sanitario integral de uso público (SISCAT), eso sí, es muy importante pedir el consentimiento informado verbal al paciente explicándole las ventajas y consecuencias de la no inclusión.

En estos casos es imprescindible asegurar una adecuada continuidad asistencial una vez el paciente haya sido dado de alta del hospital para prevenir una recaída y realizar un correcto seguimiento por parte de los centros de salud mental y la atención primaria. Es por ello que, es fundamental la coordinación asistencial entre todos los dispositivos implicados. Además, en función de la gravedad de cada caso considera la

activación de los recursos más adecuados garantizando la atención urgente en la fase aguda como el seguimiento a realizar.

Los **objetivos** de salud del CRS son:

- Disminuir la mortalidad ocasionada por el suicidio.
- Aumentar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida.
- Prevenir la repetición de tentativas suicidas.

Las **fases** del CRS son:

Fase 1: es la activación del CRS a través de la detección o sospecha de riesgo alto de suicidio. En esta fase se realiza la atención urgente en la que se prioriza la atención de los problemas somáticos que puedan existir.

Fase 2: es el seguimiento proactivo del caso una vez el paciente ha sido dado de alta de la unidad y comprende como mínimo los 30 días posteriores. Este seguimiento puede realizarse de manera presencial y ambulatoria en servicios de salud mental o mediante un seguimiento telefónico por parte del 061 CatSalut Respon o por los Equipos Multidisciplinarios de Soporte Especializado (EMSE).

Fase 3: es el seguimiento preventivo y longitudinal durante los doce meses posteriores. En esta fase la Atención Primaria es el servicio más indicado para llevarla a cabo y para detectar un posible agravamiento del nivel del riesgo ya que el contacto asistencial es muy frecuente con la población y es el mejor conocedor de las necesidades de sus individuos. (21)

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El estudio realizado seguirá una metodología cuantitativa de tipo descriptivo, cuyo objetivo es identificar posibles relaciones de asociación bivariantes. Las variables que se contemplan en nuestro modelo analítico son unos de los factores de riesgo más predisponentes, según los estudios y guías consultados, sobre el suicidio, por lo que se ha evaluado si aparecen vinculados con la ideación/intención del suicidio. Asimismo, se trata de un estudio transversal puesto que la recogida de datos se da en un momento determinado de tiempo y no continua con ningún seguimiento de la muestra.

El instrumento que se ha utilizado para desarrollar la investigación es un cuestionario, el de ideación suicida de Paykel. Este está utilizado en otros estudios previos(22,23), pero no se ha podido encontrar ningún documento que no confirme su validación.

Población y muestra

La investigación se ha realizado a la población de Tarragona ciudad. En dicha localidad habitan 132299 personas, de las cuales 107017 son mayores de edad. Al pasar el cuestionario por la calle hemos llegado a obtener un total de 314 cuestionarios respondidos, siendo esta la muestra utilizada para desarrollar el análisis de la investigación. El tamaño de la muestra expone un margen de error de 5,5% con un nivel de confianza del 95%. Sin embargo, la técnica de muestreo no ha sido aleatoria sino de tipo accidental, lo que sin duda podría estar disminuyendo la validez externa, es decir, la capacidad de los datos de ser representativos de la población diana. Es por ello que, priorizando la prudencia, en el análisis de los resultados nos referimos únicamente a las personas participantes. Finalmente, entendemos que esta limitación no debe impedir el poder proseguir con el análisis de los datos.

Los criterios de inclusión utilizados en los sujetos de estudio son:

- Estar empadronado en la ciudad de Tarragona.
- Completar de forma correcta el cuestionario facilitado.

En cuanto a los criterios de exclusión utilizados en los sujetos de estudio son:

- Tener menos de 18 años (ser menor de edad).
- Completar de forma incorrecta el cuestionario facilitado.

Procedimiento de la obtención de datos

En primer lugar, se dispuso a buscar un cuestionario que tenía que adaptarse a nuestro estudio. Se eligió el de ideación suicida de Paykel por diversos motivos. El primero de ellos es que es un cuestionario corto y rápido. Como el formato que seguimos para obtener los resultados fue por la calle, necesitábamos un cuestionario corto que se conteste de forma rápida. Finalmente, en segundo lugar es que es muy fácil de interpretar los resultados.

Una vez escogido el cuestionario, se elaboró una encuesta (Anexo 2) formada por tres partes. La primera de ellas consistía en una pequeña presentación del trabajo y la encuesta a realizar. La segunda parte constaba de un cribaje en la que se encontraban los factores de riesgo que se querían investigar. Finalmente, en la tercera parte se encontraba el cuestionario de ideación suicida de Paykel.

Más tarde, se dispuso a la obtención de los datos. El cuestionario se pasó por la calle, no de forma probabilística aleatoria, sino de tipo accidental, a la población de la ciudad de Tarragona. Es decir, se fue pasando los cuestionarios a las personas que paseaban por la calle por diferentes zonas de Tarragona (Avenida Catalunya, Rambla Nova, Imperial Tarraco, Hospital Joan XVIII...).

Una vez obtenidos los datos se procedió al análisis de los datos para obtener los resultados y las conclusiones del trabajo.

Tras la obtención de datos, se elaboró una guía clínica de la prevención del suicidio enfocada a los profesionales de enfermería de Atención Primaria. Esta guía se ha realizado mediante los datos obtenidos de la investigación y de bibliografía consultada.

Variables

En el estudio se han utilizado diversas variables. En un primer lugar se encuentran los posibles factores de riesgo, es decir, las variables socioeconómicas que se corresponden con las variables independientes. Estas fueron la edad, el sexo, el nivel de estudios, la ocupación laboral y el estado civil.

En segundo lugar se encuentra el cuestionario validado. Esta escala incluye 5 preguntas relacionadas con el riesgo de suicidio. Cada pregunta se responde de forma afirmativa/negativa, es decir mediante sí/no. La puntuación del cuestionario tiene relación con el número de “sí” contestados, por lo tanto la puntuación total puede oscilar entre 0 y 5 puntos. Finalmente, la interpretación de los resultados de la escala es:

- 0: no existe ningún tipo de ideación suicida
- 1 – 2: existe pensamientos de muerte
- 3 – 4: existe ideación suicida
- 5: intentos de suicidio previos

Los resultados de la escala están englobados en la variable denominada Resultado que consta de 4 categorías (mencionadas anteriormente). Para poder realizar las relaciones bivariantes de manera más sencilla, se transforma la variable para recodificarla en una nueva variable denominada Riesgo suicida compuesta por dos categorías: no riesgo suicida y riesgo suicida. La primera corresponde al resultado 0, mientras que la segunda atañe a los resultados del 1 al 5, es decir, desde pensamientos de muerte hasta un intento de suicidio previo. Por lo que las relaciones bivariantes cualitativas se llevarán a cabo mediante las variables independientes (factores de riesgo) y la variable transformada.

