



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DEL TELÉFONO DE LA ESPERANZA CON
IDEACIÓN SUICIDA: UTILIDAD DE UN PROCESO INFORMATIZADO PARA LA
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

CHARACTERISTICS OF TELÉFONO DE LA ESPERANZA HELPLINE CALLERS WITH
SUICIDAL IDEATION: UTILITY OF A COMPUTERIZED PROCESS FOR THE RISK OF
SUICIDE EVALUATION

TESIS DOCTORAL

Pedro Villanueva Irure

Directores:

Javier Fernández Montalvo
Alfonso Arteaga Olleta

Pamplona-Iruñea
2019

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

AGRADECIMIENTOS

En este momento tan especial para mí en el que he finalizado mi trabajo de investigación, quiero expresar mi agradecimiento a quienes me han ayudado a conseguirlo. Un trabajo intenso y apasionante en el que he aprendido mucho y, sobre todo, con el que me he entregado a una causa que, como un imán, me ha atraído desde que comenzó mi dedicación a la intervención en crisis en el Teléfono de la Esperanza de Navarra: la prevención del suicidio.

Gracias enormes a esta asociación ejemplar, por haber acogido mi proyecto, por haberme dado espacios de trabajo, por la libertad para actuar. Javi, Alfonso y Fernando, gracias por facilitarme el trabajo y, especialmente, gracias a los orientadores de la asociación en Navarra porque, además de intervenir eficazmente, han posibilitado este proyecto. También quiero agradecer a toda la dirección nacional de la asociación, a José María Jiménez, vicepresidente, por su confianza, su apoyo y sus abrazos, a Oscar, el encargado de la informática y de las tecnologías, que siempre ha respondido a mis demandas con eficacia y amabilidad y a todas las sedes de la asociación que se han involucrado en el proyecto.

A José Mari, del Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra y también amigo, que me dirigió, muy acertadamente, a la Universidad Pública de Navarra donde Javier Fernández Montalvo escuchó mi proyecto con gran interés y aceptó ser uno de mis directores de tesis. Él me propuso hacer una codirección con Alfonso Arteaga Olleta, a quien ya conocía por haber coincidido con él en mis prácticas en Proyecto Hombre. Mi gratitud es plena para cada uno de los dos porque me han aportado lo que necesitaba y más. Javier me ha aportado su experiencia en el mundo de la investigación, su rigor, su visión clara y su gran generosidad cuando da y especialmente cuando recibe. Alfonso asumió el proyecto desde el principio y se ha sumado, con gran generosidad también, al trabajo conjunto de lograr un trabajo de calidad, con una actitud sencilla y abierta a una

temática menos conocida de la intervención psicosocial en la que él ha trabajado durante muchos años. Agradezco a ambos sus ánimos, su empuje y en especial su sonrisa tras las sesiones de trabajo.

Mis amigos me han soportado muchos martes mis comentarios y mis aprendizajes mientras pasábamos un buen rato en la sociedad. Gracias por vuestra paciencia.

Gracias a mi familia, a mi madre, a quien dedico especialmente esta tesis que llega en el final de su vida. Siempre ha escuchado mis proyectos con orgullo, aunque esta vez la enfermedad no ha permitido que se pudiera hacer una idea, pero sé que ha estado ahí, orgullosa de su hijo. A mi padre Seve que nos dejó hace ya un tiempo y a quien me hubiera gustado abrazarle otra vez más. A mis hijos, Virginia, Iñaki e Isabel. Esta tesis ha servido para reforzar el orgullo que siento por ellos por ser como son, por su apoyo incondicional.

A mi mujer Camino, que lo ha dado todo. No hubiera sido posible hacer este trabajo sin su apoyo, a veces renegando por el tiempo que le he robado, pero siempre ha estado ahí y sé que siempre va a estar. Gracias infinitas.

ÍNDICE

ÍNDICE	1
INTRODUCCIÓN.....	11
PARTE TEÓRICA	15
1 EL SUICIDIO.....	15
1.1 UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	15
1.2 EPIDEMIOLOGÍA	15
1.2.1 Suicidios	15
1.2.2 Intentos de suicidio.....	18
1.2.3 Ideación suicida.....	19
1.3 INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES.....	19
1.4 ¿POR QUÉ SE SUICIDA LA GENTE?.....	20
1.4.1 Modelos explicativos.....	21
1.4.1.1 El modelo cúbico del suicidio.....	21
1.4.1.2 Teoría del escape (<i>Escape from Self</i>).....	21
1.4.1.3 Modelo de “fuerzas contrabalanceadas”.....	22
1.4.1.4 Pérdida del sentido (<i>Loss of Self</i>).....	22
1.4.1.5 Modelo clínico de la conducta suicida.....	23
1.4.1.6 Vulnerabilidad sociológica	23
1.4.1.7 Modelo socio-ecológico.....	23
1.4.1.8 Modelo cognitivo	24
1.4.1.9 Teoría Interpersonal del Suicidio.....	24
1.4.1.10 Teoría Motivacional-Volitiva	25
1.5 SUICIDALIDAD	26
2 SEÑALES DE ALARMA Y FACTORES DE RIESGO	29
2.1 DIFERENCIAS ENTRE SEÑALES DE ALARMA Y FACTORES DE RIESGO.....	29
2.2 SEÑALES DE ALARMA.....	31
2.3 FACTORES DE RIESGO.....	34
2.3.1 La enfermedad mental.....	38
2.3.1.1 Depresión	40
2.3.1.2 Trastorno bipolar.....	42
2.3.1.3 Esquizofrenia	42
2.3.1.4 Abuso de alcohol y otras drogas	42
2.3.1.5 Trastornos de ansiedad.....	43
2.3.1.6 Trastornos de la conducta alimentaria	44
2.3.1.7 Trastornos de personalidad	46
2.3.2 Factores psicológicos	46
2.3.2.1 La afectividad negativa	47
2.3.2.2 La impulsividad y la agresividad	47
2.3.2.3 La desesperanza	48
2.3.2.4 Dificultades en el aprendizaje.....	49
2.3.2.5 Falta de habilidad en la resolución de problemas	50
2.3.3 Intentos previos de suicidio e ideación suicida	50
2.3.4 Antecedentes de autolesiones.....	51
2.3.5 Edad.....	51
2.3.6 Sexo	51
2.3.7 Factores genéticos y biológicos.....	52
2.3.8 Enfermedad física o discapacidad	53
2.3.9 Historia familiar previa de suicidio	55
2.3.10 Historia familiar de enfermedad mental.....	55
2.3.11 Eventos vitales estresantes	56
2.3.12 Factores sociofamiliares, ambientales y culturales	57
2.3.13 Nivel socioeconómico, educativo y situación laboral.....	59
2.3.14 Exposición “efecto contagio”	65

2.3.15	Antecedentes de maltrato físico o abuso sexual.....	66
2.3.16	Orientación sexual.....	67
2.3.17	Acoso por parte de iguales (niños, adolescentes).....	68
2.3.18	Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos.....	69
2.3.19	Soledad.....	71
2.4	OTROS FACTORES.....	73
2.4.1	Problemas con la pareja.....	73
2.4.2	El estado mixto ansioso depresivo.....	74
2.4.3	Las operaciones de cirugía contra la obesidad.....	74
2.4.4	Las horas de sueño insuficientes.....	74
2.4.5	La actitud ante el suicidio.....	75
2.4.6	Violencia en la etapa universitaria.....	75
2.5	PROFESIONES DE MAYOR RIESGO.....	76
2.6	FACTORES PROTECTORES.....	79
3	EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO.....	83
3.1	INTRODUCCIÓN.....	83
3.2	LA EVALUACIÓN DEL RIESGO: UN PROCESO.....	85
3.3	CUÁNDO EVALUAR.....	89
3.4	DESDE DÓNDE EVALUAR: QUIÉN TIENE QUE EVALUAR.....	89
3.5	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	90
3.5.1	Instrumentos de filtrado (<i>screening</i>).....	90
3.5.2	Instrumentos tradicionales.....	92
3.5.3	Escalas más recomendadas.....	92
3.5.3.1	Escala de Desesperanza de Beck (BHS).....	94
3.5.3.2	Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	95
3.5.3.3	Escala de Ideación Suicida (SSI).....	95
3.5.3.4	Escala de Intencionalidad Suicida (SIS).....	96
3.5.3.5	Escala de Estimación del Riesgo de Suicidio.....	97
3.5.3.6	Escala de Evaluación del suicidio SUAS.....	98
3.5.3.7	Escala SAD PERSONS.....	98
3.5.3.8	Escala Is Path Warm.....	98
3.5.3.9	Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HRSD).....	99
3.5.3.10	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.....	99
3.5.3.11	Columbia-Suicide Severity Rate Scale (C-SSRS).....	99
3.5.3.12	Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0).....	100
3.5.4	Enfoques actualizados.....	101
3.5.5	Nuevos instrumentos.....	107
3.5.6	Instrumentos de evaluación a través de la web.....	108
3.5.7	Evaluación a través de software.....	110
3.5.7.1	Redes neuronales.....	110
3.5.7.2	Big Data, learning machine, data mind.....	110
4	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.....	111
4.1	INTRODUCCIÓN.....	111
4.2	OBJETIVOS DE LA OMS 2013-2020. RESPUESTAS DE LOS PAÍSES.....	113
4.3	PROTOCOLOS, PLANES Y MEJORES PRÁCTICAS.....	116
4.3.1	Introducción.....	116
4.3.2	Protocolos y planes.....	117
4.3.3	Mejores prácticas.....	120
4.4	INTERNET. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN.....	123
4.5	LAS REDES SOCIALES Y LA CONDUCTA SUICIDA.....	125
4.5.1	Introducción.....	125
4.5.2	Efectos negativos.....	126
4.5.3	Efectos positivos.....	128
4.6	LOS TELÉFONOS MÓVILES Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.....	129
5	LAS HELPLINES. ORGANIZACIONES NECESARIAS.....	137
5.1	INTRODUCCIÓN.....	137
5.2	PRESENCIA DE LAS <i>HELPLINES</i>	139

5.3	EFICACIA DE SU TRABAJO	142
5.4	PREVALENCIA DE LLAMADAS CON IDEACIÓN SUICIDA	144
5.5	EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN LAS <i>HELPLINES</i>	146
5.6	ACTUACIÓN ANTE UNA LLAMADA CON IDEACIÓN SUICIDA.....	148
5.7	FORMACIÓN DEL PERSONAL VOLUNTARIO	150
5.8	EL TELÉFONO DE LA ESPERANZA	152
5.8.1	Organización interna	153
5.8.2	Misión, visión y valores	154
5.8.2.1	Misión	154
5.8.2.2	Visión.....	154
5.8.2.3	Valores	154
5.8.3	Actividad	155
5.8.3.1	Intervención en crisis	155
5.8.3.2	Promoción de la calidad de vida emocional	157
5.8.3.3	Voluntariado. Enseñando a ayudar	158
5.8.4	Llamadas recibidas en las sedes del Teléfono de la Esperanza.....	158
5.8.5	Prevalencia de llamadas con ideación suicida.....	160
5.8.6	Problemas más comunes manifestados por los usuarios.....	163
6	LA HERRAMIENTA ATENSIS	165
6.1	ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	165
6.2	OBJETIVOS	166
6.2.1	Ofrecer soporte para la evaluación del riesgo de suicidio.....	166
6.2.2	Mantener al orientador formado.....	167
6.2.3	Profesionalizar los métodos de trabajo de las <i>helplines</i>	167
6.3	CARACTERÍSTICAS GENERALES	167
6.3.1	Base de datos.....	167
6.3.2	Anonimato.....	167
6.3.3	Conectividad con equipos de ayuda y de emergencia.....	168
6.4	FUNCIONAMIENTO Y UTILIDADES	168
6.5	PROCESO DE EVALUACIÓN: INTEGRADO Y SISTEMATIZADO.....	168
6.5.1	Factores de riesgo y señales de alarma.....	170
6.5.2	Evaluación de la suicidalidad.....	173
6.5.2.1	Ideación suicida.	174
6.5.2.2	La intensidad de la ideación.....	175
6.5.2.3	Conducta suicida.....	176
6.5.2.4	Letalidad	177
6.5.2.5	Razones para morir y razones disuasorias	178
6.5.3	Evaluación del riesgo de suicidio. Nivel de riesgo	180
6.5.3.1	Nivel de riesgo en la C-SSRS. Puntuación	180
6.5.3.2	Nivel de riesgo en ATENSIS.....	181
6.6	PROPUESTA DE UNA POLÍTICA DE ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO	188
6.7	ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOPROTECCIÓN	189
6.8	SEGUIMIENTO	190
6.9	OTRAS UTILIDADES: GUÍA DE ACTUACIÓN	191
6.10	FORTALEZAS DE LA HERRAMIENTA.....	192
6.11	PLAN DE IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO A NIVEL NACIONAL	193
	PARTE EMPÍRICA	197
7	INTRODUCCIÓN.....	197
8	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	199
8.1	OBJETIVOS	199
8.2	HIPÓTESIS.....	199
8.3	RELACIÓN ENTRE LOS OBJETIVOS Y LAS HIPÓTESIS	200
9	METODOLOGÍA.....	201
9.1	MUESTRA	201
9.2	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y VARIABLES DE ESTUDIO	202
9.2.1	Instrumentos de evaluación.....	202
9.2.2	Variables de estudio	205

9.2.2.1	Variables de LLAMATEL.....	205
9.2.2.2	Variables de ATENSIS.....	205
9.2.2.3	Variables del cuestionario dirigido a los orientadores.....	207
9.3	PROCEDIMIENTO.....	207
9.3.1	Acuerdo de colaboración con ASITES.....	207
9.3.2	Acuerdo de colaboración con el 112.....	207
9.3.3	Cuestionario dirigido a los orientadores del Teléfono de la Esperanza.....	208
9.3.4	Instalación y plan de formación.....	209
9.3.5	Reuniones con expertos y asistencia a foros.....	210
9.3.6	Recogida de datos.....	210
9.4	ANÁLISIS DE DATOS.....	211
10	RESULTADOS.....	213
10.1	LLAMADAS CON IDEACIÓN SUICIDA.....	215
10.1.1	Prevalencia de la ideación suicida.....	215
10.1.2	Problemas más comunes: factores de riesgo de suicidio.....	220
10.2	LA IDEACIÓN SUICIDA.....	225
10.2.1	Características.....	225
10.2.2	Factores de riesgo e ideación suicida.....	227
10.2.3	Factores asociados a la ideación suicida.....	228
10.3	CONDUCTA SUICIDA.....	229
10.4	RIESGO DE SUICIDIO.....	230
10.4.1	Factores de riesgo y nivel del riesgo.....	230
10.4.2	Factores asociados al nivel de riesgo de suicidio.....	231
10.4.3	La Teoría Interpersonal del suicidio en la evaluación del riesgo de suicidio.....	232
10.4.4	La Teoría Integrativa Motivacional-Volitiva.....	234
10.5	DIFERENCIAS DE GÉNERO.....	235
10.5.1	Variables sociodemográficas.....	235
10.5.2	Factores de riesgo y señales de alarma.....	236
10.5.3	Variables relacionadas con la suicidalidad.....	237
10.6	DIFERENCIAS SEGÚN LA EDAD.....	238
10.6.1	Factores de riesgo/señales de alarma.....	239
10.6.2	Variables relacionadas con la suicidalidad.....	240
10.7	LA ACTUACIÓN DEL ORIENTADOR.....	242
10.7.1	Eficacia percibida por el orientador.....	243
10.7.2	Análisis del cuestionario previo a la utilización de ATENSIS.....	244
10.7.3	Análisis del cuestionario posterior a la utilización de ATENSIS.....	245
10.7.4	Diferencias entre el cuestionario previo y posterior a la utilización de ATENSIS.....	245
11	CONCLUSIONES.....	247
12	DISCUSIÓN.....	271
12.1	CARACTERÍSTICAS DE LAS LLAMADAS CON IDEACIÓN SUICIDA.....	271
12.1.1	Prevalencia.....	271
12.1.2	Temporalidad.....	273
12.2	LOS FACTORES DE RIESGO Y LA SUICIDALIDAD.....	274
12.2.1	Consideraciones finales sobre los factores de riesgo.....	274
12.2.2	Consideraciones finales sobre la suicidalidad.....	276
12.3	INTERVENCIÓN EN LAS LLAMADAS CON IDEACIÓN SUICIDA.....	278
12.3.1	Intervención ante los factores de riesgo.....	278
12.3.2	Intervención ante el nivel de riesgo de suicidio.....	281
12.3.3	Propuestas de mejora.....	284
12.3.3.1	Formación de los orientadores.....	284
12.3.3.2	Consentimiento verbal para realizar seguimiento.....	284
12.3.3.3	Actuación ante el riesgo de suicidio.....	287
12.4	LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y BENEFICIOS ESPERADOS.....	287
12.5	LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	291
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	293

ANEXOS

Anexo 1. <i>Suicide Risk Screening Tool</i>	318
Anexo 2. Escala de desesperanza de Beck.....	320
Anexo 3. Escala de Ideación Suicida (SSI).....	321
Anexo 4. Escala de Intencionalidad Suicida.....	323
Anexo 5. Escala de Estimación del Riesgo de Suicidio.....	326
Anexo 6. Escala de Evaluación del suicidio	327
Anexo 7. Escala SAD PERSONS	330
Anexo 8. Escala Is Path Warm.....	331
Anexo 9. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.....	332
Anexo 10. Items y proceso de evaluación en la escala completa del C-SSRS.	333
Anexo 11. <i>Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0)</i>	335
Anexo 12. Ítems del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI).....	341
Anexo 13. The Tool for Assessment of Suicide Risk: TARS.....	342
Anexo 14. Guía de Práctica Clínica del Servicio Nacional de Salud.....	343
Anexo 15. <i>The Risk Assessment Suicidality (RASS)</i>	344
Anexo 16. Plan de seguridad.....	345
Anexo 17. Acuerdo de colaboración ASITES-Facebook.	346
Anexo 18. Puntuación del C-SSRS	349
Anexo 19. Guía para el triaje clínico usando el C-SSRS	350
Anexo 20. Características más relevantes del acuerdo de colaboración con ASITES.....	357
Anexo 21. Procedimiento establecido en el 112 de Navarra	358
Anexo 22. Carta enviada por el Presidente de ASITES a los centros del 112.....	359
Anexo 23. Presentación de ATENSIS en Congresos/Jornadas internacionales	361
Anexo 24. Referencias en prensa	364
Anexo 25. Autorizaciones del Comité Ético de la UPNA y de ASITES.....	366

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Señales de alarma mencionadas con más frecuencia en Internet.....	30
Tabla 2. Diferencias entre señales de alarma y factores de riesgo.....	31
Tabla 3. Consenso de expertos sobre las señales de alarma de riesgo de suicidio	32
Tabla 4. Señales de alarma en el Is Path Warm	32
Tabla 5. Señales de alarma de riesgo de suicidio.....	34
Tabla 6. Tipos de factores de riesgo de suicidio	35
Tabla 7. Consenso sobre los factores de riesgo de suicidio	36
Tabla 8. Clasificación de los factores de riesgo.....	37
Tabla 9. Riesgo de suicidio en trastornos específicos.....	39
Tabla 10. Probabilidad de riesgo de suicidio en personas con enfermedades crónicas	54
Tabla 11. Tasas de suicidio en varios países (2015).....	60
Tabla 12. Modelo socioeconómico del riesgo de suicidio	65
Tabla 13. Factores protectores de la conducta suicida.....	80
Tabla 14. Indicadores de calidad en la evaluación del riesgo.....	87
Tabla 15. Principios a tener en cuenta en la evaluación del riesgo de suicidio	88
Tabla 16. Escalas y cuestionarios para la evaluación del riesgo de suicidio	92
Tabla 17. Continuo del riesgo de suicidio.....	102
Tabla 18. Áreas críticas a explorar en la evaluación del riesgo.....	104
Tabla 19. Nivel de riesgo en <i>Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T)</i> .	105
Tabla 20. Resumen de los enfoques actualizados de evaluación del riesgo de suicidio.....	107
Tabla 21. Algunas propuestas de acciones preventivas	112
Tabla 22. Número de países con un plan nacional o estrategia de prevención.....	113
Tabla 23. Actividades de países que no tienen un plan nacional de prevención	114
Tabla 24. Programas de prevención del suicidio en España	115
Tabla 25. Programas europeos para la prevención del suicidio	116
Tabla 26. Componentes típicos de estrategias nacionales para abordar un plan de prevención.	117
Tabla 27. Otros planes con reciente implantación en España.....	118
Tabla 28. Resultados de búsquedas en Google según términos utilizados en castellano	123
Tabla 29. Una evaluación sistemática de las apps para la prevención del suicidio en móviles..	132
Tabla 30. Términos relacionados con el suicidio.....	133
Tabla 31. Población de referencia, llamadas a las helplines.....	144
Tabla 32. Sistema de evaluación del riesgo en la <i>National Suicide Prevention Lifeline</i>	146
Tabla 33. Actuación ante riesgo inminente de suicidio. <i>National Suicide Prevention Lifeline</i> ..	149
Tabla 34. Sistemas de evaluación del riesgo de suicidio de las helplines consultadas.....	150
Tabla 35. Presencia internacional de ASITES (2016)	152
Tabla 36. Evolución de llamadas de crisis al Teléfono de la Esperanza.....	160
Tabla 37. Impacto del Teléfono de la Esperanza en Navarra y en el ámbito nacional (2017)....	161
Tabla 38. Datos y referencias sobre la ideación suicida en España (2017)	162
Tabla 39. Señales de alarma y factores de riesgo recogidos en ATENSIS.....	171
Tabla 40. Escalas que evalúan la suicidalidad	174
Tabla 41. Niveles de riesgo aplicando la C-SSRS en Fort Carson	181
Tabla 42. Clasificaciones utilizadas en el nivel de riesgo.....	187
Tabla 43. Referencias de los enfoques de evaluación del riesgo de suicidio.....	192
Tabla 44. Plan de implantación de ATENSIS en las sedes del Teléfono de la Esperanza	193
Tabla 45. Objetivos e hipótesis del estudio.....	200
Tabla 46. Procedencia de las llamadas recibidas en la sede de ASITES Navarra	202
Tabla 47. Variables dicotomizadas	212
Tabla 48. Prevalencia de ideación suicida en ASITES nacional y en ASITES Navarra	216
Tabla 49. Distribución por sexo de las llamadas con ideación suicida en ASITES Navarra.....	216
Tabla 50. Llamadas totales y con ideación suicida durante el año 2018	217
Tabla 51. Características sociodemográficas de las personas con ideación suicida	219
Tabla 52. Asociación temporal de las llamadas con ideación suicida	220
Tabla 53. Estacionalidad de las llamadas con ideación suicida.....	220
Tabla 54. Presencia relativa de los factores de riesgo en cada grupo	222
Tabla 55. Concurrencia de factores psicológicos con la depresión	223

Tabla 56. Mayor riesgo de suicidio cuando se manifiestan junto a la depresión.....	224
Tabla 57. Clasificación de los factores del proceso de evaluación en ATENSIS.....	224
Tabla 58. Variables relacionadas con la suicidalidad	226
Tabla 59. Variables asociadas a no encontrar razones que puedan disuadir de la idea suicida ..	227
Tabla 60. Factores de riesgo presentes en la ideación suicida según su severidad.....	228
Tabla 61. Factores de riesgo asociados a la ideación suicida moderada-severa (modelo final) .	229
Tabla 62. Conducta suicida en la muestra.....	229
Tabla 63. Características del nivel de riesgo de suicidio en la muestra.....	230
Tabla 64. Factores de riesgo relacionados con el nivel del riesgo de suicidio.....	231
Tabla 65. Factores de riesgo asociados al nivel de riesgo alto o muy alto de suicidio	232
Tabla 66. Elementos de la Teoría Interpersonal del Suicidio según la ideación suicida	233
Tabla 67. Elementos de la Teoría Interpersonal del Suicidio según el nivel de riesgo.....	234
Tabla 68. Presencia de los elementos de la teoría Integrativa Motivacional-Volitiva.....	234
Tabla 69. Diferencias de género en las variables sociodemográficas.....	235
Tabla 70. Diferencias de género en los factores de riesgo y las señales de alarma	236
Tabla 71. Factores de riesgo en los hombres con ideación suicida.....	237
Tabla 72. Factores de riesgo en las mujeres con ideación suicida	237
Tabla 73. Diferencias de género en las variables relacionadas con la suicidalidad.....	238
Tabla 74. Diferencias según la edad en los factores de riesgo y las señales de alarma	239
Tabla 75. Factores de riesgo en personas de 50 años y más respecto a menores de 50 años.	240
Tabla 76. Diferencias según la edad en las variables de suicidalidad.....	241
Tabla 77. Suicidalidad en personas de mayores de 50 años respecto a menores de 50 años.....	242
Tabla 78. Ofrecimiento de ayuda por el orientador según el riesgo de suicidio	243
Tabla 79. Percepción del orientador sobre la disminución de la suicidalidad	244
Tabla 80. Percepción del orientador sobre la calidad de la atención	244
Tabla 81. Contraste de la hipótesis del objetivo 1	247
Tabla 82. Prevalencias de la ideación suicida en la población en varios países	247
Tabla 83. Contraste de las hipótesis del objetivo 2.1	248
Tabla 84. Confirmación de las hipótesis del objetivo 2.2.	250
Tabla 85. Confirmación de las hipótesis del objetivo 2.3	256
Tabla 86. Confirmación de las hipótesis del objetivo 3	260
Tabla 87. Confirmación de las hipótesis del objetivo 4	262
Tabla 88. Prioridad deseable en la actuación de los orientadores.....	266
Tabla 89. Elementos clave en el proceso de evaluación del riesgo de suicidio de ATENSIS....	269
Tabla 90. Datos destacados en relación a los objetivos y las hipótesis planteados	269

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolución de la tasa de suicidio en España	17
Figura 2. Modelo de las fuerzas contrabalanceadas de la conducta suicida y de la violencia.	22
Figura 3. Modelo socio-ecológico.....	24
Figura 4. Teoría Interpersonal del suicidio. Adaptado de Van Orden et al. (2010).....	25
Figura 5. Teoría Motivacional-Volitiva.	26
Figura 6. Self-suicidality separation (SSS).	27
Figura 7. Visibilidad de las señales en la conducta suicida	33
Figura 8. Tasas de mortalidad total por países en el grupo de edad 45–54.....	62
Figura 9. Tasas de mortalidad según la causa. Raza blanca, no hispanas de edad 45–54.	63
Figura 10. Futuras medidas de prevención adoptadas en el Golden Gate	70
Figura 11. Asociación horas de sueño/conductas suicida.	75
Figura 12. Riesgo de suicidio en hombres por grupos de ocupacion en Inglaterra, 2011-2015 ...	76
Figura 13. Profesiones con mayor riesgo de suicidio en Inglaterra, 2011 a 2015	77
Figura 14 (Izquierda). Suicidios por cada 100.000 habitantes (Francia)	78
Figura 15 (Derecha). Toneladas de pesticidas peligrosos (Francia)	78
Figura 16. Marco de colaboración clínico-paciente.	104
Figura 17. Estrategias de actuación propuestas por la OMS.....	119
Figura 18. Evolución de los programas de la <i>European Alliance Against Depression</i> (EAAD).....	122
Figura 19. Ejemplo de plan de seguridad en app para móviles.....	130
Figura 20. Páginas de ayuda de dos apps para la prevención del suicidio en móviles	131
Figura 21. Llamadas con temática suicida en el Teléfono de la Esperanza (2013-2018).....	138
Figura 22. Evolución de mensajes con ideación suicida en Crisis Text Line	145
Figura 23. Problemas concurrentes en los mensajes con ideación suicida a <i>Crisis Text Line</i>	145
Figura 24. Organización interna de ASITES	153
Figura 25. Memoria 2016 de ASITES	154
Figura 26. Evolución del número de llamadas al Teléfono de la Esperanza según el sexo.....	156
Figura 27. Evolución del número de llamadas al Teléfono de la Esperanza según el sexo.....	158
Figura 28. Evolución de llamadas por todos los conceptos al Teléfono de la Esperanza.....	159
Figura 29. Evolución de las llamadas al Teléfono de la Esperanza con temática de crisis	161
Figura 30. Porcentaje de llamadas IS al TE en 2018 (enero-junio) y tasa media de suicidio.....	163
Figura 31. Problemática mostrada en las llamadas al Teléfono de la Esperanza (2017).....	163
Figura 32. Flujo del proceso de evaluación integrado en ATENSIS	169
Figura 33. Distancia figurada entre el individuo y su suicidio	170
Figura 34. Factores de riesgo y señales de alarma. Detección de la ideación suicida	171
Figura 35. Ideación suicida en la subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS	175
Figura 36. Intensidad de la ideación en la subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS.....	176
Figura 37. Conducta suicida en la subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS	177
Figura 38. Letalidad de los intentos. Subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS	178
Figura 39. Razones morir en la subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS	179
Figura 40. Razones disuasorias en la subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS	180
Figura 41. Nivel de riesgo en ATENSIS.....	182
Figura 42. Gráfica de suicidalidad	182
Figura 43. Grupos de factores de riesgo que contienen algunos de los factores específicos.....	183
Figura 44. Elementos de la teoría Integral Motivacional-Volitiva (IMV)	184
Figura 45. Elementos de la Teoría Interpersonal del Suicidio (TIPS)	185
Figura 46. Letalidad de los intentos anteriores	186
Figura 47. Niveles de riesgo obtenidos en ATENSIS.....	187
Figura 48. Actuación ante un riesgo de suicidio inminente o intento en curso. ATENSIS.....	188
Figura 49. Propuesta de actuación y otros registros en ATENSIS	189
Figura 50. Tarjeta de autoprotección	190
Figura 51. Control del seguimiento en la herramienta ATENSIS	191
Figura 52. Sedes del Teléfono de la Esperanza y características de la instalación	194
Figura 53. Flujo de inclusión de casos en el estudio.....	201
Figura 54. Instrumentos utilizados.....	203
Figura 55. Comunicación entre el Teléfono de la Esperanza y el 112.....	208

Figura 56. Conceptos sobre la severidad y la intensidad	214
Figura 57. Prevalencia de llamadas con ideación suicida. ASITES Nacional y Navarra	217
Figura 58. Número de llamadas con ideación suicida. Muestra del estudio	218
Figura 59. Presencia de grupos de factores de riesgo en la ideación suicida.....	221
Figura 60. Principales factores de riesgo presentes en la ideación suicida	223
Figura 61. Tipo de ayuda ofrecida por los orientadores que utilizan ATENSIS	242
Figura 62. Asociación entre distintos factores y la suicidalidad. Ámbitos de intervención	279
Figura 63. Propuesta de intervención en el Teléfono de la Esperanza.....	283
Figura 64. Comunicación de un caso para su seguimiento. ATENSIS.....	286
Figura 65. Registro del seguimiento. ATENSIS	286
Figura 66. Actuación ante el riesgo de suicidio	287

INTRODUCCIÓN

La salud pública en cualquier país con capacidad para establecer sistemas de protección a sus ciudadanos es un tema que requiere la máxima atención y al que se dedican importantes recursos. En este campo, la prevención, especialmente en los niveles primario y secundario, forma parte de las políticas que la mayoría de los países aplican para reducir el nivel de mortalidad por causas naturales y también por causas externas. Entre estas últimas, el suicidio ocupa uno de los primeros lugares, con más de 800.000 muertes anuales. La Organización Mundial para la Salud abandera la creciente preocupación por este tipo de muertes, así como la coordinación de acciones, iniciativas y buenas prácticas que se desarrollan en los diferentes países. En los últimos 20 años la investigación sobre el suicidio ha sido importante, pero es en los últimos 10 años cuando se ha publicado el doble de artículos sobre la prevención del suicidio y la evaluación del riesgo de suicidio que en la década anterior.

El tema del suicidio está asociado a la intervención en crisis, campo al que se dedican las líneas de ayuda telefónica *helplines*. Estas organizaciones, repartidas a lo largo de los cinco continentes, actúan con el apoyo de personas voluntarias que dedican su tiempo a formarse para intervenir y poder ayudar a personas que pasan por momentos de crisis. La preparación y profesionalización del trabajo del voluntariado es clave para poder prestar una ayuda eficaz y para ello se hace necesario dotarles de habilidades y estrategias de escucha, así como de pautas para intervenir y de instrumentos para evaluar el riesgo de suicidio.

Partiendo de las teorías existentes, de las aportaciones de los expertos, de la amplia bibliografía, de las mejores prácticas en la evaluación del riesgo de suicidio y teniendo en cuenta la carencia de sistemas de evaluación estandarizados en las *helplines*, el autor de este trabajo se planteó la idea del diseño y elaboración de una herramienta informática (ATENSIS), que ayudara al voluntariado en la difícil tarea de atender las llamadas de

personas con tendencia suicida y que sirviera también para obtener información sobre las características de este tipo de llamadas. Tras su implantación inicial en un ámbito muy local y a la vista de las expectativas positivas del uso de la herramienta, se planteó la elaboración de esta tesis con dos objetivos principales: caracterizar las llamadas con tendencia suicida y comprobar que la herramienta constituye una ayuda eficaz para los agentes de ayuda. El trabajo empírico se ha realizado en el centro de atención que la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES) tiene en Navarra. En adelante, las referencias a esta asociación se harán como ASITES o como Teléfono de la Esperanza (TE).

La tesis consta de dos partes: una teórica, en la que se desarrolla el tema del suicidio y sus características y otra empírica, en la que se estudian las características de las llamadas al TE y la utilidad del proceso de evaluación del riesgo de suicidio que se sigue en la atención a este tipo de llamadas. El suicidio es un tema ampliamente manejado en la bibliografía y las referencias a su magnitud y a sus características se encuentran en la mayoría de los trabajos de investigación. La tesis se inicia con estas referencias y aborda el concepto de suicidalidad como preámbulo al estudio de los factores de riesgo y de las señales de alarma como elementos clave en la evaluación del riesgo de suicidio. Se trata de un proceso complejo que, si bien está desarrollado a nivel teórico, apenas existen herramientas e instrumentos que contemplen este proceso de forma integrada para poder aplicarse en la práctica, tanto en el ámbito clínico como en el campo de la intervención en crisis.

El enfoque de este trabajo está centrado en la prevención del riesgo de suicidio y en la aportación que las *helplines* pueden hacer para lograr este objetivo. Conocer las características de estas organizaciones y el papel que desarrollan en la comunidad puede ayudar a una mejor comprensión del tema. La herramienta ATENSIS no es solo una medida para la recogida de datos sino algo más valioso si se tiene en cuenta que se trata

de un proceso de evaluación. Este proceso, así como sus características y utilidades, se describe con detalle al final de la primera parte.

El Teléfono de la Esperanza es la *helpline* de referencia a nivel nacional y ha ofrecido sus sedes para que esta investigación pueda ser llevada a cabo con la expectativa de que todas las sedes pudieran implantar la herramienta e incorporar su uso. Si su implantación ha requerido esfuerzo, otras cuestiones como la formación, no solo sobre el uso de la herramienta sino sobre temas relacionados con la temática suicida, han supuesto una dedicación intensa. La parte empírica desarrolla, junto a los objetivos, los aspectos metodológicos y los resultados finales del trabajo, el proceso de implantación y las limitaciones que se han encontrado.

Contar con un proceso sistematizado de evaluación del riesgo de suicidio y poder establecer las características que concurren en las llamadas en situación de crisis puede contribuir a la prevención y reducción del suicidio. Este trabajo pretende aportar el conocimiento obtenido de las circunstancias que rodean a las personas con ideación suicida.

*

* Esta tesis utiliza el lenguaje masculino genérico que incluye a los individuos de uno y otro sexo.

PARTE TEÓRICA

1 EL SUICIDIO

1.1 UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El suicidio representa un problema real de salud pública. Así está reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La preocupación no está generada únicamente por las cifras oficiales, sino por una realidad que va más allá de las cifras, una realidad que está en la conciencia de todos los países desarrollados comprometidos con las políticas de bienestar. El suicidio no sintoniza con estas políticas y, en general, la mayoría de los países que forman parte de la OMS tienen como objetivo reducir las tasas de suicidio, aunque según cita esta organización, únicamente 28 países han desarrollado un plan nacional de prevención (OMS, 2015).

El término “salud pública” puede ser interpretado como algo que compete únicamente a los gobiernos, a las administraciones, pero la OMS sostiene que es la sociedad organizada quien debe tomar parte en las políticas de prevención, aglutinando a todos los agentes involucrados en la seguridad y el bienestar de las personas. Por un lado, las administraciones públicas dotando de recursos y estableciendo políticas sociales, de salud, de seguridad, de educación, etc. y, por otro, los medios de comunicación, las asociaciones que trabajan en el campo de la salud emocional y en general en el campo de lo social y de la atención a las poblaciones de riesgo. Todos deben trabajar de forma coordinada en cualquier plan de prevención que contemple, de forma comprometida, la reducción de las tasas de suicidio (OMS, 2015).

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

1.2.1 Suicidios

La OMS informa que únicamente 60 de los 165 países miembros tienen incorporado un sistema de recogida sistemática de datos que permite centralizar, analizar, interpretar,

definir y, en última instancia, comunicar la problemática sobre el suicidio y la necesidad de su prevención. En este contexto, se debe asumir que los datos oficiales difieren de la realidad al estar influidos por distintos factores que la distorsionan como son el veredicto médico-forense-judicial, el grado de aceptación o rechazo social del suicidio, los métodos de registro y las dificultades diagnósticas. A pesar de estas dificultades, los datos aportados por la OMS permiten conocer la magnitud del problema (WHO, 2014b).

El suicidio representa el 0,5-2% de todas las causas de mortalidad. Aunque no se encuentra entre las causas más frecuentes, es un indicador significativo para conocer la salud pública de la población. Cada año mueren en el mundo más de 800.000 personas por suicidio, lo que representa una tasa de 11,4 por 100.000, figurando entre las diez principales causas de muerte en muchos países. Según la OMS (2013), en los últimos 50 años los suicidios han aumentado un 60%, aunque los porcentajes de suicidio en la población varían según la categoría demográfica. Las personas mayores tienen las tasas más altas de suicidio en la mayoría de los países y, en aquellos con escasa protección social a la infancia, las tasas de suicidio en la población juvenil son también elevadas. A nivel global, es la segunda causa de muerte en el tramo de edad de 15 a 29 años. En los países desarrollados los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, mientras que, en los países con ingresos bajos y medianos, que es donde se produce el 75% de los suicidios, la proporción es de 1,5 hombres por cada mujer. En China y en India el número de suicidios entre hombres y mujeres está muy igualado. Con los intentos de suicidio ocurre lo contrario, ya que a nivel global son las mujeres quienes más lo intentan, en una proporción de 4 a 1, si bien en los pocos países en los que se han hecho estudios sobre los intentos se observan diferencias con respecto a la proporción estimada a nivel mundial (Geulayov et al., 2016; Hawton, Saunders y O'Connor, 2012; Rasmussen, Hawton, Philpott-Morgan y O'Connor, 2016). Cada suicidio, por término medio, tiene un serio impacto sobre al menos otras seis personas, causando importantes consecuencias

psicológicas, sociales y económicas. El envenenamiento con pesticidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más utilizados y, según estimaciones basadas en la tendencia actual, en el año 2030 morirán por suicidio más de 1 millón de personas en el mundo (OMS, 2013).

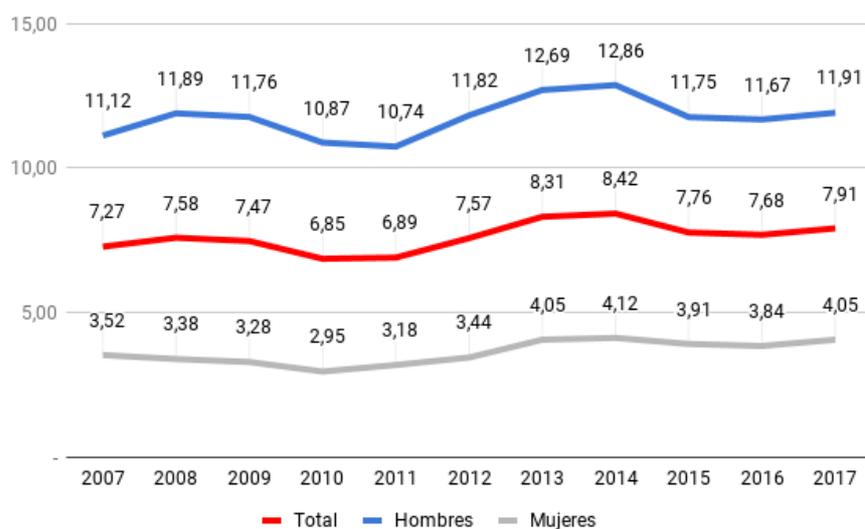


Figura 1. Evolución de la tasa de suicidio en España

Fuente: elaboración propia con datos del INE (<http://www.ine.es>).

Las tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes presentan diferencias según las regiones, que la OMS define como Europa, África, América, Sureste Asiático, Este Mediterráneo y Pacífico Oeste (WHO, 2018). Europa presenta una tasa de 15,4, con diferencias de unos países a otros. España tiene una de las tasas más bajas de Europa, con una evolución ascendente que en los últimos dos años se ha reducido (Figura 1). Lituania con 31,9, Rusia con 31,0 y Bielorrusia con 26,2 encabezan la lista, con tasas hasta 4 veces más altas que en España. El Sureste Asiático, con una tasa de 13,2, concentra el 39% de los suicidios en el mundo, con países como India, donde se produce el mayor número de suicidios. En este país, uno de cada cuatro jóvenes de 13 a 15 años sufre depresión. La OMS calcula que la tasa de suicidio en jóvenes de 15 a 29 años es de 35,5 por 100.000 (WHO, 2017).

China registra igualmente un elevado número de suicidios y se calcula que entre este país y la India contabilizan el 50% de todos los suicidios a nivel mundial. En la región del Pacífico Oeste destacan Corea, Mongolia y Japón, con tasas que superan los 20 suicidios por cada 100.000 habitantes. En América la tasa es de 9,8, destacando Guyana con una tasa de 29,2, Suriname con 22,8, Uruguay con 18,4 y Estados Unidos con 15,3. En este último país, la tasa de suicidios se incrementó en los últimos 15 años casi un 30%, mientras que en las zonas rurales el incremento fue de un 40%. Estas diferencias parecen deberse a la menor inversión en recursos para el cuidado de la salud mental, al aislamiento social, al consumo de drogas y a los efectos de la crisis económica, más duros en estas zonas (Kegler, Stone y Holland, 2017).

1.2.2 Intentos de suicidio

A diferencia de lo que ocurre con la mortalidad por suicidios, no resulta fácil obtener las cifras de los intentos de suicidio. Son varias las razones que lo impiden, entre ellas la falta de consenso en la definición, la falta de procedimientos de registro estandarizados y el hecho de que no todos los intentos son atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. En el estudio realizado por Nock y colaboradores en 17 países de las regiones establecidas por la OMS (África, América, Asia, Zona del Pacífico, Europa y Oriente Medio) se ha encontrado una prevalencia de los intentos de suicidio del 2,7% (Nock, Borges, Bromet, Alonso, et al., 2008a). Los estudios realizados en la población española obtienen una prevalencia de 1,5%, muy similar a la de la población europea que es del 1,3%, (Gabilondo et al., 2007).

Los intentos de suicidio preocupan especialmente en los adolescentes. En un estudio multicéntrico realizado en Inglaterra sobre 84.378 intentos de suicidio en el período 2000-2012 en el que estuvieron involucrados 47.048 individuos, el 43,1% eran hombres y el 56,8% mujeres y, de todos ellos, el 38,4% tenía menos de 25 años y el 62,1% menos de

35 años (Geulayov et al., 2016). Las cifras encontradas en este estudio ascendieron a 362 intentos en hombres y 441 en mujeres por cada 100.000.

1.2.3 Ideación suicida

Se ha encontrado una prevalencia de la ideación suicida a nivel mundial del 9,2% (Nock, Borges, Bromet, Alonso, et al., 2008a), con diferencias entre países. En España es del 4,4% (Gabilondo et al., 2007), una tasa menor que la europea, que es del 7,8% (Bernal et al., 2007). El estudio de Nock y colaboradores revela que la ideación suicida a edad temprana está asociada a tener un plan y al intento de suicidio. Por otro lado, se calcula que un 60% de las personas con ideación suicida no recibe tratamiento (O'Connor y Nock, 2014b).

1.3 INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES

El análisis de la conducta suicida se suele hacer desde los planos social y personal, teniendo en cuenta que ambos planos están estrechamente relacionados por la interacción del individuo con su entorno. Por ello, es necesario considerar las características socioculturales que afectan a la persona que muestra una conducta suicida. Los estudios sobre diferentes culturas y países muestran importantes variaciones en las tasas de enfermedades psiquiátricas (Maercker, 2001). Un factor importante en estos estudios son los valores que rigen en las diferentes culturas, como el individualismo o colectivismo, la distancia de poder, la masculinidad/feminidad y la evitación de la incertidumbre (Portwood y Hofstede, 1982) o el autocontrol, la armonía con la naturaleza, la autonomía intelectual y afectiva, el arraigo, el conservadurismo, el respeto a la jerarquía, el compromiso social, la armonía y la capacidad para alcanzar objetivos grupales y personales (Schwartz y Bilsky, 1990).

La influencia de los valores culturales sobre el suicidio ha sido investigada por Lenzi y colaboradores en un estudio transcultural en el que se incluyeron 87 países que aportaron

datos de suicidio en el período 1997-2005. En el estudio se tuvieron en cuenta indicadores y variables sobre la salud, la educación, económicos y otros como las creencias religiosas, la aceptabilidad del suicidio, la eutanasia y el capital social. Se encontró una relación de las tasas de suicidio con la situación de divorciado, el desarrollo de la actividad laboral en el sector industrial, los años de escolarización, ser mayor de 60 años, el individualismo, la autonomía intelectual/ afectiva y la aceptación de la eutanasia. Como factores protectores se señalan la integración económica y social, el índice de felicidad, el igualitarismo y las prácticas/creencias religiosas (Lenzi, Colucci y Minas, 2011).

La comprensión de la conducta suicida debe hacerse desde un contexto sociocultural que esté abierto a nuevas ideas, herramientas, tecnologías y otras culturas (Lester, Colucci, Hjelmeland y Park, 2013). Los diferentes significados que las sociedades atribuyen al suicidio influyen igualmente en las consecuencias y en el dolor de los familiares y de las personas afectadas por la pérdida, así como en la percepción que tienen sobre la necesidad de ayuda (Dyregrov, 2011).

1.4 ¿POR QUÉ SE SUICIDA LA GENTE?

Pretender encontrar una respuesta que explique las razones de un suicidio resulta, hasta la fecha, muy complicado, si no imposible. Las distintas teorías han estudiado los procesos de la conducta suicida y ayudan, desde distintas posiciones, a entender el fenómeno del suicidio, pero no explican el último y extremo paso al acto, por qué unos lo hacen y otros no. El suicidio es un fenómeno complejo que no se alcanza a comprender en su totalidad. Manifestaciones como “ya no puedo más” o “no puedo seguir adelante” pueden responder a un deseo de escapar de un sufrimiento o de un dolor físico, psicológico o emocional insoportables. Otras personas manifiestan “no querer seguir viviendo así” para reflejar situaciones de estigmatización de algunas enfermedades como el VIH, el cáncer o enfermedades degenerativas. Otras veces, el deseo de morir y también de matar obedece a alucinaciones en forma de mandatos percibidos bajo estados psicóticos o

creencias y lealtades políticas o religiosas. Desear la propia muerte puede ser un medio de expiación, la manera de reunirse con un ser querido fallecido, una forma de vengarse, una manera de proteger el honor, etc.

1.4.1 Modelos explicativos

A lo largo del tiempo se ha explicado la conducta suicida desde diferentes modelos, partiendo la mayoría de ellos de la obra de Émile Durkheim “El suicidio” (1858). Por razones prácticas se resumen a continuación las teorías o modelos que son más relevantes para los objetivos de esta investigación.

1.4.1.1 El modelo cúbico del suicidio

Los componentes de este modelo son el dolor, la perturbación y la presión. El dolor psicológico resulta de las necesidades psicológicas frustradas, y puede llegar a ser intolerable. La perturbación es un estado de conciencia alterado que incluye la constricción de la percepción y la impulsividad. La presión es el resultado de una afectividad negativa intensa sumada al impacto que determinados eventos estresantes del entorno tienen en el individuo (Shneidman y Short, 1977). Este estado se describe como “visión de túnel” y se caracteriza por una rigidez de pensamiento (Shneidman, 1980).

1.4.1.2 Teoría del escape (*Escape from Self*)

Este modelo defiende que es una cadena de acontecimientos y causas la que conduce a la conducta suicida. Influenciada por la psicología social, en especial los escritos de Durkheim sobre el suicidio (Durkheim, 1992) y la psicología de la personalidad, el modelo propone que la persona se encuentra atrapada y atormentada y no desea morir, sino que lo que desea es escapar de sí mismo. Según esta teoría, el proceso de la conducta suicida consta de seis etapas (Baumeister, 1990): 1) percepción de fracaso, 2) atribución de la culpa del fracaso a uno mismo, 3) un estado aversivo de autoconciencia, con sentimiento de incompetencia, culpa y desprecio de sí mismo, 4) afectividad negativa como

consecuencia de esta conciencia, 5) deconstrucción cognitiva en cuanto a la perspectiva del tiempo, centrándose en lo concreto y en lo próximo, falta de sentido, de objetivos y 6) rigidez y falta de inhibición que potencia el riesgo de conducta suicida.

1.4.1.3 Modelo de “fuerzas contrabalanceadas”

Según este modelo, que también toma el nombre de sus autores (Plutchik, Van Praag y Conte, 1989), la conducta suicida es el resultado de un impulso agresivo que surge en determinadas situaciones. La Figura 2 muestra cómo esta agresividad puede dirigirse hacia los demás o hacia uno mismo en forma de violencia.

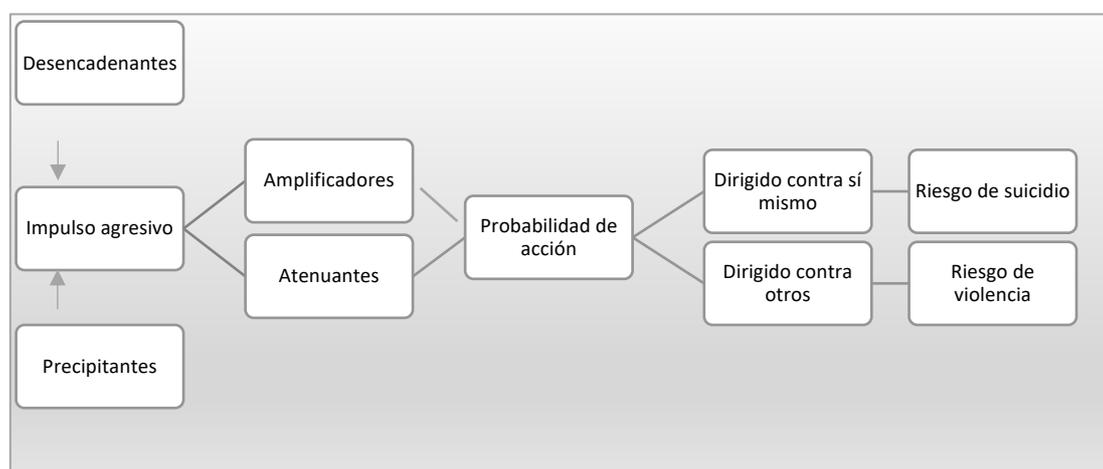


Figura 2. Modelo de las fuerzas contrabalanceadas de la conducta suicida y de la violencia. Fuente: Adaptado de Plutchik, Van Praag y Conte, (1989).

1.4.1.4 Pérdida del sentido (*Loss of Self*)

El modelo propone que la conducta suicida y el comportamiento autodestructivo pueden darse, sobre todo en la población joven, cuando se da la pérdida del sentido y una ruptura de la identidad que no logra integrarse para formar un “yo unificado”. El suicidio se convierte en una opción cuando los individuos han perdido una sensación de conexión con su propio futuro. En este estado y cuando se enfrentan a dificultades que hacen que la vida parezca intolerable, el suicidio se convierte en una posibilidad (Chandler, Cicchetti y Toth, 1994).

1.4.1.5 Modelo clínico de la conducta suicida

Este modelo (Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999) es muy utilizado en la explicación de la conducta suicida y está basado en la idea de que es el resultado de la interacción entre el ambiente (estrés) y la predisposición, vulnerabilidad o impulsividad hacia esta conducta (diátesis).

1.4.1.6 Vulnerabilidad sociológica

Para el sociólogo francés Émile Durkheim, en su obra “El Suicidio” (1858), la conducta suicida tendría su explicación en las características de las instituciones, en las costumbres, en las ideologías y en la propia cultura y sistema económico de la sociedad. Cuando un individuo no puede integrarse en una sociedad, podría indicar una falta o exceso de regulación. Por tanto, el suicidio sería un hecho social y tanto la explicación biológica como la psicológica pierden peso en esta teoría. Durkheim clasifica el suicidio en: egoísta (propio de las sociedades individualistas), anómico (ausencia de normas y valores en sociedades inestables con pocos sistemas de protección al individuo), altruista (por causas que el individuo considera que merecen su propia muerte) y fatalista (cuando las circunstancias extremas llevan al individuo a preferir su propia muerte).

1.4.1.7 Modelo socio-ecológico

En el marco de la responsabilidad social en las muertes por suicidio, el modelo socio-ecológico contempla el suicidio como un acto individual que ocurre en el contexto de relaciones interpersonales dentro de la comunidad, de la sociedad y de la cultura en la que vive, afectando a cada uno de estos subsistemas (Figura 3). El modelo se planteó inicialmente para explicar el uso de la violencia en los abusos a los niños y, posteriormente, la violencia en los jóvenes, la violencia hacia la pareja y hacia las personas mayores (Dahlberg y Krug, 2006).

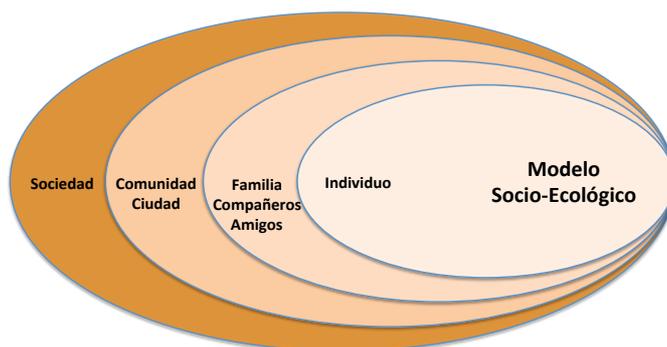


Figura 3. Modelo socio-ecológico

1.4.1.8 Modelo cognitivo

Está basado en el modelo diátesis-estrés, con tres constructos principales: factores de vulnerabilidad, procesos psicológicos asociados a trastornos psiquiátricos y procesos cognitivos asociados a la conducta suicida. Según este modelo, las personas que se suicidan presentan errores en el procesamiento de la información y un pensamiento con esquemas cognitivos que les lleva a considerar la idea de suicidio como única alternativa posible (Wenzel y Beck, 2008).

1.4.1.9 Teoría Interpersonal del Suicidio

La Teoría Interpersonal (Joiner, 2005) sostiene que una persona se suicidará si tiene el deseo de morir y la capacidad de hacerlo. Más específicamente, el deseo es el resultado de una experiencia conjunta e interacción de dos estados interpersonales: la percepción agravada de ser una carga y la frustración del sentido de pertenencia. La probabilidad de suicidio se incrementa con la exposición repetida a experiencias dolorosas. Con esta exposición al sufrimiento (SUF) el sujeto va adquiriendo capacidad para suicidarse, es decir, pérdida del miedo a morir que, según esta teoría, tienen todas las personas: hace falta mucho valor para suicidarse.

Como puede apreciarse en la Figura 4, el deseo de morir es necesario, pero no suficiente para que se dé el intento de suicidio. Un reciente estudio realizado en España

sobre notas de suicidio confirma la relevancia de la Teoría Interpersonal del Suicidio, cuyos factores estaban presentes en un 60% de las notas de suicidio (Fernández-Cabana, Ceballos-Espinoza, Mateos, Alves-Pérez y García-Caballero, 2015).

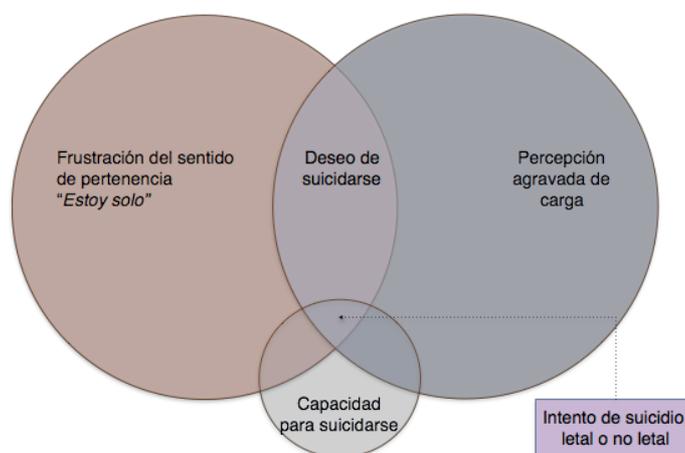


Figura 4. Teoría Interpersonal del suicidio. Adaptado de Van Orden et al. (2010)

1.4.1.10 Teoría Motivacional-Volitiva

Esta teoría conceptualiza la conducta suicida como un comportamiento que se desarrolla en tres fases. La fase pre-motivacional comprende factores contextuales y personales del individuo (vulnerabilidades, genéticos, eventos negativos, etc.) que predisponen a una conducta suicida. La fase motivacional comprende los factores que actúan en el desarrollo de la ideación como el fracaso, la humillación y sentirse atrapado. La fase volitiva comprende los factores que determinan si una persona intenta suicidarse: la impulsividad, la exposición al suicidio y la capacidad adquirida (O'Connor, 2011). Este modelo integra los factores de otras teorías en un mapa detallado del proceso (Figura 5) que va desde la ideación al intento de suicidio. Así como en la Teoría Interpersonal del Suicidio los sentimientos de carga y de aislamiento llevan a la ideación suicida, en la Teoría Motivacional-Volitiva cobran importancia los sentimientos de derrota y de sentirse atrapado. Cuando una persona se encuentra en esta situación, la probabilidad de ideación suicida es alta si otros elementos moderadores, como el bajo apoyo social, están presentes.

El paso al acto se da cuando ante una ideación grave, con intención y planes, existen moderadores como la capacidad adquirida, el acceso a medios y el efecto contagio.

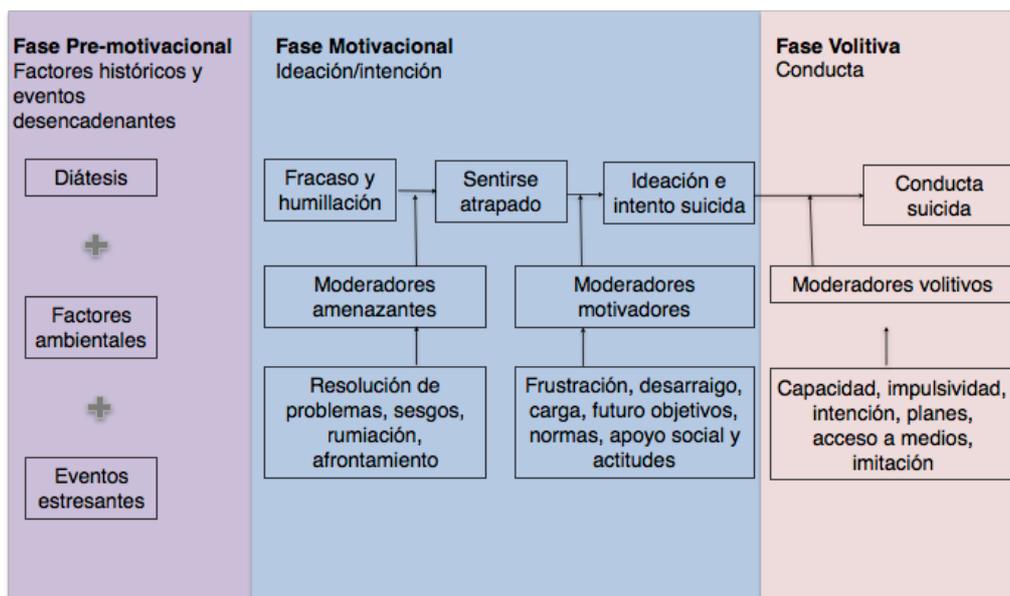


Figura 5. Teoría Motivacional-Volitiva.
Fuente: O'Connor (2011).

1.5 SUICIDALIDAD

La suicidalidad es un concepto que se emplea para referirse a las distintas fases que se dan en la conducta suicida, como la ideación, los intentos de suicidio y el propio suicidio (Heeringen, 2003). Se trata de un concepto amplio que cobra importancia a la hora de evaluar el riesgo de suicidio y ayuda a la formación del juicio clínico sobre la severidad del riesgo. En la Figura 6 se puede ver una ilustración que recoge la explicación del instrumento PRISM-S sobre la evaluación de la suicidalidad.

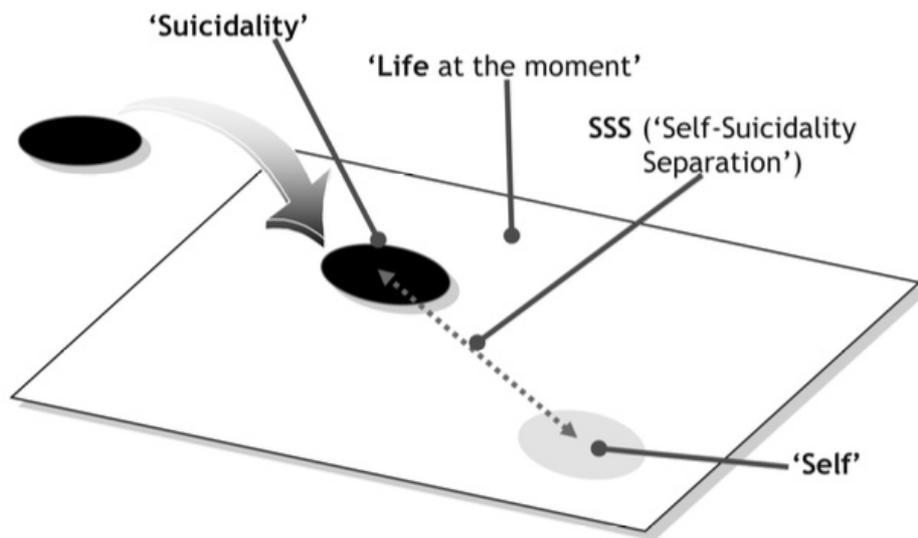


Figura 6. Self-suicidality separation (SSS).
Fuente: (Harbauer, Ring, Schuetz, Andreae y Haas, 2013).

2 SEÑALES DE ALARMA Y FACTORES DE RIESGO

2.1 DIFERENCIAS ENTRE SEÑALES DE ALARMA Y FACTORES DE RIESGO

Las señales de alarma y los factores de riesgo de suicidio son conceptos que, siendo diferentes, se utilizan de manera poco diferenciada en las guías, en las diferentes formas de divulgación y sensibilización, así como en la evaluación del riesgo. En Internet se han identificado más de 3.000 señales de alarma, muchas de las cuales son confusas y poco relevantes. Todo ello genera falta de especificidad además de falsos positivos, lo cual pone en duda la utilidad de los indicadores.

En un interesante trabajo elaborado por Mandrusiak et al. (2006) se recogió la lista de señales seleccionada por un grupo de consenso compuesto por miembros de la Asociación Americana de Suicidología (AAS; <http://www.suicidology.org>). En la lista se incluyen las siguientes señales de alarma: amenazas de suicidio, búsqueda de maneras de suicidarse, hablar o redactar notas sobre la muerte o el suicidio, desesperanza, rabia/ira/búsqueda de venganza, conductas de riesgo poco habituales, sentimientos de no ver salidas, aumento de consumo de alcohol u otras sustancias, aislarse de los amigos, familia y desconexión con la sociedad, ansiedad/agitación/problemas de sueño, cambios bruscos del estado de ánimo y no encontrar razones para vivir/no encontrar sentido a la vida.

El factor tiempo es una clave importante a la hora de considerar si se trata de una señal o un factor. Las señales de alarma se refieren al corto plazo mientras que los factores de riesgo sugieren un plazo mayor, de más de un año (Rudd, Joiner y Rajab, 2004). Las señales son como la punta del iceberg de una crisis suicida, que advierten de un potencial inminente riesgo de suicidio estando presentes un conjunto de factores de riesgo. Dichas señales advierten de las circunstancias actuales de la persona en riesgo y hacen referencia

al corto plazo y también a los aspectos dinámicos relacionados con eventos adversos que están afectando a la persona, mientras que los factores de riesgo son más estáticos, a medio y largo plazo, y están más relacionados con aspectos demográficos, psicosociales y biológicos que cuentan con amplio respaldo en la bibliografía.

La Tabla 1 muestra la comparación de las señales más frecuentemente aparecidas en Internet con la lista de consenso de la AAS. Se puede observar cómo algunas señales de alarma son tratadas como factores de riesgo (por ejemplo, los intentos anteriores de suicidio), algo que resulta también frecuente observar en la bibliografía a la hora de identificar señales de alarma y factores de riesgo (Rudd, 2003).

Tabla 1. Señales de alarma mencionadas con más frecuencia en Internet

Señales de alarma	% Web	Lista AAS
Regalar posesiones	86%	No
Aislamiento y retirada pasiva	78%	Sí
Uso o incremento de alcohol u otras sustancias	68%	Sí
Problemas de sueño	64%	Sí
Hablar sobre la muerte o el suicidio	62%	Sí
Cambios en el apetito o en el peso	56%	No
Conductas de riesgo temerarias	54%	Sí
Pérdida de interés en actividades regulares	54%	No
Poner los asuntos en orden	48%	No
Sentimientos de tristeza o síntomas de depresión	48%	No
Pérdidas recientes (muerte, separación, rupturas, etc.)	48%	No
Sentimientos de desesperanza	46%	Sí
Intentos de suicidio recientes o en el pasado	44%	No
Cambios bruscos de comportamiento	44%	No
Amenazas directas de suicidio (hablar de matarse)	42%	Sí
Hablar sobre el suicidio o la muerte	40%	Sí
Cambios bruscos en el estado de ánimo	38%	Sí
Menor rendimiento/pérdida de interés en la escuela	38%	No

Fuente: Mandrusiak et al. (2016).

% Web: porcentaje de las páginas web en las que aparece la señal de alarma; AAS: Asociación Americana de Suicidología.

Los conceptos “distal” y “próximo” hacen referencia al plazo de tiempo y se plantean como un modelo de comportamiento de la conducta para identificar las señales de alarma y los factores de riesgo (Tabla 2). Algunos factores, como el abuso de sustancias, pueden identificarse con precisión siguiendo este modelo. La cuestión, como

señala el grupo de trabajo de la AAS, es determinar la línea divisoria para el corto plazo que, por lo general, se estima en torno a 12 meses.

Tabla 2. Diferencias entre señales de alarma y factores de riesgo

Características	Factor de riesgo	Señales de alarma
Naturaleza de la asociación con el suicidio	Distal	Próxima
Especificidad	Constructos definidos, diagnósticos (DSM, CIE, etc.)	Pobre definición de constructos (por ejemplo, conductas preparatorias como comprar un arma)
Fundamentación empírica	Demostrado empíricamente	Indefinición clínica
Población	Población dependiente (por ejemplo, población clínica)	Individual
Marco de tiempo	Implicados a lo largo de un tiempo de riesgo	Implicados en un inminente riesgo
Naturaleza	Estático (por ejemplo, edad, sexo, historia de abuso)	Naturaleza episódica o transitoria (señales de advertencia)
Contexto	Implicaciones limitadas para la intervención	Se requieren intervenciones específicas
Carácter experiencial	Objetivo	Subjetivo
Grupo objetivo deseado	Expertos y clínicos	Personal especializado y no especializado

Fuente: Rudd et al. (2006).

2.2 SEÑALES DE ALARMA

Rudd et al. (2006) definen las señales de alarma como “el primer signo detectable que avisa de un riesgo de suicidio en el corto plazo, en minutos, horas o días”. Como señales más citadas están la ideación suicida, las obsesiones con la muerte, escribir sobre la muerte, los cambios de personalidad repentinos, los cambios en los patrones de comportamiento, del apetito o del sueño, tener sentimientos de culpa y alcanzar pobres resultados académicos o escaso desarrollo en el trabajo (Hosansky, 2012). Como indica Rudd, se trata de aspectos observables (señales) y también de aquello que se conoce por lo que la persona informa (síntomas).

Un grupo de trabajo de la AAS identificó por consenso las señales de alarma previas al intento de suicidio más comúnmente encontradas en la escasa bibliografía sobre el tema,

señalando dos aspectos clave: 1) las señales de alarma deben ser explicitadas de forma jerárquica, reconociendo la importancia de las expresiones de suicidalidad y 2) las campañas públicas sobre señales de alarma deben contener pautas específicas de qué hacer cuando alguien manifiesta signos de conducta suicida (Tabla 3).

Tabla 3. Consenso de expertos sobre las señales de alarma de riesgo de suicidio

Concepto
A. Acción: Llamada a los equipos de emergencia o búsqueda inmediata de ayuda en los recursos sanitarios cuando: <ul style="list-style-type: none"> • Alguien amenaza con autolesionarse o suicidarse • Alguien está buscando métodos para suicidarse • Alguien habla o escribe sobre la muerte, el descanso o el suicidio
B. Acción: Buscar ayuda contactando con los servicios de salud mental o recursos de ayuda cuando alguien muestre: <ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza • Rabia, búsqueda de venganza • Actividades de riesgo aparentemente impulsivas • Sentimientos de estar atrapado, sin salida • Incremento del consumo de alcohol o uso de drogas • Retirada de los amigos de siempre, de la familia o desconexión social • Ansiedad con agitación, problemas de sueño • Fuertes cambios del estado de ánimo • Con presencia de eventos precipitantes • No encontrar razones para vivir; falta de sentido

Fuente: Rudd et al. (2006).

La AAS propone una serie de señales que se recogen en el cuestionario *Is Path Warm*. El nombre de este cuestionario es el acrónimo en inglés de las señales que se recogen en la Tabla 4.

Tabla 4. Señales de alarma en el Is Path Warm

IS PATH WARM?	Señales de alarma
I Ideation	Ideación suicida
S Substance Abuse	Uso o incremento de alcohol/ sustancias
P Purposelessness	Falta de sentido, propósitos en la vida
A Anxiety	Ansiedad con agitación
T Trapped	Sentirse atrapado, sin salida
H Hopelessness	Sentimientos de desesperanza
W Withdrawal	Retirada de amigos, familia, desconexión
A Anger	Irritación, rabia incontrolada, venganza
R Recklessness	Conductas temerarias, riesgos innecesarios
M Mood Changes	Cambios bruscos del estado de ánimo

Fuente: American Association of Suicidology (2017).

La Figura 7 ilustra la visibilidad de las señales de alarma en el proceso de evaluación del riesgo de suicidio. Las señales alertan de la posibilidad de que una persona esté considerando su suicidio en presencia de factores de riesgo.



Figura 7. Visibilidad de las señales en la conducta suicida
Fuente: elaboración propia

La Tabla 5 muestra las principales señales de alarma que la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio identifica en su página web (<https://afsp.org>). En las tres referencias que se citan en las tablas 3-5 se observa una alta coincidencia en la identificación de las señales. La ideación suicida es citada por la AAS, aunque la presencia de un plan de suicidio y su potencial letalidad no se citan expresamente. Rudd et al. (2006) hacen referencia a las manifestaciones de suicidalidad como son las amenazas de suicidio, la búsqueda de métodos o el hablar/escribir sobre la muerte. Las señales pueden ser observables o síntomas y pueden ser informados por la propia persona o por terceros que advierten de determinados cambios o situaciones de alarma que se observan en un corto espacio de tiempo.

Tabla 5. Señales de alarma de riesgo de suicidio

Detección de las señales de alarma

Cuando se habla sobre...

- Sentimientos de ser una carga para otros
 - Sentimientos de sentirse atrapado
 - Experimentar un dolor insoportable
 - No tener razones para vivir
 - Darse muerte
-

Cuando existen señales de...

- Incremento de alcohol o drogas
 - Búsqueda de métodos para suicidarse, como búsquedas en Internet
 - Conductas de riesgo temerarias
 - Abandono de actividades que se hacían normalmente
 - Aislamiento de la familia y amigos
 - Dormir demasiado o muy poco
 - Despedirse de la gente
 - Regalar objetos que eran apreciados por el sujeto
 - Agresividad
-

Cambios en el estado de ánimo ...

- Depresión
 - Pérdida de interés
 - Rabia
 - Irritabilidad
 - Humillación
 - Ansiedad
-

Fuente: American Association of Suicidology (2017)

2.3 FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es un constructo distinto que predice o puede estar relacionado con el suicidio. Algunos autores definen el riesgo de suicidio como “un factor asociado a la suicidalidad, empíricamente demostrado” (Hendin, Maltzberger, Lipschitz, Haas y Kyle, 2006). Del amplio espectro de factores que han sido reconocidos en la bibliografía se destacan aquellos que han mostrado mayor consenso, sin que ello suponga que los que se citan sean exhaustivos. La importancia de cada factor dependerá del contexto personal en el que se puede explicar la conducta suicida de forma directa o mediado e interrelacionado con otros factores.

Shea divide los factores de riesgo en: 1) factores estáticos, distales, no modificables, como los factores sociodemográficos, los antecedentes personales o la historia familiar y 2) factores dinámicos, modificables, más próximos, como la presencia o ausencia de

ideación suicida, las motivaciones para el suicidio, la intención de llevarlo a cabo, el plan específico y las conductas preparatorias, y otros que hacen referencia al momento por el que atraviesa la persona (Shea, 2002). Como ejemplo puede tomarse la realizada por Bouch y Marshall (2005) respecto a los factores que figuran en la Tabla 6.

Tabla 6. Tipos de factores de riesgo de suicidio

Factores estáticos	Factores dinámicos
Antecedentes de autolesiones	Desesperanza
Suicidalidad previa y severa	Ideación suicida, comunicación e intención
Hospitalizaciones previas	Síntomas psicológicos presentes
Antecedentes de trastornos mentales	Falta de adherencia al tratamiento
Antecedentes de abuso de sustancias	Uso de sustancias
Trastornos de personalidad	Ingreso psiquiátrico y alta
Traumas en la niñez	Estrés psicosocial
Historia familiar de suicidio	Falta de habilidad resolución de problemas
Edad, sexo y estado civil	

Fuente: Bouch y Marshall (2005).

Aunque la evaluación del riesgo siempre resulta complicada, porque el riesgo es único en cada persona, el consenso y la unificación de criterios en todo lo referente a la suicidalidad, especialmente en las definiciones, puede ayudar a establecer sistemas de evaluación más eficaces.

Con base en las investigaciones y en la abundante bibliografía existente, son varias las organizaciones que ofrecen en sus guías y plataformas *online* amplia información sobre la conducta suicida, los factores y las señales de alarma, siendo, por lo general, bastante coincidentes. Algunas de estas organizaciones son la AAS (<http://www.suicidology.org>), la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio (<https://www.afsp.org>), la National Prevention Suicide Lifeline (<http://www.suicidepreventionlifeline.org>) o el propio Servicio Nacional de Salud español, con la Guía de Práctica Clínica de Prevención de la Conducta Suicida (Grupo de trabajo GPC, 2012). En la Tabla 7 se puede ver la lista de factores propuesta en un trabajo de revisión de la bibliografía sobre el tema.

Además de estos factores de consenso, se han descrito un número considerable de factores de riesgo asociados a la conducta suicida sobre los que se aporta continua evidencia, como los trastornos de alimentación, la ansiedad y sus distintos trastornos, las autolesiones sin intención de morir, las separaciones traumáticas y ciertos rasgos de personalidad como la agresividad, la ansiedad, el neuroticismo, la extroversión, la impulsividad, la hostilidad y el psicoticismo.

Tabla 7. Consenso sobre los factores de riesgo de suicidio

Factores de riesgo de suicidio

Presencia de ideación suicida

Presencia o ausencia de un plan de suicidio

Letalidad potencial del plan

Estresores psicosociales

Intentos anteriores y letalidad de los intentos

Desesperanza

Psicosis

Historia de suicidio en la familia

Historia de enfermedad mental en la familia

Historia de enfermedad psiquiátrica: depresión, abuso de alcohol y drogas, esquizofrenia, trastornos de personalidad

Enfermedad física

Traumata en la niñez

Factores demográficos: > 65 años, hombres, raza blanca

Características cognitivas

Diagnóstico reciente de enfermedad psiquiátrica

Fuente: Ronquillo, Minassian, Vilke y Wilson (2012).

Se observa la presencia de algunos elementos citados como factores de riesgo, como la ideación suicida o tener un plan de suicidio. En una clasificación más precisa, como la establecida por Bouch y Marshall (2005), algunos de estos elementos, que son más próximos en el tiempo, serían señales de alarma.

Otras variables como las respuestas económicas de los gobernantes, las desigualdades y la desprotección social pueden afectar claramente a la salud (Antonakakis y Collins, 2015; Case y Deaton, 2015; Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2015; Samaritans, 2017b). Siguiendo el criterio de estos autores, puede afirmarse que la desatención de las señales de alarma y la falta de conciencia del riesgo real de un suicidio son también factores de riesgo a tener en cuenta a la hora de abordar sistemas de

protección y prevención, siendo necesario hacer hincapié en la divulgación, la sensibilización y la formación. Igualmente, la falta de diagnóstico de la enfermedad mental y su tratamiento farmacológico y psicoterapéutico suponen un importante factor de riesgo. Cuando el sistema de salud no detecta o no pone a disposición los recursos necesarios para la atención y seguimiento de la población en riesgo, el resultado puede ser fatal.

A la hora de considerar los factores de riesgo y los factores protectores es importante hacerlo de forma agregada y verlos dentro del propio contexto de la persona en riesgo (Chehil y Kutcher, 2012). Una clasificación que puede servir de hilo conductor para describir cada uno de los factores de riesgo es la que se expone en la Tabla 8.

Tabla 8. Clasificación de los factores de riesgo

INDIVIDUALES	Trastornos mentales	Depresión Trastorno bipolar Trastornos psicóticos Abuso de alcohol/sustancias Trastornos de ansiedad Trastornos C. Alimentaria Trastornos de personalidad, impulsividad, agresividad
	Factores psicológicos Intentos previos de suicidio e ideación suicida Antecedentes de autolesiones Edad Sexo Factores genéticos y biológicos Enfermedad física o discapacidad	
FAMILIARES Y CONTEXTUALES	Historia familiar previa de suicidio Eventos vitales estresantes Factores sociofamiliares y ambientales	Apoyo sociofamiliar Nivel socioeconómico, educativo y situación laboral
OTROS FACTORES	Historia de maltrato físico o abuso sexual Orientación sexual Acoso por parte de iguales (adolescentes) Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos	

Fuente: elaboración propia a partir de Grupo de trabajo GPC (2012).

El desarrollo que se hace a continuación describe los principales factores de riesgo de suicidio que cuentan con un mayor consenso en la bibliografía. Conviene hacer énfasis en que no existe una sola causa, un solo factor que explique, por sí mismo, la conducta suicida. Contemplar un solo factor como causa de suicidio es incorrecto, además de ineficaz (Bentley et al., 2016; Ribeiro et al., 2016).

2.3.1 La enfermedad mental

La enfermedad mental o los trastornos mentales están presentes en un 90% de los casos de suicidio. Un meta-análisis con una muestra total de 3.275 suicidios encontró que en el 87,3% de los casos se había diagnosticado previamente un trastorno mental (Arsenault-Lapierre, Kim y Turecki, 2004). La Fundación Americana para la Prevención del Suicidio confirma un porcentaje del 90%, citado también de forma habitual en la bibliografía, aunque algunos autores la cuestionan debido a las diferencias en la definición de la condición diagnóstica y al posible sobre-diagnóstico de la depresión (Braithwaite, 2012). Un estudio realizado en nuestro país con 350 suicidios registrados en Castellón durante el periodo 2009-2015 encontró que el 70% de los suicidios tenía una enfermedad mental (Consorti de Hospitalari Provincial Castelló, 2016). Ramón Andrés, estudioso del tema, considera que, si bien las autopsias detectan niveles más bajos de serotonina, se medicaliza excesivamente la condición humana (Andrés, 2015). Existen circunstancias recientes o crónicas que no son exclusivas de la enfermedad mental y que suponen un factor de riesgo, por sí mismas o formando parte de un contexto de crisis personal (Schiff et al., 2015). Estos factores están relacionados con pérdidas como la libertad (encarcelamiento), la salud (enfermedad física), el estatus personal (relaciones de pareja, trabajo, situación económica), etc.

En un estudio realizado con 5.692 pacientes diagnosticados previamente, se ha encontrado asociación entre padecer enfermedad mental y los intentos de suicidio, principalmente en el caso de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de

personalidad y de conducta, así como el abuso de sustancias (Nock, Hwang, Sampson y Kessler, 2010). Un meta-análisis reciente en el que se han analizado 100 estudios sobre suicidios de pacientes con trastornos psiquiátricos alerta sobre el riesgo extremo de suicidio que presentan estos pacientes tras el alta médica, especialmente durante los 3 primeros meses, en los que la tasa de suicidio llega a ser de 1.132 por 100.000 y siguen permaneciendo altas durante varios años (Chung et al., 2017).

Los trastornos y/o problemas de salud mental que se han encontrado asociados a la conducta suicida son, principalmente, la depresión y el trastorno bipolar, así como otros trastornos relacionados con la psicosis, el abuso de alcohol y sustancias, la ansiedad, los trastornos alimentarios y los trastornos de personalidad. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) considera una serie de trastornos psicopatológicos (Tabla 9) que están asociados al riesgo de suicidio, siendo los más importantes: 1) el trastorno bipolar, 2) la depresión mayor y 3) las conductas adictivas mixtas (Jacobs et al., 2006).

Tabla 9. Riesgo de suicidio en trastornos específicos

Condición	SMR	% año	% vida
Antecedentes de conducta suicida	38,4	0,549	27,5
Trastorno bipolar	21,7	0,310	15,5
Depresión mayor	20,4	0,292	14,6
Conductas adictivas mixtas	19,2	0,275	14,7
Distimia	12,1	0,173	8,6
Trastorno obsesivo compulsivo	11,5	0,143	8,2
Trastornos de ansiedad	10,0	0,160	7,2
Esquizofrenia	8,45	0,121	6,0
Trastornos de personalidad	7,08	0,101	5,1
Abuso de alcohol	5,86	0,084	4,2
Población general	1,00	0,014	0,7

Fuente: Ayuso-Mateos et al. (2012).

SMR: tasa de mortalidad estandarizada (ratio entre la mortalidad observada en el grupo de estudio y la mortalidad esperada en la población de referencia, comúnmente la población general); % año: tasa de suicidio anual; % vida: tasa de suicidio estimada a lo largo de la vida.

La enfermedad mental es un importante factor de riesgo, aunque su importancia no es la misma en todos los países, especialmente en aquellos en que la población es muy grande, como China e India y donde las condiciones psiquiátricas no se asocian al suicidio como en los países occidentales (Fleischmann y De Leo, 2014). Salvando estas

excepciones, las tasas de suicidio en la población con enfermedad mental o trastorno psiquiátrico son mucho más altas que en la población general (Welton, 2007).

2.3.1.1 Depresión

La Organización Mundial de la Salud define la depresión en su página web (<http://www.who.int/topics/depression/es>) como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

El manual de clasificación médica DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2015) define la depresión como: “La presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología”. Por su parte, la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (Grupo de trabajo GPC, 2012) describe la depresión como: “Un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva”.

Según la OMS, la depresión y la ansiedad están presentes en todas las culturas del mundo, con una prevalencia que oscila entre el 8% y el 15%. Ambas pueden conducir al suicidio, especialmente la depresión. Se estima que solo la mitad de estos pacientes recibe algún tratamiento y existen países (por ejemplo Nigeria) donde solo lo recibe 1 de cada 50 personas (WHO, 2016).

Según datos publicados por la revista Medicina Clínica (Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal, Luque, Codony, Dolz y Alonso, 2006c), la prevalencia-vida en España de algún trastorno del estado de ánimo (depresión mayor, trastorno bipolar o distimia) es del 11,47%. Otros estudios elevan estas cifras por encima del 20% (Gaminde, Uria, Padro, Querejeta y Ozamiz, 1993; Roca et al., 1999; Vázquez-Barquero et al., 1987). El riesgo de que una persona tenga un episodio depresivo a lo largo de su vida es del 16,5% en mujeres frente al 8,9% en hombres (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014), siendo España el país europeo con tasas más altas en las personas mayores (Sociedad Española de Psiquiatría, 2015).

Estas tasas varían en función del género y de los grupos de edad y, en este sentido, interesa destacar la prevalencia de la depresión en los grupos más vulnerables ante la conducta suicida, como son los adolescentes y las personas mayores. En este último grupo los trastornos del estado de ánimo están presentes en el 6%-20% de la población mayor y se eleva hasta un 27% cuando están internados en instituciones (Serrano y Ferrer, 2001). La prevalencia varía según los autores y los instrumentos de medida utilizados y algunos la sitúan por encima del 20% (Bruine de Bruin, Dombrovski, Parker y Szanto, 2015; Forlenza, Valiengo y Stella, 2016; Tejedor, García y Madre, 2014). Según un estudio realizado con 1,3 millones de residentes en Estados Unidos, la depresión en instituciones llega a ser de un 37,8% (Olivera-Pueyo, Galindo y Pelegrín, 2011) y se ha encontrado que está presente en un 67% de los suicidios de personas mayores internadas en instituciones (Murphy, Bugeja, Pilgrim y Ibrahim, 2015).

En el área hospitalaria de Cataluña que comprende los municipios de Santa Coloma de Gramenet, Badalona y Sant Adrià del Besòs, con una población de 373.050 habitantes, se realizó un registro de los fallecimientos por suicidio durante el periodo 2007 a 2010 y su asociación con las enfermedades mentales o psiquiátricas. En los casos identificados se encontró presencia de trastornos afectivos en el 54,3% de las personas con antecedentes

psiquiátricos (Gómez-Durán, Forti-Buratti, Gutiérrez-López, Belmonte-Ibáñez y Martín-Fumadó, 2016). Estudios similares se han realizado en otros países, con resultados que muestran la asociación entre la depresión y el suicidio (Bagge, Lamis, Nadorff y Osman, 2013). En Gran Bretaña se analizaron 25.128 casos de suicidio entre 1997 y 2012, encontrando que el 34% tenía un diagnóstico previo de depresión (Voshaar, van der Veen, Hunt y Kapur, 2015).

La depresión ha sido identificada en la bibliografía como un importante factor de riesgo de suicidio (Hawton, Casañas, Haw y Saunders, 2013; Miret, Ayuso-Mateos, Sanchez-Moreno y Vieta, 2013; Robins, Murphy, Wilkinson, Gassner y Kayes, 1959) y constituye una vulnerabilidad que debe atenderse y tratarse adecuadamente (WHO, 2001).

2.3.1.2 Trastorno bipolar

Dentro de los trastornos del estado de ánimo, el trastorno bipolar se estima que está fuertemente asociado al suicidio, que entre el 4% y el 19% de estos enfermos se suicida y que entre el 25% y el 60% lo intentan alguna vez en su vida, presentando un riesgo entre 20 y 30 veces más alto que en la población general (Novick, Swartz y Frank, 2010; Pompili et al., 2013).

2.3.1.3 Esquizofrenia

La asociación entre el suicidio y la esquizofrenia está ampliamente documentada; numerosos estudios informan de un 25% a un 50% de enfermos que intentan el suicidio y alrededor del 10% se suicida (Pompili et al., 2007). Es la primera causa de muerte prematura en estos pacientes (Lyu y Zhang, 2014).

2.3.1.4 Abuso de alcohol y otras drogas

El abuso de alcohol y otras drogas está definido por la APA como uno de los principales factores de riesgo de suicidio. Las personas con conductas adictivas mixtas (consumo de sustancias legales como el alcohol, combinadas con sustancias ilegales como

la cocaína, la heroína, etc.) tienen casi 20 veces más riesgo de suicidio que la población normal y aquellas que abusan del alcohol 6 veces más (Ayuso-Mateos et al., 2012), incrementándose el riesgo cuando existe comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas. El alcohol y otras sustancias están presentes en el 25-50% de los suicidios y el 22% de los suicidios pueden atribuirse directamente al alcohol; de ahí que las políticas para reducir su consumo sean prioritarias en la mayoría de los planes de prevención de los países (WHO, 2014a). En un estudio realizado con 427 suicidios que se cometieron en Estonia en el año 1999 se encontró que el abuso y la dependencia del alcohol estaban presentes en el 10% y en el 51% de los casos de suicidio, respectivamente (Kõlves, Värnik, Tooding y Wasserman, 2006). En el caso de la población sin hogar, el riesgo de suicidio es muy elevado. El 24,7% de estas personas ha intentado suicidarse al menos una vez y el 45,2% presenta riesgo de suicidio. La frecuencia del consumo (diario) y ser mujer son factores predictores de la conducta suicida (Calvo-García, Giralt-Vázquez, Calvet-Roura y Carbonells-Sánchez, 2016).

2.3.1.5 Trastornos de ansiedad

La ansiedad y sus trastornos (pánico, estrés postraumático, fobia social y ansiedad generalizada) se describen como factor de riesgo asociado a la conducta suicida, tanto independientemente como interactuando con otros factores (Nock et al., 2010; Sareen, 2011). Junto a los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad se asocian a la ideación suicida y, entre las personas con ideación, la ansiedad juega un papel importante en el intento de suicidio (Nock et al., 2010).

Desde el año 2005 en que se realizó el primer estudio que ha mostrado que el trastorno de ansiedad es un factor de riesgo asociado a la ideación suicida e intento de suicidio y que la comorbilidad de la ansiedad con otros trastornos del estado de ánimo aumenta el riesgo de suicidio (Sareen et al., 2005), se han llevado a cabo diversos estudios sobre este factor de riesgo. En un metaanálisis realizado sobre 65 estudios, en el que

participaron 852.159 sujetos norteamericanos y europeos, se comprobó que la ansiedad y sus trastornos son estadísticamente predictores de la ideación suicida y de los intentos de suicidio, aunque de forma débil. Los estudios realizados hasta la fecha presentan limitaciones metodológicas y es necesario contar con una mayor investigación (Bentley et al., 2016).

En un estudio sobre 180 casos de suicidio cometidos en Navarra durante el periodo 2010-2013 (Azcárate et al., 2015) en el que se analizaron las variables clínicas y otros factores asociados, se mostró un dato muy destacable: los casos con diagnóstico psiquiátrico previo representaron un 61,1% y, de estos, el 30,9% fueron trastornos del estado de ánimo y el 25,5% trastornos de ansiedad, confirmando la opinión que Sareen et al. (2005) tienen sobre la asociación de este trastorno con la conducta suicida, tanto si se presenta aisladamente como junto a la depresión.

Los sujetos que padecen ataques de pánico también se ubican entre quienes están en alto riesgo de cometer suicidio. En una entrevista a 18.000 adultos de cinco ciudades de EE.UU. encontraron que aquellas personas con historias cínicas en las que estaban presentes ataques de pánico tenían una probabilidad tres veces mayor de cometer suicidio que la población general estudiada (Johnson, 1990).

2.3.1.6 Trastornos de la conducta alimentaria

En personas jóvenes con trastornos de alimentación como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son frecuentes los pensamientos y los intentos de suicidio (Keel et al., 2003; Portzky, Heeringen y Vervaet, 2014), aunque suelen cursar junto a otros trastornos como la depresión, los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias, los altos niveles de impulsividad y junto a otros trastornos psiquiátricos en general (Verona, Sachs-Ericsson y Joiner, 2004).

La prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida en pacientes con bulimia nerviosa es del 26,1% y se puede establecer un modelo de regresión con factores sociodemográficos y clínicos que predicen los intentos de suicidio en estos pacientes: el desempleo, un bajo nivel educacional, haber tenido obesidad en la niñez, presencia de abuso de alcohol en los padres y las conductas impulsivas como el abuso de sustancias, la cleptomanía, las compras compulsivas y las autolesiones (Forcano et al., 2009). En una encuesta realizada a 10.123 adolescentes y 2.980 adultos se encontró que la prevalencia de la ideación suicida es significativamente más alta en los adolescentes con bulimia nerviosa que en los que no la tienen o la tienen de forma esporádica. Esta prevalencia se da también en la ideación con plan de suicidio y en los intentos de suicidio (Crow, Swanson, le Grange, Feig y Merikangas, 2014).

Según un estudio publicado por la revista *British Journal of Psychiatry*, la anorexia nerviosa presenta altas tasas de mortalidad en Suecia, muy superiores a las de cualquier causa de muerte. Con respecto al suicidio, el estudio atribuye a esta enfermedad un riesgo 13,6 veces superior al de la población general (Papadopoulos, Ekblom, Brandt y Ekselius, 2008). Similar conclusión se obtiene por Signorini y colaboradores, quienes consideran que las características demográficas en la anorexia nerviosa, como ser joven y mujer en las sociedades occidentales, presenta una tasa de mortalidad dramáticamente alta (Signorini et al., 2006).

La presencia de vómitos y síntomas depresivos en personas con anorexia podría incrementar la IS y los intentos de suicidio y, aquellos que se alimentan insuficientemente en presencia de un cuadro de ansiedad, podría tener también un mayor riesgo de suicidio (Forcano et al., 2011). Además de la anorexia y la bulimia, los trastornos de alimentación no específicos se asocian también a la conducta suicida (Crow et al., 2009).

2.3.1.7 Trastornos de personalidad

Entre los trastornos psicopatológicos que presentan riesgo de suicidio se encuentran los trastornos de personalidad, y en particular, el trastorno límite de la personalidad, cuya comorbilidad con otros trastornos incrementa el riesgo de suicidio. Según los estudios, entre el 46% y el 92% de las personas con este trastorno intentan el suicidio y entre el 3% y 10% se suicidan (Black, Blum, Pfohl y Hale, 2004; Pompili, Girardi, Ruberto y Tatarelli, 2009). En un estudio realizado con población adolescente psiquiátrica se comprobó que los diagnosticados con trastorno límite de la personalidad tenían más probabilidad de estar entre el grupo que se autolesionaba que en el que no lo hacía (Jacobson, Muehlenkamp, Miller y Turner, 2008).

Con el fin de analizar el grado de predicción de conducta suicida en sujetos con trastorno de personalidad, se realizó un estudio incluyendo a 431 participantes que tenían al menos uno de los siguientes trastornos: esquizotípico, límite, de evitación y obsesivo-compulsivo. Utilizando diferentes métodos de análisis, se encontró que el trastorno límite de personalidad, tanto si se presenta junto a un trastorno narcisista como aisladamente, es un fuerte predictor de intento de suicidio. Este estudio encuentra también múltiples asociaciones de personas con trastorno límite de la personalidad que han realizado intento de suicidio junto con otros factores como la depresión, el uso de sustancias, los traumas y la inestabilidad emocional (Ansell et al., 2015).

2.3.2 Factores psicológicos

Los rasgos de personalidad como la impulsividad, la agresividad y la afectividad negativa pueden alcanzar niveles patológicos o tener una fuerte presencia en algunos de los trastornos descritos anteriormente, como el trastorno límite de la personalidad o la depresión. Se manifiestan como un síndrome en la dimensión cognitiva, emocional y conductual de la persona.

2.3.2.1 La afectividad negativa

Está considerada como uno de los rasgos más relevantes presentes en la psicopatología, especialmente en la depresión y la ansiedad. Se ha definido como “propensión a experimentar estados emocionales negativos y a activar mecanismos de defensa” (Craske, 2003). Se cree que la afectividad negativa, los síntomas depresivos y la ansiedad están mediados por la rumiación, un proceso repetitivo de pensamientos negativos (Iqbal y Dar, 2015). La rumiación ha sido descrita en numerosos estudios como un factor implicado en la desesperanza y la depresión, que son predictores de la conducta suicida (Morrison y O'Connor, 2008). Un estudio multicéntrico realizado en los EE.UU. con 701 pacientes de 18 y 45 años con trastorno de personalidad ha comprobado que la afectividad negativa es un fuerte predictor de intentos de suicidio (Yen, Grilo, Stout y McGlashan, 2015).

2.3.2.2 La impulsividad y la agresividad

La impulsividad y la agresividad son rasgos asociados a la conducta suicida (Jacobs, Baldessarini y Conwell, 2010). Pueden surgir como síntomas de un estado de ánimo y también como rasgos que, cuando se expresan en su más alto nivel, pueden asociarse con la conducta suicida (Jacobs et al., 2010). Esta asociación ha sido ampliamente documentada, destacando su especial incidencia en la población juvenil (McGirr et al., 2007).

El modelo de las “fuerzas contrabalanceadas” de Plutchik et al. (1989) explicaría el papel de estos rasgos en la conducta suicida. Este modelo centra en la agresividad el eje de la conducta, muy próximo a las teorías psicoanalistas para las que toda conducta implica una dirección, una energía (libido) y un objeto y, en este sentido, el suicidio y la violencia serían la expresión de un mismo impulso agresivo.

Se atribuye a la impulsividad un papel muy importante en los intentos de suicidio (Nock et al., 2010), aunque se considera un predictor menos robusto que la afectividad negativa (Yen et al., 2015) y más robusto que la depresión y la desesperanza (Neufeld y ORourke, 2009). Según estos últimos autores, que realizaron su estudio con una población de personas mayores, la evaluación debería contemplar tanto la conducta como los componentes psicológicos de la impulsividad.

2.3.2.3 La desesperanza

Aunque no es fácil encontrar la palabra “desesperanza” en los diferentes diccionarios de términos psicológicos, se suele definir como “el mantenimiento de una serie de expectativas pesimistas con respecto al presente y el futuro”. Es un síntoma que afecta globalmente a la persona y suele formar parte de los síndromes depresivos en sus estados más severos.

“La desesperanza aprendida se da cuando en forma repetida se presentan estímulos aversivos que el individuo no puede predecir ni controlar y que producen cambios sustanciales en el comportamiento” (Anaya, 2004). Experimentos efectuados con animales de laboratorio muestran que la soledad impuesta y la superpoblación de un recinto degeneran en la degradación del sistema inmunológico, la depresión, la violencia y el suicidio. Martin Seligman analizó estas reacciones en el laboratorio comprobando las consecuencias de no poder actuar, ni controlar, ni aprender. Seligman acuñó el término “aprendizaje de la desesperanza” (Seligman y Miller, 1975). Este experimento fue uno de los pioneros en poner de manifiesto la influencia del estado de ánimo sobre el organismo (Pol, Valera y Vidal, 2016).

En la práctica clínica se entiende la desesperanza como un estilo de atribución que consiste en una tendencia a hacer inferencias negativas sobre las causas, las consecuencias y las implicaciones para la propia persona que tienen los sucesos vitales negativos. Se ha

considerado como un factor de vulnerabilidad para cierto tipo de depresión y para las ideas de suicidio (Calvete, Villardón, Estévez y Espina, 2007). Ambos, la depresión y la desesperanza, se han identificado como factores de riesgo de conducta suicida (Bagge et al., 2013).

La desesperanza es un sentimiento que puede tener manifestaciones observables que Rudd, en un trabajo sobre señales de alarma en la práctica clínica, identifica como: falta de adherencia al tratamiento, rechazo de los cuidados médicos en urgencias, escaso interés durante las sesiones, rechazos a los planes de seguridad, tener pensamientos específicos de suicidio, conductas preparatorias para llevarlo a cabo e interés por el acceso a métodos para suicidarse, no comentar el método ideado, realizar conductas temerarias y de riesgo de forma persistente, abusar continuamente de sustancias y tener rigidez para encontrar alternativas o razones para vivir (Rudd, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud, cualesquiera que sean los factores psicosociales o personales que interactúan en la conducta suicida, cuando una persona manifiesta tener sentimientos de desesperanza o intenciones de suicidio, debe considerarse la existencia de un alto riesgo (WHO, 2000b). Por otro lado, la Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner y Silva, 2012) sostiene que la desesperanza y el dolor emocional no llevan, por sí mismos, a la ideación suicida, pero pueden generar, desde una categoría superior, sentimientos como la falta de vinculación o pertenencia y la percepción de ser una carga, que sí están más próximos a la ideación suicida.

2.3.2.4 Dificultades en el aprendizaje

La dificultad para el aprendizaje no verbal en la niñez se ha descrito como un riesgo para la aparición de la depresión y las conductas suicidas en la adolescencia y en la vida adulta (Rourke young y Leenaars, 2016). Según los autores del estudio, las manifestaciones clínicas de este síndrome son: 1) déficits para la percepción táctil

bilateral, generalmente más marcados en el lado izquierdo, 2) deficiencias de coordinación psicomotora bilateral, 3) deficiencias en las capacidades visuales-espaciales-organizativas, 4) dificultades para la formación de conceptos, la formación de hipótesis, las relaciones causa-efecto, la adaptación a las situaciones nuevas y complejas, 5) dificultades en las operaciones aritméticas en comparación con la lectura y la ortografía, 6) pobreza en el lenguaje y 7) dificultades en las relaciones sociales y alteraciones emocionales. En la vida adulta, las consecuencias de este síndrome se describen como posibles problemas de estabilidad en los empleos que exigen especialización frente a otros menos exigentes en los que se sienten más cómodos, incapacidad para analizar los problemas y generar soluciones y falta de adaptación en las relaciones sociales. Esta falta de autoestima puede llevar a la depresión y a las conductas suicidas.

2.3.2.5 Falta de habilidad en la resolución de problemas

La falta de habilidad en la resolución de problemas ha sido considerada como un factor que diferencia a las personas con conducta suicida de las que no la tienen (Pollock y Williams, 2001). En un estudio realizado con 50 pacientes hospitalizados por presentar riesgo de suicidio se analizó la capacidad de resolver problemas, tanto personales como interpersonales, encontrando que estas personas presentan más dificultades, experimentan más estrés y más desesperanza que el grupo de control (Schotte, 1987).

2.3.3 Intentos previos de suicidio e ideación suicida

Existe consenso en la bibliografía y entre la comunidad científica sobre la importancia de la existencia previa de uno o varios intentos de suicidio como factor de riesgo de suicidio, más severo si los intentos han sido varios y cercanos en el tiempo. Constituye, de hecho, el predictor más fuerte de un nuevo intento de suicidio (Ayuso-Mateos et al., 2012; Hawton y Heeringen, 2009; Kann et al., 2000; Yoshimasu, Kiyohara y Miyashita, 2008). Se ha comprobado que cuanto más se alarga en el tiempo la ideación

suicida sin intentos de suicidio ni planes, disminuye el riesgo de suicidio (Nock, Borges, Bromet, Cha, et al., 2008b).

2.3.4 Antecedentes de autolesiones

Las autolesiones sin intención de morir no son propiamente una conducta suicida como los intentos de suicidio, ya que es la intención de morir la que marca la diferencia entre unas conductas y otras. Presentan una frecuencia mayor que los intentos de suicidio, aunque la gran mayoría de las autolesiones no se atienden en los servicios de salud (Asarnow et al., 2011). En nuestro país, Calvete et al. (2015) han encontrado que el 55,6% de una muestra de 1.864 adolescentes escolares del País Vasco informó haber tenido este tipo de conducta. Las prevalencias de las que se tienen referencias varían de unos países a otros y según la metodología empleada, con tasas que van del 15% al 30% (Brausch et al., 2010). Existe amplio consenso en la bibliografía al afirmar que se trata de un importante factor de riesgo de suicidio (Brausch et al., 2015; Klonsky et al., 2013; Whitlock et al., 2013; Tyson et al., 2016). La Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005) considera que las autolesiones contribuyen a aumentar la capacidad adquirida para suicidarse.

2.3.5 Edad

La conducta suicida se produce en todos los tramos de edad; sin embargo, la adolescencia y la vejez son etapas evolutivas donde se producen cambios importantes y el riesgo de suicidio es más elevado (Hawton y Heeringen, 2009). Las características socioeconómicas y ambientales a nivel local, regional y nacional influyen fuertemente en las tasas de suicidio en estos dos tramos de edad más específicamente afectados.

2.3.6 Sexo

La tasa de suicidios en los hombres es de 3 a 4 veces superior a la de las mujeres.

Estas proporciones se dan en la mayoría de los países, con la excepción de algunas

regiones de Asia, donde la proporción entre hombres y mujeres es muy similar. Sin embargo, los intentos de suicidio se dan más en mujeres, con proporciones de 4 a 1 respecto a los hombres (Instituto Nacional de Estadística INE, 2017; OMS, 2015).

Samaritans es una *helpline* del Reino Unido con amplia presencia internacional. En uno de sus últimos informes indica que la combinación de varios factores, ser varón, de mediana edad y de baja posición socioeconómica son indicadores de alta vulnerabilidad, resaltando el concepto de masculinidad como un nuevo elemento a tener en cuenta. La masculinidad y la feminidad son conceptos sociológicos que pueden definirse como un conjunto de roles, comportamientos, actividades y expresiones asociadas a ser hombre o mujer. Los cambios sociales y la igualdad entre género están modificando la percepción de los estereotipos y los hombres, al compararse con el prototipo masculino, pueden verse lejos de este estándar y acusar sentimientos de culpa y fracaso. Tener un trabajo y ser el sostén de la familia es prioritario en este prototipo, especialmente entre los hombres de la clase trabajadora. La masculinidad se asocia con control y cuando los hombres entran en depresión o en situaciones de crisis pueden sentirse fuera de control, con tendencia a conductas suicidas (Wyllie et al., 2012).

2.3.7 Factores genéticos y biológicos

Se han encontrado diversos factores de tipo biológico que están asociados a la conducta suicida y tienen relación con bajos niveles de serotonina en el cerebro. La serotonina está implicada en el control de los impulsos y su baja actividad puede estar causada por factores genéticos o bioquímicos. Estudios realizados en cerebros de pacientes que se han suicidado han mostrado estas deficiencias en el sistema serotoninérgico central (Antypa, Serretti y Rujescu, 2013; Hawton y Heeringen, 2009; Kann et al., 2000; Nock, Borges, Bromet, Cha, et al., 2008b).

Se sugiere también que los factores genéticos estarían implicados en la conducta suicida de gemelos, explicando así la heredabilidad de dicha conducta (Beautrais, Collings y Ehrhardt, 2005). Según estos autores, la conducta suicida no es simplemente una respuesta a las adversidades, sino que refleja las vulnerabilidades individuales determinadas genéticamente que pueden llevar a este tipo de comportamiento.

2.3.8 Enfermedad física o discapacidad

Las personas con enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo de suicidio. Según un estudio realizado en Inglaterra y País de Gales con 88.994 personas diagnosticadas de VIH entre 1997 y 2012, estos enfermos tienen dos veces más riesgo de cometer suicidio que la población general, especialmente en el primer año tras el diagnóstico (Croxford et al., 2017).

Un trabajo presentado en el Congreso Europeo de Psiquiatría celebrado en Florencia en 2017 (Calati, Mostofsky, Di Mattei y Courtet, 2017) puso de manifiesto que las personas con cáncer, donde la depresión tiene doble presencia que en la población general (12-17% frente al 7%), tienen un 55% más de riesgo de suicidio (Andersen et al., 2014). Un estudio publicado por la American Thoracic Society que abarca un periodo de 40 años y 3,6 millones de pacientes, ha asociado 6.661 casos de suicidio a diagnósticos de cáncer, con una tasa de suicidio 420% más alta que en la población general, destacando el cáncer de pulmón (Rahouma et al., 2017).

La enfermedad de Alzheimer es causa de cambios neurológicos y se ha asociado también con la conducta suicida. Se ha comprobado que el suicidio ocurre varios años después del diagnóstico de la demencia y que los pacientes que han hecho intento de suicidio una vez tienen un alto riesgo de suicidio. Según los estudios analizados, el Alzheimer tiene una asociación moderada con el riesgo de suicidio (Serafini et al., 2016).

Existen otras enfermedades que, aun no siendo de alta gravedad, generan mucho dolor, como la cefalea en racimo (información en: <http://cefaleaenracimos.org>), llamada también “cefalea suicida” o Síndrome de Horton, cuyo dolor se describe como extremadamente intenso (Durán, 2014; Hinojosa y Hinojosa, 2006). En opinión de la experta neuróloga Sánchez del Río, “si los episodios durasen más, la cefalea en racimo sería incompatible con la vida” (Madrid, 2014).

Un estudio reciente ha detectado hasta 9 enfermedades asociadas a la conducta suicida en personas con enfermedades crónicas sin enfermedad mental diagnosticada (Ahmedani et al., 2017). Como puede apreciarse en la Tabla 10 la lesión cerebral traumática presenta hasta 9 veces más riesgo de suicidio que la población general.

Tabla 10. Probabilidad de riesgo de suicidio en personas con enfermedades crónicas

Condición	OR	p-valor
Dolores de espalda	1,37 (1,25-1,51)	< 0,001
Lesión cerebral traumática	8,80 (7,37-10,50)	< 0,001
Cáncer	1,40 (1,21-1,62)	< 0,001
Insuficiencia cardiaca	1,31 (1,06-1,61)	0,011
Enfermedad pulmonar crónica	1,39 (1,22-1,59)	< 0,001
Epilepsia	1,77 (1,27-2,48)	< 0,001
HIV/SIDA	2,14 (1,36-3,36)	< 0,001
Migrañas	1,85 (1,50-2,30)	< 0,001
Trastornos del sueño	2,08 (1,87-2,31)	< 0,001

Fuente: Ahmedani et al. (2017).

Se ha publicado recientemente un estudio que asocia la fatiga crónica con el riesgo de suicidio, si bien apenas existe evidencia en la bibliografía. El estudio ha tenido lugar en Inglaterra y País de Gales durante un periodo de 7 años con una muestra de 2.000 personas que padecían fatiga crónica. Los resultados mostraron que el riesgo de suicidio es 7 veces mayor que en la población general (Nav Kapur y Webb, 2016). En la población de personas mayores, los fallos renales y la artritis están asociados a los intentos de suicidio (Kim, 2016).

2.3.9 Historia familiar previa de suicidio

Se ha comprobado que los antecedentes de suicidio en la familia constituyen un factor de riesgo que debe tenerse en consideración (Sørensen et al., 2009). Este factor se ha documentado ampliamente en la bibliografía, destacando niveles más altos de conducta suicida en personas a quienes se les ha suicidado un familiar, especialmente de primer grado, que en la población general (Sakinofsky, 2007). Algunos estudios sugieren la existencia de heredabilidad y también que la conducta suicida es independiente de la psicopatología (Brent, 1996; McGirr et al., 2006). El suicidio del padre o de la madre está asociado con efectos como: 1) un incremento del riesgo de desarrollar conductas suicidas y trastorno bipolar en los hijos, 2) un impacto mayor si quien se suicida es la madre y 3) un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos si ocurre cuando los hijos tienen edad temprana (Kuramoto, Brent y Wilcox, 2009).

La experiencia clínica del autor de esta tesis permite afirmar que las tendencias autodestructivas de los familiares a quienes se les ha suicidado un familiar están muy presentes a lo largo de las distintas fases del duelo. Generalmente se trata de duelos complicados en los que la suicidalidad está más presente que en la población general. Un estudio realizado con 309 adultos en situación de duelo complicado demostró que el riesgo de suicidio es entre 7 y 11 veces superior, una vez controlados otros factores como la depresión y el estrés postraumático (Latham y Prigerson, 2004). El estigma que rodea a la muerte por suicidio y los sentimientos de culpa y vergüenza de los sobrevivientes son obstáculos que impiden la búsqueda de ayuda, incrementando el riesgo de suicidio (Pitman, 2018).

2.3.10 Historia familiar de enfermedad mental

Varios estudios han demostrado que la enfermedad mental de los padres es un factor que, por sí mismo, incrementa el riesgo de suicidio de los hijos (Qin, Agerbo y Mortensen,

2002) y que la hospitalización de uno de los padres por enfermedad mental es un importante factor de riesgo de suicidio en adolescentes (Stenager y Qin, 2008). La presencia de psicopatología en los padres se ha asociado a conductas suicidas en los hijos a lo largo de toda la vida, aunque afecta más en la adolescencia cuando los trastornos en los padres son la depresión y los comportamientos antisociales. La prevalencia de ideación suicida, planes e intentos de suicidio en estos casos es del 13,84%, 4,95% y 3,39%, respectivamente. Las mujeres presentan tasas más altas que los hombres (Santana et al., 2014).

Los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno bipolar) en los padres incrementa el riesgo de suicidio. Tener antecedentes de enfermedad mental o intentos anteriores de suicidio en ambos padres multiplica por dos el riesgo, comparando con la presencia del trastorno en uno solo de los padres. La enfermedad mental de los padres se asocia a conducta violenta en los hijos, especialmente en las mujeres (Mok et al., 2016b).

2.3.11 Eventos vitales estresantes

Los acontecimientos que impactan negativamente en el individuo y en su vida diaria pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida en personas vulnerables que, por diversos factores, se sienten incapaces de hacerles frente (Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk y Morris, 2007; Sandin, Chorot, Santed, Valiente y Joiner, 1998). Estos eventos están generalmente relacionados con pérdidas personales, pérdidas de estatus social, económico o laboral, pérdidas de libertad, problemas de relaciones, incompreensión, etc. Los estudios se han centrado en los cambios asociados a la edad, la pérdida del empleo o los negocios, las rupturas de pareja, los problemas serios de salud o lesiones, los problemas legales y la muerte o enfermedad seria de seres queridos.

Un estudio sobre factores de riesgo asociados al suicidio de 1.067 personas en Finlandia encontró que en el 80% de los casos estaban presentes eventos estresantes como

problemas de trabajo, conflictos familiares o enfermedades físicas. Por lo general, estos eventos están más presentes en los hombres que en las mujeres, principalmente los relacionados con problemas financieros, de trabajo y de desempleo (Heikkinen, Aro y Lönnqvist, 1994).

Los niños, los adolescentes y las personas mayores pueden presentar más vulnerabilidad, dadas las características de su etapa evolutiva, de importantes cambios físicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, la vulnerabilidad a manifestar conductas suicidas no es inevitable y puede afrontarse con factores protectores basados en reforzar las necesidades psicológicas básicas como la competencia, la autonomía y las relaciones. Según un estudio realizado en el ámbito escolar, este refuerzo está asociado a una menor conducta suicida y también a una menor ideación suicida en adultos jóvenes (Rowe, Walker, Britton y Hirsch, 2012).

2.3.12 Factores sociofamiliares, ambientales y culturales

La red de apoyo social y familiar está considerada como un factor moderador y protector de los eventos estresantes, y su falta como un factor que contribuye a la soledad y a la desconexión social. La presencia de la red social puede reducir el impacto de los eventos negativos y reducir el riesgo de suicidio (Slater y Depue, 1981).

La red social está integrada por la familia, los amigos, los familiares, los vecinos y los compañeros de estudio o trabajo. Existe evidencia de que la red social de apoyo es más débil en personas con conducta suicida (Hart, Williams y Davidson, 1988).

Factores socioeconómicos y culturales también pueden formar parte de la génesis de la conducta suicida. Los estudios indican que las enfermedades mentales más comunes varían según el tipo de cultura (Maercker, 2001). La cultura modula nuestra personalidad y nuestras actitudes son importantes para reafirmar nuestra identidad. Las actitudes hacia

la enfermedad mental y la conducta suicida están muy influenciadas por los aspectos culturales (Bhugra, 2013).

El estudio de los aspectos culturales, en lo que respecta al suicidio, presenta dificultades para definir los grupos ya que, internamente, presentan diferencias de tipo político, de lenguaje, étnicos, religiosos o culturales. Los estudios que se han llevado a cabo han sido con grupos étnicos reducidos y existe poca investigación (Lester et al., 2013).

Según un artículo de investigación periodística, en nuestro país existe una zona donde la tasa de suicidio es especialmente alta, delimitada por tres municipios en la confluencia de Jaén y Córdoba. En esta zona hay 11 municipios en lo que viene a denominarse “el triángulo de los suicidios” y donde quitarse la vida es una costumbre, tal como expresan los testimonios de los habitantes: "En Alcalá la Real, la gente no dice ‘estoy mal’, sino ‘estoy para ahorcarme’ y eso está totalmente aceptado en nuestra pequeña sociedad" (López, 2016).

Existen creencias muy arraigadas en comunidades pequeñas como en Chichí Suárez, comunidad maya de Yucatán (Méjico), donde el suicidio es visto como una epidemia que se propaga por el ambiente y afecta a los más débiles. Los problemas familiares y de relaciones amorosas, las enfermedades o el consumo de drogas provocan debilidad mental y es entonces cuando el diablo, el mal, se hacen presentes y llevan al suicidio. Esta creencia hace que el suicida y su familia queden exonerados y liberados de alguna manera ante la comunidad, ya que el suicidio estaría justificado por la presencia del mal. La familia y la comunidad se unen y realizan una serie de rituales para evitar un nuevo suicidio (Ruiz, 2012).

En países desarrollados como Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda existen poblaciones indígenas que están centrando la atención de los investigadores porque

presentan tasas de suicidio muy superiores a las de la población general (Harlow, Bohanna y Clough, 2014). Según un informe de la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2017), un 5% de la población mundial, representada en unos 5.000 grupos, se auto identifican como indígenas y muchos de ellos sufren marginación y pobreza. Históricamente han sufrido desigualdades sociales, políticas y económicas que han afectado a su salud emocional y mental contribuyendo a un mayor riesgo de conductas suicidas (Nock, Borges, Bromet, Cha, et al., 2008b). Un ejemplo de ello es el grupo Sámi, presente en Noruega, Suecia y Finlandia, que registra altas tasas de suicidio, especialmente entre los adolescentes (Norwegian Institute of Public Health, 2017).

2.3.13 Nivel socioeconómico, educativo y situación laboral

Una cuestión que se suele plantear frecuentemente es por qué los países con un nivel socioeconómico mayor tienen altas tasas de suicidio. Los datos aportados por OMS indican que, en términos absolutos, el 75% de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos, con gran densidad de población, como India y China. Sin embargo, países con altos niveles de desarrollo tienen tasas elevadas de suicidio. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado por Naciones Unidas sitúa a Noruega, Australia, Suiza, Países Bajos, Estados Unidos, Alemania, Nueva Zelanda, Canadá, Singapur y Dinamarca como los 10 países más desarrollados del mundo (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, 2014). Varios indicadores como la renta per cápita, los recursos sociales, la esperanza de vida, la libertad para hacer elecciones en la vida, la generosidad, la percepción de corrupción, la afectividad positiva y la afectividad negativa sirven para establecer el nivel de felicidad de los países, según informes publicados por expertos independientes (Helliwell, Layard y Sachs, 2017) y por el Legatum Prosperity Index 2016 (<http://www.prosperity.com>). Noruega, Dinamarca, Islandia, Suiza, Finlandia, Holanda, Canadá, Nueva Zelanda, Australia y Suecia se citan como los países más felices.

En la Tabla 11 se pueden observar las tasas de suicidio de estos países que, en algunos casos, superan las medias regionales facilitadas por la OMS.

Tabla 11. Tasas de suicidio en varios países (2015)

Países	Tasa
Noruega	10,9
Dinamarca	12,3
Islandia	13,1
Suiza	15,1
Finlandia	16,3
Holanda	11,9
Suecia	15,4
Alemania	13,4
Canadá	12,3
Estados Unidos	14,3
Nueva Zelanda	12,6
Australia	11,8
Media Europa	14,1
Media América	9,6

Fuente: elaboración propia con datos de la OMS

(<http://apps.who.int/gho/data/node.home>).

Tasa: por 100.000 habitantes.

La explicación a esta paradoja puede encontrarse en varios estudios en los que se sugiere que una de las razones puede ser la manera en que las personas establecemos comparaciones relativas, más allá de las culturas y del desarrollo de los países. El contraste que sufren las personas con problemas en un lugar feliz puede suponer un riesgo de suicidio (Daly, Oswald, Wilson y Wu, 2011). Como ejemplo de este contraste se cita un estudio de Platt y colaboradores en el que encontró que el desempleo asociado al suicidio es mayor en zonas con bajo desempleo (Platt, Micciolo y Tansella, 1992).

La reciente crisis económica a nivel mundial y sus efectos en la salud han sido objeto de numerosos estudios que pretenden probar su relación con el incremento de las tasas de suicidio en diferentes regiones del mundo. Cada vez son más numerosos los estudios que establecen esta relación frente a los que opinan lo contrario. Las conclusiones, por lo general, confirman y evidencian la fuerte asociación de los efectos de la crisis económica sobre la salud y el bienestar de los ciudadanos.

Existe amplia evidencia sobre estos efectos. Un análisis de las desigualdades económicas en la población española, comparando los años anteriores a la crisis y los años posteriores, muestra un incremento de la prevalencia de problemas de salud mental en los hombres de 35-54 años, con bajo nivel educativo y empleo poco cualificado (Bartoll, Palencia, Malmusi, Suhrcke y Borrell, 2014).

El informe anual de 2017 de Samaritans afirma que durante la recesión económica reciente los suicidios se incrementaron un 0,54% por cada 1% de incremento de endeudamiento en 20 países de la Unión Europea, incluyendo Reino Unido e Irlanda (Samaritans, 2017b). En países periféricos de la Eurozona como Grecia, Irlanda, Italia, Portugal y España, las políticas de austeridad llevadas a cabo durante la crisis económica reciente han tenido un efecto directo sobre la tasa de suicidios en la población de hombres de 65-89 años en estos países, según concluye un estudio realizado en 2015. Los resultados indican que una reducción del presupuesto de gastos en los países del estudio del 1% se asocia a un incremento global de los suicidios del 1,38% a corto plazo, del 2,42% a medio plazo y del 3,32% a largo plazo de tiempo (Antonakakis y Collins, 2015).

Haciendo referencia al informe anual de Samaritans, las personas que sufren situaciones adversas en los periodos de crisis económica tienen un mayor riesgo de suicidio, riesgo que persiste cuando termina la crisis si no se produce una mejora individual y las medidas de austeridad perduran durante un tiempo (Samaritans, 2017a). La OMS requiere a los países que destinen más recursos económicos a la salud mental para reducir los efectos negativos de la crisis económica (WHO, 2016).

Un estudio sobre el impacto de la crisis iniciada en 2008 ha analizado las tasas de suicidio de 54 países de Europa, América, Asia y África formando una muestra suficientemente representativa de la población europea y americana (78% de países europeos y 88% de países americanos). El estudio encontró un incremento de las tasas de suicidio en Europa y América, especialmente en los hombres y en los países con mayor

pérdida de empleo (Chang, Stuckler, Yip y Gunnell, 2013). La crisis económica tiene también un fuerte impacto en los niños y la falta de atención, la escasez de los recursos que se emplean y una mala calidad en los servicios, en la nutrición, en la atención médica y en la educación pueden tener consecuencias irreversibles sobre el desarrollo y el comportamiento futuro de los niños (González-Bueno, Bello y Arias, 2012).

En la Figura 8 se muestran las tasas de mortalidad de varios países. En EE.UU. se ha notado un incremento significativo de las tasas de mortalidad en las personas de mediana edad, de raza blanca no hispanas y con nivel de educación bajo. Este dato, extraído de un estudio que abarca el periodo 1999-2013, es muy relevante ya que, como puede apreciarse, ningún otro país acusa este fenómeno.

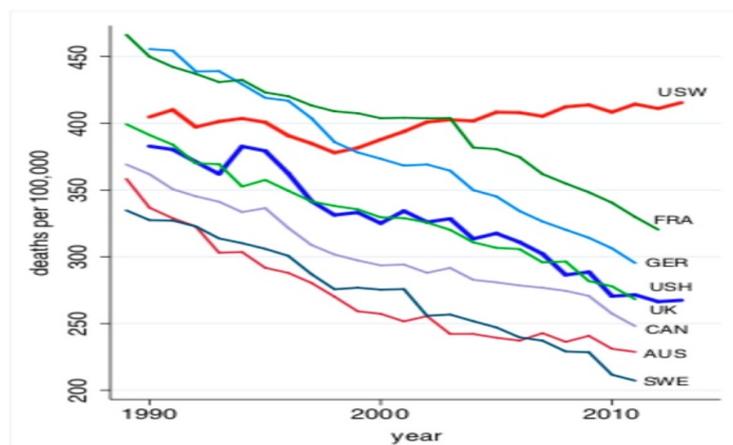


Figura 8. Tasas de mortalidad total por países en el grupo de edad 45–54. USW: US raza blanca no hispanos; USH: US hispanos, comparando con otros países: Francia (FRA), Alemania (GER), Reino Unido (UK), Canadá (CAN), Australia (AUS) y Suecia (SWE). Fuente: Case et al. (2015).

Las principales causas de muerte son por suicidio y uso de drogas, que han ido en paralelo con un deterioro en la salud, enfermedades mentales, falta de habilidades para el manejo de la vida diaria, incapacidad para trabajar y un malestar generalizado (Case y Deaton, 2015). En la Figura 9 se muestra la evolución observada.

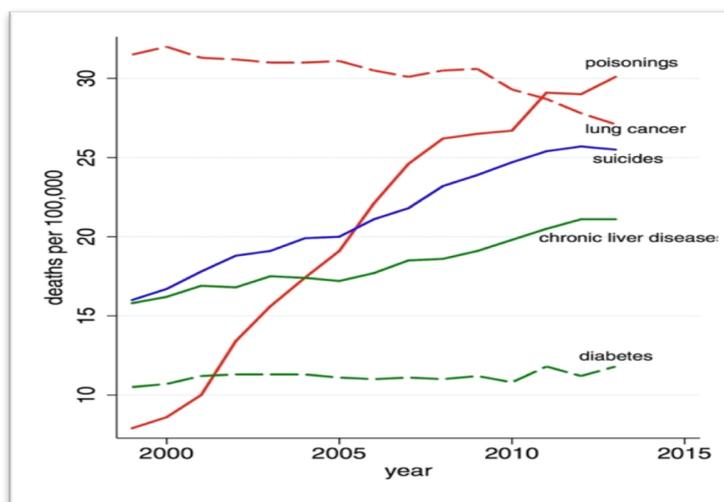


Figura 9. Tasas de mortalidad según la causa. Raza blanca, no hispanas de edad 45–54. Fuente: Case et al. (2015).

La existencia de problemas psicológicos entre las personas en paro es el doble que en las personas con empleo (Paul y Moser, 2009). En la misma línea, otros estudios sobre la crisis económica en Asia y los suicidios durante el periodo 1985-2006 en varios países establecen una asociación entre el nivel de desempleo y el incremento del suicidio en la mayoría de los países del este asiático. En EE.UU. el aumento del desempleo se asoció con un aumento significativo a corto plazo de las muertes por causas externas, excluyendo los accidentes de tráfico (Uutela, 2010).

El efecto de la crisis ha sido analizado en varios países europeos. Italia incrementó la tasa de suicidios un 10% en los años 2009-2010, inmediatos al inicio de la crisis (Pompili, 2014). Grecia ha experimentado un aumento significativo de suicidios tras el inicio del periodo de austeridad anunciado y puesto en marcha por el gobierno (2008-2012). El estudio compara mensualmente la evolución de los suicidios, destacando las elevadas cifras registradas en determinados meses de 2011 y 2012, con crecimientos de un 35,7% en junio de 2011 y un 29,7% en abril de 2012 (Branas et al., 2015). En nuestro país, la crisis financiera se ha asociado con un aumento relativo de los suicidios, especialmente en los hombres con edad de trabajar (Lopez, Gasparrini, Artundo y McKee,

2014). En Galicia, según el Movemento Galego de Saúde Mental (<http://movementogalegosaudemental.gal>), la crisis y la desprotección social son causa de que el número de suicidios sean tan elevado. Se refiere a tasas del 15,2 en el caso de Lugo y superiores al 11 por 100.000 en La Coruña, Ourense y Pontevedra (Instituto Nacional de Estadística INE, 2017).

Varios estudios analizan el impacto de la crisis en España, encontrando que la recesión económica ha tenido un impacto significativo en el incremento de los trastornos mentales y en el abuso de alcohol, según ha quedado registrado en las consultas de atención primaria, y que este incremento es más acusado en las familias en situación de desempleo y con dificultades para pagar las deudas (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2013; Rivera, Casal y Currais, 2016) El efecto se ha notado también en el aumento de las tentativas de suicidio (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2015).

Enfoques como el de la organización Samaritans se orientan en el análisis hacia un modelo socioeconómico que tiene en cuenta aspectos psicológicos y contextuales muy próximos al individuo (Samaritans, 2017b). Un resumen de estos factores se expone en la Tabla 12 en la que se pueden observar elementos que se recogen también en el modelo socioecológico del suicidio que afectan al individuo que vive en comunidad, dentro de una sociedad concreta.

En España se han encontrado también otros resultados diferentes. En un estudio llevado a cabo en Andalucía, frente al crecimiento del 8% a nivel nacional durante el periodo 2005-2010, no ocurre lo mismo y las tasas de paro no se han asociado a las tasas de suicidio (Alameda-Palacios, Ruiz-Ramos y García-Robredo, 2013).

Similares resultados ha obtenido otro estudio realizado en España en el que se concluye que la prevalencia de la ideación suicida y de los intentos de suicidio no han variado respecto a la situación previa a la crisis económica (Miret et al., 2014).

Tabla 12. Modelo socioeconómico del riesgo de suicidio

Factores socioeconómicos	Ámbito	Otros factores de riesgo
Recesión económica con incremento del desempleo Prestaciones por desempleo insuficientes Programas de incorporación laboral insuficientes Débil protección del empleo Privación económica/ pobreza Medidas de austeridad Recortes del gasto en salud mental	SOCIEDAD	Estigma social (actitudes negativas, discriminación) Disponibilidad y fácil acceso a medios para suicidarse Tolerancia y políticas en el consumo de alcohol Tratamiento inadecuado en los medios de comunicación
Falta de oportunidades locales para el empleo Despidos laborales/ cierres de empresas Zona deprimida Falta de servicios sociales de apoyo	COMUNIDAD	Exposición a conductas suicidas de personas cercanas Mala calidad y poca accesibilidad a los servicios Redes sociales de apoyo débiles Ambiente físico de mala calidad Alto índice de suicidios Alta prevalencia de mala salud física y mental
Desempleo/empleo precario/subempleo Inseguridad laboral Ocupación manual (no cualificada) Ingresos bajos/pobreza Bajo nivel de educación Deudas/problemas económicos Vivienda: no en propiedad	INDIVIDUO	Experiencias de vida adversas (especialmente en la infancia) Eventos negativos recientes Depresión Mala salud física y mental Pobre apoyo social/ desconexión social Sentimientos de fracaso, atrapamiento. Rechazo de la ayuda Percepción de impotencia, desesperanza

Fuente: Samaritans (2017).

2.3.14 Exposición “efecto contagio”

Los casos de suicidio en el entorno de las personas vulnerables pueden producir un efecto contagio en una situación de crisis y su incidencia puede ser mayor en la fase en la que la persona está considerando la posibilidad del suicidio como solución a sus problemas. El suicidio de personas cercanas, familiares, amigos, compañeros o el tratamiento inadecuado de la prensa cuando informa de un caso de suicidio, pueden actuar de reforzadores de una idea que se puede estar gestando. El efecto de las redes sociales y los testimonios gráficos de personas que cometen suicidio pueden alentar a otras a hacer lo mismo, especialmente a los jóvenes. Los medios de comunicación, ya sean escritos o

audiovisuales, siguen teniendo esta influencia sobre la población y la evidencia sobre el efecto contagioso de las noticias sobre suicidios es amplia (Brent et al., 1989; Gould, Petrie, Kleinman y Wallestein, 1994; Gould, Jamieson y Romer, 2003).

Los autores han tratado de poner nombre a este fenómeno según las circunstancias en las que se produce. Conocemos el término “suicidios en racimo” para definir casos en los que un número de personas, más o menos de la misma edad y viviendo en una misma área geográfica, se suicidan en un periodo de tiempo corto. Los “suicidios en grupo” ocurren cuando dos o más personas se suicidan al mismo tiempo, por un pacto, formando parte de un ritual, o por presión. El suicidio colectivo de 912 personas ocurrido en Jonestown, Guyana en 1978, es un claro ejemplo. El suicidio “por imitación” o por contagio afecta especialmente a la población juvenil, muy vinculada a los “famosos”, artistas, cantantes o deportistas y, cuando uno de estos famosos se suicida, los jóvenes más vulnerables son especialmente sensibles al tratamiento de la noticia (Hawton y Heeringen, 2009).

Las recomendaciones de la OMS para tratar estas noticias son insistentes y la mayoría de las organizaciones mundiales que trabajan en la prevención del suicidio hacen hincapié en la necesidad de trabajar día a día para no generar efectos negativos en los medios de comunicación cuando se informa sobre el suicidio (WHO, 2000a). A este efecto negativo se le ha denominado “Efecto Werther” (Goethe, 2005) por las consecuencias que tuvo la novela en los lectores vulnerables de la época. Desde entonces, más de 100 estudios científicos han abordado el tema (Pirkis y Nordentoft, 2011).

2.3.15 Antecedentes de maltrato físico o abuso sexual

Las diferentes formas de abuso en la niñez pueden tener que ver con el riesgo de intentos de suicidio en la vida adulta. Joiner et al. (2007) analizan las diferentes formas de abuso, llegando a la conclusión de que si bien todas las formas de abuso en la niñez

suponen un riesgo para futuras psicopatologías, incluyendo la suicidalidad, el abuso físico y el abuso sexual (formas violentas) podrían ser más severos y de mayor riesgo que formas menos severas de abuso (formas no violentas), como el abuso verbal o la negligencia (Joiner, Sachs-Ericsson, et al., 2007b).

El abuso sexual en la niñez no se da aisladamente, sino que está muy asociado a otras experiencias negativas como el abuso emocional, el abuso físico, la negligencia física y tener una madre maltratada (Dong, Anda, Dube, Giles y Felitti, 2003). Las consecuencias para la salud son importantes y la mayoría de los niños que han tenido experiencias de abuso sexual tienen sintomatología de distinto grado a lo largo de sus vidas (Chen et al., 2010; Horner, 2010). Un meta-análisis revela que la exposición a los abusos sexuales en la niñez está asociada a los intentos de suicidio (Devries et al., 2014).

El abuso sexual constituye un evento traumático en la niñez cuyas consecuencias dependerán de la gravedad del abuso (Fergusson, McLeod y Horwood, 2013) y las experiencias de abuso suponen una forma de habituación al dolor, lo que en la Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner y Silva, 2012) se considera decisivo para manifestarse una conducta suicida si existe al mismo tiempo el deseo de morir.

2.3.16 Orientación sexual

Las personas con orientación sexual LGTB (lesbiana, gay, transexual, bisexual) tienen un mayor riesgo de trastornos mentales, ideación suicida, abuso de sustancias y autolesiones que las personas heterosexuales (King et al., 2008). La asociación está ampliamente documentada en numerosos estudios americanos y europeos y, por lo general, existe consistencia en afirmar que la presión y el ambiente social al que se encuentra sometido este colectivo elevan la probabilidad de conductas suicidas (Marshall, 2016).

Los datos resultan preocupantes. Según la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio, la prevalencia de intento de suicidio de los transexuales es de un 46% en los hombres y de un 42% en mujeres, tasas que multiplican por 10 la prevalencia en la población general de los Estados Unidos (Haas, Rodgers y Herman, 2014).

2.3.17 Acoso por parte de iguales (niños, adolescentes)

El acoso entre iguales en la niñez y en la adolescencia conocido como *bullying* ha generado un gran interés en el análisis de los efectos que ocasiona en la vida adulta y también en su contribución y asociación con la conducta suicida, especialmente en los niños y en los adolescentes. Por lo general y gracias al impulso de organizaciones como la Fundación Save the Children (<https://www.savethechildren.es>), Beatbullying (<http://www.beatbullying.org/>) o la Fundación ANAR (<https://www.anar.org/>) se ha tomado conciencia de este fenómeno tan perjudicial para la salud de los adolescentes y su efecto en la vida adulta. Como consecuencia, se han puesto en marcha planes y protocolos en los centros educativos para erradicar estas conductas y prevenir sus consecuencias. El Ministerio de Educación de nuestro país, dentro del Plan de Convivencia Escolar, puso en marcha el 1 de noviembre 2016 el teléfono 900 018018 contra el acoso escolar, gratuito y anónimo.

El acoso y el abuso pueden darse únicamente en el colegio, lo que se viene a llamar *bullying*, o pueden ejercerse fuera del ámbito de la escuela a través de Internet y las redes sociales, lo que denomina *ciberbullying*. Esta forma de acoso suele consistir en burlas, chantajes y otras formas de presión que menoscaban la dignidad, afectando a la autoestima de los jóvenes, especialmente si son vulnerables. Cuando el acoso consiste en difundir imágenes o vídeos de contenido sexual o erótico para provocar la humillación de los chicos y chicas recibe el nombre de *sexting*.

La Fundación Mutua Madrileña y la Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) han elaborado un informe sobre la situación del *ciberbullying* en España (Fundación ANAR, 2016). El objetivo de este informe ha sido dar a conocer las características del acoso escolar y del *ciberbullying*, desde la perspectiva de las víctimas y sus familias.

Además de las organizaciones indicadas anteriormente, existen otros movimientos y asociaciones que han incorporado plataformas de ayuda en Internet, como la Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar AEPAE (www.aepae.es), donde se dan múltiples orientaciones a los jóvenes afectados, a sus familias y a los docentes sobre cómo actuar ante el *bullying* (www.contraelbullying.com). Existe una *app* en nuestro país, que ha desarrollado Dinantia (<http://www.dinantia.com/es>), en la que se pueden enviar comunicaciones de forma anónima y segura para que los colegios tomen medidas contra el acoso.

Hasta la fecha, no existe consistencia en la bibliografía para afirmar que el *bullying* es causa directa de la conducta suicida. Los estudios indican que, aislando otros factores como la depresión y los problemas de conducta, la asociación del *bullying* con los intentos de suicidio es baja, siendo frecuente la ideación suicida en los niños y jóvenes que sufren acoso. En lo que sí existe consenso es en que el *bullying* tiene consecuencias psicológicas importantes (Mayes et al., 2014). Se ha comprobado que los niños y adolescentes que sufren este problema tienden a no buscar ayuda y que a veces no resulta fácil detectar estas conductas a tiempo para evitar situaciones extremas (Kitagawa et al., 2013).

2.3.18 Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

El objetivo de la OMS dentro del Plan de Acción de Salud Mental de 2013-2020 es reducir un 10% los índices de suicidio y para ello incluye entre sus recomendaciones la restricción del acceso a los medios utilizados (OMS, 2015). Cada país debe adoptar las

estrategias más adecuadas en función de las características locales, regionales y nacionales y del conocimiento que se tenga sobre los métodos utilizados, entre los que existe una gran variedad. Algunos patrones son bien conocidos, por ejemplo, el uso de pesticidas en países asiáticos y de Sudamérica o la utilización de armas de fuego en los Estados Unidos. Un estudio ha analizado los suicidios registrados en los países miembros de la OMS y ha observado que el uso de pesticidas y las armas de fuego se están generalizando y tienden a reemplazar los métodos tradicionales. La elección del método depende de la disponibilidad de acceso y este conocimiento está en manos de los países (Ajdacic-Gross, 2008). En este estudio se analizan los distintos métodos utilizados y se observa que el ahorcamiento, el envenenamiento con pesticidas y la muerte por armas de fuego son los tres métodos más utilizados. Como ejemplo de la importancia de conocer la especificidad en torno al acto suicida, se cita un estudio realizado sobre los suicidios de personas mayores residentes en instituciones, donde la elección del método es lanzarse desde lo alto (Abrams, Marzuk, Tardiff y Leon, 2005).

El Golden Gate de San Francisco es un lugar emblemático por varias razones, pero también por ser un lugar trágico donde se han suicidado más de 1.700 personas lanzándose desde el puente a partir de su inauguración en 1937. Diversos estudios justificaron la necesidad de implantar medidas restrictivas (Atkins y Woods, 2012). Las autoridades han decidido instalar entre 2018 y 2021 una red protectora en los casi 3 km. de largo (en la Figura 10 se puede ver la simulación).



Figura 10. Futuras medidas de prevención adoptadas en el Golden Gate

Según demuestra un estudio realizado en Taiwan (Lee, Wu, Chen y Wang, 2014), la elección del método y su letalidad podrían estar influenciadas por las propias características demográficas. Analizando 3.089 casos ocurridos durante 2006-2010, se observaron varios aspectos: 1) la asfixia por quema de carbón vegetal fue un método altamente utilizado en esta zona, con una letalidad que supera el 50%; su acceso es fácil porque se vende para las barbacoas y su incidencia es mayor en las zonas urbanas; su prevención podría venir por limitar su venta y eliminar su oferta en las estanterías de los supermercados; 2) la elección de morir por ahorcamiento ha sido un método tradicionalmente elegido como seguro en cuanto a su letalidad y se comprueba que esto sigue siendo así y que el acceso a los materiales para hacerlo es muy sencillo, por eso su prevención es más difícil; 3) saltar desde lugares altos es una elección más frecuente en zonas urbanas que en las rurales, especialmente en ciudades con edificios altos; su prevención mediante la instalación de ventanas de seguridad u otras medidas de restricción podrían mostrarse eficaces; y 4) el acceso a las armas de fuego no es fácil en muchos países, de forma que en aquellos con fácil acceso, como los Estados Unidos, es el método de elección preferente; una regulación de la tenencia de armas evitaría muchas muertes. En definitiva, las estrategias de prevención deberían limitar la accesibilidad a métodos específicos que se adaptan a circunstancias geográficas y socioculturales propias.

2.3.19 Soledad

La soledad es un factor altamente relacionado con la IS, tanto en la población general como en pacientes psiquiátricos, siendo especialmente sensibles el segmento joven y el de personas mayores. El aspecto subjetivo de la soledad o tener sentimientos de soledad está más asociado que la soledad objetiva o estar en soledad. Cuando concurren ambas dimensiones, la asociación se da tanto con la ideación suicida como con los intentos de suicidio (Stravynski y Boyer, 2001).

La soledad contribuye a la depresión y a las conductas suicidas (Rodríguez, Santander, Aedo y Robert, 2014). Aunque está más presente en las mujeres, en los hombres tiene un efecto concurrente con otros estresores como la separación o los problemas financieros y laborales que se asocian a la conducta suicida (Heikkinen et al., 1994). La soledad y la falta de apoyo familiar y social conducen a una situación de aislamiento, que debe prevenirse (Ayuso-Mateos et al., 2012). La Teoría Interpersonal de Suicidio considera que, cuando se dan sentimientos de carga y existe también aislamiento y desconexión social, surgen pensamientos de suicidio y deseos de morir (Joiner y Silva, 2012; Stewart, Eaddy, Horton, Hughes y Kennard, 2015).

Los cambios sociales y económicos, el aumento de esperanza de vida, los cuidados y los sistemas de protección de los países desarrollados contribuyen a que, cada vez más, las personas vivan solas, alcanzando porcentajes de un 40%-60% en las grandes ciudades europeas. Esto puede valorarse como un logro social en lo que supone una mejora de la autonomía personal, pero puede constituir también un factor doloroso y de riesgo de problemas psiquiátricos como la depresión y las conductas suicidas. No se trata tanto de estar solo como de sentirse solo o aislado, con ausencia de relaciones sociales y carencias afectivas (Bahr, Peplau y Perlman, 1984). Factores como ser mujer, estar viuda, vivir sola, tener avanzada edad y problemas económicos y de salud, además de tener una red limitada de apoyo social, definen el perfil de la persona sola (Victor, Scambler, Bowling y Bond, 2005).

En la población estudiantil, la soledad tiene un efecto significativo en la ideación suicida y se relaciona también con el uso de drogas, que está directamente relacionado con la conducta suicida. Así lo demuestra un estudio realizado con 1.200 estudiantes de psicología (Lamis, Ballard y Patel, 2014). Los numerosos estudios se han centrado en la soledad y sus efectos en este tramo de edad, confirmando la existencia de una fuerte relación con la ideación suicida y las autolesiones (Bonner y Rich, 2010).

Un metaanálisis realizado con 70 estudios sobre la soledad concluye que la influencia de ambos factores, la soledad objetiva y la soledad percibida, es un riesgo de mortalidad comparable a otros factores de riesgo. Aunque vivir solo puede ofrecer ventajas, el hallazgo indica que perjudica a la salud, especialmente a los adultos con menos de 65 años (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015). El mismo autor, en otro estudio con 309.000 participantes, analiza el efecto de las relaciones sociales, su cantidad y calidad, comprobando que existe una asociación con la salud mental y física. En concreto, las personas con relaciones sociales tiene un 50% más de probabilidad de supervivencia (Holt-Lunstad, Smith y Layton, 2010).

2.4 OTROS FACTORES

Además de los factores analizados, sobre los que existe consenso y amplia evidencia empírica, se ha extraído de la bibliografía evidencia sobre la existencia de otros factores asociados a la conducta suicida. Algunos de estos factores son: los problemas de pareja, el estado mixto ansioso depresivo, las operaciones de cirugía contra la obesidad, las horas de sueño insuficientes, la actitud ante el suicidio y la violencia en la etapa universitaria.

2.4.1 Problemas con la pareja

En un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Kentucky sobre las circunstancias precipitantes del suicidio, se ha comprobado que tener problemas con la pareja es uno de los factores de riesgo más comunes. Analizaron, mediante autopsia psicológica, las circunstancias de 4.754 suicidios entre 2005 y 2012, encontrando que los problemas de pareja estaban presentes en el 17% de los casos. Como predictores de los problemas de pareja figuran los problemas de salud, los eventos estresores y los temas legales y criminales (Comiford, Sanderson, Chesnut y Brown, 2016).

2.4.2 El estado mixto ansioso depresivo

Este componente del estado de ánimo se ha identificado recientemente como un patrón de comportamiento previo altamente asociado a la conducta suicida. Un estudio con 2.811 pacientes con esta enfermedad (depresión mayor con presencia de síntomas maníacos) que habían intentado suicidarse, pertenecientes a 239 hospitales de varios países, entre ellos España, ha identificado un patrón de comportamiento previo al suicidio que se define por un estado mixto ansioso-depresivo, conductas de riesgo e impulsividad (Perugi et al., 2015).

2.4.3 Las operaciones de cirugía contra la obesidad

Tras las operaciones para reducir la obesidad se tiene un 50% de riesgo más que la media de la población de hacer un intento de suicidio, según indica un estudio realizado en Canadá con 8.815 pacientes que se sometieron a cirugía entre 2006 y 2011, cuyos resultados destacan un aumento de la tasa de intentos tras la cirugía, comparados con la tasa antes de la cirugía. El método utilizado más común fue por sobredosis y el 81,4% de los pacientes eran mujeres. En este estudio, el 93% de los pacientes que fueron atendidos por intento de suicidio habían sido diagnosticados con alguna enfermedad mental en los 5 años anteriores a la operación. La enfermedad mental tiene una alta prevalencia entre los pacientes obesos que se someten a cirugía y, aunque la pérdida de peso influye positivamente en la salud mental, los que se someten a cirugía están más expuestos a los permanentes cambios de imagen corporal, al estrés que conllevan las dietas y a las expectativas de pérdida de peso. El abuso de sustancias, la depresión y los trastornos alimentarios suelen ser frecuentes entre estos pacientes (Bhatti et al., 2016).

2.4.4 Las horas de sueño insuficientes

Dormir menos de 8 horas de media diarias tiene efectos importantes en la salud de los jóvenes. Así lo pone de manifiesto el CDC estadounidense (Centers for Disease

Control) en base a un estudio realizado con 12.154 estudiantes que informaron tener conductas de riesgo para la salud, dándose diferencias significativas entre los que duermen más y los que duermen menos de ocho horas diarias. Entre estas conductas (Figura 11) se destacan las que están asociadas a la conducta suicida, como tener sentimientos de tristeza y desesperanza, el consumo regular de alcohol, el consumo de marihuana y la consideración seria de un intento de suicidio (McKnight-Eily et al., 2011).

Prevalence and adjusted likelihood of selected health-risk behaviors by sleep status on an average school night –Youth Risk Behavior Survey, United States 2007.

Health-risk behavior	<8 h sleep on an average school night [N = 8370]		≥8 h on an average school night [N = 3784]		Adjusted OR ^a (≥8 h is the referent)	(95% CI)	p value
	%	(95% CI)	%	(95% CI)			
Drank soda or pop ≥ 1 time/day ^b	35.7	(33.0–38.6)	33.5	(30.1–37.0)	1.14	(1.03–1.28)	0.02
Did not participate in 60 min of physical activity on ≥ 5 of 7 days ^c	67.3	(65.2–69.3)	62.2	(59.9–64.4)	1.16	(1.04–1.29)	0.01
Watched television ≥ 3 h /day ^d	35.6	(33.3 –37.9)	35.9	(32.8–39.1)	1.02	(0.89 –1.16)	0.79
Used computers ≥ 3 h/day ^e	26.9	(25.1–28.7)	20.3	(18.5–22.4)	1.58	(1.38–1.80)	0.00
In a physical fight ≥ 1 time ^f	36.9	(35.0–38.9)	32.0	(30.2–33.9)	1.40	(1.24–1.60)	0.00
Current cigarette use ^g	24.0	(21.3–27.0)	15.0	(12.8–17.4)	1.67	(1.45–1.93)	0.00
Current alcohol use ^h	50.3	(48.0–52.7)	36.7	(34.4–39.0)	1.64	(1.46–1.84)	0.00
Current marijuana use ⁱ	23.3	(21.3–25.5)	15.6	(13.8–17.7)	1.52	(1.31–1.76)	0.00
Currently sexually active ^j	39.1	(36.5–41.8)	27.8	(25.1–30.6)	1.41	(1.25–1.59)	0.00
Felt sad or hopeless ^k	31.1	(29.7–32.5)	21.6	(19.7–23.6)	1.62	(1.43–1.84)	0.00
Seriously considered attempting suicide ^c	16.8	(15.5–18.2)	9.8	(8.8–11.0)	1.86	(1.60–2.16)	0.00

^a Odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI) adjusted for sex, age, and race/ethnicity.
^b Not including diet soda or diet pop, during the 7 days before the survey.
^c Were not physically active doing any kind of physical activity that increased their heart rate and made them breathe hard some of the time for a total of at least 60 min/day on ≥5 days during the 7 days before the survey.
^d On an average school day.
^e For something that was not school work.
^f During the 12 months before the survey.
^g Smoked cigarettes on ≥ 1 day during the 30 days before the survey.
^h Had at least one drink of alcohol on ≥ 1 day during the 30 days before the survey.
ⁱ Used marijuana ≥ 1 time during the 30 days before the survey.
^j Had sexual intercourse with ≥ 1 person during the 3 months before the survey.
^k Almost every day for at least 2 or more weeks in a row so that they stopped doing some usual activities.

Figura 11. Asociación horas de sueño/conductas suicida.
 Fuente: McKnightEily et al. (2011).

2.4.5 La actitud ante el suicidio

Se viene observando en diferentes estudios que la actitud y las creencias en la aceptabilidad del suicidio ante circunstancias adversas en la vida están asociadas a la conducta suicida (Feigelman, Rosen y Gorman, 2014). Esta actitud puede estar sostenida por una aceptabilidad social que favorezca el mantenimiento de posturas personales.

2.4.6 Violencia en la etapa universitaria

La violencia sufrida bajo cualquier forma por mujeres que cursan estudios en la universidad se ha relacionado con la ideación suicida y con los intentos de suicidio. Así lo ha comprobado un estudio realizado por la Universidad de Valencia a través de una

encuesta en la que se ha encontrado que el 20,5% de las encuestadas entre 18 y 25 años (n = 540) ha tenido pensamientos de suicidio, más comunes entre los 18 y 21 años o intentos de suicidio a partir de los 21 años (Martín-Baena, Mayoral, Talavera y Montero, 2018).

2.5 PROFESIONES DE MAYOR RIESGO

Varios estudios recientes se han centrado en las profesiones u ocupaciones que actualmente presentan mayor riesgo de suicidio. En Gran Bretaña se ha publicado un estudio sobre 13.232 muertes por suicidio durante los años 2011 a 2015 y sus correspondientes ocupaciones. Los hombres se suicidaron en una proporción de 4:1 respecto a las mujeres y aquellos que tenían trabajos de baja cualificación, principalmente en la construcción, presentaron un 44% más riesgo de suicidio que la media nacional mientras que los trabajadores con salarios altos presentaron un 70% menos riesgo (Figura 12). Otras ocupaciones relacionadas con la construcción, más cualificadas, como decoradores y pintores y las ocupaciones en la agricultura presentaron el segundo grupo de mayor riesgo entre los hombres, con casi un 40% más riesgo.

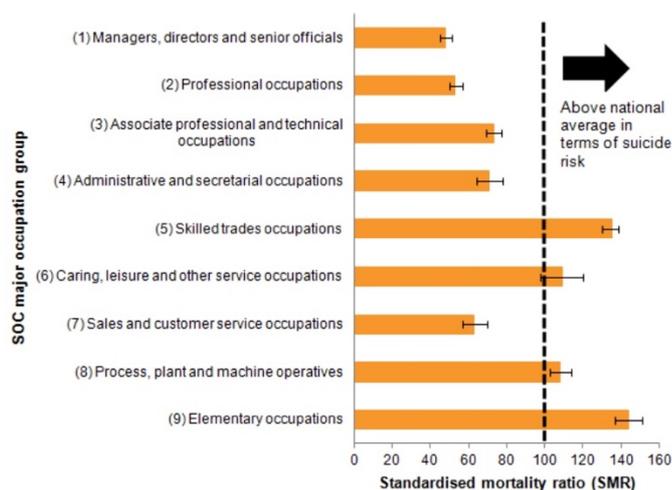


Figura 12. Riesgo de suicidio en hombres por grupos de ocupacion en Inglaterra, 2011-2015
Fuente: Windsor-Shellard (2017).

Las mujeres no acceden en la misma proporción que los hombres a ciertos grupos de trabajo como los relacionados con la construcción y la agricultura. Los trabajos a los

que tienen acceso las mujeres y que presentan mayor riesgo son los relacionados con la cultura y las actividades artísticas, con la literatura y con los medios de comunicación. Este grupo tiene un 69% más riesgo de cometer suicidio que la media nacional, mientras que los hombres que desarrollan estas mismas actividades tienen un 20% más. Las mujeres profesionales de la salud tienen un 24% más riesgo, especialmente las enfermeras (Figura 13).

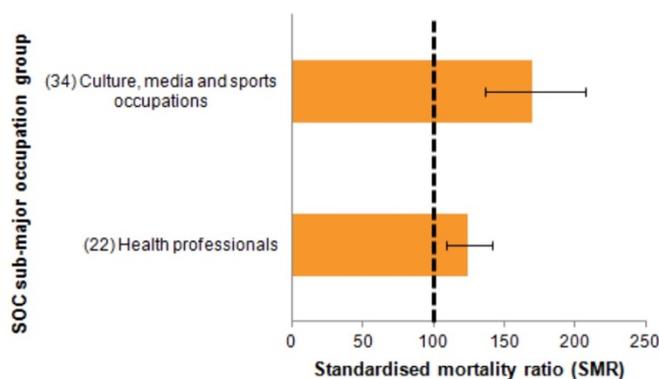


Figura 13. Profesiones con mayor riesgo de suicidio en Inglaterra, 2011 a 2015
Fuente: Windsor-Shellard (2017).

En un comunicado de la Confederación Médica Iberoamericana que reúne a varios países de habla hispana, entre ellos España, se alerta del riesgo de suicidio del colectivo médico, que es el doble que en la población. Según su informe, los altos niveles de exigencia y las dificultades vinculadas a las condiciones laborales serían factores asociados al suicidio en este colectivo (Confederación Médica Latinoiberoamericana y del Caribe, 2016).

Centrando el interés en la profesión sanitaria, una revisión de trabajos sobre la profesión de enfermería revela la alta prevalencia del suicidio y echa en falta una mayor investigación que permita acciones preventivas (Alderson, Parent-Rochelleau y Mishara, 2015). En una encuesta realizada en 2014 en la que participaron 10.254 veterinarios de

los Estados Unidos (el 10% del total en dicho país), uno de cada seis informó haber tenido ideación suicida (Nett et al., 2015).

La profesión de mayor riesgo puede ser una variable dependiente de otros factores de tipo socioeconómico, cultural y temporal. En Francia, la profesión de mayor riesgo actual es la de agricultor, con dos suicidios diarios. Un informe de France 2 asocia este incremento de suicidios al uso de pesticidas en Francia. En dicho informe, apoyado también en otros estudios sobre el uso de pesticidas (Wehrman, 2014; Weisskopf, Moisan, Tzourio, Rathouz y Elbaz, 2013), se presenta un mapa comparativo de suicidios y uso de pesticidas, encontrando gran coincidencia (Figuras 14 yFigura 15).

Un documento de investigación emitido por France.Tv considera que las presiones económicas a las que están sometidos los agricultores franceses que realizaron fuertes inversiones para adaptar sus explotaciones pueden estar contribuyendo al incremento de suicidios (Boudot, 2016).

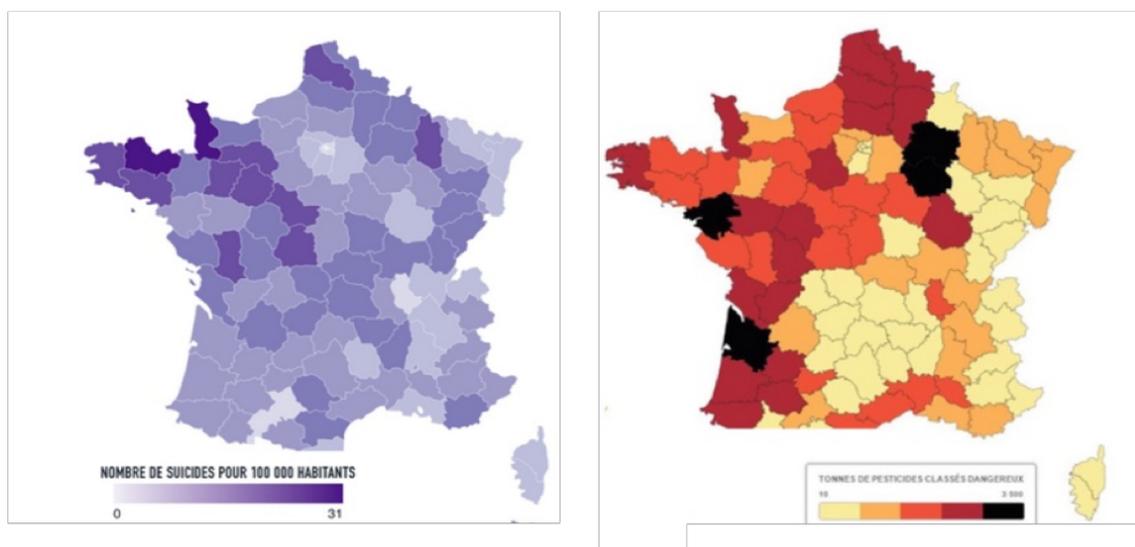


Figura 14 (Izquierda). Suicidios por cada 100.000 habitantes (Francia)

Figura 15 (Derecha). Toneladas de pesticidas peligrosos (Francia)

Fuente: WordPress.com

2.6 FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores hacen referencia a aquellos aspectos que contribuyen al bienestar de la persona, fundamentalmente desde el punto de vista de la salud y le protegen de la vulnerabilidad frente a las dificultades y los eventos negativos que pueden conducir hacia la conducta suicida. El enfoque en la intervención debe centrarse no solo en la reducción de los factores de riesgo, sino en fortalecer aquellos factores protectores que se han mostrado significativos para incrementar la resiliencia frente a la conducta suicida (Johnson, Wood, Gooding, Taylor y Tarrier, 2011; WHO, 2014b).

Hablar de factores protectores es hablar de prevención y, como afirma la OMS (2015), la protección de las personas frente a la conducta suicida debe ser un imperativo para todos los países. El tema de la prevención se aborda en el capítulo 4 y lo que se expone a continuación trata de aquellos factores que, con referencia al contexto personal interno y externo, pueden evitar la conducta suicida.

La identificación de los factores protectores puede ayudar a estimar el nivel de riesgo de suicidio y a desarrollar un plan de tratamiento que tenga como objetivo la seguridad y una menor suicidalidad. Al igual que los factores de riesgo, no existe un solo factor protector que, por sí mismo, sea predictor suficiente para evitar la conducta suicida (Chehil y Kutcher, 2012). En la mayoría de las plataformas online disponibles y en las guías elaboradas por las principales instituciones nacionales e internacionales (OMS; <https://www.sprc.org>; <https://www.cdc.gov>; <https://afsp.org>) se citan los factores protectores junto a los factores de riesgo. En la Tabla 13 se pueden ver los principales factores protectores extraídos de distintos documentos como la Guía de Práctica Clínica sobre la prevención y tratamiento de la conducta suicida y otros elaborados por varios autores e instituciones.

Tabla 13. Factores protectores de la conducta suicida

Servicios de atención eficaces en el cuidado de la salud física, mental y el abuso de alcohol y sustancias	(“CDC,” 2017; Grupo de trabajo GPC, 2012; Suicide Prevention Resource Center, 2017)
Apoyo para acceder y adherirse a los servicios de ayuda	(“CDC,” 2017)
Apoyo social y familiar percibido	(“CDC,” 2017; Grupo de trabajo GPC, 2012)
Capacidad de afrontar y resolver problemas y adaptarse a los cambios	(“CDC,” 2017; Grupo de trabajo GPC, 2012; Suicide Prevention Resource Center, 2017)
Actitudes y creencias personales sobre el suicidio, culturales y religiosas. Espiritualidad	(Ayuso-Mateos et al., 2012; “CDC,” 2017; Grupo de trabajo GPC, 2012; Suicide Prevention Resource Center, 2017)
Maternidad o embarazo	(Grupo de trabajo GPC, 2012; Marzuk et al., 2006; Qin y Mortensen, 2003)
Responsabilidad para con otras personas	(Turvey et al., 2002; Wong et al., 2008)
Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales. Participación social. Capital social	(Grupo de trabajo GPC, 2012; Kelly, Davoren, Mhaol in, Breen y Casey, 2009; Suicide Prevention Resource Center, 2017)
Restricciones para acceder a las armas o medicamentos	(Turvey et al., 2002; Wong et al., 2008)
Satisfacción con la vida	(Turvey et al., 2002; Wong et al., 2008)
Evaluación de la realidad	(Turvey et al., 2002; Wong et al., 2008)
Autoestima y propósitos y sentido en la vida	(Suicide Prevention Resource Center, 2017)
Temor al dolor y a las conductas de riesgo	(Turvey et al., 2002; Wong et al., 2008)
Presencia de esperanza y optimismo	(Turvey et al., 2002; Wong et al., 2008)
Alta resiliencia	(Turvey et al., 2002; Wong et al., 2008)
Autocontrol de la ira y de la impulsividad	(Turvey et al., 2002; Wong et al., 2008)
Convivencia en pareja y presencia en el hogar de hijos no emancipados	(Masocco et al., 2009)
Satisfacción en las relaciones de pareja	(Till, Tran y Niederkrotenthaler, 2016)
Tener confianza en uno mismo	(Grupo de trabajo GPC, 2012)
Flexibilidad cognitiva	(Turvey et al., 2002; Wong et al., 2008)

Fuente: elaboración propia

La Teoría de la Autodeterminación sostiene que las personas están intrínsecamente motivadas para superar los obstáculos y la interacción con el ambiente puede limitar o potenciar la tendencia natural de las personas hacia el crecimiento (Deci y Ryan, 2000). Para que las personas puedan desarrollarse, deben satisfacerse tres necesidades psicológicas básicas: la autonomía, la competencia y las relaciones. Britton y colaboradores examinaron la asociación de estas necesidades con la ideación suicida y la conducta suicida, encontrando que la asociación es menor en aquellas personas que tienen estas necesidades psicológicas cubiertas (Britton, Van Orden, Hirsch y Williams, 2014).

Las relaciones sociales y familiares son siempre importantes ante las situaciones de crisis, pero especialmente en adolescentes y personas mayores que tienen un mayor nivel de dependencia. El CDC propone como principal estrategia para la prevención de la conducta suicida la promoción y fortalecimiento de relaciones a nivel personal, familiar y comunitario (Centers for Disease Control and Prevention, 2008a).

3 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

3.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha planteado a los estados miembros en su Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 reducir la tasa de suicidio en un 10% (OMS, 2013). La evaluación del riesgo de suicidio es un elemento clave en cualquier plan de prevención e implica la comprensión del problema y del fenómeno suicida. El conocimiento que la bibliografía ha proporcionado nos permite considerar la evaluación del riesgo de suicidio como un proceso necesario y complejo, centrado en la persona en riesgo, que debe tener en cuenta el contexto de interrelaciones personales del individuo que se dan en una comunidad, una sociedad y una cultura. La identificación e integración de los elementos que componen este proceso es una tarea necesaria para realizar una evaluación eficaz.

La comprensión del fenómeno suicida ha sido abordada desde distintas teorías o modelos que tratan de explicar las dinámicas y las variables que interactúan en la conducta suicida, por lo general de tipo psicológico. Sin embargo, la mayoría de estas teorías no explican por qué la gente que tiene pensamientos de suicidio no intenta suicidarse (O'Connor y Nock, 2014a).

Existe una amplia evidencia empírica que ha permitido un mayor acercamiento y una mejor comprensión del tema, pero también se echa en falta un mayor consenso en las definiciones y en la terminología para que no se dificulte el avance en la elaboración de herramientas de evaluación y, consecuentemente, en la prevención. Los expertos consideran que uno de los retos para avanzar es la estandarización de un sistema de definiciones y clasificación en esta materia (O'Connor, Platt y Gordon, 2011).

En este marco tan complejo, a pesar de los esfuerzos para unificar términos e identificar factores de riesgo específicos, el autor de esta tesis coincide con las opiniones

generalizadas de que no existe todavía un instrumento que, por sí mismo, ofrezca capacidad para predecir el riesgo y de que los factores de riesgo son únicos y personales (Motto, 2012). El encuentro personal o entrevista, tanto en clínica como en otros contextos de ayuda, es fundamental para identificar las señales de alarma y los factores de riesgo y los instrumentos desarrollados pueden ayudar eficazmente en el proceso de evaluación (Schechter, Goldblatt y Maltsberger, 2013).

En opinión de algunos expertos, los esfuerzos para desarrollar sistemas o instrumentos de evaluación del riesgo han sido desproporcionados en comparación con el desarrollo de tratamientos eficaces (Ryberg et al., 2017). Sin embargo, se puede sostener la idea de que, dados los rápidos cambios psicosociales que se están produciendo, los instrumentos de evaluación deben estar permanentemente actualizados (Steeg et al., 2012).

Existen investigaciones que ponen en duda la eficacia de las clasificaciones del nivel de riesgo de suicidio que se han utilizado hasta el momento (por ejemplo, bajo, moderado, alto, muy alto) y que se basan, fundamentalmente, en múltiples factores de riesgo. Un meta-análisis de 37 estudios realizado en Australia encontró que un 54% de pacientes de alto riesgo no intentaron suicidarse, mientras que un 79% de pacientes con un nivel de riesgo bajo lo intentaron, demostrando que no existe ningún método estadístico para identificar correctamente el riesgo (Large et al., 2016).

En otro metaanálisis realizado en Gran Bretaña sobre los factores de riesgo y las escalas de evaluación utilizadas se puso de manifiesto que los factores de mayor consenso, como los intentos previos, el intento de suicidio, las enfermedades físicas y ser varón eran tan comunes que no sirven de ayuda para la evaluación del riesgo y que tampoco existe evidencia de que la utilización de escalas como herramienta única sea eficaz. El estudio, realizado con 3.124 participantes, comprobó que la capacidad de la Escala de Intención

Suicida (SIS) para detectar el riesgo alto (sensibilidad) fue de un 73% y la capacidad para detectar el riesgo bajo (especificidad) de un 64% (Chan et al., 2016).

La evaluación del riesgo en la práctica clínica se ha enfocado tradicionalmente hacia la predicción, mientras que en la actualidad se ocupa más de la prevención. Según Bouch y colaboradores hay tres enfoques sobre la evaluación del riesgo: 1) clínico, basado en el juicio y experiencia clínica, subjetivo e intuitivo, 2) actuarial, basado en algoritmos y procedimientos formales y objetivos que calculan la probabilidad de ocurrencia y 3) juicio profesional estructurado, que combina los conocimientos y la evidencia sobre los factores de riesgo con una evaluación individual del paciente. Contar con herramientas de ayuda nunca debe sustituir el juicio clínico (Bouch y Marshall, 2005).

Los enfoques actuales en la evaluación clínica del riesgo de suicidio ponen de manifiesto la necesidad de integrar en el proceso de evaluación tanto las señales de alarma como los factores de riesgo, poniendo especial atención en las señales de alarma: la ideación suicida en sus diferentes grados y sus manifestaciones, la desesperanza, la rabia o ira, las conductas de riesgo, el incremento de consumo de sustancias, la ansiedad con agitación e insomnio, los cambios bruscos del estado de ánimo y la falta de razones para vivir, entre otras.

3.2 LA EVALUACIÓN DEL RIESGO: UN PROCESO

La evaluación debe entenderse como el resultado final de un proceso que permite al evaluador, desde una perspectiva global, formarse un criterio basado en el análisis comprensivo de los factores específicos que concurren en la persona que está en “riesgo de suicidio”. Esta es la expresión que se utiliza para alertar sobre una persona que muestra señales de que quiere terminar con su vida. El suicidio, definido como “muerte causada por el comportamiento lesivo auto dirigido con alguna intención de morir como resultado de la conducta” (Degutis y Sattin, 2011) no da lugar a interpretaciones. Sin embargo, el

hecho de evaluar resulta complicado porque depende de numerosas variables relacionadas con la acción, con la persona que evalúa, su preparación, el contexto, el instrumento utilizado y aquellas variables relacionadas con el evaluado, su situación y la disponibilidad (Motto, 1991). El hecho de que muchas de estas variables sean dinámicas y puedan cambiar hace que el proceso de evaluación tenga que repetirse en el tiempo.

La conducta suicida es un proceso que se inicia con la presencia de pensamientos de muerte y puede terminar con el propio suicidio. La conceptualización de este proceso está descrita en el *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA)*: (1) la conducta no suicida (autolesiones con intención desconocida, autolesiones no deliberadas, autolesiones sin intención de morir), (2) la IS, (3) las conductas preparatorias, (4) el intento de suicidio y (5) el suicidio (Posner, Oquendo, Gould, Stanley y Davies, 2007b). Partiendo de la IS, el proceso se da generalmente como un continuo que va de menor a mayor severidad.

Existen, según lo descrito antes, dos fases claramente diferenciadas en el proceso de evaluación: 1) la que hace referencia a los datos y síntomas observables recogidos a través de la entrevista, los instrumentos u otras fuentes y 2) la fase en la que el clínico se forma un juicio sobre la previsible conducta suicida. La fiabilidad y la validez del juicio dependerán de la calidad y fortaleza de los datos recogidos en la primera fase. Según los expertos, no existe evidencia de la eficacia de los instrumentos utilizados en la primera fase (Simon y Hales, 2012). Berman y Silverman definen la primera fase como de evaluación (Suicide Risk Assessment, SRA) y la segunda como de formulación (Suicide Risk Formulation SRF). Esta segunda fase depende de los datos recogidos en la fase de evaluación para establecer el nivel de riesgo y decidir qué hacer. Sin embargo, hay poco publicado para asignar los niveles de riesgo y qué hacer o cómo establecer un triaje acorde a los niveles de riesgo (Berman y Silverman, 2013).

En la Tabla 14 se exponen los indicadores de calidad utilizados en un estudio piloto llevado a cabo en el Reino Unido (Rahman, Gupta, While, Rodway y Ibrahim, 2013) para determinar si las rutinas utilizadas en el proceso de evaluación del riesgo de suicidio de 47 personas que cometieron suicidio fueron satisfactorias o no. En este estudio, el nivel de satisfacción del total de los indicadores analizados fue de un 64%, mientras que un 36% fue insatisfactorio.

Tabla 14. Indicadores de calidad en la evaluación del riesgo

Indicadores

Historia personal

Estado de salud (física y mental) y circunstancias actuales

Formulación de los factores de riesgo

Elaborar un plan para gestionar el riesgo

Comunicar cómo se va a gestionar el plan

Calidad de la evaluación

Fuente: National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (2012).

Para los profesionales, el hecho de enfrentarse al proceso de evaluación provoca estrés y ansiedad. Un estudio realizado con 242 profesionales de la salud identifica las situaciones o hechos que generan ansiedad, agrupados en los siguientes factores: dificultades técnicas, dificultades emocionales y dificultades de relación-comunicación con los pacientes y con sus familias (Rothes, Henriques, Leal y Lemos, 2013). En esta misma línea, otros estudios destacan el impacto emocional y la ansiedad (Kleespies y Ponce, 2009), así como la angustia general, que estas situaciones pueden generar en los profesionales (Menninger, 1991; Wurst et al., 2011).

Entre las dificultades técnicas destacan la falta de formación específica, el temor a no poder evaluar adecuadamente el riesgo y la falta de instrumentos específicos de evaluación del riesgo (Rothes et al., 2013). En este marco de dificultades, el uso de escalas e instrumentos no está establecido de forma rutinaria en la práctica clínica (Ayuso-Mateos et al., 2012).

En definitiva, múltiples variables pueden influir en la decisión del clínico. En este sentido, se han encontrado diferencias significativas en el juicio de los médicos de atención primaria a la hora de evaluar el riesgo de suicidio. Un estudio realizado por la Universidad de Toronto observó que, aun cuando las puntuaciones obtenidas en las escalas estandarizadas aplicadas eran el predictor más fuerte del juicio clínico sobre la necesidad de hospitalización para garantizar la seguridad del paciente, otras variables como la experiencia y el estrés del clínico influyen en la decisión (Regehr, LeBlanc, Bogo, Paterson y Birze, 2015). La Tabla 15 muestra los principios a seguir en la evaluación.

Tabla 15. Principios a tener en cuenta en la evaluación del riesgo de suicidio

Principios	Características
1. Único para cada persona	Los factores de riesgo, señales de alarma y factores de protección se manifiestan a nivel individual.
2. Es complejo y cambiante	La evaluación del riesgo de suicidio es eficaz en la medida en que el suicidio es previsible. Es una tarea compleja y difícil porque los sentimientos son cambiantes y la ideación suicida también.
3. Es un proceso continuo	Una evaluación puede quedar obsoleta en poco tiempo.
4. Precaución con la posibilidad de errores	En la evaluación hay posibilidades de falsos positivos y de falsos negativos. Las consecuencias de los falsos negativos pueden ser fatales.
5. Es un proceso colaborativo	Colaboración interprofesional; tener mayor consistencia en el juicio mediante la corroboración con otras fuentes; consulta a otros profesionales.
6. Se basa en el juicio clínico	Todos los instrumentos y protocolos disponibles no pueden sustituir el juicio clínico.
7. Tiene en cuenta todas las amenazas, señales de alarma y factores de riesgo	No minimizar o interpretar como llamadas de atención.
8. Explorar la ideación suicida: preguntar	Preguntar directamente sobre la ideación suicida.
9. Es un tratamiento	La evaluación es un hito que puede marcar la orientación del tratamiento.
10. Intenta descubrir el mensaje subyacente	¿Comunicación? ¿control? ¿evitación?
11. Se da en un contexto cultural	La actitud cultural hacia el suicidio condiciona la comprensión del fenómeno.
12. Debe documentarse	Debe documentarse la evaluación del riesgo de suicidio siempre que se haga, independientemente de su brevedad.

Fuente: Adaptado de Granello (2010).

La mayoría de los profesionales que atienden a personas en situación de crisis preguntan de forma rutinaria sobre la ideación y la conducta suicida, un 30% no lo hace con todos los pacientes y un 4% no lo hace nunca (Roush et al., 2018).

3.3 CUÁNDO EVALUAR

La Asociación Americana de Psiquiatría (<https://www.psychiatry.org>) cita las circunstancias en las que hay que realizar una evaluación del riesgo de suicidio: 1) en una crisis suicida, 2) al inicio del tratamiento de una persona en crisis y 3) ante un cambio en el contexto del tratamiento, un cambio brusco del curso clínico y un empeoramiento del curso clínico por causa de eventos estresores. Otras fuentes indican las siguientes circunstancias: al inicio de la evaluación psiquiátrica o admisión de un paciente, ante cualquier ideación o comportamiento suicida y siempre que existe un cambio clínico significativo.

3.4 DESDE DÓNDE EVALUAR: QUIÉN TIENE QUE EVALUAR

Se plantea así este punto para destacar la importancia de la participación de los diferentes agentes sociales en la evaluación del riesgo de suicidio. Como se ha definido, la evaluación es un proceso que tiene en cuenta el marco de interrelación de la persona en la comunidad: el ámbito familiar, el de sus relaciones sociales, el de su participación en organizaciones y en su entorno laboral, educativo, etc. donde la persona interactúa y puede dejar señales observables de sus estados de ánimo. Detectar las señales de riesgo es la fase inicial y fundamental en el proceso de evaluación y puede hacerse desde un marco no profesional ni especializado al que debe dotarse, sin embargo, de la sensibilización y de los conocimientos necesarios para identificar las señales de riesgo. La tarea, en este sentido, debe ser comprometida si se quiere abordar la prevención de forma global, aportando información clara basada en la evidencia y en las mejores prácticas y ofreciendo las vías de apoyo para conducir los casos que requieran ayuda. Esto implica hacer planes

para desarrollar, además de otras estrategias, conciencia en la población y especialmente en los profesionales de la salud, los educadores, los servicios de seguridad etc., que deben contar con un mínimo de formación y con los instrumentos de *screening* adecuados (Saini, While, Chantler, Windfuhr y Kapur, 2014).

3.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En nuestro país, las escalas para la evaluación del riesgo suicida se han venido empleando de forma generalizada en el ámbito clínico, aun cuando algunas de ellas no están validadas en España. Sin embargo, las escalas no presentan la validez necesaria para ser utilizadas en la práctica clínica como instrumento único en la evaluación. Se sabe que la utilización de escalas tiene el riesgo de los falsos positivos y falsos negativos y que la identificación de las personas que van a suicidarse no es viable debido, en parte, a la baja sensibilidad y especificidad de los instrumentos de evaluación (Pokorny, 1983). Por esta razón, la Asociación Americana de Psicología (APA; <http://www.apa.org>) establece un código ético en el que el uso de escalas y cuestionarios debe ser cauteloso y formar parte, en todo caso, de un proceso que tenga en cuenta la integración de los elementos mencionados anteriormente y nunca como instrumentos predictivos o sustitutivos de la evaluación clínica (American Psychological Association, 2017). Son varios los estudios que advierten sobre las discrepancias entre las informaciones obtenidas a través de los instrumentos basados en autoinforme y la severidad real de la ideación y las conductas suicidas (American Association of Suicidology, 2017b; Deisenhammer, DeCol, Honeder, Hinterhuber y Fleischhacker, 2000; Fawcett et al., 2006; Nock y Banaji, 2007).

3.5.1 Instrumentos de filtrado (*screening*)

Estos instrumentos contienen una serie de preguntas que se han mostrado significativas en su asociación con la conducta suicida. Dichos instrumentos pueden ser aplicados por profesionales (*gatekeepers*) que tienen a su cargo el cuidado de otros, es

decir, no se requiere una preparación especializada. Cuando estos instrumentos advierten sobre una previsible conducta suicida, lo indicado es profundizar en la evaluación, que debe hacerse por un profesional de la salud. Según algunos estudios, estos instrumentos no son suficientes, porque la mayoría de ellos contienen preguntas poco precisas y no hacen referencia al momento más próximo en el proceso de crisis (Gaynes, 2004; O'Connor, Gaynes, Burda, Soh y Whitlock, 2013). Algunos de ellos son muy completos, como el publicado por el Instituto Australiano para la Investigación y Prevención del Suicidio (Anexo 1).