Aspectos éticos

Previamente a que la persona se disponía a contestar el cuestionario, se informaba del anonimato y de la confidencialidad de los datos obtenidos. Asimismo, se encontraba escrito en la primera parte, anteriormente mencionada, de la encuesta.

Para que la persona que contestaba se sintiese más seguro y con mayor confianza respecto al anonimato, se le entregaba un sobre junto con el papel de la escala para que al terminar de rellenarla pudiese cerrarla en el sobre y dejarlo junto con los demás.

Estos aspectos éticos los encontramos expuestos en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 del 13 de diciembre.

Análisis de datos

Para la elaboración del análisis de los datos se ha utilizado el programa PSPP para Windows. Dicho programa se trata de un paquete estadístico de uso libre utilizado de forma común en investigaciones sociales y de salud.

El objetivo del análisis era determinar la presencia de asociación entre las variables socioeconómicas (independientes) y la variable de riesgo suicida (dependiente)¹. Para ello, al tratarse de variables cualitativas, se ha utilizado la prueba de “Chi Cuadrado” (X^2) De esta forma se ha visto la posible relación de cada una de las variables de los factores de riesgo con el riesgo de suicidio, aceptando la hipótesis nula (sí que existe asociación) si el valor de la significación es $p \geq 0,05$.

¹ La consideración de variables dependientes e independientes se mueve en un plano teórico. Las metodologías descriptivas no permiten contrastar relaciones de causalidad entre las variables de una investigación. Por ello, en nuestro trabajo focalizamos el análisis a describir las relaciones de asociación detectadas

RESULTADOS

Descripción de la muestra

El análisis de esta investigación está basado en la representación de la población mayor de edad de Tarragona, representada con una muestra N= 314, lo que equivale al número de encuestas realizadas. El universo de estudio es de 107.017 personas, por lo que con un nivel de confianza del 95% y una muestra de 314 el margen de error obtenido es del 5,52%.

El número de casos perdidos corresponde a 7 debido a la apreciación de falta de información o incoherencia en dichas encuestas. Esto se debe a apartados en blancos o nulos (por marcar más de dos opciones) tanto en el cribaje de los factores de riesgo como en la respuesta de la escala. Por ejemplo, huecos sin responder en el apartado sexo, edad, en las preguntas de la encuesta..., lo que resulta imposible clasificarlas para su posterior análisis.

La muestra obtenida está formada por un total de 144 hombres representados con un porcentaje del 46,91% y 163 mujeres con un porcentaje del 53,09%. La edad de dichas personas está dividida en tres subgrupos, que hemos explicado anteriormente, en los que 115 son jóvenes con un porcentaje del 37,46% sobre el resto de la muestra, 118 adultos con un 38,44% y 74 ancianos con un 24,10%.

En cuanto al nivel de estudios 1 persona no presentaba ninguna titulación con un 0,33%, 77 disponen de enseñanza básica obligatoria con un 25,08%, 68 poseen estudios intermedios con un 22,15% y 161 detentan estudios superiores con un 52,44%. Relativo a la actividad laboral 71 son estudiantes con un 23,13%, 2 se encuentran en el paro con un 3,26%, 136 tienen actividad laboral con un 44,30% y 90 son jubilados con un 29,32%. Por último, basándose en el estado civil, 135 son solteras con un 43,97%, 147 están casadas o con pareja estable con un 47,88% y 25 son viudas con un 8,14%. (Ver tabla I)

Sexo					
<i>Etiqueta de Valor</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Hombre	1	144	46.91	46.91	46.91
Mujer	2	163	53.09	53.09	100.00
<i>Total</i>		307	100.0	100.0	

Edad					
<i>Etiqueta de Valor</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Joven	1	115	37.46	37.46	37.46
Adulto	2	118	38.44	38.44	75.90
Anciano	3	74	24.10	24.10	100.00
<i>Total</i>		307	100.0	100.0	

Nivel de estudios					
<i>Etiqueta de Valor</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Ninguna titulación	1	1	.33	.33	.33
Enseñanza básica obligatoria	2	77	25.08	25.08	25.41
Estudios intermedios	3	68	22.15	22.15	47.56
Estudios superiores	4	161	52.44	52.44	100.00
<i>Total</i>		307	100.0	100.0	

Actividad laboral					
<i>Etiqueta de Valor</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Estudiante	1	71	23.13	23.13	23.13
Parado	2	10	3.26	3.26	26.38
En activo	3	136	44.30	44.30	70.68
Jubilado	4	90	29.32	29.32	100.00
<i>Total</i>		307	100.0	100.0	

Estado civil					
<i>Etiqueta de Valor</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Soltero	1	135	43.97	43.97	43.97
Casado/pareja estable	2	147	47.88	47.88	91.86
Viudo	3	25	8.14	8.14	100.00
<i>Total</i>		307	100.0	100.0	

Tabla 1. Descripción de la muestra estudiada. PSPP.

Descripción de las respuestas

Para poder proceder al análisis primero se observa el porcentaje y la frecuencia de las respuestas de las distintas preguntas de la Escala de Ideación Suicida de Paykel. Las respuestas son si/no, el valor 1 corresponde a un sí y el valor 0 equivale a un no. El porcentaje va variando en función de la pregunta realizada, viéndose una clara disminución del valor 1 (sí) conforme avanzan las preguntas. (Ver tabla II)

Pregunta nº1: “¿Alguna vez ha sentido que la vida no merece la pena?”. Observamos que del total de la muestra, 185 personas respondieron no, es decir, el 60,26% de los participantes. Mientras que 122 contestaron sí, el 39,74%.

Pregunta nº2: “¿Alguna vez ha deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse...”. Analizamos que, por un lado 225 personas respondieron no con un porcentaje del 73,29% y por otro lado, 82 respondieron no con un porcentaje del 26,71%.

Pregunta nº3: “¿Alguna vez ha pensado en quitarse la vida, aunque realmente no lo fuese a hacer?”. Contemplamos que 247 personas manifestaron que no representando al 80,46%, al mismo tiempo 60 personas aclararon que si equivaliendo al 19,54%.

Pregunta nº4: “¿Alguna vez ha llegado al punto en el que considerase realmente quitarse la vida o hizo planes sobre cómo lo haría?”. Examinamos que, 289 personas marcaron que no, lo que es lo mismo, el 94,14% de los participantes, y 18 marcaron que si representando al 5,86%.