ReACT Self-Harm Rule (Steege et al., 2012) es una herramienta de *screening* basada en una amplia base de datos obtenidos de varios centros hospitalarios de Gran Bretaña que atendieron a personas con autolesiones. Tras los correspondientes análisis de los datos, obtuvieron cuatro predictores de repetición del intento de suicidio en los siguientes 6 meses: reciente intento de suicidio, vivir solo o estar sin hogar, hacerse cortes como método utilizado para la autolesión y estar en tratamiento por un trastorno psiquiátrico. El acrónimo ReACT corresponde a Re (*Recent self-harm*), A (*Alone*), C (*Cutting*) y T (*Treatment*). La herramienta ha presentado una sensibilidad (capacidad para detectar a las personas en riesgo) del 97% y una especificidad (capacidad para descartar el riesgo) del 20%.

Suicide Risk Assessment (SRA) es un test de 142 ítems desarrollado bajo la influencia de la teoría del suicidio Rudd y posteriores investigaciones. Esta teoría contempla la suicidalidad en un continuo de categorías de riesgo y hace la distinción entre riesgo agudo y riesgo crónico (Rudd, 2006). Está recomendada su aplicación como *screening* cuando existen factores de riesgo como abuso de sustancias, depresión y ansiedad severa. Se aplica en plataforma web.

3.5.2 Instrumentos tradicionales

Las principales escalas e instrumentos utilizados en la evaluación de la conducta suicida se muestran en la Tabla 16. En ella se hace una distinción entre las escalas específicas de suicidio y otras que, midiendo otras dimensiones, utilizan ítems que hacen referencia a la conducta suicida.

3.5.3 Escalas más recomendadas

Atendiendo a las recomendaciones (Ayuso-Mateos et al., 2012), se describen algunas de las escalas indicadas en la tabla 16. Algunas de ellas, como la *Escala de Desesperanza* y la *Escala para la Ideación Suicida*, ambas de Beck, así como la *SAD PERSONS*, aunque no están validadas en España, son recomendadas por su contenido didáctico y su facilidad de aplicación (Soler y Gascón, 2013).

Tabla 16. Escalas y cuestionarios para la evaluación del riesgo de suicidio

Escalas específicas de suicidio	Objetivo
Escala de desesperanza de Beck (<i>Beck Hopelessness Scale</i> , BHS; Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974a)	Mide las expectativas negativas sobre el futuro y el bienestar de la persona, así como los recursos para afrontar la situación
Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI; Beck, Kovacs y Weissman, 1979).	Intensidad de la conducta suicida de los pacientes en el momento actual. Ideación suicida o plan elaborado. Recomendada para población de mayores.
Escala de Intencionalidad Suicida (SIS; Beck, Morris y Beck, 1974b)	Cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente y su uso está indicado tras un intento de suicidio
Escala de estimación del riesgo de suicidio (<i>Risk Estimator Scale for Suicide</i> ; Motto, Heilbron y Juster, 1985)	Riesgo de suicidio en el plazo de 2 años en adultos en situación de riesgo
Escala de Evaluación del suicidio (SUAS; Stanley, Träskman-Bendz y Stanley, 1986)	Suicidalidad de personas que anteriormente han tenido intentos de suicidio
<i>SAD PERSONS</i> (Patterson, Dohn, Bird y Patterson, 1983)	Factores de riesgo
<i>IS Path Warm</i> (Berman, 2006)	Señales de alarma.
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik et al., 1989)	Evaluación del riesgo de suicidio. Validación castellano (Rubio et al., 1998)
Cuestionario de conducta suicida (<i>Suicidal Behaviors Questionnaire</i> , SBQ; Osman, Bagge, Gutierrez y Konick, 2001)	Valorar la ideación suicida y la conducta suicida
Inventario de razones para vivir (<i>Reasons for Living Inventory</i> , RFL; Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983)	Explorar las razones para vivir

Escala de Razones para Vivir (Reasons for Living Scale-Older Adult Version, RFL-OA; Edelstein et al., 2009)	Valorar elementos disuasorios hacia la conducta suicida. Validación en castellano Orientada a la población de mayores (Oquendo et al., 2016)
<i>Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview</i> (SITBI; Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007)	Suicidalidad en jóvenes
Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0; WHO)	Suicidalidad
Escala de riesgo de repetición (<i>Risk Repetition Scale</i> , RRS; Buglass y Horton, 1974)	Evaluar el riesgo de nuevo intento
Escala de Edimburgo de riesgo de repetición (<i>Edinburgh Risk of Repetition Scale</i> , ERRS; Kreitman y Foster, 1991)	Evaluar el riesgo de nuevo intento
Escala de intencionalidad modificada (<i>Modified Intent Score</i> , MIS; Pierce, 1977)	Evaluar el riesgo de nuevo intento
Escala de evaluación del suicidio (<i>Suicide Assesment Scale</i> , SAS; B. Stanley et al., 1986)	Evaluar el riesgo de suicidio
Escala de riesgo-rescate (Risk Rescue Rating Scale, RRRS; (Weisman y Worden, 1973)	Evaluar la letalidad y la intencionalidad del intento de suicidio
Escala de riesgo de suicidio (<i>Risk of Suicide Scale</i> , ROSS; Poldinger, 1969)	Evaluar el riesgo de suicidio
Cuestionario de riesgo de suicidio (<i>Risk Suicide Questionnaire</i> , RSQ; Horowitz et al., 2001)	Evaluar el riesgo de suicidio en jóvenes. Existe versión en castellano validada en población juvenil mejicana (García, Agraz, Guirado, Salcedo y Munoz, 2005)
SAMHSA: <i>The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised</i> (SBQ-R; Osman et al., 2001)	Evaluación del riesgo de suicidio en población adulta general y clínica. Muy breve. No validado en España.
<i>Columbia Suicide Severity Rating Scale</i> , C-SSRS (Posner, Melvin y Stanley, 2007a)	Evaluación de la ideación y conducta suicida. Validación reciente en España (Al-Halabi et al., 2016)
Escalas no específicas de suicidio	Objetivo
Escala de impulsividad de Plutchick (<i>Plutchik Impulsivity Scale</i> , IS (Plutchik y Van Praag, 1989)	Evaluar la impulsividad. Validada al castellano (Rubio et al., 1998).
Escala de impulsividad de Barrat (<i>Barratt Impulsiveness Scale</i> , BIS) (Barratt, 1959)	Evaluar la Impulsividad. Validación castellano (Oquendo, Baca-García, et al., 2001a)
Inventario de hostilidad de Buss-Durkee (<i>Buss-Durkee Hostility Inventory</i> , BDHI; Buss y Durkee, 1957)	Evaluar la Agresividad. Validación en castellano (Oquendo, Graver, et al., 2001b)
<i>Children Depression Rating Scale, Revised</i> (CDRS-R; Poznanski et al., 1984)	Evaluación de la depresión. Validación en castellano (Polaino-Lorente y Domènech, 1993)
<i>Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children</i> (K-SADS; Kolaitis, Korpa, Kolvin y Tsiantis, 2003)	Evaluación de la depresión. Validación en castellano. (Arechavaleta, Foullieux y Martínez, 2006)
<i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS; Yesavage et al., 1982)	Evaluación de la depresión y la ideación suicida. Recomendada en población de mayores
<i>Geriatric Hopelessness Scale</i> (GHS; Fry, 1984)	Evaluación de la depresión y la ideación suicida. Recomendada en población de mayores

Escala de valoración de la depresión de Hamilton (<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> , HRSD (Hamilton, 1960))	Contiene un ítem destinado a valorar la ausencia o presencia de conducta suicida
Inventario de Depresión de Beck (BDI; ítem sobre conducta suicida)	Explora la ideación a través de un ítem.
Índice Breve de Bienestar de la OMS (<i>Who-Five Well-Being Index</i> , WHO-5-J; Awata et al., 2007)	Evaluación de la ideación suicida. Recomendada para población de mayores.
Perceived Burdensomeness (PBS) Scale. (Peak et al., 2016)	Evalúa el sentimiento de carga, muy presente en el estudio de la suicidalidad.
Entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica (<i>Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy</i> , SSIPA (Werlang y Botega, 2003))	Evaluación psicológica Validación castellano. (Jiménez, de Albéniz y Losada, 2010)
Fuente: Álvarez (2016)	

En una revisión sobre herramientas de evaluación del riesgo de suicidio (Álvarez, 2016) se destaca, además de las desarrolladas por Beck et al. (1974), la *Escala de Estimación del Riesgo de Suicidio (Risk Estimator Scale for Suicide)*; Motto et al., 1985). Igualmente, en una revisión en la base ScienceDirect de la bibliografía sobre la evaluación, se destacan como escalas prioritarias la *Escala de Ideación Suicida de Beck* y el *Inventario de Depresión de Beck* (Pianowski, Sousa de Oliveira y Nunes, 2015).

3.5.3.1 Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

La *Beck Hopelessness Scale*, BHS (Beck et al., 1974a) mide las expectativas negativas sobre el futuro y el bienestar de la persona, así como los recursos con los que cuenta para afrontar la situación. La desesperanza es un factor de riesgo de la conducta suicida y su asociación con la conducta suicida, especialmente con la ideación, es muy alta. La APA sugiere que la desesperanza, medida con esta escala de Beck, sea considerada como un factor relevante en la evaluación del riesgo. La BHS es una escala autoaplicada y cada respuesta se puntúa 0 o 1, por lo que el rango de puntuación oscila de 0 a 20. Una puntuación de 9 o mayor indicaría riesgo de suicidio. La escala (Anexo 2) está validada en algún país de habla hispana como Colombia (Rueda-Jaimes et al., 2016), aunque no está validada en España.

3.5.3.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI)

La *Beck Depression Inventory* (BDI; (Beck, 1961) es una de las escalas más experimentadas en la práctica clínica para medir la depresión. El ítem (9) sobre la conducta suicida explora la ideación suicida mediante las siguientes preguntas: 1) *No tengo pensamientos de hacerme daño*, 2) *Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo*, 3) *Me gustaría quitarme la vida* y 4) *Me mataría si pudiera*. Se puntúa con una escala de 4 puntos tipo Likert de 0 a 3 y se ha sugerido que las personas que puntúan 2 ó 3 tienen 6,9 veces más riesgo de suicidio que los que no puntúan (Brown, 2001). El ítem puede ser considerado como una variable dependiente al tratamiento y también como un instrumento de cribado. Las variables dependientes e independientes son conceptos que proceden del campo de la metodología en investigación y de los diseños de tratamiento. Cuando las escalas o cuestionarios que se utilizan en la práctica clínica para medir determinadas dimensiones, además de emplearse para hacer un diagnóstico, se utilizan también para comprobar la evolución del paciente tras un tratamiento, la dimensión medida es considerada como variable dependiente en el tratamiento. Por ejemplo, la escala BDI es muy utilizada para detectar los síntomas depresivos antes, durante y después del tratamiento.

3.5.3.3 Escala de Ideación Suicida (SSI)

La *Scale for Suicide Ideation* (Beck et al., 1979) es una entrevista estructurada, heteroaplicada, compuesta de 21 ítems, que mide la intensidad de la conducta suicida de los pacientes en el momento actual (Anexo 3). Los 19 primeros ítems puntúan en una escala de 3 puntos (de 0 a 2) y los dos últimos (20-21) no puntúan, ya que únicamente los 19 primeros hacen referencia a la suicidalidad, medida en 4 dimensiones: 1) Actitud ante la vida y la muerte, 2) Características de los pensamientos suicidas o el deseo de morir, 3) Características del plan elaborado y 4) Posibilidad de realización del plan. Los dos últimos ítems hacen referencia a factores de riesgo que el clínico debe tener en cuenta por su fuerte

poder predictivo de nuevos intentos (número de intentos previos y la intención de morir del último intento) y actúan como factores estáticos de fondo.

Se recomienda su utilización en personas que, sin tener intentos anteriores, tengan ideación suicida o plan elaborado. La escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas (fiabilidad de $\alpha = 0,93$ y adecuada validez concurrente con calificaciones clínicas, $r = 0,90$) y validez discriminante, diferencia entre pacientes deprimidos potencialmente suicidas y los que no lo son (Beck, Steer y Ranieri, 1988). Su aplicación tarda aproximadamente 10 minutos. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mayor gravedad.

Los ítems, aunque organizados de forma diferente, presentan cierta similitud con el contenido de la *Columbia Suicide Severity Rate Scale* (C-SSRS) que se describe más adelante y en cuya elaboración colaboró Aaron Beck.

Es importante señalar que en el análisis factorial realizado en varios estudios con la SSI se han encontrado dos factores específicos: el RPP (Resolución de Planes y Preparación), relacionado con los planes y con la intención suicida y el SDI (Deseo de Morir e Ideación), relacionado con el deseo de morir, la frecuencia de la ideación y la falta de factores disuasorios (Witte et al., 2010). Estudios posteriores encontraron que el factor RPP tenía una correlación mayor que el SDI con los intentos de suicidio en el pasado (Holden, 2005) y que el RPP era más predictivo de un intento de suicidio (Joiner, Rudd y Rajab, 1997).

3.5.3.4 Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)

La *Suicide Intent Scale* (Beck et al., 1974b) cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente y su uso está indicado tras un intento de suicidio. Fue diseñada para valorar aspectos verbales y no verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio (Anexo 4). Consta de 20 ítems, puntuando únicamente los 15 primeros. Cada uno

de estos 15 ítems se valora en una escala de 3 puntos (de 0 a 2) según la intensidad, de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 30. La primera parte de la SIS (ítems 1-8) se refiere a las circunstancias objetivas que rodean el intento de suicidio (grado de preparación del intento, contexto, precauciones contra el descubrimiento/intervención etc.); la segunda es subjetiva (autoinformada) y cubre las percepciones sobre la letalidad del método, las expectativas sobre la posibilidad de rescate e intervención, etc. (ítems 9-15), es decir, la intención subjetiva de suicidarse. La última parte (ítems 16-20) se refiere a aspectos relacionados con el intento de suicidio. Esta escala valora el estado de conciencia del paciente en el momento de la entrevista.

La SIS demostró propiedades psicométricas adecuadas, incluyendo una alta consistencia interna ($\alpha = 0,89$) y una elevada fiabilidad ($\alpha = 0,83$) interevaluadores (Beck et al., 1979). Existe una versión de la SIS adaptada y validada en una muestra española (Díaz et al., 2003).

3.5.3.5 Escala de Estimación del Riesgo de Suicidio

La *Risk Estimator Scale for Suicide* (Motto et al., 1985) está diseñada para evaluar el riesgo de suicidio en un plazo de 2 años de personas adultas con riesgo. Es heteroaplicada y se recomienda ser aplicada por personal clínico en la entrevista. Sirve de ayuda y complemento al juicio clínico. Obtiene una clasificación en cinco niveles de riesgo potencial de suicidio (muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto), estableciendo los autores un punto de corte de 5 para discriminar el riesgo alto. Contiene 15 variables en forma de escala que han mostrado valor predictivo de suicidio (Anexo 5). Las variables son demográficas, antecedentes psiquiátricos y factores estresantes, así como otros factores relacionados con el entrevistador. La puntuación se obtiene a través de una tabla propuesta por los autores en la que se establecen las categorías por respuesta y, en función

de estas, se otorga una puntuación determinada. La suma de puntuaciones se compara con una tabla de riesgo en la que se establecen los niveles de riesgo en los próximos 2 años.

3.5.3.6 Escala de Evaluación del suicidio SUAS

La *Suicide Assessment Scale* (Stanley et al., 1986) es una escala de evaluación del riesgo de suicidio que se aplica en entrevista personal. Consta de 20 elementos que se puntúan en una escala Likert de 0-4 y su tiempo aproximado de aplicación es de 20-30 minutos (Anexo 6). Se trata de un instrumento que mide la suicidalidad en el tiempo de personas que han tenido previamente intentos de suicidio. Los ítems de la escala hacen referencia a cinco áreas o factores (estado afectivo, estado físico, control-afrontamiento, reactividad emocional-pensamientos y conducta suicida).

En un estudio realizado con 191 pacientes con historia previa de suicidio la escala SUAS ha mostrado buena capacidad predictiva sobre futuros intentos. Esta capacidad es mayor cuando se incorporan en la evaluación factores sociodemográficos y de trastornos del estado de ánimo (Niméus, Alsén y Träskman-Bendz, 2001).

3.5.3.7 Escala SAD PERSONS

El nombre de esta escala es el acrónimo formado por la inicial de sus 10 ítems, que miden distintos factores de riesgo (Patterson et al., 1983). Se trata de una escala heteroaplicada en la que el evaluador puntúa con 0 ó 1. La puntuación final indica el grado de severidad del riesgo; a mayor puntuación, mayor severidad. Se trata de un instrumento rápido y sencillo de aplicar y, aunque no está validada en España, se recomienda su utilización.

3.5.3.8 Escala Is Path Warm

El nombre de la escala corresponde al acrónimo formado con las iniciales del nombre de las señales de alarma que analiza (*ideation, substance abuse, purposelessness, anger, trapped, hopelessness, withdrawing, anxiety, recklessness, mood*). La escala, que

fue elaborada por Berman (2006) está propuesta por la AAS como un instrumento adecuado para valorar los signos de alarma de la conducta suicida (Anexo 8).

3.5.3.9 Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HRSD)

La *Hamilton Rating Scale for Depression* (Hamilton, 1960) es una escala heteroaplicada diseñada para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva que contiene un ítem destinado a valorar la ausencia o presencia de conducta suicida: 1) *Ausente* (puntuación 0), 2) *Le parece que la vida no vale la pena ser vivida* (puntuación 1), 3) *Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir* (puntuación 2), 4) *Ideas de suicidio o amenazas* (puntuación 3) y 5) *Intentos de suicidio* (puntuación 4). Este ítem presentó una alta correlación con la SSI y con el ítem de conducta suicida del BDI. Ha demostrado ser un predictor de la conducta suicida con una puntuación de 2 o superior, presentando un riesgo de suicidio 4,9 veces más alto que en puntuaciones inferiores. Existe validación de la escala al castellano (Ramos-Brieva y Cordero-Villafafila, 1988).

3.5.3.10 Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

La escala (Plutchik et al., 1989) fue diseñada para evaluar el riesgo suicida y consta de 15 ítems sobre cuestiones relacionadas con los intentos de suicidio, la intensidad de la ideación actual, la depresión y la desesperanza (Anexo 9). La puntuación total es la suma de los ítems que puntúan 1 (Sí) o 0 (No). En la validación de la versión española los autores proponen un punto de corte de 6 para considerar riesgo de suicidio (Rubio et al., 1998).

3.5.3.11 Columbia-Suicide Severity Rate Scale (C-SSRS)

Escala diseñada por el equipo de Kelly Posner, de la Universidad de Columbia (Posner et al., 2011) para evaluar la severidad de la ideación suicida y la conducta suicida a través de cuatro subescalas: 1) severidad de la ideación (de menor a mayor severidad), 2) intensidad de la ideación (frecuencia, duración y controlabilidad, factores protectores y

razones para la ideación), 3) conducta suicida (intentos actuales, conductas preparatorias, autolesiones sin intención de morir o conducta no suicida) y 4) letalidad (potencial letalidad de los intentos).

La escala está basada en el *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment* (C-CASA; Posner, Oquendo, Gould, Stanley y Davies, 2007b). La aportación principal de este trabajo fue la estandarización de las definiciones de términos utilizados en la conducta suicida. La evaluación se centra en la suicidalidad (Anexo 10).

En la práctica clínica se utilizan numerosos tests, escalas y cuestionarios para medir diferentes aspectos de la personalidad y las psicopatologías relacionadas con la conducta suicida, como la depresión, el trastorno bipolar, la agresividad, la impulsividad, las adicciones, los trastornos de alimentación, la psicosis o la esquizofrenia. En la revisión efectuada se ha encontrado una prueba (Morey, 2011) que, además de medir diferentes dimensiones clínicas y rasgos de personalidad con 22 escalas, dedica una de ellas específicamente a la IS, que mide mediante 12 ítems que puntúan de 0 a 3. Se trata del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). Las pruebas de validación en España emplean el concepto de tasa base para interpretar las puntuaciones directas obtenidas y comparar con la población que tiene la misma patología. Una puntuación normal en la escala correspondería a una tasa base de 60 o una puntuación directa de 7. Los ítems reflejan distintos niveles de gravedad de la ideación y la puntuación final es un indicador de su severidad (Anexo 10).

3.5.3.12 Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0)

Se trata de una entrevista estructurada desarrollada por la OMS (Kessler y Üstün, 2006) para diagnosticar los trastornos mentales y es ampliamente utilizada tanto por personal clínico como por personas no experimentadas debidamente instruidas para realizar la entrevista (Anexo 11). Una parte del cuestionario evalúa la suicidalidad y ha

sido aplicado en grandes estudios como ESEMeD-España que, junto a países como Alemania, Bélgica, Francia, Holanda e Italia forma parte de un estudio epidemiológico coordinado por la OMS (Haro et al., 2003). CIDI 3.0 ha mostrado buenas propiedades psicométricas en anteriores estudios (Haro, Arbabzadeh-Bouchez, et al., 2006a).

Además de los anteriores, existen otros instrumentos (listados en la Tabla 16) que, de forma más específica, se centran en poblaciones como la infancia, la adolescencia y las personas mayores. En estos casos, la medición se centra en los factores asociados a la conducta suicida, especialmente la depresión.

3.5.4 Enfoques actualizados

La mayoría de las guías de práctica clínica siguen los enfoques actualizados para la evaluación del riesgo, recogiendo las recomendaciones de los expertos (O'Connor et al., 2011) teniendo en cuenta la integración de los factores psicosociales, familiares, psicológicos y cognitivos relacionados con enfermedad mental o física y, en especial, la ideación suicida en sus distintas dimensiones y los intentos de suicidio previos (Borges et al., 2006; Bryan y Rudd, 2005). Estos enfoques se utilizan tanto en el ámbito clínico como en el de la atención psicosocial. Sin embargo, los instrumentos que integran los aspectos señalados son escasos.

Bryan y colaboradores tienen en cuenta los siguientes puntos: 1) evaluación psiquiátrica, 2) suicidalidad (ideas suicidas e intentos de suicidio), 3) factores psicosociales, 4) desesperanza, 5) contexto, 6) balance entre factores de riesgo y factores protectores y 7) estimación del riesgo (Bryan y Rudd, 2005). En la Tabla 17 se expone el resumen de la evaluación del riesgo que se realizó en un trabajo posterior (Gómez, 2012), adaptando las propuestas anteriores y estableciendo zonas de riesgo de menor a mayor severidad de las ideas, planes y conductas suicidas.

Tabla 17. Continuo del riesgo de suicidio

FACTORES	RIESGO LEVE	RIESGO MODERADO	RIESGO SEVERO	RIESGO EXTREMO
IDEAS SUICIDAS	Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan. Sin intento suicida	Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos
INTENCIÓN SUICIDA	No hay	No hay	Indicadores indirectos	Indicadores indirectos
SÍNTOMAS	Leves	Moderados	Severos	Severos
CONTROL DE IMPULSOS	Buen autocontrol	Buen autocontrol	Autocontrol deteriorado	Autocontrol deteriorado
DESESPERANZA	Leve	Moderada	Severa	Severa
CONTEXTO	Medio protector confiable	Medio protector confiable	Medio protector inseguro	Medio protector ausente

Fuente: Gómez (2012).

El enfoque manejado en las guías, como la editada por la APA, contempla los siguientes componentes: 1) suicidalidad, (concepto amplio que, en este caso, recoge las ideas suicidas, intentos de suicidio, desesperanza, ataques de pánico, ansiedad, anhedonia, razones para vivir y planes para el futuro, abuso de alcohol u otras sustancias, agresividad hacia otros), 2) enfermedad psiquiátrica, 3) historia personal y de la conducta suicida, 4) situación psicosocial y 5) vulnerabilidades personales. La guía recoge un amplio abanico empírico que sustenta las recomendaciones sobre qué hacer y qué evaluar (Jacobs et al., 2006), pero se echan en falta procedimientos e instrumentos que ayuden al profesional en el proceso de evaluación. La entrevista personal se considera esencial en este enfoque para que el profesional pueda obtener información sobre los factores de riesgo y las características que pueden influir en la conducta suicida.

Un importante documento editado como guía para el tratamiento de la depresión (Reesal, Lam, CANMAT Depression Work Group, 2001) cita las cuestiones que se deben explorar en la evaluación del riesgo de suicidio: sentimientos de desesperanza, impotencia y abatimiento, formulando preguntas como *¿existe el deseo de seguir viviendo?*, *¿existe ideación suicida?*, *¿cómo son esos pensamientos?*, *¿son frecuentes, persistentes o difíciles*

de controlar?, ¿existe un plan?, ¿existen acceso a los medios para autolesionarse?, ¿la persona es impulsiva?. Los factores psicosociales presentes en el momento en el que la persona tiene una crisis pueden precipitar la ideación suicida y, por lo tanto, deben ser identificados: eventos relacionados con pérdidas, sentimientos de sentirse atrapado, sin salida, pensando en la muerte como única solución, señales de que puede estar preparando su muerte, sentimientos de falta de sentido, sentimientos de rabia, culpa, humillación, soledad, historia anterior de conducta suicida (incluyendo la familia) y bajo control de los impulsos. Este documento fue un trabajo pionero y sienta las bases de lo que actualmente se considera esencial en el proceso de evaluación del riesgo.

Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) propone un marco terapéutico entre el clínico-evaluador y el paciente-persona en riesgo en el que, conjuntamente, evalúan el riesgo de suicidio y establecen un plan de intervención para mitigar los factores de riesgo (Figura 16). Desarrollado por Jobes hace más de 25 años, el proceso consiste en: 1) la evaluación del riesgo de suicidio, 2) la planificación del tratamiento específico, 3) la evaluación periódica o seguimiento y 4) los resultados y cuidados (Jobes, 2016). Para la evaluación del riesgo se utiliza el *Suicide Status Form (SSF)* que incluye preguntas cuantitativas y cualitativas y ha demostrado propiedades psicométricas aceptables, con una validez convergente entre sus ítems de $r = 0,25$ a $r = 0,75$, una fuerte validez de criterio y una buena fiabilidad test-retest (Conrad et al., 2009; Jobes, Jacoby, Cimboric y Hustead, 1997), aunque es necesaria una mayor investigación (Peak, 2008).

El SSF permite identificar factores próximos a la crisis suicida como la ideación y la conducta suicida y aspectos recogidos de la Teoría del Modelo Cúbico (Shneidman, 1993) como el dolor psicológico, el estrés que interfiere negativamente en el funcionamiento psicológico y la perturbación interna que mueven a actuar. También

identifica la desesperanza, el odio hacia uno mismo y otros factores psicosociales. El riesgo se establece en 5 niveles (insignificante, bajo, moderado, severo y extremo). Lo más notable de este proceso de evaluación es la colaboración y exploración conjunta clínico-paciente. Se trata de una herramienta ampliamente utilizada en la práctica clínica (Range, 2005), aunque no en España. La Figura 16 ilustra la colaboración clínico-paciente.

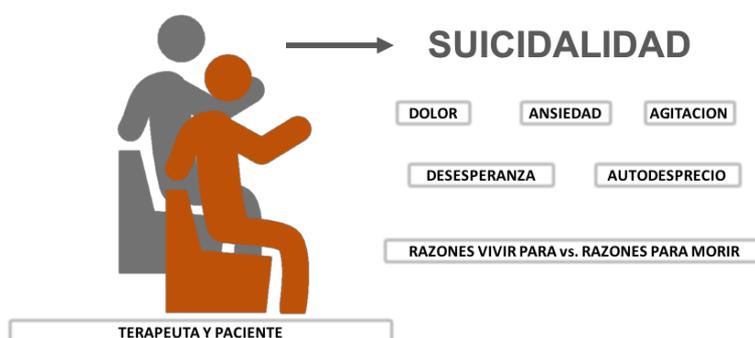


Figura 16. Marco de colaboración clínico-paciente.

Fuente: <https://cams-care.com/cams>.

Jacobs (2007) considera que en la evaluación del riesgo de suicidio se deben explorar las siguientes áreas: 1) enfermedad psiquiátrica, 2) historia, 3) fortalezas y vulnerabilidades, 4) situación psicosocial y 5) suicidalidad y síntomas. Estas áreas se describen en la Tabla 18.

Tabla 18. Áreas críticas para explorar en la evaluación del riesgo

Área	Descripción
Enfermedad psiquiátrica	Comorbilidad, depresión, trastorno bipolar, abuso de alcohol y otras sustancias, esquizofrenia y trastornos de la personalidad
Historia	Intentos de suicidio previos, enfermedad grave, antecedentes de suicidio o enfermedad mental en la familia.
Fortalezas y vulnerabilidades	Estilos de afrontamiento, rasgos de personalidad, respuestas al estrés, capacidad para resolver problemas, tolerancia a la frustración y al dolor psicológico
Situación psicosocial	Eventos estresores agudos o crónicos, cambios y pérdidas, apoyo social, creencias religiosas
Suicidalidad y síntomas	Ideación suicida reciente y en el pasado, planes, conducta suicida, intentos de suicidio, métodos empleados; desesperanza, falta de interés, ansiedad, razones para vivir, abuso de sustancias, agresividad

Fuente: Centre for Addiction and Mental Health (2011).

La SAFE-T (*Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage*) es otro instrumento de evaluación propuesto por el Departamento de Salud de Estados Unidos, basado en las guías de la APA para la evaluación del riesgo de suicidio (Jacobs et al., 2010). Se trata de un importante instrumento para clasificar el nivel de riesgo de suicidio, que se asemeja en gran medida al propuesto en ATENSIS. En la Tabla 19 se describe el nivel de riesgo e intervención, que se establecen según el grado de suicidalidad.

Tabla 19. Nivel de riesgo en *Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage* (SAFE-T)

Riesgo	Factores de riesgo/protectores	Suicidalidad	Intervención
Alto	Diagnóstico psiquiátrico con eventos precipitantes; sin factores protectores	Intento de suicidio con resultados letales o ideación severa	Atención inmediata por los Servicios de Salud
Moderado	Múltiples factores de riesgo y pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero sin intención de llevarlo a cabo	Servicios de salud. Plan de seguridad. Información de recursos
Bajo	Factores de riesgo modificables y factores protectores relevantes	Pensamientos de muerte, sin plan, sin intención ni conducta suicida	Atención ambulatoria. Reducción de síntomas. Información de recursos

Fuente: SAMHSA (2009).

La evaluación se obtiene en un proceso de 5 pasos: 1) identificación de los factores de riesgo, 2) identificación de los factores protectores, 3) suicidalidad (ideación, plan, conducta e intencionalidad), 4) nivel de riesgo/Intervención y 5) documentar el nivel de riesgo, justificación, intervención y seguimiento.

La guía para la evaluación del riesgo de suicidio (SRAG) propuesta en el manual para profesionales de la salud *Suicide Risk Management* (Chehil y Kutcher, 2012) plantea la integración de distintos conceptos: 1) suicidalidad, 2) factores de riesgo, 3) síntomas psiquiátricos, situación de distrés psicosocial o dificultades de adaptación y 4) intervención. Estos pasos se recogen en un cuestionario que se utiliza en la entrevista clínica, en la que el profesional va anotando el grado de severidad (1 = bajo; 2 = medio; 3 = alto) en cada uno de los elementos explorados. La suma de puntuaciones obtenidas, agrupadas por perfiles de riesgo, proporciona al profesional una ayuda para la formación

del juicio clínico. La información recogida en esta guía se resume en un instrumento muy simple, el *Tool for Assessment of Suicide Risk* (TASR), que se divide en tres secciones: 1) perfil de riesgo individual, 2) perfil de riesgo según sintomatología y 3) perfil de riesgo según la entrevista (Anexo 13).

El Instituto Australiano para la Investigación y Prevención del Suicidio ha publicado recientemente una herramienta de *screening* para los clínicos (De Leo y Hawgood, 2014) que repasa de forma exhaustiva la suicidalidad, las señales de alarma, los factores de riesgo y los factores protectores. El objetivo es que los profesionales puedan formarse un juicio clínico sobre el nivel de riesgo (Anexo 1).

En España, el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (Torre, 2013) propone los pasos a seguir para la evaluación del riesgo en el ámbito clínico universitario: 1) identificación de la presencia de factores de riesgo y de protección, 2) evaluación del riesgo actual y 3) valoración del riesgo de suicidio, estableciendo zonas de menor a mayor severidad, en función de los factores de riesgo y de los síntomas depresivos.

Una mayor concreción en el proceso de evaluación del riesgo se encuentra en la Guía de Práctica Clínica del Servicio Nacional de Salud (Grupo de trabajo GPC, 2012). La entrevista clínica y las escalas de evaluación son la base del proceso para analizar: 1) los factores psicológicos y también sociales y contextuales que expliquen la conducta suicida y 2) el análisis de la conducta suicida. La guía establece pautas sobre la actitud que debe mantener el evaluador, sobre la manera de hacer preguntas (qué, cómo y cuándo) y sobre el contenido de los datos que debe recabar (Anexo 14).

Entre las recomendaciones que se exponen en esta guía se citan: la formación de los profesionales asistenciales para poder considerar la presencia de intentos de suicidio previos y abuso de sustancias, la presencia de trastornos mentales y síntomas específicos

asociados a la conducta suicida y la presencia de factores de riesgo. La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Sistema Nacional de Salud está considerada como un importante documento de referencia en esta materia y está incluida en una de las bases de datos más importantes a nivel internacional, la National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov>). En esta guía se citan otros instrumentos utilizados en la evaluación del riesgo, algunos de ellos ampliamente utilizados a nivel internacional, como la C-SSRS (Grupo de trabajo GPC, 2012).

En las conclusiones de una revisión realizada sobre instrumentos de evaluación se defiende que un buen instrumento debe: 1) diseñarse en un marco teórico sobre la conducta suicida, 2) incluir un sistema de puntuación y especificaciones sobre el nivel de riesgo y 3) obtener información sobre los factores de riesgo, la conducta suicida y sus parámetros y hacer una evaluación integral (Lamb, 2005). En la Tabla 20 se expone un resumen de los enfoques actualizados descritos.

Tabla 20. Resumen de los enfoques actualizados de evaluación del riesgo de suicidio

Asociación de Psicología Americana (APA)
Propuesta (Bryan y Rudd, 2005) adaptado por Gómez (2012)
Guía para el tratamiento de la depresión (Reesal et al., 2001)
Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS; Jobes, 2012)
Áreas críticas a explorar (Centre for Addiction and Mental Health, 2011b)
Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage SAFE-T (SAMHSA, 2009)
Guía para la evaluación del riesgo de suicidio (SRAG; Chehil y Kutcher, 2012)
Instituto Australiano para la Investigación y Prevención del Suicidio (De Leo y Hawgood, 2014)
Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (Torre, 2013)
Guía de Práctica Clínica del Servicio Nacional de Salud (Grupo de trabajo GPC, 2012)

Fuente: elaboración propia

3.5.5 Nuevos instrumentos

PRISM-S desarrollado por el Centro de Intervención en Crisis (KIZ) en Suiza (Harbauer et al., 2013), es un cuestionario para evaluar la suicidalidad, utilizando los mismos conceptos de la versión original PRISM (*Pictorial Representation of Illness and Self-Measurement*; Büchi et al., 2002) para evaluar el dolor. En el caso del PRISM-S

(suicidalidad), se evalúa el dolor psíquico, concepto establecido por Shneidman (1993), que puede llevar a la conducta suicida. La principal medida que se obtiene es la SSS (*self-suicidality separation*). Ofrece ventajas prácticas porque se aplica en menos de 5 minutos y es bien aceptado por los profesionales y los pacientes.

The Risk Assessment Suicidality (RASS); Fountoulakis et al., 2012) es una nueva escala desarrollada por investigadores de varios países, con el objetivo de describir la conducta relacionada con el suicidio (Anexo 15). Presenta diferencias respecto a otras escalas que hacen más hincapié en los aspectos clínicos. Se trata de un autoinforme breve, de 12 ítems, que ha mostrado buena fiabilidad ($\alpha = 0,80$) y convergencia con otros instrumentos (STAI-S $r = 0,38$, STAI-T $r = 0,43$ y CES-D $r = 0,61$) en una muestra con población griega. Se puntúa en una escala con 0 (en absoluto), 1 (un poco), 2 (mucho) y 3 (muchísimo).

3.5.6 Instrumentos de evaluación a través de la web

Screening for Mental Health (SMH) es una organización americana que lleva trabajando desde hace más de 25 años en la prevención de la salud mental desarrollando programas nacionales de *screening* sobre depresión, trastornos de alimentación, consumo de alcohol y otras adicciones, programas escolares, el programa SOS para detectar señales de riesgo y autolesiones en las escuelas y las universidades. El *screening* se realiza a través de la página web <https://mentalhealthscreening.org> y ofrece programas a las organizaciones y también al público en general.

La eC-SSRS, es la versión electrónica del *Columbia Suicide Severity Rate Scale*, desarrollada por la empresa e-Research Technology (ERT; <https://www.ert.com>) en colaboración con los autores de la escala. Ofrece la posibilidad de obtener la suicidalidad que presenta una persona en un momento determinado, así como las sugerencias para gestionar el riesgo de suicidio. Al igual que la C-SSRS, cuenta con estudios de validación

en diversos países. El procedimiento utilizado sigue los siguientes pasos: 1) el usuario cumplimenta los ítems de la escala, 2) AVERT Systems facilita la evaluación inmediata y el informe y 3) en caso de alto riesgo, se alerta al personal de ayuda. El sistema de evaluación se ofrece bajo contrato de confidencialidad.

iCarol (<http://www.icarol.com>) ha desarrollado un *software* en la web que ofrece a las *helplines* y a las organizaciones de ayuda un sistema de comunicación digital a través de múltiples canales, incluyendo mensajes de texto. El sistema de evaluación se ofrece bajo un contrato comercial.

Professional Online Testing Solutions, Inc. ha desarrollado a través de la web <http://www.online-testing.com> una plataforma que ofrece a los profesionales una amplia gama de tests y su evaluación (en inglés). El riesgo de suicidio se evalúa a través del *Suicide Risk Assessment* (SRA), un test de 142 ítems que contempla la suicidalidad en un continuo de categorías de riesgo y hace la distinción entre riesgo agudo y riesgo crónico. Está recomendada su aplicación como *screening* cuando existen factores de riesgo como abuso de sustancias, depresión y ansiedad severa. La plataforma devuelve un informe con los resultados de la evaluación y se ofrece bajo contrato comercial.

Electronic Bridge to Mental Health Services (*eBridge*; King et al., 2015) es un sistema de evaluación e intervención online (<https://ebridge.hull.ac.uk>) diseñado para identificar a los estudiantes con riesgo de suicidio, que ha resultado ser eficaz porque permite ofrecer una respuesta personalizada. Sigue los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999), un modelo de intervención utilizado en la práctica clínica para producir el cambio y la mejora en determinados problemas, en particular en el campo de las adicciones. Ofrece pautas de cómo intervenir y sobre qué temas tratar, haciendo hincapié en la ambivalencia, en la confrontación y tratamiento centrado en la persona y en el entrenamiento de habilidades, desde una línea base de malestar hacia un estado de mejoría. El estudio realizado con un grupo de estudiantes universitarios con

riesgo de suicidio comprobó que la tendencia a pedir ayuda y consejo online a través de *eBridge* era modesta (29% de estudiantes), pero que los que lo hacían mostraban menores niveles de estigma y mejor disposición hacia el tratamiento.

3.5.7 Evaluación a través de software.

3.5.7.1 Redes neuronales

Estas técnicas, utilizadas para predecir el diagnóstico de varias enfermedades como el infarto de miocardio, los dolores de cabeza o espalda, las neuropatías, etc. (Sheikhtaheri, Sadoughi y Hashemi Dehaghi, 2014), se han probado también para la predicción del suicidio en pacientes con autolesiones que requieren hospitalización (Modai, Ritsner, Kurs, Mendel y Ponizovsky, 2002). Se trata de la Escala Informatizada de Riesgo de Suicidio (CSRS-BP) basada en una arquitectura de redes neuronales adiestrada para comparar la salida con el objetivo y hacer correcciones en los pesos asociados a cada variable. Las variables incluidas en la lista que trabaja la red se obtienen de estudios anteriores y del consenso sobre los factores de riesgo y los factores protectores.

3.5.7.2 Big Data, learning machine, data mind

La Universidad del Estado de Florida ha publicado en su página web el anuncio de un estudio llevado a cabo por la investigadora Jessica Ribeiro sobre la capacidad de las nuevas tecnologías para prevenir el suicidio (Heller, 2017). Según esta investigadora, el *learning machine* puede predecir con una precisión del 80-90% si alguien va a suicidarse en los próximos dos años y, en el caso de pacientes ingresados, la precisión puede llegar hasta el 92% en la semana anterior al intento de suicidio. Este sistema de predicción abre una puerta a la esperanza de poder contar con instrumentos más precisos y eficaces en la prevención del suicidio. El proyecto trabaja sobre una muestra de 2 millones de pacientes y ha detectado a más de 3.200 personas con intento de suicidio. Un detalle de las aplicaciones de esta tecnología se ha descrito en el apartado 4.6.

4 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

4.1 INTRODUCCIÓN

La prevención del suicidio forma parte del Plan de acción sobre la salud mental adoptado por la OMS en 2013 cuyo objetivo es reducir las tasas de suicidio en un 10% para el año 2020. El manifiesto recuerda a los países la necesidad de establecer planes eficaces y que la prevención del suicidio tenga carácter prioritario. Para la OMS se trata de un problema de salud pública (OMS, 2015).

El modelo de prevención primaria, secundaria y terciaria (O'Connor et al., 2011; Wasserman y Wasserman, 2009) hace referencia a las actividades que se realizan antes, durante y después de la conducta suicida. Estas actividades se desarrollan en diferentes ámbitos donde la prevención es clave. La prevención primaria tiene como objetivo la reducción del riesgo de suicidio en todos los ámbitos como, por ejemplo, el escolar. En este contexto, una propuesta de prevención primaria podría comprender: 1) actividades dirigidas al profesorado como tutorías, creación de redes de apoyo y profesores o equipo de referencia, incorporación de temas relacionados en el curriculum, formación al profesorado, elaboración de un protocolo de intervención, etc., 2) actividades dirigidas a los alumnos, trabajando temas relacionados con la salud mental, estrategias de afrontamiento para sentirse mejor, saber cómo ayudar a un compañero con problemas, aportando información sobre redes de apoyo y recursos de ayuda, fomentando la participación y la creación de grupos de apoyo entre iguales y 3) actividades con familias, favoreciendo la comunicación con el centro escolar, informando de los recursos de ayuda en el centro y fuera del mismo, ofreciendo formación a los padres en temas relacionados con la salud emocional.

La prevención secundaria busca detectar la suicidalidad y la prevención terciaria se ocupa de reducir los síntomas y efectos sufridos tras una conducta suicida. Siguiendo con

el ejemplo del ámbito educativo, la identificación de las señales de alarma y los factores de riesgo, actuar de acuerdo con los protocolos establecidos cuando se considere la existencia de riesgo, favorecer la comunicación de los alumnos si detectan situaciones de riesgo, la utilización de la red de apoyo, el ofrecimiento de los recursos de ayuda y otras acciones similares dirigidas a las familias, son actividades que corresponden a la prevención secundaria. Finalmente, una propuesta de acciones dentro de la prevención terciaria requieren una buena coordinación para apoyar a los profesores, a los alumnos, a la familia, para colaborar con otros profesionales, con la administración y con distintos estamentos judiciales y policiales (Grupo de trabajo G.N., 2014). En la Tabla 21 se citan algunos ejemplos de los tres tipos de prevención.

Tabla 21. Algunas propuestas de acciones preventivas

Acción	Tipo de Prevención	Propuesta
Promoting Individual, Family, and Community Connectedness to Prevent Suicidal Behavior	Primaria	Centers for Disease Control and Prevention (2008b)
Prevention and Early Intervention: Innovative Practice Model “Down Under” in South-east Queensland, Australia	Secundaria	Nupponen (2007)
Professional Care as an Option Prior to Self-Harm	Primaria	Idenfors, Kullgren y Salander Renberg (2015)
Suicide Prevention for Older Adults in Residential Communities: Implications for Policy and Practice	Primaria	Podgorski, Langford, Pearson y Conwell (2010)
Suicide prevention in an international context	Primaria Secundaria Terciaria	Arensman (2017)
After a Suicide: A Toolkit for Schools	Terciaria	Harpel, West, Jaffe y Amundson (2011) American Foundation for Suicide Prevention
Better Suicide Screening and Prevention Are Possible	Secundaria	Hogan (2016)

Fuente: elaboración propia

Los tres estados de la intervención se consideran igualmente importantes y las acciones propuestas por los diferentes organismos e instituciones se orientan hacia una prevención global.

4.2 OBJETIVOS DE LA OMS 2013-2020. RESPUESTAS DE LOS PAÍSES

Según la OMS (2013), para conseguir los objetivos fijados en su Plan de salud mental se necesita una respuesta firme de los países para elaborar e implementar planes y estrategias globales. Es necesaria también la mejora en el registro de los datos, que deben incluir los intentos de suicidio. Los países deben trabajar en la reducción del estigma asociado al suicidio que impide que grupos marginales puedan obtener la ayuda adecuada y que muchos países no registren las muertes reales por suicidio debido a los condicionantes culturales sociales y económicos (WHO, 2016). Un ejemplo de buenas prácticas lo aporta el National Registry of Deliberate Self-Harm (NRDSH) de Irlanda, donde se registran los casos de autolesiones que se presentan en los servicios de emergencia de los hospitales para identificar la incidencia de los intentos y sus características y poder implementar políticas de prevención (Arensman, Larkin, Corcoran, Reulbach y Perry, 2014; Perry et al., 2012).

Tabla 22. Continentes y países con plan nacional de prevención

Continente	Países
África	0
América	8
Oriente Medio	0
Europa	13
Asia Región Sureste	2
Pacífico Región Oeste	5
Total	28

Fuente: WHO (2014).

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) (<https://www.iasp.info/es>) y la OMS, en una iniciativa conjunta, requirieron de los 157 países miembros información sobre lo que estaban haciendo, recibiendo respuesta del 57% de los países. Según la OMS 28 países tienen establecido un plan nacional de prevención del suicidio (Tabla 22) y otros 50 países (Tabla 23) cuentan con un programa o estrategia que, aunque sin ser nacional, compromete a varias organizaciones o alianzas, como es el caso de la National Office for Suicide Prevention de Irlanda, que recoge en una estrategia

nacional las aportaciones de numerosas organizaciones (National Office for Suicide Prevention, 2017).

Tabla 23. Actividades de países que no tienen un plan nacional de prevención

Tipo de programa	Características	Nº de países
Programa nacional	Programa o iniciativa de prevención a nivel nacional liderado por una ONG o Institución académica	7
Programa específico	Una o varias iniciativas de instituciones, sector privado o autoridades locales	9
Programas dispersos	Programas aislados o actividades en el área de la prevención a nivel local, liderados por el estado, comunidad o autoridad local.	26
Programas integrados	No específicos, sino integrados en las políticas de salud (mental, alcohol, etc.)	8

Fuente: WHO (2014).

Tras la publicación por Naciones Unidas, hace más de 20 años, de las guías para la implantación de un plan de prevención, Finlandia fue el primer país que respaldó una estrategia nacional, experimentando una importante reducción del índice de suicidios (United Nations, 1996). En Europa, los países que cuentan actualmente con un plan nacional de prevención son Francia, Inglaterra, Irlanda, Alemania, República Checa, Austria, Hungría, Eslovenia, Bulgaria, Letonia, Estonia, Finlandia, Suecia, Noruega, Dinamarca e Islandia (Wahlbeck, 2009). Aunque en España no existe hoy en día un plan nacional de prevención, existen varios protocolos/planes locales o regionales que se han puesto en marcha en los últimos años, la mayoría de ellos en el marco de las estrategias o planes de salud de las comunidades autónomas. La OMS está insistiendo en la necesidad de trabajar en la prevención, aunar esfuerzos y coordinar las acciones que se llevan a cabo a un nivel local, específico o integrado en programas de salud. En la Tabla 24 se recogen los planes de prevención puestos en marcha en distintos lugares de España, la mayoría en el marco hospitalario.

Tabla 24. Programas de prevención del suicidio en España

Programa	Autor	Fecha	Iniciativa	Lugar
Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS)	Solà (2011)	2005-2008.	Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y el Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample.	Barcelona
Prevención de la Conducta Suicida	Cebria et al. (2013)	2007-2008.	Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí	Sabadell
Intervención Intensiva (PII) en Conducta Suicida.	Iglesias (2013)	2008-2009	C.H.U. de Ourense (CHUO)	Ourense
Codi Risc Suïcidi (CRS)		2014-2015	Hospital de San Pau y la Santa Creu y dispositivos de salud mental de L'Eixample Dreta barcelonés Hospital Parc Taulí y sus dispositivos de salud mental	Barcelona
Programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC).	Saiz et al. (2014)	2011-2013	Hospital Universitario Central de Asturias	Oviedo
Programa piloto de prevención de la conducta suicida de Guipúzcoa		2013-Sin determinar	Osakidetza	Guipúzcoa
Código 100. Madrid.	Mendez-Bustos y Perez-Fominaya (2015)		Fundación Jiménez Díaz -FJD- Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate de Madrid (SAMUR-Protección Civil)	Madrid
Programa Prisure			Hospital Gregorio marañón CSM Retiro	Madrid
Programa INDI	Gerència Territorial ICS Camp de Tarragona (2015)		ICS Camp de Tarragona	Tarragona
Protocolo de prevención de conductas suicidas de Navarra.	Azcárate et al. (2015)	2014-sin determinar	Colaboración Interinstitucional	Navarra

Fuente: elaboración propia

La falta de una estrategia nacional no debería ser un obstáculo para implementar programas de prevención. A nivel europeo, con independencia de los propios planes implementados por los países, existen varios programas conjuntos (Tabla 25).

Tabla 25. Programas europeos para la prevención del suicidio

Programa	Fecha	Iniciativa
EAAD (European Alliance Against Depression)	2004	18 países
OSPI-Europe (Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe) www.eaad.net/mainmenu/research/ospi-europe	Octubre 2008-marzo 2013.	Estonia, Reino Unido, Bélgica, Holanda, Irlanda, Hungría, Eslovenia, Portugal, Alemania y Austria.
PREDI-NU. (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU)	Septiembre 2011-agosto 2014.	España, Hungría, Estonia, Alemania e Irlanda. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).
EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide) www.euregenas.es	2010-2014	Italia, Bélgica, Suecia, Rumanía, Finlandia, Alemania, Eslovenia, Reino Unido y España.
SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) Wasserman et al. (2015)	Enero 2009-diciembre 2011	Alemania, Austria, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Rumania y Suecia.
SUPREME (Suicide Prevention through Internet and Media Based Mental Health Promotion) www.supreme-project.org	Septiembre 2010-septiembre 2013	España, Estonia, Lituania, Inglaterra, Italia y Hungría.

Fuente: elaboración propia con datos de Fundación Salud Mental de España (www.fsme.es).

4.3 PROTOCOLOS, PLANES Y MEJORES PRÁCTICAS

4.3.1 Introducción

La detección temprana y la intervención son claves para la eficacia de cualquier programa y, para que esto sea así, debe hacerse desde la coordinación por los servicios de salud de las distintas aportaciones que puedan ofrecer los agentes sociales. Limitar la estrategia de prevención únicamente a los servicios de salud sería equivocado. Cualquier plan debe adaptarse al contexto cultural y social de cada país (Fleischmann y De Leo,

2014). La delimitación de poblaciones en riesgo y la utilización de estrategias combinadas interviniendo en diferentes niveles de prevención son características que se relacionan con la eficacia de los programas (Arias, 2013). La Sociedad Británica de Psicología considera que la identificación temprana de la suicidalidad de las personas en riesgo, así como su cuidado y una atención eficaz, son fundamentales para prevenir la conducta suicida (The British Psychological Society, 2018).

4.3.2 Protocolos y planes

Wasserman et al., (2015) sugieren una serie de estrategias (Tabla 26), recogidas y adaptadas por la OMS, para elaborar un plan de prevención y ponerlo en práctica. Solo una treintena de países tienen en marcha un plan nacional de prevención.

Tabla 26. Componentes típicos de estrategias nacionales para abordar un plan de prevención

Componentes	Objetivos
Vigilancia	Incrementar la calidad de los datos de suicidio e intentos de suicidio y de identificación de los grupos, personas y situaciones vulnerables
Medios de comunicación	Promover la implementación de guías de ayuda sobre la información responsable
Acceso a servicios de ayuda	Promover el acceso a los servicios de ayuda de las personas vulnerables. Eliminar barreras
Formación y educación	Programas de formación para el personal docente y no docente, especialmente en atención primaria y en educación
Tratamiento	Tratamientos basados en la evidencia. Mejorar la investigación sobre tratamientos efectivos.
Intervención en crisis	Disponer servicios de atención en la comunidad: servicios de salud mental, atención telefónica, etc.
Postvención	Atención a los afectados tras un suicidio y a las personas que han realizado intento de suicidio.
Concienciación	Campañas de sensibilización y prevención. Incrementar el acceso público y profesional a la información sobre el suicidio.
Reducción del estigma	Promover el uso de servicios de salud mental y de abuso de sustancias. Reducir la discriminación.
Supervisión y coordinación	Establecimiento de instituciones o agencias para promover y coordinar la investigación y la formación. Fortalecer los servicios de respuesta.

Fuente: WHO (2014). Adaptado.

Revisando el panorama actual en España (Tabla 27) se encuentra un uso indistinto de los términos planes/protocolos y un nivel de concreción que, en casos como Navarra y la Generalitat Valenciana, está muy detallado. Además de los planes de prevención a nivel local que se han citado anteriormente, merecen ser destacados igualmente otros planes de reciente implantación. A falta de un plan de prevención nacional, en un número considerable de comunidades autónomas existen iniciativas para prevenir y reducir el nivel de suicidios. Algunos ejemplos pueden verse en la Tabla 27.

Tabla 27. Otros planes con reciente implantación en España

Plan	Lugar
Proceso de Atención y Prevención de la Conducta Suicida	El Bierzo.León
Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Generalitat Valenciana	Generalitat Valenciana (Grupo de trabajo de la GV, 2017)
Protocolo para la prevención, intervención y postvención de la conducta suicida en Madrid.	Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales (Intress) http://www.intress.org/intress-protocolo-prevencion-suicidio
Plan Estratégico de Salud Mental. Plan de prevención de suicidios y la creación de un Observatorio contra los suicidios	Baleares 2016-2020 Ejecutivo autonómico con la participación de 160 profesionales
Servicio de Prevención del Suicidio	Ayuntamiento de Málaga
III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020	Extremadura
Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014	Comunidad de Madrid
III Plan de Salud Mental 2016-2020	La Rioja
Programa global de intervención para la prevención y tratamiento de conductas suicidas 2017	Plan Integral de Salud Mental de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
Plan de Prevención del suicidio 2018	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Grupo de trabajo multidisciplinar, coordinado por la Unidad de Salud Mental

Fuente: elaboración propia

Es relevante citar el protocolo elaborado en Navarra, mencionado por la Fundación Salud Mental España como el mejor plan preventivo de la conducta suicida en nuestro país que se va implementando paulatinamente en lo que respecta a la formación de los médicos de atención primaria y al seguimiento de la población de riesgo (Grupo de trabajo G.N., 2014). Entre las estrategias propuestas por la OMS de carácter universal (Figura 17), dos de ellas cobran especial importancia: 1) la restricción de medios y de acceso a elementos y lugares utilizados para suicidarse y 2) las políticas de salud mental y su gestión, especialmente con el abuso de alcohol.

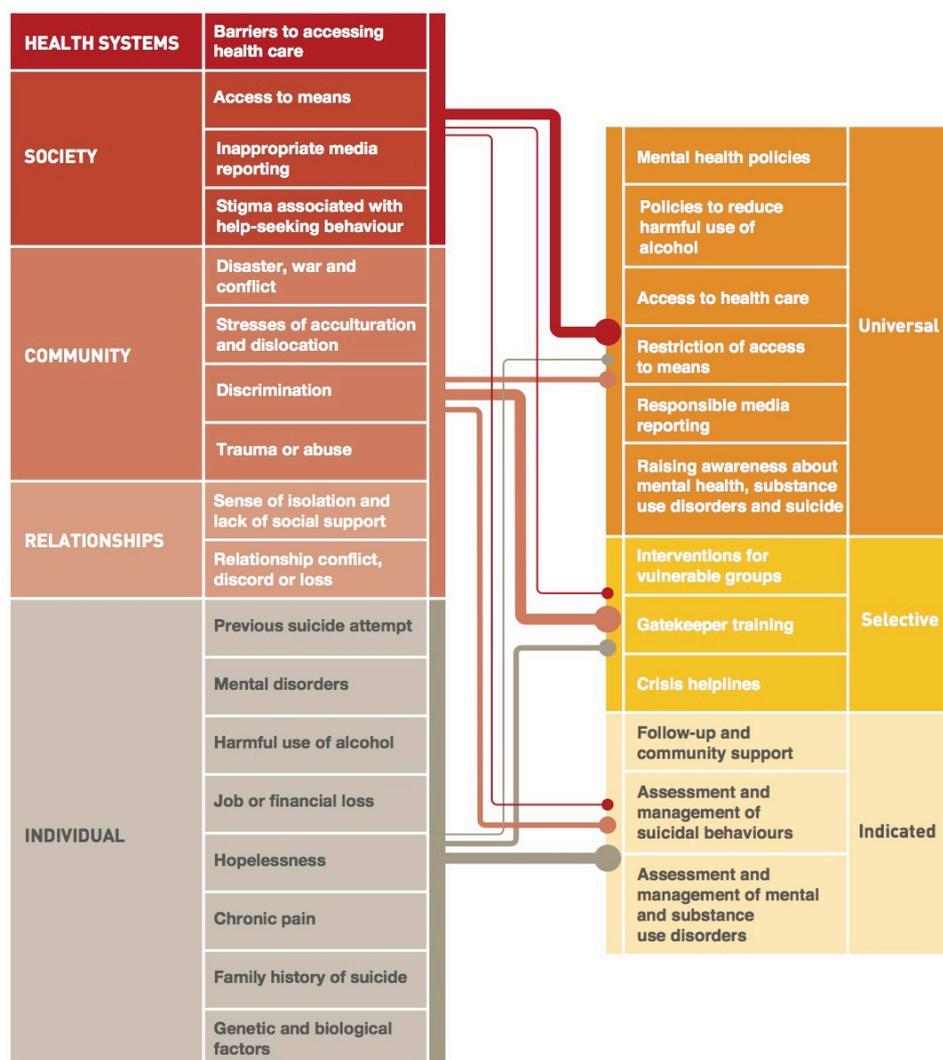


Figura 17. Estrategias de actuación propuestas por la OMS
Fuente: WHO (2014).

Estas estrategias son de tres clases: 1) de prevención universal, diseñadas para llegar a toda una población, 2) selectivas, dirigidas a grupos específicos y a los agentes que intervienen con ellos y 3) indicadas, más específicas dirigidas a población vulnerable. Las primeras promueven políticas y el acceso a los servicios de salud, reducir el consumo de alcohol, limitar el acceso a los medios para suicidarse y establecer una adecuada política de comunicación en los medios.

Las segundas implican la selección de los agentes que intervienen en el día a día con las personas en riesgo, los llamados *gatekeepers*, a quienes debe dotarse de una formación adecuada encaminada a la obtención de ayuda, y lo mismo para las organizaciones de ayuda telefónica. El tercer grupo de estrategias son más específicas, orientadas al seguimiento de quienes contactan con los servicios de salud, a la formación del personal sanitario y a la buena gestión de las enfermedades mentales.

En el apartado 4.1 se describen las políticas de prevención que O'Connor (2011) y Wasserman (2009) definen como primarias, secundarias y terciarias. Estas políticas hacen referencia al momento de la intervención (antes, durante y después de la conducta suicida), mientras que la OMS hace referencia al ámbito de la intervención.

4.3.3 Mejores prácticas

Un ejemplo de buenas prácticas, señalado en varias ocasiones por la Comisión Europea, es el proyecto EAAD (European Alliance Against Depression ; WHO, 2014b), basado en las experiencias de Nuremberg Alliance against Depression, que mostró que el suicidio puede reducirse. La evolución del primer programa y su desarrollo pueden verse en la Figura 18, inicialmente en un área de 750.000 habitantes con cuatro niveles de intervención: 1) médicos de atención primaria y de salud mental, 2) grupos de alto riesgo y sus familiares, 3) facilitadores en la comunidad, *gatekeepers* y 4) público en general, campañas de concienciación. Los resultados fueron altamente positivos, reduciendo los

intentos de suicidio. Según la letalidad del método, se disminuyeron en un 53% los de alta letalidad y en un 15% los de baja letalidad; en total, un 20%. El actual proyecto incluye a 17 regiones en 10 países, entre ellos España, con el Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell y Osakidetza (EAAD Gipuzkoa). En la European Alliance Against Depression (2017) se puede observar la evolución de los programas EAAD.

Otro de los programas a destacar es EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide; www.euregenas.eu), que reúne a 14 socios europeos de 11 regiones de Europa con experiencia en prevención del suicidio. España también participa a través del Servicio Andaluz de Salud y la Fundación INTRAS en Castilla-León. Se trata de un proyecto que tiene como objetivo la prevención del suicidio y ser fuente de buenas prácticas, teniendo como principales áreas de trabajo: 1) el desarrollo de una biblioteca online y detectar las necesidades de evaluación, 2) el desarrollo de un modelo conceptual, 3) el desarrollo de guías y herramientas de prevención, 4) el desarrollo de un módulo de formación piloto y 5) incrementar la visibilidad y promover el apoyo a los grupos de sobrevivientes.

El programa SUPRE (Suicide Prevention) de la OMS, puesto en marcha en 2012, ha puesto de manifiesto que la aplicación de medidas como: 1) la restricción del acceso a medios para suicidarse, como armas de fuego o sustancias tóxicas, 2) la prevención y tratamiento de la depresión y el abuso de alcohol y sustancias y 3) el contacto y seguimiento de personas con intentos de suicidio, han resultado eficaces para reducir las tasas de suicidio (OMS, 2015).

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

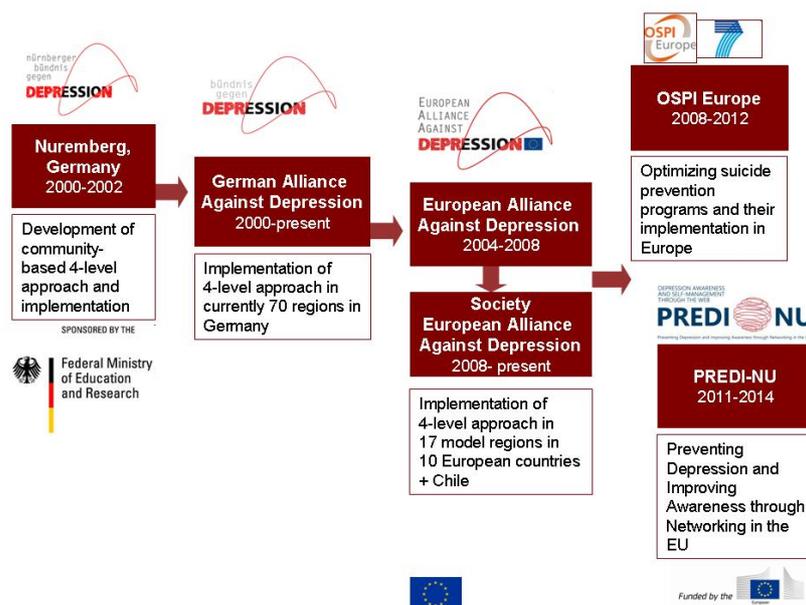


Figura 18. Evolución de los programas de la European Alliance Against Depression (EAAD)
Fuente: <http://www.eaad.net/mainmenu/eaad-project/project/>.

Entre las estrategias universales, además de las citadas en el apartado 2.3.18, otro tipo de medidas también han dado buenos resultados. Así, por ejemplo, el envenenamiento con pesticidas como método para suicidarse es una práctica muy común en zonas agrícolas y de pobreza. Según la OMS, es el medio más utilizado a nivel mundial y se necesita un mayor control por parte de los países en la producción y uso de pesticidas que resultan mortíferos. Las medidas de prohibición de determinados productos en Sri Lanka han resultado eficaces, con una reducción de las tasas de suicidio del 18,3% al 14,3% en el periodo 2008 a 2011, aportando la evidencia de que la regulación de pesticidas puede reducir los suicidios a nivel mundial (Knipe et al., 2017).

Las leyes de igualdad matrimonial de cualquier sexo influyen en el suicidio de jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT), que son de 2 a 7 veces más altos que en los jóvenes heterosexuales. Según un estudio publicado recientemente, el número de suicidios de jóvenes LGBT descendió un 14% en los estados que adoptaron leyes de igualdad frente a los que no lo hicieron (Hatzenbuehler, 2017). En otra línea, el Comité de Salud de la Cámara de los Comunes británica ha aprobado una resolución por

la que insta al gobierno a exigir a las productoras de series a restringir imágenes en las que muestren suicidios y a evitar mostrar lugares públicos donde la gente acude a suicidarse (Mandonado, 2017).

Se pueden encontrar acciones más específicas, como un ensayo clínico realizado en Massachusetts con 1.400 pacientes con tendencias suicidas atendidos en urgencias de ocho hospitales. Se realizó una intervención que redujo los intentos de suicidio un 20% y, comparando con el grupo que recibió el tratamiento estándar, la reducción fue del 30%. La intervención consistió en un *screening* especializado, un plan de seguridad y un seguimiento telefónico periódico. El ensayo tuvo lugar de setiembre de 2011 a noviembre de 2013 (Miller et al., 2017) .

4.4 INTERNET. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN

Internet representa en la actualidad un importante recurso para la prevención del suicidio, aunque también tiene un lado negativo. Una consulta en el buscador Google con varios términos en castellano produce los resultados que se muestran en la Tabla 28, dando una idea de la importancia de Internet en todo lo referente al suicidio.

Tabla 28. Resultados de búsquedas en Google según términos utilizados en castellano

Términos de búsqueda	Resultados
Suicidio	29.700.000
Métodos suicidio	8.850.000
Formas suicidarse	2.420.000
Ayuda para suicidas	24.300.000
Ayuda ante el suicidio	17.400.000
Señales riesgo suicidio	16.600.000
Factores riesgo suicidio	9.780.000
Factores protectores suicidio	3.440.000
Autolesionarse	143.000
Quitarse la vida	9.960.000
Suicidarse sin dolor	2.820.000

Fuente: elaboración propia, búsqueda realizada el 21 de noviembre de 2018.

Se ha comprobado que el uso de Internet con relación al suicidio (búsquedas en Internet sobre métodos de suicidio) tiene efectos negativos sobre la ideación suicida y

produce tendencia a la ansiedad y a la depresión. En ningún caso decrece la ideación en los consultantes. Además, cuanto mayor son la ideación suicida y los sentimientos de soledad y depresión, mayor es el uso de Internet (Sueki, 2015).

Poco se sabe aún sobre las razones de las personas para acudir a Internet buscando información sobre el suicidio. Un reciente estudio (Mok, Jorm y Pirkis, 2016a) ha analizado las características de las personas que recurren a Internet buscando información y aquellas que no lo hacen, encontrando diferencias significativas en los niveles de ansiedad y en tener o haber tenido IS. Las personas acuden a Internet cuando la ideación suicida es más severa, lo que demuestra que es necesario hacer más esfuerzos en desarrollar sistemas de prevención online.

Otro estudio realizado en Austria con 53 jóvenes de entre 18 y 24 años con ideación suicida en los últimos 12 meses comparó la suicidalidad y la depresión entre aquellos que informaban de sus síntomas en Internet y aquellos que no lo hacían. Se encontró que aquellos que usaban Internet tenían mayores niveles en suicidalidad y en depresión. Los resultados del estudio sugieren la necesidad de crear y dar acceso a recursos de ayuda a través de la red (Niederkrötenhaler, Haider, Till, Mok y Pirkis, 2016).

Varios investigadores de la Universidad de Oxford presentaron un trabajo en el que se analizaban 314 *websites* potencialmente accesibles para jóvenes con riesgo de autolesión, observando que la mayoría de ellas no tenía ninguna restricción para acceder (Singaravelu, Stewart, Adams, Simkin y Hawton, 2015). Cuando el término de búsqueda era “autolesión” o “suicidio”, el tono de las páginas era positivo o preventivo. Cuando los términos eran “quitarse la vida”, el tono de la página tendía a ser negativo. El 15,8% de los sitios ofrecía información sobre el método más común, con asesoramiento específico de cómo hacerlo, el 7% animaban a hacerlo, un 20,7% ofrecía imágenes sobre autolesiones y un 56,1% ofrecía asesoramiento de cómo hacerlo. Muchos sitios ofrecen ayuda; sin embargo, un porcentaje significativo de sitios son potencialmente perjudiciales por cuanto

tienden a normalizar el intento de suicidio. En este sentido, el Consejo Audiovisual de Cataluña (CAC) ha denunciado 30 contenidos en Internet que difunden de manera reiterada fantasías suicidas que se asocian con valores positivos o románticos como la paz, el descanso, la valentía o la felicidad, así como manuales y formas de suicidarse. La denuncia está basada en un informe que analiza los contenidos bajo tres criterios: la elaboración de un discurso complaciente, mensajes que alientan al suicidio y contenidos susceptibles de favorecer un efecto imitativo del acto suicida (Consell de L'Audiovisual de Catalunya, 2017). En respuesta a esta denuncia, Google, Twitter y Yahoo han retirado varios de estos contenidos (La Vanguardia, 2017).

Un estudio realizado en Australia ha relacionado las autolesiones de los jóvenes y la búsqueda de ayuda en Internet, comprobando que 1) los jóvenes prefieren, en primer lugar, buscar ayuda a sus conductas a través de Internet y posteriormente acuden a otros servicios de ayuda *offline* y 2) la mayoría utilizan el teléfono móvil para acceder a Internet (Frost, Casey y Rando, 2015).

4.5 LAS REDES SOCIALES Y LA CONDUCTA SUICIDA

4.5.1 Introducción

Las nuevas tecnologías e Internet forman parte de nuestras vidas de forma irrefutable y han servido para un rápido desarrollo de las redes sociales en cualquier plataforma y, muy especialmente, en los dispositivos móviles. El 90% de los adolescentes de 11 y 12 años en España tiene un perfil en las redes sociales (García, 2012) y esto nos da una idea de cómo se ha generalizado su uso entre los jóvenes, ofreciendo amplias oportunidades de comunicación para expresar a sus contactos más próximos el propio estado de ánimo, incluida la IS; a veces dejan constancia del momento previo al suicidio y del propio suicidio. La tradicional “nota de suicidio” está siendo sustituida por mensajes en la red.

4.5.2 Efectos negativos

Varios estudios sobre los efectos de las nuevas tecnologías informan que un 5% de la población en España a partir de los 16 años es adicta al móvil (De-Sola, Talledo, Rubio y de Fonseca, 2017), un 69% de los adolescentes de 15 años dice que se siente mal si no puede conectar a Internet y un 22% se conecta más de 6 horas al día. Sobre los efectos negativos, se cuenta con escasa evidencia sobre la asociación entre el uso de los móviles y las redes sociales y la percepción de aislamiento social. En una muestra de 1.787 jóvenes americanos de entre 19 y 32 años se encontraron respuestas como “siento a la gente a mi alrededor, pero no conmigo” o “creo que la gente apenas me conoce” (Primack et al., 2017). Pero, aun cuando no existen estudios, los expertos alertan del aumento de la depresión en los jóvenes como consecuencia del abuso de las redes sociales, según se ha puesto de manifiesto en el seminario "Millennials y generación Z. La depresión invisible" celebrado en nuestro país (EFE, 2018).

Un informe publicado en Inglaterra sobre el efecto de las redes sociales en los jóvenes arroja los siguientes datos: 1) el 91% de los jóvenes de 16-24 años usa Internet para las redes sociales, 2) las redes sociales se han descrito como más adictivas que el tabaco y el alcohol, 3) las tasas de ansiedad y depresión en los jóvenes se han incrementado un 70% en los últimos 25 años, 4) el uso de las redes sociales está asociado a un incremento de la ansiedad, la depresión y los problemas de sueño, 5) el *ciberbullying* está aumentando y representa un problema para 7 de cada 10 jóvenes que dicen haberlo experimentado (Royal Society for Public Health, 2017).

Los expertos alertan de que el fenómeno de las redes sociales también puede contribuir negativamente al suicidio de personas en crisis, especialmente de jóvenes, más vulnerables, que pueden imitar estos comportamientos (Ruder, Hatch, Ampanozi, Thali y Fischer, 2011). Las experiencias negativas repetidas en el uso de las redes sociales podrían

tener efectos perjudiciales y estar asociadas a la ideación suicida en los jóvenes (Moberg y Anestis, 2015).

Instagram es una red donde los usuarios, en especial los jóvenes, suben habitualmente imágenes relacionadas con sus vidas. La percepción de la autoimagen que tienen los jóvenes está afectada por los mensajes y estereotipos que se publican en las redes sociales. Un estudio realizado en nuestro país asocia el aumento de los trastornos de alimentación en los jóvenes y la disminución de la autoestima con la publicidad que se transmite en las redes (Aparicio-Martínez, Perea-Moreno, Martínez-Jimenez, Varo y Vaquero-Abellán, 2017). Con referencia a la red Instagram, se ha analizado el uso de la red para visualizar las fotografías de autolesiones producidas por conductas no suicidas entre los jóvenes y se advierte que se trata de un fenómeno en aumento que puede tener consecuencias entre otros jóvenes vulnerables que tienden a imitar estas conductas (Brown et al., 2017).

Es importante proteger a las personas vulnerables, especialmente a los jóvenes que son el objetivo de “juegos” que promueven comportamientos de riesgo y de autolesiones. (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos EFTA, 2017).

Un ejemplo del efecto destructivo de las redes sociales es el “juego de las ballenas” o “la ballena azul”, que tiene sus inicios en 2015 y su origen en Rusia. Se utiliza la red social Vkontakte -VK- (equivalente ruso de Facebook) por medio de la cual, a través de grupos cerrados, los mentores de estas actividades incitan al suicidio a jóvenes vulnerables (Caldentey, 2017). Otro ejemplo es “Momo”, una manera de chantajear a los jóvenes a través de WhatsApp para obtener imágenes de carácter sexual o de incitarles a realizar juegos peligrosos que pueden llevar a la propia muerte. El contacto tiene lugar a través de un mensaje a un número de teléfono asociado a una imagen de una escultura de origen japonés. Este peligroso juego tiene su origen en Japón y se conocen casos en Sudamérica y también en España, donde la policía ha alertado de su peligrosidad, según se recoge en

un artículo de prensa publicado en Internet bajo la cabecera “la pareja de novios de 12 y 16 años realizaba un juego que terminaba con su muerte” (Periodista Digital, 2018).

4.5.3 Efectos positivos

Las redes sociales pueden mejorar el acceso a los recursos de ayuda y a la información sobre temas relacionados con la salud y también pueden servir para transmitir y recibir apoyo entre los contactos personales (Royal Society for Public Health, 2017). La mayoría de las redes sociales (en adelante redes) están colaborando con las organizaciones de ayuda a personas en crisis, como la National Prevention Lifeline o el Teléfono de la Esperanza, ofreciendo la posibilidad de que una persona relacionada con el afectado informe sobre la situación anímica de éste último y pueda recibir ayuda a través de los recursos que le ofrece la red.

Facebook ha desarrollado herramientas de prevención que están disponibles para todos los usuarios del mundo. Permite marcar las publicaciones de los amigos que puedan estar en riesgo de suicidio o pretendan autolesionarse y también incorpora recursos de ayuda. La visualización de un mensaje que genere sospechas de que alguien está en un proceso de crisis puede alertar para iniciarse un proceso de ayuda a través de los recursos de emergencia. Como ejemplo de esta posibilidad de colaboración, se cita un artículo de prensa de 14 de marzo de 2017:

“Una alerta activada en la Policía Municipal de Burlada después de que una persona advirtiera de que un amigo suyo le mandara un mensaje de Facebook y él interpretara que podía tratarse de un suicidio evitó finalmente el trágico desenlace. La persona sobre la que alertaba es de Durango (Bizkaia) y había perdido hace poco a un familiar. La Policía Municipal de Burlada contactó con la Ertzaintza y los alguaciles accedieron a la vivienda con ayuda de un cerrajero y localizaron al emisor del mensaje, semiinconsciente en la cama por una ingesta de medicamentos. Fue hospitalizado” (Diario Noticias, 2017).

En su trabajo “Hablemos del suicidio”, en el que el periodista Gabriel González reflexiona sobre los medios de comunicación y la conducta suicida, dedica un amplio

espacio a las redes sociales y propone su utilización porque “suponen una gran oportunidad para acceder a los jóvenes” (González, 2018).

4.6 LOS TELÉFONOS MÓVILES Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

El teléfono móvil, como plataforma tecnológica, ofrece la posibilidad de avanzar en el entendimiento del fenómeno suicida y tener un mayor conocimiento sobre el momento crucial de pasar de la ideación suicida al intento de suicidio (De Beurs, Kirtley, Kerkhof, Portzky y O'Connor, 2015; U S Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012). Con este objetivo, son muchas las *apps* que se están desarrollando en diferentes campos, con objetivos que pueden ir desde la distracción y el ocio hasta la educación, la información y la prevención. En materia de prevención del suicidio, estas aplicaciones ofrecen información sobre determinados aspectos de la conducta suicida: la identificación de los factores de riesgo y las señales de alarma, los mitos sobre el suicidio, las pautas de actuación ante conductas propias y de otros, los recursos de ayuda y teléfonos de contacto, el plan de seguridad, etc.

El plan de seguridad (Anexo 16), *Safety Planning Intervention* (SPI), acuñado por Stanley y Brown, hace referencia a la seguridad de la persona en riesgo y es un elemento ampliamente utilizado en los planes de prevención, más específicamente en las acciones de intervención directa con la persona en riesgo, como son los tratamientos.

Consiste en hacer una lista de prioridades y recursos que las personas en crisis pueden usar en los momentos críticos, 1) reconociendo las señales, los momentos o situaciones que generan pensamientos de suicidio, 2) anotando las estrategias de afrontamiento que resultan eficaces a la persona para aliviar la crisis, 3) teniendo presentes los contactos, familiares, amigos, personas de referencia y sus teléfonos para poder acudir a ellos, 4) teniendo presentes los profesionales de referencia o agentes de ayuda y 5)

restringiendo el acceso a los medios para autolesionarse (Stanley y Brown, 2012). La mayoría de *apps* lo incorporan (Figura 19) porque se ha demostrado su eficacia y está señalado como mejor práctica por la Fundación Americana para el Suicidio (www.sprc.org).

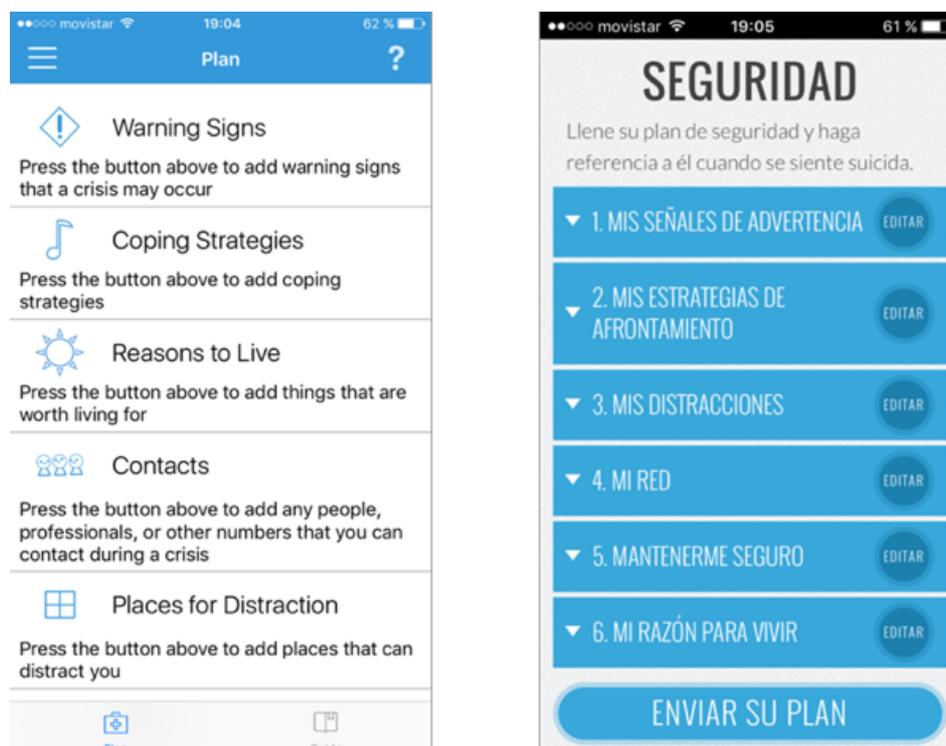


Figura 19. Ejemplo de plan de seguridad en app para móviles

Fuente: <http://www.moodtools.org>; <http://my3app.org/es>

Ejemplos de las principales *apps* son: *Suicide Safe* (SAMHSA, 2015), *MY3 – Suicide Lifeline* (California Mental Health Services Authority, 2015), *MYPLAN* (Clínicas danesas de psiquiatría), (Skovgaard, Frandsen y Erlangsen, 2016), *ASK* (Mental Health America of Texas, <http://www.texassuicideprevention.org>), *Stay Alive* (Grassroots Suicide Prevention), *Prevensuic* (Fundación Salud Mental España, 2015), *Calma* (Universidad de Buenos Aires; Czubaj, 2017), *Tec-Tec* (<http://tectectech.com>) y *+caminos* (Hospital Regional Universitario de Málaga, 2017).

Existen *apps* (Figura 20) como “Hey Ashi” (fundación privada mexicana) que contienen únicamente un chat dirigido a los escolares y a sus padres, atendido por

psicólogos especializados en orientar y canalizar a los jóvenes para obtener la ayuda necesaria, en un marco preventivo. Se aplica en el entorno escolar mexicano.

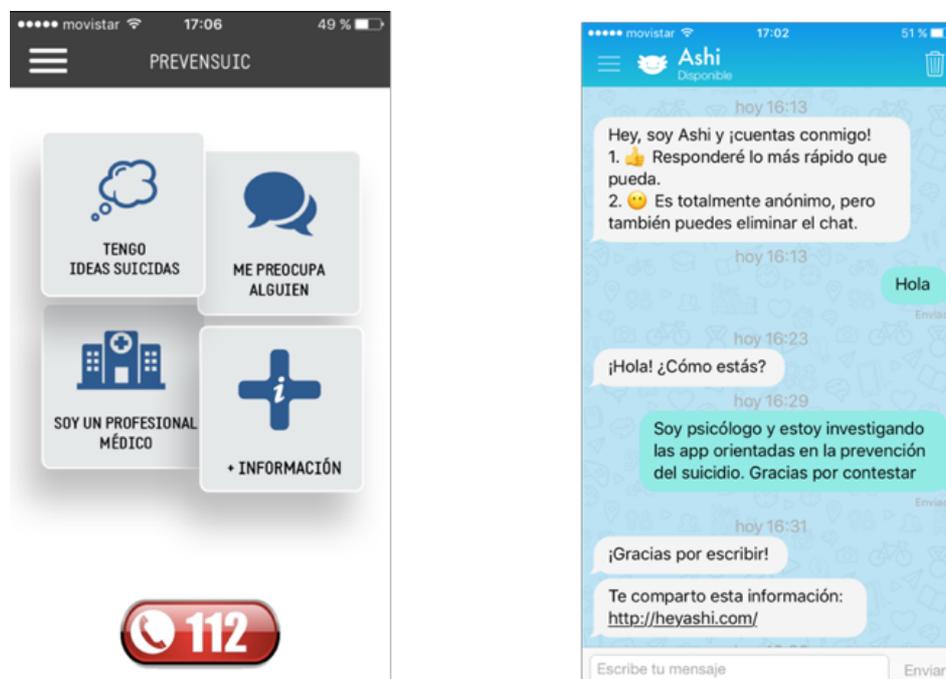


Figura 20. Páginas de ayuda de dos apps para la prevención del suicidio en móviles
Fuente: <https://www.prevensuic.org>; <https://heyashi.com/startup>

Un reciente trabajo de revisión sobre las *apps* orientadas a la prevención del suicidio (Larsen, Nicholas y Christensen, 2015) encuentra 123 *apps* que, si bien su objetivo general es la prevención, presentan diferentes características. Menos de la mitad contienen alguna característica interactiva y la mayoría se centra en la obtención de ayuda de amigos y familia y la elaboración de un plan de seguridad, así como en facilitar el acceso a los recursos de ayuda.

En general, todas las *apps* basan sus estrategias (al menos una de ellas) en las mejores prácticas, pero ninguna proporciona un apoyo completo que esté basado en la evidencia. En la Tabla 29 puede verse el análisis llevado a cabo por Larsen y colaboradores sobre 49 *apps*, 29 de ellas específicas sobre el suicidio (Larsen, Nicholas y Christensen, 2016).

Tabla 29. Una evaluación sistemática de las *apps* para la prevención del suicidio en móviles

Estrategia	Total apps	Apps específicas SUI
Estrategias de salud pública		
Restricción acceso a medios	7 (14,3%)	6 (25,0%)
<i>Screening</i>		
<i>Screening</i> físico	3 (6,1%)	0
<i>Screening</i> psicológico	13 (26,5%)	2 (8,3%)
Acceso a recursos de ayuda		
Ayuda de los amigos	27 (55,1%)	16 (66,7%)
Recursos de apoyo (no crisis)	12 (24,5%)	10 (41,7%)
Recursos de apoyo (crisis)/ <i>helpline</i>	13 (26,5%)	10 (41,7%)
Estrategias de salud mental		
Psicoterapia	2 (4,1%)	0
Plan de seguridad	14 (28,6%)	13 (54,2%)
Postvención	2 (4,1%)	2 (8,3%)
Estrategias de seguimiento		
Contacto posterior	1 (2,0%)	1 (4,2%)
Total	49 (100%)	24 (100%)

Fuente: Larsen et al. (2015).

Por otro lado, si bien se reconoce el potencial beneficio para la prevención del suicidio y la necesidad de desarrollar apps en esta línea, es necesaria su evaluación y la demostración de su eficacia (Aguirre, McCoy y Roan, 2013). Hasta el momento, existe muy poca evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para la prevención del suicidio a través del móvil en la población juvenil (Perry, Werner-Seidler, Caelear y Christensen, 2016).

A pesar del gran número de aplicaciones disponibles, algunas de las cuales aportan elementos basados en las mejores prácticas, ninguna está basada en la evidencia. Es necesario desarrollar aplicaciones prácticas, de uso fácil y que estén recomendadas por los profesionales clínicos, que puedan filtrar los contenidos nocivos que a veces se presentan como ayuda. Actualmente, la mayoría de aplicaciones incorporan el plan de seguridad, que es el que cuenta con más evidencias (Larsen et al., 2016).

Existen interesantes iniciativas que se están llevando a cabo en las redes sociales para prevenir la conducta suicida, especialmente en las poblaciones que más usan estas vías de comunicación, como son los adolescentes y los jóvenes. Como ejemplo, se cita un

estudio elaborado sobre términos utilizados en Twitter por los jóvenes en los Estados Unidos. En este estudio se demostró que Twitter puede ser una herramienta útil para monitorizar en tiempo real los factores de riesgo y las señales de alarma y que los jóvenes en riesgo pueden ser detectados por las redes sociales (Jashinsky et al., 2014). Esta línea de investigación está sirviendo para dar un nuevo enfoque a las características de las *apps* que se orientan a la prevención del suicidio. La técnica se basa en el análisis del lenguaje verbal y no verbal (qué y cómo se dice) que se emplea a través del móvil. Mediante un algoritmo basado en el aprendizaje de máquinas (*learning machine*) se puede identificar a un alto porcentaje de personas en riesgo (Pestian, Sorter y Connolly, 2016). En la Tabla 30 se citan los términos utilizados en Twitter, según el estudio realizado en EE.UU.

Tabla 30. Términos relacionados con el suicidio

Factores de riesgo de suicidio	Términos utilizados
Sentimientos depresivos	Abusó de mí deprimida, me hizo daño deprimida, se sienten sin esperanza, sentirse sola/o, deprimida/o, me siento impotente, me siento inútil, me siento triste, me siento vacía/o, me siento ansiosa/o
Síntomas depresivos	Dormir "mucho" últimamente, me siento irritable, me siento inquieta/o
Abuso de las drogas	Deprimida/o, alcohólica/o, Sertralina, Zoloft, Prozac, píldoras
Intentos anteriores de suicidio	Suicidio, una vez más, dolor, lo he intentado antes
Antecedentes familiares de suicidio	Mi madre intentó suicidarse, hermana intentó el suicidio, mi hermano intentó suicidarse, amigo suicidio, intento de suicidio hermana
Ideación suicida	El suicidio pensado antes, pensado suicidarme antes, tenía ideas de suicidio, pensamientos de matarme, una vez pensé en el suicidio, pensamientos de suicidio en el pasado
Autolesiones	Sigo cortándome, me he cortado
Bullying	Me siento acosado, he sido acosado, para de acosarme, deja de intimidarme, sigue acosándome, siempre me acosan
Posesión de armas	Pistola, cuchillo, cuchillas
Trastornos psicológicos	Esquizofrenia, anorexia, bulimia, bipolar, trastorno límite de la personalidad, pánico, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático.
Violencia en la familia	Mi padre le pegó otra vez, mis padres se han peleado de nuevo
Impulsividad	Soy impulsiva/o

Fuente: Jashinsky et al. (2014).

Existen otros términos equivalentes, como *data mining* o *big data*. Se trata de métodos basados en algoritmos que buscan estructuras de patrones en amplias bases de datos, que permiten tomar decisiones. SAM (*Spreading Activation Mobile*) es una aplicación desarrollada en los Estados Unidos que está basada en el anterior estudio. A través de esta *app* se puede detectar el estado de ánimo depresivo y la ideación suicida de los adolescentes.

Respecto al *learning machine* aplicado a la prevención del suicidio, existe cierta controversia en el caso del valor predictivo de conductas suicidas previas como factores de riesgo (Ribeiro et al., 2016; Roaldset, 2016). Así, una persona de la que se conocen conductas suicidas previas estará más protegida por personas cercanas frente a futuras conductas y se argumenta la necesidad de elaborar algoritmos potentes que traten la complejidad de los factores de riesgo.

Un claro ejemplo de la utilidad del *learning machine* es Crisis Tex Line, que ofrece en su página web (www.crisistextline.org) resultados de los datos procesados. Esta organización norteamericana sin ánimo de lucro presta ayuda a las personas en crisis a través de mensajes de texto que se intercambian con el personal voluntario de ayuda. Opera desde el año 2013 y ha analizado y procesado hasta la fecha 89 millones de mensajes de texto identificando palabras clave como nombres de medicamentos e imágenes *emoji*, que sugieren la existencia de riesgo de suicidio. Esto ha permitido elaborar un potente algoritmo para contactar y ayudar a las personas en crisis.

En España, la aplicación de estos métodos de análisis comenzó a partir de los años 90 y fue introduciéndose también en el campo de la medicina y la psiquiatría. El estudio, llevado a cabo en un hospital de Madrid que atiende un área de 500.000 habitantes, reclutó a 539 pacientes que habían acudido a urgencias del hospital entre 1996 y 1998 tras un intento de suicidio. La aplicación del *data mining* permitió tomar la decisión de hospitalización con una precisión del 99% respecto al enfoque clínico, mientras que los

análisis estadísticos tradicionales clasificaron correctamente entre el 72% y 88% (Baca-García et al., 2006). En la misma línea de trabajo, el Grupo de Procesamiento del Lenguaje y Sistemas de Información de la Universidad de Alicante ha activado una campaña de *crowdfunding* para crear la plataforma “Life!”, que tiene el objetivo de alertar a las organizaciones de prevención de conductas suicidas y de acoso escolar a través de las redes sociales (Gómez, 2016).

En otra línea, la Fundación Salud Mental España para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio (FSME) ha desarrollado “Prevensuic” (prevención del suicidio), la primera aplicación para móviles en castellano orientada a prevenir el suicidio. Esta aplicación está auspiciada por la Sociedad Española de Suicidología (<http://www.suicidologia.es>) y tiene como objetivo, además de proporcionar recursos de información y prácticos sobre la conducta suicida, el contacto entre profesionales y personas en riesgo.

En España existen dos proyectos para la prevención del suicidio que merecen ser destacados: “MeMind” y “+caminos”. El primero, basado en el *big data*, monitoriza a los pacientes con trastorno mental y permite tener información sobre el estado real del paciente y predecir las urgencias psiquiátricas, entre ellas el intento de suicidio. A través de una página web (www.memind.net) se genera una base de datos que retroalimenta información para profesionales y pacientes.

El proyecto “+caminos” se basa en una *app* para móvil diseñada por un equipo de profesionales de la salud mental dirigida a la población en riesgo, especialmente adolescentes y sus familiares. Permite interactuar con amigos u otras personas que actúan como redes de apoyo y enlaza directamente con los servicios de emergencia 112 y con el Teléfono de la Esperanza. Incorpora un plan de seguridad para hacer un seguimiento en los momentos de crisis con estrategias para reducir la ansiedad, como música, imágenes y otros elementos positivos. El adolescente en riesgo notifica diariamente su estado de

ánimo a través de unos iconos incorporados en la *app* que permiten ir registrando los datos para avanzar en la prevención. Existe una versión para los familiares que ofrece información sobre la conducta suicida y los mitos existentes, incorporando pautas de cómo actuar en casos de riesgo de suicidio. El proyecto forma parte III Plan Andaluz de Salud Mental y se ha presentado en 2016 en las Jornadas Técnicas para la Prevención del Suicidio y en el I Congreso Internacional de Psicología Clínica y de la Salud con Niños y Adolescentes. Una de las características destacables de la *app* es que está basada en la evidencia empírica. Como ejemplo de esta evidencia conviene citar los resultados del estudio SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) en el que se destaca la eficacia del programa YAM (Youth Aware of Mental Health) en la reducción del número de intentos de suicidio y de la ideación suicida severa de los jóvenes escolares en Europa (Wasserman et al., 2015). Este programa persigue que los jóvenes tengan conocimiento sobre diversas características relacionadas con la salud mental. En resumen, las redes sociales, como se ha demostrado con Twitter, pueden constituir una herramienta para monitorizar y detectar en tiempo real a las personas con riesgo de suicidio (Jashinsky et al., 2014).

5 LAS HELPLINES. ORGANIZACIONES NECESARIAS

5.1 INTRODUCCIÓN

Las *helplines* son organizaciones que aportan ayuda a las personas que pasan por una experiencia de crisis personal, a través de plataformas online, telefónicas o presenciales. El servicio se presta las 24 horas todos los días del año, habitualmente por personal voluntario (orientadores, agentes de ayuda, *helpers*, *listeners*) que, tras un proceso de formación, dedica una parte de su tiempo a la escucha y atención telefónica de personas que llaman (llamantes, *callers*) buscando ayuda. Genéricamente se utiliza el nombre de *helpline*, aunque en muchas de ellas se adopta, formando parte de su identidad, el nombre de *lifeline* (por ejemplo, Lifeline Australia, Lifeline Ireland o simplemente Lifeline como en el caso de la National Suicide Prevention Lifeline).

Son organizaciones sin ánimo de lucro gestionadas por más de 100.000 voluntarios en todo el mundo que están apoyados por equipos de profesionales. Su presencia se extiende a más de 60 países y su trabajo forma parte de la estrategia de ayuda a las personas en riesgo que acuden a ellas por sus características de acceso inmediato, anonimato, gratuidad y cercanía para poder atender de forma presencial. Muchas de ellas llevan funcionando más de 50 años, como Los Angeles Suicide Prevention Center, primera *helpline* fundada en 1958 que significó un hito importante en la historia de la prevención del suicidio (Spencer-Thomas y Jahn, 2012).

La investigación sobre el tema sugiere que los servicios de apoyo telefónico para situaciones de crisis se han incrementado en los últimos años. Por ejemplo, Lifeline Saving Lives de Australia incrementó en 2013 un 30% el número de llamadas. Helpline Center, que tiene su centro de actividad en el estado de Dakota (<http://helplinecenter.org>), informa tener un incremento de llamadas relacionadas con el suicidio de un 11% en 2015. Lifeline de Irlanda (<http://www.lifelinehelpline.info>) experimentó un incremento de

llamadas en 2013 de un 43%. El Teléfono de la Esperanza en España ha experimentado entre 2013 y 2017 un aumento del 27% y, tras un descenso en el periodo 2015-2016, vuelven a subir en 2017 un 33% respecto al número de llamadas del año anterior (Figura 21). Esta tendencia alcista se confirma en el primer semestre de 2018. Los datos disponibles sobre el incremento de llamadas a las *helplines* se refieren, por lo general, a periodos que van más allá de los 5 últimos años, por lo que resulta difícil comparar con lo que sucede en España.

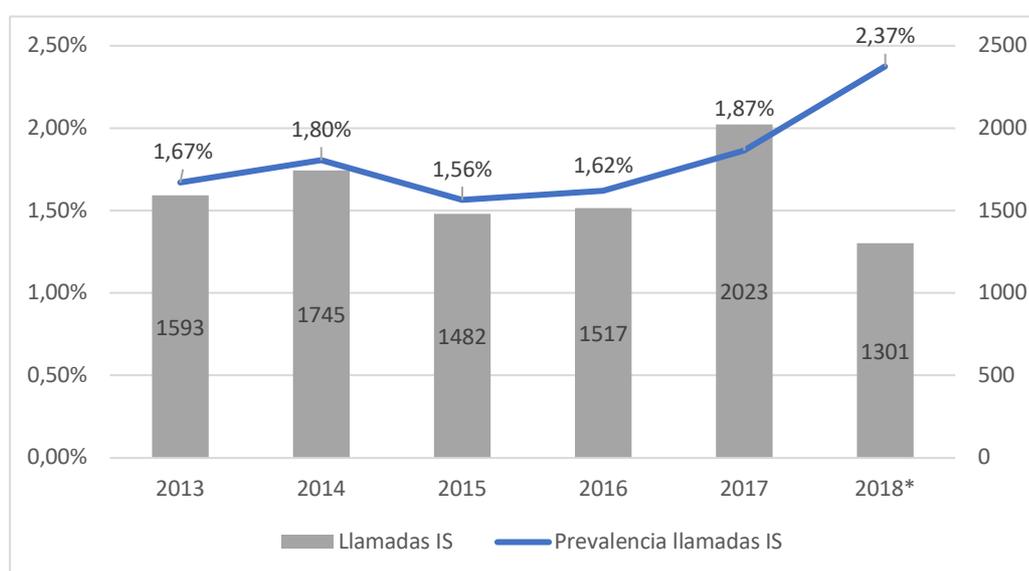


Figura 21. Llamadas con temática suicida en el Teléfono de la Esperanza (2013-2018)

* El año 2018 comprende el periodo enero-agosto

Fuente: Memorias anuales y datos internos <http://www.telefonodelaesperanza.org>.

El Teléfono de la Esperanza considera llamadas con temática suicida, aquellas en la que se transmite el deseo de muerte (ideas suicidas) de forma indirecta como “*tengo malos pensamientos*” o “*a veces me vienen tonterías a la cabeza*”, aquellas en las que se expresa directamente el deseo de muerte (crisis suicida) y las que informan de un intento de suicidio en curso (acto suicida en curso).

En una entrevista realizada por el periódico Sunday Guardian de Trinidad y Tobago a Lifeline TyT se informa del gran crecimiento que han experimentado las llamadas IS

recibidas en el centro en 2016. Siete de cada diez llamadas contemplan el suicidio (Clyne, 2017). Igualmente, las *helplines* del Reino Unido informan que han experimentado un aumento considerable del número de llamadas en los últimos años. MIND (<https://www.mind.org.uk/information-support/helplines>) es una línea de ayuda dirigida a personas con problemas de salud mental que informa de un punto de inflexión en 2012/2013, con aumentos del 50% en las llamadas totales y del 30% en las llamadas IS. En los Estados Unidos y en países como Finlandia informan de aumentos considerables. Por lo general, se ha demostrado la eficacia de las *helplines* en la prevención del suicidio en el sentido de que pueden facilitar una mejora en la afectividad de los llamantes, pero no hay consistencia sobre la eficacia de los métodos de evaluación (Tyson et al., 2016).

5.2 PRESENCIA DE LAS HELPLINES

Las *helplines* se encuentran repartidas por todo el mundo y se agrupan en federaciones. En junio de 2015 se constituyó en Montreal la World Alliance of Crisis Helplines (WACH), una red mundial que aglutina a las principales federaciones: IFOTES (<http://www.ifotes.org>), Life Line International Befrienders Worldwide (<http://www.befrienders.org>), Lifeline Australia (<https://www.lifeline.org.au>), De Leo Fun (<http://www.deleofund.org>) y National Suicide Prevention Lifeline (<https://suicidepreventionlifeline.org>).

La lista de las *helplines* que componen cada federación es muy extensa y se puede encontrar en la página web correspondiente. Teniendo en cuenta aspectos como la presencia, la antigüedad o la cercanía, se citan las que se consideran más relevantes:

- Samaritans (<https://www.samaritans.org>; Samaritans, 2017a) es una organización de caridad pionera en la prestación de ayuda a través del teléfono. Fue fundada en 1953 y cuenta con 201 centros en el Reino Unido e Irlanda, manteniendo también presencia en 40 países mediante la colaboración con otras *helplines*. Colaboran en la

organización 20.000 voluntarios en todo el mundo que atienden más de 5,4 millones de llamadas.

- National Suicide Prevention Lifeline es una organización fundada en 2005 por Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), con presencia en los Estados Unidos a través de más de 160 centros. La web de Lifeline informa de que atiende anualmente a 1,5 millones de llamadas, de las que una cuarta parte presenta ideación suicida en mayor o menor grado. Dos de los objetivos principales de Lifeline son: 1) promover un acceso eficiente a este servicio para que llegue a cuantas más personas en riesgo sea posible y 2) garantizar una buena calidad de los servicios para que la prevención del suicidio sea lo más eficaz posible (Joiner, Kalafat, et al., 2007a).
- Lifeline Saving Lives australiana es una organización de caridad sin ánimo de lucro, con una intensa actividad en la atención en crisis y prevención del suicidio desde 1963. Atiende unas 1.800 llamadas diariamente, de las que 50 son de personas con alto riesgo de suicidio. Emplea alrededor de 1.000 personas y cuenta con 11.000 voluntarios repartidos en los más de 60 centros del país.
- S.O.S. Amitié es un servicio de escucha telefónica, mensajería y chat que está presente en Francia, formando una federación de 44 asociaciones regionales con 50 centros de atención que prestan servicio desde 1967. Atiende anualmente alrededor de 700.000 llamadas, de las que el 2% (11.000) están relacionadas directamente con el suicidio. Desde 2013 forma parte del Observatorio Nacional del Suicidio.
- Inochi no Denwa es una helpline japonesa fundada en 1971 que opera en todo Japón con servicios en inglés, japonés y varios idiomas, incluido el español. El servicio en inglés opera bajo el nombre de TELL Lifeline y en japonés como Tokyo Inochi-no-Denwa. Esta organización responde a más de 6.000 llamadas al año con el apoyo de

un grupo especializado de más de 60 voluntarios (<http://www.lal-yokohama.org/esp/historia.htm>).

Existen *helplines* orientadas específicamente a la protección de los derechos de los menores y tienen igualmente una extensa presencia en todo el mundo. Child Helpline International (<https://www.childhelplineinternational.org>) es la federación que aglutina a estas líneas de ayuda y en su página web se puede recabar información de interés y enlace a cada una de las organizaciones, entre las que se destacan las siguientes:

- Kids Helpline (<http://kidshelpline.com.au>) es una línea de ayuda australiana que ofrece soporte telefónicamente y también en la web y por chat, especialmente dirigida a niños y jóvenes entre 5 y 25 años, familiares y profesores. Lleva trabajando 25 años, a lo largo de los cuales ha recibido más de 7,5 millones de llamadas atendidas por personal profesional especialmente preparado. Se financia principalmente con aportaciones de Art Unions (<https://www.yourtown.com.au>) y con fondos públicos. Su labor en la protección de los niños y los jóvenes está sido reconocida con varias distinciones. Da soporte a más de 180.000 jóvenes anualmente, de los que 1 de cada 8 se relaciona con conductas suicidas, 1 de cada 13 con autolesiones y 1 de cada 12 con abuso sexual (Kids Helpline, 2017).
- La Fundación Anar (<http://www.anar.org>) es una organización española sin ánimo de lucro, con casi 50 años de funcionamiento en defensa de los derechos de los niños y adolescentes en situación de riesgo y desamparo, con proyectos que desarrolla también en Latinoamérica. Ofrece ayuda a los menores de edad y orientación a los adultos. Como la mayoría de *helplines*, los servicios son a través de un teléfono gratuito, email o chat. La fundación es especialmente activa en la sensibilización sobre el *bullying* realizando estudios y dando a conocer la problemática de los menores en España (Fundación ANAR, 2016).

- El Teléfono contra el Suicidio 910 380 600 es una iniciativa muy reciente (2017) de la asociación La Barandilla (<https://www.labarandilla.org>) para atender llamadas con tendencia suicida. Esta asociación, dedicada a la integración social y laboral de las personas con discapacidad, atiende el teléfono con psicólogos especializados en la atención en crisis.
- Crisis Text Line (<https://www.crisistextline.org>) es una *helpline* americana que opera en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido con la particularidad de que atiende exclusivamente mensajes de texto. Uno de los puntos fuertes de esta organización es la base de datos que mantiene registrados 94 millones de mensajes recibidos desde agosto del 2013 hasta enero del 2019 y que aporta una valiosa información de cara a la prevención.

5.3 EFICACIA DE SU TRABAJO

La investigación sobre las *helplines* y su trabajo es escasa, aunque relevante, y para algunos investigadores es un tema recurrente a lo largo de los 10 últimos años, centrandose especialmente la atención en las llamadas IS. No resulta fácil establecer si la intervención de estas organizaciones es eficaz porque en este tipo de llamada el contacto suele ser breve y anónimo y, por lo general, no hay *feedback* ni seguimiento (Coveney, Pollock, Armstrong y Moore, 2012).

Varios estudios han notado cambios a corto plazo, tanto en llamadas no relacionadas con el suicidio (Kalafat, Gould y Kleinman, 2007) como en las que sí lo están (Gould, Kalafat, HarrisMunfakh y Kleinman, 2007). Sus estudios mostraron cambios significativos durante la llamada, reduciendo la afectividad negativa (la depresión, la rabia, la ansiedad, etc.) y los sentimientos de desesperanza; esta reducción seguía semanas después de haber llamado la primera vez.

Los estudios llevados a cabo por Gould, Kalafat y Mishara (Gould et al., 2007; Mishara y Daigle, 1997) por encargo de SAMHSA dejan clara evidencia del trabajo positivo de las *helplines* en la atención en crisis, pero manifiestan su preocupación por la calidad de los sistemas de evaluación del riesgo de suicidio. El análisis de estos sistemas de evaluación se hace desde dos perspectivas: 1) el proceso de la llamada y 2) los resultados inmediatos. Ramchand y colaboradores citan los trabajos que se han realizado sobre el efecto que el comportamiento, los estilos de respuesta, las recomendaciones y las preguntas sobre la conducta suicida de los agentes de ayuda causan en los llamantes, comprobando que la mayoría establecen un buen contacto. Respecto a los resultados inmediatos, los llamantes mejoran en el transcurso de la llamada y reducen la ideación suicida (Ramchand, Jaycox, Ebener y Gilbert, 2016).

En un resumen de las evaluaciones que se han realizado sobre las *helplines*, la lifeline americana (Lifeline Research Foundation, 2013) analiza los aspectos que más se han analizado en los estudios, como 1) su impacto en la comunidad y en las tasas de suicidio, 2) la utilización y promoción de los servicios, 3) los objetivos de los servicios, 4) el proceso de la ayuda en crisis y 5) el efecto en los llamantes. Las conclusiones son que existen dificultades metodológicas para determinar si en los lugares donde las *helplines* están activas se ha reducido la tasa de suicidio; que las *helplines* deben promocionar y dar a conocer a la comunidad los servicios de ayuda que ofrecen; que las personas con riesgo de suicidio tienden a acudir a las *helplines*, si bien hay diferencias entre hombres y mujeres y entre los grupos de edad; que los enfoques de intervención que combinan estilos humanistas con estilos más directivos dan buenos resultados; que durante el proceso de la llamada se da una reducción de la suicidalidad y que este efecto continúa unas semanas después.

Los llamantes, por lo general, acuden a la *helpline* sin saber qué centro específico va a responder, ni qué persona, por lo que es crucial que todos los centros minimicen la

variabilidad existente en cuanto a preparación, actitud y compromiso del personal del centro. Además, las llamadas no solo vienen de las personas en crisis, sino también de sus familiares y seres queridos, que llaman demandando información y pautas de actuación. Para dar una respuesta eficaz el voluntariado y el personal de las *helplines* deben tener una preparación adecuada.

5.4 PREVALENCIA DE LLAMADAS CON IDEACIÓN SUICIDA

La prevalencia de llamadas IS es desigual en las *helplines*, dependiendo de factores como el país de actuación, la organización interna, los recursos empleados, el marketing y divulgación de sus actuaciones, en especial su labor en la prevención del suicidio, la prevalencia de la ideación suicida y otros aspectos culturales que favorecen o limitan la tendencia a pedir ayuda. Por citar algunos ejemplos, la sede central de Samaritans en Londres informa que la prevalencia de llamadas IS en dicha ciudad es el 18,8% (Samaritans, 2016), Lifeline Australia informa de un 5,1% (Lifeline Australia, 2017), Crisis el Text Line de un 23% (<https://crisistrends.org>), el Teléfono de la Esperanza de un 1,9%(ASITES, 2018b) y la *helpline* Inochi No Denwa de un 14%. La Tabla 31 permite comparar, aunque de una manera limitada, el impacto de las *helplines* en algunos países de referencia.

Tabla 31. Población de referencia, llamadas a las *helplines*

Población (en miles)	ES	TE	%	AU	LA	%	FR	SOS	%	UK	SAM	%
	Hab.	☎		Hab.	☎		Hab.	☎		Hab	☎	
Población*	38.320	109	0,3	18.718	933	5,0	49.379	700	1,4	50.394	5.400	11%
Prevalencia IS	4,4%	1,8%		8,6%	5,1%		12,4%	3%		9,2%	1%	
Población IS	1.686	2	0,1	1.610	47,5	3,0	6.123	21	0,3	4.636	50	1%
Orientadores		1.000			3.859			1.600			20.00	
Llamadas Or		108			242			438			0	
											270	

ES = España; AU = Australia; FR = Francia; UK = Reino Unido; TE = Teléfono de la Esperanza; LA = Lifeline Australia; SOS = SOS Amité; SAM = Samaritans; IS = Ideación suicida; Llamadas Or = llamadas por orientador; ☎ = Número de llamadas; Población* = Población mayor de edad; Fuente: elaboración propia con datos de Samaritans, (2017) y Lifeline Australia (2017) <http://www.health.gov.au> (Nock, Borges, Bromet, Alonso, et al., 2008a)

Un análisis sobre el número de llamadas puede dar una idea del impacto que la organización tiene en la comunidad, aunque el análisis únicamente tiene en cuenta la variable población.

En las Figura 22 y Figura 23 se muestra la evolución de mensajes con ideación suicida (en adelante mensajes IS) en Crisis Text Line durante el periodo agosto 2013-enero 2019 y los factores concurrentes con dicha ideación, respectivamente.

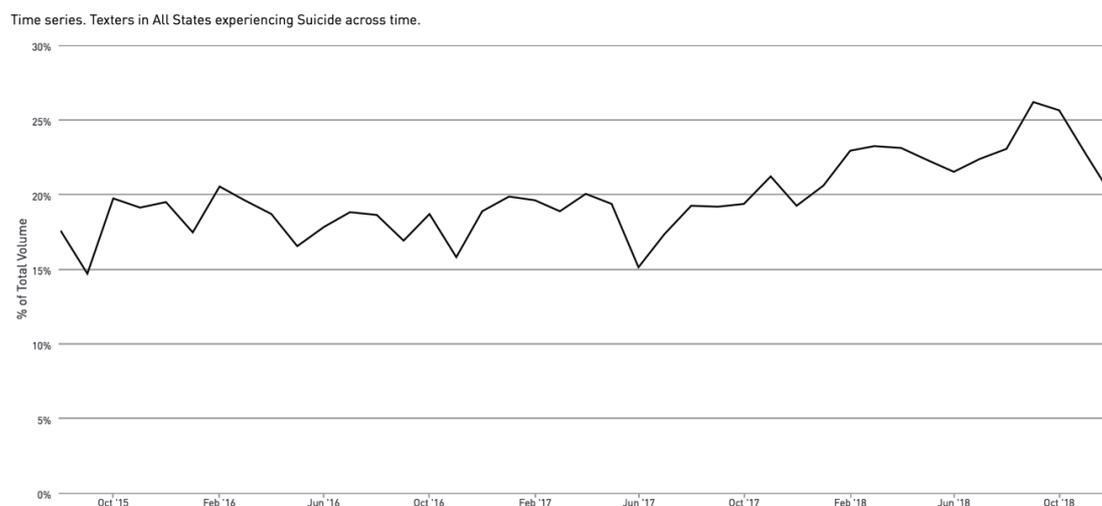


Figura 22. Evolución de mensajes con ideación suicida en Crisis Text Line
Fuente: <https://crisistrends.org>. Recuperado el 27/01/2019

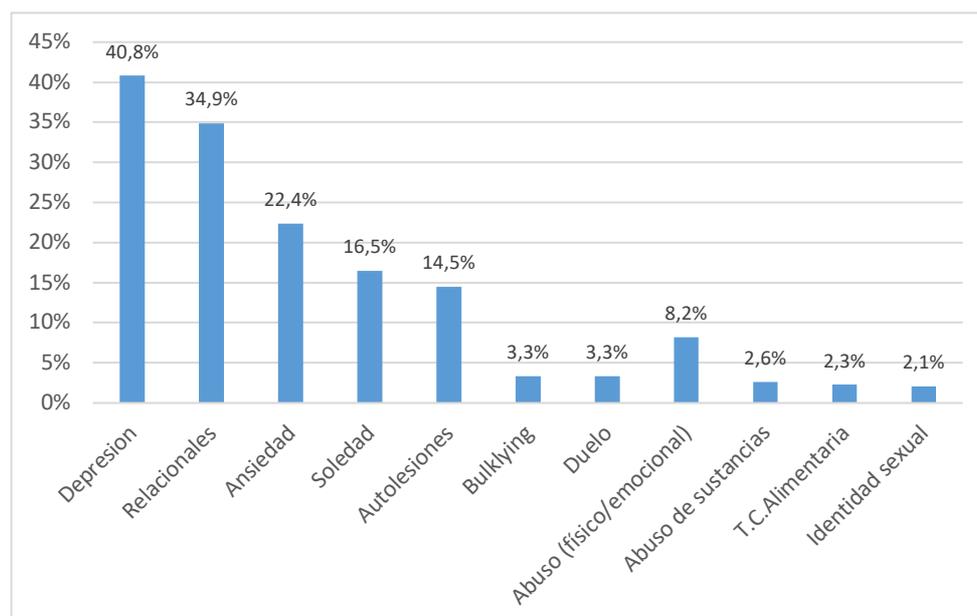


Figura 23. Problemas concurrentes en los mensajes con ideación suicida a Crisis Text Line
Fuente: <https://crisistrends.org>. Recuperado el 27/01/2019

5.5 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN LAS *HELPLINES*

Son pocas las *helplines* que tienen establecido un protocolo o procedimiento de actuación sistematizado ante este tipo de llamadas. Los protocolos se describen de forma escrita y no se conoce ninguna organización de este tipo que cuente con un software específico.

Una de estas organizaciones es la National Suicide Prevention Lifeline (<https://suicidepreventionlifeline.org>), con pautas de actuación y la definición de riesgo inminente de suicidio (Tabla 32).

Tabla 32. Sistema de evaluación del riesgo en la *National Suicide Prevention Lifeline*

Deseo de morir	<ul style="list-style-type: none"> • Ideación suicida • Matarse o matar a otros • Dolor psicológico • Desesperanza • Desamparo • Percepción de ser una carga para los demás • Sentirse atrapado • Soledad, desconexión
Capacidad adquirida	<ul style="list-style-type: none"> • Intentos de suicidio anteriores • Efecto contagio por el suicidio de otros • Violencia hacia otros • Accesibilidad a medios • Para matarse/ a otros • Reciente intoxicación • Abuso de sustancias • Síntomas agudos de enfermedad mental • Agitación extrema interna/rabia • Incremento de la ansiedad, problemas de sueño
Intención de hacerlo	<ul style="list-style-type: none"> • Intento de suicidio en curso • Plan para matarse/ a otros • Con método • Conductas preparatorias • Expresiones de querer morir
Factores protectores	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos de ayuda • Apoyo social • Planes para el futuro • Compromisos de ayuda a los demás • Ambivalencia entre morir/vivir • Valores y creencias • Sentido de vivir

Fuente: Joiner et al. (2007), traducido y adaptado.

La National Suicide Prevention Lifeline elabora esta definición a partir de la Teoría Interpersonal del Suicidio de Joiner, modificándola y añadiendo un nuevo elemento, la intención, es decir, la combinación del deseo de morir, la intención y la capacidad adquirida (Berman y Silverman, 2013).

Existirá riesgo de suicidio inminente cuando existe una estrecha relación temporal entre el estado de riesgo actual de la persona y las acciones que podrían conducir a su suicidio. La existencia de este riesgo crea una obligación y una presión inmediata sobre el personal del Centro para que tome medidas urgentes para reducir el riesgo del llamante; es decir, si no se toman medidas, el personal del Centro cree que es probable que la persona que llama cause un grave daño o se mate a sí misma. El riesgo inminente puede determinarse si un individuo declara (o cuando un informante fiable dice que lo ha declarado) deseo de morir, intención de darse muerte y tiene la capacidad de llevar a cabo su intención (Draper, Murphy, Vega, Covington y McKeon, 2015). Joiner propuso incorporar a estos tres elementos un cuarto, los factores protectores, estableciéndose de esta manera un procedimiento sistematizado de evaluación del riesgo que se muestra en la Tabla 32 y que se viene aplicando desde 2007.

La eficacia en la prevención del suicidio de las *helplines* se ve limitada si su personal no está capacitado o es reacio a tratar el tema y explorar los pensamientos de suicidio de las personas que llaman. La evaluación del riesgo de suicidio supone un verdadero reto para las *helplines* porque, frente a la calidad que se requiere en este proceso, el orientador debe ser capaz de hacerlo compatible con el establecimiento de un buen clima con el llamante a través de la escucha activa. El proceso de evaluación sistematizado exige una familiarización previa que permita realizar eficazmente el trabajo (Joiner, Kalafat, et al., 2007a).

5.6 ACTUACIÓN ANTE UNA LLAMADA CON IDEACIÓN SUICIDA

Varios investigadores como Gould et al. (2007) y Mishara et al. (2007) vienen insistiendo en la necesidad de dotar a las *helplines* de pautas de actuación frente a las situaciones de riesgo inminente de suicidio, ya que el objetivo prioritario del agente de ayuda es la identificación del riesgo inminente de suicidio y si el llamante presenta una situación que requiere la intervención de los equipos de emergencia. Definir y saber identificar las situaciones de riesgo inminente constituye una cuestión prioritaria en la actuación del agente de ayuda ante la persona en riesgo (Gould et al., 2015; Witte et al., 2010). Como riesgo inminente se consideran, según Lifeline (Gould et al., 2015), aquellos casos en los que están presentes los elementos de la Teoría Interpersonal del Suicidio (TIPS) con un nivel de ideación suicida alto, es decir, cuando además de la ideación y la capacidad adquirida, existe un método y la intención de suicidarse (grados 4 y 5 de la C-SSRS).

El primer modelo de intervención se desarrolló en Los Ángeles Suicide Prevention Center basándose en los siguientes pasos: 1) establecer un buen clima, 2) definir el problema, incluyendo la evaluación de riesgo de suicidio, 3) explorar los estados de ánimo, tratando de reducir los negativos, 4) explorar las estrategias de afrontamiento de los llamantes y 5) desarrollar alternativas para solucionar el problema. Respecto a las llamadas IS, el objetivo se centra en identificar los factores precipitantes, generar alternativas al suicidio y movilizar los servicios de ayuda. En casos de inminente riesgo, se plantean otras intervenciones orientadas a la seguridad del llamante, incluyendo la activación de los equipos de emergencia (Farberow, Heilig y Litman, 1968). El estado cognitivo y emocional del llamante, así como sus estrategias de afrontamiento, pueden estar afectados negativamente ante una situación de crisis y el agente de ayuda de una *helpline* debe intentar aliviar este estado colaborando para encontrar otras alternativas,

otros puntos de vista o enfoques más adaptativos y ofrecer los recursos de ayuda adecuados (Kalafat et al., 2007).

Para completar el proceso de evaluación, Lifeline tiene establecida una política de actuación desde 2011 que los agentes de ayuda deben poner en marcha ante un riesgo inminente de suicidio (Tabla 33).

Tabla 33. Actuación ante riesgo inminente de suicidio. *National Suicide Prevention Lifeline*

Componentes a tener en cuenta

- Conectar activamente con el llamante para establecer un buen clima
- La intervención no debe ser invasiva, considerando la intervención de los equipos de emergencia como último recurso
- Cuando se trata de un intento de suicidio en curso y debe iniciarse un procedimiento de emergencia, no se requiere el consentimiento de la persona
- Contactar con los equipos de emergencia que garanticen la seguridad de la persona en riesgo si ésta no quiere o no posible hacer algo para prevenir su suicidio y sigue estando en riesgo
- Conectar activamente con la persona que llama en nombre de otra para ver cuál es la forma menos invasiva
- Tener un equipo de supervisión disponible
- Mantener los datos que permitan la identificación del llamante para que los equipos de emergencia puedan acceder al domicilio
- El personal debe asegurarse de que los equipos de emergencia han contactado con la persona en riesgo

Fuente: Draper et al. (2015). Resumen traducido y adaptado.

Esta política centra la atención en tres áreas principales: 1) compromiso activo del voluntariado en la seguridad de la persona en riesgo, 2) un compromiso de rescate en el que se haga lo necesario de cara a la seguridad del llamante y se conecte con los equipos de emergencia aún sin su consentimiento y 3) un compromiso de colaboración con otros servicios de la comunidad.

En un pequeño sondeo que se ha realizado para esta investigación sobre la existencia de un sistema estandarizado de evaluación e intervención ante una llamada con temática suicida, se ha encontrado que, por lo general, las *helplines* consultadas no cuentan con ningún sistema estandarizado. En la Tabla 34 se hace una breve descripción de las respuestas obtenidas.

Tabla 34. Sistemas de evaluación del riesgo de suicidio de las *helplines* consultadas

Organización/País	Sistema de evaluación e intervención
Suecia	No tienen ningún sistema formal ni protocolo por escrito
Noruega	Preguntan por sistema a todos los llamantes sobre la ideación suicida
Suiza	No tienen ningún sistema formal ni protocolo, aunque sí preparan al voluntariado para atender este tipo de llamadas, bajo la filosofía de aceptar la decisión del llamante de suicidarse. Intentan ayudar a encontrar otros caminos, pero no intervienen. No consideran que su labor sea prevenir el suicidio sino acompañar a las personas en riesgo y proporcionar acompañamiento para aliviar su soledad, lo que puede ser eficaz ante la ideación suicida
Francia	Buena preparación del voluntariado. Ningún sistema estandarizado ni protocolo escrito. La única recomendación es la de llamar a los equipos de emergencia o médicos en el caso de que el llamante proporcione sus datos personales y no pueda hacerlo él.
Argentina	Voluntariado formado para la prevención y asistencia. Evalúan el riesgo solo con fines asistenciales, pero sin ningún sistema estandarizado.
Bélgica	No tienen ningún sistema estandarizado ni procedimientos ni protocolos.
Alemania	No tienen ningún instrumento para evaluar el riesgo de suicidio de los llamantes. Sin embargo, recogen y mantienen datos estadísticos sobre la suicidalidad del llamante.

Fuente: Consultas realizadas a varias *helplines*

5.7 FORMACIÓN DEL PERSONAL VOLUNTARIO

Expertos en analizar el trabajo de las *helplines* como Mishara han llegado a la conclusión de que el personal voluntario tiene más empatía, es más respetuoso y obtiene mejor valoración de los llamantes en comparación con el personal profesional. Igualmente, analizó la actuación de 90 voluntarios y de 39 profesionales remunerados y no encontró diferencias entre ambos. La conclusión de Mishara es que los profesionales pueden ser menos eficaces que el personal voluntario bien entrenado a la hora de prestar ayuda telefónica a los llamantes con tendencia suicida (Mishara et al., 2016). Sin embargo, a pesar de que en los planes de formación se insiste en que se explore y se pregunte sobre la ideación suicida, existe evidencia de que solo a un 59% de los llamantes se les ha preguntado (Gould, Cross, Pisani, Munfakh y Kleinman, 2013a).

Mishara y su equipo analizaron, en 2.611 llamadas a 14 *helplines*, las características de los llamantes y las intervenciones de los agentes de ayuda en los siguientes términos:

1) clima establecido, 2) escucha activa, 3) actitud colaboradora frente al problema y 4)

aspectos a corregir. La empatía, el respeto, el clima y el contacto establecidos y la actitud ante el problema se asociaron a una valoración positiva de la llamada, mientras que la escucha activa no. Por escucha activa se entendía la realización de preguntas sobre el problema, sobre los recursos para resolverlo, posibles soluciones al problema, preguntas sobre eventos precipitantes, propuestas de contrato de autolesionarse, sugerencias de cosas a hacer, etc. La recomendación del estudio es que las *helplines* recluten un voluntariado con las características adecuadas y que se ofrezca una capacitación estandarizada en aquellos métodos cuya eficacia esté empíricamente demostrada (Mishara et al., 2007).

Lifeline (National Suicide Prevention Lifeline) ha servido de base empírica para los principales estudios que se han realizado sobre las *helplines*, varios de ellos dirigidos por la investigadora Madelyn Gould. Siguiendo las recomendaciones realizadas por varios expertos ya citados (Gould, Mishara y Kalafat), Lifeline puso en marcha el plan de formación ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training). El programa ha sido implementado en varios ámbitos y países y se ha aplicado a más de un millón de personas. Gould et al. (2013) quisieron probar si un programa de estas características aplicado al voluntariado de Lifeline incrementaba la eficacia de su trabajo y encontraron que los voluntarios con esta capacitación no realizaban evaluaciones más completas del riesgo de suicidio.

La formación que se presta al voluntariado depende de la filosofía de cada *helpline*. Por lo general, la formación va orientada a un mayor conocimiento del fenómeno suicida, a proporcionar habilidades de escucha e intervención y a la seguridad del llamante. Esta orientación se ha encontrado en las *helplines* americanas y también en nuestro país, mientras que las *helplines* del centro y norte de Europa tienen un carácter menos intervencionista. Un ejemplo de los contenidos de esta formación menos intervencionista podría extraerse de un programa suizo que recomienda: 1) apertura ante las llamadas IS 2) respeto al derecho al suicidio, 3) aceptar la propia impotencia, 4) la ambivalencia en el

llamante, 5) actitud comprensiva ante la desesperanza y 6) conocer los propios límites y los de la organización (extracto del documento enviado por Mano Tendida (<https://www.143.ch>). En el siguiente apartado se describen las características del Teléfono de la Esperanza.

5.8 EL TELÉFONO DE LA ESPERANZA

La Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES), conocida como Teléfono de la Esperanza, es una organización no gubernamental (ONG) de voluntariado con más de 45 años de presencia en España, que ofrece un servicio integral y gratuito de apoyo a las personas que se encuentran en situación de crisis.

ASITES es una asociación civil fundada en 1971, declarada de “Utilidad Pública” en 1972. Es miembro fundador de la Plataforma del Voluntariado de España y miembro de organizaciones internacionales como IFOTES (International Federation of Telephonic Emergency Services), con sede en Ginebra y de IASP (International Association Suicide Prevention) y, a través de éstas, está vinculada formalmente con la OMS (Organización Mundial de la Salud). La presencia de ASITES se muestra en la Tabla 35.

Tabla 35. Presencia internacional de ASITES (2016)

Provincia	Provincia	Provincia
Albacete	Castellón	Murcia
Alicante	Córdoba	Navarra
Almería	Granada	Palencia
Zaragoza	Huelva	Salamanca
Asturias	Islas Baleares	Santiago de Compostela
Badajoz	Jaén	Sevilla
Bizkaia	La Coruña	Toledo
Cáceres	La Rioja	Valencia
Canarias	Madrid	Valladolid
Cantabria	Málaga	Zamora
Barranquilla (Colombia)	Medellín (Colombia)	Valencia (Venezuela)
Bogotá (Colombia)	Pasto (Colombia)	Tegucigalpa (Honduras)
Lima (Perú)	San Pedro Sula (Honduras)	Zurich (Suiza)
Costa Rica (Costa Rica)	León (Nicaragua)	

Fuente: ASITES (2016)

La asociación está presente en 30 provincias españolas, en 9 ciudades de Latinoamérica y en Zúrich, colaborando también con otras líneas de ayuda en ciudades europeas como Oporto, Paris y Weston (Florida).

5.8.1 Organización interna

En la Figura 24 se ilustra la organización de la asociación, que está dirigida por la Asamblea General de Asociados, como órgano soberano, por la Junta Directiva, como órgano gestor y ejecutivo y por el presidente, como órgano unipersonal de representación y gestión. Estos órganos directivos tienen la competencia de crear Centros y Delegaciones gobernados por consejos de Centro, presidentes y directores que, a su vez, tienen la facultad de crear Unidades de Apoyo.

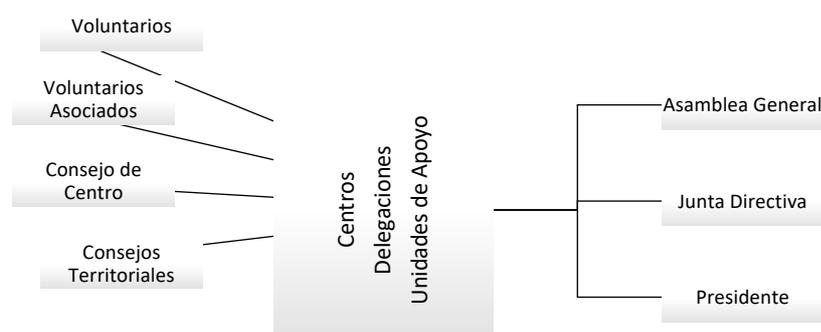


Figura 24. Organización interna de ASITES

La Asamblea General está integrada por: 1) asociados fundadores, 2) miembros de la Junta Directiva, 3) presidentes de los centros y directores de las Delegaciones y 4) representantes de los voluntarios asociados de cada centro. La Junta Directiva está compuesta por el presidente y varios vocales elegidos entre los presidentes de los centros.

En la Figura 25 se recogen los principales datos del último ejercicio de ASITES de 2016.



Figura 25. Memoria 2016 de ASITES

5.8.2 Misión, visión y valores

En los Estatutos Sociales se hace mención de estos tres aspectos (ASITES, 2016):

5.8.2.1 Misión

Promover la salud emocional de las personas, especialmente de aquellas que se encuentran en situación de crisis.

5.8.2.2 Visión

Ser una entidad pionera en la relación de ayuda, con un voluntariado formado y comprometido y abierta a nuevos retos.

5.8.2.3 Valores

1. La Asociación se define a sí misma como una organización no gubernamental de voluntariado, de acción social y de cooperación al desarrollo, sin ánimo de lucro, cuya finalidad esencial consiste en el tratamiento integral de las crisis humanas y la promoción de la salud emocional.
2. La confianza en la capacidad de los seres humanos para superar las crisis, desarrollar sus potencialidades desde una visión integral de la persona, y conservar la esperanza en medio de las dificultades.
3. El ejercicio de la solidaridad mediante la prestación de ayuda urgente, gratuita y técnicamente adecuada a cuantas personas, familias y colectivos se encuentren indefensos o en situación de crisis.

4. El respeto a la libertad, a las creencias religiosas y a las ideologías políticas de los voluntarios y beneficiarios.
5. El mantenimiento del servicio de intervención en crisis durante las 24 horas del día.
6. La confidencialidad y el anonimato en los servicios de intervención en crisis ya sea por teléfono, *on-line* o presencial.
7. El compromiso con la promoción y la formación del voluntariado, como elemento esencial de la Asociación.
8. La promoción de la salud emocional en el medio social mediante la elaboración y realización de programas de formación y de apoyo emocional.
9. La actualización tecnológica permanente al servicio de la comunicación personal, la intervención en crisis y la promoción de la salud emocional.
10. La aceptación de los principios de las federaciones nacionales o internacionales con las que ASITES está federada y de cuantas federaciones nacionales e internacionales sean útiles para facilitar el logro de los fines de ASITES.

5.8.3 Actividad

5.8.3.1 Intervención en crisis

Es la actividad tradicional del Teléfono de la Esperanza y la que constituye su verdadera esencia como asociación. El pilar de esta intervención es el voluntariado dedicado a la atención telefónica (cerca de 1000) y los equipos de profesionales (más de 400), también voluntarios, que se ofrecen a prestar una colaboración desinteresada y comprometida.

5.8.3.1.1 Servicio permanente de atención por teléfono

Al igual que en la mayoría de las *helplines*, es el campo más específico de actuación. Se trata de una actuación directa, gratuita, anónima y especializada en la atención en crisis que funciona las 24 horas del día todo el año, que se presta por cerca de 1000 personas voluntarias que, tras una formación específica, adquieren la condición de orientadores. Cada centro organiza los turnos de atención en función de la disponibilidad de los orientadores y, en casos de no cubrir los turnos, se pueden derivar las llamadas a otros centros cercanos. Cada centro atiende a un número de teléfono propio y también al genérico 717 003717, así que las llamadas no son específicas de cada territorio, pudiendo recibirse desde cualquier lugar de España. Un sistema automatizado va derivando la llamada no atendida a otros centros hasta que se atiende. Igualmente, un centro puede

derivar llamadas a otro, previo acuerdo. La temática de las llamadas está mayoritariamente relacionada con factores psicológicos o psiquiátricos y también con problemática de relaciones. En la Figura 26 se ve la evolución de las llamadas recibidas, diferenciadas por sexo.

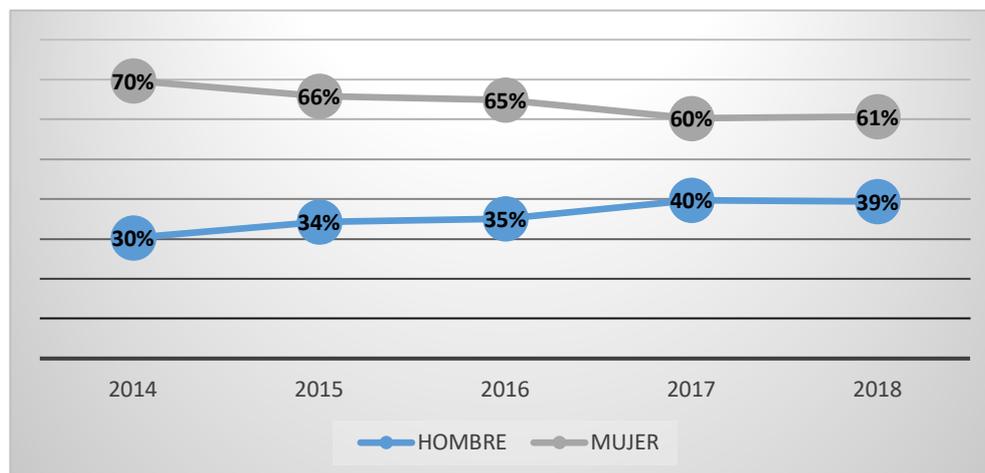


Figura 26. Evolución del número de llamadas al Teléfono de la Esperanza según el sexo
Fuente: LLAMATEL/ASITES

5.8.3.1.2 Intervención personal en sede

En cada centro se dispone de espacios habilitados para prestar atención profesional de forma gratuita. Más de 400 psicólogos, psiquiatras, abogados, trabajadores sociales y otros profesionales dedican parte de su tiempo como voluntarios de la asociación. Para cumplir con las exigencias administrativas, un número considerable de centros ha obtenido autorización para prestar servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria. De esta manera están habilitados para prestar apoyo psicológico a las personas que presentan una situación que requiere una atención personalizada y profesional, especialmente en los casos de crisis y de IS.

5.8.3.1.3 Grupos de apoyo o talleres para crisis específicas

Cada centro orienta sus actividades en función de las necesidades detectadas en la comunidad. Pueden formarse grupos de apoyo para superar el duelo, para superar

situaciones de crisis personales, grupos especiales con jóvenes, con padres, etc. En función de las necesidades del grupo, son atendidos por personal voluntario específicamente preparado o por profesionales si así lo requiere el grupo.

5.8.3.2 Promoción de la calidad de vida emocional

5.8.3.2.1 Promoción de la salud emocional de la persona

Son actividades organizadas en cada centro y ofrecidas a la población que quiere participar en la mejora de su bienestar emocional. Se realizan generalmente bajo el formato de talleres o cursos de corta duración en los que se tratan aspectos relacionados con la autonomía afectiva, los valores racionales, la comunicación, el control del estrés y la ansiedad, la autoestima, la inteligencia emocional y otros talleres orientados al desarrollo y bienestar personal. Estos cursos son coordinados por voluntarios que previamente han sido adiestrados en el manejo y dinámica de grupos, además de haber pasado por un proceso formativo específico.

5.8.3.2.2 Promoción de la salud emocional en el medio social

La organización interna de la asociación y su localización en todas las comunidades autónomas hace que la presencia en los medios de comunicación sea significativa, con apariciones en prensa, radio y televisión dando mensajes positivos a la población y participando en debates y reflexiones sobre temas específicos como la conducta suicida.

Edita trimestralmente la revista “A vivir” que distribuye gratuitamente a los socios, suscriptores/colaboradores y utiliza la web (<http://www.telefonodelaesperanza.org>) como importante vía de comunicación y divulgación de sus actividades, boletines electrónicos, guías y otros recursos de interés. Presente también en las redes sociales como Twitter y Facebook, ha realizado un convenio de colaboración para la prevención del suicidio entre los jóvenes (Anexo 17).

5.8.3.3 Voluntariado. Enseñando a ayudar

Al igual que en el resto de *helplines*, la formación del voluntariado es un objetivo prioritario del Teléfono de la Esperanza porque constituye la herramienta fundamental para prestar un servicio de calidad. La labor de los voluntarios debe ser cada día más profesionalizada y especializada en la atención en crisis. La mayor parte de la actividad de la asociación descansa en el personal voluntario que coordina los talleres y otros grupos que no requieren la intervención de un profesional. Se trata de cursos de preparación para la escucha y para poder desarrollar la labor como orientadores, como coordinadores de grupos y, en general, una formación permanente sobre diferentes temáticas y necesidades que se van detectando. Con respecto a la conducta suicida, es una preocupación constante conseguir un nivel de formación que sea de calidad y acorde a las necesidades que este tipo de intervención requiere. En una reciente encuesta realizada al voluntariado de ASITES, que forma parte de esta investigación, se observó que cerca de un 40% de los voluntarios no se considera suficientemente formado en temática de conducta suicida.

5.8.4 Llamadas recibidas en las sedes del Teléfono de la Esperanza

En la Figura 27 se aprecia la evolución de las llamadas desde 2014 a 2017.

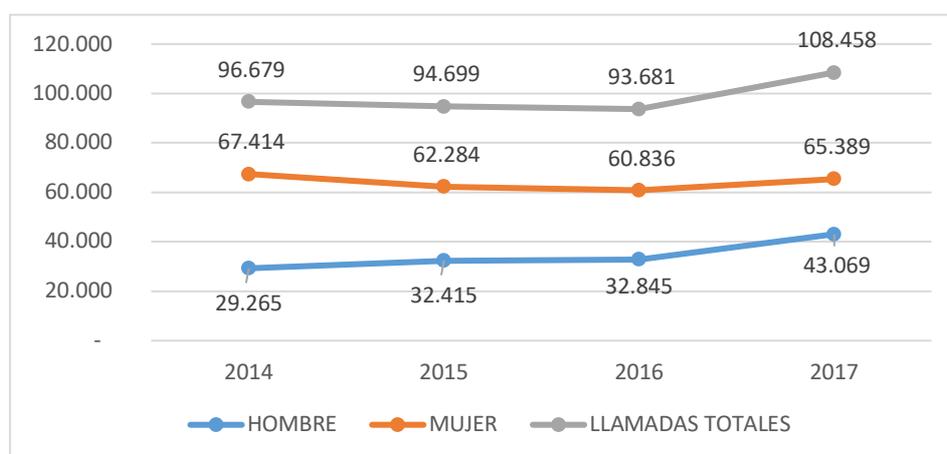


Figura 27. Evolución del número de llamadas al Teléfono de la Esperanza según el sexo
Fuente: LLAMATEL/ASITES

En la Figura 28 se muestra una tabla con datos de la asociación sobre la evolución de llamadas por todos los conceptos desde el año 2004. El número de llamadas de cada sede da una idea de su peso en el total de llamadas.

EVOLUCIÓN LLAMADAS TELEFÓNICAS ASITES														
(Fuente Llamatel)														
CENTRO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Albacete	1.202	1.100	1.588	1.905	2.554	2.396	2.108	2.800	2.854	2.465	2.084	1.989	1.542	1.865
Alicante	1.434	1.424	2.122	3.861	4.611	4.728	5.283	5.621	5.516	5.074	5.363	4.191	4.088	4.159
Almería	1.243	1.254	1.321	1.428	1.520	1.125	1.135	1.214	1.098	793	1.304	1.272	1.272	1.205
Aragón	8.770	5.418	9.275	8.196	7.164	7.510	5.717	4.692	5.436	5.516	4.397	3.993	3.009	5.753
Asturias	3.308	3.239	4.289	3.908	4.049	4.416	4.287	6.204	6.136	6.908	6.422	7.209	7.070	7.265
Badajoz	2.128	3.632	4.606	6.960	8.280	9.814	9.840	11.424	13.281	8.846	4.560	4.689	3.975	4.058
Baleares	1.238	1.500	1.808	1.978	1.901	1.670	1.665	1.684	1.421	1.207	1.304	1.449	1.318	1.312
Bilbao										1	80	105	805	1636
Cáceres			132	1.419	2.402	2.598	2.268	1.591	1.663	2.145	1.794	1.787	1.864	2.057
Canarias	1.915	1.754	1.950	2.406	2.109	2.206	2.089	2.301	1.741	2.084	3.491	3.619	4.337	4.767
Cantabria											33	167	247	493
Castellón	401	753	754	885	646	380	400	854	1.110	776	553	621	442	565
Córdoba										132	1.895	2.274	1.810	1.865
Galicia		32	1.605	1.929	2.113	1.448	1.411	1.436	764	495	769	705	881	1877
Granada	1.570	2.085	2.638	3.036	3.634	3.424	3.684	3.763	4.339	4.064	3.563	3.847	4.736	6.030
Huelva	5	1.958	1.948	2.740	3.320	3.083	3.286	2.586	2.353	2.271	2.144	2.124	1.961	2.240
Jaén							57	1.650	2.892	2.775	2.109	2.397	2.539	2.237
La Rioja	147	724	688	944	1.616	2.003	1.687	1.871	1.886	2.123	2.245	2.731	4.199	4.770
León				165	1.716	2.137	1.358	1.428	1.149	1.205	1.156	1.446	1.494	5.250
Madrid	6.313	4.517	7.177	7.448	7.647	9.617	12.088	12.963	12.835	8.270	9.471	8.795	8.737	8.919
Málaga	1.906	1.660	3.354	4.098	3.868	4.169	4.895	5.471	5.849	6.737	6.917	6.160	5.954	6.516
Murcia	6.185	6.949	7.492	8.351	9.242	8.335	7.982	8.868	8.198	7.797	7.981	6.823	6.830	7.541
Navarra	2.283	2.575	2.039	2.315	2.690	2.588	2.672	3.139	3.253	3.970	3.880	3.944	5.398	7.529
Palencia										3	542	665	241	34
Salamanca	300	396	522	1.668	1.323	1.259	871	1.266	1.329	1.954	1.823	2.423	1.565	1.802
Sevilla	5.442	6.060	4.908	5.604	4.525	4.142	4.150	3.341	3.428	3.678	3.306	3.692	3.441	3.706
Toledo			18	121	185	186	193	514	699	1.224	1.637	1.400	1.286	1.604
Valencia	6.677	6.858	6.268	6.350	6.164	5.637	5.806	6.231	6.774	8.932	11.194	9.558	8.263	7.137
Valladolid	3.399	3.252	4.044	4.164	3.756	3.178	3.441	3.895	3.960	4.103	4.376	4.461	4.034	3.758
Zamora										5	151	356	335	508
TOTAL	55.866	57.140	70.546	81.879	87.035	88.049	88.373	96.807	99.964	95.383	96.679	94.699	93.681	108.458

Figura 28. Evolución de llamadas por todos los conceptos al Teléfono de la Esperanza Fuente LLAMATEL/ASITES

La proporción media de los datos mostrados en la Figura 27 es el 65% de mujeres y el 35% de hombres, con una ratio de 2:1,1. En el último año, el total de llamadas ha experimentado un aumento del 16% (31% en hombres y 7% en mujeres).

Los datos de las sedes de ASITES muestran en la Figura 28 el peso de cada una de ellas. Navarra tiene un peso alto, comparable a otras sedes que tienen una población mucho mayor.

5.8.5 Prevalencia de llamadas con ideación suicida

La prevalencia de las llamadas IS al TE en 2018 (enero-junio) fue del 2,4%. En la Figura 21 se ha mostrado gráficamente la evolución en los últimos años, en la cual se aprecia un importante repunte a partir de 2015 para volver, incluso, a superar los niveles de años anteriores.

Además de las llamadas IS, se recibe en el TE un importante número de llamadas que hacen referencia a crisis personales que pueden derivar en una ideación suicida posterior (Tabla 36). Estos datos dan una idea de la importancia que el TE tiene en la prevención de la conducta suicida.

Otras tablas que siguen a continuación muestran datos que se han elaborado con la finalidad de determinar, en cierta forma, el grado de utilización de los recursos del TE por parte de las personas en momentos de crisis.

Tabla 36. Evolución de llamadas de crisis al Teléfono de la Esperanza

Tipo de llamadas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ideas suicidas	987	1.235	1.320	1.257	1.374	1.170	1.237	1.597
Crisis suicidas	331	373	315	274	326	275	248	328
Suicidio en curso	72	119	50	62	45	37	32	49
Total llamadas IS	1.390	1.727	1.685	1.593	1.745	1.482	1.517	1.974
Crisis vital	2.719	3.475	3.549	3.271	3.534	3.491	3.672	4.906
Crisis depresiva	8.836	9.474	10.042	9.059	8.450	7.728	7.559	9.639
Trastorno mental	3.370	2.905	2.392	2.645	2.490	2.558	1.439	3.920
Total crisis	14.925	15.854	15.983	14.975	14.474	13.777	12.670	18.465

Fuente: LLAMATEL/ASITES

La representación gráfica (Figura 29) de los datos de la tabla anterior permite visualizar la evolución de las llamadas IS y de las llamadas con crisis personales en las que todavía no se detecta una ideación suicida.

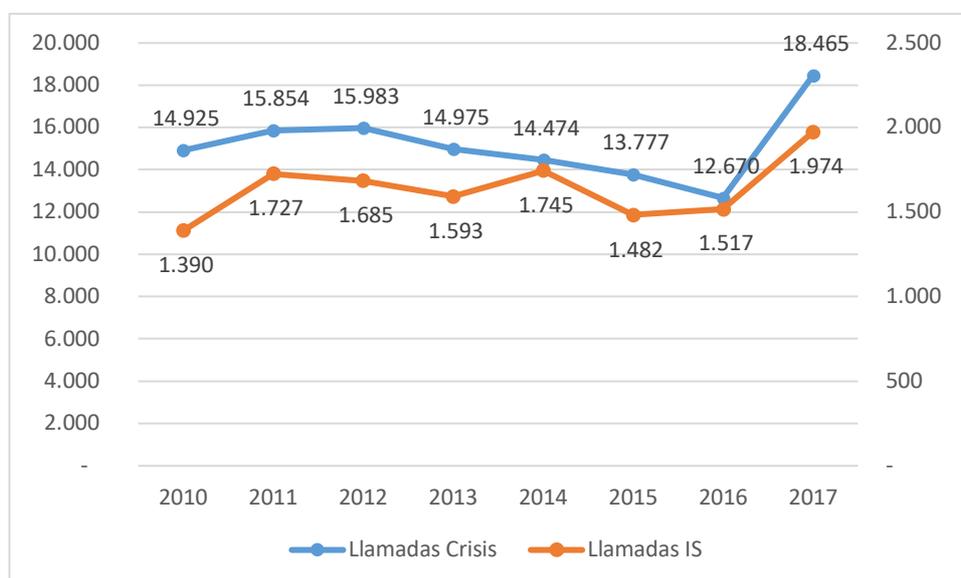


Figura 29. Evolución de las llamadas al Teléfono de las Esperanza con temática de crisis

Se desea tener, si bien no forma parte de los objetivos de este estudio, una idea del impacto que el TE tiene en la comunidad, si bien los datos que se manejan son limitados al número de llamadas. Al igual que una organización empresarial puede valorar el número de clientes, el TE puede valorar el número de llamadas recibidas. En la Tabla 37 se puede apreciar el impacto que el TE en Navarra tiene en esta comunidad en comparación con la media nacional, teniendo en cuenta únicamente el factor poblacional.

Tabla 37. Impacto del Teléfono de la Esperanza en Navarra y en el ámbito nacional (2017)

Concepto	ES Hab.	TE ☎	%	NA Hab.	TE ☎	%
Población/llamadas*	38.320.940	280.054	0,3	529.893	19.236	3,6
Prevalencia IS	4,4%	1,9%		4,4%	2,7%	
Población IS	1.686.077	5.277	0,1	28.330	527	1,9
Orientadores		1.000			70	
Llamadas/ Orientador		108			275	

ES = España; NA = Navarra; ☎ = Llamadas; * = Población mayor de edad
Fuente: elaboración propia con datos del INE; LLAMATEL/ASITES.

Con referencia a la población mayor de edad en España (censo 2017), las llamadas recibidas en el TE a nivel nacional representan el 0,3%. En Navarra este porcentaje es del 3,6%. Lo mismo ocurre con las llamadas IS, que a nivel nacional representan el 0,1 de las llamadas que se podrían esperar en función de la prevalencia informada en la bibliografía (Gabilondo, 2007). En Navarra, este porcentaje es del 1,9%.

La Tabla 38 muestra datos sobre la ideación suicida con referencia a la población general y a la población usuaria del TE. Tomando estas dos poblaciones como referencia, se deduce que los llamantes al TE representan un 0,3% de la población mayor de 18 años. La tasa de ideación suicida en España es del 4,4%, lo que supone una población aproximada de 2 millones de personas. En el TE se reciben 1.974 llamadas IS al año de las 5.800 que cabría esperar si se tiene en cuenta, lo que representa un 34%.

Tabla 38. Datos y referencias sobre la ideación suicida en España (2017)

Población	Miles	% Prevalencias IS	Referencias	Miles	
Población >= 18 años	38.321	España	4,40%	IS estimada España	1,7
Llamadas al TE 2017*	108	TE	1,82%**	Llamadas esperadas al TE	5,8
Porcentaje	0,3%			Llamadas reales al TE	1,9

*Casi la totalidad de llamadas son de personas mayores de 18 años.

** 1.974/ 108.458 (llamadas IS/ Total llamadas)

Fuentes: INE (Instituto Nacional de Estadística), LLAMATEL (ASITES, 2018b), estudios sobre ideación suicida en España (Gabilondo et al., 2007)

En la Figura 30 se muestran algunas sedes de ASITES que, en el periodo enero-junio de 2018, tienen porcentajes de llamadas IS por encima del promedio (2,4%). Con el fin de establecer una relación entre las llamadas IS atendidas en dichas sedes y la problemática del suicidio en cada provincia, se ha incluido en el mismo gráfico la tasa media de suicidio de los tres últimos años (2015-2017). Aunque se incluyen en el mismo gráfico, son medidas diferentes, una en porcentaje y la otra por 100.000.

A modo de ejemplo, Asturias y Córdoba son provincias con tasas de suicidio del 10,4 y del 10,6, por encima de la media nacional que es del 8 por 100.000. En la sede de

Córdoba se da una prevalencia de llamadas IS del 9,3%, mientras que en la sede de Oviedo es del 2,6%.

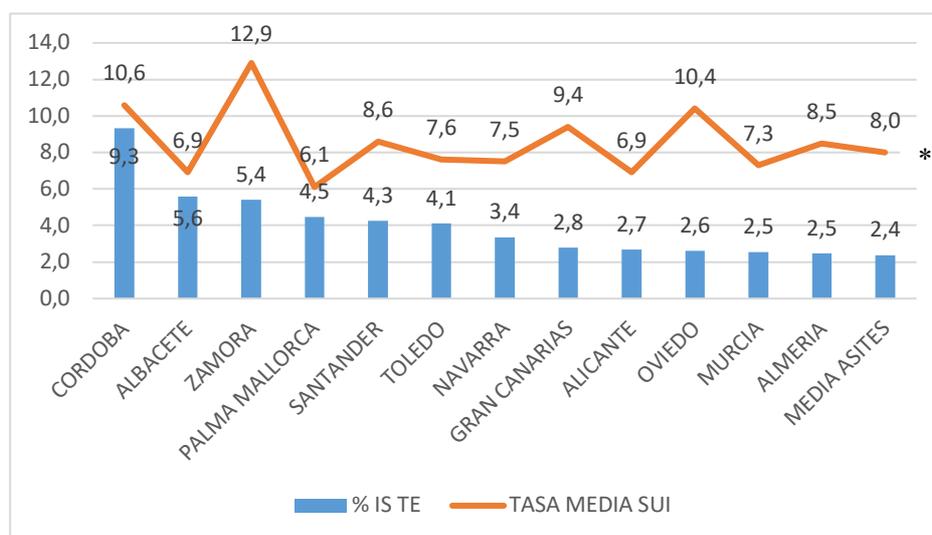


Figura 30. Porcentaje de llamadas IS al TE en 2018 (enero-junio) y tasa media de suicidio
 *La tasa del 8,0 corresponde a la tasa media nacional de suicidios (2015-2017)
 Fuente: LLAMATEL/ASITES e INE (Instituto Nacional de Estadística)

5.8.6 Problemas más comunes manifestados por los usuarios

Los datos generales de la población usuaria del TE recogen como problemas más comunes los psicológicos y los psiquiátricos (75,4%), así como los relacionales y/o familiares (20,7%). En la Figura 31 se muestran los problemas que más se han manifestado en el año 2017: la soledad, la depresión, la falta de sentido y los problemas familiares y de relación.

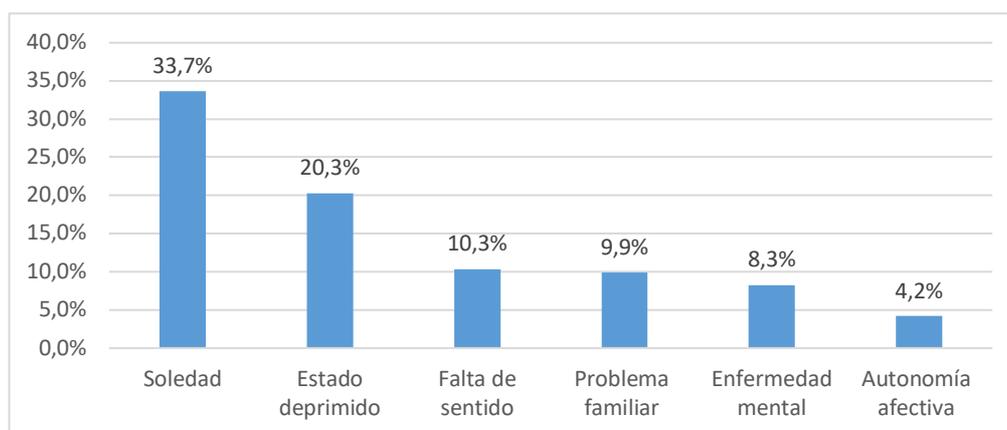


Figura 31. Problemática mostrada en las llamadas al Teléfono de la Esperanza (2017)
 Fuente: LLAMATEL (ASITES, 2018b)

Son pocas las *helplines* que tienen establecido un protocolo o procedimiento de actuación sistematizado ante este tipo de llamadas. Los protocolos se describen de forma escrita y no se conoce ninguna organización de este tipo que cuente con un software específico.

6 LA HERRAMIENTA ATENSIS

6.1 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

ATENSIS es una herramienta informática diseñada, bajo la plataforma File Maker, como base de datos para ser utilizada en los entornos Windows y Mackintosh mediante una solución *runtime* que permite su ejecución sin necesidad de tener File Maker instalado, lo cual supone no tener que incurrir en costes económicos adicionales. La idea de ATENSIS surge como una iniciativa del autor de esta tesis, que nace de la observación del trabajo diario de los voluntarios que prestan su ayuda como consejeros a través del teléfono en el Teléfono de la Esperanza cuando reciben una llamada con temática suicida.

Esta observación se realizó en la sede del TE en Pamplona, Navarra, durante el periodo 2013-2014, abordando la formación al personal voluntario con un programa que trataba contenidos como la conceptualización y magnitud del suicidio, el reconocimiento y la evaluación de los factores de riesgo, el fenómeno suicida y su asociación con la enfermedad, las poblaciones de riesgo, la prevención y la intervención. Esta formación se viene impartiendo periódicamente como complemento a una sólida formación de base en materia humanista, teniendo en cuenta que debe ir en consonancia con la misión de la organización, reunir los estándares de calidad y capacitación del personal recomendados (Lifeline Research Foundation, 2013) y que debe tener un impacto positivo en los llamantes, especialmente en lo que supone una mejora de la angustia emocional y de la capacidad para afrontar las dificultades.

Cubierta esta necesidad de formación, la hipótesis de que el personal estaría en disposición de atender con eficacia las llamadas IS no se pudo confirmar: los voluntarios que atendían el teléfono (orientadores) seguían manifestando tener inseguridad, dudas sobre la eficacia de su intervención y experimentar bloqueos. En este punto surgió la idea de ATENSIS, una herramienta informática que, teniendo en cuenta que el uso del

ordenador es habitual para registrar cada llamada que se recibe en el TE, pudiera realizar la evaluación del riesgo de suicidio. La hipótesis planteada fue que, si bien la formación es fundamental, la evaluación del riesgo también lo es (Center for Mental Health Services, 2015; Joiner, Kalafat, et al., 2007a; Witte et al., 2010) y que la estandarización de un sistema de evaluación aportaría una mejora en los niveles de calidad y profesionalización de la intervención. Como referencia, la National Suicide Prevention Lifeline planteó en 2005 un sistema estandarizado de evaluación en soporte de papel que, tras un largo proceso de implantación, sigue en vigor en sus centros de atención (Joiner, Kalafat, et al., 2007a).

6.2 OBJETIVOS

La primera cuestión que se plantea a la hora de diseñar la herramienta es si el uso de la misma durante la llamada puede ayudar en la intervención o por el contrario sería un elemento de distracción y una limitación para atender al usuario con la empatía y respeto que caracterizan la intervención del orientador (Mishara et al., 2007). Esta premisa ha estado presente en todo su desarrollo y en la elaboración de las guías de ayuda para su uso, realizando formación complementaria y un periodo de entrenamiento y conocimiento detallado de las distintas funciones y utilidades de la herramienta. Los objetivos que se pretende conseguir con la herramienta son:

6.2.1 Ofrecer soporte para la evaluación del riesgo de suicidio

ATENSIS presenta un diseño visualmente sencillo, intuitivo e integrado en un proceso cuyas fases están sincronizadas y dirigidas hacia un resultado, con formato de cuestionario en el que no es necesario emplear la escritura, sino marcar en casillas de verificación y con visualizaciones gráficas que ayudan a la interpretación de los resultados.

6.2.2 Mantener al orientador formado

La conducta suicida es un fenómeno complejo que exige mantener actualizados y presentes los conceptos y la técnica de intervención. El acceso a una guía que ofrece pautas de intervención puede aportar una mayor seguridad al orientador.

6.2.3 Profesionalizar los métodos de trabajo de las *helplines*

En especial el trabajo del Teléfono de la Esperanza y su impacto en la comunidad, destacando la importancia de su participación en los planes de prevención del suicidio. El papel positivo de las *helplines* ha sido destacado en varias investigaciones que también han echado en falta sistemas de evaluación del riesgo de suicidio en sus procedimientos de intervención. Un sistema como ATENSIS que, además de indicar el nivel de riesgo, sugiere pautas de actuación adecuadas y proporcionadas al nivel de riesgo, representa una gran ayuda en la intervención en crisis.

6.3 CARACTERÍSTICAS GENERALES

6.3.1 Base de datos

El proceso de evaluación diseñado requiere de la recogida de los datos que se consideran relevantes y pertinentes para poder establecer un resultado que indique el nivel de riesgo. El registro de estos datos y su posterior estudio puede aportar valor en la investigación y en la prevención de la conducta suicida.

6.3.2 Anonimato

En un principio, la herramienta se diseñó pensando en las necesidades y características de las *helplines*, siendo una de ellas el anonimato del usuario. Por lo tanto, la base de datos tiene en cuenta esta característica en todo el proceso, salvo en el caso de tener que activar los equipos de emergencia. En todo caso, incluyendo las excepciones

indicadas y una vez activados los equipos de emergencia, cualquier dato que pueda identificar al usuario queda borrado de la base de datos.

6.3.3 Conectividad con equipos de ayuda y de emergencia

El orientador encuentra en la herramienta diversas utilidades para comunicarse a través del correo o SMS con profesionales y con los equipos de emergencia dispuestos para ayudar en caso necesario.

6.4 FUNCIONAMIENTO Y UTILIDADES

La principal función de ATENSIS es el proceso de evaluación del riesgo de suicidio y el procedimiento de intervención en aquellos casos en los que detecte un riesgo inminente. Desde una primera pantalla en la que se registran datos de tipo sociodemográfico, se van analizando, a través de distintas fases, los elementos que forman parte del proceso. Cuando se trata de un riesgo de suicidio inminente, la actuación se centra en activar los equipos de emergencia. El proceso de evaluación culmina con el resultado del nivel de riesgo y el orientador puede formarse un criterio propio. En este momento, la herramienta ofrece distintas pautas de actuación de acuerdo con el nivel de riesgo. Entre ellas está la posibilidad de elaborar un plan de autoprotección que puede ponerse a disposición del usuario a través de distintas vías, así como pactar un seguimiento mediante llamadas pautadas. A lo largo de cada una de las fases del proceso se puede acceder a notas que en unos casos son aclaratorias y en otros sugieren la forma de preguntar, además de disponer de una guía de intervención.

6.5 PROCESO DE EVALUACIÓN: INTEGRADO Y SISTEMATIZADO

La figura Figura 32 muestra el flujo del proceso de evaluación integrado de ATENSIS que sigue los principios que figuran en la Tabla 15.

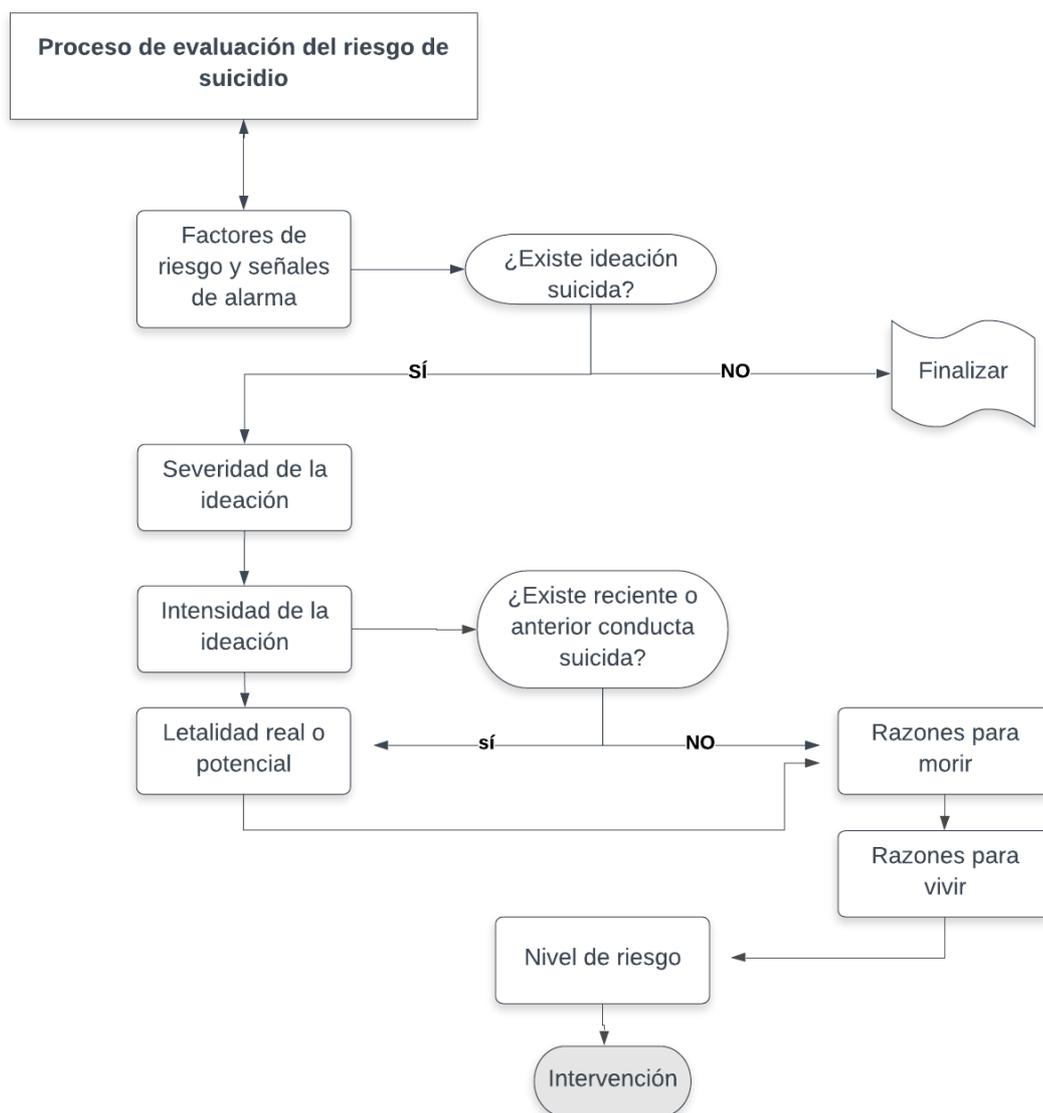


Figura 32. Flujo del proceso de evaluación integrado en ATENSIS

Como puede apreciarse en la Figura 33, se trata de medir la distancia que existe entre el individuo y su posible suicidio; esta medición se realiza teniendo en cuenta los siguientes elementos: las señales de alarma, los factores de riesgo y la suicidalidad, es decir, estando presentes factores de riesgo, los síntomas manifestados o las señales observables de que la persona puede estar pensando en su suicidio. Es la fase de evaluación que algunos autores han definido previa a la fase de formulación (Berman y Silverman, 2013).



Figura 33. Distancia figurada entre el individuo y su suicidio
Fuente: elaboración propia.

El reto que se plantea en ATENSIS es el de poder hacer una evaluación integrada, sistematizada y práctica, ofreciendo al orientador los soportes y elementos necesarios para que pueda estar familiarizado con la herramienta y lo más cómodo posible durante la llamada.

Teniendo en cuenta que los orientadores a quienes va dirigida la herramienta no son profesionales de la salud y que su labor no es la de diagnosticar, las señales de alarma y los factores de riesgo se han dispuesto visualmente clasificados en grupos que cuentan con amplio consenso en la literatura, utilizando una terminología entendible y familiar. Estos grupos, que se describen a continuación son: la enfermedad mental, la enfermedad física, la crisis vital, el aislamiento social y la exposición al sufrimiento (capacidad adquirida).

6.5.1 Factores de riesgo y señales de alarma

Cuando un usuario de la *helpline* expone el motivo de su malestar o petición de ayuda, comparte con el orientador una problemática que puede hacer referencia a múltiples factores. Es el momento de la conexión, cuando el orientador muestra su capacidad empática y motiva la verbalización del problema. Este momento se recoge en la herramienta en una pantalla en la que se marcan las casillas correspondientes a los

síntomas manifestados por el llamante (Figura 34) registrando, de esta manera, los factores o problemas presentes. En esta primera fase del proceso en la que el llamante cuenta su problemática, las señales de alarma y los factores de riesgo son fácilmente identificables para su registro. La evaluación del riesgo de suicidio viene determinada por la existencia o no de ideación suicida.

© Copyright Atensis - All rights reserved. E-mail: pedrov@cop.es

Figura 34. Factores de riesgo y señales de alarma. Detección de la ideación suicida
Fuente: ATENSIS (Villanueva, 2014).

De los factores de riesgo que se recogen en ATENSIS existe abundante evidencia empírica y forman parte de diversas escalas y cuestionarios desarrollados para detectar el riesgo de suicidio (Tabla 39).

Tabla 39. Señales de alarma y factores de riesgo recogidos en ATENSIS
Principales cuestionarios (anexos) que recogen estos factores y señales de alarma.

Agrupación de señales y factores de riesgo / cuestionarios que incluyen el factor de riesgo	Ver en el apartado
Enfermedad Mental Escala de estimación del riesgo de suicidio; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS; Suicide Risk Screening Tool; Guía Práctica Clínica SNS	2.3.1
Síntomas de depresión/Trastorno bipolar Escala de evaluación del suicidio SUAS; SAD PERSONS; Is Path Warm;	2.3.1.1/2.3.1.2
Escala de riesgo suicida de Plutchik; TARS; Suicide Risk Screening Tool;	2
Esquizofrenia. Psicosis (mandatos para autolesionarse)	2.3.1.3

Agrupación de señales y factores de riesgo / cuestionarios que incluyen el factor de riesgo	Ver en el apartado
Escala de estimación del riesgo de suicidio; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS	
Trastornos de la conducta alimentaria	2.3.1.6
Trastornos de personalidad	2.3.1.7
Ansiedad severa, con agitación	2.3.1.5
Escala de evaluación del suicidio SUAS; Is Path Warm; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS	
Consumo de drogas y abuso/dependencia del alcohol	2.3.1.4
SAD PERSONS; Is Path Warm; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS; Suicide Risk Screening Tool; Guía Práctica Clínica SNS	
Conducta impulsiva (rabia, cólera, agresividad, venganza)	2.3.2.2
Escala de evaluación del suicidio SUAS; Is Path Warm; Escala de riesgo suicida de Plutchik; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS	
Antecedentes familiares de enfermedad mental	2.3.10
Escala de estimación del riesgo de suicidio; Suicide Risk Screening Tool;	
Enfermedad Física	2.3.8
Escala de evaluación del suicidio SUAS; Suicide Risk Screening Tool;	
Enfermedad crónica con dolor	2.3.8
Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS; Guía Práctica Clínica SNS	
Enfermedad degenerativa o infecciosa (Cáncer, VIH, hepatitis, Alzheimer...) o alta dependencia	2.3.8
Otras (lesiones medulares y/o cerebrovasculares, etc.)	2.3.8
Crisis vital	
Pérdidas: muerte reciente, separación, salud, empleo, vivienda, patrimonio, encarcelación...	2.3.11/2.3.12 /2.3.13
Escala de estimación del riesgo de suicidio; Escala de riesgo suicida de Plutchik; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS; Suicide Risk Screening Tool; Guía Práctica Clínica SNS	/2.4.1
Impotencia, desesperanza	2.3.2.3
Escala de desesperanza de Beck; Escala de evaluación del suicidio SUAS; SAD PERSONS; Is Path Warm; Escala de riesgo suicida de Plutchik; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS; Suicide Risk Screening Tool; Guía Práctica Clínica SNS	
Sentimientos de fracaso, abandono, culpa, incompreensión, rechazo de la familia/de los demás, baja autoestima	2.3.2.5/2.3.1 7/2.3.16
Escala de estimación del riesgo de suicidio; Escala de evaluación del suicidio SUAS; Escala de riesgo suicida de Plutchik; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS	
Sensación de sentirse atrapado, sin salida	1.4.1.10
Escala de evaluación del suicidio SUAS; Is Path Warm; Escala de riesgo suicida de Plutchik;	
Creencias de que todo el mundo estaría mejor sin él	1.4.1.9
Falta de sentido de la vida	1.4.1.4
Escala de evaluación del suicidio SUAS; Is Path Warm;	
Antecedentes familiares de suicidio	2.3.9
Escala de riesgo suicida de Plutchik; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS; Guía Práctica Clínica SNS	
Aislamiento social	2.3.19
Escala de evaluación del suicidio SUAS; SAD PERSONS; Is Path Warm; Is Path Warm; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS; Suicide Risk Screening Tool;	
Sentimientos de soledad, aislamiento	1.4.1.9

Agrupación de señales y factores de riesgo / cuestionarios que incluyen el factor de riesgo	Ver en el apartado
Is Path Warm; Escala de riesgo suicida de Plutchik;	
Absoluta desconexión de los demás	1.4.1.9
Is Path Warm;	
Abandono personal, evitación pasiva	1.4.1.9
Escala de evaluación del suicidio SUAS; Suicide Risk Screening Tool;	
Exposición al sufrimiento (capacidad adquirida para suicidarse)	1.4.1.9
Marginación extrema, inyección de drogas, etc.	1.4.1.9
Historial de abuso físico, sexual, emocional, negligencia	1.4.1.9/2.3.1
Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS	5
Intento anterior de suicidio	1.4.1.9/2.3.3
Escala de Ideación suicida SSI; SAD PERSONS; Escala de riesgo suicida de Plutchik; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS; Suicide Risk Screening Tool; Guía Práctica Clínica SNS	
Varios intentos anteriores de suicidio y su correspondiente letalidad	1.4.1.9/2.3.3
Escala de Ideación suicida SSI; SAD PERSONS; Herramienta para la evaluación del riesgo de suicidio TARS; Guía Práctica Clínica SNS	
Autolesiones sin intención de morir	1.4.1.9

Fuente: elaboración propia

En la mayoría de los casos la ideación suicida se verbaliza de manera suficientemente clara para el orientador. En aquellos casos en los que no se verbaliza la ideación, ATENSIS, basándose en la Teoría Interpersonal del Suicidio, genera un aviso y sugiere preguntar cuando concurren varios elementos: sensación agravada de ser una carga y aislamiento o desconexión general. La no existencia de ideación suicida suspende el proceso de evaluación automáticamente.

6.5.2 Evaluación de la suicidalidad

La segunda fase del proceso evalúa la suicidalidad desde el momento en que se detecta ideación suicida. La Columbia-Suicide Severity Rate Scale (C-SSRS) es la escala más completa y precisa que se ha encontrado para evaluar la suicidalidad. Existen otras escalas que también lo hacen, algunas de forma exclusiva y otras formando parte de un contenido más amplio. La Tabla 40 muestra un resumen de las más destacadas. ATENSIS incluye la C-SSRS que, como se ha indicado anteriormente, es ampliamente utilizada a nivel internacional y está validada en España. La inclusión de la escala se ha adaptado a

las características de la herramienta y del proceso de evaluación y cuenta con el permiso de los autores.

Tabla 40. Escalas que evalúan la suicidalidad

Cuestionarios que incluyen el factor de riesgo	Referencia
Escala de Ideación Suicida (SSI)	Anexo 2
Escala de Ideación Suicida (SSI)	Anexo 3
Escala de Evaluación del suicidio	Anexo 5
<i>Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0)</i>	Anexo 10
Ítems del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)	Anexo 11
<i>The Tool for Assessment of Suicide Risk: TARS</i>	Anexo 12
<i>Suicide Risk Screening Tool</i>	Anexo 13
Guía de Práctica Clínica del Servicio Nacional de Salud	Anexo 14
<i>The Risk Assessment Suicidality (RASS)</i>	Anexo 15

Fuente: elaboración propia

Como puede apreciarse en la escala original en castellano (Anexo 10), la C-SSRS consta de varias subescalas que se puntúan independientemente y cuya valoración final permite formarse un criterio del riesgo de suicidio. Estas subescalas son: las ideas de suicidio, la intensidad de las ideas, las razones para no hacerlo (factores disuasorios), las razones para morir, la conducta suicida y la letalidad de los intentos anteriores. La exploración de la conducta suicida tiene en cuenta los intentos de suicidio, reales e interrumpidos, así como las conductas preparatorias y la conducta no suicida (sin intención de morir). Las razones disuasorias han sido tratadas como razones para vivir y han sido definidas como razones para no cometer suicidio a pesar de la ideación suicida (Linehan et al., 1983). La adaptación que se incluye en ATENSIS tiene las características que se describen a continuación.

6.5.2.1 Ideación suicida.

La adaptación en ATENSIS respeta toda la estructura y el sistema de puntuación de la C-SSRS (de 1 a 5, de menor a mayor severidad). Las preguntas se adaptan hacia un estilo menos formal de acuerdo con las características de los orientadores (Figura 35). Por ejemplo, la pregunta de la escala “¿ha tenido realmente pensamientos de matarse?” se sustituye en ATENSIS por “¿has pensado alguna vez en quitarte la vida?”

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

IDEAS DE SUICIDIO		Durante la vida del/de la participante: la época en que se sintió más suicida		Últimos meses	
Plantee las preguntas 1 y 2. Si ambas son negativas, pase a la sección "Conducta suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "Sí", plantee las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a las preguntas 1 y/o 2 es "Sí", conteste la sección "Intensidad de las ideas" más abajo.					
1. Deseo de estar muerto/a El/la participante manifiesta pensamientos sobre el deseo de estar muerto/a o de no seguir viviendo, o le gustaría quedarse dormido/a y no volver a despertar. <i>¿Ha deseado estar muerto/a o poder dormirse y no volverse a despertar?</i> Si la respuesta es Sí, describir:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Pensamientos activos de suicidio no específicos Pensamientos generales no específicos de querer acabar con la propia vida, cometer suicidio (por ej., "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre la forma de matarse/métodos asociados, intención o plan durante el período de evaluación. <i>¿Ha tenido realmente pensamientos de matarse?</i> Si la respuesta es Sí, describir:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Ideas activas de suicidio con cualquier método (sin plan) sin intención de actuar El/la participante manifiesta pensamientos de suicidio y ha pensado como mínimo en un método durante el período de evaluación. Se trata de algo distinto a un plan específico con hora, lugar o detalles del método (por ej., pensar en un método de matarse pero no en un plan específico). Se incluye a la persona que diría, "He pensado en tomar una sobredosis de pastillas pero nunca he hecho ningún plan específico sobre cuándo, dónde o cómo lo haría realmente... y nunca lo llevaría a cabo". <i>¿Ha estado pensando en cómo podría hacerlo?</i> Si la respuesta es Sí, describir:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Ideas activas de suicidio con alguna intención de actuar, sin plan específico Pensamientos suicidas activos de matarse y el/la participante indica que ha tenido alguna intención de actuar según estos pensamientos, lo que es distinto a "Tengo los pensamientos, pero decididamente no haré nada de ello". <i>¿Ha tenido estos pensamientos y ha tenido alguna intención de cumplirlos?</i> Si la respuesta es Sí, describir:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Ideas activas de suicidio con intención y plan específico Pensamientos de matarse con detalles del plan total o parcialmente elaborado y el/la participante ha tenido alguna intención de llevarlo a cabo <i>¿Ha empezado a preparar o ha preparado los detalles de cómo matarse? ¿Tiene intención de llevar a cabo este plan?</i> Si la respuesta es Sí, describir:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

? Preguntar sobre la **ideación suicida**: Las siguientes cinco preguntas van de **menor a mayor severidad**. Valorar solo **una de las cinco** preguntas siguientes, para periodo actual (último mes) y anteriormente.

			Reciente/Antes
I F I B H D L R A	1	Deseos de estar muerto/a.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2	Ideas ACTIVAS de suicidio, VAGAS, SIN ninguna especificación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3	Ideas ACTIVAS de suicidio, MÁS CONCRETAS en cuanto al método, SIN intención de actuar, SIN plan específico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4	Ideas ACTIVAS de suicidio, CON INTENCIÓN de actuar, SIN plan específico	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	5	Ideas ACTIVAS de suicidio, CON INTENCIÓN de actuar y CON PLAN específico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

< **INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN** >

© Copyright Atenais - All rights reserved. E-mail: pedrov@cop.es

Figura 35. Ideación suicida en la subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS

6.5.2.2 La intensidad de la ideación

Se mide la intensidad a través de distintos parámetros como la frecuencia, la duración y la capacidad de controlar la ideación. ATENSIS respeta la estructura y la escala de puntuación tipo Lickert, aunque adapta los títulos a las características de los agentes de ayuda.