Pregunta nº5: “¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?” Se puede percibir un claro descenso de respuestas afirmativas con un total de 6 personas, es decir, el 1,95% de los participantes han pasado por un intento de suicidio previo, si bien el 98,05% de personas respondieron “no”, 301 respuestas negativas.

Respuesta pregunta 1					
Etiqueta de Valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No	0	185	60.26	60.26	60.26
Si	1	122	39.74	39.74	100.00
<i>Total</i>		307	100.0	100.0	
Respuesta pregunta 2					
Etiqueta de Valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No	0	225	73.29	73.29	73.29
Si	1	82	26.71	26.71	100.00
<i>Total</i>		307	100.0	100.0	
Respuesta pregunta 3					
Etiqueta de Valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No	0	247	80.46	80.46	80.46
Si	1	60	19.54	19.54	100.00
<i>Total</i>		307	100.0	100.0	
Respuesta pregunta 4					
Etiqueta de Valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No	0	289	94.14	94.14	94.14
Si	1	18	5.86	5.86	100.00
<i>Total</i>		307	100.0	100.0	
Respuesta pregunta 5					
Etiqueta de Valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No	0	301	98.05	98.05	98.05
Si	1	6	1.95	1.95	100.00
<i>Total</i>		307	100.0	100.0	

Tabla 2. Descripción de las respuestas estudiadas. PSPP.

Para poder apreciar la evolución de las diferentes respuestas o porcentajes entre las preguntas realizadas con la Escala de Paykel de Ideación Suicida (Ver Ilustración 3).

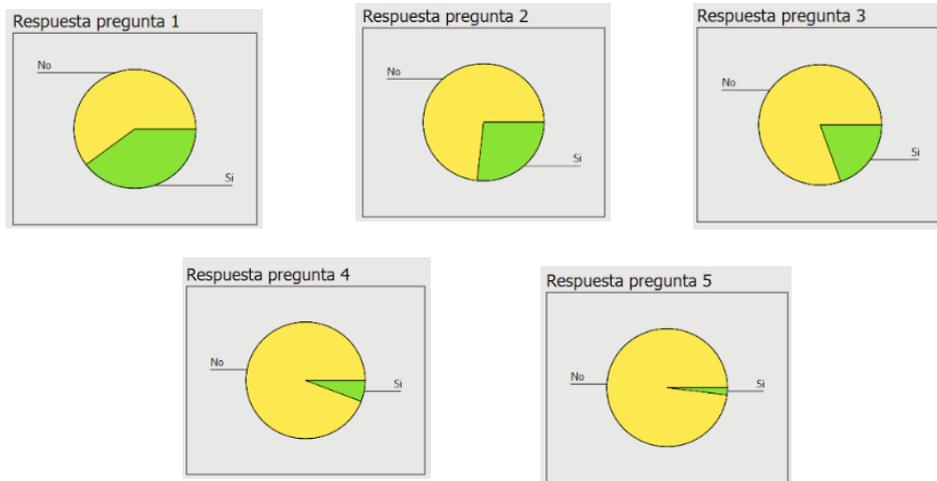


Ilustración 3. Porcentajes de respuestas de cada pregunta. PSPP.

Descripción de los resultados de la Escala de Ideación Suicida de Paykel

Por último, se procede a analizar los datos obtenidos de la Escala de Ideación Suicida de Paykel que se encuentran reflejados en la variable denominada “Riesgo suicida”. Para ello, se realiza la prueba estadística de Chi-cuadrado entre cada una de las variables cualitativas que componen los factores de riesgo estudiados (sexo, edad, nivel de estudios, actividad laboral y estado civil) y la variable cualitativa (Riesgo suicida) obtenida a través de los resultados del test, con la finalidad de comprobar si existen diferencias o relaciones entre el factor de riesgo y el riesgo obtenido.

Al aplicar la prueba de estadística descriptiva de Chi-cuadrado entre dos variables cualitativas se expone en tablas cruzadas (denominadas también tablas de contingencia) en las que aparte de obtener la significación, aporta información más detallada sobre las distintas respuestas contestadas por los participantes dentro de una variable, es decir, diferencia entre los subgrupos de las variables. Por ejemplo las diferencias dentro de la variable sexo entre hombres y mujeres.

Relación entre las variables sexo y riesgo suicida:

El primer análisis realizado es entre la variable cualitativa categórica “sexo” (variable independiente) y la variable cualitativa categórica “riesgo suicida” (variable dependiente). Con una muestra de N=307 participantes, 144 corresponde al grupo formado por los hombres, entre los que 91 no presentan riesgo suicida (63,19%) y 53 sí que lo presentan (36,81%). En cambio, el grupo de las mujeres consta de 163 integrantes, de las cuales 94 no presentan riesgo suicida (57,67%) y 69 sí que lo presentan (42,33%).

Son en total 185 participantes, tanto hombres como mujeres, que no muestran tener riesgo suicida. Entre ellos, un 49,19% pertenecen al sexo masculino mientras que, un 50,81% pertenecen al sexo femenino. Por otro lado, existe un total de 122 personas que sí que muestran riesgo suicida, de los cuales un 43,44% son hombres, y un 56,56% son mujeres. Es decir, extrapolando los datos anteriores a la muestra total (N=307), un 60,26% no presenta riesgo suicida, mientras que un 39,74% sí lo presenta.

Finalmente, se encuentra una significación de $p = 0,323$, es decir al ser $p > 0,05$ se acepta la hipótesis nula H_0 de independencia de las variables, con lo que podemos afirmar que ambas variables no se relacionan o no existe diferencia entre ellas. (Ver Tabla 3)

Resumen.						
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Sexo * Riesgo suicida	307	100.0%	0	0.0%	307	100.0%

Sexo * Riesgo suicida [recuento, fila %, columna %, total %].			
Sexo	Riesgo suicida		Total
	No riesgo suicida	Riesgo suicida	
Hombre	91.00	53.00	144.00
	63.19%	36.81%	100.00%
	49.19%	43.44%	46.91%
	29.64%	17.26%	46.91%
Mujer	94.00	69.00	163.00
	57.67%	42.33%	100.00%
	50.81%	56.56%	53.09%
	30.62%	22.48%	53.09%
Total	185.00	122.00	307.00
	60.26%	39.74%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	60.26%	39.74%	100.00%

Pruebas Chi-cuadrado.					
Estadístico	Valor	df	Sig. Asint. (2-colas)	Sig. Exact. (2-tailed)	Sig. Exact. (1-tailed)
Chi-cuadrado de Pearson	.97	1	.323		
Razón de Semejanza	.98	1	.323		
Prueba exacta de Fisher				.351	.192
Corrección de continuidad	.76	1	.384		
Asociación Lineal-by-Linear	.97	1	.324		
N de casos válidos	307				

Tabla 3. Relación de asociación sexo y riesgo suicida. PSPP.