En ATENSIS, las razones para no hacerlo y las razones para las ideas se exploran en un momento diferente al planteado en la escala original (Figura 36).

INTENSIDAD DE LAS IDEAS			
<i>Los siguientes conceptos deberán puntuarse respecto a los tipos de ideas más graves (es decir, desde 1 hasta 5, siendo 1 el menos grave y 5 el más grave). Pregúntele sobre la época que se sintió más suicida.</i>			
Durante la vida del/de la paciente -Idea más grave:			
	Nº de tipo (1-5)	Descripción de las ideas	Más graves
Últimos X meses - Idea más grave:			
	Nº de tipo (1-5)	Descripción de las ideas	Más graves
Frecuencia			
<i>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</i>			
(1) Menos de una vez a la semana	(2) Una vez a la semana	(3) 2-5 veces a la semana	(4) Diariamente o casi diariamente
			(5) Muchas veces al día
Duración			
<i>¿Cuándo tiene estos pensamientos, ¿cuánto duran?</i>			
(1) Momentáneamente - pocos segundos o minutos		(4) 4-8 horas/la mayor parte del día	
(2) Menos de 1 hora/algún rato		(5) Más de 8 horas/persistentes o continuos	
(3) 1-4 horas/mucho tiempo			
Capacidad de controlarlos			
<i>¿Pudo o puede dejar de pensar en matarse o querer morir si se lo propone?</i>			
(1) Puede controlar estos pensamientos fácilmente		(4) Puede controlar estos pensamientos con mucha dificultad	
(2) Puede controlar estos pensamientos con poca dificultad		(5) Incapaz de controlar estos pensamientos	
(3) Puede controlar estos pensamientos con alguna dificultad		(0) No intenta controlar estos pensamientos	
Elementos disuasorios			
<i>¿Existe alguna cosa - alguien o algo (por ej., familia, religión, dolor de la muerte) - que le haya impedido querer morir o cumplir los pensamientos de suicidarse?</i>			
(1) Los elementos disuasorios le han impedido decididamente intentar suicidarse		(4) Los elementos disuasorios muy probablemente no le han impedido hacerlo	
(2) Los elementos disuasorios probablemente le han impedido hacerlo		(5) Los elementos disuasorios decididamente no le han impedido hacerlo	
(3) No está seguro/a de que los elementos disuasorios le hayan impedido hacerlo		(0) No procede	
Razones para las ideas:			
<i>¿Qué tipo de razones ha tenido para pensar en querer morir o matarse? ¿Ha sido para dejar de sentir dolor o dejar de sentirse como se sentía (en otras palabras, no podía seguir viviendo con ese dolor o sintiéndose así), o ha sido para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás? ¿O ambas cosas?</i>			
(1) Totalmente para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás		(4) Principalmente para dejar de sentir dolor (no podía seguir viviendo con ese dolor o sintiéndose así)	
(2) Principalmente para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás		(5) Totalmente para dejar de sentir dolor (no podía seguir viviendo con ese dolor o sintiéndose así)	
(3) Tanto para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás, como para dejar de sentir dolor		(0) No procede	

F
I
B
H
D
L
R
A

La intensidad de la ideación suicida nos informa sobre la severidad de la misma. (Adaptado del C-SSRS)

1	FRECUENCIA	"¿En el último mes, con qué frecuencia has tenido estos pensamientos?"	Solo alguna vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	DURACIÓN	"¿Cuándo tienes esos pensamientos, cuánto tiempo duran?"	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	CONTROL	"¿Si te lo propones, puedes dejar de pensar en ellos?"	Incapaz de controlarlos	Con mucha dificultad	Con alguna dificultad	Con poca dificultad	Fácilmente
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 36. Intensidad de la ideación en la subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS

6.5.2.3 Conducta suicida

La adaptación de la conducta suicida en la herramienta recoge con la misma precisión los elementos de la subescala original e incorpora un ítem adicional para detectar la posible influencia del efecto contagio, uno de los elementos que influyen en el intento de suicidio de las personas con IS. La Figura 37 muestra el contenido de la escala del C-SSRS y de ATENSIS.

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

SUICIDAL BEHAVIOR (Marque todas las opciones que se apliquen, siempre que sean episodios diferenciados; deberá preguntarse sobre todos los tipos).	Durante la vida del /de la participante	Últimos ___ Años
<p>Tentativa real: Una acción potencialmente dañina cometida al menos con cierto deseo de morir <i>como resultado de la misma</i>. Esta conducta se pensó en parte como método para matarse. La intención no tiene que ser del 100%. Si hay <i>alguna</i> intención/deseo de morir asociado a la acción, entonces puede considerarse como un intento real de suicidio. <i>No tiene que haber lesión o daño</i>, simplemente el potencial de lesionarse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con la pistola en la boca pero el arma está estropeada y por ello no se lesiona, esto se considera un intento.</p> <p>Intención deducida: aunque una persona niegue la intención/deseo de morir, puede deducirse clínicamente a partir de su conducta o circunstancias. Por ejemplo, una acción extremadamente mortal que claramente no es un accidente de modo que no puede tratarse de otra cosa que no sea un suicidio (por ej., un disparo en la cabeza, saltar por una ventana de un piso alto). Asimismo, si alguien niega la intención de morir pero pensaba que lo que había hecho podía ser mortal, puede deducirse la intención.</p> <p>¿Ha cometido alguna tentativa de suicidio? ¿Ha hecho algo para dañarse? ¿Ha hecho algo peligroso en que podría haber muerto? ¿Qué ha hecho? ¿Ha _____ como manera de acabar con su vida? ¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando _____? ¿Intentaba acabar con su vida cuando _____? ¿O pensaba que era posible morir de _____?</p> <p>¿O lo hizo simplemente por otras razones/sin NINGUNA intención de matarse (como para liberar tensión, sentirse mejor, obtener comprensión o para que pasara algo distinto)? (Conducta dañina sin intención de suicidarse) Si la respuesta es Sí, describir:</p> <p>¿El/la participante ha entrado en la categoría de Conducta dañina no suicida?</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N.º total de tentativas _____</p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N.º total de tentativas _____</p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Tentativa interrumpida: Cuando la persona se ve interrumpida (por una circunstancia externa) al iniciar la acción potencialmente dañina (y de no ser por ello se habría producido realmente la tentativa).</p> <p>Sobredosis: la persona tiene pastillas en la mano pero la detienen antes de tomarlas. Una vez que se las toma, se convierte en una tentativa y no en una tentativa interrumpida. Disparo: la persona se está apuntando con una pistola, pero alguien se la quita o de algún modo se le impide apretar el gatillo. Una vez que lo ha apretado, incluso si falla, se trata de una tentativa. Saltar: la persona está lista para saltar, la agarran y la apartan del borde. Colgarse: la persona tiene la soga alrededor del cuello pero todavía no se ha colgado - le impiden hacerlo.</p> <p>¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para acabar con su vida pero alguien o algo le ha detenido antes de que pudiera hacerlo realmente? Si la respuesta es Sí, describir:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N.º total de tentativas interrumpidas _____</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N.º total de tentativas interrumpidas _____</p>
<p>Tentativa abortada: Cuando la persona empieza a dar pasos para intentar suicidarse, pero se detiene antes de adoptar realmente una conducta autodestructiva. Los ejemplos son similares a los de la tentativa interrumpida, salvo que es la propia persona la que se detiene por sí misma, en lugar de ser algo lo que la detiene.</p> <p>¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para intentar acabar con su vida pero se detuvo antes de que pudiera hacerlo realmente? Si la respuesta es Sí, describir:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N.º total de tentativas abortadas _____</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N.º total de tentativas abortadas _____</p>
<p>Comportamiento o acciones preparatorias: Acciones o preparación para una tentativa de suicidio de forma inminente. Ello puede incluir cualquier cosa más allá de una verbalización o pensamiento, como reunir las cosas necesarias para usar un método específico (por ej., comprar pastillas o una pistola) o prepararse para la propia muerte por suicidio (por ej., desprenderse de cosas, escribir una nota de suicidio).</p> <p>¿Ha dado algún paso de cara a una tentativa de suicidio o para prepararse para quitarse la vida (como reunir pastillas, conseguir una pistola, donar objetos de valor o escribir una nota de suicidio)? Si la respuesta es Sí, describir:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Conducta suicida: ¿Se observa conducta suicida durante el período de evaluación?</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Explorar la conducta suicida

I
F
I
B
H
D
L
R
A

Intentos suicidio **Nº veces** (?)

Si está presente la ideación suicida, preguntar si ha realizado recientemente o en el pasado algún intento de suicidio, aunque haya sido interrumpido. (?)

Reciente (3 meses) SÍ NO

Anteriormente SÍ NO

Conductas preparatorias

Preguntar si existe o ha existido recientemente algún tipo de conducta preparatoria. (?)

SÍ NO

Preguntar si alguien del entorno próximo o conocido se ha suicidado recientemente (?)

SÍ NO

Autolesiones, sin intención de morir

Preguntar si ha existido recientemente o en el pasado conducta de autolesiones, sin intención de morir. (?)

SÍ NO

Figura 37. Conducta suicida en la subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS

Aunque no constituye propiamente una conducta suicida, las autolesiones sin intención de morir se recogen en esta fase de la exploración, por ser el espacio más adecuado para preguntar.

6.5.2.4 Letalidad

El análisis de la letalidad proporciona información sobre los intentos de suicidio anteriores. La adaptación de ATENSIS respeta los elementos principales de la subescala original (Figura 38).

Responder Solo para Tentativas Reales	Tentativa más reciente Fecha:	Tentativa más letal Fecha:	Tentativa inicial/primera Fecha:
Letalidad real/lesiones médicas: 0. Ninguna lesión física o lesiones físicas muy pequeñas (por ej., rasguños superficiales). 1. Lesiones físicas menores (por ej., habla letárgica, quemaduras de primer grado, hemorragia leve, esguinces). 2. Lesiones físicas moderadas; se requiere atención médica (por ej., consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, hemorragia de vasos importantes). 3. Lesiones físicas moderadamente graves; hospitalización y probablemente necesidad de cuidados intensivos (por ej., comatoso/a con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, hemorragia extensiva pero puede recuperarse, fracturas importantes). 4. Lesiones físicas graves; hospitalización con necesidad de cuidados intensivos (por ej., comatoso/a sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, hemorragia extensiva con constantes vitales inestables, importantes lesiones de alguna zona vital). 5. Muerte	Introducir código	Introducir código	Introducir código
Letalidad potencial: responder solo si la letalidad real=0 Letalidad probable de una tentativa real si no hay lesiones médicas (en los siguientes ejemplos, aunque no se produzcan lesiones médicas reales, potencialmente pueden ser mortales: ponerse una pistola en la boca y apretar el gatillo pero el arma no dispara por lo que no hay lesión médica; tumbarse en las vías cuando viene el tren pero alguien le aparta antes de que le arrolle). 0 = Conducta con poca probabilidad de lesiones 1 = Conducta con probabilidad de lesiones pero sin probabilidad de muerte 2 = Conducta con probabilidad de muerte a pesar de disponer de asistencia médica	Introducir código	Introducir código	Introducir código

C-SSRS Baseline Screening - Spain/Spanish -Version of 19 Mar 13 - MAPI Institute.
 I07213 / C-SSRS-BaselineScreening_AU5.0_spa-US.doc

I
F
I
B
H
D
L
R
A

Letalidad real/lesiones médicas:

0. Ninguna lesión física o lesiones físicas muy pequeñas (por ej., rasguños superficiales).

1. Lesiones físicas **menores** (por ej., habla letárgica, quemaduras de primer grado, hemorragia leve, esguinces).

2. Lesiones físicas **moderadas**; se requiere atención médica (por ej., consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, hemorragia de vasos importantes).

3. Lesiones físicas **moderadamente graves**; hospitalización y probablemente necesidad de cuidados intensivos (por ej., comatoso/a con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, fracturas importantes).

4. Lesiones físicas **graves**; hospitalización con necesidad de cuidados intensivos (por ej., comatoso/a sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, importantes lesiones de alguna zona vital).

Intentos suicidio

Reciente -1 -2

Lesiones reales: 0 1 1

Potencial lesiones:

Solo si las lesiones reales=0

Figura 38. Letalidad de los intentos. Subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS

6.5.2.5 Razones para morir y razones disuasorias

La C-SSRS explora las razones para morir y los elementos disuasorios antes de centrarse en la conducta suicida (Figura 36). En ATENSIS se hace después de explorar la conducta suicida, siguiendo una línea lógica en la conversación, primero con las razones para querer morir y luego con las razones para no hacerlo. Los ítems y la forma de puntuar se han modificado para adaptarse a la herramienta que tiene, como característica importante, la formulación de las preguntas, no a modo de cuestionario, sino de una manera conversada. Respetando las puntuaciones que la escala original asigna a cada ítem, ATENSIS recoge las principales razones para querer morir que se han recogido en la bibliografía (Scoliers et al., 2008). El dolor y la petición de ayuda son los principales factores encontrados en las razones que alimentan los pensamientos de suicidio. La C-SSRS asigna puntuaciones de mayor severidad cuando las razones obedecen a padecer un

dolor intenso e insoportable y menor severidad cuando se trata de otras razones. En la misma línea, la adaptación que se ha hecho en ATENSIS (Figura 39) asigna puntuaciones que van de 1 a 5 siguiendo los mismos criterios que la subescala original.

Razones para las ideas: <i>¿Qué tipo de razones ha tenido para pensar en querer morir o matarse? ¿Ha sido para dejar de sentir dolor o dejar de sentirse como se sentía (en otras palabras, no podía seguir viviendo con ese dolor o sintiéndose así), o ha sido para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás? ¿O ambas cosas?</i>		—	—
(1) Totalmente para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás	(4) Principalmente para dejar de sentir dolor (no podía seguir viviendo con ese dolor o sintiéndose así)		
(2) Principalmente para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás	(5) Totalmente para dejar de sentir dolor (no podía seguir viviendo con ese dolor o sintiéndose así)		
(3) Tanto para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás, como para dejar de sentir dolor	(0) No procede		

I
F
I
B
H
D
L
R
A

*¿Quieres hablarme de la razón... o las razones que tienes para querer morir?
¿Qué es lo que conseguirías quitándote la vida?*

No soporto más seguir viviendo

No soporto más este dolor

Ya no aguanto más

Quiero obtener alivio a mi sufrimiento

No merezco seguir viviendo

Quiero castigar/cargar la culpa a alguien

Quiero saber si realmente le importo a alguien

Quiero conseguir algo de atención

Para que las cosas cambien

Para conseguir un objetivo concreto

Otro

Figura 39. Razones morir en la subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS

Un estudio realizado por Bagge (2013) sobre sobre las razones para vivir, establece una mayor concreción con la siguiente clasificación: familia, relaciones con los demás, creencias y actitud ante el suicidio (afrontamiento de los problemas), expectativas ante el futuro y evaluación de uno mismo. La concreción que se realiza en ATENSIS, además de la propuesta por la C-SSRS, se acerca a esta clasificación cuando contempla aspectos como la familia (a), no sentirse capaz (e), creencias religiosas (c), tener cosas que hacer (d) y otras personas (b).

Los ítems de la escala original se adaptan a un formato más abierto y de fácil lectura para el orientador quien, una vez explorada la existencia o no de razones en una escala de 1 a 5 (inversa), pide, de forma abierta, una mayor concreción para identificar las razones y poder intervenir.

Elementos disuasorios ¿Existe alguna cosa - alguien o algo (por ej. familia, religión, dolor de la muerte) - que le haya impedido querer morir o cumplir los pensamientos de suicidarse?			
(1) Los elementos disuasorios le han impedido decididamente intentar suicidarse	(2) Los elementos disuasorios probablemente le han impedido hacerlo	(3) No está seguro/a de que los elementos disuasorios le hayan impedido hacerlo	(4) Los elementos disuasorios muy probablemente no le han impedido hacerlo
(5) Los elementos disuasorios decididamente no le han impedido hacerlo	(0) No procede		

I F I B H D L R A	¿Existe alguna cosa - alguien o algo (por ej. familia, religión, miedo al dolor, miedo a no conseguir el objetivo, etc.) - por la que creas que vale la pena conservar la vida?	¿Puedes concretar un poco más...?	Si lo haces, ¿quién crees que va a echarte de menos?
	<input checked="" type="checkbox"/> No existe ninguna razón <input type="checkbox"/> No veo ninguna razón <input type="checkbox"/> No estoy seguro. Quizás haya alguna razón <input type="checkbox"/> Lo más probable es que no lo haga <input type="checkbox"/> Lo pienso pero no lo voy a hacer	<input type="checkbox"/> No tengo valor <input checked="" type="checkbox"/> No quiero hacer sufrir a mi familia <input type="checkbox"/> Mis creencias religiosas <input type="checkbox"/> Tengo cosas por acabar <input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/> Nadie <input checked="" type="checkbox"/> Mis hijos <input checked="" type="checkbox"/> Mis padres <input type="checkbox"/> Mi pareja <input type="checkbox"/> Mi familia <input type="checkbox"/> Otras personas

Figura 40. Razones disuasorias en la subescala C-SSRS y adaptación en ATENSIS

6.5.3 Evaluación del riesgo de suicidio. Nivel de riesgo

6.5.3.1 Nivel de riesgo en la C-SSRS. Puntuación

La C-SSRS no tiene una puntuación global, sino que cada subescala se puntúa por separado. En los Anexo 18 y Anexo 19 se incorporan los escritos y documentos enviados por los autores sobre la puntuación de la escala y las guías y procedimientos utilizados para el triaje en diferentes ámbitos. Las puntuaciones propuestas son las siguientes: para la gravedad de la ideación (de 1 a 5), para la intensidad de la ideación (de 2 a 25), para la presencia o ausencia de intentos de suicidio recientes o anteriores, para las conductas preparatorias, para la conducta no suicida (sí/no), para la letalidad de los intentos (de 0 a 5) y para la letalidad potencial de los intentos (de 0 a 2). Los triajes que se utilizan en diferentes ámbitos clínicos que utilizan el C-SSRS contemplan los siguientes criterios:

- Riesgo alto: puntuaciones de 4 o 5 en ideación suicida durante el último mes o algún tipo de conducta suicida (intento de suicidio o conducta preparatoria) durante los últimos 3 meses. Los autores facilitan el criterio utilizado por The Electronic Health Record, EHR en EE.UU. que ofrece servicios de evaluación del riesgo de suicidio; <https://www.healthit.gov> y por el Reading Hospital el Medical Center.
- Riesgo alto: puntuaciones de 4 o 5 en ideación suicida durante el último mes o algún tipo de conducta suicida (intento de suicidio o conducta preparatoria) durante el último

año. Criterio utilizado por el *New York State Office of Mental Health* (<https://www.omh.ny.gov>).

- Los niveles de riesgo (Tabla 41) manejados por la instalación militar Fort Carson (<https://carson.armymwr.com>) son muy similares, utilizando los siguientes criterios de intervención: actuar con urgencia cuando la ideación tiene puntuaciones de 4 o 5 y cuando se dan conductas suicidas en la última semana; atención de profesionales cuando la ideación tiene una puntuación de 3 o cuando ha habido conducta suicida durante los 3 últimos meses; no requieren intervenciones extraordinarias cuando la puntuación de la ideación es 1 o 2 y las conductas suicidas sucedieron hace más de 3 meses.

A modo de ejemplo, en la Tabla 41 se hace referencia a la clasificación del nivel de riesgo utilizando la C-SSRS

Tabla 41. Niveles de riesgo aplicando la C-SSRS en Fort Carson

Nivel de riesgo	Ideación reciente	Ideación pasada	Conducta reciente	Conducta pasada
Muy bajo	0	0	No	No
Bajo	1-2	1-3	No	No
Moderado	3	4-5	No	Sí
Alto	4-5	4-5	No	Sí
Muy alto	4-5	4-5	Sí	Sí

Fuente: Posner et al. (2013)

6.5.3.2 Nivel de riesgo en ATENSIS

La Figura 41 muestra información gráfica de los distintos elementos que se integran en la herramienta para evaluar y formar un criterio sobre el nivel de riesgo: los factores y señales de alarma, la teoría Integrativa Motivacional-Volitiva, la Teoría Interpersonal del Suicidio, la suicidalidad, la letalidad de los intentos anteriores y el nivel de riesgo final. Esta valoración final, que se obtiene en función de los datos que se han ido registrando con la objetividad que permite el sistema, no sustituye nunca al criterio personal del orientador que debe, en última instancia, evaluar el nivel de riesgo de suicidio.

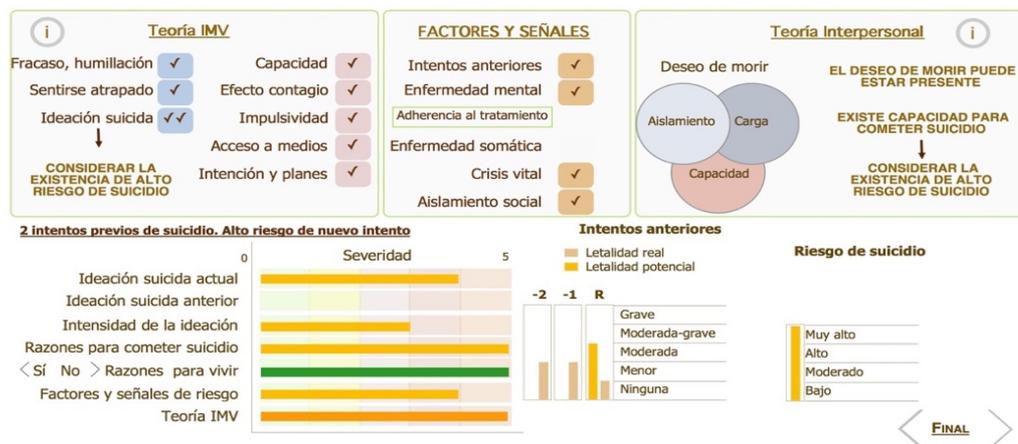


Figura 41. Nivel de riesgo en ATENSIS

6.5.3.2.1 Gráfica de barras sobre la suicidalidad

La Figura 42 muestra varios de los elementos que, junto a los de la conducta suicida, forman parte de la suicidalidad.

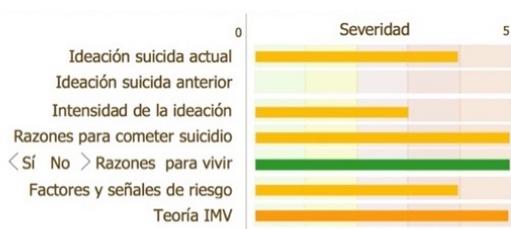


Figura 42. Gráfica de suicidalidad

Los elementos que se utilizan para medir la suicidalidad son los siguientes:

- Ideación suicida actual (último mes) e ideación suicida anterior: puntúa de 1 a 5 según la severidad de la ideación. Si bien la ideación anterior no forma parte del cálculo final, ofrece información adicional sobre la persistencia de la ideación.
- Intensidad de la ideación: a diferencia de la C-SSRS que contempla 5 elementos con puntuación global de 2 a 25, ATENSIS identifica por un lado los 3 parámetros de frecuencia, duración y control, que puntúan de 1 a 5 cada uno, haciendo la media de los tres y por otro lado las razones para morir y las razones disuasorias. Esta diferenciación se hace por motivos prácticos ya que, en la C-

SSRS, al no haber una puntuación global de las subescalas, la intensidad de la ideación ofrece información adicional mientras que en ATENSIS hacerlo por separado ofrece información más detallada y son elementos que intervienen en el cálculo para el nivel de riesgo.

- c) Razones para morir y razones disuasorias: la información gráfica ofrecida ayuda a interpretar el riesgo de forma más precisa. A modo de ejemplo, tener la gráfica en el polo del “sí” de las razones disuasorias atenúa el nivel de riesgo, mientras que en el polo opuesto indica que no existen o no se ven razones disuasorias ante el suicidio.

6.5.3.2.2 Gráfica con información sobre los factores de riesgo y señales de alarma

La Figura 43 muestra los factores de riesgo agrupados siguiendo los criterios de ATENSIS.



Figura 43. Grupos de factores de riesgo que contienen algunos de los factores específicos

En esta gráfica se visualiza el conjunto de grupos de factores de riesgo, destacando los intentos de suicidio y la adherencia al tratamiento médico en el caso de existir enfermedad mental. El contenido de la gráfica forma parte del cálculo para el nivel de riesgo. A modo de ejemplo, si la enfermedad mental está marcada es porque uno o varios factores del grupo, como la depresión, están marcados. Junto a la enfermedad mental, informa también sobre el tratamiento y la adherencia al mismo.

6.5.3.2.3 Gráfica con información sobre los elementos de la Teoría Integral Motivacional-Volitiva IMV

En la Figura 44 se resumen los elementos de la teoría Integrativa Motivacional-Volitiva presentes en cada caso.



Figura 44. Elementos de la teoría Integral Motivacional-Volitiva (IMV)

En la parte izquierda de la gráfica se representan los elementos que forman parte de la fase motivacional en la que surge la ideación y la intención de suicidarse: sentimientos de derrota y de sentirse atrapado con bajo apoyo social. Cuando se cumple la teoría, se genera la señal “✓✓” indicando que existe IS. Si la teoría no se cumple en el caso, la marca “✓” indica que existe ideación suicida (es obvio que cuando la evaluación alcanza este punto es porque existe IS) pero no se han identificado los factores que forman parte de la teoría.

En la zona derecha de la gráfica se representan los elementos moderadores de la fase volitiva en la que se da la conducta suicida. Se marca “✓” cuando están presentes los siguientes moderadores: capacidad adquirida para suicidarse, posibilidad del efecto contagio por suicidio de alguien del entorno cercano, impulsividad, acceso a medios para suicidarse e intención y planes de suicidio. La gráfica y su contenido ofrecen información adicional y no forman parte del cálculo para el nivel de riesgo.

Existe amplia evidencia empírica que apoya la incorporación de la IMV en el proceso de evaluación con estudios sobre las comparaciones sociales negativas y su mediación, sobre los elementos de la IMV (Wetherall, Robb y O'Connor, 2018), la

correlación entre sentirse atrapado y elementos de la TIPS (Forkmann y Teismann, 2017), la relación entre sentirse atrapado y la conducta suicida (O'Connor y Portzky, 2018) y las diferencias entre las personas con ideación suicida y aquellas que intentan suicidarse (Dhingra, Boduszek y O'Connor, 2015).

6.5.3.2.4 Gráfica con información sobre los elementos de la Teoría Interpersonal del Suicidio

En la Figura 45 se representan los elementos que forman parte de la Teoría Interpersonal del Suicidio: presencia de la ideación o deseo de morir cuando concurren los factores de sentimiento agravado de carga y aislamiento o desconexión social.



Figura 45. Elementos de la Teoría Interpersonal del Suicidio (TIPS)

Si, además de estos factores, existe capacidad para suicidarse, el riesgo de suicidio es alto. Los elementos de la gráfica se visualizan únicamente cuando están presentes en el caso. El contenido de la gráfica forma parte del cálculo para el nivel de riesgo. La capacidad se calcula teniendo en cuenta las recomendaciones de los autores (Joiner, Van Orden, Witte y Rudd, 2009a). Se adquiere la capacidad para suicidarse cuando: a) existen varios intentos de suicidio anteriores o, b) cuando se dan dos de los siguientes casos: un solo intento de suicidio, varios intentos de suicidio interrumpidos, consumo de drogas inyectadas, autolesiones sin intención de morir, frecuente exposición o participación en violencia física, abuso sexual o negligencia.

La TIPS se ha integrado en el proceso de evaluación del riesgo de ATENSIS por la asociación que tienen los elementos de la teoría con los estados psicológicos. Existe evidencia empírica de que los altos niveles de desajuste emocional están asociados a la ideación suicida (Anestis, Bagge, Tull y Joiner, 2011), a la capacidad adquirida (Bender, Anestis, Anestis, Gordon y Joiner, 2012) y, de manera específica, a las autolesiones como expresión de la conducta no suicida (Andover y Morris, 2014).

6.5.3.2.5 Gráfica sobre la letalidad de los intentos de suicidio

La Figura 46 hace referencia a los tres intentos más recientes y la gravedad de las lesiones. También informa sobre la letalidad potencial cuando no ha habido lesiones. La letalidad de los intentos anteriores, tanto real como potencial, está relacionada con el medio utilizado para suicidarse que, en algunos casos, es más rotundo que en otros. A modo de ejemplo, bajo el supuesto de que se trata de un intento de suicidio (existe intención de morir), lanzarse al vacío desde una quinta planta es una elección más rotunda que la ingesta de pastillas.



Figura 46. Letalidad de los intentos anteriores

6.5.3.2.6 Nivel de riesgo de suicidio.

La Figura 47 muestra los niveles de riesgo que se obtienen en ATENSIS: bajo, moderado, alto y muy alto, de acuerdo con la formulación interna de la herramienta.



Figura 47. Niveles de riesgo obtenidos en ATENSIS

Los niveles de riesgo más empleados en los sistemas de evaluación del riesgo de suicidio (Tabla 42) suelen utilizar una escala que va de 3 a 5 niveles. ATENSIS emplea una formulación para evaluar el nivel de riesgo que tiene en cuenta los siguientes parámetros: a) el triaje recomendado por la C-SSRS para la ideación suicida, b) los elementos de la escala C-SSRS que hacen referencia a la intensidad, las razones para morir y las razones disuasorias, c) la conducta suicida reciente y anterior a los tres meses, d) el número de factores de riesgo y e) los elementos de la Teoría Interpersonal del Suicidio. Si se prescinde del nivel muy bajo o no significativo de la clasificación en cinco niveles, lo más habitual es clasificar en cuatro, destacando, por arriba, el nivel muy alto o extremo. Este nivel, considera el autor de esta tesis, marca la línea roja a la hora de intervenir.

Tabla 42. Clasificaciones utilizadas en el nivel de riesgo

3 niveles	4 niveles		5 niveles	
Bajo	Sin riesgo	No significativo	Sin riesgo	Muy bajo
Moderado	Leve	Leve	Bajo	Bajo
Alto	Moderado	Moderado	Medio	Moderado
	Alto	Severo	Medio alto	Alto
		Extremo	Alto	Muy alto

3 niveles: Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient (Carlton et al., 2014); Established standards for the assessment of suicide risk among callers to the national suicide prevention lifeline (Joiner, Kalafat, et al., 2007a); Suicide risk management: A manual for health professionals (Chehil y Kutcher, 2012); Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage SAFE-T (SAMHSA, 2009).

4 niveles: Standard Suicide Risk Assessment Form (Nock, 2014).

5 niveles: CAMS Suicide Status Form-SSF (Jobes, 2012); Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid UAM (Torre, 2013); The Continuum of Risk for Suicide (British Columbia, 2007); Clinical Triage Guidelines Using the C-SSRS (Anexo 19).

6.6 PROPUESTA DE UNA POLÍTICA DE ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO

ATENSIS toma como referencia la actuación de la National Suicide Prevention Lifeline, una de las *helplines* más importantes a nivel mundial que desde 2011 tiene establecido un protocolo de actuación ante los riesgos inminentes de suicidio siguiendo estos principios: 1) un compromiso activo del personal voluntario en la seguridad de la persona en riesgo, 2) un compromiso de rescate en el que los voluntarios hagan lo necesario de cara a la seguridad del llamante y conecten con los equipos de emergencia aún sin su consentimiento y 3) un compromiso de colaboración con otros servicios de la comunidad para asegurar la continuidad del cuidado de las personas en riesgo inminente de suicidio. La herramienta muestra una pantalla específica cuando el riesgo es inminente o se trata de un intento en curso (Figura 48). Tiene como función la de recoger los datos relevantes a la situación que se presenta y la comunicación, vía SMS, con el 112. El criterio con el que se ofrece esta función es intervencionista, es decir, mantiene como prioridad la seguridad de la persona en crisis haciendo uso de toda la información posible para facilitar la intervención de los equipos de emergencia.

Indagar sobre las circunstancias y ámbito inmediato.
Preguntar dónde está, si está solo, qué está haciendo, sobre su familia, qué hacen en ese momento...sobre la vivienda...si hay vecinos en la casa... etc.
 Indagar también sobre el método utilizado o que se va a utilizar en su intención de suicidio

Nº de teléfono entrante: <small>(Solo en caso de activar 112)</small>	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	Nº:	<input type="text"/>
		Esc:	<input type="text"/>
		Piso:	<input type="text"/>
		Letra:	<input type="text"/>
Método utilizado:	<input type="text"/>		
Tipo de pastillas:	<input type="text"/>		
Dosis:	<input type="text"/>	Tiempo:	<input type="text"/>
Información adicional:	<input type="text"/>		
Estrategia:	<input type="text"/>		

112

¡Atención!
 Activando este ícono se enviará un SMS al 112, con los datos que figuran en la pantalla, sin posibilidad de anularlo.

17:47:27

Cerrar el caso

CUANDO HAYA TERMINADO LA CONEXIÓN CON 112

Cuando la persona **acepta la ayuda** del equipo de emergencias, **seguir con la llamada** hasta recibir instrucciones del 112
 Cuando la persona **no acepta la ayuda**, **continuar hablando** y **ganar tiempo** para permitir la intervención del 112

Figura 48. Actuación ante un riesgo de suicidio inminente o intento en curso. ATENSIS.

Los estudios se han centrado mayoritariamente en los signos de suicidio a largo plazo, más fáciles de identificar (Chesin y Stanley, 2015). Tener una estimación del nivel

de riesgo de suicidio y poder identificar si el riesgo es inminente es una tarea esencial para las *helplines*, que tienen que decidir entre mantener el anonimato de los llamantes o procurar su seguridad (Witte et al., 2010).

El concepto de riesgo inminente se ha desarrollado en el apartado 6.5.3 y una de sus características principales es el tiempo que hay entre la situación de la persona en riesgo y su posible paso hacia el suicidio. El riesgo, según Draper et al (2015), genera una obligación y presión en el orientador para que éste actúe de inmediato en el sentido de que, de no actuar, la persona en riesgo podría suicidarse.

En la Figura 49 se muestra la fase final del proceso de evaluación en la que se sugiere una actuación de acuerdo con el riesgo: ofrecimiento de ayuda profesional, orientación a los servicios de salud (urgencias, médico de cabecera, salud mental), contacto con familiares, elaboración del plan de autoprotección y seguimiento (compromiso de llamada).

Deja constancia de tu actuación. Gracias

Riesgo de suicidio

Muy alto
Alto
Moderado
Bajo

-  Ayuda Profesional
-  Urgencias Hospital
-  A.P./ S. Salud Mental
-  Contacto familiares
-  Compromiso de llamada
-  Plan de autoprotección
-  112 Si riesgo inminente

Autoevaluación

¿Cómo valoras globalmente la orientación que has realizado?

¿Consideras que durante la llamada ha disminuido la tendencia suicida?

Plan de Autoprotección  

<

Figura 49. Propuesta de actuación y otros registros en ATENSIS

6.7 ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOPROTECCIÓN

ATENSIS adopta el término “autoprotección” para referirse al plan de seguridad acuñado por Stanley y Brown (2012) utilizado en la prevención del suicidio. Las distintas guías y apps para la prevención de la conducta suicida tienen en cuenta el plan de

seguridad (Figura 19) que ha sido señalado como una buena práctica por el Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio (www.sprc.org).



Figura 50. Tarjeta de autoprotección

ATENSIS, con el término “autoprotección”, al igual que alguna *app* como “+caminos” que utiliza el término “hoja de ruta”, pretende incorporar mensajes más propios de las personas en crisis. La herramienta genera un documento similar al de Stanley y Brown y una tarjeta de seguridad como la de la Figura 50 que puede hacer llegar al llamante a través de distintos medios.

6.8 SEGUIMIENTO

El seguimiento forma parte importante de las estrategias de intervención en cualquier plan de prevención de la conducta suicida. El programa SUPRE de la OMS, iniciado en 2012, ha puesto de manifiesto que el contacto y seguimiento de personas con intentos de suicidio han resultado eficaces para reducir las tasas de suicidio (OMS, 2015). Esta organización recomienda, dentro de las estrategias específicas dirigidas a la población vulnerable, el seguimiento de quienes contactan con los servicios de salud (WHO, 2014b). En España se han puesto en marcha varios programas de prevención en centros hospitalarios, entre los que cabe citar el Complejo Hospitalario de Navarra, el Complejo Hospitalario de Ourense, Osakidetza (Gipuzkoa), Hospital Sant Pau (Barcelona), Hospital 12 de Octubre (Madrid) o la Fundación Jiménez Díaz (Madrid). La

actuación implica la identificación e intervención directa con las personas que acuden a urgencias hospitalarias con un intento de suicidio. Además de actuar sobre las lesiones, se inicia un protocolo para el tratamiento y seguimiento de las personas que tienen uno o más intentos de suicidio, contando en todo caso con el consentimiento informado del paciente.

El anonimato de las llamadas y sus propias características impiden que algunas *helplines* como el TE puedan contar con el consentimiento del llamante para volver a contactar con él, por lo que no hay *feedback* ni seguimiento (Coveney et al., 2012). Sin embargo, en un intento de hacer más eficaz la intervención, ATENSIS contempla la fase de seguimiento cuando exista consentimiento y en los casos en que se haya pactado la llamada y sea el llamante quien inicio el contacto. En cualquier caso, el seguimiento debe estar enfocado a que el llamante esté debidamente atendido por los equipos profesionales (Figura 51).

Fecha llamada inicial	No está atendido	Médico de cabecera	SSM	Profesionales sanitarios	Profesional T.E.	Otras redes/personas de apoyo
2/1/2018						
22/1/2018	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 51. Control del seguimiento en la herramienta ATENSIS

6.9 OTRAS UTILIDADES: GUÍA DE ACTUACIÓN

Contribuir a que la formación en materia de conducta suicida sea continua y a que el orientador tenga la posibilidad de acceder en cualquier momento a una guía con pautas de actuación es uno de los objetivos de ATENSIS. Estas pautas tratan temas como el contacto inicial, los objetivos que debe reunir la escucha en una llamada con temática suicida, la actuación ante un caso en función de su nivel de riesgo (bajo, moderado, alto o inminente) y alertas de cómo no se debe actuar.

6.10 FORTALEZAS DE LA HERRAMIENTA

ATENSIS cumple los indicadores de calidad recomendados (Tabla 14): a) historia personal, b) estado de salud (física y mental) y circunstancias actuales, c) formulación de los factores de riesgo, d) elaboración de un plan para gestionar el riesgo, comunicación del plan y e) calidad de la evaluación.

Explora adecuadamente las áreas críticas para evaluar el riesgo de suicidio. En el apartado 3.5.4 se describen los enfoques de evaluación del riesgo más actualizados, de los que se toman dos referencias (Tabla 43) con las que comparar el proceso seguido en ATENSIS: las guías APA y del Departamento de Salud de Estados Unidos (Centre for Addiction and Mental Health, 2011a) y sus síntomas (Jacobs et al., 2010) y la Guía de Práctica Clínica del Servicio Nacional de Salud (Grupo de trabajo GPC, 2012).

En las conclusiones de una revisión realizada sobre instrumentos de evaluación se defiende que un buen instrumento debe: 1) diseñarse en un marco teórico sobre la conducta suicida, 2) incluir un sistema de puntuación y especificaciones sobre el nivel de riesgo y 3) obtener información sobre los factores de riesgo, la conducta suicida y sus parámetros y hacer una evaluación integral (Lamb, 2005).

Tabla 43. Referencias de los enfoques de evaluación del riesgo de suicidio

Referencia	Enfoque de evaluación del riesgo de suicidio
Guías APA y del Departamento de Salud de Estados Unidos (Jacobs et al., 2010)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identificación de los factores de riesgo 2) Identificación de los factores protectores 3) Suicidalidad (ideación, plan, conducta e intencionalidad) 4) Nivel de riesgo/Intervención 5) Documentar el nivel de riesgo, justificación, intervención y seguimiento mediante la exploración de: <ul style="list-style-type: none"> • la enfermedad psicopatológica • la historia personal • las fortalezas y vulnerabilidades • la situación psicosocial • la suicidalidad y sus síntomas
Guía de Práctica Clínica del Servicio Nacional de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1) Los factores psicológicos y también sociales y contextuales que explican la conducta suicida 2) El análisis de la conducta suicida.

Fuente: elaboración propia

La propuesta de ATENSIS para que el orientador actúe en los casos de riesgo inminente de suicidio se orienta al compromiso con la seguridad del llamante y recoge los datos relevantes para que los equipos de emergencia puedan actuar. Por lo tanto, las características y las utilidades que reúne la herramienta hacen que, además de un importante instrumento de medida, sea además un modelo de proceso en la evaluación y en la intervención del riesgo de suicidio. Por este motivo, ATENSIS ha sido elegida como herramienta para llevar a cabo el trabajo empírico de esta tesis.

6.11 PLAN DE IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO A NIVEL NACIONAL

ASITES acogió muy favorablemente la propuesta de realizar el proyecto de investigación y favoreció la puesta en marcha de la herramienta que, en un principio, se haría en fase de rodaje. Una vez aprobado el proyecto, el siguiente paso fue presentarlo a la asamblea de presidentes de la asociación. En esta reunión, que tuvo lugar el 27 de febrero de 2016, se mostró la herramienta y los pasos para su implantación (Tabla 44). Como se explicará más adelante, el planteamiento inicial se ha cumplido, aunque no en los plazos previstos. La presentación tuvo una gran acogida por parte de los presidentes, quienes apreciaron que la herramienta podría ser de gran ayuda, si bien presentaron las primeras pegas a los plazos previstos: además de interferir en la programación de las actividades, durante el verano es difícil llevar a cabo cualquier proyecto, de manera que era mejor dejarlo para comienzos del curso.

Tabla 44. Plan de implantación de ATENSIS en las sedes del Teléfono de la Esperanza

Año 2016	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
Cuestionario previo a los voluntarios del TE		X				
Instalación en las sedes del TE (gestiones 112)		X				
Formación a formadores		X				
Formación a los voluntarios		X	X			
Entrenamiento			X	X	X	
Uso de la herramienta						X

Uno de los elementos fundamentales del proyecto es la instalación de ATENSIS, una herramienta informática diseñada como base de datos. Por razones prácticas, la instalación se realizó de forma remota desde los servicios centrales de ASITES. En la Figura 52 puede verse el mapa donde se ubican las sedes y la instalación de la herramienta.

La oferta formativa ha sido diversa: 1) sesión general a formadores sobre el uso de ATENSIS, 2) sesiones formativas sobre la conducta suicida, el proceso de evaluación del riesgo y sobre el uso de ATENSIS en diversas sedes y 3) acceso a tutorial sobre su uso y acceso a un aula online con contenidos sobre la conducta suicida.

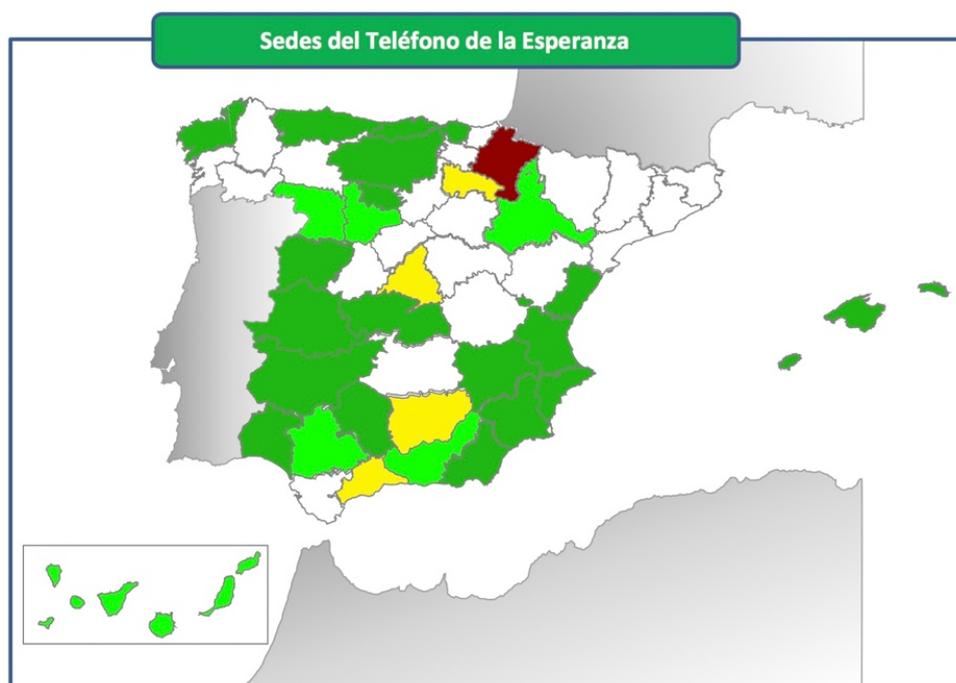


Figura 52. Sedes del Teléfono de la Esperanza y características de la instalación
Color verde claro: sin instalar; color verde oscuro: instalada, con uso poco relevante; color amarillo: instalada y con uso aceptable; color rojo: instalada y con uso regular.

En abril de 2016 se presentó la herramienta a los presidentes de cada centro y a las personas que acudieron como formadores para luego hacerse cargo de la formación a los orientadores. La reunión fue muy ilusionante porque la herramienta tuvo una gran acogida y se mostró interés por ponerla en marcha lo antes posible. El inicio ha sido muy desigual y ha estado marcado por las resistencias de los responsables ante las dificultades

encontradas, principalmente la falta de formación sobre el suicidio. Los centros de Madrid, Bilbao, Santander, La Rioja, Salamanca, Palma de Mallorca, Valencia y Pamplona solicitaron dedicar un fin de semana para formarse en este tema. La formación ha sido impartida a lo largo de 2016 y 2017 por el autor de esta tesis (<https://www.pviruregessipac.com>).

Como complemento a las sesiones formativas, todos los voluntarios tienen acceso a un tutorial (<https://sites.google.com/site/tutorialatensis>). Además, los asistentes a las sesiones de formación tienen acceso autorizado a una página web (<https://www.pviruregessipac.com>) en la que se ofrece formación sobre la temática suicida. Con una finalidad formativa, se ha adaptado la aplicación para su uso en la web y facilitar así el entrenamiento de los usuarios que acceden con clave autorizada. Aun cuando en un principio se ofrece con un fin formativo, la web segura podría ser el sistema de elección para utilizar la aplicación en firme. La dirección en Internet es https://comaes.tienda/fmi/webd/ATENSIS_SWEB.

Tras haber instalado la herramienta en las sedes, se esperaba un periodo de entrenamiento y familiarización que permitiera comenzar a usarla en firme a partir del 1 de octubre de 2016. Sin embargo, el inicio oficial del uso de la herramienta fue el 15 de enero de 2017. Durante todo este tiempo y hasta julio de 2017 apenas se contó con un *feedback* sobre el uso de ATENSIS y esta situación resultaba preocupante para el proyecto de investigación y también para que la herramienta pudiera formar parte del proceso de atención de llamadas en Teléfono de la Esperanza. El seguimiento ha sido constante desde la instalación de la herramienta y las dificultades que han surgido son de varios tipos: 1) de tipo técnico, ya que varias sedes tienen equipos obsoletos y sistemas operativos antiguos, así como teléfonos que no permiten la lectura de mensajes, 2) de tipo organizativo que dificulta la transmisión de directrices y su puesta en marcha, 3) de tipo humano, con una gran variedad de situaciones, preparación y actitudes ante los cambios y

4) de una insuficiente planificación que no ha tenido en cuenta las dificultades de un proyecto de esta envergadura, que ha necesitado más formación. De todas las maneras se ha venido insistiendo, siempre que ha sido posible, en que el entrenamiento y la familiarización con la herramienta previos a su uso eran requisitos indispensables antes de ser utilizada en firme por parte de los orientadores.

PARTE EMPÍRICA

7 INTRODUCCIÓN

En esta parte empírica se muestran los resultados de un estudio dirigido a analizar las características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida. Para ello, se ha contado con la colaboración de esta asociación, dedicada a la atención de la salud emocional de las personas que piden ayuda a través de la línea telefónica. La recogida de datos se ha realizado gracias a la colaboración de los orientadores que atienden el teléfono en Navarra, lo cual ha posibilitado el trabajo empírico de esta tesis. Este trabajo constituye un punto de partida para una investigación futura más amplia con datos de todo el territorio nacional y con la participación de una amplia mayoría de las sedes de dicha asociación.

Se inicia esta parte con la presentación de los objetivos y las hipótesis orientados a la identificación de las características de las llamadas IS y a mostrar la utilidad de la herramienta ATENSIS como un apoyo al orientador en el proceso de evaluación del riesgo de suicidio. La aplicación de dicha herramienta en este proceso sigue los indicadores de calidad e integra los elementos y criterios más recomendados en la bibliografía para la evaluación del riesgo de suicidio. Por ello, se pretende probar en esta tesis que la herramienta es útil y que puede formar parte del protocolo de actuación ante llamadas IS en una *helpline* como el Teléfono de la Esperanza. Además, ATENSIS sirve como instrumento de medida que permite obtener información para avanzar en el conocimiento sobre la conducta suicida. Para ello, en esta parte empírica se han analizado variables sociodemográficas, de factores de riesgo, de la ideación suicida, de la conducta suicida, del riesgo de suicidio y de la actuación del orientador.

Tras analizar los resultados de esta investigación y en relación con los objetivos e hipótesis planteados, se obtienen varias conclusiones de interés sobre las características

de la ideación, de la conducta suicida y de la asociación de ambas con los factores de riesgo y otras variables. Adicionalmente, se presentan otros resultados que aportan más conocimiento sobre la conducta suicida y permiten discutir la posibilidad de nuevas vías de investigación, así como sugerir propuestas de actuación.

8 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

8.1 OBJETIVOS

1. Establecer la tasa de prevalencia de llamadas con IS en la sede del Teléfono de la Esperanza de Navarra.
2. Analizar las características de las llamadas IS al Teléfono de la Esperanza.
 - 2.1. Conocer las características sociodemográficas y temporales de las llamadas IS.
 - 2.2. Establecer las características de la ideación suicida, así como los factores de riesgo asociados a la ideación y a la suicidalidad.
 - 2.3. Determinar el nivel de riesgo de suicidio, así como las características y los factores relacionados.
3. Determinar si existen diferencias de género y de edad en las llamadas IS.
4. Determinar la utilidad de la herramienta ATENSIS para los orientadores del Teléfono de la Esperanza.

8.2 HIPÓTESIS

1. La prevalencia de llamadas con temática suicida en la muestra será similar a la observada en otras líneas de ayuda telefónica (*helplines*).
2. En las llamadas IS habrá una mayor proporción de mujeres que de hombres (ratio 2:1).
3. El mayor número de llamadas IS se producirá por la tarde y por la noche, durante el fin de semana y en verano.
4. En las llamadas IS, los factores emocionales y adaptativos estarán más presentes que los factores psicopatológicos.
5. La presencia de razones para vivir estará mediada, mayoritariamente, por la presencia de factores emocionales y adaptativos.
6. El nivel de riesgo de suicidio estará mediado mayoritariamente por la presencia de factores psicopatológicos y por factores relacionados con la conducta suicida anterior.
7. No habrá diferencias de género ni de edad en las variables de suicidalidad.
8. Los factores de riesgo emocionales y de adaptación estarán más presentes en las mujeres.
9. Las personas de más edad presentarán más factores de riesgo relacionados con la salud/enfermedad.
10. La ayuda ofrecida por el orientador se corresponderá con el nivel de riesgo de suicidio evaluado con la herramienta ATENSIS.
11. La suicidalidad observada por el orientador al final de la llamada será de menor intensidad que la manifestada al inicio de la llamada.

12. El grado de formación y de seguridad en sí mismo percibido por los orientadores mejorará entre el inicio y el final de esta investigación.

8.3 RELACIÓN ENTRE LOS OBJETIVOS Y LAS HIPÓTESIS

A continuación, se presenta en la Tabla 45 la relación entre los objetivos y las hipótesis planteados en este estudio.

Tabla 45. Objetivos e hipótesis del estudio

Objetivo	1. Establecer la tasa de prevalencia de llamadas IS en la sede del Teléfono de la Esperanza de Navarra.
Hipótesis	1. La prevalencia de llamadas con temática suicida en la muestra será similar a la observada en otras líneas de ayuda telefónica (<i>helplines</i>).
Objetivo	2. Analizar las características de las llamadas IS al Teléfono de la Esperanza.
Objetivo	2.1. Conocer las características sociodemográficas, horarias y temporales de las llamadas IS.
Hipótesis	2. En las llamadas IS habrá una mayor proporción de mujeres que de hombres (2:1).
Hipótesis	3. El mayor número de llamadas IS se producirá por tarde y por la noche, durante el fin de semana y en verano.
Objetivo	2.2. Establecer las características de la ideación suicida, así como los factores de riesgo asociados a la ideación y a la suicidalidad.
Hipótesis	4. En las llamadas IS, los factores emocionales y adaptativos estarán más presentes que los factores psicopatológicos.
Hipótesis	5. La presencia de razones para vivir estará mediada, mayoritariamente, por la presencia de factores emocionales y adaptativos.
Objetivo	2.3. Determinar el nivel de riesgo de suicidio, así como las características y los factores relacionados.
Hipótesis	6. El nivel de riesgo de suicidio estará mediado mayoritariamente por la presencia de los factores psicopatológicos y por los factores relacionados con la conducta suicida anterior.
Objetivo	3. Determinar si existen diferencias de género y de edad en las llamadas IS.
Hipótesis	7. No habrá diferencias de género ni de edad en las variables de suicidalidad.
Hipótesis	8. Los factores de riesgo emocionales y de adaptación estarán más presentes en las mujeres.
Hipótesis	9. Las personas de más edad presentarán más factores de riesgo relacionados con la salud/enfermedad.
Objetivo	4. Determinar la utilidad de la herramienta ATENSIS para los orientadores del Teléfono de la Esperanza.
Hipótesis	10. La ayuda ofrecida por el orientador se corresponderá con el nivel de riesgo de suicidio evaluado con la herramienta ATENSIS.
Hipótesis	11. La suicidalidad observada por el orientador al final de la llamada será de menor intensidad que la manifestada al inicio de la llamada.
Hipótesis	12. El grado de formación y de seguridad en sí mismo percibido por los orientadores mejorará entre el inicio y el final de esta investigación.

9 METODOLOGÍA

Esta investigación ha sido aprobada por el comité ético de la Universidad Pública de Navarra (PI-005/16) y por ASITES (03/2016). En el Anexo 25 se incorporan los acuerdos que autorizan esta investigación.

9.1 MUESTRA

La Figura 53 muestra el flujo que se ha seguido para la selección de la muestra, que procede de la sede de ASITES Navarra. Sin embargo, los datos de las llamadas proceden tanto de Navarra como de otras provincias ya que, como se ha descrito en el apartado 5.8.3.1.1, existe un sistema de derivación de llamadas entre las sedes.

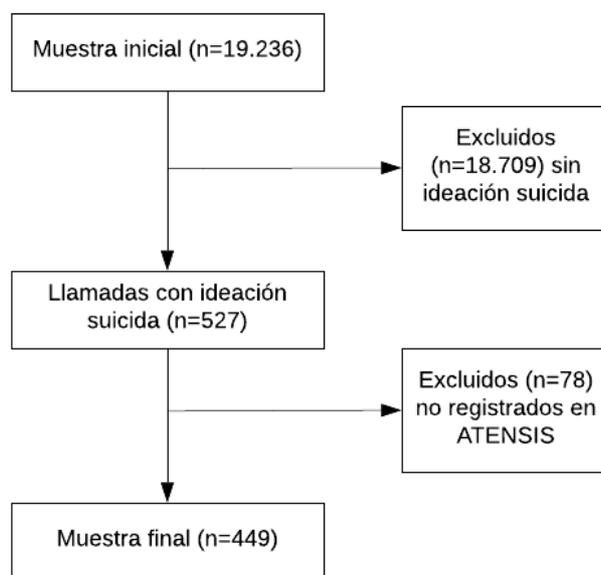


Figura 53. Flujo de inclusión de casos en el estudio.

Se ha partido de una muestra de 19.236 llamadas entrantes a la sede de ASITES Navarra que procedían, según se muestra en la Tabla 46, tanto de Navarra como de otros lugares de España, incluso del extranjero. Las llamadas procedentes de Navarra suponen una proporción media del 39,71% durante el periodo 2016-2018, mientras que las

procedentes de otros lugares son el 49,02%. Existe un 11,27% cuya procedencia se desconoce.

Tabla 46. Procedencia de las llamadas recibidas en la sede de ASITES Navarra

Procedencia de las llamadas	2016	2017	2018	Media
	%	%	%	%
Navarra	49,45	40,22	29,46	39,71
Otros lugares	41,49	50,73	54,84	49,02
Desconocido	9,06	9,05	15,7	11,27

Los casos admitidos para el estudio han sido aquellos que cumplen los siguientes criterios: a) llamar al TE pidiendo ayuda, b) presentar ideación suicida y c) estar registrados en la herramienta ATENSIS. Teniendo en cuenta estos tres criterios, se han excluido 18.709 casos por no presentar ideación suicida y 78 casos por no estar registrados en ATENSIS, lo que supone un total de 18.787 casos excluidos. Por lo tanto, la muestra de este estudio está compuesta por 449 casos.

La muestra inicial de 19.236 llamantes pidiendo ayuda se considera representativa, con un margen de error del 0,7% a un nivel de confianza del 95%, de los 280.054 usuarios que, según información interna de ASITES han llamado al TE en todo su ámbito de actuación durante el periodo enero 2016-agosto 2018. Los 449 casos admitidos a estudio son igualmente representativos, con un margen de error del 0,7% a un nivel de confianza del 95%, de los 5.276 llamantes con ideación suicida que han contactado con alguna de las sedes del TE durante el periodo indicado.

9.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y VARIABLES DE ESTUDIO

9.2.1 Instrumentos de evaluación

La Figura 54 ilustra los instrumentos utilizados en esta tesis. *LLAMATEL* es la herramienta informática que se utiliza regularmente y de forma obligatoria en el protocolo de atención que ASITES tiene establecido para todos los orientadores que colaboran con la asociación. Esta herramienta está diseñada igualmente como base de datos que permite

tener una información anónima sobre las características de las llamadas, sea cual sea la naturaleza de la problemática de estas.

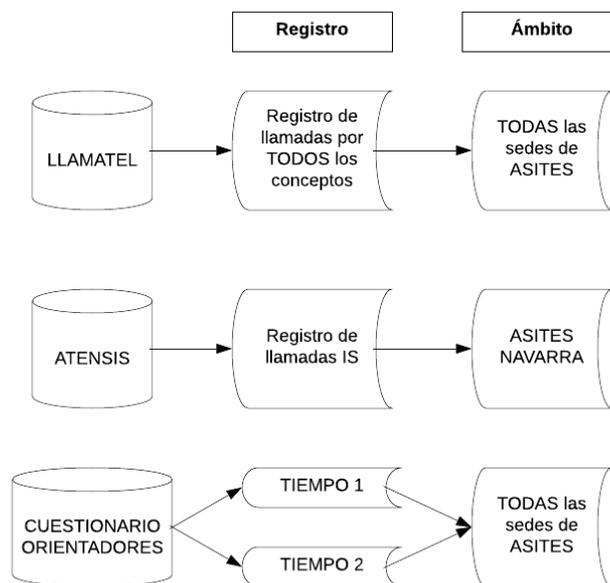


Figura 54. Instrumentos utilizados

En este estudio, se utilizarán, por un lado, los datos registrados en LLAMATEL sobre el montante de llamadas con cualquier problemática y sobre el total de llamadas IS referidos a ASITES a nivel nacional. Por otro lado, se utilizarán los datos registrados en ASITES Navarra por los mismos conceptos.

ATENSIS (Villanueva, 2014), cuya descripción se desarrolla en el apartado 6, es una herramienta informática diseñada para ser utilizada en las *helplines* como base de datos anónima, ya que no conserva ningún dato que pueda identificar al llamante, y también como un proceso sistematizado que integra múltiples factores para evaluar el riesgo de suicidio. Como se ha explicado, utiliza la escala *Columbia Severity Suicide Rate Scale* (C-SSRS) que es ampliamente utilizada a nivel internacional y está validada en España. La herramienta aporta objetividad en el proceso de evaluación y hace hincapié en la IS, así como en los factores de riesgo, facilitando al orientador una valoración final para que

pueda formarse un criterio sobre el nivel de riesgo y dar una respuesta adecuada y proporcionada al caso. De forma complementaria, la herramienta ofrece una guía de actuación sobre temática suicida que permite al voluntario estar actualizado y preparado para abordar este tipo de llamadas. El registro de las características del usuario, así como de los factores que intervienen en el proceso de evaluación, hacen que la herramienta ATENSIS pueda considerarse innovadora y de utilidad para la prevención de la conducta suicida.

Cuestionario dirigido a los orientadores del TE. Cuestionario dirigido a los orientadores del Teléfono de la Esperanza en Navarra, elaborado para este trabajo de investigación, que se aplica en dos momentos (tiempo 1 y tiempo 2). Consta de 10 ítems que recogen datos sociodemográficos y datos relativos al trabajo como voluntario en el Teléfono de la Esperanza. Estos últimos son valorados, según el grado de acuerdo con los enunciados propuestos, con una escala Likert de 0 a 4. Esta versión previa del cuestionario se aplica antes de poner en marcha el plan de formación sobre la temática suicida y sobre el uso de la herramienta ATENSIS. La versión posterior del cuestionario se aplica tras finalizar el proyecto de investigación y es similar al anterior, teniendo el mismo sistema de puntuación y añadiendo un ítem sobre el grado de utilización de la herramienta. El cuestionario recoge los siguientes ítems: localidad sede TE, edad, sexo, años de voluntariado en el TE, percepción de eficacia de la labor del TE en la prevención del suicidio, grado de convencimiento de que el propio trabajo del voluntario salva vidas diariamente, percepción de estar preparado para atender llamadas con temática suicida, sentimientos de estrés e inseguridad ante una llamada de este tipo, sentimientos de intranquilidad y/o preocupación de no haber hecho lo correcto y seguridad en la respuesta ante un intento de suicidio en curso.

9.2.2 Variables de estudio

9.2.2.1 Variables de LLAMATEL

Estas variables se utilizan de modo descriptivo para determinar el volumen de las llamadas y su tipología, así como su distribución por sedes. Además, sirven para establecer comparaciones con otras *helplines* y para conocer el volumen de llamadas que tiene la sede de ASITES en Navarra. Los datos manejados son los siguientes: llamadas con cualquier problemática y llamadas IS, tanto a nivel global de la asociación como a nivel local en Navarra.

9.2.2.2 Variables de ATENSIS

Como ya se ha indicado, ATENSIS es una base de datos estructurada para recoger información sobre determinadas variables necesarias para evaluar el riesgo de suicidio, así como para analizar en qué medida estas variables aportan información que contribuyen a una mejor comprensión y prevención de la conducta suicida. Estas variables están presentes a lo largo del proceso de evaluación y en las distintas funcionalidades de la herramienta.

Variables de la llamada: fecha, día de la semana, hora de llamada.

Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación y país de origen.

Variables de factores de riesgo: enfermedad física con dolor, enfermedad degenerativa, incapacidad física altamente dependiente, lesiones medulares o accidentes cerebrovasculares, síntomas severos de depresión, esquizofrenia, psicosis, alucinaciones sobre mandatos de autolesionarse, trastornos de la personalidad, ansiedad severa con agitación, consumo de drogas o abuso/dependencia de alcohol, conducta impulsiva, adherencia al tratamiento, pérdidas, sensación de ser una carga para los demás, impotencia o desesperanza, sentimientos de fracaso y otros como el abandono o la culpa, sensación de sentirse atrapado y sin salida, creencias de que todo el mundo estaría mejor sin él, falta

de sentido de la vida, sentimientos de soledad o de aislamiento, desconexión de los demás, abandono de sí mismo, intentos de suicidio interrumpidos, inyección de drogas, autolesiones sin intención de morir, historial de abuso tanto físico como sexual o emocional y negligencia.

Variables de factores críticos: falta de habilidades para afrontar problemas, insatisfacción con la vida, ausencia de esperanza en el futuro, abuso de sustancias y estrés agudo por pérdidas.

Variables sobre la conducta suicida: ideación verbalizada, ideación latente, intentos de suicidio reciente, intentos de suicidio anteriores, nº de intentos y conductas recientes preparatorias de suicidio.

Variables sobre la ideación suicida: deseos recientes de estar muerto, deseos anteriores de estar muerto, ideas recientes activas de suicidio vagas y sin ninguna especificación, ideas anteriores activas de suicidio vagas y sin ninguna especificación, ideas recientes activas de suicidio con método pero sin intención de actuar ni plan, ideas anteriores activas de suicidio con método pero sin intención de actuar ni plan, ideas recientes activas de suicidio contemplando método y la intención de actuar pero sin plan, ideas anteriores activas de suicidio, contemplando método y la intención de actuar pero sin plan, ideas recientes activas de suicidio con intención de actuar y con plan específico, ideas anteriores activas de suicidio con intención de actuar y con plan específico, la frecuencia y duración y la capacidad de control, la existencia de razones disuasorias, personas a quienes afectaría su acción, otras razones para no hacerlo y razones para morir.

Variables para la evaluación: factores de riesgo, factores críticos, enfermedad mental, intentos de suicidio anteriores, enfermedad física, crisis vital, aislamiento, sentimientos de carga, existencia de deseos de morir, existencia de capacidad para cometer

suicidio, ideación suicida, intensidad de la ideación, razones disuasorias, razones para cometer suicidio y riesgo final.

Variables sobre casos de intento de suicidio en curso: prefijo del nº teléfono, localidad, método, tipo de fármaco, dosis, tiempo, información adicional y estrategia,

Variables sobre la actuación del orientador: ofrecimiento de ayuda profesional, urgencias hospital, servicios de salud mental, contacto con familiares, compromiso de llamada (seguimiento), elaboración y envío del plan de seguridad, activación 112, hora de activación 112, autovaloración de la orientación y percepción sobre la variación de la suicidalidad durante la llamada.

9.2.2.3 Variables del cuestionario dirigido a los orientadores

Las variables analizadas en este cuestionario hacen referencia a los siguientes aspectos: el nivel de formación, el grado de estrés ante la llamada y la seguridad de sí mismo en la actuación. Otras variables analizadas han sido la edad y los años de antigüedad.

9.3 PROCEDIMIENTO

9.3.1 Acuerdo de colaboración con ASITES

El documento de colaboración con ASITES para llevar adelante este proyecto de implantación de la herramienta ATENSIS cuenta con la revisión de sus asesores jurídicos y se formalizó en marzo de 2016. De los términos del acuerdo merece destacar el uso que pueden hacer las partes de los datos registrados en ATENSIS. En el Anexo 20 se recogen las características más relevantes de la colaboración.

9.3.2 Acuerdo de colaboración con el 112

Una de las utilidades de ATENSIS es la posibilidad de comunicar directamente con los equipos de emergencia del 112 mediante un SMS en el que se aportan, siempre que

sea posible, los datos que faciliten la intervención de emergencia. El equipo del 112 de Navarra acogió con mucho interés la iniciativa y facilitó la solución más sencilla y menos costosa: el SMS enviado por el centro del TE desde un teléfono móvil entra en la mensajería que emplean las personas sordas para comunicar una emergencia, para lo que únicamente se necesita dar de alta el teléfono del TE como un usuario más. No se firmó ningún convenio porque se entendió que se trataba de un procedimiento para prestar un mejor servicio de forma conjunta y el único beneficio reportaba en el bien de la comunidad (Anexo 21). En la Figura 55 se ilustra la comunicación entre el TE y el 112 ante un caso de riesgo en curso o de riesgo inminente de suicidio.

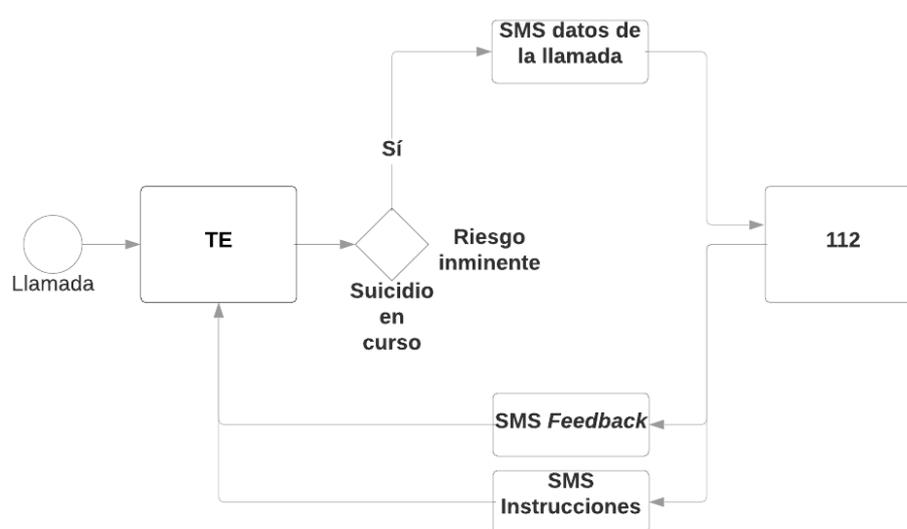


Figura 55. Comunicación entre el Teléfono de la Esperanza y el 112

9.3.3 Cuestionario dirigido a los orientadores del Teléfono de la Esperanza

En los antecedentes y justificación de ATENSIS expuestos en el apartado 6.1 que describe la herramienta se hace referencia a la inseguridad que se detectó en los orientadores del TE en Pamplona cuando atendían llamadas con temática suicida. Bajo la hipótesis de que el uso de la herramienta aportaría un mayor conocimiento sobre esta temática tan recurrente en las llamadas, se elaboró un cuestionario dirigido a los

orientadores para ser aplicado antes de la instalación de la herramienta y del plan de formación con el objetivo de conocer la percepción que tenían sobre su nivel previo de formación. Las mismas variables volvieron a evaluar tras la utilización de ATENSIS. El cuestionario se ha aplicado a muestras independientes puesto que los sujetos que responden al cuestionario posterior no son los mismos que los que responden al cuestionario previo. La formación sobre la conducta suicida y el uso de ATENSIS se realizó antes de instalar la herramienta, de manera que las únicas variables que intervinieron en la formación de los orientadores durante el periodo de uso fueron, por un lado, las pautas y los apuntes incorporados en la herramienta ATENSIS como una utilidad formativa adicional y, por otro lado, la propia herramienta y el proceso de evaluación integrado en la misma. Los nuevos orientadores que se fueron incorporando al TE fueron adiestrados por otros orientadores más experimentados en el manejo de la herramienta.

9.3.4 Instalación y plan de formación

La herramienta se ha desarrollado bajo la plataforma File Maker como una aplicación local y se ha instalado en el ordenador que los orientadores de la sede de Navarra utilizan para su trabajo de atención y registro de llamadas. El diseño de la herramienta y del proceso de evaluación se ha ido modificando desde que se creó, tratando de adaptarlo a las características de las personas que realizan voluntariado en el TE. Para ello, se ha procurado que la navegación a través de las pantallas resulte sencilla y que el proceso resulte comprensible. Como ayuda complementaria se elaboró un tutorial de libre acceso por Internet, para que cada orientador pueda consultarlo en sus casas. Se realizaron, antes de la implantación de la herramienta, sesiones formativas sobre la conducta suicida, sobre el proceso de evaluación del riesgo y sobre el uso de ATENSIS.

9.3.5 Reuniones con expertos y asistencia a foros

ATENSIS es conocido por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, el Departamento de Salud del País Vasco (Osakidetza) y la Fundación Española de Salud Mental, y de todos ellos se ha recibido una buena opinión sobre la herramienta. Igual *feedback* se obtuvo en la presentación que de la misma se hizo en varios encuentros celebrados por voluntarios de las *helplines* en 2016. Uno de ellos tuvo lugar en Aachen (Alemania) con motivo del Congreso de Ifotes (<http://www.ifotescongress2016.net/de>) y otro en las Jornadas Técnicas para la Prevención del Suicidio de Málaga, en las cuales se presentó la herramienta con la ponencia “El Teléfono de la Esperanza y la prevención del suicidio: ATENSIS, herramienta de ayuda” (Anexo 23). Especialistas como Brian Mishara (Canadá) o Enrique Baca (España) transmitieron su opinión favorable sobre la herramienta y varios medios de comunicación han dedicado espacios sobre la misma (Anexo 24).

9.3.6 Recogida de datos

Como se ha descrito en el capítulo 6, el diseño de la base de datos se ha estructurado para obtener la evaluación del riesgo de suicidio de forma sistematizada y objetiva mediante la recogida de la información que hace referencia a las variables de estudio. Estas variables, además de quedar registradas y almacenadas, se emplean para realizar la evaluación del riesgo en cada caso. La recogida de datos se realiza en el mismo momento en que el orientador marca en el ordenador la casilla del tema sobre el que está obteniendo la información del usuario, utilizando las técnicas y habilidades adquiridas previamente. Los datos quedan almacenados en el ordenador del departamento de orientación de ASITES Navarra, en un fichero File Maker y son exportados a formato Excel, desde el cual se realizan algunos análisis estadísticos o son tratados con otro software como el SPSS.

9.4 ANÁLISIS DE DATOS

Como se ha comentado anteriormente, los datos que se han empleado para realizar los diferentes análisis estadísticos proceden de dos fuentes diferentes: 1) LLAMATEL, base de datos de uso obligado en todas las sedes de ASITES y 2) ATENSIS, base de datos diseñada para atender específicamente las llamadas con tendencia suicida. Los datos de LLAMATEL corresponden al total de llamadas que se reciben en la asociación y se han descrito globalmente mediante tablas y gráficos. Las diferentes variables que se registran en ATENSIS se han analizado con un mayor detalle, tal como se describe a continuación. En el proceso de recogida de datos que conduce a la evaluación final del riesgo se han analizado, por separado, los diferentes elementos incorporados en la herramienta: factores de riesgo/señales de alarma, ideación suicida, conducta suicida, las razones disuasorias y las razones para desear la muerte. Se han utilizado los programas para cálculos estadísticos SPSS v.22 y Excel.

Se han realizado análisis descriptivos para varios tipos de variables: sociodemográficas, y de asociación temporal de las llamadas con las variables de suicidalidad. Para calcular las diferencias entre categorías de algunas variables, así como las diferencias entre grupos, se ha empleado la prueba χ^2 de Pearson y para ver las asociaciones entre las distintas variables se han realizado pruebas de correlación r de Pearson y tablas de contingencia. Se ha utilizado también la prueba χ^2 de Pearson, así como la prueba t de Student para muestras independientes, según sea la naturaleza de las variables. Para calcular determinados estadísticos y llevar a cabo otros análisis como la regresión logística o tablas de contingencia, se han dicotomizado distintas algunas variables que figuran en la Tabla 47, recodificando a valor 1 para presencia o alta presencia de la característica y valor 2 para ausencia o baja presencia de la característica, según los casos.

Tabla 47. Variables dicotomizadas

Variable	Puntuación	Puntuación dicotomizada
Variables de los cuestionarios	0 1 2 3 4	>2:1; ≤2:2
	0 1 2 3 4 (inversa)	>2:2; ≤2:1
Edad	Variable continua	≥50:1; <50:2
Intentos de suicidio	1 2 3 4 5	≥1:1; <1:2
Factores disuasorios	1 2 3 4 5 (inversa)	>3:1; ≤3:2
Nivel riesgo de suicidio	1 2 3 4	>2:1; ≤2:2
Severidad ideación suicida	1 2 3 4 5	>2:1; ≤2:2

Las inferencias sobre proporciones se han realizado con dos estadísticos: χ^2 (Chi-cuadrado) y Z . El estadístico Z , cuya la fórmula es $Z = \frac{(P_1 - P_2) - \lambda}{\sqrt{\frac{P_1(1-P_1)}{n_1} + \frac{P_2(1-P_2)}{n_2}}}$, se ha utilizado cuando en los contrastes de proporciones ha interesado determinar, además de si existe o no diferencia, una mayor concreción de esta. Para establecer modelos que pudieran explicar la presencia de la ideación suicida severa, así como el riesgo de suicidio alto o muy alto, se han realizado análisis de regresión logística (modelo de pasos hacia adelante) con las variables que han resultado significativas en un análisis de correlación previo. Para explicar la varianza en el modelo de regresión se ha tomado la R^2 de Nagelkerke por ajustar más los valores hacia la unidad. Mediante tablas de contingencia se han calculado las *odds ratio* (OR) y el intervalo de confianza de las variables que forman parte del modelo de regresión. Se ha calculado el tamaño del efecto en el caso de una regresión con la fórmula $R^2/(1 - R^2)$ siguiendo las recomendaciones para su interpretación (Ellis, 2010): pequeño ($\eta^2 = 0.02$), medio ($\eta^2 = 0.15$) y grande ($\eta^2 = 0.35$). El nivel de confianza elegido en todos los análisis es del 95%.

10 RESULTADOS

Con el fin de dar respuesta a las hipótesis planteadas en los objetivos de esta tesis, los resultados se presentan siguiendo el siguiente orden:

1. Se inicia el análisis con la prevalencia de la ideación suicida, los datos generales de las llamadas al Teléfono de la Esperanza y la evolución que han tenido en los últimos años. Asimismo, se describe la muestra que forma parte del estudio. Antes de analizar los problemas que manifiestan los usuarios que forman parte de la muestra, se hace referencia a los problemas más comunes de la población general usuaria del TE para ver en qué medida estos problemas son exclusivos de la ideación suicida.
2. Se estudia la ideación suicida, analizando primero los datos generales para centrar la atención en la ideación que presenta la muestra: su verbalización y los aspectos que hacen referencia a la suicidalidad, tales como la severidad, la intensidad, las razones para la ideación y las razones disuasorias. Se analiza igualmente en qué medida correlacionan los factores de riesgo con la ideación, en función de su severidad, probando si es posible establecer un modelo predictivo que explique qué variables explican la ideación. Idéntico proceso de análisis se sigue con el nivel de riesgo de suicidio.
3. Se analiza la conducta suicida anterior y las conductas preparatorias previas al suicidio, así como los intentos anteriores y su asociación con determinados factores de riesgo.
4. Se analiza el nivel de riesgo resultante de la evaluación y los factores de riesgo asociados. Igualmente se estudia la presencia de la Teoría Interpersonal del Suicidio y la Teoría Integrativa Motivacional-Volitiva y su relación con el nivel de riesgo de suicidio.

5. Se realiza un análisis desde la perspectiva de género para determinar si existen diferencias en las variables sociodemográficas, los factores de riesgo y las variables relacionadas con la suicidalidad.
6. Siguiendo el esquema anterior, se analizan las diferencias existentes en los factores de riesgo y las variables relacionadas con la suicidalidad, en función de la edad.
7. Finalmente, se estudian determinadas variables que se refieren a la percepción del orientador sobre determinados aspectos como su actuación ante el nivel de riesgo, la eficacia de su intervención (disminución de la suicidalidad) y la calidad de su intervención. Igualmente se analizan las variaciones en las respuestas al cuestionario en los momentos previo y posterior al plan de formación y al uso de ATENSIS, en temas como la formación, el estrés y la seguridad en sí mismo.

Por otra parte, en los resultados y conclusiones que se exponen más adelante, se utilizan varios conceptos (Figura 56) que conviene aclarar para una correcta interpretación:

	Severidad de la ideación suicida	Intensidad de la ideación suicida	Intensidad de la suicidalidad
	1. Deseos de estar muerto	FRECUENCIA	Ideación suicida
	2. Deseos vagos de suicidarse	DURACIÓN	Antecedentes de conducta suicida
	3. Con elección del método	CONTROL	Conductas preparatorias
	4. Método + intención		Razones para querer morir
	5. Método + intención + plan		Razones para vivir
Escala de medida	De 1 a 5	De 1 a 5	Observación de los síntomas

Figura 56. Conceptos sobre la severidad y la intensidad
Fuente: elaboración propia

- a) Severidad de la ideación suicida: se utiliza en ATENSIS y se corresponde con el grado asignado a la ideación según la escala C-SSRS con una puntuación que va de 1 a 5 (de menor a mayor severidad). Con referencia a este constructo, se utilizan términos como severidad o gravedad, indistintamente.
- b) Intensidad de la ideación suicida: es un cálculo interno que realiza ATENSIS en función de las puntuaciones dadas a los parámetros que definen este constructo, que son: frecuencia, duración y autocontrol de la ideación suicida. Esta medida es propuesta, igualmente, por la escala C-SSRS. A modo de ejemplo, una persona puede presentar una ideación severa (4 o 5) y una baja intensidad como consecuencia de una menor agitación interna al haber tomado ya la decisión de suicidarse.
- c) Intensidad de la suicidalidad: es un constructo que se utiliza en esta tesis para hacer referencia al riesgo actual que presenta un caso en función de los factores de riesgo, de la ideación suicida y su intensidad, de la conducta suicida anterior, de las conductas preparatorias, de las razones para querer morir y de las razones para querer vivir. Si bien está relacionado con el nivel de riesgo de suicidio, no es lo mismo. A modo de ejemplo, una persona con alto riesgo de suicidio presentará una suicidalidad alta, pero tras una intervención de ayuda, puede seguir presentando el mismo nivel de riesgo y, sin embargo, la suicidalidad puede ser de menor intensidad, como sucede en el caso de la intervención telefónica de un orientador ante una llamada IS.

10.1 LLAMADAS CON IDEACIÓN SUICIDA

10.1.1 Prevalencia de la ideación suicida

De las 19.236 llamadas recibidas en Navarra, 527 han presentado ideación suicida, lo que supone una prevalencia del 2,7%. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión de

casos para este estudio descritos en el apartado 9.1, se han excluido 78 llamadas IS por no estar registradas en ATENSIS, quedando 449 casos que conforman la muestra sobre la que se presentan los resultados y las conclusiones de esta tesis.

Con el fin de comparar la prevalencia de llamadas IS en Navarra y en el resto del territorio nacional donde opera ASITES, en la Tabla 48 se exponen los datos de las llamadas. Estos datos hacen referencia al total de llamadas por todos los conceptos y a las llamadas IS.

Tabla 48. Prevalencia de ideación suicida en ASITES nacional y en ASITES Navarra

Fuente	Total		Prevalencia Llamadas IS
	llamadas	Llamadas IS	
Nacional	280.054	5.276	1,9%
Navarra	19.236	527	2,7%

Fuente: LLAMATEL/ASITES. Periodo febrero 2016-agosto 2018

En la tabla anterior se observan prevalencias de llamadas IS del 1,9% a nivel nacional y del 2,7% en Navarra. El estadístico Z para la diferencia de proporciones confirma, a un nivel de confianza del 95%, que la prevalencia de llamadas IS en Navarra es significativamente mayor que a nivel nacional ($Z = -7,10 < -1,96; p < ,001$).

Con el fin de conocer la prevalencia según el sexo, la Tabla 49 muestra los datos de las llamadas realizadas por todos los conceptos y las llamadas IS. Los datos corresponden al periodo que abarca esta investigación.

Tabla 49. Distribución por sexo de las llamadas con ideación suicida en ASITES Navarra

Sexo	N de llamadas		Llamadas IS		Prevalencia
	n	%	n	%	
Mujer	11.293	58,7	274	52	2,4%
Hombre	6.962	36,2	253	48	3,6%
Total	19.236	100,0	527	100,0	2,7%

Fuente: LLAMATEL/ASITES. Periodo febrero 2016-agosto 2018

La tabla anterior muestra, por un lado, que la proporción de mujeres que llaman con ideación suicida (52%) supera la de hombres (48%), con una ratio de 2:1,8. Por otro lado,

la prevalencia de ideación suicida del 3,6% en los hombres resulta significativamente mayor que el 2,4% en mujeres ($Z = 4,52 > 1,96; p < ,001$).

Dada la evolución de las llamadas IS observada, se presenta la Tabla 50 con los datos de las llamadas correspondientes a ocho primeros meses del año 2018. Se hace referencia a estos datos para destacar el aumento experimentado en dicho año respecto a los anteriores.

Tabla 50. Llamadas totales y con ideación suicida durante el año 2018

Fuente	Total llamadas	Llamadas IS	Prevalencia IS
Nacional	54.791	1.301	2,4%
Navarra	6.708	251	3,7%

Fuente: LLAMATEL/ATENSIS. Periodo enero 2018-agosto 2018

Comparando las prevalencias en 2018 con las medias del periodo 2016-2018 (Tabla 48), suponen un aumento de 0,5 puntos a nivel nacional y 1 punto en Navarra. Como se puede apreciar en la Figura 57, la evolución de las llamadas IS muestra un progresivo aumento, especialmente en Navarra, donde el porcentaje de llamadas IS en 2018 es significativamente superior al de la media nacional ($Z = -5,68 < -1,96; p < ,001$).

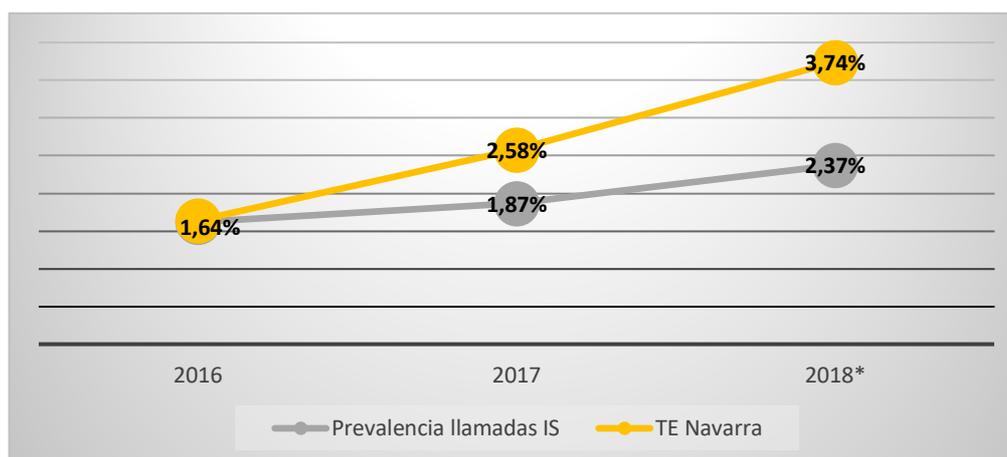


Figura 57. Prevalencia de llamadas con ideación suicida. ASITES Nacional y Navarra
Fuente: Llamadas registradas en LLAMATEL

Una vez presentados los datos de las llamadas IS y su prevalencia, el estudio se centrará, en adelante, en los datos de los 449 casos admitidos en el estudio registrados en ATENSIS, cuya evolución se muestra en la Figura 58.

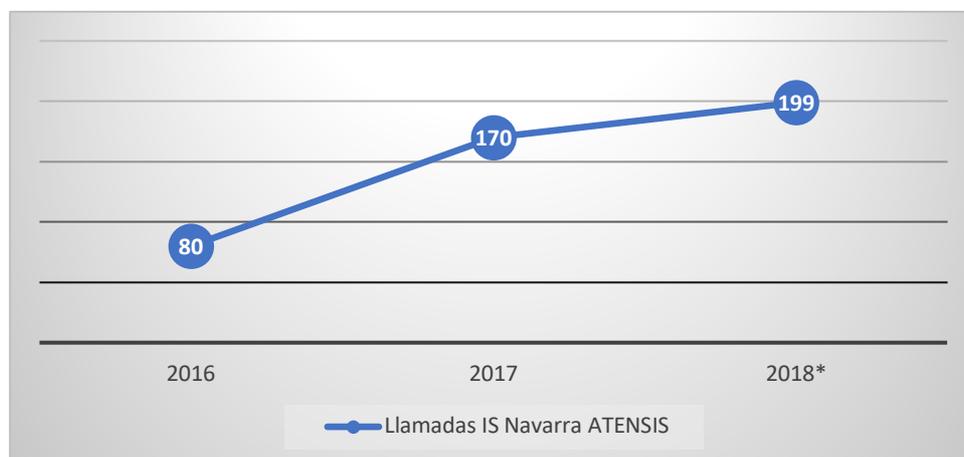


Figura 58. Número de llamadas con ideación suicida. Muestra del estudio
Fuente: ATENSIS. Periodo enero 2018-agosto 2018

Las características de la muestra se presentan en varias tablas que siguen a continuación, iniciando con la Tabla 51, donde se describen las características de las variables sociodemográficas de los llamantes. La edad media de la muestra (N = 449) es de 46,6 años (DT = 13,8), el 5,1% son mayores de 69 años, un 10,7% son adolescentes o jóvenes y el 0,9% son menores de 15 años. Tres de cada cuatro usuarios están divorciados, solteros o viudos y la gran mayoría es de nacionalidad española. Únicamente el 26,7% tiene un empleo, aunque este dato es relativo porque existe un 35,2% de casos sin información. En todas las variables existe un número de casos cuya característica analizada se desconoce, pero en el caso de la ocupación el dato de desconocido se cita porque arroja el mayor porcentaje. Las llamadas de usuarios de otras nacionalidades representan el 5,1% destacando los de origen sudamericano con residencia en España, con un 2,7% del total de las llamadas.

Tabla 51. Características sociodemográficas de las personas con ideación suicida (N = 449)

	n	%
Sexo		
Mujeres	234	52,1
Hombres	201	44,8
Desconocido	14	3,1
Edad		
< 15 años	4	0,9
De 15 a 29 años	48	10,7
De 30 a 49 años	222	49,4
De 50 a 69 años	152	33,9
Más de 69 años	13	2,9
Desconocido	10	2,2
Estado civil		
Casado/a	92	20,5
Divorciado/a	88	19,6
Soltero/a	210	46,8
Viudo/a	34	7,6
Desconocido	25	5,6
Ocupación		
Empleado/a	120	26,7
Desempleado/a	149	33,2
Jubilado/a	22	4,9
Desconocido	158	35,2
País origen		
España	416	92,8
Unión Europea	7	1,6
Norteamérica	1	0,2
Centroamérica	2	0,4
Sudamérica	12	2,7
Resto Europa	1	0,2
Desconocido	10	2,7

Fuente: LLAMATEL/ATENSIS. Periodo enero 2018-agosto 2018

En la Tabla 52 se describen las características de temporalidad de las llamadas IS en cuanto a la hora y el día de la semana, así como si la llamada se produce en día laborable o durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo). A medida que se acerca el fin de semana, a partir del viernes, las llamadas IS se incrementan un 45%.

La mayoría de las llamadas IS se producen durante el fin de semana ($Z = 7,97 > 1,96$; $p < ,001$). La mayor proporción de llamadas IS tiene lugar a partir de las 8 de la noche, con diferencia respecto a las de la tarde ($Z = 3,81 > 1,96$; $p < ,001$) y a las de la mañana ($Z = 19,68 > 1,96$; $p < ,001$).

Tabla 52. Asociación temporal de las llamadas con ideación suicida
(N = 449)

	n	%
<i>Hora</i>		
4 AM-12AM	68	15,1
12 AM-8 PM	172	38,3
8 PM-4 AM	209	46,5
<i>Día de la semana</i>		
Lunes	36	8,0
Martes	47	10,5
Miércoles	47	10,5
Jueves	53	11,8
Viernes	83	18,5
Sábado	99	22,0
Domingo	84	18,7
<i>Laborables/Fin de semana</i>		
Laborables	183	40,8
Fin de semana	266	59,2

Fuente: LLAMATEL/ATENSIS. Periodo enero 2018-agosto 2018

Los datos procedentes de LLAMATEL permiten comparar la estacionalidad de las llamadas durante dos años completos (febrero 2016-enero 2018). Como se puede apreciar en la Tabla 53, en los meses de abril, agosto y septiembre se reciben más llamadas que en el resto de los meses, concentrándose más durante el verano.

Tabla 53. Estacionalidad de las llamadas con ideación suicida

Mes	Llamadas	Llamadas IS	%	Subtotales Estacionales
enero	1148	20	1,7%	
febrero	780	19	2,4%	
marzo	1046	22	2,1%	6,2%
abril	1001	28	2,8%	
mayo	1151	27	2,3%	
junio	1123	14	1,2%	6,3%
julio	1119	15	1,3%	
agosto	1282	49	3,8%	
septiembre	1371	39	2,8%	7,9%
octubre	1011	12	1,2%	
noviembre	992	18	1,8%	
diciembre	1144	26	2,3%	5,3%

Fuente: LLAMATEL/ASITES Navarra

10.1.2 Problemas más comunes: factores de riesgo de suicidio

Tal como se ha descrito en el apartado 6.5.1, en ATENSIS los factores de riesgo se presentan visualmente agrupados para facilitar su rápida identificación y la comprensión

del proceso de evaluación. De esta manera, todos los factores de riesgo forman parte de alguno de los siguientes grupos: enfermedad física (EF), enfermedad mental (EM), crisis vital (CV), aislamiento (AS) y capacidad adquirida (SUF). La Figura 59 muestra los grupos de factores y su presencia en la muestra, destacando la CV, presente en el 95,1% de los casos, la EM en el 75,3% y el AS en el 65,9%. Los grupos con SUF y EF tienen una menor presencia, con porcentajes del 32,3% y del 15,1%, respectivamente.

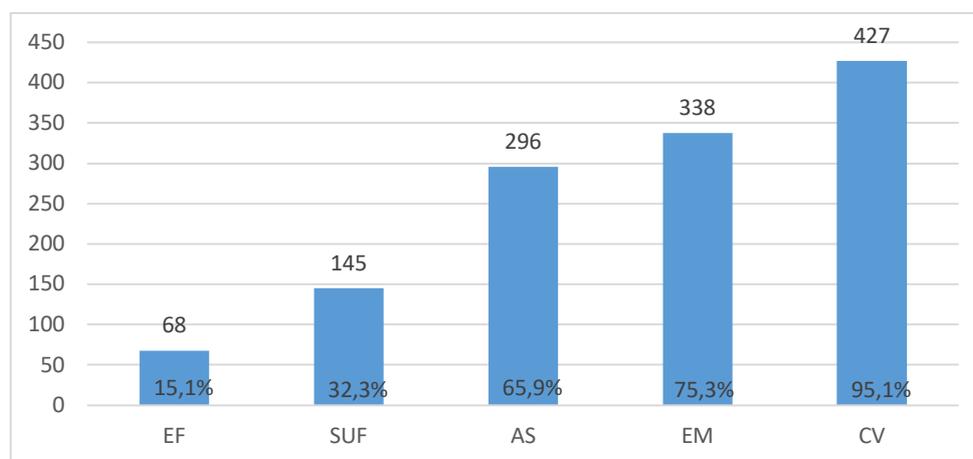


Figura 59. Presencia de grupos de factores de riesgo en la ideación suicida
EF = enfermedad física; EM = enfermedad mental; CV = crisis vital; AS = aislamiento;
SUF = capacidad adquirida.

Las diferencias observadas gráficamente en la figura anterior se han contrastado estadísticamente para determinar si existen diferencias entre los grupos EM y CV en los que se centra la hipótesis 4 de este estudio. El contraste de proporciones arroja un resultado significativo para la diferencia entre el grupo CV y el grupo EM ($Z = 9,73 > 1,96; p < ,001$). En el grupo CV destacan el sentimiento de fracaso con el 72,6%, el atrapamiento con el 59,7% y la falta de sentido con el 51,1%. En el grupo EM, la depresión destaca con el 55% sobre el resto de los factores. El 96,5% de los casos que presentan aislamiento es por sufrir la soledad y en menor medida por desconexión familiar o social y por abandono de uno mismo. En el grupo de SUF destaca el haber tenido un intento anterior de suicidio con el 50,3%.

En la Tabla 54 se muestra la presencia relativa de cada uno de los factores de riesgo en sus respectivos grupos.

Tabla 54. Presencia relativa de los factores de riesgo en cada grupo

Factores de riesgo (N = 449)	n (%)	Factores de riesgo (N = 449)	n (%)
<i>Enfermedad física</i>	68 (15,1%)	<i>Aislamiento</i>	296 (65,9%)
EF Crónica con dolor	51 (75,0%)	AS Soledad	286 (96,6%)
EF Degenerativa	7 (10,3%)	AS Desconexión	30 (10,1%)
EF Incapacidad	14 (20,6%)	AS Abandono de sí mismo	33 (11,1%)
EF Lesiones graves	1 (1,5%)		
<i>Enfermedad mental</i>	338 (75,3%)	<i>Capacidad adquirida</i>	145 (32,3%)
EM Depresión	186 (55,0%)	SUF Varios intentos	41 (28,3%)
EM Esquizofrenia	56 (16,6%)	SUF Un intento anterior	73 (50,3%)
EM Psicosis	10 (3,0%)	SUF Autolesiones	25 (17,2%)
EM Trastornos de personalidad	133 (39,3%)	SUF Historial abuso	30 (20,7%)
EM Ansiedad severa	80 (23,7%)	SUF Marginación extrema	6 (4,1%)
EM Abuso de alcohol y drogas	61 (18,0%)		
EM Conducta impulsiva	34 (10,1%)		
<i>Crisis vital</i>	427 (95,1%)		
CV Pérdidas	165 (38,6%)		
CV Desesperanza	189 (44,3%)		
CV Sentimientos fracaso	310 (72,6%)		
CV Atrapado	255 (59,7%)		
CV Sentimientos de carga	91 (21,3%)		
CV Falta sentido	218 (51,1%)		

La clasificación de los factores de riesgo en grupos permite analizar en qué medida están asociados estos grupos de riesgo. A modo de ejemplo, se supone que en las llamadas IS los grupos CV y EM están altamente asociados. Los resultados obtenidos muestran que la presencia aislada de EM sin que exista CV se da en el 4% de los casos; la presencia aislada de CV sin que exista EM en el 24% y la presencia conjunta de CV y CV en el 72% de los casos.

Al igual que se ha indicado la presencia relativa en los grupos de cada uno de los factores de riesgo, en la Figura 60 se muestra, de forma gráfica, la problemática más relevante que se presenta en concurrencia con la ideación suicida. Destacan el sentimiento de fracaso, la soledad, el atrapamiento, la falta de sentido, la desesperanza y la depresión.

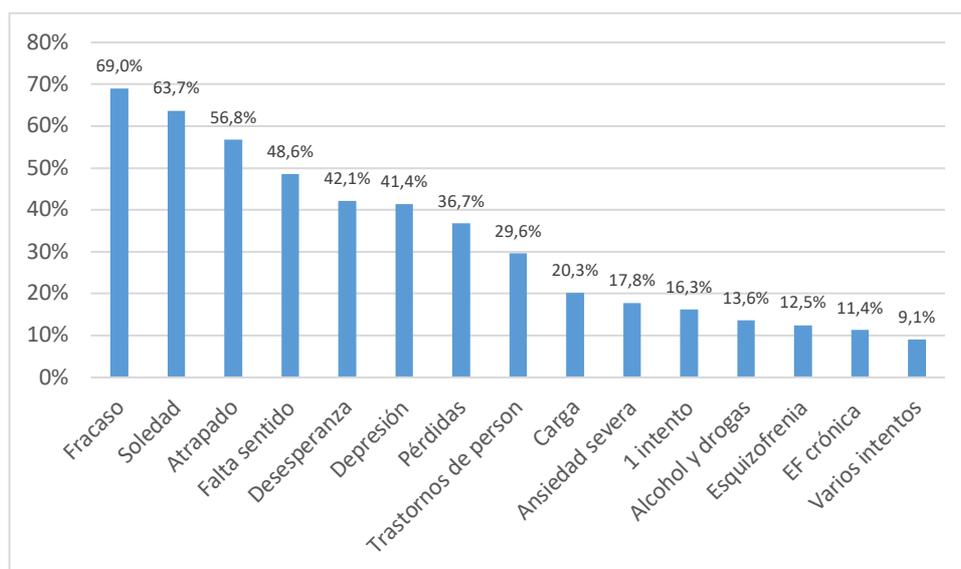


Figura 60. Principales factores de riesgo presentes en la ideación suicida

Dado que la depresión es un factor mayoritariamente presente en la EM, se ha analizado en qué medida concurren con la depresión determinados factores emocionales que han resultado relevantes en las llamadas IS. Estos datos se muestran en la Tabla 55.

Tabla 55. Concurrencia de factores psicológicos con la depresión

	Desesperanza (%)	Fracaso (%)	Atrapado (%)	Sentido (%)	Carga (%)
Aisladamente	98 (52%)	188 (61%)	139 (55%)	106 (49%)	40 (44%)
Con depresión	91 (48%)	122 (39%)	116 (45%)	112 (51%)	51 (56%)
Total	189 (100%)	310 (100%)	255 (100%)	218 (100%)	91 (100%)

Los datos anteriores muestran lo siguiente: a) cuando se presenta aisladamente, el sentimiento de fracaso es significativamente mayor que la falta de sentido y el sentimiento de carga; b) el sentimiento de fracaso y sentirse atrapado se dan aisladamente en mayor proporción que junto a la depresión ($Z = 7,8 > 1,96; p < ,001$) y ($Z = 3,05 > 1,96; p = ,002$), respectivamente y c) el sentimiento de carga se da junto a la depresión en mayor proporción que si se da aisladamente ($Z = -2,31 < -1,96; p = ,020$).

El análisis de la relación entre la depresión y otros factores que concurren con la ideación suicida nos indica que existe asociación con los siguientes factores: sentirse atrapado ($X^2 = 4,019; p = ,045$), tener sensación de ser una carga ($X^2 = 10,052; p = ,002$),

la desesperanza ($X^2 = 6,079$; $p = ,014$) y la falta de sentido ($X^2 = 17,291$; $p = ,000$). Los sentimientos de fracaso y la soledad no están asociados con la depresión.

En esta línea de análisis, se pretende determinar si existe asociación entre los factores que estamos analizando y el nivel de riesgo de suicidio. El resultado es que la sensación de fracaso, ($X^2 = 9,086$; $p = ,003$), sentirse atrapado ($X^2 = 8,288$; $p = ,012$) y la falta de sentido ($X^2 = 4,735$; $p = ,030$) se asocian con el nivel de riesgo de suicidio. La Tabla 56 muestra las OR respecto a un nivel de riesgo alto-muy alto.

Tabla 56. Mayor riesgo de suicidio cuando se manifiestan junto a la depresión

Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
CV Fracaso	2,0	1,3	3,2
CV Sentirse atrapado	1,9	1,1	3,1
AS Falta de sentido	1,8	1,1	3,1

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$

CV = crisis vital; AS = aislamiento

La Tabla 57 muestra esta clasificación entre los factores dinámicos y los factores estáticos. Los primeros ($M = 4,18$; $DT = 1,89$) presentan una mayor presencia en la muestra que los factores estáticos ($M = 1,21$; $DT = 1,17$).

Tabla 57. Clasificación de los factores del proceso de evaluación en ATENSIS

Dinámicos	Estáticos
EM Depresión	EF Crónica con dolor
EM Ansiedad severa	EF Degenerativa
CV Pérdidas	EF Incapacidad
CV Desesperanza	EF Lesiones graves
CV Sentimientos fracaso	EM Esquizofrenia
CV Atrapado	EM Psicosis
CV Sentimientos de carga	EM Trastornos de personalidad
CV Falta sentido	EM Abuso de alcohol y drogas
AS Soledad	EM Conducta impulsiva
AS Desconexión	SUF Varios intentos
AS Abandono de sí mismo	SUF Un intento anterior
	SUF Autolesiones
	SUF Historial abuso
	SUF Marginación extrema

EF = enfermedad física; EM = enfermedad mental; CV = crisis vital; AS = aislamiento; SUF = capacidad adquirida.

La tabla anterior se ha realizado siguiendo la clasificación de Bouch y Marshall (2005) expuesta en la Tabla 6. Clasifica los factores de riesgo integrados en el proceso de evaluación de ATENSIS, con la finalidad de valorar la importancia de una posible intervención terapéutica

10.2 LA IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida, junto a otros aspectos de la conducta suicida, es un elemento principal en el estudio de la suicidalidad. El análisis se hace mediante la medición de dos parámetros de la ideación: a) la severidad y b) la intensidad.

10.2.1 Características

Como se puede observar en la Tabla 58, la severidad de la ideación suicida tiene cinco grados diferenciados que van de menor a mayor gravedad. Los dos primeros grados, más leves, representan el 70% de las llamadas IS de la muestra y, por lo general, la ideación es de baja o muy baja intensidad.

La ideación suicida se verbaliza en el 92% de los casos y las variables que presentan una correlación significativa con la ideación verbalizada son: abuso de alcohol y drogas ($r = ,115$; $p = ,015$), trastornos de personalidad ($r = ,134$; $p = ,004$), desesperanza ($r = ,113$; $p = ,016$) y falta de sentido ($r = ,166$; $p < ,000$). Cuando no se verbaliza se asocia a una ideación leve ($X^2 = 10,873$; $p = ,001$) y cuando se verbaliza se asocia a una ideación moderada-severa ($X^2 = 13,043$; $p < ,000$).

Uno de cada cinco llamantes con ideación suicida cree que no hay o no ve ninguna razón para no suicidarse, proporción que coincide, aproximadamente, con los que responden que nadie les va a echar en falta si se suicidan. Ante la pregunta de quién les echará en falta, un 52% cita a los padres y a los hijos. Un 38% de los que informan asegura que no lo va a hacer, porcentaje cercano al de los que responden que no tienen valor para hacerlo (40%).

Tabla 58. Variables relacionadas con la suicidalidad

(N = 449)	n	%
<i>Severidad de la ideación suicida</i>		
Deseos de estar muerto	90	20,0
Ideas activas vagas de suicidio	226	50,3
Ideas activas/método/	86	19,2
Ideas activas/método/intención	23	5,1
Ideas activas/método/intención/plan	24	5,3
<i>Expresión de la ideación</i>		
Ideación verbalizada	414	92,0
Ideación latente	36	8,0
<i>Intensidad media de la ideación suicida</i>		
Muy baja	210	46,8
Baja	224	49,9
Moderada	14	3,1
Alta	0	0
Muy alta	0	0
Desconocido	1	0,2
<i>Razones para no hacerlo</i>		
No hay razones	19	4,2
No veo razones	64	14,3
Quizás no	91	20,3
Probable que no	102	22,7
No lo voy a hacer	170	37,9
Desconocido	3	0,8
<i>¿Quién le echará en falta?</i>		
Nadie	80	17,8
Hijos	108	24,1
Padres	125	27,8
Pareja	27	6,0
Familia	43	9,6
Otros	9	2,0
Desconocido	57	12,7
<i>Otras razones disuasorias</i>		
No tengo valor	179	39,9
Evitar sufrir a mi familia	112	24,9
Creencias	3	0,7
Proyectos	23	5,1
Otros	14	3,1
Desconocido	118	26,3

Se ha dicotomizado la variable razones disuasorias para analizar la influencia de los factores en las respuestas de los usuarios, encontrando que los factores psicológicos de sentirse atrapado ($X^2 = 14,609$ $p = ,000$), sentimientos de ser una carga ($X^2 = 4,550$; $p = ,033$), la falta de sentido para vivir ($X^2 = 32,523$; $p = ,000$), otros factores psiquiátricos como la depresión ($X^2 = 5,364$; $p = ,021$), el abuso de alcohol y drogas ($X^2 = 4.327$; $p = ,038$), los estados de aislamiento como la desconexión ($X^2 = 12,980$; $p = ,000$) y el

abandono de sí mismo ($X^2 = 20,999$; $p = ,000$), así como haber tenido intentos anteriores ($X^2 = 5,114$; $p = ,024$), se relacionan con la respuesta de que no hay razones, o que no las ven, para no suicidarse.

En la Tabla 59 se presentan los OR de aquellos factores que dificultan el reconocimiento de otras alternativas diferentes al suicidio, especialmente en las personas que se abandonan y no se sienten vinculadas y en aquellas que no encuentran sentido o se sienten atrapadas.

Tabla 59. Variables asociadas a no encontrar razones que puedan disuadir de la idea suicida
Variable dependiente = 1 (Factores disuasorios = Ausentes)

Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
CV Atrapado	2,8	1,6	4,8
CV Falta de sentido	4,5	2,6	7,9
EM Depresión	1,7	1,1	2,8
EM Abuso de alcohol y drogas	1,9	1,0	3,5
AS Desconexión	3,7	1,7	8,1
AS Abandono de sí mismo	4,8	2,3	10,1
SUF Varios intentos	2,2	1,1	4,5

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$

EM = enfermedad mental; CV = crisis vital; AS = aislamiento; SUF = capacidad adquirida.

Como se puede observar en la tabla anterior, la probabilidad de no encontrar razones disuasorias en presencia de los factores identificados en la tabla es de 1,7 a 4,8 veces mayor. Los factores con mayor riesgo para no encontrar razones disuasorias son de tipo emocional y relacional.

10.2.2 Factores de riesgo e ideación suicida

Vistos los resultados sobre la severidad de la ideación y que el 70% de la misma es leve o baja frente al 30% moderada-severa, resulta de interés analizar, en una tabla de doble entrada (Tabla 60), con qué grado de severidad se han presentado los factores de riesgo. En dicha tabla se muestra la proporción que cada factor de riesgo guarda con la severidad de la IS, así como su OR referido a la ideación moderada-severa.

Tabla 60. Factores de riesgo presentes en la ideación suicida según su severidad

Factores de riesgo	Variable dependiente: = 1 (Ideación Moderada-severa)						
	Moderada-severa		Leve		95% IC		
	n	%	n	%	OR	Inferior	Superior
EF Crónica con dolor	10	19,6%	41	80,4%	0,5	0,3	1,1
EF Degenerativa	5	35,7%	9	64,3%	1,0	0,2	4,9
EF Incapacidad	0	0,0%	1	100,0%	1,3	0,4	4,1
EF Lesiones graves	62	33,3%	124	66,7%	1,4	1,3	1,5
EM Depresión	20	35,7%	36	64,3%	1,4	0,9	1,6
EM Esquizofrenia	8	80,0%	2	20,0%	1,4	0,8	2,5
EM Psicosis	46	34,6%	87	65,4%	10,0*	2,1	48,0
EM Trastorno de personalidad	28	35,0%	52	65,0%	1,4	0,9	2,1
EM Ansiedad severa	26	42,6%	35	57,4%	1,4	0,8	2,3
EM Abuso de alcohol y drogas	12	35,3%	22	64,7%	1,9*	1,1	3,4
EM Conducta impulsiva	50	30,3%	115	69,7%	1,3	0,6	2,8
CV Pérdidas	38	41,8%	53	58,2%	1,1	0,7	1,6
CV Desesperanza	10	19,6%	41	80,4%	1,5*	1,0	2,3
CV Sentimientos fracaso	5	35,7%	9	64,3%	1,2	0,8	1,8
CV Atrapado	0	0,0%	1	100,0%	1,5*	1,0	2,3
CV Sentimientos de carga	66	34,9%	123	65,1%	1,9*	1,1	3,4
CV Falta sentido	95	30,6%	215	69,4%	1,7*	1,1	2,6
AS Soledad	85	33,3%	170	66,7%	0,7	0,5	1,1
AS Desconexión	77	35,3%	141	64,7%	0,8	0,4	2,0
AS Abandono de sí mismo	77	26,9%	209	73,1%	1,8	0,9	3,8
SUF Varios intentos	8	26,7%	22	73,3%	4,9*	2,5	9,6
SUF Un intento anterior	14	42,4%	19	57,6%	1,7*	1,0	2,9
SUF Autolesiones	26	63,4%	15	36,6%	3,9*	1,7	8,9
SUF Historial abuso	29	39,7%	44	60,3%	1,2	0,5	2,6
SUF marginación extrema	13	61,9%	8	38,1%	0	0	0

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; * = significativo en el nivel 0,05 (2 colas)
 EF = enfermedad física; EM = enfermedad mental; CV = crisis vital; AS = aislamiento; SUF = capacidad adquirida.

El análisis de correlación de factores de riesgo con la severidad de la ideación suicida da valores significativos para la psicosis ($r = ,167$; $p = ,000$), el abuso de alcohol y drogas ($r = - ,113$; $p = ,017$), la desesperanza ($r = ,099$; $p = ,036$), sentirse atrapado ($r = ,093$; $p = ,048$), la falta de sentido ($r = ,121$; $p = ,010$), la sensación de carga ($r = ,134$; $p = ,014$), varios intentos anteriores ($r = ,235$; $p = ,000$), un intento anterior ($r = ,098$; $p = ,039$) y tener antecedentes de autolesiones ($r = ,162$; $p = ,001$).

10.2.3 Factores asociados a la ideación suicida

La Tabla 61 muestra los resultados del análisis de regresión logística para ver qué variables están asociadas a la ideación suicida severa. La explicación de la varianza de la

ideación suicida es pequeña (R^2 de Nagelkerke = 0,181), aunque el tamaño del efecto es medio ($\eta^2 = 0,22$).

Tabla 61. Factores de riesgo asociados a la ideación suicida moderada-severa (modelo final)
Variable dependiente = 1 (ideación suicida severa)

Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
EM Psicosis	9,3	1,8	47,5
EM Abuso de alcohol y drogas	2,1	1,2	5,2
CV Atrapado	1,8	1,1	3,8
SUF Varios intentos	5,8	2,8	11,8
SUF Un intento anterior	2,2	1,3	3,9
SUF Autolesiones	3,7	1,5	9,1
R^2 de Nagelkerke	0,181		
% clasificación correcta	74,8%		

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$

EM = enfermedad mental; CV = crisis vital; SUF = capacidad adquirida.

La psicosis y los antecedentes de conductas autolíticas se asocian con un mayor riesgo a la ideación severa. El abuso de alcohol y drogas y el sentirse atrapado presentan el doble de riesgo de tener ideación moderada severa frente a una ideación baja o leve.

10.3 CONDUCTA SUICIDA

Una de cada cuatro personas informa haber tenido al menos un intento de suicidio y una de cada diez se ha interesado o ha preparado la forma de hacerlo recientemente (Tabla 62). Aunque las autolesiones sin intención de morir no se consideran una conducta suicida propiamente, se incluyen en este grupo dada la relevancia que tienen como factor de riesgo de un nuevo intento de suicidio.

Tabla 62. Conducta suicida en la muestra.

(N = 449)	n	%
<i>Conducta suicida</i>		
Varios intentos anteriores	41	9,1
Un intento anterior	73	16,3
Conductas preparatorias recientes	48	10,7
Autolesiones	25	5,6

Los factores que tienen relación con haber tenido algún intento anterior son: la depresión ($r = ,107$; $p = ,023$), la desesperanza ($r = ,109$; $p = ,020$), la soledad ($r = -,141$;

$p = ,003$) y las autolesiones ($r = ,125$; $p = ,008$). El 75% de los casos no tiene antecedentes de intentos anteriores.

10.4 RIESGO DE SUICIDIO

El riesgo final de suicidio obtenido tras el proceso de evaluación realizado con ATENSIS presenta las características mostradas en la Tabla 63. El riesgo está repartido entre el nivel moderado con el 55% de los casos y el nivel alto o muy alto (45%). Los casos de nivel muy alto suponen el 7,3%. En ningún caso el riesgo evaluado ha dado un nivel bajo que, en función de la formulación interna de ATENSIS, se da cuando la ideación es de grado 1 o 2, no existen factores de riesgo ni tampoco existe capacidad para suicidarse.

Tabla 63. Características del nivel de riesgo de suicidio en la muestra

(N = 449)	n	%
Bajo	0	0
Moderado	247	55,0
Alto	169	37,6
Muy alto	33	7,3
Total	449	100,0

10.4.1 Factores de riesgo y nivel del riesgo

Al igual que con la conducta suicida, se ha realizado un análisis para analizar, mediante una tabla de doble entrada (Tabla 64), en qué medida los factores de riesgo se asocian con el nivel de riesgo. Para ello, se ha dicotomizado esta variable en nivel alto-muy alto y nivel bajo-moderado. El análisis previo de correlación de los factores de riesgo con el nivel de riesgo arroja una alta correlación, estadísticamente significativa en: depresión ($r = ,139$; $p = ,003$), psicosis ($r = ,137$; $p = ,004$), soledad ($r = -,137$; $p = ,004$), varios intentos anteriores ($r = ,351$; $p = ,000$), un intento anterior ($r = ,475$; $p = ,000$) y autolesiones ($r = ,190$; $p = ,000$). En la Tabla 64 se puede ver la proporción de los factores en el nivel de riesgo de suicidio y la OR de cada uno de los factores de tener un nivel de riesgo alto-muy alto, destacando aquellos que resultan estadísticamente significativos.

Tabla 64. Factores de riesgo relacionados con el nivel del riesgo de suicidio

Factores de riesgo	Variable dependiente = 1 (Nivel de riesgo Alto-Muy alto)						
	Alto-Muy alto		Bajo-moderado		95% IC		
	n	%	n	%	OR	Inferior	Superior
EF Crónica con dolor	18	35,3%	33	64,7%	0,6	0,346	1,164
EF Denerativa	4	57,1%	3	42,9%	1,6	0,363	7,428
EF Incapacidad	7	50,0%	7	50,0%	1,2	0,424	3,569
EF Lesiones graves	1	100,0%	0	0,0%	2,2	2,011	2,470
EM Depresión	99	53,2%	87	46,8%	1,7*	1,209	2,564
EM Esquizofrenia	31	55,4%	25	44,6%	1,6	0,916	2,828
EM Psicosis	9	90,0%	1	10,0%	11,5*	1,441	91,325
EM T. de personalidad	62	46,6%	71	53,4%	1,1	0,731	1,649
EM Abuso de alcohol y drogas	30	49,2%	31	50,8%	1,2	0,708	2,086
EM Conducta impulsiva	17	50,0%	17	50,0%	1,2	0,618	2,503
CV Pérdidas	77	46,7%	88	53,3%	1,1	0,757	1,636
CV Desesperanza	95	50,3%	94	49,7%	1,4	0,991	2,107
CV Sentimientos fracaso	140	45,2%	170	54,8%	1,0	0,684	1,529
CV Atrapado	121	47,5%	134	52,5%	1,3	0,864	1,836
CV Sentimientos de carga	48	52,7%	43	47,3%	1,5	0,932	2,346
CV Falta sentido	107	49,1%	111	50,9%	1,4	0,950	2,004
AS Soledad	114	39,9%	172	60,1%	0,6*	0,383	0,833
AS Desconexión	12	40,0%	18	60,0%	0,8	0,378	1,710
AS Abandono de sí mismo	17	51,5%	16	48,5%	1,3	0,653	2,697
SUF Varios intentos	41	100,0%	0	0,0%	2,5*	2,247	2,858
SUF Un intento anterior	72	98,6%	1	1,4%	136,2*	18,719	991,6
SUF Autolesiones	21	84,0%	4	16,0%	7,0*	2,378	20,889
SUF Historial abuso	17	56,7%	13	43,3%	1,6	0,783	3,493
SUF Marginación extrema	6	100,0%	0	0,0%	0	0	0

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; * = significativo en el nivel 0,05 (2 colas)

EF = enfermedad física; EM = enfermedad mental; CV = crisis vital; AS = aislamiento; SUF = capacidad adquirida.

Como se puede observar, resultan significativos los mismos factores que ya habían presentado correlación significativa: depresión, psicosis, varios intentos anteriores, un intento anterior y las autolesiones. La soledad resulta significativamente asociada al nivel de suicidio bajo moderado.

10.4.2 Factores asociados al nivel de riesgo de suicidio

Con el fin de averiguar qué factores de riesgo están asociados al nivel de riesgo, se ha explorado, mediante un análisis de correlaciones, cuáles de ellos podrían estar asociados. Estos factores han sido los siguientes: depresión, psicosis, desesperanza, soledad, varios intentos de suicidio, un intento de suicidio y las autolesiones.

Puestos a prueba estos factores mediante el estadístico Chi-cuadrado y el modelo de regresión logística, algunos de los factores como la desesperanza y la soledad tienen poca significación en el modelo. En la Tabla 65 figuran un conjunto de factores que explican la varianza del nivel de riesgo de suicidio en un 55,8%. Este resultado, que se obtiene del coeficiente de determinación R^2 de Nagelkerke, sirve para calcular el tamaño del efecto, que en este caso resulta grande ($\eta^2 > 1$).

Tabla 65. Factores de riesgo asociados al nivel de riesgo alto o muy alto de suicidio
Variable dependiente = 1 (nivel de riesgo alto-muy alto)

Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
EM Depresión	1,8	1,2	2,6
EM Psicosis	11,5	1,4	91,3
SUF Varios intentos anteriores	2,5	2,2	2,9
SUF Un intento anterior	136,2	18,7	991,7
SUF Autolesiones	7,0	2,3	20,9
R^2 de Nagelkerke	0,558		
% clasificación correcta	81,7%		

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$
EM = enfermedad mental; SUF = capacidad adquirida.

Como se puede apreciar en la tabla anterior, haber tenido un intento anterior presenta un OR muy elevado en comparación con el resto de los factores. La psicosis y las autolesiones presentan intervalos amplios que indican un elevado riesgo de asociación a la variable estudiada.

10.4.3 La Teoría Interpersonal del suicidio en la evaluación del riesgo de suicidio

Esta teoría, a la que se hace mención en el punto 1.4.1.9, identifica tres elementos que explican la conducta suicida. Cuando interactúan la falta de sentido de pertenencia y la percepción grave de ser una carga surge el deseo de morir. Estos dos factores explican, por lo tanto, la ideación suicida. Si, además, está presente un tercer elemento como la capacidad adquirida para suicidarse, existe riesgo de intento de suicidio.

La falta de sentido de pertenencia es un constructo de la teoría que por sí mismo no está recogido en ninguna variable de esta investigación. Para analizar su presencia se ha creado una nueva variable que recoge la soledad, la desconexión con el entorno y el abandono de sí mismo como aislamiento o falta de sentido de pertenencia. La percepción agravada de carga y la capacidad adquirida ya se miden específicamente en sendas variables.

La Tabla 66 muestra cada uno de los tres elementos considerados aisladamente y su asociación con la ideación moderada-severa. El riesgo de tener una ideación moderada-severa frente a una ideación baja-leve cuando se presenta la percepción agravada de carga es el doble y cuando se presenta capacidad adquirida es cuatro veces superior. La OR del otro elemento de la teoría, el aislamiento, está dentro de un intervalo que contiene la unidad, por lo que no es significativo.

Tabla 66. Elementos de la Teoría Interpersonal del Suicidio según la ideación suicida

Variable dependiente = 1 (Ideación suicida moderada-severa)			
Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
Aislamiento	0,7	0,5	1,1
Percepción agravada de carga	1,9	1,2	3,2
Capacidad adquirida	4,3	2,3	7,7

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$

El 65,9% de la muestra comunica síntomas de falta de sentido de pertenencia (soledad, desconexión con el entorno o abandono de sí mismo) y el 20,3% percibe ser una carga. La simultaneidad de estos dos elementos explica un 11,6% de casos que tendrían deseos de morir, por lo tanto, del total de la muestra. La capacidad adquirida se presenta en el 14,2% de las llamadas IS. La Teoría Interpersonal del Suicidio con todos sus elementos se cumple en el 2% de los casos.

Al igual que se ha analizado la asociación de la teoría con la ideación suicida, se realiza el mismo análisis con la variable nivel de riesgo. La Tabla 67 muestra cada uno de

los tres elementos considerados aisladamente y su asociación con el nivel de riesgo alto-muy alto.

Tabla 67. Elementos de la Teoría Interpersonal del Suicidio según el nivel de riesgo

Variable dependiente = 1 (Nivel de riesgo alto-muy alto)			
Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
Aislamiento	0,6	0,4	0,9
Percepción agravada de carga	1,5	0,9	2,3
Capacidad adquirida	2,6	2,3	3,0

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$

El aislamiento está asociado al nivel de riesgo bajo-moderado, mientras que la capacidad adquirida lo está con el nivel de riesgo alto-muy alto. La percepción agravada de carga no está asociada al nivel de riesgo de suicidio.

10.4.4 La Teoría Integrativa Motivacional-Volitiva

En esta segunda teoría, el paso al intento de suicidio se da ante determinados moderadores (ver 1.4.1.10). En este estudio los sentimientos de derrota y de fracaso se dan en el 68,6% de los casos y los de sentirse atrapado en el 56,1%. La simultaneidad de ambos elementos de la teoría ocurre en un 21,2% de la muestra.

Los elementos de la IMV considerados aisladamente y su asociación con la ideación suicida moderada-severa se muestran en la Tabla 68.

Tabla 68. Presencia de los elementos de la teoría Integrativa Motivacional-Volitiva

Variable dependiente = 1 (Ideación suicida moderada-severa)			
Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
Fracaso, derrota, humillación	1,2	0,8	1,8
Sentirse atrapado	1,5	1,0	2,3
Capacidad adquirida	4,3	2,3	7,7

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$

Tal y como se aprecia en la tabla anterior, los OR de los factores sentirse atrapado y capacidad adquirida están comprendidos en un intervalo que no contiene la unidad, por

lo que se interpreta que están asociados a la ideación suicida y no así los sentimientos de fracaso, derrota o humillación.

10.5 DIFERENCIAS DE GÉNERO

10.5.1 Variables sociodemográficas

La Tabla 69 presenta las diferencias de género en las variables sociodemográficas. El dato de cada variable no se ha recogido en todos los casos, por lo que la N varía de unas variables a otras.

Tabla 69. Diferencias de género en las variables sociodemográficas

VARIABLES	Todos	Hombres	Mujeres	X^2 (df)	p
Edad	(N = 435)	(n = 201)	(n = 234)		
< 15 años	4 (0,9%)	1 (0,5%)	3 (1,3%)	20,2 (4)	,000
De 15 a 29 años	48 (11,1%)	16 (8,0%)	32 (13,8%)		
De 30 a 49 años	219 (50,6%)	123 (61,2%)	96 (41,4%)		
De 50 a 69 años	149 (34,4%)	59 (29,4%)	90 (38,8%)		
De 70 años y más	13 (3,0%)	2 (1,0%)	11 (4,7%)		
Edad	M(SD)	M(SD)	M(SD)	<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
Edad media	46,6 (13,8)	44,2 (12,3)	48,5 (14,9)	-3,3 (433)	,001
Estado civil	(N = 416)	(n = 198)	(n = 218)	X^2 (df)	<i>p</i>
Casado/a	90 (21,6%)	46 (23,2%)	44 (20,2%)	30,4 (3)	,000
Divorciado/a	86 (20,7%)	39 (19,7%)	47 (21,6%)		
Soltero/a	207 (49,8%)	112 (56,6%)	95 (43,6%)		
Viudo/a	33 (7,9%)	1 (0,5%)	32 (14,7%)		
Ocupación	(N = 286)	(n = 142)	(n = 144)		
Activo	118 (41,3%)	71 (50,0%)	47 (32,6%)	9,9 (2)	,007
Desempleo	147 (51,4%)	60 (42,3%)	87 (60,4%)		
Jubilado	21 (7,3%)	11 (7,7%)	10 (6,9%)		
País de origen	(N = 432)	(N = 199)	(N = 233)		
España	409 (94,0%)	190 (94,5%)	219 (93,6%)	5,5 (5)	,477
Europa UE	7 (1,6%)	2 (1,0%)	5 (2,1%)		
Norteamérica	1 (0,2%)	0	1 (0,4%)		
Centroamérica	2 (0,5%)	2 (1,0%)	0		
Sudamérica	12 (2,8%)	5 (2,5%)	7 (3,0%)		
Resto Europa	1 (0,2%)	0	1 (0,4%)		

Las diferencias se dan en los hombres solteros ($Z = 2,4 > 1,96$; $p = ,002$) de 30 a 49 años ($Z = 3,7 > 1,96$; $p < ,001$) con ocupación activa ($Z = 4,5 > 1,96$; $p < ,001$). En el resto de tramos de edad no existen diferencias, tampoco en la ocupación de desempleo o jubilación, ni en el estado civil de casado, divorciado o viudo.

10.5.2 Factores de riesgo y señales de alarma

La Tabla 70 recoge la comparación por género de las señales/síntomas y los factores de riesgo que se han detectado en las llamadas IS. En el grupo CV existen diferencias de género en cuanto a sentimientos de desesperanza ($X^2 = 4,6$; $p = ,033$), sentirse atrapado ($X^2 = 6,9$; $p = ,009$) y falta de sentido en la vida ($X^2 = 5,4$; $p = ,020$). En el grupo EM existen diferencias en trastornos de personalidad ($X^2 = 9,8$; $p = ,002$), abuso de alcohol y drogas ($X^2 = 35,9$; $p = ,000$) y en el grupo SUF, en historial de abuso ($X^2 = 8,1$; $p = ,004$).

Tabla 70. Diferencias de género en los factores de riesgo y las señales de alarma

Factores de riesgo	Total (N = 435) N (%)	Hombres (n = 201) n (%)	Mujeres (n = 234) n (%)	X^2 (df)	p
<i>Enfermedad física</i>					
EF crónica con dolor	49 (11,3%)	18 (9,0%)	31 (13,2%)	2,0 (1)	,158
EF degenerativa	6 (1,4%)	3 (1,5%)	3 (1,3%)	0,0(1)	,851
EF incapacidad	14 (3,2%)	4 (2,0%)	10 (4,3%)	1,8 (1)	,179
EF lesiones graves	1 (0,2%)	0	1 (0,4%)	0,8 (1)	,353
<i>Enfermedad mental</i>					
EM Depresión	182 (41,8%)	79 (39,3%)	103 (44,0%)	0,9 (1)	,320
EM Esquizofrenia	55 (12,6%)	25 (12,4%)	30 (12,8%)	0,0 (1)	,905
EM Psicosis	10 (2,3%)	4 (2,0%)	6 (2,6%)	0,2 (1)	,690
EM Trastornos de personalidad	130 (29,9%)	130 (29,9%)	55 (23,5%)	9,8 (1)	,002
EM Ansiedad severa	78 (17,9%)	38 (18,9%)	40 (17,1%)	0,2 (1)	,623
EM Abuso de alcohol y drogas	58 (13,3%)	48 (23,9%)	10 (4,3%)	35,9 (1)	,000
EM Conducta impulsiva	34 (7,8%)	25 (12,4%)	9 (3,8%)	11,1 (1)	,001
<i>Crisis vital</i>					
CV Pérdidas	159 (36,6%)	66 (32,8%)	93 (39,7%)	2,2 (1)	,136
CV Desesperanza	184 (42,3%)	96 (47,8%)	88 (37,6%)	4,6 (1)	,033
CV Sentimientos fracaso	302 (69,4%)	141 (70,1%)	161 (68,8%)	0,1 (1)	,761
CV Atrapado	250 (57,5%)	129 (64,2%)	121 (51,7%)	6,9 (1)	,009
CV Sentimientos de carga	88 (20,2%)	46 (22,9%)	42 (17,9%)	1,6 (1)	,201
CV Falta sentido	214 (49,2%)	111 (55,2%)	103 (44,0%)	5,4 (1)	,020
<i>Aislamiento</i>					
AS Soledad	278 (63,9%)	127 (63,2%)	151 (64,5%)	0,1 (1)	,771
AS Desconexión	28 (6,4%)	11 (5,5%)	17 (7,3%)	0,6 (1)	,448
AS Abandono de sí mismo	33 (7,6%)	18 (9,0%)	15 (6,4%)	1,0 (1)	,318
<i>Capacidad adquirida</i>					
SUF Varios intentos	37 (8,5%)	15 (7,5%)	22 (9,4%)	0,5 (1)	,470
SUF Un intento anterior	69 (15,9%)	33 (16,4%)	36 (15,4%)	0,1 (1)	,769
SUF Autolesiones	24 (5,5%)	10 (5,0%)	14 (6,0%)	0,2 (1)	,646
SUF Historial abuso	29 (6,7%)	6 (3,0%)	23 (9,8%)	8,1 (1)	,004
SUF marginación extrema	5 (1,5%)	2 (1,3%)	3 (1,6%)	0,6 (1)	,812

EF = enfermedad física; EM = enfermedad mental; CV = crisis vital; AS = aislamiento; SUF = capacidad adquirida.

Los hombres tienen más riesgo que las mujeres de presentar, junto a la ideación suicida, los factores que se muestran en la Tabla 71.

Tabla 71. Factores de riesgo en los hombres con ideación suicida

Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
EM Trastornos de Personalidad	1,9	1,3	2,9
EM Abuso de alcohol y drogas	7,0	3,4	14,3
CV Desesperanza	1,5	1,0	2,2
CV Atrapado	1,6	1,1	2,4
CV Falta sentido	1,5	1,1	2,3

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$

EM = enfermedad mental; CV = crisis vital

Como se puede observar en la Tabla 72, las mujeres con ideación suicida tienen más riesgo de presentar abuso físico (OR = 1,9) en comparación con los hombres.

Tabla 72. Factores de riesgo en las mujeres con ideación suicida

Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
SUF Historial abuso	1,9	1,3	2,9

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$

SUF = capacidad adquirida

10.5.3 Variables relacionadas con la suicidalidad

Las variables relacionadas con la suicidalidad se presentan en la Tabla 73 junto a los estadísticos para comprobar las diferencias entre hombres y mujeres. El análisis se ha realizado con tablas de contingencia y el estadístico Chi-cuadrado. La severidad de la ideación suicida presenta diferencias significativas ($X^2 = 10,0$; $p = ,040$). El menor nivel de gravedad se da en las mujeres ($Z = -7,2 < -1,96$; $p < ,001$). El contraste de proporciones en el resto de los grados de la ideación no muestra diferencias. Se observan diferencias en cuanto a la percepción de personas que les echarán en falta ($X^2 = 14,4$ $p = ,013$). Las mujeres dicen en mayor medida que nadie les echaría en falta ($Z = -5,7 < -1,96$; $p < ,001$)

y los hombres piensan más en los padres que las mujeres ($Z = 2,9 > 1,96; p = ,004$). El 86,4% de los casos informa querer morir para aliviar su sufrimiento.

Tabla 73. Diferencias de género en las variables relacionadas con la suicidalidad

Variables	Total	Hombres	Mujeres	X^2 (df)	p
	N (%)	n (%)	n (%)		
<i>Ideación suicida</i>	(N = 435)	(n = 201)	(n = 234)		
Deseos de estar muerto	85 (19,5%)	27 (13,4%)	58 (24,8%)		
Ideas vagas de suicidio	223 (51,3%)	113 (56,2%)	110 (47,0%)		
Ideas+método	84 (19,3%)	38 (18,9%)	46 (19,7%)	10,0 (4)	,040
Ideas+método+intención	23 (5,3%)	13 (6,5%)	10 (4,3%)		
Ideas+método+intención+plan	20 (4,6%)	10 (5,0%)	10 (4,3%)		
Ideación verbalizada	400 (92,0%)	188 (93,5%)	212 (90,6%)	1,3 (1)	,262
Ideación latente	35 (8,0%)	13 (6,5%)	22 (9,4%)		
<i>Conducta suicida</i>	(N = 435)	(n = 201)	(n = 234)		
Intentos de suicidio recientes*	38 (8,7%)	14 (7,0%)	24 (10,3%)	1,4 (1)	,225
Intentos de suicidio anteriores	88 (20,2%)	43 (21,4%)	45 (19,2%)	0,3 (1)	,576
Conductas preparatorias recientes	46 (10,6%)	19 (9,5%)	27 (11,5%)	0,5 (1)	,481
Autolesiones	24 (5,5%)	10 (5,0%)	14 (6,0%)	0,2 (1)	,646
<i>Razones para morir</i>	(N = 432)	(N = 200)	(N = 232)		
No hay razones	19 (4,4%)	6 (3,0%)	13 (5,6%)		
No veo razones	62 (14,4%)	34 (17,0%)	28 (12,1%)	6,9 (4)	,141
No estoy seguro	87 (20,1%)	45 (22,5%)	42 (18,1%)		
Es probable que no lo haga	101 (23,4%)	39 (19,5%)	62 (26,7%)		
No lo voy a hacer	163 (37,7%)	76 (38,0%)	87 (37,5%)		
<i>Razones para vivir</i>	(N = 322)	(N = 159)	(N = 163)		
No tengo valor para hacerlo	177 (55,0%)	94 (59,1%)	83 (50,9%)		
Mi familia	107 (33,2%)	48 (30,2%)	59 (36,2%)	7,1 (4)	,131
Mis creencias	3 (0,9%)	2 (1,3%)	1 (0,6%)		
Proyectos	21 (6,5%)	12 (7,5%)	9 (5,5%)		
Otros	14 (4,3%)	3 (1,9%)	11 (6,7%)		
<i>Percepción echar en falta</i>	(N = 379)	(N = 174)	(N = 205)		
Nadie	78 (20,6%)	27 (15,5%)	51 (24,9%)		
Hijos	103 (27,2%)	50 (28,7%)	53 (25,9%)		
Padres	124 (32,7%)	70 (40,2%)	54 (26,3%)	14,4 (5)	,013
Pareja	26 (6,9%)	12 (6,9%)	14 (6,8%)		
Familia	39 (10,3%)	13 (7,5%)	26 (12,7%)		
Otros	9 (2,4%)	2 (1,1%)	7 (3,4%)		
<i>Riesgo de suicidio</i>	(N = 435)	(n = 201)	(n = 234)		
Moderado	242 (55,6%)	108 (53,7%)	134 (57,3%)		
Alto	163 (37,5%)	75 (37,3%)	88 (37,6%)	2,5 (2)	,281
Muy alto	30 (9,0%)	18 (5,1%)	12 (6,9%)		

* = últimos 3 meses

10.6 DIFERENCIAS SEGÚN LA EDAD

La edad es un factor de riesgo de suicidio, especialmente en los momentos de cambio en la etapa evolutiva, como son la adolescencia y la vejez. Para analizar si existen

diferencias según la edad de los usuarios se han establecido dos categorías: 50 o más años y menos de 50 años.

10.6.1 Factores de riesgo/señales de alarma

La Tabla 74 muestra los factores de riesgo y las diferencias según la edad. Como se puede comprobar, en los grupos EF, EM y AS existen diferencias, principalmente en el grupo EM. En los grupos CV y SUF no existen diferencias según la edad. En 10 casos de la muestra se desconoce la edad, por lo que el análisis se hace con 439 casos.

Tabla 74. Diferencias según la edad en los factores de riesgo y las señales de alarma

Factores de riesgo	Total (N = 439) N (%)	> = 50 años (n = 194) n (%)	< 50 años (n = 245) n (%)	X² (df)	p
<i>Enfermedad física</i>					
EF Crónica con dolor	49 (11,2%)	34 (17,5%)	15 (6,1%)	14,1 (1)	,000
EF Degenerativa	6 (1,4%)	3 (1,5%)	3 (1,2%)	0,1 (1)	,773
EF Incapacidad	14 (3,2%)	8 (4,1%)	6 (2,4%)	0,9 (1)	,321
EF Lesiones graves	1 (0,2%)	1 (0,5%)	0	1,2	,261
<i>Enfermedad mental</i>					
EM Depresión	185 (42,1%)	96 (49,5%)	89 (36,3%)	7,6 (1)	,006
EM Esquizofrenia	55 (12,5%)	22 (11,3%)	33 (13,5%)	0,4 (1)	,503
EM Psicosis	9 (2,1%)	2 (1,0%)	7 (2,9%)	1,8 (1)	,180
EM Trastornos personalidad	133 (30,3%)	42 (21,6%)	91 (37,1%)	12,3 (1)	,000
EM Ansiedad severa	78 (17,8%)	15 (7,7%)	63 (25,7%)	23,9 (1)	,000
EM Abuso de alcohol y drogas	59 (13,4%)	15 (7,7%)	44 (18,0%)	9,7(1)	,002
EM Conducta impulsiva	34 (7,7%)	8 (4,1%)	26 (10,6%)	6,3 (1)	,012
<i>Crisis vital</i>					
CV Pérdidas	161 (36,7%)	69 (35,6%)	92 (37,6%)	0,2 (1)	,668
CV Desesperanza	185 (42,1%)	72 (37,1%)	113 (46,1%)	3,6 (1)	,058
CV Sentimientos fracaso	305 (69,5%)	130 (67,0%)	175 (71,4%)	0,9 (1)	,318
CV Atrapado	252 (57,4%)	105 (54,1%)	147 (60,0%)	1,5 (1)	,216
CV Sentimientos de carga	90 (20,5%)	35 (18,0%)	55 (22,4%)	1,3 (1)	,256
CV Falta sentido	216 (49,2%)	95 (49,0%)	121 (49,4%)	0,0 (1)	,931
<i>Aislamiento</i>					
AS Soledad	281 (64,0%)	142 (73,2%)	139 (56,7%)	12,7 (1)	,000
AS Desconexión	28 (6,4%)	16 (8,2%)	12 (4,9%)	2,0 (1)	,154
AS Abandono de sí mismo	33 (7,5%)	14 (7,2%)	19 (7,8%)	0,0 (1)	,832
<i>Capacidad adquirida</i>					
SUF Varios intentos	37 (8,4%)	21 (10,8%)	16 (6,5%)	2,5 (1)	,108
SUF Un intento anterior	71 (16,2%)	36 (18,6%)	35 (14,3%)	1,4(1)	,227
SUF Autolesiones	24 (5,5%)	7 (3,6%)	17 (6,9%)	2,3 (1)	,127
SUF Historial abuso	29 (6,6%)	10 (5,2%)	19 (7,8%)	1,2 (1)	,276
SUF marginación extrema	5 (1,4%)	2 (1,2%)	3 (1,1%)	0,3 (1)	,849

El 44,2% de la muestra tienen 50 o más años y un 55,8% no llegan a los 50 años. Atendiendo a esta clasificación, existen las siguientes diferencias: a) en los de 50 años y más es mayor la enfermedad crónica con dolor ($X^2 = 14,1$; $p = ,000$), la depresión ($X^2 = 7,6$; $p = ,006$) y la soledad ($X^2 = 12,7$; $p = ,000$), b) en los menores de 50 años es mayor la ansiedad severa ($X^2 = 23,9$; $p = ,000$), los trastornos de personalidad ($X^2 = 12,3$; $p = ,000$), el abuso de alcohol y drogas ($X^2 = 9,7$; $p = ,002$) y la conducta impulsiva ($X^2 = 6,3$; $p = ,012$).

La Tabla 75 muestra en qué medida las personas con más de 50 años con ideación suicida tienen más riesgo de presentar determinados factores de riesgo, como una enfermedad física crónica con dolor, depresión y soledad.

Tabla 75. Factores de riesgo en personas de 50 años y más respecto a menores de 50 años.

Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
EF Crónica con dolor	3,3	1,7	6,2
EM Depresión	1,7	1,2	2,5
EM Ansiedad severa	0,2	0,1	0,4
EM Trastornos de personalidad	0,5	0,3	0,7
EM Abuso de alcohol y drogas	0,4	0,2	0,7
EM Conducta impulsiva	0,4	0,2	0,8
AS Soledad	2,1	1,4	3,1

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$

EF = enfermedad física; EM = enfermedad mental; AS = aislamiento.

Sin embargo, están más protegidos frente a factores como la ansiedad severa, los trastornos de personalidad y el abuso de alcohol y drogas, factores que están más asociados a las personas menores de 50 años.

10.6.2 Variables relacionadas con la suicidalidad

Para averiguar las variables asociadas con la suicidalidad en función de la edad, se recurre al mismo tipo de análisis que se viene realizando con la tabla de contingencia y el estadístico Chi-cuadrado (Tabla 76).

Tabla 76. Diferencias según la edad en las variables de suicidalidad

Variab les	Total N (%)	≥ 50 años n (%)	< 50 años n (%)	X² (df)	p
<i>Ideación suicida</i>	(N = 439)	(n = 194)	(n = 245)		
Deseos de estar muerto	88 (20,0%)	56 (28,9%)	32 (13,1%)		
Ideas vagas de suicidio	224 (51,0%)	98 (50,5%)	126 (51,4%)		
Ideas+método	84 (17,0%)	33 (20,8%)	51 (20,8%)	20,1 (4)	,000
Ideas+método+intención	23 (5,2%)	2(1,0%)	21 (8,6%)		
Ideas+método+intención+plan	20 (4,6%)	5 (2,6%)	15 (6,1%)		
Ideación verbalizada	403 (91,8%)	174 (89,7%)	229 (93,5%)	2,1 (1)	,105
Ideación latente	36 (8,2%)	20 (10,3%)	16 (6,5%)		
<i>Razones para morir</i>	(N = 436)	(N = 193)	(N = 243)		
No hay razones	19 (4,4%)	7 (3,6%)	12 (4,9%)		
No veo razones	62 (14,2%)	25 (13,0%)	37 (15,2%)	13,9 (4)	,008
No estoy seguro	87 (20,0%)	25 (13,0%)	62 (25,5%)		
Es probable que no lo haga	101 (23,2%)	52 (26,9%)	49 (20,2%)		
No lo voy a hacer	167 (38,3%)	84 (43,5%)	83 (34,2%)		
<i>Razones para vivir</i>	(N = 327)	(N = 139)	(N = 188)		
No tengo valor para hacerlo	178 (54,4%)	87 (62,6%)	91 (48,4%)		
Mi familia	110 (33,6%)	37 (26,6%)	73 (38,8%)	7,8 (4)	,100
Mis creencias	3 (0,9%)	1 (0,7%)	2 (1,1%)		
Proyectos	22 (6,7%)	10 (7,2%)	12 (6,4%)		
Otros	14 (4,3%)	4 (2,9%)	10 (5,3%)		
<i>Percepción echar en falta</i>	(N = 382)	(N = 175)	(N = 207)		
Nadie	77 (20,2%)	57 (32,6%)	20 (9,7%)		
Hijos	105 (27,5%)	63 (36,0%)	42 (20,3%)		
Padres	124 (32,5%)	16 (9,1%)	108 (52,2%)	103,4 (5)	,000
Pareja	26 (6,8%)	11 (6,3%)	15 (7,2%)		
Familia	41 (10,7%)	28 (16,0%)	13 (6,3%)		
Otros	9 (2,4%)	0	9 (4,3%)		
<i>Riesgo de suicidio</i>	(N = 439)	(n = 194)	(n = 245)		
Bajo	0	0	0		
Moderado	244 (55,6%)	114 (58,8%)	130 (53,1%)		
Alto	165 (37,6%)	77 (39,7%)	88 (35,9%)	15,3 (2)	,000
Muy alto	30 (6,8%)	3 (1,5%)	27 (11,0%)		

Se observan diferencias en el modo de presentarse la ideación suicida ($X^2 = 20,1$; $p = ,000$), en los intentos anteriores ($X^2 = 5,3$; $p = ,021$), en las conductas preparatorias ($X^2 = 3,9$; $p = ,047$) y en el nivel de riesgo de suicidio ($X^2 = 15,3$; $p = ,000$). En cuanto al nivel de gravedad en la ideación, los mayores de 50 años tienen los menores niveles de gravedad en deseos de estar muerto ($Z = 5,3 > 1,96$; $p < ,001$) e ideas vagas de suicidio ($Z = -3,8 < -1,96$; $p < ,001$). En el resto de los niveles no se observan diferencias. De los 30 casos de nivel de riesgo muy alto, el 90% tiene menos de 50 años. Los mayores de 50 años dicen en mayor medida que nadie les echaría en falta ($Z = 9,6 > 1,96$; $p < ,001$) y citan más a los

hijos ($Z = 4,2 > 1,96; p < ,001$), mientras que los menores de 50 años citan más a los padres ($Z = -24,6 < -1,96; p < ,001$).

El criterio sobre el riesgo de suicidio se basa en dos aspectos esenciales, la severidad de la ideación y el nivel de riesgo. En la Tabla 77 se muestran estas variables dicotomizadas referidas a la ideación suicida moderada-severa y al riesgo de suicidio alto o muy alto.

Tabla 77. Suicidalidad en personas de mayores de 50 años respecto a menores de 50 años.
Variable dependiente = 1 (50 años y más)

Variable	OR	95% IC	
		Inferior	Superior
Ideación suicida moderada-severa	0,5	0,3	0,7
Riesgo alto-muy alto	0,7	0,5	1,2

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; $p < ,05$

El cálculo de las OR para las variables significativas nos indica que tener más de 50 años es un factor protector frente a la ideación moderada-severa y frente al nivel de riesgo alto o muy alto de suicidio.

10.7 LA ACTUACIÓN DEL ORIENTADOR

El último paso del proceso de evaluación del riesgo de suicidio tiene que ver con la actuación del orientador frente al criterio que se ha formado acerca del nivel de riesgo de suicidio. El gráfico representado en la Figura 61 muestra el tipo de ayuda ofrecida.

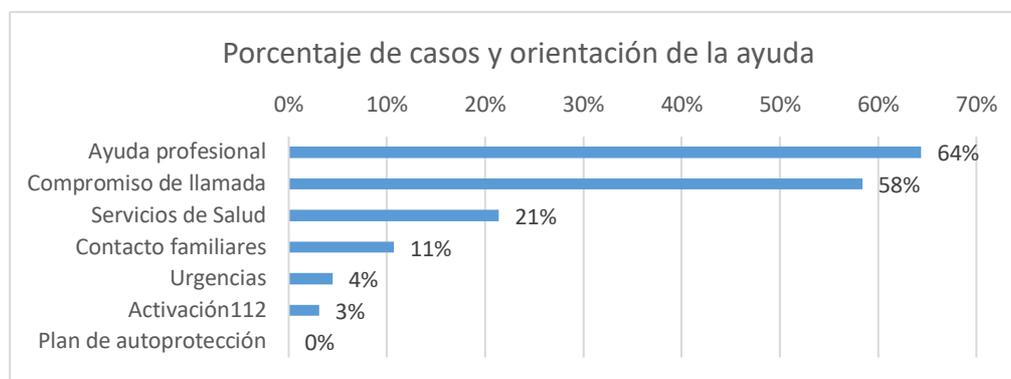


Figura 61. Tipo de ayuda ofrecida por los orientadores que utilizan ATENSIS

Ante el riesgo de suicidio, el orientador ha ofrecido ayuda de un profesional del centro en el 64% de los casos y ha pactado con el usuario en el 58% para que vuelva a llamar al Teléfono de la Esperanza. En ningún caso se ha realizado un plan de autoprotección para que el usuario tenga presente y accesible una referencia de ayuda en los momentos de crisis. La descripción de la ayuda ofrecida por el orientador en función del nivel de riesgo se muestra en la Tabla 78.

Tabla 78. Ofrecimiento de ayuda por el orientador según el riesgo de suicidio

Tipo de ofrecimiento	Moderado n = 247	Alto n = 169	Muy alto n = 33	Total N = 449
Ayuda profesional	168 (68,0%)	111 (65,7%)	10 (30,3%)	289 (64,4%)
Urgencias	7 (2,8%)	10 (5,9%)	3 (9,1%)	20 (4,5%)
Servicios de Salud	48(19,4%)	36 (21,3%)	12 (36,4%)	96 (21,4%)
Contacto con familiares	21 (8,5%)	22 (13,0%)	5 (15,2%)	48 (10,7%)
Compromiso de llamada	125 (50,6%)	119 (70,4%)	18 (54,5%)	262 (58,4%)
Plan de autoprotección	0	0	0	0
Activación112	1 (0,4%)	6 (3,6%)	7 (21,2%)	14 (3,1%)

En el 3,1% de los casos se ha contactado con los equipos de emergencia (112). La orientación hacia la red de salud se ha hecho en el 21,4% de los casos y el contacto con los familiares del usuario se ha dado en el 10,7% de los casos. Ante el riesgo alto, el orientador tiende a ofrecer ayuda profesional y a pactar un compromiso de llamada. Ante el riesgo muy alto, el orientador tiende, mayoritariamente, a pactar un compromiso de llamada del llamante.

10.7.1 Eficacia percibida por el orientador

Como indica el título del epígrafe, se trata de la percepción del orientador que, evidentemente, es subjetiva. Hubiera sido deseable medir la eficacia de forma más objetiva recabando, como en los estudios de Gould et al. (2007, 2015, 2018), la opinión de los usuarios llamantes. Dos variables miden la percepción que el orientador tiene sobre la eficacia de la atención que ha prestado: 1) la disminución de la suicidalidad del usuario y 2) la calidad de su atención. Ambas variables se pueden ver en las Tabla 79 y Tabla 80.

Tabla 79. Percepción del orientador sobre la disminución de la suicidalidad

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Desconocido	24	5,3
No	12	2,7
No lo sé	119	26,5
Sí	294	65,5
Total	449	100,0

El orientador percibe, en el 65,5% de los casos, que la suicidalidad del llamante experimenta una reducción en su intensidad. La variable se mide en función de la respuesta que el orientador ha dado a la siguiente pregunta: ¿consideras que durante la llamada ha disminuido la tendencia suicida?

En cuanto a la calidad, se mide igualmente en función de las respuestas que el orientador ha dado a la siguiente pregunta: ¿cómo valoras globalmente la orientación que has realizado? Los resultados indican que en más del 75% de los casos la propia valoración es positiva o muy positiva.

Tabla 80. Percepción del orientador sobre la calidad de la atención

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Desconocido	15	3,3
No lo sé	18	4,0
Muy deficiente	0	0
Deficiente	1	0,2
Regular	30	6,7
Positiva	294	65,5
Muy positiva	51	11,4
No procede	39	8,7
Total	449	100,0

10.7.2 Análisis del cuestionario previo a la utilización de ATENSIS

Las respuestas recibidas (n = 20) suponen el 30,8% de los orientadores activos que hay en la sede de Navarra a principio de 2016 (N = 65). A la pregunta “me considero preparada/o para atender llamadas con temática suicida” el 50% responde que necesita preparación. A la pregunta “cuando atiendo una llamada de este tipo, siento estrés ante la idea de prestar una ayuda de calidad y eficaz” el 70% dice sentir estrés. A la pregunta

“después de atender una llamada de este tipo, me quedo intranquila/o y preocupada/o de no haber hecho lo correcto”, el 32% informa sentirse intranquilo. Los años de antigüedad como voluntarios no influyen en las respuestas anteriores.

10.7.3 Análisis del cuestionario posterior a la utilización de ATENSIS

Las respuestas recibidas ($n = 38$) suponen el 54,3% de los orientadores activos que hay en la sede de Navarra en agosto de 2016 ($N = 70$). A la pregunta “me considero preparada/o para atender llamadas con temática suicida” responden que el 39% necesita preparación. A la pregunta “cuando atiendo una llamada de este tipo, siento estrés ante la idea de prestar una ayuda de calidad y eficaz”, un 51% dice sentir estrés. A la pregunta “después de atender una llamada de este tipo, me quedo intranquila/o y preocupada/o de no haber hecho lo correcto”, el 30% se siente muy intranquilo. Los años de antigüedad como voluntarios no influyen en las respuestas anteriores.

10.7.4 Diferencias entre el cuestionario previo y posterior a la utilización de ATENSIS

Respecto a las tres preguntas anteriores, el contraste de proporciones arroja el siguiente resultado: una pequeña diferencia del 16% entre los que se consideran bien formados ($Z = -1,94 > -1,96; p = ,053$), una diferencia del 45% ($Z = -1,91 > -1,96; p = ,055$) respecto a la percepción de sentir estrés y de un 28% ($Z = -1,96 = -1,96; p = ,0502$) en los que sienten intranquilidad tras la llamada. Estas diferencias indican una mejoría en los parámetros medidos en el cuestionario posterior a la utilización de ATENSIS respecto a la aplicación previa del cuestionario.

Si bien se ha hecho referencia a los datos relativos a Navarra, el cuestionario se ha aplicado también a nivel nacional, con la siguiente participación: cuestionario previo ($n = 365$), cuestionario posterior ($n = 229$). Respecto a los 1.000 orientadores del TE, suponen el 35,5% y el 23%, respectivamente. La información obtenida del cuestionario aplicado

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

tras la implantación de ATENSIS permite afirmar que el 34% de los orientadores no se considera bien formado en temática suicida y el 60% no ha recibido formación sobre el uso de la herramienta. El 73% conoce ATENSIS, aunque solo un 29% la ha utilizado.

11 CONCLUSIONES

A continuación, se exponen las conclusiones obtenidas con referencia a los objetivos e hipótesis planteados, así como los hallazgos que se han encontrado. El primer objetivo se especifica en la Tabla 81.

Tabla 81. Contraste de la hipótesis del objetivo 1

		CONFIRMACIÓN
Objetivo	1. Establecer la tasa de prevalencia de llamadas IS en la sede del Teléfono de la Esperanza de Navarra.	
Hipótesis	1. La prevalencia de llamadas con temática suicida en la muestra será similar a la observada en otras líneas de ayuda telefónica (<i>helplines</i>).	NO

La prevalencia de llamadas IS en este estudio ha sido del 2,7%, porcentaje que representa al 3,6% de hombres y al 2,4% de mujeres. Estos datos únicamente pueden compararse, dado el periodo estudiado, con los datos de ASITES a nivel nacional, que son del 1,9%. En 2018 las llamadas IS al TE han experimentado un aumento considerable durante los ocho primeros meses del año, con tasas del 2,4% a nivel nacional y del 3,7% en Navarra.

En la Tabla 82 se muestran las prevalencias de la ideación suicida en la población de distintos países, según el estudio de Nock et al. (2008). Las diferencias observadas, incluso en países del mismo entorno, dejan entrever el carácter multifactorial de la ideación suicida.

Tabla 82. Prevalencias de la ideación suicida en la población en varios países

América	%	Europa	%	AOM	%	Asia	%	Oceanía	%
Colombia	12,4	Bélgica	8,4	Israel	5,5	China	3,1	N. Zelanda	15,9
México	8,1	Francia	12,4	Libano	4,3	Japón	10,9		
USA	15,6	Alemania	9,7	Nigeria	3,2				
		Italia	3,0	Suráfrica	9,1				
		Holanda	8,2						
		España	4,4						
		Ucrania	8,2						

AOM = África y Oriente Medio

Fuente: Nock et al. (2008)

Un estudio llevado a cabo en China encuentra una prevalencia en dicho país del 4,29% (Xu et al., 2015). En relación con las llamadas IS en las que se centra esta tesis, existen varias referencias informadas por las *helplines* y algunos estudios específicos. *Samaritans* informa el 18,8%, *Lifeline Australia* el 5,1%, *The National Suicide Prevention Lifeline* el 25% (Gould, Cross, Pisani, Munfakh y Kleinman, 2013b), *Inochi No Denwa* en Japón, el 14% (<https://www.inochinodenwa.org>), citada por Ohtaki et al., (2016).

A la vista de los datos que se han expuesto, se puede concluir que la prevalencia del 2,7% encontrada en este estudio es inferior a las prevalencias de ideación suicida encontradas en varios países, incluyendo España y, comparando con las prevalencias de llamadas IS informadas por las *helplines*, la prevalencia encontrada es significativamente inferior. Algunas *helplines* se orientan, específicamente, a la prevención del suicidio y pueden explicar estas diferencias, pero otras, como *Samaritans*, tienen la misma orientación que el TE.

A la vista de los resultados, **no se confirma la hipótesis 1** de igualdad de tasas entre la muestra y las obtenidas en otras *helplines* similares al TE.

El segundo objetivo analiza las características de las llamadas IS al TE y se concreta en varios objetivos específicos. La Tabla 83 muestra el primero de ellos.

Tabla 83. Contraste de las hipótesis del objetivo 2.1

		CONFIRMACIÓN
Objetivo	2. Analizar las características de las llamadas al Teléfono de la Esperanza con ideación suicida.	
Objetivo	2.1. Conocer las características sociodemográficas y temporales de las llamadas con ideación suicida.	
Hipótesis	2. En las llamadas con ideación suicida habrá una mayor proporción de mujeres que de hombres (ratio 2:1).	NO
Hipótesis	3. El mayor número de llamadas con ideación suicida se producirá por la noche, durante el fin de semana y en verano.	SÍ

En las llamadas a ASITES Navarra, la proporción de mujeres es el 52% y la de hombres el 48%, lo que supone una ratio de 2:1,8. La hipótesis formulada se ha basado en la media de proporciones observada en las llamadas generales al TE en los últimos 4 años, que es el 65% mujeres y el 35% hombres. Las cifras muestran un cambio de tendencia y menores diferencias, pasando las mujeres del 70% en 2014 a un 60% en 2017. Esta característica se viene dando igualmente en otras *helplines* a nivel internacional, con valores que oscilan entre el 57% y el 62% (Mishara y Daigle, 1997; Ramchand et al., 2016; Spittal et al., 2015; Witte et al., 2010). En *Lifeline Australia*, el 59% de llamadas IS las realizan las mujeres y el 41% los hombres, con una ratio de 2:1,4 (Spittal et al., 2015). En Japón se analizaron las características de las llamadas a la *helpline Inochi No Denwa* (Ohtaki et al., 2016) encontrando una ratio en las llamadas IS de 2:1,3. En un estudio sobre el riesgo inminente de suicidio de las llamadas a *Lifeline*, Gould et al. (2015) encontró una proporción de 51% mujeres y 49% hombres. El estudio de Ohtaki (2016) analiza, en una muestra de usuarios de la *helpline Inochi No Denwa*, la presencia de ideación suicida y los factores que concurren con ella.

Respecto a las características sociodemográficas de estos usuarios, el 61% son mujeres, el 71% es menor de 50 años y el 26% está empleado. Gould (2007) encuentra, en su estudio sobre llamadas IS a *Lifeline*, una proporción similar del 61% de mujeres. El resultado obtenido en este estudio es coincidente al de Gould et al. (2015) y está en línea con otros estudios que citan proporciones alejadas de la ratio 2:1.

A la vista de la ratio 2:1,8 de mujeres-hombres que contiene la muestra, **no se confirma la hipótesis 2** de que la ratio será de 2:1.

La hipótesis 3 se postula en base a la información existente sobre la temporalidad de los intentos de suicidio. Se conoce que el domingo es el día de más tentativas, la estación el verano y la franja horaria la tarde y noche (López et al. 2009). En el presente estudio, las llamadas IS se concentran más por la tarde y por la noche que por las mañanas,

principalmente a partir de las 20:00h, siendo los sábados y los domingos los días con más llamadas. Como se ha explicado en el capítulo de resultados, para analizar la estacionalidad se ha recurrido a los datos de LLAMATEL de dos años completos (febrero 2016-enero 2018) y se ha encontrado que el verano es la estación con más llamadas. Estos datos son coincidentes con los obtenidos en un estudio sobre la estacionalidad de las llamadas IS en EE. UU. (Kposowa y D'Auria, 2010) y con otro estudio realizado en Andalucía (Mejías-Martín et al., 2018). Este último estudio analizó los intentos de suicidio atendidos por los equipos de emergencia. Las llamadas recibidas en los teléfonos 061/112 fueron coordinadas por un operador que activó los equipos de emergencia/hospitalarios y, una vez realizada la intervención, se codificó la llamada como intento de suicidio. Las características horarias de las llamadas son bastante coincidentes con las encontradas en la muestra de este estudio y, aunque se trata de intentos de suicidio, se puede establecer alguna similitud: las llamadas se reparten casi por igual, 50,98% de mujeres, con una ratio de 2:1,9, la edad media es de 42,72 (DT = 15,94), los sábados y domingos los días de más llamadas y los meses con más atenciones fueron julio y agosto (Mejías-Martín et al., 2018). **La hipótesis 3 sobre la temporalidad de las llamadas queda confirmada**, ya que es el verano la estación con más llamadas, en horario de noche principalmente y durante el fin de semana. Un nuevo objetivo sobre las características de las llamadas IS se especifica en la Tabla 84.

Tabla 84. Confirmación de las hipótesis del objetivo 2.2.

		CONFIRMACIÓN
Objetivo	2. Analizar las características de las llamadas al Teléfono de la Esperanza con ideación suicida.	
Objetivo	2.2. Establecer las características de la ideación suicida, así como los factores de riesgo asociados a la ideación y a la suicidalidad.	
Hipótesis	4. En las llamadas con ideación suicida, los factores emocionales y adaptativos estarán más presentes que los factores psicopatológicos.	SÍ
Hipótesis	5. La presencia de razones para vivir estará mediada, mayoritariamente, por la presencia de factores emocionales y adaptativos.	SÍ

Con este segundo objetivo específico se pretende conocer las características de la ideación suicida, de los factores de riesgo y de las señales de alarma presentes en las llamadas IS. Estos elementos forman parte fundamental del proceso de evaluación del riesgo y su conocimiento permitirá avanzar en la prevención. Como se ha explicado anteriormente, están organizados por grupos, uno de los cuales es la enfermedad mental que recoge los problemas psicopatológicos.

Para este objetivo se plantean dos hipótesis. La primera de ellas establece que en las llamadas IS los factores emocionales y adaptativos estarán más presentes que los factores psicopatológicos. Parte del supuesto de que los usuarios del TE encuentran respuesta a sus llamadas en petición de ayuda en momentos de crisis. Los problemas emocionales y de adaptación (incluida la soledad) suelen destacar sobre los problemas psicopatológicos, con porcentajes aproximados del 44% y 27%, respectivamente (ASITES, 2018a). En el estudio de Ohtaki (2016) los problemas emocionales y de adaptación en llamadas IS aparecieron como principal problema en el 59% de los casos y los psicopatológicos en el 36%.

En esta tesis se ha encontrado que los problemas emocionales están presentes, de forma aislada o concurrente con otros, en el 95,1% de los casos frente al 75,3% de los problemas psicopatológicos. Este último dato es menor que el 90% que se viene aceptando en los estudios sobre la conducta suicida ($Z = -10,4 < -1,96; p < ,001$). La depresión, que representa el 55% de los problemas psicopatológicos identificados por el orientador en la llamada, se presenta con un porcentaje similar ($Z = -1,87 > -1,96; p = ,062$) al 60% barajado en la bibliografía.

Los resultados obtenidos en este estudio sobre la presencia de los problemas emocionales y los psicopatológicos no son comparables a las cifras obtenidas por Ohtaki (2016), que corresponden al problema principal detectado, excluyente de otros problemas. En nuestro caso, se trata de la presencia, que puede darse aisladamente o de forma conjunta; de ahí que el porcentaje sea más elevado.

Se confirma la hipótesis 4 que postula una mayor presencia en las llamadas IS de los factores emocionales y de adaptación que de los factores psicopatológicos.

En la hipótesis 5 se formula que la presencia de razones para vivir estará mediada, mayoritariamente, por la presencia de factores emocionales y adaptativos. La ambivalencia es una de las fases por las que atraviesa una persona con ideación suicida (Poldinger, 1982) y es una fase clave para que el consejero-orientador intervenga y pueda explorar y reforzar las razones para vivir. Estas razones (apartado 6.5.2.5) han sido estudiadas y acuñadas como *Reasons For Live* (Linehan et al., 1983). Bajo la depresión y la desesperanza resulta difícil que la persona encuentre estas razones (Gutierrez et al., 2002) y se ha demostrado que el trabajo terapéutico de identificar y reforzar las razones para vivir puede ser un mediador importante entre la depresión/desperanza y las ideas e intentos de suicidio (Bagge et al., 2013). En la muestra, la familia (padres e hijos) se cita en más de la mitad de los casos como una razón disuasoria.

El 38% de los usuarios de este estudio que informan (n = 170) asegura que no van a suicidarse, coincidiendo esta cifra con la de los que responden que no tienen valor para hacerlo (n = 179). El 18,5% no ve o cree que no existen razones para no suicidarse y la probabilidad de no encontrar razones disuasorias es 1,7 a 4,8 veces mayor en presencia de factores como sentirse atrapado, tener falta de sentido, tener depresión, abusar del alcohol o drogas, estar desconectado de los demás, abandonarse y haber intentado el suicidio anteriormente. A la vista de estos resultados, **se confirma la hipótesis 5** sobre la influencia de los estados psicológicos para no ver o negar la existencia de razones disuasorias.

El análisis realizado para contrastar las hipótesis de este estudio ha permitido obtener, además, **otros resultados** de interés para esta tesis con relación a los siguientes aspectos: a) la depresión y su asociación con determinados factores emocionales y de adaptación y b) la ideación suicida, su verbalización, su severidad y la asociación con determinados factores de riesgo.

Con relación a la depresión, se ha encontrado que esta enfermedad representa el 55% de la psicopatología presente en la ideación suicida. La prevalencia de la depresión en el estudio realizado por ESEMeD-España sobre los trastornos mentales es de 58,9% (Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal, Luque, Codony, Dolz y Alonso, 2006b). El estudio de Gómez-Durán et al. (2016) con casos de suicidio que presentaron una enfermedad psiquiátrica previa ha encontrado porcentajes cercanos al 60%. Gould (2013) encontró, en un estudio sobre llamadas IS de enfermos mentales, una prevalencia de los diagnósticos con depresión del 30,9%. Las características de los síntomas que describe la OMS se centran en un síndrome somático que incluye pérdida de interés por las cosas, problemas de sueño, humor depresivo, especialmente por las mañanas, enlentecimiento motor o agitación, pérdida del apetito, pérdida de peso y disminución del interés sexual (OMS, 2000). Junto a un profundo sentimiento de tristeza se generan pensamientos negativos sobre uno mismo como “no veo salidas”, “mi vida es un fracaso”, “no valgo para nada”, “a nadie le importo”, “soy una carga”, etc. Es un estado psicológico característico que causa malestar a la persona y a su entorno. A menudo, se considera que este tipo de pensamientos es característico y específico de la depresión.

Dada la alta prevalencia de la depresión en general, se puede esperar una alta presencia de esta en las llamadas IS. Sin embargo, en este estudio, algunos factores como la sensación de fracaso, la soledad, sentirse atrapado, la falta de sentido y la desesperanza tienen una presencia mayor que la depresión. Existe una asociación entre alguno de estos factores y la depresión: sentirse atrapado, la falta de sentido y la desesperanza están asociados, mientras que los factores soledad y la sensación de fracaso no lo están. La desesperanza y la depresión se asocian con la ideación y con la conducta suicida de forma independiente (Bagge et al., 2013).

Cuando la desesperanza, la falta de sentido y los sentimientos de ser una carga se manifiestan aisladamente de la depresión, lo hacen en la misma proporción que la

depresión. El sentimiento de fracaso y de sentirse atrapado se manifiestan en mayor proporción. Cuando la sensación de fracaso, sentirse atrapado y la falta de sentido se manifiestan juntamente con la depresión, presentan el doble de probabilidades de tener un riesgo de suicidio alto o muy alto que cuando se presentan aislados.

En cuanto a la ideación suicida, es una parte fundamental de la suicidalidad y del proceso de evaluación del riesgo en cualquier ámbito de la intervención. Existen variables relativas a la persona, al evaluador y al entorno que influyen en la verbalización de la ideación. En la intervención en crisis se necesitan habilidades terapéuticas para detectar la ideación suicida porque no siempre se verbaliza, debido a que pueden existir sentimientos de vergüenza y miedo a la falta de comprensión ante el estigma que sigue rodeando el tema de la conducta suicida. La ideación suicida se ha verbalizado en el 92% de los casos de la muestra de este estudio y las variables que presentan una correlación significativa con la ideación verbalizada son: abuso de alcohol y drogas, trastornos de personalidad, desesperanza y falta de sentido. La ideación latente o no verbalizada está asociada a una ideación leve y la ideación verbalizada se asocia a una ideación moderada-severa.

Toda ideación suicida debe tenerse en cuenta a la hora de evaluar el riesgo y tomarla en consideración, sobre todo si, como en el caso de la muestra, el 30% presenta una ideación que contiene elementos que agravan su severidad. Este último porcentaje está compuesto por los que han pensado en la forma de hacerlo (19%), aquellos que, además, tienen la intención de hacerlo (5%) y los que tienen un plan específico (6%).

La intensidad de la ideación ha resultado ser, casi en su totalidad, baja o muy baja y esto no parece corresponderse con la severidad de la ideación. Habrá que analizar, en un futuro, si esta parte de la evaluación se aplica correctamente. Un 20% de los casos considera que no existe o no ve razones para no suicidarse. Estos datos son consistentes con la suicidalidad encontrada, en la que 1 de cada 4 casos presenta gravedad alta.

Ohtaki et al (2016) establecen cuatro niveles de severidad: 1) los que contemplan el suicidio, 2) los que tienen una ideación severa, 3) los que tienen intención de hacerlo y 4) los que están con un suicidio en curso. Encuentran que el 90% de las llamadas IS contempla el suicidio. En el estudio no se explica el significado de contemplar el suicidio ya que el hecho de contemplarlo no implica desear la muerte. El deseo de morir es lo que marca la diferencia entre la conducta suicida y la conducta no suicida (Posner, Oquendo, Gould, Stanley y Davies, 2007b). Por lo tanto, no queda claro ni se puede establecer un paralelismo con los grados 1 y 2 de la ideación suicida establecidos en ATENSIS. Entre los escasos estudios sobre las llamadas IS a una *helpline* está el de Gould et al. (2015) sobre los casos de inminente riesgo de suicidio. Con una ideación suicida alta, la presencia de factores de riesgo fue la siguiente: desesperanza (83,3%), impotencia (75,6%), sentirse atrapado (62,7%), soledad (74,3%), dolor psicológico (82,11%) y razones para morir (72,3%).

La psicosis, el abuso de alcohol y drogas, la desesperanza, sentirse atrapado, tener falta de sentido, sensación de carga, la existencia de varios intentos anteriores, de un intento anterior y las autolesiones se asocian a la severidad de la ideación. La probabilidad de que, en presencia de estos factores, la ideación suicida será moderada-severa es de 1,5 a 10 veces más. La psicosis (OR = 10,0), varios intentos anteriores (OR = 4,9) y las autolesiones (OR = 3,9) destacan sobre los demás.

Se ha encontrado que varios de los factores anteriores explican un 18% de la varianza de la ideación suicida moderada-severa. La psicosis, el abuso de alcohol y drogas (EM), sentirse atrapado (CV) y haber tenido uno o varios intentos anteriores o autolesiones (SUF) forman parte de un modelo que, aunque débil, es válido para predecir la ideación moderada-severa.

Gould (2007) propuso un modelo con varios predictores de la suicidalidad utilizando conceptos aislados como la persistencia de pensamientos, tener planes de suicidio e

intención de morir (al final de la llamada). La C-SSRS, escala que se utiliza en esta tesis, se desarrolló en 2011 y los conceptos utilizados por Gould se encuentran implícitos en los grados de la ideación suicida de la escala.

La Tabla 85 presenta el tercer objetivo específico del objetivo 2.

Tabla 85. Confirmación de las hipótesis del objetivo 2.3

			CONFIRMACIÓN
Objetivo	2.	Analizar las características de las llamadas al Teléfono de la Esperanza con ideación suicida.	
Objetivo	2.3.	Determinar el nivel de riesgo de suicidio, así como las características y los factores relacionados.	
Hipótesis	6.	El nivel de riesgo de suicidio estará mediado mayoritariamente por la presencia de los factores psicopatológicos y por los factores relacionados con la conducta suicida anterior.	SÍ

Haber tenido intentos de suicidio anteriormente es un fuerte predictor de suicidio. En la muestra, el 25% de casos tiene una historia de intentos anteriores y un 10% informa haber pensado o preparado la forma de suicidarse. En un estudio de Gould et al. (2007) en el que se evaluó la eficacia del trabajo de las *helplines*, se encontró que el 63,6% de las personas que intentaron suicidarse después de haber hecho el contacto con la *helpline* tenían una historia de intentos anteriores.

El nivel de riesgo de suicidio en la muestra se distribuye casi por igual entre moderado y alto-muy alto y no se ha dado el nivel bajo en ningún caso. En el modelo de regresión logística, la depresión, la psicosis, un intento anterior y las autolesiones explican el 56% de la varianza de tener un nivel de riesgo alto-muy alto. Con estos resultados, **se confirma la hipótesis 6** que afirma que el nivel de riesgo de suicidio está mediado mayoritariamente por la presencia de los factores psicopatológicos y por los factores relacionados con la conducta suicida anterior.

A continuación, se destacan algunos datos de interés que se han encontrado en los estudios. En uno de ellos (Gould et al., 2018) se realizó una evaluación del riesgo de

suicidio por parte de los orientadores de *Lifeline* a partir de puntuar aspectos como la ausencia de pensamientos suicidas (0), el deseo de morir (1), los planes de suicidio (2), la intención de hacerlo (3) y la conducta suicida reciente o anterior (4), obteniendo una puntuación media de 1,87 (DT = 1,4). Se ha utilizado el mismo sistema de puntuación de Gould a los datos de la muestra de esta tesis y los resultados obtenidos dan una media de 1,18 (DT = 2,0).

En el estudio ya citado sobre la eficacia del trabajo de las *helplines* en el que se realizó un seguimiento de las llamadas se encontró que, ante la persistencia de problemas psicológicos, existe 1,6 más de probabilidad de tener una nueva conducta suicida (Gould et al., 2007). En la muestra analizada en esta tesis, factores como la depresión, la desesperanza, la soledad y las autolesiones están asociados a historia de intentos anteriores de suicidio. Este hallazgo nos parece importante por cuanto existen determinados factores que, por su carácter dinámico, se pueden modificar mediante una adecuada intervención.

En la muestra del presente estudio cumplen con la condición de riesgo inminente de suicidio establecida en *Lifeline* (Gould et al., 2015) el 3,34% (n = 15) de los casos, es decir, sujetos con ideación suicida y capacidad adquirida cuando la ideación contempla método y la intención de suicidarse (grados 4 y 5 de la C-SSRS).

En relación con la Teoría Interpersonal del Suicidio (TIPS) que se incorpora en el proceso de evaluación de ATENSIS, esta teoría propone que el intento de suicidio es muy probable cuando interactúan tres elementos: la falta de sentido de pertenencia, la percepción grave de ser una carga y la capacidad adquirida. La interacción de los dos primeros conduce a la suicidalidad, al deseo de morir. Si, además, existe la capacidad adquirida, la probabilidad del suicidio es alta. Según esta teoría, la falta de sentido de pertenencia y la percepción grave de carga son factores de riesgo para la ideación suicida y la capacidad adquirida es factor de riesgo para tener planes e intentos de suicidio. Existe amplia evidencia empírica sobre la TIPS y la interacción de sus elementos (Joiner et al.,

2009b; Van Orden, Smith, Chen y Conwell, 2016; Van Orden, Witte, Gordon, Bender y Joiner, 2008) aunque no se conocen estudios sobre la presencia de la teoría en las llamadas IS.

El 65,9% de la muestra comunica síntomas de falta de sentido de pertenencia (soledad, desconexión con el entorno o abandono de sí mismo) y el 20,3% tiene percepción agravada de ser una carga. La simultaneidad de estos dos elementos se da en el 11,6% de los casos; en otras palabras, casos en los que se da el deseo de morir. La capacidad adquirida se presenta en el 14,2% de los casos. Los resultados no son los esperados ya que el deseo de morir, al ser criterio de selección de la muestra, debería darse en todos los casos. La interacción de todos los elementos de la TIPS se da en el 2% de los casos, lo que supone una presencia poco relevante.

Una posible explicación sobre la baja presencia de la teoría en lo que respecta al deseo de morir puede estar en la ausencia del dato relativo al sentimiento agravado de carga. Así como la soledad u otros factores relacionados con el aislamiento se manifiestan espontáneamente, en el caso del sentimiento de carga, de no mediar una pregunta concreta del orientador sobre este factor de riesgo, se supone difícil que, a iniciativa propia, el usuario llamante manifieste este sentimiento. La identificación precisa de los factores de riesgo es un punto para mejorar en la herramienta ATENSIS.

Se ha investigado sobre la teoría y se ha encontrado que la falta de sentido de pertenencia y la percepción agravada de carga, por sí mismos, se dan cuando la ideación es leve, con “deseos de estar muerto, pero no necesariamente desear la muerte” (Van Orden et al., 2010). La falta de sentido de pertenencia, definido en esta tesis como aislamiento, no presenta diferencias significativas en el grado de severidad de la ideación, mientras que la percepción agravada de carga y la capacidad adquirida se dan cuando la ideación suicida es moderada-severa.

Teniendo en cuenta las definiciones de Posner et al. (2007), la ideación suicida implica el deseo de morir que, en la teoría, se da cuando concurren la falta de sentido de pertenencia y la percepción agravada de carga, elementos que se podrían obviar en todos los casos de la muestra porque en todos los casos existe ideación suicida. Bajo este supuesto, la capacidad adquirida se da en el 11,6% de los casos ($n = 52$) y el deseo de morir o ideación suicida en el 100% de los casos ($N = 449$); por lo tanto, la capacidad adquirida implica, según la teoría, que en el 11,6% de los casos el suicidio es altamente probable. La capacidad adquirida está asociada a la ideación suicida moderada-severa ($OR = 4,3$).