Relación entre la variable edad y riesgo suicida:

El segundo análisis desarrollado entre la variable cualitativa categórica “edad” y la variable categórica “riesgo suicida” cuenta con el mismo número de muestra, es decir, $N= 307$, además el número es constante para todos los análisis que se realizarán durante la investigación. La variable “edad” está dividida en tres categorías dependiendo de la edad: la primera es el grupo de los jóvenes (entre los 18 y los 34 años), la segunda corresponde con el grupo de los adultos (entre 35 y 64 años), y la tercera atañe al grupo de los ancianos (a partir de 65 años).

En el grupo de los jóvenes, compuesto por 115 participantes, se encuentra que 58 personas no presentan riesgo suicida (50,43%) y 57 sí que lo presentan (49,57%). El grupo de los adultos se encuentra formado por 118 personas entre los que 82 no presentan riesgo suicida (69,49%) y 36 sí lo presentan (30,51%). El último grupo, el de los ancianos, con 74 integrantes entre los cuales 45 no presentan riesgo suicida (60,81%) y 29 sí que lo presentan (39,19%).

Desde un punto de vista más global, entre los clasificados como “no riesgo suicida” se percibe que un 31,35% son jóvenes, un 44,32% son adultos y un 24,32% son ancianos. Por otro lado, entre los clasificados como “sí riesgo suicida” se contempla que un 46,72% son jóvenes, un 29,51% son adultos y un 23,77% son ancianos.

Para concluir, con una significación de $p=0,012$ en el resultado de la prueba Chi-cuadrado se rechaza la hipótesis nula por ser $p \leq 0,05$ y se acepta la hipótesis alternativa, con lo que podemos confirmar que ambas variables están relacionadas o existe diferencia entre ellas. (Ver Tabla 4).

Resumen.						
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad * Riesgo suicida	307	100.0%	0	0.0%	307	100.0%

Edad * Riesgo suicida [recuento, fila %, columna %, total %].

Edad	Riesgo suicida		Total
	No riesgo suicida	Riesgo suicida	
Joven	58.00	57.00	115.00
	50.43%	49.57%	100.00%
	31.35%	46.72%	37.46%
	18.89%	18.57%	37.46%
Adulto	82.00	36.00	118.00
	69.49%	30.51%	100.00%
	44.32%	29.51%	38.44%
	26.71%	11.73%	38.44%
Anciano	45.00	29.00	74.00
	60.81%	39.19%	100.00%
	24.32%	23.77%	24.10%
	14.66%	9.45%	24.10%
Total	185.00	122.00	307.00
	60.26%	39.74%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	60.26%	39.74%	100.00%

Pruebas Chi-cuadrado.

Estadístico	Valor	df	Sig. Asint. (2-colas)
Chi-cuadrado de Pearson	8.84	2	.012
Razón de Semejanza	8.89	2	.012
Asociación Lineal-by-Linear	3.11	1	.078
N de casos válidos	307		

Tabla 4. Relación de asociación edad y riesgo suicida. PSPP.

Relación entre la variable nivel de estudios y riesgo suicida:

El tercer análisis es efectuado entre la variable cualitativa categórica “nivel de estudios” y la variable categórica “riesgo suicida”. La variable “nivel de estudios” se fracciona a su vez en 4 categorías en función de los estudios cursados por los participantes: ninguna titulación (personas sin titulación oficial de estudios), enseñanza básica obligatoria (se incluye a las personas con título oficial de la ESO o con título de formación profesional), estudios intermedios (se incluye título oficial de bachillerato o ciclos superiores como grado medio o superior) y por último estudios superiores (comprende título de graduado universitario, máster, doctorado, etc.)

Solo 1 participante forma el grupo de nivel de estudios sin ninguna titulación, además presenta riesgo suicida representando al 100% del grupo. Dentro del nivel de enseñanza básica obligatoria se percibe que 48 personas no presentan riesgo suicida (62,34%) y 29 sí que lo presentan (37,66%). En el grupo de estudios intermedios se aprecia que 44 integrantes no presentan riesgo suicida (64,71%) y 24 sí que lo presentan (35,29%). La última categoría estudios superiores se compone de 93 sujetos que no presentan riesgo suicida (57,76%) y 68 sí que lo presentan (42,24%).

Englobando a los participantes que no presentan riesgo suicida se observa que un 25,95% son del grupo de enseñanza básica obligatoria, un 23,78% del de estudios intermedios y un 50,27% del de estudios superiores. No obstante, de los integrantes que sí presentan riesgo suicida un 0,82% no tienen ninguna titulación (sólo 1 participante), un 23,77% poseen enseñanza básica obligatoria, un 19,67% son del conjunto de estudios intermedios y un 55,74% de estudios superiores.

Por consiguiente, el resultado de la prueba estadística del chi-cuadrado aporta una significación de $p=0,451$. Al ser $p \geq 0,05$ se acepta la hipótesis nula H_0 con lo que podemos deducir que ambas variables no se relacionan o no existe diferencia entre ellas. (Ver Tabla 5)

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Nivel de estudios * Riesgo suicida	307	100.0%	0	0.0%	307	100.0%

Nivel de estudios * Riesgo suicida [recuento, fila %, columna %, total %].

Nivel de estudios	Riesgo suicida		Total
	No riesgo suicida	Riesgo suicida	
Ninguna titulación	.00	1.00	1.00
	.00%	100.00%	100.00%
	.00%	.82%	.33%
	.00%	.33%	.33%
Enseñanza básica obligatoria	48.00	29.00	77.00
	62.34%	37.66%	100.00%
	25.95%	23.77%	25.08%
	15.64%	9.45%	25.08%
Estudios intermedios	44.00	24.00	68.00
	64.71%	35.29%	100.00%
	23.78%	19.67%	22.15%
	14.33%	7.82%	22.15%
Estudios superiores	93.00	68.00	161.00
	57.76%	42.24%	100.00%
	50.27%	55.74%	52.44%
	30.29%	22.15%	52.44%
Total	185.00	122.00	307.00
	60.26%	39.74%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	60.26%	39.74%	100.00%

Pruebas Chi-cuadrado.

Estadístico	Valor	df	Sig. Asint. (2-colas)
Chi-cuadrado de Pearson	2.64	3	.451
Razón de Semejanza	2.97	3	.396
Asociación Lineal-by-Lineal	.37	1	.544
N de casos válidos	307		

Tabla 5. Relación de asociación nivel de estudios y riesgo suicida. PSPP.