En cuanto al riesgo de suicidio, el aislamiento está asociado al nivel de riesgo bajo-moderado, mientras que la capacidad adquirida lo está con el nivel de riesgo alto-muy alto. La percepción agravada de carga no está asociada al nivel de riesgo de suicidio.

Respecto a la presencia de la teoría IMV, el elemento que conduce a la ideación suicida es el sentimiento de atrapamiento que surge como consecuencia de un sentimiento previo de fracaso y derrota. En un estudio en el que participaron pacientes con ideación suicida ($n = 82$) y pacientes sin ideación suicida ($n = 80$) se encontró asociación con la ideación suicida en los sentimientos de atrapamiento y no se encontró asociación en la derrota y el fracaso (Ng, Di Simplicio, McManus, Kennerley y Holmes, 2016).

Sentirse atrapado es un factor esencial en la aparición de la ideación suicida (Siddaway, Taylor, Wood y Schulz, 2015) y su inclusión como factor de riesgo debe tenerse en cuenta en los procesos de evaluación del riesgo de suicidio y en los tratamientos terapéuticos (O'Connor y Portzky, 2018). Coincidiendo con el estudio de Ng et al. (2016), en esta tesis se ha encontrado que sentirse atrapado y la capacidad adquirida se asocian a la ideación suicida. Los sentimientos de derrota y de fracaso se dan en el 68,6% de los casos y los de sentirse atrapado en el 56,1%.

El tercer objetivo se muestra en la Tabla 86.

Tabla 86. Confirmación de las hipótesis del objetivo 3

		CONFIRMACIÓN
Objetivo	3. Determinar si existen diferencias de género y de edad en las llamadas con ideación suicida.	
Hipótesis	7. No habrá diferencias de género ni de edad en las variables de suicidalidad.	NO
Hipótesis	8. Los factores de riesgo emocionales y de adaptación estarán más presentes en las mujeres.	NO
Hipótesis	9. Las personas de más edad presentarán más factores de riesgo relacionados con la salud/enfermedad.	SÍ

En el 70% de los casos, la ideación suicida es baja o leve, es decir, se detectan deseos de estar muerto o ideas vagas de suicidio que corresponden a los grados 1 y 2 de los cinco establecidos en la escala C-SSRS. En el grado 1, las mujeres superan a los hombres y, en el grado 2, los hombres superan a las mujeres. Con diferencias significativas, en los menores grados de severidad de la ideación suicida (1 y 2), los hombres presentan mayor grado (2) que las mujeres.

La edad suele clasificarse, a la hora de realizar los distintos análisis de asociación en estudios de este tipo, en dos categorías establecidas a partir de una edad de corte o formando dos grupos, como el que utiliza un estudio (Miller, Segal y Coolidge, 2010) sobre la ideación suicida y las razones para vivir entre adultos jóvenes (17 a 34 años) y adultos mayores (60 a 95 años). Otro estudio con veteranos estadounidenses que analiza la prevalencia de la ideación suicida y otros temas relacionados con la enfermedad mental estableció tres grupos: 20-44, 45-65 y más de 65 años (King et al., 2014). En esta tesis se han establecido dos grupos: menores de 50 años y de 50 o más años.

De acuerdo con esta clasificación, se han encontrado diferencias en cuanto a la suicidalidad de estos grupos de edad, tanto en la forma de presentarse la ideación suicida (severidad) como en los intentos anteriores, en las conductas preparatorias y en el nivel de riesgo de suicidio. Los menores de 50 años tienen más riesgo de tener una ideación

moderada-severa (OR = 2,1) y de realizar conductas preparatorias (OR = 1,9) que los de más edad. Este último grupo tiene más riesgo de presentar historia de intentos anteriores (OR = 1,7). A la vista de los resultados obtenidos, **no se confirma la hipótesis 7** de igualdad en la suicidalidad presentada por los usuarios según el género y la edad.

La hipótesis 8 correspondiente al tercer objetivo postula que los factores emocionales y de adaptación estarán más presentes en las mujeres que en los hombres. Esta hipótesis parte del supuesto de que las mujeres detectan las emociones y los sentimientos en mayor medida que los hombres (Hall y Matsumoto, 2004; Lithari et al., 2009; Jian Zhang et al., 2018). En función del género, existen diferencias en varios factores emocionales y de adaptación como la desesperanza, sentirse atrapado y la falta de sentido. Igualmente existen diferencias en factores relacionados con la psicopatología como los trastornos de personalidad y el abuso de alcohol y drogas, así como en el historial de abusos. Excepto en este último factor, son los hombres quienes tienen más riesgo que las mujeres de presentar los factores citados, especialmente el alcohol y las drogas. Por lo tanto, **no se confirma la hipótesis 8**, ya que son los hombres y no las mujeres quienes presentan más problemas emocionales y de adaptación cuando tienen ideación suicida.

En cuanto a los factores de riesgo, la enfermedad crónica con dolor, la depresión, la ansiedad severa, los trastornos de personalidad, el abuso de alcohol y drogas, la conducta impulsiva y la soledad presentan diferencias según la edad. Las personas de 50 años en adelante tienen 3 veces más riesgo de sufrir enfermedad física con dolor y 2 veces más riesgo de tener depresión y experimentar soledad que los menores de 50 años. Estos últimos tienen más ansiedad (OR = 4,1), más trastornos de personalidad (OR = 2,1), más abuso de alcohol y drogas (OR = 2,6) y mayor conducta impulsiva (OR = 2,7) que los mayores de 50 años. A la vista de estos resultados, **se confirma la hipótesis 9** de que las personas de más edad presentan más factores de riesgo relacionados con la salud/enfermedad.

Además, se ha encontrado que la edad, el estado civil y la ocupación son variables que presentan diferencias de género en las llamadas IS. La edad media de las mujeres es de 49 años mientras que la de los hombres es de 44 años. En cuanto al estado civil, los hombres no casados presentan mayor proporción que las mujeres y también tienen mayor ocupación activa. Existen pocos estudios sobre diferencias de género en la ideación suicida. Xu et. al. (2015) han encontrado diferencias de género en el estado civil y la desesperanza. Otro estudio sobre personas con problemas de juego encuentra diferencias entre los que tienen ideación suicida y los que no, en variables como el género (hombres), el estado civil (casados), la ocupación (empleados) y otros relacionados con problemas familiares, de trabajo, de salud mental y económicos (Wong, Kwok, Tang, Blaszczynski y Tse, 2014).

El cuarto objetivo pretende determinar en qué medida la herramienta ATENSIS es útil para los orientadores del Teléfono de la Esperanza (Tabla 87). Además de ser un instrumento de medida, el propio proceso de evaluación del riesgo y las oportunidades de actuación ante el mismo constituyen una valiosa ayuda para el orientador. La herramienta ofrece un proceso que se inicia con la detección de señales/ factores de riesgo e ideación suicida y termina con la actuación ante el riesgo de suicidio evaluado.

Tabla 87. Confirmación de las hipótesis del objetivo 4

		CONFIRMACIÓN
Objetivo	4. Determinar la utilidad de la herramienta ATENSIS para los orientadores del Teléfono de la Esperanza.	
Hipótesis	10. La ayuda ofrecida por el orientador se corresponderá con el nivel de riesgo de suicidio evaluado con la herramienta ATENSIS.	PARCIALMENTE
Hipótesis	11. La suicidalidad observada por el orientador al final de la llamada será de menor intensidad que la manifestada al inicio de la llamada.	SÍ
Hipótesis	12. El grado de formación y de seguridad en sí mismo percibido por los orientadores mejorará entre el inicio y el final de esta investigación.	SÍ

En el capítulo 6 se describen las características de ATENSIS y en apartado 6.10 las fortalezas del proceso. A efectos prácticos, la herramienta ha permitido realizar, en los 449 casos de estudio, las acciones descritas en la Tabla 89. Por todo ello se considera que existen elementos consistentes para afirmar que la herramienta es una ayuda de utilidad para el orientador del Teléfono de la Esperanza.

Gould et al. (2018) han hecho seguimiento a 550 usuarios de *Lifeline* con la participación de 41 voluntarios de 6 centros. Para ello han utilizado un autoinforme del voluntario sobre las características del seguimiento realizado y una entrevista pautada para realizar telefónicamente con los usuarios en la que se incluye una evaluación del riesgo de suicidio. La mayoría de los entrevistados han informado que han desistido de su intento de suicidio (79,6%) tras la llamada y que se consideran a salvo (90,6%). La actuación del voluntario ha sido determinante en esta percepción del usuario y esta actuación se ha basado en tratar temas distractores, apoyos sociales de familiares y amigos a quienes poder pedir ayuda, las razones para querer morir y los factores de riesgo. La evidencia de la utilidad de las herramientas con las que se ha dotado a los voluntarios de *Lifeline* puede extrapolarse a la que ofrece ATENSIS.

Las intervenciones que se pueden implementar siguiendo el proceso de ATENSIS son: 1) activación de los equipos de emergencia, 2) acudir a los servicios de urgencia hospitalarios, 3) contacto con familiares para mantenerlo a salvo, 4) motivar la consulta al médico de cabecera, 5) ofrecimiento de ayuda profesional en el propio centro, 6) compromiso de llamada y 7) elaboración de un plan de autoprotección.

Gould (2007) y Mishara (2007) estudiaron la actuación de los orientadores (*helpers*) en varias *helplines* americanas ante los casos de riesgo inminente de suicidio y encontraron que los orientadores activaron los equipos de emergencia en el 37,9% y 18,2% de los casos, respectivamente. Activar los equipos de emergencia, con el consentimiento o no del usuario, es una acción invasiva que requiere la utilización de

recursos humanos y materiales. En esta tesis se ha encontrado el 3,34% (n = 15) de casos de riesgo inminente, según el mismo concepto utilizado por Gould et al. (2015) que incluye los casos en los que están presentes los elementos de la Teoría Interpersonal del Suicidio junto a un alto nivel de ideación suicida. Los orientadores han contactado con los equipos de emergencia en el 3% (n = 14) de los casos, 13 de ellos de riesgo alto o muy alto. La acción es más invasiva, aunque proporcionada al riesgo.

La orientación para que el usuario acuda a los servicios de salud se ha hecho en el 19% de los casos de riesgo moderado, en el 21% de los casos con riesgo alto y en el 36% de los casos de riesgo muy alto. Las guías de triaje utilizadas por varias organizaciones que utilizan la C-SSRS sugieren que, en los casos de riesgo alto o muy alto, sean los servicios de salud mental los que realicen la evaluación del riesgo y actúen en consecuencia.

El contacto y la petición a familiares para que se involucren en la seguridad del usuario se ha hecho en el 8,50% de casos de riesgo moderado, el 13% de los casos de riesgo alto y en el 15% de los casos de riesgo muy alto. En total, en el 10,7% de los casos. En el estudio de Gould et al. (2015) este porcentaje sube al 25,5%

Los orientadores han ofrecido ayuda profesional y los recursos del TE en el 68% de los casos de riesgo moderado, en el 65% de los casos de riesgo alto y en el 30% de los casos de riesgo muy alto. Ha sido la opción más utilizada, no invasiva y proporcionada al nivel de riesgo.

El compromiso de llamada telefónica se ha pactado en el 51% de los casos moderados, en el 70% de casos con riesgo alto y en el 55% de los casos de riesgo muy alto. Se trata de una opción proporcionada a los niveles de riesgo. Lo que se pacta es que el usuario vuelva a llamar ya que, al no contar con el consentimiento informado del usuario, la llamada de seguimiento por parte del TE, que sería lo deseable, no se realiza.

Esto limita la eficacia de la acción y no se cuenta con registros sobre las llamadas pactadas que realizan los usuarios. Diversos planes de prevención puestos en marcha en España contemplan, como parte fundamental del plan, el seguimiento de los casos de riesgo. Este seguimiento se realiza contando siempre con el consentimiento informado del usuario, en este caso paciente, que ha pasado por los servicios de urgencia hospitalarios. Protocolos como los de Osakidetza de la Comunidad Autónoma Vasca y el del Complejo Hospitalario de Navarra realizan un seguimiento pautado de las personas que han intentado el suicidio. Gould et al. (2015) informan en su investigación sobre llamadas a la *National Suicide Prevention Lifeline* con inminente riesgo de suicidio que en el 25,5% de los casos se realiza seguimiento desde *Lifeline*. Gould et al. (2007). Comprobaron que el 43% de los usuarios con ideación suicida a quienes se había hecho seguimiento volvieron a experimentar una suicidalidad recurrente a las pocas semanas de la llamada y únicamente el 22,5% acudió a los servicios de salud. Este estudio citado ha utilizado varios instrumentos de ayuda a los voluntarios: el *Applied Suicide Intervention Skills Training* (ASSIT; Gould, Cross, Pisani, Munfakh y Kleinman, 2013b) y el protocolo de intervención desarrollado por Stanley y Brown (2012). Los resultados han servido para que SAMHSA (<https://www.samhsa.gov>) pusiera en marcha una iniciativa en 2008 que permitiera a *Lifeline* hacer seguimiento de las llamadas IS. Hasta la fecha no se conoce el impacto de esta iniciativa, aunque sí se conocen varias características de los usuarios (Gould et al., 2018).

Respecto al plan de autoprotección, ATENSIS facilita la plantilla del *Safety Plan* de Stanley y Brown (2012), pero esta opción para preservar la seguridad del usuario no se ha elaborado en ninguno de los casos de la muestra de este estudio. Tampoco se tiene conocimiento de que este plan se esté utilizando en otras *helplines*.

Con el fin de utilizar una referencia para obtener una conclusión sobre la actuación de los orientadores, en la Tabla 88 se propone la prioridad de actuación deseable. Esta

propuesta se realiza en base a los criterios utilizados en los triajes de la C-SSRS y de otras guías y protocolos para la prevención del suicidio citados en las referencias bibliográficas. La numeración utilizada se corresponde con la prioridad deseable en función del nivel de riesgo de suicidio. A modo de ejemplo, si se trata de un riesgo inminente de suicidio, la actuación prioritaria deberá ir orientada a la activación de los equipos de emergencia o, en su caso, el servicio hospitalario de urgencias.

Tabla 88. Prioridad deseable en la actuación de los orientadores

Tipo de ofrecimiento	Moderado	Alto	Muy alto	Inminente
Ayuda profesional	1	2	4	
Urgencias			2	1
Servicios de Salud	3	1	1	
Contacto con familiares	3	1	1	2
Compromiso de llamada	1	2	2	
Plan de autoprotección	2	3	3	
Activación 112			2	1

Puntuación extremos: 1 = alta prioridad; 4 baja prioridad

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 78 se han expuesto los datos sobre la actuación del orientador. Se puede observar que, cuando el riesgo de suicidio es moderado, la actuación se dirige a ofrecer ayuda profesional y a pactar un nuevo contacto telefónico. En este caso, la actuación se considera adecuada, aun cuando hubiera sido recomendable realizar el plan de autoprotección.

En los casos de riesgo alto, la actuación ha sido similar, insistiendo más en el compromiso de llamada. En estos casos, hubiera sido deseable orientar la ayuda hacia los servicios de salud y a contactar con los familiares.

En los casos de riesgo muy alto, la actuación se ha orientado algo más hacia los servicios de salud, hacia el compromiso de llamada y hacia el ofrecimiento de ayuda profesional. La actuación deseable contempla la asistencia del usuario en los servicios de salud y el contacto con familiares para facilitar esta asistencia.

A la vista de las distintas actuaciones de los orientadores, se puede **confirmar parcialmente la hipótesis 10** sobre una actuación proporcional y adecuada al riesgo.

En el cuarto objetivo, se plantea también la hipótesis 11 que postula que, a juicio del orientador, la suicidalidad que percibe al final de la llamada ha disminuido con respecto a la observada al inicio de la llamada.

Gould (2013) analizó la efectividad de un programa de formación dirigido a los orientadores de *National Suicide Prevention Lifeline* y comprobó que, en el transcurso de la llamada, la suicidalidad experimentó una reducción cuando se exploraron las razones para vivir, la ambivalencia y los familiares y amigos. En 2007, esta misma autora analizó el cambio en la suicidalidad de los usuarios de la *helpline* comparando el inicio de la llamada y el final de esta (Gould et al., 2007). Encontró una reducción en la intención de morir, en la desesperanza y en el dolor psíquico.

En la muestra del presente estudio, el 66% de los orientadores considera que la suicidalidad se ha reducido comparando el principio de la llamada con la finalización de esta. El 27% no lo sabe y un 3% cree que no. Este último porcentaje es similar a los casos de riesgo inminente de suicidio. A la vista de estos resultados, **se confirma la hipótesis 11** de que la suicidalidad se reduce en el transcurso de la llamada.

Finalmente, se plantea la hipótesis 12 que afirma que este proyecto de investigación, que tiene como pilares la herramienta ATENSIS y la formación de los orientadores en temática suicida, así como en el uso de la herramienta, contribuirá positivamente en la formación y en la seguridad en sí mismo percibidas por el voluntario. El 64% de los encuestados en el cuestionario posterior a la utilización de ATENSIS (tiempo 2) se considera bien formado, frente al 50% informado en el cuestionario previo (tiempo 1). Antes de iniciar esta tesis, los orientadores que han trabajado con la muestra recibieron una amplia formación, tanto sobre la conducta suicida como sobre el manejo de

ATENSIS. Tras ella, se ha experimentado una ligera mejoría (16%) en la percepción que tienen respecto a su preparación. El 70% de los encuestados en el tiempo 1 informó experimentar estrés alto al recibir llamadas IS y este porcentaje se ha reducido al 49% en el tiempo 2. En relación con la seguridad en sí mismo y a la tranquilidad de haber hecho bien el trabajo, el 32% de los encuestados en el tiempo 1 se sentían intranquilos, preocupados, mientras que en el tiempo 2 el porcentaje baja al 29%. Estas diferencias entre el tiempo 1 y el tiempo 2 han resultado ser pequeñas pero significativas de una mejor valoración de las variables analizadas. Con estos resultados, **se confirma la hipótesis 12.**

En el 77% (n = 345) de los casos los orientadores consideran que la atención prestada ha sido positiva o muy positiva. En el 6,9% restante (n = 31) los orientadores no están completamente satisfechos con la ayuda prestada. La escala de valoración empleada es similar a la que se emplea en ASITES para registrar las llamadas generales que, según la memoria de la asociación de 2017, el 91% de las valoraciones fue positiva, por lo que, comparando con este nivel de satisfacción en las llamadas generales al TE, existe una diferencia significativa ($Z = -10,49 < -1,96; p < ,001$) en cuanto al menor grado de satisfacción de los voluntarios al atender las llamadas IS.

Por lo general las *helplines* y, en particular cada centro del Teléfono de la Esperanza, siguen ciertas pautas para intervenir en las llamadas IS, aunque por el momento, no existe un protocolo estandarizado que guíe la actuación del orientador. Un protocolo que permita: 1) detectar la ideación suicida y los factores de riesgo asociados, 2) identificar situaciones y eventos presentes o pasados que confieran la capacidad para intentar el suicidio, 3) explorar si existe intención de suicidarse y 4) explorar la red social de apoyo y las razones para vivir. En esta línea se definen los escasos protocolos existentes en las *helplines*, como el de la *National Suicide Prevention Lifeline* (National Suicide Prevention Lifeline, 2007). ATENSIS aporta a los orientadores una ayuda para identificar, en cada

uno de los casos, elementos que resultan esenciales en el proceso de evaluación del riesgo de suicidio (Tabla 89).

Tabla 89. Elementos clave en el proceso de evaluación del riesgo de suicidio de ATENSIS

Identificación de la ideación suicida en sus diferentes grados de severidad
Identificación de la intensidad de la ideación y sus diferentes parámetros
Identificación de los factores de riesgo y de las señales de alarma
Identificación de las situaciones y eventos que confieren capacidad para el suicidio
Identificación de antecedentes de conducta suicida como predictores de nuevos intentos
Identificación de las razones para morir
Identificación de las razones para vivir y las redes de apoyo
Identificación del nivel de riesgo de suicidio
Sugerencias para actuar en función del riesgo de suicidio

Fuente: elaboración propia

Como parte final de este capítulo de conclusiones, se resumen en la Tabla 90 las características principales de los usuarios y de las llamadas IS al TE. Este resumen se hace en relación con los objetivos y las hipótesis planteados, así como a otros resultados que se consideran de interés en esta investigación.

Tabla 90. Datos destacados en relación a los objetivos y las hipótesis planteados

<ul style="list-style-type: none"> La prevalencia de llamadas con ideación suicida al Teléfono de la Esperanza en Navarra es el 2,7%. Este porcentaje es mayor que el registrado por el Teléfono de la Esperanza a nivel nacional (1,9%) pero menor que el registrado por otras <i>helplines</i> con porcentajes que oscilan entre el 4-5% y el 25%. En los ocho primeros meses del año 2018, la prevalencia de llamadas IS a nivel nacional es del 2,4% y en Navarra del 3,7%, con un aumento de 0,5 puntos y de 1 punto, respectivamente.
<ul style="list-style-type: none"> Aunque las mujeres con ideación suicida llaman más que los hombres, la proporción se viene igualando, con un cambio de tendencia en los últimos cuatro años. La ratio actual de 2:1,8 permite afirmar que no existen diferencias. La prevalencia de llamadas IS es mayor en los hombres, con el 3,6% frente al 2,4% de las mujeres.
<ul style="list-style-type: none"> Con diferencias según el género, la edad media es de 47 años (más jóvenes los hombres y mayoritarios en el tramo de edad de 30 a 49 años), solteros (más los hombres), con trabajo activo los hombres y desempleadas las mujeres).
<ul style="list-style-type: none"> Las llamadas se realizan en mayor proporción durante la noche, a lo largo de toda la semana y, en especial, los viernes, sábados y domingos. En los periodos vacacionales o postvacacionales se concentran más llamadas.
<ul style="list-style-type: none"> La problemática con mayor presencia y concurrente con la ideación suicida está encabezada por el sentimiento de fracaso en el 69% de los casos, la soledad en el 63,7%, la falta de sentido en el 48,6%, la desesperanza en el 42,1% y la depresión en el 41,4%.
<ul style="list-style-type: none"> En las llamadas con ideación suicida, los problemas emocionales y de adaptación están presentes en el 95,1% de los casos, los problemas psicopatológicos en el 75,3% y los problemas de aislamiento en el 65,9%. Otros problemas de exposición al sufrimiento que confieren capacidad para suicidarse representan el 32,3% de los casos y tener una enfermedad física el 15,1%.
<ul style="list-style-type: none"> Algunos factores emocionales y de adaptación como el fracaso y sentirse atrapado están más presentes que la depresión. Otros factores como la falta de sentido, la

<p>desesperanza y los sentimientos de ser una carga están presentes en la misma proporción que la depresión. La desesperanza, sentirse atrapado y la falta de sentido se manifiestan más en los hombres.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Entre los factores relacionados con la enfermedad mental, la depresión representa el 55% de este grupo de enfermedades. En cuanto al aislamiento, la soledad representa el 96,5% de esta problemática y en cuanto a la capacidad para suicidarse, haber tenido un intento anterior de suicidio es el factor más presente, con el 50,3%. Los trastornos de personalidad y el abuso de alcohol y drogas se dan más en los hombres. Tener un historial de abusos se da más en las mujeres.
<ul style="list-style-type: none"> Tener 50 años o más influye en la presencia de factores de riesgo como la enfermedad física con dolor, la depresión y la soledad. También informan más haber tenido intentos anteriores. Los menores de 50 años presentan más factores como la ansiedad, los trastornos de personalidad, abuso de alcohol y drogas y conducta impulsiva. Igualmente, se asocian más a la ideación moderada-severa y a realizar conductas preparatorias. El 90% de los casos con nivel de riesgo muy alto tiene menos de 50 años.
<ul style="list-style-type: none"> Cuando la sensación de fracaso o sentirse atrapado o la falta de sentido se dan junto a la depresión, el riesgo de suicidio es dos veces mayor que cuando se presentan aisladamente.
<ul style="list-style-type: none"> El 92% de los usuarios verbaliza la ideación suicida. Los que no lo hacen tienen una ideación baja o leve. El 8% restante no lo hace directamente y pone de manifiesto la necesidad de preguntar y explorar sobre la misma.
<ul style="list-style-type: none"> El 70% de los usuarios tiene una ideación suicida baja o leve y de baja intensidad. Existen diferencias entre mujeres y hombres: las mujeres tienen más ideación suicida baja y los hombres tienen una ideación leve. Entre el 30% restante, el 19% ha pensado en cómo hacerlo, el 5% tiene intención de hacerlo y el 6% tiene un plan específico y 1 de cada 4 de este grupo de riesgo (30%) considera que no existen o no ve razones para no suicidarse. La probabilidad de que exista esta rigidez de pensamiento aumenta en presencia de factores como sentirse atrapado, tener falta de sentido, sufrir depresión, abusar del alcohol y drogas, sentirse aislado o desconectado y haber intentado el suicidio anteriormente. La familia (padres e hijos) se cita en más de la mitad de los casos como una razón disuasoria. El 38% de los casos que informan dicen que no lo van a hacer y este porcentaje es similar al de aquellos que manifiestan no tener valor para hacerlo.
<ul style="list-style-type: none"> Es más probable que la ideación suicida sea moderada-severa cuando están presentes factores como la psicosis, el abuso de alcohol y drogas, sentirse atrapado, uno o varios intentos anteriores o las autolesiones.
<ul style="list-style-type: none"> El 25% de los usuarios ha tenido uno o varios intentos de suicidio anteriormente. En estos casos, se presentan asociados factores como la depresión, la desesperanza, la soledad o las autolesiones. La mayoría son factores de riesgo dinámicos sobre los que es posible intervenir.
<ul style="list-style-type: none"> El riesgo de suicidio es alto-muy alto en presencia de la depresión, la psicosis, intentos anteriores y las autolesiones.
<ul style="list-style-type: none"> La Teoría Interpersonal del Suicidio y la teoría Integrativa Motivacional-Volitiva sobre el suicidio no se muestran según lo esperado y, dada la solidez de dichas teorías, se sugiere profundizar más en la mejor forma de obtener la información sobre los elementos de ambas.

12 DISCUSIÓN

Como complemento final a las conclusiones de este estudio, se discuten a continuación algunos aspectos sobre las características de las llamadas IS en relación con su prevalencia, haciendo mención del impacto del TE en la comunidad comparando las llamadas reales con las llamadas esperadas. Además, se discuten las características de la temporalidad encontrada y su coincidencia con otros estudios, que sugieren nuevas líneas de investigación. Por último, Se discute la conveniencia de intervenir sobre los factores de riesgo, así como el modo de hacerlo y se realizan varias propuestas de mejora.

12.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS LLAMADAS CON IDEACIÓN SUICIDA

12.1.1 Prevalencia

La proporción media en los últimos años de mujeres y hombres con ideación suicida que llaman al TE supone una ratio de 2:1,8. Este acercamiento en las proporciones muestra un cambio de tendencia respecto a los porcentajes del 70% y 30% (año 2014) que se venían dando entre mujeres y hombres, lo cual pone de manifiesto que los hombres están haciendo un mayor uso de los recursos de ayuda. La prevalencia del 2,7% de llamadas IS encontrada en este estudio presenta diferencias entre las mujeres y los hombres, con tasas del 2,4% y del 3,6%, respectivamente. Respecto a la prevalencia encontrada, que corresponde a la sede de ASITES Navarra, existe una diferencia con respecto a la prevalencia de ASITES a nivel nacional, donde la tasa es del 1,9% en el periodo de tiempo estudiado. Resulta de interés comparar estas cifras con los valores esperados en función de la población, de las prevalencias informadas en la bibliografía y de las referencias de otras *helplines*. Las personas con ideación suicida que acuden al TE representan el 0,1% del total estimado de 1,7 millones de personas mayores de edad con ideación suicida en España, según la prevalencia del 4,4% encontrada por Nock (2008). En función de las

prevalencias de la ideación suicida, *Lifeline Australia* recibe el 3% de la ideación suicida en la población, *SOS Amité* el 0,3% y *Samaritans* el 1%.

El cálculo de llamadas totales recibidas en estas *helplines* sobre la población mayor de edad del país de referencia, lo que se podría asimilar al concepto “clientes”, supone el 0,3% en el TE, el 5% en *Lifeline Australia*, el 1,4% en *SOS Amité* y el 10,72% en *Samaritans*. Estas cifras dan una idea del impacto que tienen estas organizaciones en sus respectivos países midiendo únicamente la variable población, si bien habría que tener en cuenta otras variables como las relacionadas con el bienestar emocional de la población, con la propia organización, etc. Se ha considerado de interés hacer referencia al impacto porque es uno de los aspectos que las *helplines* deben tener en cuenta a la hora de hacer la revisión de su actividad. Según *Lifeline Research Foundation* (2013) deben tener en cuenta aspectos como el impacto en la comunidad y en las tasas de suicidio, la utilización y promoción de los servicios y sus objetivos, el proceso de la ayuda en crisis y los efectos en los usuarios. El hecho de que la prevalencia de la ideación suicida en la muestra de este estudio sea superior a la media en ASITES a nivel nacional puede ser debido al impacto que la asociación tiene en Navarra, donde las llamadas generales representan el 3,6% de la población mayor de edad navarra y las llamadas IS el 1,6% de la población con ideación suicida estimada para Navarra según los estudios de prevalencia del 4,4%. Cada orientador de ASITES Navarra atiende 275 llamadas al año, casi tres veces más que la media nacional y en línea con otras *helplines* como *Samaritans* o *Lifeline Australia*.

La ausencia de datos concretos impide contrastar qué aspectos diferencian a la sede de Navarra respecto de otras sedes a nivel nacional con actividades comunes. Las buenas prácticas y procedimientos utilizados en esta sede, así como la atención a otros aspectos como la comunicación, la promoción de los servicios, la implicación del voluntariado en la formación, así como la profesionalización de su actividad y la estabilidad de los equipos podrían estar influyendo positivamente en el impacto sobre la comunidad. Varios

reconocimientos a la sede de Navarra se han sucedido en el último año: el reconocimiento institucional del Gobierno de Navarra realizado en un acto reciente (26 de setiembre de 2018) con motivo del 40 aniversario del TE, en el que su presidenta le reconoce “una labor desinteresada de servicio a la ciudadanía, pero también un trabajo cualificado, basado en la investigación, la prevención y cómo no, en la formación previa de las personas voluntarias, formación que, sabemos os exige un importantísimo esfuerzo personal y una implicación impagable” (https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2018/09/26). Además de este reconocimiento institucional, otras organizaciones como Onda Cero Navarra otorgando el premio solidario al TE en Navarra (diciembre 2018) y Navarra TV con la entrega al TE del premio a los valores sociales (diciembre 2018), dan muestra del reconocimiento que el trabajo de la asociación tiene en Navarra.

12.1.2 Temporalidad

Se ha comprobado que los periodos de vacaciones y postvacacionales concentran más llamadas IS, así como los fines de semana. No se han encontrado estudios sobre la temporalidad de la ideación suicida y sí sobre la temporalidad del suicidio y de los intentos de suicidio, aunque no son concluyentes para establecer unas características universales. Como conclusión de estos estudios se ha explicado que las altas expectativas no cumplidas sobre los fines de semana o las vacaciones pueden suponer una frustración (Gabennesch, 1988). No se conoce si esto está relacionado con el síndrome postvacacional. Este síndrome se define como un “estado de ánimo que viene delimitado por una reactividad psicológica caracterizada por hastío y cansancio, desencanto, inhibición, anhedonia, tristeza, malestar general, ansiedad, fobia social, etc. Un problema transitorio que puede realmente convertirse en algo más preocupante” (Flórez, 2000).

Según López et al. (2009), durante los meses de junio, agosto y septiembre se atienden en los hospitales los mayores picos de intentos de suicidio y se relacionan los últimos meses del verano con factores culturales y religiosos. Al parecer, los festivos y

los periodos vacacionales serían un factor de riesgo para las personas con escaso soporte social. Estas conclusiones son coincidentes con las obtenidas en el estudio citado de Gabennesch (1988).

Respecto a la franja horaria y también con relación a los intentos de suicidio, se sugiere que los niveles de serotonina están más bajos por la tarde y a primeras horas de la noche y esto podría afectar a la conducta suicida (Jessen et al., 1999). Serían necesarios nuevos estudios sobre la temporalidad de la ideación suicida.

12.2 LOS FACTORES DE RIESGO Y LA SUICIDALIDAD

12.2.1 Consideraciones finales sobre los factores de riesgo

Los problemas emocionales y de adaptación que se han encontrado en este estudio son más frecuentes que los problemas psicopatológicos, aunque se conoce que ambos están relacionados (Heffer y Willoughby, 2018). Los resultados obtenidos en esta tesis son coincidentes con otros estudios ya mencionados (ASITES, 2018a; Ohtaki, 2016), pero resulta de interés destacar que el patrón de los problemas es diferente en función del medio de comunicación empleado. En los mensajes de texto con ideación suicida enviados a *Crisis Text Line*, entre los problemas concurrentes citados figura la depresión en primer lugar con el 40,8% de los casos, seguida de los problemas de relación con el 34,9% y la ansiedad con el 22,4%. Este patrón es diferente al encontrado en esta tesis, lo cual se considera importante por cuanto difiere cualitativamente de las conclusiones obtenidas en la misma.

La descripción sobre la información que facilita la base de datos de esta organización a través de su web (<https://crisistrends.org>) se representa en la Figura 22 y en ella se puede observar que la entrada de mensajes con problemas de tipo emocional parece estar limitada a los problemas relacionales y a las pérdidas afectivas. Una posible explicación a estas diferencias puede estar en que los mensajes de texto requieren menores

espacios y mayor concreción que una conversación hablada. Esto mismo se puede apreciar en la *app* “+caminos” (Hospital Regional Universitario de Málaga, 2017), en la que los mensajes sobre el estado de ánimo se envían mediante emoticones para, posteriormente, abordar el problema a través del contacto telefónico.

En este estudio, considerando su presencia aisladamente, los problemas psicopatológicos se dan en el 4% de los casos y los emocionales y de adaptación en el 24%. Ambos tipos de problemas se dan conjuntamente en el 72% de los casos. Estos datos reafirman y justifican la labor del Teléfono de la Esperanza en la atención en crisis y en especial en la escucha activa de los problemas emocionales y de adaptación. Algunos de estos problemas son los sentimientos de fracaso, de atrapamiento, de falta de sentido, de ser una carga y de desesperanza; todos ellos con alta presencia en las llamadas IS, en especial los sentimientos de fracaso y de atrapamiento. Estos hallazgos apuntan a la necesidad de insistir en la formación de los orientadores en la temática de la conducta suicida y en las técnicas específicas de escucha ante los problemas que se han destacado. Asimismo, el conocimiento de las diferencias que presentan algunos factores como la enfermedad física, la depresión y la soledad en función del género y de la edad, pueden ayudar en la intervención ante la ideación suicida.

Haber tenido intentos de suicidio anteriormente es un fuerte predictor de un nuevo intento (Ayuso-Mateos et al., 2012; Hawton y Heeringen, 2009; Kann et al., 2000; Yoshimasu et al., 2008) y esto está presente en 1 de cada 4 casos de este estudio. Este es un dato importante porque se conoce que más de la mitad de las personas que intentaron suicidarse después del contacto con una *helpline* tenían antecedentes de intentos de suicidio (Gould et al., 2007). Esta referencia es importante y mueve a actuar en la identificación de estos casos para realizar una intervención preventiva sobre los factores que se han encontrado asociados: la depresión, la desesperanza, la soledad y las autolesiones.

Los estados emocionales negativos se suelen considerar, cuando no se tiene el conocimiento adecuado, como un síndrome general de un estado depresivo. Sin embargo, ha quedado demostrado en este trabajo que estos problemas emocionales y de adaptación pueden presentarse de forma aislada o junto a la depresión y que el riesgo de suicidio se multiplica por dos cuando se dan de forma conjunta.

12.2.2 Consideraciones finales sobre la suicidalidad

Con independencia de otros factores, la exploración de la ideación suicida y sus grados de severidad es fundamental en la evaluación del riesgo. Cuando incluye un método, la intención de hacerlo y un plan específico, la ideación suicida es de extrema gravedad. Los triajes establecidos para intervenir con la C-SSRS en distintas instituciones analizan, prioritariamente, la ideación suicida. Sin embargo, si se tiene en cuenta únicamente un triaje basado en la severidad de la ideación, podrían darse casos de baja o leve severidad y, sin embargo, existir alto riesgo de suicidio como consecuencia de la existencia de factores de riesgo que no se han explorado. De ahí la importancia de integrar en la evaluación tanto los elementos relativos a la suicidalidad como otros factores de riesgo, incluso otros elementos de ayuda para la formación de un criterio sobre el riesgo. En este trabajo, cuando la ideación suicida es moderada-severa, el riesgo de suicidio evaluado ha sido alto-muy alto en todos los casos, lo que elimina la posibilidad de falsos negativos. Cuando la ideación suicida es baja-leve, el 21,8% de los casos presenta riesgo alto-muy alto, lo cual indica que otros factores están elevando el riesgo de suicidio y es necesario explorarlos.

Tres de cada cuatro casos de este estudio presentan una ideación baja o leve y, aun cuando todos los casos requieren atención, se considera que los casos con ideación moderada-severa presentan una característica común: no ven o creen que no existen razones para no suicidarse. Esta rigidez de pensamiento aumenta ante los sentimientos de atrapamiento, de falta de sentido, de síntomas depresivos, de aislamiento, de abuso de

alcohol y drogas y con historia de intentos de suicidio anteriores. La mayoría de ellos son factores dinámicos, es decir, son modificables tras una intervención adecuada.

La fuerte presencia de factores emocionales y de adaptación en las llamadas IS al TE, así como de otros factores dinámicos más relacionados con la psicopatología como la depresión, la ansiedad o el abuso de alcohol y drogas, son una característica en este tipo de llamadas y esto implica una responsabilidad a la hora de dar una respuesta que debe ir orientada a la reducción de la intensidad de las emociones y de la afectividad negativa mediante la escucha activa, así como a la identificación de los casos que requieren ayuda profesional o activación de los equipos de emergencia. En el apartado 12.3.1 se desarrolla un esquema de intervención sobre los factores de riesgo que han resultado relevantes en el análisis de la suicidalidad.

El hecho de que el 30% de las llamadas presenten una ideación moderadamente grave o muy grave aporta evidencia de que las personas con serios problemas de ideación suicida llaman al TE. La actuación, en estos casos, debe ir orientada a garantizar la seguridad del usuario llamante.

El TE es una organización que está presente en la sociedad como un referente en la prevención de la salud emocional y del suicidio citado en las principales guías de prevención y en los medios de comunicación del país, especialmente en la prensa comprometida con un tratamiento adecuado del suicidio. Las múltiples actividades que se desarrollan van dirigidas prioritariamente a las personas con problemas emocionales que encuentran en el TE una escucha a sus problemas y unos espacios de desarrollo con múltiples talleres de mejora y crecimiento personal. El hecho de que el 70% de las llamadas IS presenten una severidad baja o leve es un indicativo del nivel de respuesta que esperan obtener a sus problemas, en principio más leves y de más fácil contención. Existe un 30% de llamadas IS con una severidad mayor asociadas a un nivel de riesgo alto o muy alto que deberían recogerse, finalmente, en el ámbito sanitario. Se debe asumir, por

lo tanto, que siendo el TE el referente principal en la prevención del suicidio, entren llamadas IS con una severidad alta ante las cuales se debe saber cómo actuar.

Los resultados de haber puesto en marcha este proceso de evaluación del riesgo de suicidio e intervención en las llamadas IS que realizan los orientadores del TE haciendo uso de la herramienta ATENSIS se pueden considerar muy satisfactorios, por cuanto han permitido, por un lado, obtener la información para analizar los datos y extraer conclusiones sobre los objetivos e hipótesis planteados y, por otro lado, proporcionar a los orientadores el conocimiento y el instrumento para formarse un criterio sobre la evaluación del riesgo de suicidio y poder intervenir de la manera más eficaz posible. A fecha de hoy, el interés por el proceso de evaluación del riesgo de suicidio se está extendiendo y generalizando en la mayoría de las sedes de ASITES.

12.3 INTERVENCIÓN EN LAS LLAMADAS CON IDEACIÓN SUICIDA

12.3.1 Intervención ante los factores de riesgo

Desde el plano de la prevención, tener identificados los casos que presentan determinados factores de riesgo representa una oportunidad para trabajar con ellos y reducir, desde la intervención terapéutica y desde el ámbito clínico, el impacto de dichos factores en la suicidalidad de la persona en crisis. En la Figura 62 se presenta un esquema de la asociación de los factores relacionados con la suicidalidad sobre los que se puede intervenir, tanto desde el ámbito de la ayuda telefónica como desde el ámbito profesional.

La intervención desde el ámbito del orientador mediante técnicas de escucha activa puede resultar de gran ayuda para reducir la suicidalidad. Esta intervención, para la cual se requiere una formación específica, se debe orientar, principalmente, hacia los problemas emocionales y de adaptación y también en la mediación de otros problemas de índole psicopatológica y de relaciones. Esta mediación hace que la figura del orientador sea singular y de vital importancia en la prevención del suicidio.

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

	Depresión	Ideación suicida	Ideación suicida severa	Razones para vivir	Reducción conducta suicida	Nivel riesgo suicidio	Intentos anteriores
Atrapamiento	Orientador	Orientador	Orientador	Orientador	Orientador	Orientador	
Fracaso		Orientador				Orientador	
Sentimientos de carga	Orientador	Orientador					
Falta de sentido	Orientador Profesionales	Orientador Profesionales		Orientador Profesionales		Orientador Profesionales	
Desesperanza	Profesionales	Profesionales					Profesionales
Aislamiento		Orientador Profesionales		Orientador Profesionales			Orientador Profesionales
Depresión		Profesionales		Profesionales		Profesionales	Profesionales
Abuso de Alcohol y drogas		Profesionales	Profesionales	Profesionales			
Intentos anteriores		Profesionales	Profesionales	Profesionales		Profesionales	
Psicosis		Profesionales	Profesionales			Profesionales	
Autolesiones		Profesionales	Profesionales			Profesionales	Profesionales
Otros Capacidad quirrida		Profesionales	Profesionales			Profesionales	

Figura 62. Asociación entre distintos factores y la suicidalidad. Ámbitos de intervención

El sentimiento de fracaso está muy presente en la ideación suicida y se asocia al nivel de riesgo de suicidio. Desarrollar habilidades para contrastar este sentimiento y las ideas irracionales de base puede atenuar el mismo y reducir el nivel de riesgo, especialmente cuando este sentimiento se da junto a la depresión. Esta intervención se puede realizar desde el ámbito de la orientación.

El sentimiento de atrapamiento está fuertemente asociado a la ideación suicida, a la ausencia de razones para vivir y al nivel de riesgo de suicidio, que, como el fracaso, se duplica en presencia de la depresión. Confrontar este sentimiento puede reducir la conducta suicida, ayudando a encontrar otras alternativas a la muerte y orientando, fundamentalmente, hacia la ayuda de profesionales.

El sentimiento de carga se asocia con la depresión y está muy presente en la ideación suicida. Se trata de un sentimiento que, al estar asociado a la depresión, su abordaje dependerá de esta asociación ya que la depresión debe ser tratada por un profesional de la salud.

La falta de sentido y la desesperanza son factores emocionales muy presentes en la ideación suicida y específicamente asociados a la ideación suicida severa. La falta de sentido influye en la ausencia de razones para vivir y en el nivel de riesgo de suicidio. La desesperanza se asocia a los antecedentes de conductas suicidas. Se trata de factores cuya intervención debe realizarse desde el ámbito profesional; el orientador puede mediar para facilitar esta ayuda.

Igualmente, los sentimientos de soledad, desconexión social y familiar y el abandono de sí mismo influyen en la ausencia de razones para vivir, en la severidad de la ideación y en el nivel de riesgo de suicidio. Mediar en la búsqueda de soporte social es fundamental en la prevención del suicidio. Esta intervención puede realizarse tanto desde el ámbito de la orientación como desde el ámbito clínico o profesional.

El carácter dinámico de los factores citados supone una gran oportunidad para intervenir sobre los mismos ya que su persistencia representa un riesgo para la conducta suicida (Gould et al., 2007). Cuando los factores de riesgo presentes en la ideación suicida se relacionan con la salud, como la depresión, el abuso de alcohol y drogas, haber tenido conductas suicidas anteriores, psicosis, historial de autolesiones y otros relacionados con la exposición al sufrimiento como abusos y marginación extrema, la mediación del orientador es de vital importancia para que estos casos sean tratados por un profesional de la salud.

Los antecedentes de intentos de suicidio se asocian a la ideación suicida severa, a la ausencia de razones para vivir y al nivel de riesgo de suicidio. Se trata de un factor

altamente predictor de una nueva conducta suicida y está asociado a los sentimientos de desesperanza, aislamiento, depresión y las autolesiones. Identificar estos casos e intervenir profesionalmente sobre los factores asociados puede resultar eficaz en la prevención de nuevas conductas suicidas.

Por lo tanto, el campo de intervención aborda numerosas cuestiones de forma específica porque se basa en los hallazgos de esta tesis. Se ha demostrado que la intervención del orientador resulta eficaz si tiene una formación adecuada para abordar la diferente problemática que se plantea en una llamada IS (Gould et al., 2018).

12.3.2 Intervención ante el nivel de riesgo de suicidio

Los planes de prevención que actúan sobre la población en riesgo de suicidio contemplan la identificación de las personas, la intervención y, especialmente, el seguimiento. En base a los resultados encontrados en esta investigación, se quiere poner en consideración la propuesta de que en el Teléfono de la Esperanza 1) se haga un seguimiento de las personas que llaman con ideación suicida, en función del riesgo de suicidio y 2) se aconseje en este seguimiento la utilización de la red de salud u otros recursos de ayuda, incluidos los de la propia asociación.

El seguimiento de llamadas IS ha resultado ser eficaz en otras *helplines* como la *National Suicide Prevention Lifeline*. Según los estudios de Gould (2007, 2018), el 60% de los usuarios de la esta *helpline* se sienten bastante mejor tras la llamada de seguimiento y el 31% un poco mejor. El 79,6% informa que, tras la llamada de seguimiento del orientador, desistieron de su decisión de quitarse la vida. El seguimiento se realizó a 550 personas que llamaron a *Lifeline* con ideación suicida y se hizo por parte de un equipo de orientadores pertenecientes a 6 centros participantes, debidamente adiestrados para hacer un seguimiento pautado, recabando información de los llamantes sobre las siguientes

preguntas: 1) ¿en qué medida la llamada del orientador le hizo desistir de la idea de suicidarse? y 2) ¿en qué medida la llamada del orientador hizo que se sintiera más seguro?

Ante las llamadas IS, especialmente las llamadas en las que el riesgo de suicidio es alto o muy alto, la acción de los orientadores debe dirigirse hacia la seguridad de la persona afectada y, en este sentido, se han encontrado en este estudio algunas carencias que sería deseable abordar: la ausencia de un sistema de consentimiento verbal para el seguimiento, un sistema pautado para contactar con los familiares y un sistema de derivación a los recursos de la red de salud.

El seguimiento de los usuarios es una parte importante de la acción preventiva. Por ello, sería deseable solventar los obstáculos para que se pudiera realizar un seguimiento pautado de aquellos usuarios en los que se considera conveniente hacerlo en función del riesgo de suicidio. En este sentido, el seguimiento podría orientarse a verificar en qué medida y en qué recurso está siendo atendido el usuario e insistir en la necesidad de la ayuda.

En resumen, el conocimiento que se ha obtenido en esta tesis sobre las características de las llamadas IS que se reciben en el TE aporta información para intervenir terapéuticamente en la propia llamada incidiendo sobre los factores asociados al riesgo de suicidio, a la ideación suicida y a la rigidez de pensamiento que impide ver otras salidas. Además, permite establecer mejoras en el modelo de actuación ante este tipo de llamadas que podría basarse en los siguientes puntos: 1) completar la formación de los orientadores, tanto en la temática suicida como en el proceso de evaluación del riesgo de suicidio, 2) formar a los orientadores en la escucha terapéutica de aquellos factores que han resultado asociados a la ideación suicida sobre los que es posible intervenir telefónicamente, 3) establecer un sistema de recogida del consentimiento verbal para un posterior contacto con la persona afectada, 4) crear un equipo de ética interno en cada centro de la asociación para decidir y realizar el seguimiento oportuno y 5) identificar los

casos que informan de intentos anteriores de suicidio para proponer la ayuda terapéutica necesaria con referencia a los factores que han resultado asociados. En la Figura 63 se expone el flujo de la intervención que se propone de acuerdo con los resultados de esta investigación.

La acción de los orientadores al final de la llamada, tras la evaluación del riesgo, podría pautarse en un protocolo que sugiera acciones orientadas a la seguridad del usuario: pautas sobre cómo acceder a los familiares o sobre qué hacer para que el usuario pueda ser atendido por los recursos de la red de salud.

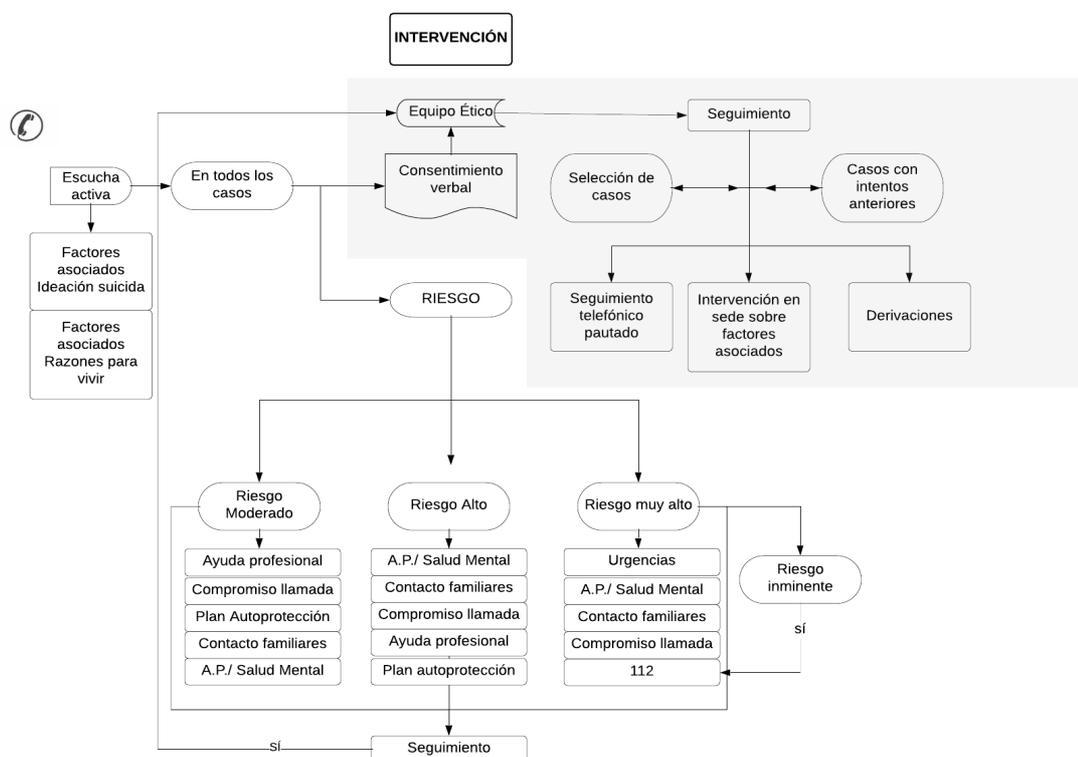


Figura 63. Propuesta de intervención en el Teléfono de la Esperanza
Fuente: elaboración propia

12.3.3 Propuestas de mejora

12.3.3.1 Formación de los orientadores

El cuestionario dirigido a los orientadores se ha aplicado en todas las sedes de ASITES y, si bien se ha hecho hasta ahora referencia a los datos de Navarra, ofrece igualmente datos del resto de sedes. Los porcentajes sobre el nivel de formación percibido por los orientadores es similar en sendos colectivos: entre el 34% y el 36% informan tener necesidades de formación en temática suicida y entre el 60% y 70% necesitan formación para usar la herramienta ATENSIS.

La formación debería tratar contenidos sobre a) la temática suicida en general, b) el proceso de evaluación del riesgo de suicidio, c) la escucha activa, con una guía temática para contrastar los factores de riesgo que se asocian a la suicidalidad y d) la actuación ante el riesgo de suicidio. A modo de ejemplo en la escucha activa ante el sentimiento de atrapamiento, la intervención podría orientarse al objetivo de atenuar dicho sentimiento: a) describiendo la situación, los pensamientos y las sensaciones, b) confrontando la ausencia de salidas, el no verlas no quiere decir que no existan c) identificando situaciones anteriores y la forma de afrontarlas, etc.

12.3.3.2 Consentimiento verbal para realizar seguimiento

Se ha documentado la utilidad del seguimiento de las llamadas IS y se ha argumentado, en varias ocasiones en esta tesis, la conveniencia de su implantación en el TE para finalizar eficazmente el proceso de intervención, ya que esto puede contribuir a la prevención del suicidio. Se conocen las razones que pueden impedir su implantación, como el anonimato que caracteriza a las llamadas al TE, las limitaciones legales con la Ley de Protección de Datos o los recursos materiales necesarios.

El anonimato puede entenderse como una facultad que tiene el usuario del TE de proteger su identidad para hablar con más libertad sobre sus problemas. Sin embargo, nada

le impide dar a conocer su nombre u otros datos personales, si así lo cree conveniente. Ante una situación de riesgo de muerte, la seguridad del usuario adquiere prioridad máxima y el compromiso del orientador para garantizar esta seguridad debe ser también máximo. Ante esta situación, el anonimato debe quedar en un segundo plano.

La Ley General de Protección de Datos (Jefatura del Estado, 2018) obliga al cumplimiento de determinados requisitos de comunicación, registro y seguridad de los datos, garantizando, en todo caso, el correcto uso de estos. Como se ha descrito en el apartado 6.3.2, ATENSIS no registra ningún dato que permita identificar al usuario y, en el caso de solicitar de éste el número de teléfono para hacer un seguimiento, este dato debe formar parte de un fichero diferente que debería comunicarse a la Agencia Española de Protección de Datos.

Se ha contactado con la *National Suicide Prevention Lifeline* para obtener información sobre el seguimiento que realizan de los usuarios con riesgo de suicidio basado en el consentimiento verbal del usuario. Informa esta organización que alrededor del 80% de los centros realiza algún tipo de seguimiento, principalmente, en los casos en los que durante la llamada inicial se ha detectado un riesgo inminente de suicidio y se ha elaborado un plan de seguridad. El seguimiento depende, en todo caso, del juicio clínico sobre el caso. El consentimiento verbal que se obtiene del usuario implica que el orientador explique por qué se quiere hacer un seguimiento de su caso, solicitando permiso verbal y explicando qué implicaría el contacto. En esta explicación se recaban detalles sobre número de teléfono, horarios, posibilidad de dejar mensajes e incluso qué hacer en el caso de que el usuario no conteste.

Además, *Lifeline* realiza seguimiento de pacientes que han sido atendidos en los servicios de urgencia sanitarios o que están en tratamiento psiquiátrico por alto riesgo de suicidio. En estos casos, *Lifeline* cuenta con el consentimiento informado expreso que se registra en los ficheros de los servicios sanitarios y se comparten telemáticamente.

Siguiendo el esquema propuesto en la Figura 63, los datos de los casos que han dado permiso para hacer un seguimiento se facilitan a un equipo de ética del centro, el cual se ocupa de valorar y realizar, en su caso, el seguimiento recomendado. La herramienta ATENSIS tiene en cuenta esta comunicación, así como el registro del seguimiento (Figura 64 y Figura 65).

Figura 64. Comunicación de un caso para su seguimiento. ATENSIS

Fecha llamada inicial	1	2	3	4	5	6
17/7/2018						
24/8/2018	X					
31/8/2018	X					
7/9/2018		X				
14/9/2018			X			

1. No está atendido 4. Profesionales sanitarios
 2. Médico de cabecera 5. Profesional T.E.
 3. Servicios de Salud Mental 6. Otras redes/personas de apoyo

Figura 65. Registro del seguimiento. ATENSIS

Sería deseable iniciar una línea de trabajo en ASITES para llevar a cabo este proyecto de obtención del consentimiento verbal que permita un seguimiento posterior. El objetivo de seguimiento propuesto se orienta hacia dos tipos de casos: 1) aquellos que,

tras valorar el riesgo de suicidio se considere necesario, especialmente en los que deben intervenir los servicios de salud y 2) los casos que presentan antecedentes de conducta suicida anterior, para incidir, mediante la ayuda profesional, en determinados factores que han resultado asociados a los intentos anteriores de suicidio.

12.3.3.3 Actuación ante el riesgo de suicidio

Ante el riesgo de suicidio, la actuación prioritaria del orientador debe adecuarse al nivel del riesgo que se expone en la Figura 66.

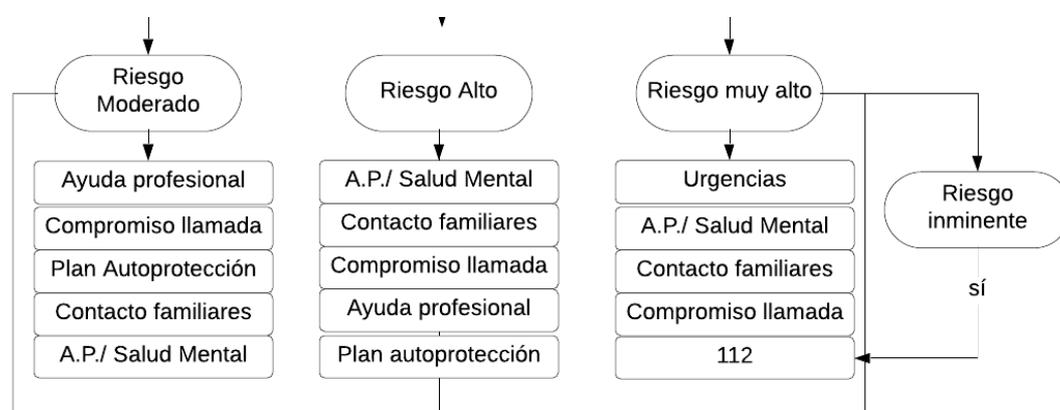


Figura 66. Actuación ante el riesgo de suicidio
Fuente: elaboración propia

Con el objetivo de establecer sistemas y protocolos de comunicación y derivación, sería procedente marcar una línea de trabajo entre ASITES y los sistemas públicos de salud en cada comunidad para conseguir formas de colaboración. Si esto se consigue, se habrá dado un paso de gigante en la prevención del suicidio.

12.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y BENEFICIOS ESPERADOS

A continuación, se señalan algunas limitaciones de este estudio, así como los beneficios que se esperan obtener del mismo. La primera limitación se relaciona con la captura de los datos. Los factores de riesgo del grupo de la enfermedad mental (EM) se han capturado en función de la manifestación de síntomas por parte del usuario. Sin embargo, en el 80% de los casos no se ha cumplimentado el campo sobre la adherencia al

tratamiento que verifica, en su caso, el diagnóstico de enfermedad cuando el paciente sigue el tratamiento médico. Por esta razón, el porcentaje de casos que han quedado registrados como EM sin tener una confirmación de su diagnóstico podrían ser falsos positivos que estarían afectando a la tasa obtenida del 75,3%. Si se tiene en cuenta esta posibilidad, la tasa sería menor, en la línea de la encontrada por Ohtaki (2016) del 36%. Esta limitación no afecta a las conclusiones de esta tesis sobre una mayor presencia encontrada de los factores emocionales y de adaptación que de los factores relacionados con problemas psicopatológicos.

Respecto al grupo CV, se ha observado una dificultad en la captura correcta de algunos factores de riesgo como consecuencia de una definición poco precisa de su enunciado. La captura de datos sobre algunos factores como el atrapamiento, los sentimientos de fracaso y la sensación de carga debe hacerse mediante una exploración que requiere de preguntas. A modo de ejemplo, sentirse atrapado es una consecuencia de determinados sentimientos como el fracaso, la derrota y la humillación, y no es fácil que se manifieste espontáneamente por parte del usuario. En el adiestramiento que se realizó a los orientadores, no se contemplaron estos matices, considerando que solo con la escucha activa sería suficiente. Como resultado de ello, la presencia de estos factores podría ser aún mayor que la obtenida y afectaría, especialmente, a una mayor presencia de la Teoría Interpersonal del Suicidio y de la teoría Integrativa Motivacional-Volitiva. Al igual que en el grupo anterior, esta limitación no afecta a las conclusiones de esta tesis.

Una segunda limitación hace referencia a la forma en que se ha aplicado el cuestionario dirigido a los orientadores del TE. El cuestionario se ha aplicado en dos momentos del periodo que ha durado este estudio, a muestras diferentes de tamaño igualmente diferente. Habría sido deseable que las muestras estuvieran relacionadas para conocer el grado de mejora en las variables medidas. El tamaño de la muestra (menor de 50 en sendos momentos) y la distinta participación en la respuesta al cuestionario limitan

las conclusiones sobre las mejoras obtenidas que, en cualquier caso, se puede afirmar que no existen o que son mejoras pequeñas. Para señalar estas mejoras se utilizó el estadístico Z que permite ir comprobando la diferencia de proporciones (λ) hasta alcanzar un resultado significativo. De ahí que se haya informado de pequeñas diferencias de mejora. Utilizando el estadístico Chi-cuadrado, las conclusiones de mejora no se habrían dado al no obtener diferencias significativas.

Una tercera limitación se relaciona con la muestra de este estudio, tanto en su tamaño como en su procedencia, ya que se ha tenido en cuenta únicamente la sede de ASITES en Navarra. Aún cuando el tamaño es representativo de la población con ideación suicida que llama al TE, la generalización de los resultados de este estudio tendría mayor solidez con una muestra mayor. En este sentido, sería deseable poder replicar este estudio con datos procedentes de todas las sedes del TE.

Por último, otra limitación importante de este estudio es la ausencia de un grupo de control (llamadas sin ideación suicida). La existencia de este grupo habría permitido establecer diferencias entre las llamadas IS y las llamadas no IS, principalmente en los factores de riesgo de suicidio asociados, para determinar si son exclusivos o no de las llamadas IS. No obstante, la selección y la inclusión en el proceso de evaluación de los factores de riesgo están basadas en la evidencia empírica sobre su asociación con la ideación suicida.

En cuanto a las fortalezas de este estudio, es necesario señalar, en primer lugar, que el autor de la herramienta ATENSIS es el mismo que el de esta tesis. El diseño y el desarrollo de la herramienta se han realizado con amplios conocimientos teóricos y prácticos sobre la conducta suicida y la evaluación del riesgo de suicidio. Para ello, se han adaptado las características de la herramienta a las necesidades de la intervención

telefónica en las situaciones de crisis personales, tanto en ámbitos profesionales como en otros ámbitos de ayuda, como es el caso del TE (extensible a otras *helplines*).

Otra de las fortalezas del estudio es su validez ecológica. La investigación se ha desarrollado en una sede operativa de ASITES (Navarra) donde ha sido instalada la herramienta ATENSIS para realizar el estudio de campo con las llamadas IS reales de personas que sufren una situación real de crisis personal. Para ello, se ha contado con la participación de 70 orientadores formados para la intervención en este tipo de llamadas.

Igualmente se considera una fortaleza el hecho de que el proyecto haya servido para que en ASITES, se haya tomado conciencia sobre la importancia de la evaluación precisa y la orientación adecuada en las llamadas con conductas suicidas. Como consecuencia del desarrollo de este estudio, la asociación ha promovido e incentivado la formación específica de los orientadores y del resto del personal voluntario en la temática suicida, se ha involucrado para que la herramienta esté instalada en todas las sedes de ASITES, ha organizado conferencias y charlas sobre el tema haciéndolo más visible y sensibilizando a la sociedad. En concreto, ha potenciado su presencia y protagonismo especial el día 10 de setiembre, Día Internacional de la Prevención del Suicidio. Como consecuencia de esta toma de conciencia, el TE es la principal referencia nacional citada en las guías y en los medios de comunicación como recurso de ayuda ante la conducta suicida.

Por otra parte, no se conoce ningún otro estudio que abarque un análisis tan completo sobre las características de las llamadas IS, la severidad de la ideación suicida, los factores de riesgo asociados tanto con la ideación suicida como con la suicidalidad y sobre el nivel de riesgo de suicidio como el que se ha realizado en esta tesis. Se trata, por lo tanto, del primer estudio de estas características.

Por último, se considera que el principal beneficio que se espera obtener con esta tesis es la reducción del número de suicidios. Esto es posible gracias al conocimiento que

esta tesis aporta: 1) más información sobre el fenómeno, que contribuye a la formación de los orientadores del TE (extensible a otras *helplines*) y de los profesionales de la salud para enfocar la intervención terapéutica en los factores presentes en la ideación suicida y en aquellos otros factores que han resultado asociados a la suicidalidad, 2) un proceso de evaluación del riesgo de suicidio que permite identificar los niveles de riesgo y actuar en consecuencia, 3) un protocolo de actuación ante el nivel de riesgo, 4) un sistema de seguimiento tras la obtención del consentimiento verbal del usuario y 5) una propuesta de colaboración entre el TE (extensible a otras *helplines*) y los servicios públicos de salud que incluyan vías específicas de comunicación.

Para lograr los fines y beneficios descritos, sería de gran ayuda que el TE estableciera y divulgara adecuadamente una línea telefónica específica de atención a las llamadas IS, con un número asociado a la prevención del suicidio. Si la asociación valora positivamente las propuestas de esta tesis y avanza en la línea de mejora, reforzará el papel que viene asumiendo en la prevención del suicidio. De esta forma, su actuación, basada en el nivel de riesgo, estará guiada por dos objetivos complementarios: la atención y la intervención en los casos de riesgo bajo o moderado, y la derivación a los servicios de salud en los casos de riesgo alto o muy alto.

12.5 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Se conocen algunos estudios sobre la temporalidad de la conducta suicida en cuanto a los intentos y los también a los suicidios, pero poco se conoce sobre la temporalidad de la ideación suicida. Serían convenientes nuevos estudios que permitieran intervenir adecuadamente sobre la población que puede verse afectada.

El estudio que se ha realizado con la muestra de Navarra sería muy interesante replicarlo con una muestra que incluyera todas las sedes de ASITES, en la medida en que se vayan incorporando y vayan asumiendo el proceso de evaluación e intervención

propuestos en esta tesis. En cualquier caso, el diseño de un nuevo estudio debería contar con un grupo de control.

Un estudio, mediante un seguimiento telefónico, sobre el grado de suicidalidad posterior a la llamada al TE, sería de gran ayuda para comprobar qué aspectos se destacan, por parte del usuario, de la intervención del orientador y, sobre todo, averiguar el grado de atención y el tipo de ayuda que está recibiendo el usuario. Además, se podría poner a prueba si la actuación del orientador, en función del criterio de riesgo, se corresponde con los pasos que, posteriormente, ha dado la persona en crisis. Los resultados obtenidos serían de gran utilidad, tanto para los procesos de evaluación y de intervención propuestos, como para los servicios públicos responsables de los planes de prevención que se están poniendo en marcha en las distintas comunidades autónomas.

Finalmente, otra línea de investigación podría centrarse en los casos que presentan antecedentes de conducta suicida a quienes se está prestando ayuda profesional y comprobar en qué medida esta ayuda ha resultado eficaz en comparación con grupos de control que no recibieran ayuda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, R. C., Marzuk, P. M., Tardiff, K. y Leon, A. C. (2005). Preference for fall from height as a method of suicide by elderly residents of New York City. *American Journal of Public Health*, 95(6), 1000–1002. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2004.037861>
- Aguirre, R. T. P., McCoy, M. K. y Roan, M. (2013). Development Guidelines from a Study of Suicide Prevention Mobile Applications (Apps). *Journal of Technology in Human Service*, 31(3), 269–293. <http://doi.org/10.1080/15228835.2013.814750>
- Ahmedani, B. K., Peterson, E. L., Hu, Y., Rossom, R. C., Lynch, F., Lu, C. Y., et al. (2017). Major Physical Health Conditions and Risk of Suicide. *American Journal of Preventive Medicine*, (23), 308–315. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.001>
- Ajdacic-Gross, V. (2008). Methods of suicide: International suicide patters derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726–732. <http://doi.org/10.2471/BLT.07.043489>
- Al-Halabi, S., Saiz, P. A., Buron, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., et al. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, 9(3), 134–142. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Alameda-Palacios, J., Ruiz-Ramos, M. y García-Robredo, B. (2013). Suicide, antidepressant prescription and unemployment in Andalusia (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 309–312. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.005>
- Alderson, M., Parent-Rocheleau, X. y Mishara, B. (2015). Critical Review on Suicide Among Nurses. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(2), 1–11. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000305>
- American Association of Suicidology (2017a). *Know the Warning Signs of Suicide*. Retrieved November 8, 2017, from <http://www.suicidology.org/resources/warning-signs>
- American Association of Suicidology (2017b). Warning Signs y Risk Factors. Recuperado en May 3, 2017, from <http://www.suicidology.org/ncpys/warning-signs-risk-factors>
- American Foundation for Suicide Prevention (2017). *Risk Factors and Warning Signs*. Recuperado en May 3, 2017, from <https://afsp.org/about-suicide/risk-factors-and-warning-signs/>
- American Psychological Association. (2017). *APA Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (pp. 1–20). Washington: American Psychological Association.
- Anaya, N. C. (2004). *Diccionario de psicología* (2nd ed.). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., et al. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An american society of clinical oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15), 1605–1619. <http://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.4611>
- Andover, M. S. y Morris, B. W. (2014). Expanding and Clarifying the Role of Emotion Regulation in Nonsuicidal Self-Injury. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 569–575. <http://doi.org/10.1177/070674371405901102>
- Andrés, R. (2015). *Semper dolens*. Barcelona: Acantilado.
- Anestis, M., Bagge, C. L., Tull, M. T. y Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 603–611. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>
- Ansell, E. B., Wright, A. G. C., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Hopwood, C. J., Zanarini, M. C., et al. (2015). Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. *Personality Disorders Theory, Research and Treatment*, 6(2), 161–167. <http://doi.org/10.1037/per0000089>
- Antonakakis, N. y Collins, A. (2015). The impact of fiscal austerity on suicide mortality: Evidence across the 'Eurozone periphery'. *Social Science y Medicine*, 145(C), 63–78. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.033>
- Antypa, N., Serretti, A. y Rujescu, D. (2013). Serotonergic genes and suicide: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 23(10), 1125–1142. <http://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.03.013>

- Aparicio-Martínez, P., Perea-Moreno, A. J., Martínez-Jimenez, M. P., Varo, I. S.-V. y Vaquero-Abellán, M. (2017). Social networks' unnoticed influence on body image in Spanish university students. *Telematics and Informatics*, 34(8), 1685–1692. <http://doi.org/10.1016/j.tele.2017.08.001>
- Arechavaleta, B., Foulliux, C. y Martínez, P. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas De Psiquiatría*, 34(1), 36–40.
- Arensman, E. (2017). Suicide prevention in an international context. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(1), 1–6. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000461>
- Arensman, E., Larkin, C., Corcoran, P., Reulbach, U. y Perry, I. (2014). Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: Findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *The European Journal of Public Health*, 24(2), 292–297. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckt087>
- Arias, H. A. (2013). Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Vanguardia Psicológica*, 3(2), 215–225.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. y Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(1), 311. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., et al. (2011). Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772–781. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>
- ASITES. (2016). Estatutos de la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES) (pp. 1–32). Madrid: ASITES.
- ASITES. (2018a). Estudio interno sobre el Servicio Telefónico 2017 (pp. 1–12). ASITES.
- ASITES. (2018b). *Memoria 2017* (pp. 1–33). Madrid: ASITES.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2015). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5 ed., pp. 1–1000). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Atkins, D. y Woods, D. L. (2012). Analysis of the Cost Effectiveness of a Suicide Barrier on the Golden Gate Bridge. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(2), 98–106. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000179>
- Awata, S., Bech, P., Koizumi, Y., Seki, T., Kuriyama, S., Hozawa, A., et al. (2007). Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *International Psychogeriatrics / IPA*, 19(1), 77–88. <http://doi.org/10.1017/S1041610206004212>
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., et al. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, 5(1), 8–23. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- Azcárate, L., Peinado, R., Blanco, M., Goñi, A., Cuesta, M. J., Pradini, I. y López-Goñi, J. J. (2015). Características de los suicidios consumados en navarra en función del sexo (2010-2013) *Anales del Sistema Sanitario De Navarra*, 38(1), 9–20. <http://doi.org/10.4321/S1137-66272015000100002>
- Álvarez, M. A. (2016). Evaluación e Intervención del Riesgo Suicida. *Duazary*, 13(1), 7–14. <http://doi.org/10.21676/2389783X.1582>
- Baca-García, E., Perez-Rodriguez, M. M., Basurte-Villamor, I., Saiz Ruiz, J., Leiva-Murillo, J. M., de Prado-Cumplido, M., et al. (2006). Using data mining to explore complex clinical decisions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1124–1132. <http://doi.org/10.4088/jcp.v67n0716>
- Bagge, C. L., Lamis, D. A., Nadorff, M. y Osman, A. (2013). Relations Between Hopelessness, Depressive Symptoms and Suicidality: Mediation by Reasons for Living. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 18–31. <http://doi.org/10.1002/jclp.22005>
- Bahr, H. M., Peplau, L. A. y Perlman, D. (1984). Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. *Contemporary Sociology*, 13(2), 203. <http://doi.org/10.2307/2068915>
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills* (Vol. 9, pp. 191–198).
- Bartoll, X., Palencia, L., Malmusi, D., Suhrcke, M. y Borrell, C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *The European Journal of Public Health*, 24(3), 415–418. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckt208>

- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <http://doi.org/10.1037//0033-295x.97.1.90>
- Beautrais, A. L., Collings, S. y Ehrhardt, P. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health.
- Beck, A. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A., Steer, R. A. y Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499–505. <http://doi.org/10.1002/1097-4679>
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974a). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <http://doi.org/10.1037/h0037562>
- Beck, R., Morris, J. B. y Beck, A. (1974b). Cross-validation of the suicidal intent scale. *Psychological Reports*, 34(2), 445–446. <http://doi.org/10.2466/pr0.1974.34.2.445>
- Beghi M, Rosenbaum JF (2010) Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Curr Opin Psychiatry* 23(4): 349–55.
- Bender, T. W., Anestis, M., Anestis, J. C., Gordon, K. H. y Joiner, T. E. (2012). Affective and Behavioral Paths Toward the Acquired Capacity for Suicide. *Dx.Doi.org*, 31(1), 81–100. <http://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.1.81>
- Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R. y Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30–46. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>
- Berman, A. (2006). Risk assessment, treatment planning, and management of the at-risk-for suicide client. *Family Therapy Magazine, Julio-Agosto*, 1–15. <http://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195394450.001.0001/oxfordhb-9780195394450-e-031>
- Berman, A. L. y Silverman, M. M. (2013). Suicide Risk Assessment and Risk Formulation Part II: Suicide Risk Formulation and the Determination of Levels of Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 432–443. <http://doi.org/10.1111/sltb.12067>
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 27–34. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>
- Bhatti, J. A., Nathens, A. B., Thiruchelvam, D., Grantcharov, T., Goldstein, B. I. y Redelmeier, D. A. (2016). Self-harm Emergencies After Bariatric Surgery. *JAMA Surgery*, 151(3), 226–227. <http://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.3414>
- Bhugra, D. (2013). Cultural Values and Self-Harm. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(4), 221–222.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B. y Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226–239. <http://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Bonner, R. L. y Rich, A. R. (2010). Toward a Predictive Model of Suicidal Ideation and Behavior: Some Preliminary Data in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17(1), 50–63. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1987.tb00061.x>
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Meron, A., Walters, E. y Kessler, R. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36(12), 1747–1757. <http://doi.org/10.1017/S0033291706008786>
- Bouch, J. y Marshall, J. J. (2005). Suicide risk: Structured professional judgement. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(2), 84–91. <http://doi.org/10.1192/apt.11.2.84>
- Boudot, M. (2016). Cash Investigation. Produits chimiques, nos enfants en danger. France Télévisions. Diffusée mardi 2 février à 20h55 sur France 2.
- Braithwaite, R. (2012). Suicide prevention and mental illness. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 345, e8201–e8201. <http://doi.org/10.1136/bmj.e8201>
- Branas, C. C., Kastanaki, A. E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E. F., Theodorakis, P. N., et al. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece:

- a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*, 5(1), e005619–e005619. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005619>
- Brausch, A. M. y Gutiérrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 233–242.
- Brausch, A. M. y Boone, S. D. (2015). Frequency of Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents: Differences in Suicide Attempts, Substance Use, and Disordered Eating. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, n/a–n/a. <http://doi.org/10.1111/sltb.12155>
- Brent, D. A. (1996). Suicidal Behavior Runs in Families. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1145. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830120085015>
- Brent, D. A., Kerr, M. M., Goldstein, C., Bozigar, J., Wartella, M. y Allan, M. J. (1989). An Outbreak of Suicide and Suicidal Behavior in a High School. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(6), 918–924. <http://doi.org/10.1097/00004583-198911000-00017>
- British Columbia. (2007). Working With the Client Who is Suicidal: A Tool for Adult Mental Health and Addiction Services, *Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction*, 1–120.
- Britton, P. C., Van Orden, K. A., Hirsch, J. K. y Williams, G. C. (2014). Basic Psychological Needs, Suicidal Ideation, and Risk for Suicidal Behavior in Young Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 362–371. <http://doi.org/10.1111/sltb.12074>
- Brown, G. (2001). A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. Philadelphia. Pensilvania: National Institute of Mental Health
- Brown, R., Fischer, T., Goldwisch, A. D., Keller, F., Young, R. y Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*, 58, 1–10. <http://doi.org/10.1017/S0033291717001751>
- Bruine de Bruin, W., Dombrowski, A. Y., Parker, A. M. y Szanto, K. (2015). Late-life Depression, Suicidal Ideation, and Attempted Suicide: The Role of Individual Differences in Maximizing, Regret, and Negative Decision Outcomes. *Journal of Behavioral Decision Making*, 29(4), 363–371. <http://doi.org/10.1002/bdm.1882>
- Bryan, C. J. y Rudd, D. (2005). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 185–200. <http://doi.org/10.1002/jclp.20222>
- Buglass, D. y Horton, J. (1974). A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 124, 573–578. <http://doi.org/10.1192/bjp.124.6.573>
- Buss, A. H. y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21(4), 343–349. <http://doi.org/10.1037/h0046900>
- Büchi, S., Buddeberg, C., Klaghofer, R., Russi, E. W., Brandli, O., Schlosser, C., et al. (2002). Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) - A brief method to assess suffering. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(6), 333–341. <http://doi.org/10.1159/000065994>
- Calati, R., Mostofsky, E., Di Mattei, V. y Courtet, P. (2017). Risk of suicide mortality among cancer patients: a meta-analysis of observational studies. Recuperado en April 3, 2017, de <http://www.europsy.net/wp-content/uploads/2017/03/cancersuicide.pdf>
- Caldentey, D. (2017). Juego de ballenas. Recuperado en Marzo 31, 2017, de http://www.lainformacion.com/mundo/actuan-incitan-jovenes-suicidarse-Red-suicidios_0_1012700199.html
- California Mental Health Services Authority. (2015). Suicide Prevention App for Android and iPhone - MY3. Recuperado en marzo 22, 2017, de <http://my3app.org>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L. y Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Redalyc.org*, 27(3), 223–228. <http://doi.org/10.3384/diss.diva-110421>
- Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A. y Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad Y Estrés*, 13(2-3), 215–227.
- Calvo-García, F., Giralt-Vázquez, C., Calvet-Roura, A. y Carbonells-Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*, 27(2), 89–96. <http://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.002>
- Carlton, T., Donachie, M., Frampton, M., Henschen, M., Kumar, M., Kvederis, B., et al. (2014). Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient. *Magellan Health, Inc.*, 1–90.