Relación entre la variable actividad laboral y riesgo suicida:

El cuarto análisis se ha elaborado entre la variable cualitativa categórica “actividad laboral” y la variable categórica “riesgo suicida”. La variable “actividad laboral” se fracciona en 4 categorías que son las siguientes: estudiante, parado (personas actualmente sin empleo), en activo (independientemente del trabajo que ejerzan) y por último, jubilado.

El grupo de los estudiantes está constituido por 71 participantes entre los cuales 39 no presentan riesgo suicida (54,93%) y 32 sí que lo presentan (45,07%). Continuando con el grupo de las personas que están en paro, se compone de 10 integrantes de los cuales 5 no tienen riesgo suicida (50%) y 5 sí que lo tienen. En el grupo de actividad laboral se aprecia que 84 personas no muestran riesgo suicida (61,76%) y 52 sí que lo muestran (38,24%). Como última categoría, la de la jubilación, se erige de 57 sujetos que no presentan riesgo suicida (63,33%) y 33 sí que lo presentan (36,67%).

Si se quiere detallar, desde el punto de vista de la variable “riesgo suicida”, dentro de la categoría no riesgo suicida los porcentajes de los diferentes grupos son: estudiantes un 21,08%, parados un 2,70%, trabajadores un 45,41% y jubilados un 30,81%. Mientras que en la categoría riesgo suicida las frecuencias son: estudiantes 26,23%, parados 4,10%, trabajadores 42,62% y jubilados 27,05%.

Basándose en el resultado de la prueba estadística de Chi-cuadrado, con una significación de $p= 0,622$ aceptamos la hipótesis nula H_0 , al ser $p \geq 0,05$. Por consiguiente, suponemos que ambas variables no se relacionan o no existe diferencia entre ellas. (Ver Tabla 6).

Resumen.						
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Actividad laboral * Riesgo suicida	307	100.0%	0	0.0%	307	100.0%

Actividad laboral * Riesgo suicida [recuento, fila %, columna %, total %].

Actividad laboral	Riesgo suicida		Total
	No riesgo suicida	Riesgo suicida	
Estudiante	39.00	32.00	71.00
	54.93%	45.07%	100.00%
	21.08%	26.23%	23.13%
	12.70%	10.42%	23.13%
Parado	5.00	5.00	10.00
	50.00%	50.00%	100.00%
	2.70%	4.10%	3.26%
	1.63%	1.63%	3.26%
En activo	84.00	52.00	136.00
	61.76%	38.24%	100.00%
	45.41%	42.62%	44.30%
	27.36%	16.94%	44.30%
Jubilado	57.00	33.00	90.00
	63.33%	36.67%	100.00%
	30.81%	27.05%	29.32%
	18.57%	10.75%	29.32%
Total	185.00	122.00	307.00
	60.26%	39.74%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	60.26%	39.74%	100.00%

Pruebas Chi-cuadrado.

Estadístico	Valor	df	Sig. Asint. (2-colas)
Chi-cuadrado de Pearson	1.77	3	.622
Razón de Semejanza	1.75	3	.626
Asociación Lineal-by-Lineal	1.45	1	.229
N de casos válidos	307		

Tabla 6. Relación de asociación actividad laboral y riesgo suicida. PSPP.

Relación entre la variable estado civil y riesgo suicida:

Como último análisis, se ha llevado a cabo entre la variable cualitativa categórica “estado civil” y la variable categórica “riesgo suicida”. Las diferentes categorías de la variable “estado civil” son: soltero (también consideradas a las personas divorciadas), casado o con pareja estable/actual y viudo.

El grupo de solteros se compone de 135 personas entre las que 74 no presentan riesgo suicida (54,81%) y 61 sí que lo presentan (45,19%). Siguiendo con el grupo de casados o con pareja, se representa con 147 integrantes de los cuales 100 no presentan riesgo suicida (68,03%) y 47 sí que lo presentan (31,97%). Por último, el grupo de viudos se constituye por 25 participantes en los que 11 no poseen riesgo suicida (44%) y 14 sí que lo poseen (56%).

Visto desde otra perspectiva, dentro de la categorización no riesgo suicida se aprecia que está fraccionada en que el 40% son solteros, el 54,05% son casados o con pareja

y el 5,95% son viudos. Sin embargo, en la condición de riesgo suicida se observa que el 50% son solteros, el 38,52% son casados o con pareja y el 11,48% son viudos.

Para finalizar, con una significación de $p = 0,017$ en el resultado de la prueba estadística del Chi-cuadrado se rechaza la hipótesis nula H_0 al ser $p \leq 0,05$ y se acepta la hipótesis alternativa H_1 concluyendo que ambas variables están relacionadas o existe diferencia entre ellas. (Ver Tabla 7)

Resumen.						
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Estado civil * Riesgo suicida	307	100.0%	0	0.0%	307	100.0%

Estado civil * Riesgo suicida [recuento, fila %, columna %, total %].

<i>Estado civil</i>	<i>Riesgo suicida</i>		Total
	No riesgo suicida	Riesgo suicida	
Soltero	74.00	61.00	135.00
	54.81%	45.19%	100.00%
	40.00%	50.00%	43.97%
	24.10%	19.87%	43.97%
Casado/pareja estable	100.00	47.00	147.00
	68.03%	31.97%	100.00%
	54.05%	38.52%	47.88%
	32.57%	15.31%	47.88%
Viudo	11.00	14.00	25.00
	44.00%	56.00%	100.00%
	5.95%	11.48%	8.14%
	3.58%	4.56%	8.14%
Total	185.00	122.00	307.00
	60.26%	39.74%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	60.26%	39.74%	100.00%

Pruebas Chi-cuadrado.

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>df</i>	<i>Sig. Asint. (2-colas)</i>
Chi-cuadrado de Pearson	8.13	2	.017
Razón de Semejanza	8.14	2	.017
Asociación Lineal-by-Lineal	.37	1	.541
N de casos válidos	307		

Tabla 7. Relación de asociación estado civil y riesgo suicida. PSPP.

DISCUSIÓN

En base a las respuestas obtenidas en cada pregunta de la escala de ideación suicida de Paykel, se percibe un claro descenso progresivo de respuestas afirmativas a lo largo de las contestaciones a las preguntas del test. Es decir, existe un mayor porcentaje de “sí” en la pregunta número uno, que alcanza casi el 40%, que en la dos, y así sucesivamente, existiendo una gran diferencia entre la pregunta uno y la cinco, cuyo porcentaje es inferior al 2%.

Tras el análisis de los resultados, hemos podido comprobar que en la población de Tarragona no existen diferencias entre hombre y mujer a la hora de tener mayor o menor riesgo suicida. Es por ello que, los resultados obtenidos son similares a los que hemos comentado anteriormente en la búsqueda bibliográfica. El sexo no influye en presentar riesgo suicida. Aun así otros factores de riesgo asociados al sexo pueden contribuir a aumentar dicho riesgo como bien pueden ser la predisposición de presentar depresión (que aumenta en las mujeres)(7), etc.

Como hemos visto anteriormente, según la OMS el grupo con mayor riesgo suicida es el de los jóvenes, seguido de los ancianos.(3,4) Es por eso que podemos afirmar que los resultados obtenidos en nuestra investigación son similares a dichos datos expuestos. Tras analizar los resultados de los cuestionarios, el grupo de edad con mayor riesgo en la ciudad de Tarragona son los jóvenes, mientras que el segundo grupo es el de los ancianos, dejando a los adultos como los que presentan tener menor riesgo.

En cuanto al nivel de estudios, los datos extraídos del estudio realizado son que no existe ningún tipo de relación entre la máxima titulación obtenida de estudios y la presencia de riesgo suicida. En cuanto a la comparación con la bibliografía, no se ha encontrado ningún estudio que considere el nivel de estudios como factor de riesgo.

La ocupación laboral, según los datos obtenidos en nuestro estudio, no se asocia con el riesgo suicida. Es decir, estar en paro, ser estudiante, en actividad o jubilado no influye en presentar mayor o menor riesgo suicida. En este caso, existe controversia con la información obtenida de los artículos y guías consultadas, ya que en estas sí que considera el desempleo y la jubilación como un factor predisponente, asociado con un nivel socioeconómico bajo (8,10,11). A su vez, en el caso del nivel económico, encontramos una distribución de frecuencia similar al de la edad, en el que los extremos, es decir un nivel socioeconómico bajo y uno muy alto son los que presentan

más riesgo en comparación a la clase media, si bien predomina las mayores tasas de suicidio con una economía baja.

Respecto al estado civil, sí que se considera un factor de riesgo, bajo los resultados de nuestra investigación y los de la bibliografía consultada en el marco teórico(9). En los datos obtenidos en nuestro trabajo, existe un mayor porcentaje de riesgo suicida en las personas viudas. En cambio, el hecho de estar casado o tener pareja estable es claramente un factor protector, pues la mayoría de estas personas no presentan riesgo. Finalmente, por otro lado el hecho de estar soltero proporciona una ambivalencia en los resultados pues estos son muy similares a la hora de relacionarlo con la presencia de riesgo suicida.

El estudio realizado presenta varias limitaciones. En primer lugar, no se pudo garantizar la sinceridad de los encuestados, a pesar de tomar medidas para aumentar la privacidad, intimidad y confidencialidad de los participantes. En segundo lugar, la validez externa del estudio podría estar disminuida por dos motivos. Uno de ellos se trata de la representación de la muestra, pues, debido a los acontecimientos que han sucedido por el Covid-19, no se pudo llegar al número de encuestas deseadas. Es por ello que los resultados de dicho estudio no pueden extrapolarse de manera fiable a la población general de Tarragona debido a que el margen de error ideal debería ser una menor al 5% y en nuestro caso la es de 5,5% con un nivel de confianza del 95%. Por otro lado, la técnica de muestreo no ha sido de forma aleatoria sino accidental, por lo que los participantes decidían si querían participar en nuestro estudio o no. Todo esto provoca una limitación en cuanto a las condiciones idóneas que hacen que la representación de los datos obtenidos sea menos real. Asimismo, puede existir una infrarrepresentación de la muestra debido a que puede que las personas con ideación suicida salgan menos a la calle. Otra de las limitaciones encontradas es que no se ha podido confirmar la validación del cuestionario empleado en la investigación (escala de ideación suicida de Paykel), aunque sí que se han encontrado estudios que lo empleaban. Finalmente, entendemos que estas limitaciones no han impedido proseguir con la realización de este trabajo.

GUÍA CLÍNICA DE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Esta parte del trabajo, consiste en una guía de actuación enfocada a los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Tarragona, para la prevención del suicidio. Es por ello, que se ha utilizado tanto una búsqueda bibliográfica general, como los datos obtenidos de la investigación cuantitativa del trabajo para que se enfoque más en la población tarraconense.

Según el “Servei Català de la Salut”, existen estudios que muestran que un gran porcentaje de personas que se suicidan habían contactado días anteriores con el sistema sanitario (21). Es por dicho motivo por el que se ha decidido desarrollar una guía de actuación para enfermería y tratar con los pacientes que acuden a su consulta en Atención Primaria.

Asimismo, este servicio profesional es un vínculo entre la comunidad y el sistema sanitario proporcionando un contacto más prolongado en el tiempo con sus pacientes, por lo que el vínculo de confianza es aún más fuerte, y siempre está disponible y accesible para la población. Todo esto nos hace pensar que es el lugar más idóneo para realizar la prevención. (24)

Protocolo enfermería

En primer lugar, se debe valorar el riesgo suicida, y existen dos herramientas fundamentales para ello. Estas son la entrevista clínica y las escalas de evaluación. Asimismo, estas no deben sustituir el juicio clínico, sino que deben complementarlo. (Ver Anexo 3)

Entrevista clínica

La entrevista clínica es el primer paso que se realizará para evaluar el riesgo suicida.

Durante la entrevista, deben recogerse las variables sociodemográficas y los factores de riesgo y de protección de la persona para obtener una evaluación integral sobre el riesgo suicida.

Siguiendo los resultados del estudio anteriormente realizado en este trabajo, se procedería a preguntar sobre las variables sociodemográficas consideradas factores

de riesgo para obtener un cribaje principal y general de la persona, como lo son la edad, el estado civil y la actividad laboral.

Más tarde, se pasaría a realizar un cribaje más profundo, en el que se tendría de preguntar sobre otros factores de riesgo más personales, como bien pueden ser los eventos vitales estresantes, el abuso de sustancias tóxicas, situación social actual, etc.

Finalmente, durante la entrevista clínica, también se debe preguntar sobre las características del intento de suicidio previo (si ha tenido) y sobre la planificación de la posible conducta suicida. Para ello se debe indagar en la elaboración del plan, el método elegido, etc.

Como ya se ha estudiado, existe un tabú en cuanto al suicidio, por lo tanto para facilitar la sinceridad y comodidad del paciente, debemos realizar la entrevista en buenas condiciones. Con esto se quiere decir, en un ambiente tranquilo, con tiempo disponible, y con buenas habilidades de relación terapéutica.(25)

La OMS publicó unas recomendaciones sobre la forma de preguntar los diferentes aspectos que se abordan en la entrevista clínica y la actitud que se debe mostrar al paciente. Entre ellos existe la escucha activa, la empatía, mostrar apoyo y preocupación...(25)

Escala de evaluación

Existen una gran variedad de escalas enfocadas para la valoración del riesgo suicida. En nuestro trabajo, utilizaremos la escala de ideación suicida de Paykel (Anexo 1), ya que consideramos que es una escala que nos indica de forma clara la gravedad del riesgo, es fácil y rápida de utilizar, y es la que se ha usado en la investigación de este trabajo.

Estos instrumentos deben ser complementarios a la entrevista clínica, no sustituirla.

A partir de la valoración clínica se establecen diferentes estadios de gravedad sobre los que habrá que actuar de forma diferente. (26)

Actuación

Nivel de riesgo bajo

Un nivel de riesgo bajo se relaciona con una puntuación de 1 o 2 en la escala de ideación suicida de Paykel. Es en esta situación donde el paciente muestra “deseo de morir” o que ha tenido algún pensamiento de muerte.

Que el paciente presente un nivel bajo significa que existe poca probabilidad de llevar a cabo una conducta suicida a corto o medio plazo.

Ante esta situación el profesional debe enviar al paciente a una consulta médica para que este pueda realizar una interconsulta con el especialista de salud mental del centro de Atención Primaria. Además, se recomienda un seguimiento periódico. (21)

Nivel de riesgo moderado

Un nivel de riesgo moderado se corresponde con una puntuación de 3 en las escala de ideación suicida de Paykel. El paciente que presenta este nivel de riesgo, además de presentar el deseo sobre la muerte, manifiestan que han pensado en suicidarse pero sin tener ninguna planificación de la conducta suicida.

En esta situación, el paciente tiene una probabilidad moderada de llevar a cabo una conducta suicida a corto o medio plazo. Además, son más vulnerables según los factores de riesgo o protectores que dispongan.

La actuación del profesional al encontrarse ante este paciente será diferente según si es urgente o no. En caso de que sea urgente, se le enviará al médico para que realice una interconsulta lo más rápido posible con el psicólogo o psiquiatra del centro. Si no es urgente, lo enviaremos al médico para que haga una interconsulta con el especialista de salud mental diferida. Asimismo, sea de carácter urgente o no, se realizará un seguimiento periódico con las medidas de soporte necesarias para disminuir el riesgo.(21)

Nivel de riesgo alto

Un nivel alto de riesgo suicida está relacionado con una puntuación mayor o igual a 4 en la escala de ideación suicida de Paykel. En este caso, el paciente sí que expresa una planificación de la conducta suicida.

Estos pacientes tienen una probabilidad alta de cometer una conducta suicida en corto o medio plazo. Es por este motivo por lo que ya forman parte del Código Riesgo de Suicidio.

En este caso, la actuación primordial es el tratamiento de los posibles síntomas somáticos de la persona hasta la llegada de la ayuda pertinente. Mientras tanto se debe dar consejo al paciente a través de la escucha activa. Se le enviará al médico de forma urgente para la realización de la interconsulta con el psiquiatra del centro en el caso de que este se encuentre disponible. Si no fuese posible realizarla en ese preciso momento se deberá llamar al 061 Cat Salut Respon para el traslado del paciente al centro de salud mental de referencia. (21)

Como enfermeros de referencia, tras un mes después del alta hospitalaria hasta los 12 meses posteriores al ingreso, se debería realizar un seguimiento preventivo y longitudinal, a pesar de ya ser controlado por otros profesionales de Atención Primaria, para detectar un posible caso de agravamiento del nivel de riesgo.

CONCLUSIONES

Tras la finalización del estudio, se afirma que no todos los factores de riesgo que se habían planteado al inicio de la investigación tienen relación con el riesgo suicida. No obstante, esto no debe restar importancia al resto de los aspectos sociodemográficos, puesto que el hecho de que no se haya considerado como un factor de riesgo no supone que no pueda significar un riesgo en potencia para una persona determinada.

Aquellos aspectos sociodemográficos en los que sí se han encontrado diferencias son la edad y el estado civil. Por un lado, respecto a la edad, se ha encontrado que las personas cuya edad se sitúa en los extremos cuenta con un mayor riesgo respecto a la población general. Por otro lado, en relación con el estado civil, las personas que se encuentran en situación de viudedad presentan un riesgo más elevado en comparación con el resto de la población.

Sin embargo, el sexo y el nivel de estudios, al no asociarse con el riesgo suicida, no suponen un factor de riesgo para desarrollar la conducta suicida, lo que supone que ante dos individuos con características sociodemográficas similares pero diferentes en cuanto a sexo y nivel de estudios tendrán el mismo riesgo suicida.

Respecto a la ocupación laboral, este es el factor en el que existe más controversia ya que según los resultados obtenidos de los participantes encuestados no se asocia con el riesgo, pero en la búsqueda bibliográfica realizada sí. De esta manera, es un factor que no solo se ha de considerar de manera individual, sino que tendrá mayor importancia o no dependiendo del conjunto de factores y el entorno en el que se encuentra y desarrolla a la persona.

Existe un gran porcentaje de la muestra que presenta pensamientos sobre la muerte, es por ello que la Atención Primaria juega un papel fundamental. La prevención es uno de los pilares más importantes que ofrece este nivel de salud, y asimismo es la medida más efectiva fundamental del suicidio, pues su tratamiento principal es la prevención. Por lo tanto, la manera más segura y efectiva de conseguir esta prevención es mediante una guía clínica que asesore a los profesionales de Atención Primaria a cómo abordar este tema. Con esta guía clínica elaborada a partir de las características de la población de Tarragona, enfermería tiene el soporte con el que realizar intervenciones efectivas y centradas en el colectivo que presente un riesgo más elevado.

BIBLIOGRAFIA

1. Trastornos D, Ánimo CE, Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicidio E.4 Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP SUICIDIO Y CONDUCTA AUTOLESIVA [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://iacapap.org/content/uploads/E.4-Suicidio-Spanish-2018.pdf>
2. URV. MANEIG DEL RISC DE SUÏCIDI-INFERMERIA DE SALUT MENTAL I PSIQUIÀTRICA [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 19]. Available from: [https://campusvirtual.urv.cat/pluginfile.php/3060397/mod_resource/content/1/Maneig del risc suicida 2019.pdf](https://campusvirtual.urv.cat/pluginfile.php/3060397/mod_resource/content/1/Maneig%20del%20risc%20suicida%202019.pdf)
3. Suicidio datos y cifras OMS [Internet]. Septiembre 2019. [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
4. OMS | Prevención del suicidio (SUPRE) [Internet]. Agosto 2012. [cited 2020 Feb 19]. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
5. Idescat. Anuario estadístico de Cataluña. Suicidios. Por sexo y provincias [Internet]. 2018. [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616&lang=es>
6. Observatorio del Suicidio en España 2017. - Prevención del suicidio. [Internet]. 2017. [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2017/>
7. Clayton PJ. Conducta suicida - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general [Internet]. Mayo 2018. [cited 2020 Feb 24]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>
8. Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención. [Internet]. Madrid; 2006 [cited 2020 Feb 24]. Available from: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est14.pdf.pdf
9. Rojas Moreno I. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO-Orientaciones para su Implementación Ministerio de Salud PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Orientaciones para su Implementación DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DIVISIÓN

- DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERM [Internet]. 2013 [cited 2020 Feb 24]. Available from: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
10. Jiménez Pietropaolo, Javier; Martín Ulloa, Silvia; Navío Acosta, Mercedes; Pacheco Tabuena, Teresa; Pérez-Iñigo Gancedo, José Luis; Petersen Guitarte, Guillermo; Robles Sánchez, José Ignacio; Santiago García, Paloma; Tébar del Río, Ignacio; Torras García L. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales, 2014. - Prevención del suicidio. [Internet]. Madrid; 2014 [cited 2020 Feb 24]. Available from: <https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/guías-sobre-conducta-suicida/madrid/>
 11. Glatli HM. Evaluación del Riesgo de Suicidio [Internet]. [cited 2020 Feb 24]. Available from: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf
 12. de la Rica Giménez, Jose Antonio; Gabilondo Cuéllar, Andrea; Martín Zurimendi JA. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EUSKADI [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 29]. Available from: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf
 13. Alastuey C. Mitos y creencias equivocada respecto a la muerte por suicidio [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 29]. Available from: https://www.biziraun.org/sites/default/files/2019-11/mitos_y_creencias_equivocadas_respecto_a_la_muerte_por_suicidio.pdf
 14. Álvarez Ariza, María; Atienza Merino, Gerardo; Ávila González, María José; Canedo Magariños, Celia; Castro Bouzas, Manuel; Combarro Mato, Jesús; de las Heras Liñero E et al. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. 2012 [cited 2020 Feb 29]. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_resum.pdf
 15. PAHO. OPS/OMS Uruguay - Mitos acerca del suicidio [Internet]. [cited 2020 Feb 29]. Available from:

- https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1309:mitos-acerca-del-suicidio&Itemid=310
16. Estigma social en el suicidio | [Internet]. [cited 2020 Mar 3]. Available from: <https://www.despresdelsuicidi.org/estigma-social-en-el-suicidio>
 17. Phillips, Michael; Wasserman, Danuta; Berman, Alan; De leo D et al. Prevención del suicidio del suicidio un imperativo global [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 3]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 18. Ferré-Grau C, Montescó-Curto P, Mulet-Valles M, LLeixá-Fortuño M, Albacar-Riobó N, Adell-Argentó B. El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. Index Enferm [Internet]. 2011 Jul [cited 2020 Mar 3]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200004
 19. Santa da Silva, Tatiana; Sougey, Everton Botelho; Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexiones bioéticas. Rev Bioética [Internet]. 2015 Aug [cited 2020 Mar 3]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000200419&script=sci_arttext&tlng=es
 20. Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2014 Feb [cited 2020 Mar 3]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23896893>
 21. CatSalut. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS) [Internet]. 2015 [cited 2020 May 1]. Available from: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf
 22. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García M^a. Á, et al. Ideación suicida en una muestra representativa en adolescentes españoles. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2020 May 25];11(2):76–85. Available from:

- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-ideacion-suicida-una-muestra-representativa-S1888989117300988>
23. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida [Internet]. Madrid; 2011 [cited 2020 May 25]. Available from: <https://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2018/03/Suicidio-y-psiquiatria.-Recomendaciones-preventivas-y-de-manejo-del-comportamiento-suicida.pdf>
 24. OMS. Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de Atención Primaria. OMS, 2000. - Prevención del suicidio. [Internet]. 2000. Ginebra; 2000 [cited 2020 May 1]. Available from: <https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/conducta-suicida-en-atención-primaria/prevención-del-suicidio-un-instrumento-para-profesionales-de-atención-primaria-de-salud/>
 25. Orozco WN. ABORDAJE DEL SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Rev médica Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2013 [cited 2020 May 1]; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132e.pdf>
 26. López Cócera JA, Frades García, Begoña; Pena Garijo, Josep; Oltra Pondoza, Araceli; Font Villasclara A. VIVIR ES LA SALIDA. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. [Internet]. 2016 [cited 2020 May 1]. Available from: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevención+de+suicidio_WEB_CAS.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Escala de ideación suicida de Paykel

Ítems	Sí	No
¿Alguna vez ha sentido que la vida no merece la pena?		
¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?		
¿Alguna vez ha pensado en quitarse la vida aunque realmente no lo fuese a hacer?		
¿Alguna vez ha llegado al punto en que considerase realmente quitarse la vida o hizo planes sobre cómo lo haría?		
¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?		

Anexo 2: Cuestionario utilizado

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE PAYKEL

Este cuestionario es una escala para evaluar la intencionalidad suicida de las personas. Se realiza de forma anónima. Los datos serán utilizados para un estudio que pertenece al Trabajo de Fin de Grado de dos estudiantes de la URV. Dicho trabajo consiste en la detección de los factores de riesgo y la prevalencia del suicidio en la población de Tarragona, para así poder elaborar una guía de actuación para la prevención secundaria del suicidio en centros de Atención Primaria.

Sexo: Masculino Femenino

Edad:

Trabajo (o jubilado/a):

Nivel de estudios: Enseñanza básica obligatoria Formación profesional

Ciclo superior Grado universitario

Estudios superiores (máster...) Ninguna titulación

Estado civil: Soltero/a Casado/a (o con pareja estable)

Viudo/a



1.- ¿Alguna vez ha sentido que la vida no merece la pena?

- 1. SI
- 2. NO

2.- ¿Alguna vez ha deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse...

- 1. SI
- 2. NO

3.- ¿Alguna vez ha pensado en quitarse la vida, aunque realmente no lo fuese a hacer?

- 1. SI
- 2. NO

4.- ¿Alguna vez ha llegado al punto en el que considerase realmente quitarse la vida o hizo planes sobre cómo lo haría?

- 1. SI
- 2. NO

5.- ¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?

- 1. SI
- 2. NO

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 3: Algoritmo de actuación