- Case, A. y Deaton, A. (2015). Rising morbidity and mortality in midlife among white non-hispanic americans in the 21st century. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(49), 15078–15083.
- CDC. (2017). CDC. Recuperado en Julio 27, 2017, de <https://www.cdc.gov/index.htm>
- Cebria, A. I., Parra, I., Pamias, M., Escayola, A., García Parés, G., Puntí, J., et al. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 269–276. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.016>
- Center for Mental Health Services. (2015). Networking suicide prevention hotlines: evaluation of the lifeline policies for helping callers at imminent risk new (pp. 1–14). Rockville, MD: SANMHSA.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008a). Connectedness as a Strategic Direction for the Prevention of Suicidal Behavior. *Centers for Disease Control and Prevention*, 1–2. Recuperado de www.cdc.gov/injury
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008b). *Promoting individual, family, and community connectedness to prevent suicidal behavior* (pp. 1–12). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Centre for Addiction and Mental Health. (2011a). *Suicide Prevention and Assessment Handbook*. Toronto: Elsevier. Recuperado de Website: www.camh.net
- Centre for Addiction and Mental Health. (2011b). *Suicide Prevention and Assessment Handbook* (pp. 1–87). Toronto: CAMH Publications.
- Chan, M., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., Kapur, N., et al. (2016). Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 277–283. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170050>
- Chandler, M., Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1994). *Adolescent suicide and the loss of personal continuity*. In D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.), *Disorders and dysfunctions of the self* (pp. 371–390). Rochester, NY: Boydell y Brewer.
- Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P. y Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ Journal*, 347(sep17 1), f5239–f5239. <http://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- Chehil, S. y Kutcher, S. P. (2012). *Suicide risk management: A manual for health professionals*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Chen, L., Murad, H., Paras, M., Colbenson, K., Sattler, A., Goranson, E., et al. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618–629. <http://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Chesin, M. y Stanley, B. (2015). Evaluación del riesgo e intervenciones psicosociales para pacientes suicidas. *RET: Revista De Toxicomanías*, (74), 22–32.
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C. y Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities. *JAMA Psychiatry*, 1–9. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>
- Clyne, K. (2017). More people thinking about suicide in TyT. Recuperado en abril 30, 2017, de <https://www.guardian.co.tt/news/2017-04-29/more-people-thinking-about-suicide-tt>
- Comiford, A. L., Sanderson, W. T., Chesnut, L. y Brown, S. (2016). Predictors of intimate partner problem-related suicides among suicide decedents in Kentucky. *Journal of Injury and Violence Research*, 8(2), 81–87. <http://doi.org/10.5249/jivr.v8i2.776>
- Confederación Médica Latinoiberoamericana y del Caribe (2016). Declaración de Brasilia (pp. 1–3). Brasilia-DF. CONFEMEL
- Conrad, A. K., Jacoby, A. M., Jobes, D. A., Lineberry, T. W., Shea, C. E., Arnold Ewing, T. D., et al. (2009). A Psychometric Investigation of the Suicide Status Form II with a Psychiatric Inpatient Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3), 307–320. <http://doi.org/10.1521/suli.2009.39.3.307>
- Consell de L'Audiovisual de Catalunya. (2017). Análisis de la presencia en Internet de contenidos de riesgo en relación con la muerte por suicidio. *CAC* (pp. 1–53).
- Consorci de Hospitalari Provincial Castelló. (2016). Especialistas del Provincial elaboran un estudio pionero sobre el suicidio. Recuperado en junio 29, 2017, de [http:// hospitalprovincial.es/noticias/1151/](http://hospitalprovincial.es/noticias/1151/)

- Coveney, C. M., Pollock, K., Armstrong, S. y Moore, J. (2012). Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline: report of an online survey. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(6), 313–324. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000151>
- Craske, M. G. (2003). *Origins of Phobias and Anxiety Disorders*. Oxford: Elsevier.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D. y Mitchell, J. E. (2009). Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1342–1346. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020247>
- Crow, S. J., Swanson, S. A., le Grange, D., Feig, E. H. y Merikangas, K. R. (2014). Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1534–1539. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.021>
- Croxford, S., Kitching, A., Desai, S., Kall, M., Edelstein, M., Skingsley, A., et al. (2017). Mortality and causes of death in people diagnosed with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy compared with the general population: an analysis of a national observational cohort. *The Lancet Public Health*, 2(1), e35–e46. [http://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30020-2](http://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30020-2)
- Czubaj, F. (2017). Calma: la app para prevenir las conductas suicidas. Recuperado en junio 7, 2017, de <https://www.psyciencia.com/2017/04/calma-la-app-para-prevenir-conductas-suicidas/>
- Dahlberg, L. L. y Krug, E. G. (2006). Violence a global public health problem. *Ciência y Saúde Coletiva*, 11(2), 277–292. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232006000200007>
- Daly, M. C., Oswald, A. J., Wilson, D. y Wu, S. (2011). Dark contrasts: The paradox of high rates of suicide in happy places. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 80(3), 435–442. <http://doi.org/10.1016/j.jebo.2011.04.007>
- De Beurs, D., Kirtley, O., Kerkhof, A., Portzky, G. y O'Connor, R. C. (2015). The Role of Mobile Phone Technology in Understanding and Preventing Suicidal Behavior. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(2), 79–82. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000316>
- De Leo, D. y Hawgood, J. (2014). Framework of a suicide risk screening tool. *Australian Institute for Suicide Research and Prevention*, 1–10.
- De-Sola, J., Talledo, H., Rubio, G. y de Fonseca, F. R. (2017). Psychological Factors and Alcohol Use in Problematic Mobile Phone Use in the Spanish Population. *Frontiers in Psychiatry*, 8(1), 41–2. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00011>
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. http://doi.org/10.1207/s15327965pli1104_01
- Degutis, L. C. y Sattin, R. W. (2011). Injury research: a perspective from the National Center for Injury Prevention and Control. *Injury Prevention*, 17(5), 357–357. <http://doi.org/10.1136/injuryprev-2011-040167>
- Deisenhammer, E. A., DeCol, C., Honeder, M., Hinterhuber, H. y Fleischhacker, W. W. (2000). Inpatient suicide in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 290–294. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004290.x>
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J. y Watts, C. H. (2014). Childhood Sexual Abuse and Suicidal Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 133(5), E1331–E1344. <http://doi.org/10.1542/peds.2013-2166>
- Dhingra, K., Boduszek, D. y O'Connor, R. (2015). Differentiating suicide attempters de suicide ideators using the Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 186, 211–218. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.007>
- Diario Noticias. (2017). Una alerta en Burlada sirve para prevenir un suicidio en Durango. Diario de Noticias de Navarra. Recuperado en junio 7, 2017, de <http://www.noticiasdenavarra.com/2017/03/14/sociedad/navarra/una-alerta-en-burlada-sirve-para-prevenir-un-suicidio-en-durango>
- Diaz, F. J., Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Garcia Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., et al. (2003). Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 197–202. <http://doi.org/10.1007/s00406-003-0425-6>
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H. y Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during

- childhood. *Child Abuse y Neglect*, 27(6), 625–639. [http://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00105-4](http://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00105-4)
- Draper, J., Murphy, G., Vega, E., Covington, D. W. y McKeon, R. (2015). Helping Callers to the National Suicide Prevention Lifeline Who Are at Imminent Risk of Suicide: The Importance of Active Engagement, Active Rescue, and Collaboration Between Crisis and Emergency Services. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 261–270. <http://doi.org/10.1111/sltb.12128>
- Durán, A. O. (2014). *Neurología*. Santander: Ed. Universidad de Cantabria.
- Durkheim, É. (1992). *El suicidio*. Madrid: Ediciones AKAL.
- Dyregrov, K. (2011). What Do We Know About Needs for Help After Suicide in Different Parts of the World? *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(6), 310–318. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000098>
- Edelstein, B. A., Heisel, M. J., McKee, D. R., Martin, R. R., Koven, L. P., Duberstein, P. R. y Britton, P. C. (2009). Development and Psychometric Evaluation of the Reasons for Living-Older Adults Scale: A Suicide Risk Assessment Inventory. *The Gerontologist*, 49(6), 736–745. <http://doi.org/10.1093/geront/gnp052>
- EFE. (2018). Psiquiatras asocian el aumento de depresión en los jóvenes con el abuso en las redes. Recuperado en junio 8, 2018, de <https://www.efc.com/efe/espana/sociedad/psiquiatras-asocian-el-aumento-de-depresion-en-los-jovenes-con-abuso-las-redes/10004-3636681>
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- European Alliance Against Depression. (2017). *EAAD 4-level intervention programme*. Leipzig: European Alliance Against Depression.
- Farberow, N. L., Heilig, S. M. y Litman, R. E. (1968). *Techniques in crisis intervention: a training manual*. Los Angeles, CA: Suicide Prevention Center.
- Fawcett, Scheftner, Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R. y Coryell, W. (2006). Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 144(1), 35–40. <http://doi.org/10.1176/ajp.144.1.35>
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos EFTA. (2017). El peligro de los juegos en las redes sociales que incitan a conductas de riesgo y autolesivas en jóvenes. Recuperado en Septiembre 16, 2017, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7008
- Feigelman, W., Rosen, Z. y Gorman, B. S. (2014). Exploring Prospective Predictors of Completed Suicides. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(4), 233–244. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000257>
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H. y Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse y Neglect*, 37(9), 664–674. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Fernández-Cabana, M., Ceballos-Espinoza, F., Mateos, R., Alves-Pérez, M. T. y García-Caballero, A. A. (2015). Suicide notes: clinical and linguistic analysis from the perspective of the Interpersonal Theory of Suicide. *The European Journal of Psychiatry*, 29(4), 293–308. <http://doi.org/10.4321/S0213-61632015000400006>
- Fleischmann, A. y De Leo, D. (2014). The World Health Organization's Report on Suicide. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 289–291. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000293>
- Flórez, J. A. (2000). Síndrome postvacacional. *Medicina Integral*, 36(4), 121–154.
- Forcano, L., Alvarez, E., Santamaria, J. J., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., et al. (2011). Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 352–358. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.09.003>
- Forcano, L., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., Bulik, C., Granero, R., Gratacòs, M., et al. (2009). Suicide attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*, 24(2), 91–97. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.10.002>
- Forkmann, T. y Teismann, T. (2017). Entrapment, perceived burdensomeness and thwarted belongingness as predictors of suicide ideation. *Psychiatry Research*, 257, 84–86. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.031>
- Forlenza, O. V., Valiengo, L. y Stella, F. (2016). Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, and management challenges. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 12*, 2105–2114. <http://doi.org/10.2147/NDT.S94643>

- Fountoulakis, K. N., Pantoula, E., Siamouli, M., Moutou, K., Gonda, X., Rihmer, Z., et al. (2012). Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 449–457. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.045>
- Frost, M., Casey, L. y Rando, N. (2015). Self-Injury, Help-Seeking, and the Internet: Informing Online Service Provision for Young People. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Advance online publication. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000346>
- Fry, P. S. (1984). Development of a geriatric scale of hopelessness: Implications for counseling and intervention with the depressed elderly. *Journal of Counseling Psychology*, 31(3), 322–331. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.31.3.322>
- Fundación ANAR. (2016). *I estudio sobre Ciberbullying según los afectados*. Fundación ANAR, Teléfono ANAR. Madrid: Fundación Mutua Madrileña, Fundación ANAR.
- Fundación Salud Mental España. (2015). Prevensuic. Recuperado en marzo16, 2017, de <http://www.prevensuic.org/>
- Gabennesch, H. (1988). When Promises Fail: A Theory of Temporal Fluctuations in Suicide. *Social Forces*, 67(1), 129–145. <http://doi.org/10.1093/sf/67.1.129>
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., et al. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMED. *Medicina Clínica*, 129(13), 494–500. <http://doi.org/10.1157/13111370>
- Gaminde, I., Uria, M., Padro, D., Querejeta, I. y Ozamiz, A. (1993). Depression in three populations in the Basque country —a comparison with Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(5), 243–251. <http://doi.org/10.1007/BF00788744>
- García, R. R., Agraz, F. P., Guirado, M. A., Salcedo, E. M. y Muñoz, L. H. (2005). Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(5), 292–297.
- García, J. (2012). *Postmodernidade e novas redes sociais*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Gaynes, B. (2004). Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 822. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-140-10-200405180-00023>
- Gerència Territorial ICS Camp de Tarragona. (2015). El programa de salut mental de l'ICS, INDI, redueix el risc de suïcidi en els pacients amb depressió. Recuperado en August 5, 2017, de http://www.icscampdetarragona.cat/webg/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0ycntnt01,articleid=371ycntnt01,origid=115ycntnt01,returnid=296yhl=ca_ES
- Geulayov, G., Kapur, N., Turnbull, P., Clements, C., Waters, K., Ness, J., et al. (2016). Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England, 2000–2012: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *BMJ Open*, 6(4), e010538. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010538>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103–108. <http://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Goethe, J. W. (2005). *Las penas del joven Werther*. Buenos Aires: Colihue Clásica.
- González, G. (2018). *Hablemos del suicidio*. Pamplona: Eunsa.
- González-Bueno, G., Bello, A. y Arias, M. (2012). *El impacto de la crisis en los niños* (pp. 1–52). Madrid: UNICEF España.
- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L. y Kleinman, M. (2013a). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 676–691. <http://doi.org/10.1111/sltb.12049>
- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L. y Kleinman, M. (2013b). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 676–691. <http://doi.org/10.1111/sltb.12049>
- Gould, M. S., Kalafat, J., HarrisMunfakh, J. L. y Kleinman, M. (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes Part 2: Suicidal Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 338–352. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.338>
- Gould, M. S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Lou Munfakh, J., Wright, J. y McKeon, R. (2018). Follow-up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of

- Callers' Perceptions of Care. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 75–86. <http://doi.org/10.1111/sltb.12339>
- Gould, M. S., Lake, A. M., Munfakh, J. L., Galfalvy, H., Kleinman, M., Williams, C., et al. (2015). Helping Callers to the National Suicide Prevention Lifeline Who Are at Imminent Risk of Suicide: Evaluation of Caller Risk Profiles and Interventions Implemented. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(2), 172–190. <http://doi.org/10.1111/sltb.12182>
- Gould, M. S., Petrie, K., Kleinman, M. H. y Wallestein, S. (1994). Clustering of Attempted Suicide: New Zealand National Data. *International Journal of Epidemiology*, 23(6), 1185–1189. <http://doi.org/10.1093/ije/23.6.1185>
- Gould, M., Jamieson, P. y Romer, D. (2003). Media Contagion and Suicide Among the Young. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1269–1284. <http://doi.org/10.1177/0002764202250670>
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607–615. [http://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](http://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)
- Gómez, J. M. (2016). Life! Prevención del Acoso y Suicidio en las Redes Sociales. Recuperado en junio 16, 2016, de <https://web.ua.es/es/actualidad-universitaria/2016/junio16/6-12/investigadores-de-la-universidad-de-alicante-ponen-en-marcha-el-proyecto-life-para-detectar-tendencias-suicidas-en-las-redes-sociales.html>
- Gómez-Durán, E., Forti-Buratti, M., Gutiérrez-López, B., Belmonte-Ibáñez, A. y Martín-Fumadó, C. (2016). Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, 9(1), 31–38. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.02.001>
- Granello, D. H. (2010). The Process of Suicide Risk Assessment: Twelve Core Principles. *Journal of Counseling & Development*, 88(3), 363–370. <http://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00034.x>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t);, Ed.). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.
- Grupo de trabajo de la GV. (2017, junio 8). Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Grupo de trabajo G.N. (2014). Protocolo de Colaboración Interinstitucional para la Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- Grupo de trabajo GPC. (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 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 avalía-t. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Baker, M. T. y Haraburda, C. M. (2002). Development of the reasons for living inventory for young adults. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 339–357. <http://doi.org/10.1002/jclp.1147>
- Haas, A., Rodgers, P. y Herman, J. (2014). *Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults* (pp. 1–18). New York, NY: American Foundation for Suicide Prevention.
- Hall, J. A. y Matsumoto, D. (2004). Gender Differences in Judgments of Multiple Emotions From Facial Expressions. *Emotion*, 4(2), 201–206. <http://doi.org/10.1037/1528-3542.4.2.201>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56–62. <http://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Harbauer, G., Ring, M., Schuetz, C., Andreae, A. y Haas, S. (2013). Suicidality Assessment with PRISM-S – Simple, Fast, and Visual. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(2), 131–136. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000164>
- Harlow, A. F., Bohanna, I. y Clough, A. (2014). A Systematic Review of Evaluated Suicide Prevention Programs Targeting Indigenous Youth. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 310–321. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000265>
- Haro, J. M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T. S., de Girolamo, G., Guyer, M. E., Jin, R., et al. (2006a). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(4), 167–180. <http://doi.org/10.1002/mpr.196>

- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006b). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451. <http://doi.org/10.1157/13086324>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006c). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451. <http://doi.org/10.1157/13086324>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Romera, B., Codony, M., Autonell, J., et al. (2003). Epidemiology of mental disorders in Spain: methods and participation in the ESEMeD-Spain project. *Search.Ebscohost.com*.
- Harpel, J. L., West, P., Jaffe, G. y Amundson, D. (2011). *After a Suicide: A Toolkit for Schools* (pp. 1–49). Washington: Suicide Prevention Resource Center, Education Development Center, Inc.
- Hart, E. E., Williams, C. L. y Davidson, J. A. (1988). Suicidal behaviour, social networks and psychiatric diagnosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(4), 222–228. <http://doi.org/10.1007/BF01787821>
- Hatzenbuehler, M. L. (2017). The Influence of State Laws on the Mental Health of Sexual Minority Youth. *JAMA Pediatrics*, 171(4), 322–324. <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4732>
- Hawton, K. y Heeringen, K. V. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372–1381. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Hawton, K., Casañas, C., Haw, C. y Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 17–28.
- Hawton, K., Saunders, K. E. y O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Heeringen, K. V. (2003). The Neurobiology of Suicide and Suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 1–9.
- Heffer, T. y Willoughby, T. (2018). The role of emotion dysregulation: A longitudinal investigation of the interpersonal theory of suicide. *Psychiatry Research*, 260, 379–383. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.075>
- Heikkinen, M., Aro, H. y Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s377), 65–72. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05805.x>
- Heller, D. (2017, Marzo31). How artificial intelligence will save lives in the 21st century. Recuperado en April 1, 2017, de <http://news.fsu.edu/news/health-medicine/2017/02/28/how-artificial-intelligence-save-lives-21st-century/>
- Helliwell, J., Layard, R. y Sachs, J. (2017). *World Happiness Report 2017*. (J. Helliwell, R. Layard y J. Sachs, Eds.). New York.
- Hendin, H., Maltzberger, J. T., Lipschitz, A., Haas, A. y Kyle, J. (2006). Recognizing and Responding to a Suicide Crisis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 169–187. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05805.x>
- Hinojosa, F. y Hinojosa, F. (2006). *Migrana en racimos*. México: Turner.
- Hirsch, J. K., Wolford, K., LaLonde, S. M., Brunk, L. y Morris, A. P. (2007). Dispositional Optimism as a Moderator of the Relationship Between Negative Life Events and Suicide Ideation and Attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 31(4), 533–546. <http://doi.org/10.1007/s10608-007-9151-0>
- Hogan, M. F. (2016). Better Suicide Screening and Prevention Are Possible. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1111–1112. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2411>
- Holden, R. R. (2005). Factor Analysis of the Beck Scale for Suicide Ideation With Female Suicide Attempters. *Assessment*, 12(2), 231–238. <http://doi.org/10.1177/1073191105274925>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. y Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science : a Journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <http://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. y Layton, J. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), 1–20. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Honor, G. (2010). Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358–364. <http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003>

- Horowitz, L. M., Wang, P. S., Koocher, G. P., Burr, B. H., Smith, M. F., Klavon, S. y Cleary, P. D. (2001). Detecting Suicide Risk in a Pediatric Emergency Department: Development of a Brief Screening Tool. *Pediatrics*, 107(5), 1133–1137. <http://doi.org/10.1542/peds.107.5.1133>
- Hosansky, D. (2012). Youth Suicide: Should Government Fund More Prevention Programs? In *Childhood and Adolescence in Society: Selections from CQ Researcher* (pp. 293–315). Oaks California : SAGE Publications, Inc. <http://doi.org/10.4135/9781483349251.n13>
- Hospital Regional Universitario de Málaga. (2017). *+caminos*. Recuperado en Julio 18, 2017, de http://www.malagahoy.es/malaga/Regional-lanza-prevenir-suicidio-jovenes_0_1151885102.html
- Idenfors, H., Kullgren, G. y Salander Renberg, E. (2015). Professional Care as an Option Prior to Self-Harm. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(3), 179–186. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000310>
- Iglesias, F. (2013). Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 41(5), 279–286.
- Instituto Nacional de Estadística INE. (2017). Defunciones según la causa de muerte 2015. Recuperado en junio 7, 2017, de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2015/10/yfile=05001.px>
- Iqbal, N. y Dar, K. A. (2015). Negative affectivity, depression, and anxiety: Does rumination mediate the links? *Journal of Affective Disorders*, 181, 18–23. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.002>
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J. y Conwell, Y. (2010). *Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington: American Psychiatric Association Publishing.
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J., Conwell, Y., Fawcett, J. A., Horton, L., Meltzer, H., et al. (2006). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches* (1st ed., Vol. 1). Arlington, VA: American Psychiatric Association. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423363.56008>
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L. y Turner, J. B. (2008). Psychiatric Impairment Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363–375. <http://doi.org/10.1080/15374410801955771>
- Jashinsky, J., Burton, S. H., Hanson, C. L., West, J., Giraud-Carrier, C., Barnes, M. D. y Argyle, T. (2014). Tracking Suicide Risk Factors Through Twitter in the US. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(1), 51–59. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000234>
- Jefatura del Estado. (2018). Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE, 1–70.
- Jiménez, J., de Albéniz, M. y Losada, A. (2010). Adaptación y validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPa) en Español. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 38(6), 332–339.
- Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(6), 640–653. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x>
- Jobes, D. A. (2016). *Managing Suicidal Risk* (2nd ed.). New York: Guilford Publications.
- Jobes, D. A., Jacoby, A. M., Cimboric, P. y Hustead, L. (1997). Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 44(4), 368–377. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.44.4.368>
- Johnson, J. (1990). Panic Disorder, Comorbidity, and Suicide Attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47(9), 805. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810210013002>
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J. y Tarrrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 563–591.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Joiner, T. E. y Silva, C. (2012). Why people die by suicide: Further development and tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. In P. R. Shaver y M. Mikulincer (Eds.), *Meaning, mortality, and choice: The social psychology of existential concerns* (pp. 325–336). Washington: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/13748-018>
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K. y Rudd, D. (2009a). *The Interpersonal Theory of Suicide. Guidance for Working With Suicidal Clients*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E., Ribeiro, J. D., Lewis, R. y Rudd, D. (2009b). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 634–646. <http://doi.org/10.1037/a0016500>
- Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Berman, A. L. y McKeon, R. (2007a). Establishing Standards for the Assessment of Suicide Risk Among Callers to the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 353–365. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.353>
- Joiner, T., Rudd, D. y Rajab, M. H. (1997). The Modified Scale for Suicidal Ideation: Factors of suicidality and their relation to clinical and diagnostic variables. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 260–265. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.260>
- Joiner, T., Sachs-Ericsson, N., Wingate, L., Brown, J., Anestis, M. y Selby, E. (2007b). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy, 45*(3), 539–547. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.007>
- Kalafat, J., Gould, M. S. y Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 1: Nonsuicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 322–337. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.322>
- Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B. I., Ross, J. G., Lowry, R., Grunbaum, J. A. y Kolbe, L. J. (2000). Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 1999. *Journal of School Health, 70*(7), 271–285. <http://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2000.tb07252.x>
- Kapur, Nav y Webb, R. (2016). Suicide risk in people with chronic fatigue syndrome. *The Lancet, 387*(10028), 1596–1597. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00270-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00270-1)
- Keel, P. K., Dorner, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L. y Herzog, D. B. (2003). Predictors of Mortality in Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry, 60*(2), 179–183. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.179>
- Kegler, S. R., Stone, D. M. y Holland, K. M. (2017). Trends in Suicide by Level of Urbanization — United States, 1999–2015. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 66*(10), 270–273. <http://doi.org/10.15585/mmwr.mm6610a2>
- Kelly, B. D., Davoren, M., Mhaol in, I. N., Breen, E. G. y Casey, P. (2009). Social capital and suicide in 11 European countries: an ecological analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(11), 971–977. <http://doi.org/10.1007/s00127-009-0018-4>
- Kessler, R. C. y Üstün, T. B. (2006). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13*(2), 93–121. <http://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Kids Helpline. (2017). Kids Helpline Insights 2016. Recuperado de <http://www.kidshelpline.com.au/reports>
- Kim, H. (2016). Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: Influences of chronic illness, functional limitations, and pain. *Geriatric Nursing, 37*(1), 9–12. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.07.006>
- King, C., Eisenberg, D., Zheng, K., Cxyz, E., Kramer, A., Horwitz, A. y Chermack, S. (2015). Online suicide risk screening and intervention with college students: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(3), 630–636. <http://doi.org/10.1037/a0038805>
- King, D. A., O'Riley, A. A., Thompson, C., Conwell, Y., He, H. y Kemp, J. (2014). Age-Related Concerns of Male Veteran Callers to a Suicide Crisis Line. *Archives of Suicide Research, 18*(4), 445–452. <http://doi.org/10.1080/13811118.2013.824842>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. y Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 8*(1), 552. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kitagawa, Y., Shimodera, S., Togo, F., Okazaki, Y., Nishida, A. y Sasaki, T. (2013). Suicidal feelings interfere with help-seeking in bullied adolescents. *PLoS One, 9*(9), e106031–e106031. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0106031>
- Kleespies, P. M. y Ponce, A. N. (2009). The stress and emotional impact of clinical work with the patient at risk. In *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and*

- managing risk of suicide, violence, and victimization*. (pp. 431–448). Washington: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/11865-019>
- Klonsky, E. D. y May, A. M. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Psycnet.Apa.org*, 122(1), 231–237. <http://doi.org/10.1037/a0030278>
- Knipe, D. W., Chang, S.-S., Dawson, A., Eddleston, M., Konradsen, F., Metcalfe, C. y Gunnell, D. (2017). Suicide prevention through means restriction: Impact of the 2008-2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka. *PLoS One*, 12(3), 1–12. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0172893>
- Kolaitis, G., Korpa, T., Kolvin, I. y Tsiantis, J. (2003). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present episode (K-SADS-P): A pilot inter-rater reliability study for Greek children and adolescents. *European Psychiatry*, 18(7), 374–375. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.02.002>
- Kölves, K., Värnik, A., Tooding, L.-M. y Wasserman, D. (2006). The role of alcohol in suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, 36(7), 923–930. <http://doi.org/10.1017/S0033291706007707>
- Kposowa, A. J. y D'Auria, S. (2010). Association of temporal factors and suicides in the United States, 2000-2004. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 433–445. <http://doi.org/10.1007/s00127-009-0082-9>
- Kreitman, N. y Foster, J. (1991). The construction and selection of predictive scales, with special reference to parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 159(2), 185–192. <http://doi.org/10.1192/bjp.159.2.185>
- Kuramoto, S. J., Brent, D. A. y Wilcox, H. C. (2009). The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(2), 137–151. <http://doi.org/10.1521/suli.2009.39.2.137>
- La Vanguardia. (2017). Retiran de Internet 4 contenidos que incitaban a suicidio denunciados por CAC. Recuperado en junio 5, 2017, de <http://www.lavanguardia.com/vida/20170519/422734140129/retiran-d...t-4-contenidos-que-incitaban-a-suicidio-denunciados-por-cac.html>
- Lamb, T. F. (2005). A Systematic Review of Deliberate Self-harm Assessment Instruments. Malibu, CA: Pepperdine University.
- Lamis, D. A., Ballard, E. D. y Patel, A. B. (2014). Loneliness and Suicidal Ideation in Drug-Using College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 629–640. <http://doi.org/10.1111/sltb.12095>
- Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P. y Ryan, C. (2016). Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS One*, 11(6), e0156322. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0156322>
- Larsen, M. E., Nicholas, J. y Christensen, H. (2015). A Systematic Assessment of Smartphone Tools for Suicide Prevention. *PLoS One*, 11(4), 1–14. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0152285>
- Larsen, M. E., Nicholas, J. y Christensen, H. (2016). A Systematic Assessment of Smartphone Tools for Suicide Prevention. *PLoS One*, 11(4), 1–14. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0152285>
- Latham, A. E. y Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and Bereavement: Complicated Grief as Psychiatric Disorder Presenting Greatest Risk for Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 350–362. <http://doi.org/10.1521/suli.34.4.350.53737>
- Lee, C.-Y., Wu, Y.-W., Chen, C.-K. y Wang, L.-J. (2014). The Rate of Fatality and Demographic Characteristics Associated With Various Suicide Methods. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(4), 245–252. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000266>
- Lenzi, M., Colucci, E. y Minas, H. (2011). Suicide, Culture, and Society from a Cross-National Perspective: *Cross-Cultural Research*, 46(1), 50–71. <http://doi.org/10.1177/1069397111424036>
- Lester, D., Colucci, E., Hjelmeland, H. y Park, B. (2013). *Suicide and culture: understanding the context*. Toronto: Hogrefe.
- Lifeline Australia. (2017). *Annual Report 2016-2017* (pp. 1–60). Canberra: Lifeline Australia.
- Lifeline Research Foundation. (2013). *Summary of Research and Evaluation of Crisis Helplines* (pp. 1–14). Canberra, Au: Lifeline. Crisis Support Suicide Prevention.

- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L. y Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276–286. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.51.2.276>
- Lithari, C., Frantzidis, C. A., Papadelis, C., Vivas, A. B., Klados, M. A., Kourtidou-Papadeli, C., et al. (2009). Are Females More Responsive to Emotional Stimuli? A Neurophysiological Study Across Arousal and Valence Dimensions. *Brain Topography*, 23(1), 27–40. <http://doi.org/10.1007/s10548-009-0130-5>
- Lopez, J., Gasparrini, A., Artundo, C. y McKee, M. (2014). The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *The European Journal of Public Health*, 24(2), 183–184. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckt215>
- López, D. (2016). El triángulo de los suicidas: en los pueblos donde quitarse la vida es una costumbre. Recuperado en agosto 29, 2016, de http://www.elespanol.com/reportajes/grandes-historias/20160729/143736438_0.html
- Lopez Rodriguez, J. L., Bárcena Calvo, C., González Medrano, J., Iglesias Guerra, J. A. y Abella García, V. (2009). Temporalidad y conducta suicida. *Cultura De Los Cuidados Revista De Enfermería Y Humanidades*, (25), 111–115. <http://doi.org/10.14198/cuid.2009.25.15>
- Lyu, J. y Zhang, J. (2014). Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia Research*, 155(1-3), 59–65. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2014.02.018>
- Maercker, A. (2001). Association of cross-cultural differences in psychiatric morbidity with cultural values: a secondary data analysis. *German Journal of Psychiatry*, 4, 17–23.
- Mandonado, L. G. (2017, Marzo17). Censura en las series: prohibido dar pistas a los suicidas. *El Español*. Recuperado en marzo, 2017, de http://www.elespanol.com/cultura/series/20170316/201230058_0.html
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. y Malone, K. M. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181–189.
- Marshall, A. (2016). Suicide Prevention Interventions for Sexual & Gender Minority Youth: An Unmet Need. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 89, 205–213.
- Martín-Baena, D., Mayoral, O., Talavera, M. y Montero, I. (2018). The link between violence and suicidal behavior among female university students in Spain. *Journal of School Violence*, 1–10.
- Marzuk, P. M., Tardiff, K., Leon, A. C., Hirsch, C. S., Portera, L., Hartwell, N. y Iqbal, I. (2006). Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 154(1), 122–123.
- Masocco, M., Pompili, M., Vanacore, N., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P., et al. (2009). Completed Suicide and Marital Status According to the Italian Region of Origin. *Psychiatric Quarterly*, 81(1), 57–71. <http://doi.org/10.1007/s11126-009-9118-2>
- Mayes, S. D., Baweja, R., Calhoun, S. L., Syed, E., Mahr, F. y Siddiqui, F. (2014). Suicide ideation and attempts and bullying in children and adolescents: psychiatric and general population samples. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 301–309. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000264>
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Séguin, M., Lesage, A. y Turecki, G. (2007). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: A predisposition for younger age of suicide. *Psychological Medicine*, 38(03), 1497–11. <http://doi.org/10.1017/S0033291707001419>
- McGirr, A., Séguin, M., Renaud, J., Benkelfat, C., Alda, M. y Turecki, G. (2006). Gender and Risk Factors for Suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1612–1617. <http://doi.org/10.4088/JCP.v67n1018>
- McKnight-Eily, L. R., Eaton, D. K., Lowry, R., Croft, J. B., Presley-Cantrell, L. y Perry, G. S. (2011). Relationships between hours of sleep and health-risk behaviors in US adolescent students. *Preventive Medicine*, 53(4-5), 271–273. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.06.020>
- Mejías-Martín, Y., Martí-García, C., Rodríguez-Mejías, C., Valencia-Quintero, J. P., García-Caro, M. P. y Luna, J. de D. (2018). Suicide attempts in Spain according to prehospital healthcare emergency records. *PLoS One*, 13(4), e0195370. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0195370>
- Mendez-Bustos, P. y Perez-Fominaya, M. (2015). Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 43(3), 142–148.

- Menninger, W. W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55(2), 216–227.
- Miller, I., Camargo, C. A., Jr., Arias, S. A., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Goldstein, A. B., et al. (2017). Suicide Prevention in an Emergency Department Population. *JAMA Psychiatry*, 1–8. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
- Miller, J. S., Segal, D. L. y Coolidge, F. L. (2010). A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults. *Death Studies*, 25(4), 357–365. <http://doi.org/10.1080/07481180126250>
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Grupo Planeta Spain.
- Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Sanchez-Moreno, J. y Vieta, E. (2013). Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2372–2374.
- Miret, M., Caballero, F. F., Huerta-Ramírez, R., Moneta, M. V., Olaya, B., Chatterji, S., et al. (2014). Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *Journal of Affective Disorders*, 163(C), 1–9. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.045>
- Mishara, B. L. y Daigle, M. S. (1997). Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: an empirical investigation. *American Journal of Community Psychology*, 25(6), 861–885.
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., et al. (2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 308–321. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.308>
- Mishara, B. L., Daigle, M., Bardon, C., Chagnon, F., Balan, B., Raymond, S. y Campbell, J. (2016). Comparison of the Effects of Telephone Suicide Prevention Help by Volunteers and Professional Paid Staff: Results from Studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 577–587. <http://doi.org/10.1111/sltb.12238>
- Moberg, F. B. y Anestis, M. (2015). A Preliminary Examination of the Relationship Between Social Networking Interactions, Internet Use, and Thwarted Belongingness. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(3), 187–193. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000311>
- Modai, I., Ritsner, M., Kurs, R., Mendel, S. y Ponizovsky, A. (2002). Validación de la Escala Informatizada de Riesgo de Suicidio, un instrumento de red neural de retropropagación (CSRS-BP). *European Psychiatry (Edición en Español)*, 9, 441–448.
- Mok, K., Jorm, A. F. y Pirkis, J. (2016a). Who Goes Online for Suicide-Related Reasons?: A Comparison of Suicidal People Who Use the Internet for Suicide-Related Reasons and Those Who Do Not. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1–9. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000366>
- Mok, P., Pedersen, C. B., Springate, D., Astrup, A., Kapur, N., Antonsen, S., et al. (2016b). Parental Psychiatric Disease and Risks of Attempted Suicide and Violent Criminal Offending in Offspring. *JAMA Psychiatry*, 73(10), 1015–8. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1728>
- Morey, L. C. (2011). *Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Morrison, R. y O'Connor, R. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 523–538. <http://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.523>
- Motto, J. A. (1991). An Integrated Approach to Estimating Suicide Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21(1), 74–89. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1991.tb00795.x>
- Motto, J. A. (2012). Recognition, Evaluation, and Management of Persons at Risk for Suicide. *Personnel and Guidance Journal*, 56(9), 537–545. <http://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1978.tb05306.x>
- Motto, J. A., Heilbron, D. y Juster, R. (1985). Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *American Journal of Psychiatry*, 142(6), 680–686. <http://doi.org/10.1176/ajp.142.6.680>

- Murphy, B., Bugeja, L., Pilgrim, J. y Ibrahim, J. (2015). Completed suicide among nursing home residents: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(8), 802–814. <http://doi.org/10.1002/gps.4299>
- National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. (2012). Annual Report. Recuperado en marzo 24, 2017, de http://www.bbmh.manchester.ac.uk/cmhr/research/centreforsuicideprevention/nci/reports/annual_report_2012.pdf
- National Office for Suicide Prevention. (2017). Connecting for Life Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015-2020 (pp. 1–129).
- National Suicide Prevention Lifeline. (2007). Suicide Risk Assessment Standards. Recuperado en noviembre 4, 2018, de <https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2016/08/Suicide-Risk-Assessment-Standards-1.pdf>
- Nett, R. J., Witte, T. K., Holzbauer, S. M., Elchos, B. L., Campagnolo, E. R., Musgrave, K. J., et al. (2015). Notes from the field: prevalence of risk factors for suicide among veterinarians - United States, 2014. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(5), 131–132.
- Neufeld, E. y ORourke, N. (2009). Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne of Psychiatrie*, 54(10), 684–692.
- Ng, R. M. K., Di Simplicio, M., McManus, F., Kennerley, H. y Holmes, E. A. (2016). “Flash-forwards” and suicidal ideation: A prospective investigation of mental imagery, entrapment and defeat in a cohort from the Hong Kong Mental Morbidity Survey. *Psychiatry Research*, 246, 453–460. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.018>
- Niederkrotenthaler, T., Haider, A., Till, B., Mok, K. y Pirkis, J. (2016). Comparison of suicidal people who use the Internet for suicide-related reasons and those who do not. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(2), 1–5. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000432>
- Niméus, A., Alsén, M. y Träskman-Bendz, L. (2001). La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *European Psychiatry (Edición en Español)*, 8, 54–62.
- Nock, M. K. (2014). Standard Suicide Risk Assessment Form. In *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (pp. 327–329). New York, NY.
- Nock, M. K. y Banaji, M. R. (2007). Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 707–715. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.707>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2008a). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. y Lee, S. (2008b). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I. y Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309–317. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A. y Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868–876. <http://doi.org/10.1038/mp.2009.29>
- Norwegian Institute of Public Health. (2017). Suicide among indigenous people is increasing. Recuperado en noviembre 16, 2017, de <http://www.fhi.no/en/news/2014/suicide-among-indigenous-people-is/>
- Nurpponen, H. (2007). Prevention and Early Intervention: Innovative Practice Model “Down Under” in South-east Queensland, Australia. *Child Care in Practice*, 13(4), 367–386. <http://doi.org/10.1080/13575270701488758>
- O'Connor, E., Gaynes, B., Burda, B., Soh, C. y Whitlock, E. (2013). Screening for and Treatment of Suicide Risk Relevant to Primary Care: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 158(10), 741–754. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642>

- O'Connor, R. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In R. O'Connor, S. Platt y J. Gordon (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention*. Chichester: John Wiley y Sons Ltd.
- O'Connor, R. y Nock, M. (2014a). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- O'Connor, R. y Nock, M. K. (2014b). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- O'Connor, R. y Portzky, G. (2018). The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational–volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*, 22, 12–17. <http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.021>
- O'Connor, R., Platt, S. y Gordon, J. (2011). *International Handbook of Suicide Prevention*. (R. O'Connor, S. Platt y J. Gordon, Eds.). Chichester, UK: John Wiley y Sons, Ltd.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2015). *Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Ohtaki, Y., Oi, Y., Doki, S., Kaneko, H., Usami, K., Sasahara, S. y Matsuzaki, I. (2016). Characteristics of Telephone Crisis Hotline Callers with Suicidal Ideation in Japan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(1), 54–66. <http://doi.org/10.1111/sltb.12264>
- Olivera-Pueyo, J., Galindo, J. y Pelegrín, C. (2011). Urgencias y situaciones críticas en psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 3(3), 101–150.
- OMS. (2000). *CIE-10* (pp. 1–337). Madrid: Editorial Médica Manamericana.
- OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2015). *Prevención Del Suicidio: Un Imperativo Global* (pp. 1–89). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V. y Mann, J. J. (2001a). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *The European Journal of Psychiatry*, 15(3), 147–155.
- Oquendo, M. A., Cia, E. B.-G., Graver, R., Mora, M., Montalvan, V. y Mann, J. J. (2016). Spanish Adaptation of the Reasons for Living Inventory. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 22(3), 369–381. <http://doi.org/10.1177/0739986300223006>
- Oquendo, M. A., Graver, R., Baca-García, E., Morales, M., Montalvan, V. y Mann, J. J. (2001b). Spanish adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). *The European Journal of Psychiatry*, 15(2), 101–112.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2017). Pueblos Indígenas. Recuperado en julio 19, 2017, de <http://www.fao.org/indigenous-peoples/es/>
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M. y Konick, L. C. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Farmacia Hospitalaria*, 8(4), 443–454. <http://doi.org/10.1177/107319110100800409>
- Papadopoulos, F. C., Ekblom, A., Brandt, L. y Ekselius, L. (2008). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 10–17. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.054742>
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J. y Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24(4), 343–5–348–9. [http://doi.org/10.1016/S0033-3182\(83\)73213-5](http://doi.org/10.1016/S0033-3182(83)73213-5)
- Paul, K. I. y Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282. <http://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Peak, N. J. (2008). David A. Jobes, *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 38(4), 217–218. <http://doi.org/10.1007/s10879-008-9089-x>
- Peak, N. J., Overholser, J. C., Ridley, J., Braden, A., Fisher, L., Bixler, J. y Chandler, M. (2016). Too Much to Bear. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(1), 59–67. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000355>
- Periodista Digital. (2018). El peligroso “Momo.” Recuperado en agosto 31, 2018, de <http://www.periodistadigital.com/america/sociedad/2018/08/30/espanto-y-miedo-en-colombia-por-el-suicidio-de-dos-adolescentes-en-un-estupido-reto-viral.shtml>

- Perry, I., Corcoran, P., Fitzgerald, A. P., Keeley, H. S., Reulbach, U. y Arensman, E. (2012). The Incidence and Repetition of Hospital-Treated Deliberate Self Harm: Findings from the World's First National Registry. *PLoS One*, 7(2), e31663. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0031663>
- Perry, Y., Werner-Seidler, A., Cleave, A. y Christensen, H. (2016). Web-Based and Mobile Suicide Prevention Interventions for Young People: A Systematic Review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(2), 73–79.
- Perugi, G., Angst, J., Azorin, J.-M., Bowden, C. L., Mosolov, S., Reis, J., et al. (2015). Mixed features in patients with a major depressive episode: the BRIDGE-II-MIX study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(3), e351–e358. <http://doi.org/10.4088/JCP.14m09092>
- Pestian, J. P., Sorter, M. y Connolly, B. (2016). A machine learning approach to identifying the thought markers of suicidal subjects: A prospective multicenter trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(1), 112–121. <http://doi.org/10.1111/sltb.12312>
- Pianowski, G., Sousa de Oliveira, E. y Nunes, M. (2015). Suicidal ideation and behavior: Psychological assessment measures. *Psicología Desde El Caribe*, 32(1), 81–120. <http://doi.org/10.14482/psdc.32.1.5872>
- Pierce, D. W. (1977). Suicidal intent in self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 130(4), 377–385. <http://doi.org/10.1192/bjp.130.4.377>
- Pirkis, J. y Nordentoft, M. (2011). Media Influences on Suicide and Attempted Suicide. In R. O'Connor, S. Platt y J. Gordon (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 1–12). Chichester: John Wiley y Sons Ltd.
- Pitman, A. (2018). Addressing suicide risk in partners and relatives bereaved by suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 212(04), 197–198. <http://doi.org/10.1192/bjp.2017.46>
- Platt, S., Micciolo, R. y Tansella, M. (1992). Suicide and unemployment in Italy: Description, analysis and interpretation of recent trends. *Social Science & Medicine*, 34(11), 1191–1201. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90312-E](http://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90312-E)
- Plutchik, R. y Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13(1), S23–S34. [http://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](http://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)
- Plutchik, R., Van Praag, H. M. y Conte, H. R. (1989). Correlates of suicide and violence risk 1: The suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 296–302. [http://doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90053-9](http://doi.org/10.1016/0010-440x(89)90053-9)
- Podgorski, C. A., Langford, L., Pearson, J. L. y Conwell, Y. (2010). Suicide Prevention for Older Adults in Residential Communities: Implications for Policy and Practice. *PLoS Medicine*, 7(5), 1–5.
- Pokorny, A. D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 249–257.
- Pol, E., Valera, S. y Vidal, T. (2016). Elementos básicos de psicología ambiental. Recuperado en marzo 16, 2017, de http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/uni4/4842.htm
- Polaino-Lorente, A. y Domènech, E. (1993). Prevalence of childhood depression: results of the first study in Spain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 34(6), 1007–1017.
- Poldinger, W. (1969). *La tendencia al suicidio*. (Morata, Ed.). Madrid.
- Poldinger, W. (1982). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In *Suizid* (pp. 13–23). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. http://doi.org/10.1007/978-3-642-68093-9_2
- Pollock, L. y Williams, M. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 386–396. <http://doi.org/10.1521/suli.31.4.386.22041>
- Pompili, M. (2014). Suicide prevention across Italy in a time of economic crisis. *International Association for Suicide Prevention IASP*, December/January 2013/2014, 1–12.
- Pompili, M., Amador, X. F., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., et al. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*, 6(1), 10. <http://doi.org/10.1186/1744-859X-6-10>
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A. y Tatarelli, R. (2009). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319–324. <http://doi.org/10.1080/08039480500320025>

- Portwood, J. D. y Hofstede, G. (1982). Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values. *Industrial and Labor Relations Review*, 36(1), 129. <http://doi.org/10.2307/2522302>
- Portzky, G., Heeringen, K. V. y Vervaeke, M. (2014). Attempted Suicide in Patients With Eating Disorders. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(6), 378–387. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000275>
- Posner, K., Brent, D. A., Giner, L., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., et al. (2013). Identification & Triage Using the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) (pp. 1–98). Presented at the Administration Training. Recuperado de <http://www.cssrs.columbia.edu/>
- Posner, K., Brown, G., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., et al. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Posner, K., Melvin, G. A. y Stanley, B. (2007a). Identification and monitoring of suicide risk in primary care settings. *Primary Psychiatry*, 14(12), 63–68.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M. S., Stanley, B. y Davies, M. (2007b). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035–1043. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.7.1035>
- Poznanski, E. O., Grossman, J. A., Buchbaum, Y., Banegas, M., Freeman, L. y Gibbons, R. (1984). Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23(2), 191–197. <http://doi.org/10.1097/00004583-198403000-00011>
- Primack, B. A., Shensa, A., Sidani, J. E., Whaitte, E. O., Lin, L. Y., Rosen, D., et al. (2017). Social media use and perceived social isolation among young adults in the U.E. *American Journal of Preventive Medicine*, (4). <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.010>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2014). *Informe sobre Desarrollo Humano 2014*. New York: United Nations Development Programme. <http://doi.org/10.18356/c1568445-es>
- Qin, P. y Mortensen, P. B. (2003). The Impact of Parental Status on the Risk of Completed Suicide. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 797–802. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.797>
- Qin, P., Agerbo, E. y Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360(9340), 1126–1130. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11197-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11197-4)
- Rahman, R. S., Gupta, S., While, D., Rodway, R. y Ibrahim, S. (2013). *Quality of Risk Assessment Prior to Suicide and Homicide: A Pilot Study* (pp. 1–16). Manchester: The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH).
- Rahouma, M., Kamel, M., Nasar, A., Harrison, S., Lee, B., Stiles, B., et al. (2017). Lung cancer patients have the highest malignancy-associated suicide rate in USA: a population based analysis.
- Ramchand, R., Jaycox, L., Ebener, P. y Gilbert, M. L. (2016). Characteristics and proximal outcomes of calls made to suicide crisis hotlines in California. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(1), 26–35. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000401>
- Ramos-Brieva, J. A. y Cordero-Villafafila, A. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for depression. *Journal of Psychiatric Research*, 22(1), 21–28. [http://doi.org/10.1016/0022-3956\(88\)90024-6](http://doi.org/10.1016/0022-3956(88)90024-6)
- Range, L. M. (2005). The Family of Instruments That Assess Suicide Risk. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 133–140. <http://doi.org/10.1007/s10862-005-5387-8>
- Rasmussen, S., Hawton, K., Philpott-Morgan, S. y O'Connor, R. (2016). Why Do Adolescents Self-Harm? *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(3), 176–183. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000369>
- Reesal, R., Lam, R., CANMAT Depression Work Group. (2001). Principles of Management. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(1), 21S–28S.
- Regehr, C., LeBlanc, V. R., Bogo, M., Paterson, J. y Birze, A. (2015). Suicide risk assessments: Examining influences on clinicians' professional judgment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(4), 295–301. <http://doi.org/10.1037/ort0000075>

- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P. y Nock, M. K. (2016). Suicide as a complex classification problem: Machine learning and related techniques can advance suicide prediction - a reply to Roaldset (2016). *Psychological Medicine*, 46(9), 2009–2010. <http://doi.org/10.1017/S0033291716000611>
- Rivera, B., Casal, B. y Currais, L. (2016). Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 1–14. <http://doi.org/10.1007/s10198-015-0760-3>
- Roaldset, J. O. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46.
- Robins, E., Murphy, G. E., Wilkinson, R. H., Jr., Gassner, S. y Kayes, J. (1959). Some Clinical Considerations in the Prevention of Suicide Based on a Study of 134 Successful Suicides. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 49(7), 888–899. <http://doi.org/10.2105/AJPH.49.7.888>
- Roca, M., Gili, M., Ferrer, V., Bernardo, M., Montaña, J. J., Salvà, J. J., et al. (1999). Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 410–415. <http://doi.org/10.1007/s001270050162>
- Rodríguez, J., Santander, J., Aedo, A. y Robert, S. (2014). Suicide worldwide: Can the evolutionary perspective explain the relationship between suicide rates and quality of life variables? *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*, 52(4), 241–242. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272014000400002>
- Ronquillo, L., Minassian, A., Vilke, G. M. y Wilson, M. P. (2012). Literature-based Recommendations for Suicide Assessment in the Emergency Department: A Review. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(5), 836–842. <http://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.08.015>
- Roths, I. A., Henriques, M. R., Leal, J. B. y Lemos, M. S. (2013). Facing a Patient Who Seeks Help After a Suicide Attempt. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(2), 110–122. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000242>
- Rourke, B. P., Young, G. C. y Leenaars, A. A. (2016). A Childhood Learning Disability that Predisposes Those Afflicted to Adolescent and Adult Depression and Suicide Risk. *Journal of Learning Disabilities*, 22(3), 169–175. <http://doi.org/10.1177/002221948902200305>
- Roush, J. F., Brown, S. L., Jahn, D. R., Mitchell, S. M., Taylor, N. J., Quinnett, P. y Ries, R. (2018). Mental Health Professionals' Suicide Risk Assessment and Management Practices. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(1), 55–64. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000478>
- Rowe, C. A., Walker, K. L., Britton, P. C. y Hirsch, J. K. (2012). The relativ Between Negative Life Events and Suicidal Behavior. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(4), 233–241. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000173>
- Royal Society for Public Health. (2017). *Status of Mind: Social media and young people's mental health* (pp. 1–32). London: Royal Society for Public Health.
- Rubio, G., Montero, J., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marin, J. J. y Santo-Domingo, J. (1998). Validacion de la escala de riesgo suicida de Plutchik en poblacion española. *Archivos De Neurobiología*, 61(2), 143–152.
- Rudd, D. (2003). Warning Signs for Suicide? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 99–100. <http://doi.org/10.1521/suli.33.1.99.22790>
- Rudd, D. (2006). *The Assessment and Management of Suicidality*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Rudd, D. (2008). Suicide warning signs in clinical practice. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), 87–90. <http://doi.org/10.1007/s11920-008-0015-4>
- Rudd, D., Joiner, T. E. y Rajab, M. H. (2004). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. New York: Guilford Press.
- Ruder, T. D., Hatch, G. M., Ampanozi, G., Thali, M. J. y Fischer, N. (2011). Suicide Announcement on Facebook. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(5), 280–282. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000086>
- Rueda-Jaimes, G. E., Castro-Rueda, V. A., Rangel-Martínez-Villalba, A. M., Moreno-Quijano, C., Martínez-Salazar, G. A. y Camacho, P. A. (2016). Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>

- Ruiz, L. H. (2012). Representaciones sociales del “último discurso” del suicida. *Península*, 7(2), 27–43.
- Ryberg, W., Fosse, R., Zahl, P.-H., Brorson, I., Møller, P., Landrø, N. I. y Jobes, D. (2017). Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to treatment as usual (TAU) for suicidal patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 1–14. <http://doi.org/10.1186/s13063-016-1602-z>
- Saini, P., While, D., Chantler, K., Windfuhr, K. y Kapur, N. (2014). Assessment and Management of Suicide Risk in Primary Care. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(6), 415–425. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000277>
- Saiz, P. A., Rodríguez-Revuelta, J., González-Blanco, L., Buron, P., Al-Halabi, S., Garrido, M., et al. (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, 7(3), 131–138. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.001>
- Sakinofsky, I. (2007). Treating suicidality in depressive illness. Part I: current controversies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6), 71S–84S.
- Samaritans. (2016). *Annual Review 2016* (pp. 1–24). London: Central London Samaritans.
- Samaritans. (2017a). Samaritans Annual Report and Accounts 2015/16. Recuperado en August 15, 2017, de https://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/Samaritans_Annual_report2015_16Webrev.pdf
- Samaritans. (2017b). *Summary Report 2017* (pp. 1–28). Recuperado de www.samaritans.org
- SAMHSA. (2009). Evaluation and Triage card: Safe-T Card. Recuperado en febrero 20, 2017, de www.sprc.org
- SAMHSA. (2015). Suicide Prevention Mobile App – SuicideSafe | SAMHSA.gov. Recuperado en marzo 16, 2017, de <http://store.samhsa.gov/apps/suicidesafe/index.html>
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M. A., Valiente, R. M. y Joiner, T. (1998). Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress process perspective. *Journal of Adolescence*, 21(4), 415–426. <http://doi.org/10.1006/jado.1998.0172>
- Santana, G. L., Coelho, B. M., Borges, G., Viana, M. C., Wang, Y. P. y Andrade, L. H. (2014). The Influence of Parental Psychopathology on Offspring Suicidal Behavior across the Lifespan. *PLoS One*, 10(7), e0134970–e0134970. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0134970>
- Sareen, J. (2011). Anxiety disorders and risk for suicide: why such controversy? *Depression and Anxiety*, 28(11), 941–945. <http://doi.org/10.1002/da.20906>
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J. G., Have, ten, M. y Stein, M. B. (2005). Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249–1257. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>
- Schechter, M., Goldblatt, M. y Maltzberger, J. T. (2013). The Therapeutic Alliance and Suicide: When Words Are Not Enough. *British Journal of Psychotherapy*, 29(3), 315–328. <http://doi.org/10.1111/bjp.12039>
- Schiff, L. B., Holland, K. M., Stone, D. M., Logan, J., Marshall, K. J., Martell, B. y Bartholow, B. (2015). Acute and Chronic Risk Preceding Suicidal Crises Among Middle-Aged Men Without Known Mental Health and/or Substance Abuse Problems. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(5), 304–315. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000329>
- Schotte, D. E. (1987). Problem-solving Skills in Suicidal Psychiatric Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 49–54.
- Schwartz, S. H. y Bilsky, W. (1990). Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 878–891. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.878>
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., et al. (2008). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 601–607. <http://doi.org/10.1007/s00127-008-0469-z>
- Seligman, M. E. y Miller, W. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology* (Vol. 84, pp. 228–238).
- Serafini, G., Calcagno, P., Lester, D., Girardi, P., Amore, M. y Pompili, M. (2016). Suicide Risk in Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Current Alzheimer Research*, 13(10), 1083–1099(17).

- Serrano, M. J. G. y Ferrer, J. T. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*, 27(7), 484–488. [http://doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)78839-7](http://doi.org/10.1016/s0212-6567(01)78839-7)
- Shea, S. C. (2002). *The practical art of suicide assessment: A guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. New York: John Wiley.
- Sheikhtaheri, A., Sadoughi, F. y Hashemi Dehaghi, Z. (2014). Developing and Using Expert Systems and Neural Networks in Medicine: A Review on Benefits and Challenges. *Journal of Medical Systems*, 38(9), 110–7. <http://doi.org/10.1007/s10916-014-0110-5>
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behaviour*. New Jersey: Jason Aronson.
- Shneidman, E. S. (1980). *Voices of Death*. New York: Harper y Row.
- Shneidman, E. S. y Short, J. F. (1977). Suicidology: Contemporary Developments. *Contemporary Sociology*, 6(4), 511. <http://doi.org/10.2307/2066495>
- Siddaway, A. P., Taylor, P. J., Wood, A. M. y Schulz, J. (2015). A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 184, 149–159. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.046>
- Signorini, A., De Filippo, E., Panico, S., De Caprio, C., Pasanisi, F. y Contaldo, F. (2006). Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(1), 119–122. <http://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602491>
- Simon, R. y Hales, R. (2012). Suicide risk assessment Gateway to treatment and management. In R. Simon y R. Hales (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management* (2nd ed., pp. 3–28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Singaravelu, V., Stewart, A., Adams, J., Simkin, S. y Hawton, K. (2015). Information-Seeking on the Internet. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(3), 211–219. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000307>
- Skovgaard, J., Frandsen, H. y Erlangsen, A. (2016). MYPLAN – A Mobile Phone Application for Supporting People at Risk of Suicide. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(3), 236–240. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000371>
- Slater, J. y Depue, R. A. (1981). The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(4), 275–285. <http://doi.org/10.1037//0021-843x.90.4.275>
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2015). Sociedad Española de Psiquiatría. Recuperado en abril 3, 2017, de <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/2015-02-17/392>
- Solà, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 39(5), 280–287.
- Soler, P. y Gascón, J. (2013). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales* (3rd ed.). Barcelona: Ars Medica.
- Spencer-Thomas, S. y Jahn, D. R. (2012). Tracking a Movement: U.S. Milestones in Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 78–85. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00072.x>
- Spittal, M. J., Fedyszyn, I., Middleton, A., Bassilios, B., Gunn, J., Woodward, A. y Pirkis, J. (2015). Frequent callers to crisis helplines: who are they and why do they call? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(1), 54–64. <http://doi.org/10.1177/0004867414541154>
- Stanley, B. y Brown, G. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Stanley, B., Träskman-Bendz, L. y Stanley, M. (1986). The suicide assessment scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychofarmacology Bulletin* 22(1), 200–205.
- Steeg, S., Kapur, N., Webb, R., Applegate, E., Stewart, S. L. K., Hawton, K., et al. (2012). The development of a population-level clinical screening tool for self-harm repetition and suicide: The ReACT Self-Harm Rule. *Psychological Medicine*, 42(11), 2383–2394. <http://doi.org/10.1017/S0033291712000347>
- Stenager, K. y Qin, P. (2008). Individual and parental psychiatric history and risk for suicide among adolescents and young adults in Denmark. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(11), 920–926. <http://doi.org/10.1007/s00127-008-0385-2>

- Stewart, S., Eaddy, M., Horton, S. E., Hughes, J. y Kennard, B. (2015). The Validity of the Interpersonal Theory of Suicide in Adolescence: A Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(3), 437–449. <http://doi.org/10.1080/15374416.2015.1020542>
- Stravynski, A. y Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32–40. <http://doi.org/10.1521/suli.31.1.32.21312>
- Sueki, H. (2015). The Effect of Suicide-Related Internet Use on Users' Mental Health. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(5), 348–353.
- Suicide Prevention Resource Center. (2017). About SPRC. Recuperado en julio 27, 2017, de <http://www.sprc.org/about-sprc>
- Sørensen, H. J., Mortensen, E. L., Wang, A. G., Juel, K., Silverton, L. y Mednick, S. A. (2009). Suicide and mental illness in parents and risk of suicide in offspring. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 748–751. <http://doi.org/10.1007/s00127-009-0495-5>
- Tejedor, C., García, C. y Madre, M. (2005). El suicidio como balance vital en el anciano. *Informaciones Psiquiátricas*, Primer y segundo trimestres (179-180), 1–5. Recuperado de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t188.pdf>
- The British Psychological Society. (2018). Understanding and preventing suicide: A psychological perspective. Recuperado e julio 6, 2018, de <https://www.bps.org.uk/sites/bps.org.uk/files/Policy%20-%20Files/Understanding%20and%20preventing%20suicide%20-20a%20psychological%20perspective.pdf>
- Till, B., Tran, U. S. y Niederkrotenthaler, T. (2016). Relationship satisfaction and risk factors for suicide. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(1), 7–16. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000407>
- Torre, M., de la. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida* (pp. 1–36). Madrid: Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM)
- Turvey, C. L., Conwell y., Jones, M. P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J. L. y Wallace, R. (2002). Risk Factors for Late-Life Suicide: A Prospective, Community-Based Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 398–406. <http://doi.org/10.1097/00019442-200207000-00006>
- Tyson, P., Law, C., Reed, S., Johnsey, E., Aruna, O. y Hall, S. (2016). Preventing Suicide and Self-Harm. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(5), 353–360. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000390>
- U S Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. (2012). *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action* (pp. 1–184). Washington, DC: HHS. Recuperado de www.samhsa.gov/nssp
- United Nations. (1996). *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies* (pp. 1–34). New York, NY: United Nations.
- Uutela, A. (2010). Economic crisis and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 127–130. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328336657d>
- Van Orden, K. A., Smith, P. N., Chen, T. y Conwell, Y. (2016). A Case Controlled Examination of the Interpersonal Theory of Suicide in the Second Half of Life. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(3), 323–335. <http://doi.org/10.1080/13811118.2015.1025121>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. y Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <http://doi.org/10.1037/a0018697>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W. y Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 72–83. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.72>
- Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, J. F., Peña Martín, C., Lequerica Puente, J., Artal Simón, J. A., Liaño Rincón, A. y Arenal, A. (1987). [Depression and anxiety: differential sociodemographic profiles in the general population]. *Actas Luso-Espanolas De Neurologia, Psiquiatria Y Ciencias Afines*, 15(2), 95–109.

- Verona, E., Sachs-Ericsson, N. y Joiner, T. E. (2004). Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 444–451. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.444>
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. y Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25(06), 357–375. <http://doi.org/10.1017/S0144686X04003332>
- Voshaar, R. C. O., van der Veen, D. C., Hunt, I. y Kapur, N. (2015). Suicide in late-life depression with and without comorbid anxiety disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 146–152. <http://doi.org/10.1002/gps.4304>
- Wahlbeck, K. (2009). Background document for the Thematic Conference on Prevention of Depression and Suicide. Luxembourg: European Communities. © European Communities, 2009.
- Wasserman, D. y Wasserman, C. (2009). Strategies in suicide prevention. In D. Wasserman y C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Prevention: A global prespective* (pp. 381–388). Oxford: Oxford University Pres.
- Wasserman, D., Hoven, C., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., et al. (2015). Articles School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1–9. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- Wehrman, W. (2014). *Trends and characteristics of occupational suicide and homicide in farmers and agriculture workers, 1992-2010*. MS Master of Science thesis, University of Iowa. Recuperado de <http://ir.uiowa.edu/etd/4734>
- Weisman, A. D. y Worden, J. W. (1973). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Nursing Research*, 22(1), 96. <http://doi.org/10.1097/00006199-197301000-00154>
- Weisskopf, M. G., Moisan, F., Tzourio, C., Rathouz, P. J. y Elbaz, A. (2013). Pesticide Exposure and Depression Among Agricultural Workers in France. *American Journal of Epidemiology*, 178(7), 1051–1058. <http://doi.org/10.1093/aje/kwt089>
- Welton, R. S. (2007). The management of suicidality assessment and intervention. *Psychiatry*, MAY, 24–34.
- Wenzel, A. y Beck, A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189–201. <http://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- Werlang, B. S. G. y Botega, N. J. (2003). A Semistructured Interview for Psychological Autopsy: An Inter-rater Reliability Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 326–330. <http://doi.org/10.1521/suli.33.3.326.23217>
- Wetherall, K., Robb, K. A. y O'Connor, R. (2018). An Examination of Social Comparison and Suicide Ideation Through the Lens of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(1-2), 293. <http://doi.org/10.1111/sltb.12434>
- WHO. (2000a). Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. (pp. 1–12). Ginebra: OMS
- WHO. (2000b). Preventing Suicide. A resource for prison officers. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2001). The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneve: World Health Organization.
- WHO. (2014a). Global Status Report on Alcohol and Health. Recuperado en April 24, 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1&ua=1
- WHO. (2014b). *Preventing suicide: A global Imperative* (pp. 1–92). Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2016). *World Health Statistics 2016* (p. 161). Geneve: World Health Organization.
- WHO. (2017). *Mental health status of adolescents in South-East Asia: evidence for action*. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia.
- WHO. (2018). Global Health Observatory (GHO) data. Recuperado en abril 30, 2018, de <http://www.who.int/gho/en/>
- Whitlock, J. y Muehlenkamp, J. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Elsevier*, 52, 486–492. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
- Windsor-Shellard, B. (2017, Marzo17). Suicide by occupation, England: 2011 to 2015. Recuperado en mayo 2, 2017, de <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/suicidebyoccupation/england2011to2015>

- Witte, T. K., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., Kleinman, M., Joiner, T. y Kalafat, J. (2010). Assessing suicide risk among callers to crisis hotlines: A confirmatory factor analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 941–964. <http://doi.org/10.1002/jclp.20717>
- Wong, P. W. C., Kwok, N. C. F., Tang, J. Y. C., Blaszczynski, A. y Tse, S. (2014). Suicidal Ideation and Familicidal-Suicidal Ideation Among Individuals Presenting to Problem Gambling Services. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(4), 219–232. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000256>
- Wong, P. W., Chan, W. S., Chen, E. Y., Chan, S. S., Law, Y. W. y Yip, P. S. (2008). Suicide among adults aged 30–49: A psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health*, 8(1), 55. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-8-147>
- Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H. y Thon, N. (2011). The Therapist's Reaction to a Patient's Suicide. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(2), 99–105. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000062>
- Wyllie, C., Platt, S., Brownlie, J., Chandler, A., Connolly, S., Evans, R., et al. (2012). *Men, suicide and society. Samaritans* (pp. 1–40).
- Xu, H., Zhang, W., Wang, X., Yuan, J., Tang, X., Yin, Y., et al. (2015). Prevalence and influence factors of suicidal ideation among females and males in Northwestern urban China: a population-based epidemiological study. *BMC Public Health*, 15(1), 133. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-2257-5>
- Yen, S., Grilo, C. M., Stout, R. L. y McGlashan, T. H. (2015). Rasgos de la personalidad como predictores prospectivos de intentos de suicidio. *RET: Revista De Toxicomanías*, 74, 1–10.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [http://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](http://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C. y Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(5), 243–256. <http://doi.org/10.1007/s12199-008-0037-x>
- Zhang, Jian, Dong, X., Wang, L., Zhao, L., Weng, Z., Zhang, T., et al. (2018). Gender Differences in Global Functional Connectivity During Facial Emotion Processing: A Visual MMN Study. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, 2. <http://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00220>

Anexo 1. *Suicide Risk Screening Tool*

Adaptado de *Australian Institute for Suicide Research and Prevention*, 2014. (De Leo y Hawgood, 2014)

A. Suicidalidad	Preguntas	Ítem	Riesgo		
IDEACIÓN SUICIDA	¿Has pensado en el suicidio, en terminar con tu vida? ¿Se lo has contado a otras personas?	Frecuencia (diaria/semanal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Severidad (intención, método, plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Duración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ambivalencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ideación en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTADO DE ÁNIMO	¿Cómo te sientes ahora?	Depresivo/Agitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCESO A MEDIOS PARA AUTOLESIONARSE	¿Tienes a tu alcance algún tipo de arma, drogas...?	Fácil acceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sabe cómo acceder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Determinación de acceder a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cambio de preferencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTENTOS ANTERIORES	¿Has intentado alguna vez terminar con tu vida?	Número de veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Letalidad del método utilizado cada vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Posibilidad de rescate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Severidad del intento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTENCIÓN/PLANES	¿Has pensado en cómo lo harías?	Letalidad del método	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nivel de detalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Conocimiento sobre el uso del método	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Posibilidad de rescate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ensayos previos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	¿Has recibido algún tratamiento anteriormente?	Servicio ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Reciente alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Psicoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Solo accidentalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Factores riesgo	Preguntas	Ítem	Riesgo		
LA CASA	¿Cómo están las cosas en casa?	Situación general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Conflictos de familia/abusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sin techo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALUD	¿Cómo está de salud?	Enfermedad física crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDUCACIÓN/ EMPLEO	¿Cómo es la escuela? ¿es apropiada?	Cambios en los resultados académicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Absentismo/Bullying	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Retraimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Desempleado de largo tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

ACTIVIDADES	¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?	Relaciones con otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFFECTIVIDAD	¿Qué sientes ahora?	Plano/sin emociones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PÉRDIDA DE ESPERANZA	¿Cómo ve el futuro?	Visión sobre el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sin expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALCOHOL/ DROGAS	¿Consume?	Con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tratamientos anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONYUGE/ PAREJA	¿Ruptura de relaciones? ¿Separación?	Del cónyuge/pareja de hecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Situación financiera/patrimonial/legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD MENTAL	¿Alguien en su familia ha tenido alguna enfermedad mental?	Madre/padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hermana/hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tíos/abuelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sin diagnosticar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUICIDIO DE OTROS CONOCIDOS	¿Sabes de alguien que se haya suicidado, y te haya impactado?	Familiaridad o cercanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR Y PÉRDIDAS	¿Ha perdido recientemente a un ser querido, o su aniversario está cercano?	Impacto del nivel de dolor en la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Factores protectores					
SOPORTE SOCIAL/ SENTIDO DE PERTENENCIA	¿Has hablado con alguien cercano sobre cómo te sientes? ¿Compartirías lo que te está pasando?	Sin apoyo social alguno	<input type="checkbox"/>		
		Ausencia de relaciones cercanas	<input type="checkbox"/>		
		Posibilidad de relaciones	<input type="checkbox"/>		
AUTOESTIMA	¿Qué piensas sobre ti mismo?	Se reconoce cualidades	<input type="checkbox"/>		
		Imagen de sí mismo	<input type="checkbox"/>		
		Confianza	<input type="checkbox"/>		
NORMAS Y VALORES	¿Qué valora en la vida?	Valores	<input type="checkbox"/>		
AFRONTAMIENTO Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	¿Cómo afronta y resuelve las dificultades?	Estrategias de afrontamiento	<input type="checkbox"/>		
RELIGIÓN	¿Tiene un sistema de creencias, religioso o espiritual?	Creencias religiosas Creencias para la vida	<input type="checkbox"/>		
IDENTIDAD CULTURAL	¿Siente que los recursos comunitarios están adecuados a su identidad cultural?	Recursos comunitarios	<input type="checkbox"/>		

Anexo 2. Escala de desesperanza de Beck

Beck Hopelessness Scale, BHS (A. Beck et al., 1974a)

1.	Espero el futuro con entusiasmo y esperanza.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
2.	Debería dejarlo porque no puedo.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3.	Cuando las cosas van mal, me ayuda saber que no hay nada que dure siempre.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
4.	No puedo imaginar que mi vida podría mantenerse igual en 10 años.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
5.	Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que deseo hacer.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
6.	En lo que a mí respecta, espero más éxitos en el futuro.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
7.	Mi futuro me parece oscuro.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
8.	Espero obtener más cosas buenas en la vida que el promedio de la gente.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
9.	Ahora no tengo ninguna oportunidad y no hay razón para creer que la tenga en el futuro.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
10.	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
11.	Todo lo que veo delante de mí es más desagradable que agradable.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
12.	No espero conseguir lo que realmente quiero.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
13.	Cuando miro adelante, al futuro, espero ser más feliz de lo que lo soy ahora.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
14.	Las cosas no se solucionan de la forma que yo quiero.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
15.	Tengo gran fe en el futuro.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
16.	Como nunca obtengo lo que deseo, es estúpido desear cualquier cosa.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
17.	Es muy improbable que pueda obtener cualquier satisfacción real en el futuro.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
18.	Mi futuro parece vago e incierto.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
19.	Puedo esperar más buenos tiempos que malos.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
20.	En realidad, no tiene sentido tratar de conseguir cualquier cosa que desee, ya que probablemente no la voy a obtener.	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Anexo 3. Escala de Ideación Suicida (SSI)

Scale for Suicide Ideation (A. Beck et al., 1979)

I. Características de la actitud hacia la vida/muerte	
1. Deseo de vivir. • 0. Moderado a intenso. • 1. Débil. • 2. Ninguno.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2. Deseo de morir. • 0. Ninguno. • 1. Débil. • 2. Moderado a intenso.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
3. Razones para vivir/morir. • 0. Las razones poro vivir son superiores a las de morir. • 1. Iguales. • 2. Las razones poro morir son superiores a las de vivir.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio. • 0. Ninguno. • 1. Débil. • 2. Moderado a intenso.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
5. Intento pasivo de suicidio. • 0. Tomaría precauciones para salvar su vida. • 1. Dejaría su vida/muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada). • 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina).	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
II. Características de los pensamientos/deseos suicidas	
6. Dimensión temporal: duración. • 0. Breve, períodos pasajeros. • 1. Períodos más largos. • 2. Continuo (crónica), o casi continuo.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
7. Dimensión temporal: frecuencia. • 0. Raro, ocasional. • 1. Intermitente • 2. Persistente o continuo.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
8. Actitud hacia el pensamiento/deseo. • 0. Rechazo. • 1. Ambivalencia, indiferencia. • 2. Aceptación.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo. • 0. Tiene sensación de control. • 1. No tiene seguridad de control. • 2. No tiene sensación de control.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
10. Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, Religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa...). • 0. No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio. • 1. Los factores disuasivos tienen cierta influencia. • 2. Influencia mínima a nula de los factores disuasorios (si existen factores, indicarlos).	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
11. Razones del proyecto de intento. • 0. Manipular el medio, atraer atención, venganza. • 1. Combinación de 0 y 2. • 2. Escapar, acabar, resolver problemas.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

III. Características del proyecto de intento	
12. Método: especificación/planes. • 0. No las ha considerado. • 1. Las ha considerado, pero sin detalles específicos. • 2. Los detalles están especificados/bien formulamos.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
13. Método: accesibilidad/oportunidad. • 0. Método no disponible; no hay oportunidad. • 1. El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente. • 2a. Método y oportunidad accesible. • 2b. Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectada.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento. • 0. No tiene coraje, demasiado débil, temerosa, incompetente. • 1. Insegura de su coraje, competencia. • 2. Seguro de su competencia, coraje.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
15. Expectativas/anticipación de un intento real. • 0. No. • 1. Incierto, no seguro. • 2. Sí.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
IV Realización del intento proyectado	
16. Preparación real. • 0. Ninguna. • 1. Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras). • 2. Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada).	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
17. Notas acerca del suicidio. • 0. No escribió ninguna nota. • 1. Empezado pero no completada; solamente pensó en dejarla. • 2. Completada.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones). • 0. Ninguno. • 1. Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados. • 2. Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
19. Engaño/encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al Terapeuta). • 0. Reveló estas ideas abiertamente. • 1. Fue reacio a revelarlas. • 2. Intentó engañar, encubrir, mentir.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
V Factores de fondo	
20. Intentos previos de suicidio. • 0. Ninguno. • 1. Uno. • 2. Más de uno.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
21. Intención de morir asociada al último intento. • 0. Baja. • 1. Moderada; ambivalente, inseguro. • 2. Alta.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Anexo 4. Escala de Intencionalidad Suicida

Suicide Intent Scale, (SIS; (R. Beck et al., 1974b)

I. Circunstancias objetivas	
1. Aislamiento 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2. Medición del tiempo 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, 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	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
6. Preparación activa del intento 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
7. Nota suicida 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas) 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
II. Autoinforme	
9. Propósito supuesto del intento 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
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	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal	
---	--

<p>12. Seriedad del intento</p> <p>0. No intentó seriamente poner fin a su vida</p> <p>1. Inseguro</p> <p>2. Intentó seriamente poner fin a su vida</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Actitud hacia el vivir/morir</p> <p>0. No quería morir</p> <p>1. Componentes de 0 y 2</p> <p>2. Quería morir</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>14. Concepción de la capacidad de salvamento médico</p> <p>0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica</p> <p>1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica</p> <p>2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>15. Grado de premeditación</p> <p>0. Ninguno, impulsivo</p> <p>1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento</p> <p>2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>III. Circunstancias subjetivas</p>	
<p>16. Reacción frente al intento</p> <p>0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza</p> <p>1. Acepta tanto el intento como su fracaso</p> <p>2. Rechaza el fracaso del intento</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>17. Preconcepciones de la muerte</p> <p>0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos</p> <p>1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas</p> <p>2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>18. Número de intentos de suicidio previos</p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. 1 o 2</p> <p>2. 3 o más</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>19. Relación entre ingesta de alcohol e intento</p> <p>0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad</p> <p>1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad</p> <p>2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento</p> <p>2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</p> <p>0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad</p> <p>1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>

Anexo 5. Escala de Estimación del Riesgo de Suicidio

Risk Estimator Scale for Suicide (Motto et al., 1985)

Variable	Categoría de alto riesgo	Coficiente (ponderado)	Error estándar	P
Edad	El riesgo aumenta con la edad	0,273 <i>a</i>	0, 092	0,001
Ocupación	Ejecutivo, administrador, negocio propio, profesional, obrero cualificado	0,515	0, 206	0,013
Recursos económicos	El riesgo aumenta con los recursos	0,373	0, 120	0,002
Trastornos emocionales en la familia	Depresión, alcoholismo	0,486	0, 195	0,013
Orientación sexual	Bisexual, activo; homosexual, inactivo	0,692	0, 252	0,006
Ingreso previo	El riesgo aumenta con el número de ingresos por problemas psiquiátricos	0,228	0, 079	0,004
Resultado de intentos previos para obtener ayuda	Negativo o variable	0,593	0, 199	0,003
Amenaza de una pérdida económica	Sí	0,674	0, 271	0,013
Estrés especial	Grave	0,676	0, 191	0,000
Sueño (horas por noche)	El riesgo aumenta con el número de horas por noche	0,395	0, 161	0,014
Modificación del peso	Ganancia o pérdida del 1% al 9%	0,646	0, 241	0,013
Ideas de persecución	Sí	0,636	0, 198	0,014
Impulsos suicidas	Sí	1,071	0, 227	0,000
Seriedad del intento	No ambivalente o ambivalente, pero con tendencia al suicidio	0,943	0, 201	0,000
Impresión del entrevistador frente al sujeto	El riesgo aumenta con la negatividad de la reacción	0,454	0,163	0,006

a = Aplicado a la raíz cuadrada de la edad.

Anexo 6. Escala de Evaluación del suicidio

Suicide Assessment Scale SUAS (Stanley et al., 1986)

Elementos	Síntomas	Escala
1. Tristeza y desaliento	Estado de ánimo triste; humor bajo; se siente desgraciado.	0. Casi nunca 1. Algunas veces 2. Muchas veces 3. Casi siempre 4. Siempre
2. Hostilidad	Hostil; enfadado; beligerante; antagonista; movido a la ira; se le provoca fácilmente.	0. Rara vez 1. Más de lo normal 2. Muchas veces 3. Casi siempre 4. Siempre
3. Anergia	Falta de energía; extenuación; cansado; fatigado; agotado; devastado; sensación de debilidad.	0. Puedo hacer las cosas normalmente 1. A menudo me siento cansado 2. A veces tengo dificultades para hacer las tareas diarias 3. Estoy casi siempre cansado 4. Me siento totalmente cansado
4. Hipersensibilidad	Sensible a las críticas; herido fácilmente; se siente rechazado con facilidad; se le ofende fácilmente; susceptible; se toma las cosas de modo personal; suspicacia; desconfianza.	0. Casi nada 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre
5. Retirada emocional	Falta de contacto emocional; aislado socialmente; retirado; segregado; desconfiado.	0. Mantengo mis contactos 1. Los mantengo, pero menos que antes 2. Tengo pocos contactos 3. Hablo solo con un par de amigos algunas veces 4. No tengo contactos
6. Inventiva	Incapacidad para resolver problemas con eficacia; falta de flexibilidad en el afrontamiento de problemas; ve pocas opciones y alternativas.	0. No tengo problemas 1. Ocasionalmente 2. Tengo problemas 3. Me cuesta ver la manera de resolver mis problemas 4. Me siento incapaz
7. Pérdida percibida de control	Siente falta de control sobre sí mismo o su propio destino; se siente a merced de acontecimientos externos	0. Casi nada 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre
8. Tensión	Tenso físicamente; nervioso; molesto; incapacidad para relajarse; nervioso (excluir síntomas neurovegetativos).	0. Casi nada 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

9. Ansiedad	Preocupación excesiva por el presente o el futuro; temor; aprensión; miedos.	0. Casi nada 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre
10. Preocupación somática	Preocupación por la salud física; preocupación por los síntomas físicos.	0. Casi nunca 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre
11. Impulsividad	Actúa por impulsos; actúa sin planificar o considerar las consecuencias; actúa según la inspiración del momento.	0. Casi nunca 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre
12. Baja autoestima	Autoestima baja; sentimientos de falta de valor e inferioridad; se siente fracasado.	0. Casi nunca 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre
13. Desesperanza	Siente desesperanza y desesperación; perspectiva sombría; pesimista, siente que lo peor está por llegar; pensamientos nihilistas.	0. Casi nunca 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre
14. Incapacidad para sentir	Despersonalización; falta de sentimientos; incapacidad para sentir emociones.	0. Casi nunca 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre
15. Baja tolerancia a la frustración	Se frustra o irrita fácilmente; se desanima con facilidad.	0. Casi nunca 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre
16. Pensamientos suicidas	Preocupado por pensamientos suicidas; piensa en estar muerto; piensa en las reacciones de otros al suicidio	0. Casi nunca 1. A veces 2. Repetidamente 3. Muy a menudo 4. No veo razones para vivir
17. Propósito de suicidio	El suicidio es la única alternativa a los problemas; desea aliviar a los demás de la carga	0. No quiero morir 1. Ocasionalmente 2. A veces lo pienso 3. Muy a menudo 4. Casi siempre
18. Deseo de morir	Fuerte deseo de morir; siente que no merece vivir; siente que la vida no vale la pena.	0. No tengo ideas suicidas 1. Ocasionalmente 2. A veces 3. Con frecuencia 4. Constantemente

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

<p>19. Falta de razones para vivir</p>	<p>Siente que no hay nadie por quien vivir; siente que no le importa a nadie; siente que la vida no tiene propósito.</p>	<p>0. No tengo ideas suicidas 1. A veces 2. Más de lo normal 3. Muy a menudo 4. Casi siempre</p>
<p>20. Acciones suicidas</p>	<p>Planea activamente un método para suicidarse; ha escrito una nota o informado a otros; necesita supervisión para impedir el intento.</p>	<p>0. No 1. A veces tengo ideas suicidas 2. A veces pienso en la manera en que lo haría 3. Tengo planes, pero no de manera inmediata 4. Estoy preparado para hacerlo ya.</p>

Anexo 7. Escala SAD PERSONS

(Patterson et al. 1983)

Elementos	Síntomas	Respuesta
Sex: male	Sexo: hombre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Age: < 20 o > 45	Edad: < 20 o > 45	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Depression	Presencia de depresión	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Previous Attempt	Intento de suicidio previo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ethanol abuse	Abuso de alcohol	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Rational thinking loss	Ausencia de pensamiento racional	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Social support lacking	Apoyo social inadecuado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Organized plan for suicide	Plan de suicidio elaborado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
No spouse	Sin pareja pareja	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
0-2: bajo riesgo 3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso 5-6: riesgo alto, se recomendando ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social 7-10: precisa ingreso		

Anexo 8. Escala Is Path Warm

(Asociación Americana de Suicidología)

IS PATH WARM?	Señales de alarma	Respuesta
I Ideation	Ideación suicida	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
S Substance Abuse	Uso o incremento de alcohol/ sustancias	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
P Purposelessness	Falta de sentido, propósitos en la vida	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
A Anxiety	Ansiedad con agitación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
T Trapped	Sentirse atrapado, sin salida	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
H Hopelessness	Sentimientos de desesperanza	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
W Withdrawal	Retirada de amigos, familia, desconexión	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
A Anger	Irritación, rabia incontrolada, venganza	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
R Recklessness	Conductas temerarias	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
M Mood Changes	Cambios bruscos del estado de ánimo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Anexo 9. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Suicide Risk Scale (SRS,(Plutchik et al., 1989)

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

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

SUICIDAL BEHAVIOR (Marque todas las opciones que se apliquen, siempre que sean episodios diferenciados; deberá preguntarse sobre todos los tipos).	Durante la vida del /de la participante		Últimos ___ Años	
<p>Tentativa real: Una acción potencialmente dañina cometida al menos con cierto deseo de morir <i>como resultado de la misma</i>. Esta conducta se pensó en parte como método para matarse. La intención no tiene que ser del 100%. Si hay <i>alguna</i> intención/deseo de morir asociado a la acción, entonces puede considerarse como un intento real de suicidio. <i>No tiene que haber lesión o daño</i>, simplemente el potencial de lesionarse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con la pistola en la boca pero el arma está estropeada y por ello no se lesiona, esto se considera un intento. Intención deducida: aunque una persona niegue la intención/deseo de morir, puede deducirse clínicamente a partir de su conducta o circunstancias. Por ejemplo, una acción extremadamente mortal que claramente no es un accidente de modo que no puede tratarse de otra cosa que no sea un suicidio (por ej., un disparo en la cabeza, saltar por una ventana de un piso alto). Asimismo, si alguien niega la intención de morir pero pensaba que lo que había hecho podía ser mortal, puede deducirse la intención.</p> <p><i>¿Ha cometido alguna tentativa de suicidio?</i> <i>¿Ha hecho algo para dañarse?</i> <i>¿Ha hecho algo peligroso en que podría haber muerto?</i> <i>¿Qué ha hecho?</i> <i>¿Ha _____ como manera de acabar con su vida?</i> <i>¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando _____?</i> <i>¿Intentaba acabar con su vida cuando _____?</i> <i>¿O pensaba que era posible morir de _____?</i> <i>¿O lo hizo simplemente por otras razones/sin NINGUNA intención de matarse (como para liberar tensión, sentirse mejor, obtener comprensión o para que pasara algo distinto)?</i> (Conducta dañina sin intención de suicidarse) Si la respuesta es Sí, describir:</p> <p><i>¿El/la participante ha entrado en la categoría de Conducta dañina no suicida?</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>Tentativa interrumpida: Cuando la persona se ve interrumpida (por una circunstancia externa) al iniciar la acción potencialmente dañina (<i>y de no ser por ello se habría producido realmente la tentativa</i>). Sobredosis: la persona tiene pastillas en la mano pero la detienen antes de tomarlas. Una vez que se las toma, se convierte en una tentativa y no en una tentativa interrumpida. Disparo: la persona se está apuntando con una pistola, pero alguien se la quita o de algún modo se le impide apretar el gatillo. Una vez que lo ha apretado, incluso si falla, se trata de una tentativa. Saltar: la persona está lista para saltar, la agarran y la apartan del borde. Colgarse: la persona tiene la soga alrededor del cuello pero todavía no se ha colgado - le impiden hacerlo.</p> <p><i>¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para acabar con su vida pero alguien o algo le ha detenido antes de que pudiera hacerlo realmente?</i> Si la respuesta es Sí, describir:</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>Tentativa abortada: Cuando la persona empieza a dar pasos para intentar suicidarse, pero se detiene antes de adoptar realmente una conducta autodestructiva. Los ejemplos son similares a los de la tentativa interrumpida, salvo que es la propia persona la que se detiene por sí misma, en lugar de ser algo lo que la detiene.</p> <p><i>¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para intentar acabar con su vida pero se detuvo antes de que pudiera hacerlo realmente?</i> Si la respuesta es Sí, describir:</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>Comportamiento o acciones preparatorias: Acciones o preparación para una tentativa de suicidio de forma inminente. Ello puede incluir cualquier cosa más allá de una verbalización o pensamiento, como reunir las cosas necesarias para usar un método específico (por ej., comprar pastillas o una pistola) o prepararse para la propia muerte por suicidio (por ej., desprenderse de cosas, escribir una nota de suicidio).</p> <p><i>¿Ha dado algún paso de cara a una tentativa de suicidio o para prepararse para quitarse la vida (como reunir pastillas, conseguir una pistola, donar objetos de valor o escribir una nota de suicidio)?</i> Si la respuesta es Sí, describir:</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>Conducta suicida: <i>¿Se observa conducta suicida durante el periodo de evaluación?</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Responder Solo para Tentativas Reales	Tentativa más reciente Fecha:	Tentativa más letal Fecha:	Tentativa inicial/primer Fecha:	
<p>Letalidad real/lesiones médicas: 0. Ninguna lesión física o lesiones físicas muy pequeñas (por ej., rasguños superficiales). 1. Lesiones físicas menores (por ej., habla letárgica, quemaduras de primer grado, hemorragia leve, esguinces). 2. Lesiones físicas moderadas; se requiere atención médica (por ej., consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, hemorragia de vasos importantes). 3. Lesiones físicas moderadamente graves; hospitalización y probablemente necesidad de cuidados intensivos (por ej., comatoso/a con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, hemorragia extensiva pero puede recuperarse, fracturas importantes). 4. Lesiones físicas graves; hospitalización con necesidad de cuidados intensivos (por ej., comatoso/a sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, hemorragia extensiva con constantes vitales inestables, importantes lesiones de alguna zona vital). 5. Muerte</p>	Introducir código _____	Introducir código _____	Introducir código _____	
<p>Letalidad potencial: responder solo si la letalidad real=0 Letalidad probable de una tentativa real si no hay lesiones médicas (en los siguientes ejemplos, aunque no se produzcan lesiones médicas reales, potencialmente pueden ser mortales: ponerse una pistola en la boca y apretar el gatillo pero el arma no dispara por lo que no hay lesión médica; tumbarse en las vías cuando viene el tren pero alguien le aparta antes de que le arrolle).</p> <p>0 = Conducta con poca probabilidad de lesiones 1 = Conducta con probabilidad de lesiones pero sin probabilidad de muerte 2 = Conducta con probabilidad de muerte a pesar de disponer de asistencia médica</p>	Introducir código _____	Introducir código _____	Introducir código _____	

C-SSRS Baseline Screening - Spain/Spanish -Version of 19 Mar 13 - MAPI Institute.
ID7213 / C-SSRS-BaselineScreening_AU5.0_spa-US.doc

Anexo 11. *Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0)*
(Kessler y Üstün, 2006)

10/17/14

SUICIDALITY (SD)

*SD1. INTERVIEWER CHECKPOINT:

RESPONDENT IS ABLE TO READ1
ALL OTHERS.....2 **GO TO *SD15**

*SD2. (RB, PG 20) Three experiences are listed in your booklet on page 20 labeled A, B, and C. Did experience A ever happen to you ?

INTERVIEWER: EXPERIENCE A IS 'YOU SERIOUSLY THOUGHT ABOUT COMMITTING SUICIDE'

YES.....1
NO.....5 **GO TO *SR1, NEXT SECTION**
DON'T KNOW.....8 **GO TO *SR1, NEXT SECTION**
REFUSED9 **GO TO *SR1, NEXT SECTION**

*SD2a. How old were you the first time this happened?

_____ YEARS OLD

DON'T KNOW998
REFUSED999

*SD3. Did Experience A happen to you at any time in the past 12 months?

YES.....1 **GO TO *SD4**
NO.....5
DON'T KNOW.....8
REFUSED9

*SD3a. How old were you the last time this experience happened to you?

_____ YEARS OLD

DON'T KNOW.....998
REFUSED999

*SD4. (RB, PG 20) Now look at the second of the three experiences on the list, Experience B. Did experience B ever happen to you?

INTERVIEWER: EXPERIENCE B IS 'YOU MADE A PLAN FOR COMMITTING SUICIDE'

YES.....1
NO.....5 **GO TO *SD6**
DON'T KNOW.....8 **GO TO *SD6**
REFUSED9 **GO TO *SD6**

*SD4a. How old were you the first time this happened?

_____ YEARS OLD

DON'T KNOW.....998
REFUSED999

*SD5. Did Experience B happen to you at any time in the past 12 months?

YES.....1 **GO TO *SD6**
NO.....5
DON'T KNOW.....8
REFUSED.....9

*SD5a. How old were you the last time this experience happened to you?

_____ YEARS OLD

DON'T KNOW.....998
REFUSED.....999

*SD6. (RB, PG 20) Now look at the third of the three experiences on the list, Experience C. Did experience C ever happen to you ?

INTERVIEWER: EXPERIENCE C IS 'YOU ATTEMPTED SUICIDE'

YES.....1
NO.....5 **GO TO *SR1, NEXT SECTION**
DON'T KNOW.....8 **GO TO *SR1, NEXT SECTION**
REFUSED.....9 **GO TO *SR1, NEXT SECTION**

*SD6a. How many times did Experience C ever happen to you in your lifetime?

_____ NUMBER OF TIMES

DON'T KNOW.....998
REFUSED.....999

*SD7. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *SD6a)

*SD6a EQUALS '1'.....1 **GO TO *SD10**
ALL OTHERS.....2

*SD8. How old were you the first time?

_____ YEARS OLD

DON'T KNOW.....998
REFUSED.....999

*SD9. (RB, PG 21) There are three statements numbered 1, 2, and 3 on page 21 in your booklet. Which of these three statements best describes your situation when Experience C happened to you the first time -- 1, 2, or 3?

- I MADE A SERIOUS ATTEMPT TO KILL MYSELF AND
IT WAS ONLY LUCK THAT I DID NOT SUCCEED1
- I TRIED TO KILL MYSELF, BUT KNEW THAT THE
METHOD WAS NOT FOOL-PROOF2
- MY ATTEMPT WAS A CRY FOR HELP. I DID NOT INTEND TO DIE.....3
- DON'T KNOW.....8
- REFUSED9
-

*SD10. Did Experience C happen to you in the past 12 months?

- YES1 **GO TO *SD11**
- NO.....5
- DON'T KNOW.....8
- REFUSED9

*SD10a. How old were you (when/the last time) experience C happened to you?

- _____ YEARS OLD **GO TO *SD14**
- DON'T KNOW998 **GO TO *SD14**
- REFUSED999 **GO TO *SD14**
-

*SD11. Did it result in an injury or poisoning?

- YES1
- NO.....5 **GO TO *SD14**
- DON'T KNOW8 **GO TO *SD14**
- REFUSED9 **GO TO *SD14**
-

*SD12. Did it require medical attention?

- YES.....1
- NO.....5 **GO TO *SD14**
- DON'T KNOW8 **GO TO *SD14**
- REFUSED9 **GO TO *SD14**
-

*SD13. Did it require overnight hospitalization?

- YES1
- NO.....5
- DON'T KNOW8
- REFUSED9

*SD16. Have you seriously thought about committing suicide at any time in the past 12 months?

YES.....1 **GO TO *SD17**
NO.....5
DON'T KNOW.....8
REFUSED.....9

*SD16a. How old were you the last time this experience happened to you?

_____ YEARS OLD

DON'T KNOW998
REFUSED999

*SD17. Have you ever made a plan for committing suicide?

YES.....1
NO.....5 **GO TO *SD19**
DON'T KNOW.....8 **GO TO *SD19**
REFUSED.....9 **GO TO *SD19**

*SD17a. How old were you the first time this happened?

_____ YEARS OLD

DON'T KNOW998
REFUSED999

*SD18. Did you make a plan for committing suicide at any time in the past 12 months?

YES.....1 **GO TO *SD19**
NO.....5
DON'T KNOW.....8
REFUSED.....9

*SD18a. How old were you the last time this experience happened to you?

_____ YEARS OLD

DON'T KNOW998
REFUSED999

*SD19. Have you ever attempted suicide?

YES.....1
NO.....5 **GO TO *SR1, NEXT SECTION**
DON'T KNOW.....8 **GO TO *SR1, NEXT SECTION**
REFUSED.....9 **GO TO *SR1, NEXT SECTION**

*SD19a. How many times have you attempted suicide in your lifetime?

_____ NUMBER OF TIMES

DON'T KNOW998
REFUSED999

*SD20. INTERVIEWER CHECKPOINT (SEE *SD19a):

*SD19a EQUALS '1' 1 GO TO *SD23
ALL OTHERS..... 2

*SD21. How old were you the first time?

_____ YEARS OLD
DON'T KNOW 998
REFUSED 999

*SD22. There are three statements I will read out loud. Please tell me which of these three statements best describes your situation when you attempted suicide the first time – one, two, or three?

“One, I made a serious attempt to kill myself and it was only luck that I did not succeed.”
“Two, I tried to kill myself, but knew that the method was not fool-proof.”
“Three, my attempt was a cry for help, I did not intend to die.”

I MADE A SERIOUS ATTEMPT TO KILL MYSELF AND
IT WAS ONLY LUCK THAT I DID NOT SUCCEED1
I TRIED TO KILL MYSELF, BUT KNEW THAT THE
METHOD WAS NOT FOOL-PROOF2
MY ATTEMPT WAS A CRY FOR HELP. I DID NOT INTEND TO DIE.....3
DON'T KNOW8
REFUSED9

*SD23. Have you attempted suicide in the past 12 months?

YES.....1 GO TO *SD24
NO.....5
DON'T KNOW.....8
REFUSED9

*SD23a. How old were you (when/the last time) you attempted suicide?

_____ YEARS OLD GO TO *SD27
DON'T KNOW998 GO TO *SD27
REFUSED999 GO TO *SD27

*SD24. Did it result in an injury or poisoning?

YES.....1
NO.....5 GO TO *SD27
DON'T KNOW8 GO TO *SD27
REFUSED9 GO TO *SD27

*SD25. Did it require medical attention?

- YES.....1
- NO.....5 **GO TO *SD27**
- DON'T KNOW8 **GO TO *SD27**
- REFUSED9 **GO TO *SD27**

*SD26. Did it require overnight hospitalization?

- YES.....1
- NO.....5
- DON'T KNOW8
- REFUSED9

*SD27. There are three statements I will read out loud. Please tell me which of these three statements best describes your situation when you attempted suicide (the last time) – one, two, or three?

- “One, I made a serious attempt to kill myself and it was only luck that I did not succeed.”
- “Two, I tried to kill myself, but knew that the method was not fool-proof.”
- “Three, my attempt was a cry for help, I did not intend to die.”

- I MADE A SERIOUS ATTEMPT TO KILL MYSELF AND IT WAS ONLY LUCK THAT I DID NOT SUCCEED1
- I TRIED TO KILL MYSELF, BUT KNEW THAT THE METHOD WAS NOT FOOL-PROOF2
- MY ATTEMPT WAS A CRY FOR HELP. I DID NOT INTEND TO DIE.....3
- DON'T KNOW8
- REFUSED9

*SD28. INTERVIEWER CHECKPOINT: (SEE *SD23)

- *SD23 EQUALS '1' 1
- ALL OTHERS.....2 **GO TO *SR1, NEXT SECTION**

*SD29. Which method did you use (when/the last time) you attempted to commit suicide?

- A. GUN.....1
- B. RAZOR, KNIFE OR OTHER SHARP INSTRUMENT2
- C. OVERDOSE OF PRESCRIPTION MEDICATIONS3
- D. OVERDOSE OF OVER-THE-COUNTER MEDICATIONS4
- E. OVERDOSE OF OTHER DRUG (E.G. HEROIN, CRACK, ALCOHOL)5
- F. POISONING (E.G. CARBON MONOXIDE, RAT POISON).....6
- G. HANGING, STRANGULATION, SUFFOCATION.....7
- H. DROWNING8
- I. JUMPING FROM HIGH PLACES9
- J. MOTOR VEHICLE CRASH10
- K. OTHER (PLEASE DESCRIBE)11

- DON'T KNOW98
- REFUSED99

GO TO *SR1, NEXT SECTION

Anexo 12. Ítems del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

(Morey, 2011)

• En ocasiones me gustaría estar muerto	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• He pensado en algunas formas de quitarme la vida	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• He hecho planes para matarme.	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• En los últimos tiempos he estado pensando en el suicidio	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• Durante mucho tiempo he estado pensando en el suicidio.	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• La muerte sería un alivio.	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• He estado pensando en lo que podría decir en una carta de suicidio.	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• No tengo motivos para seguir viviendo.	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• Me he preguntado cómo reaccionarían otras personas si me suicidase.	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• Tengo muchos motivos para vivir.	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• Estoy pensando en la posibilidad de suicidarme.	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>
• Las cosas nunca me han ido tan mal como para pensar en suicidarme.	F <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/>

Anexo 13. The Tool for Assessment of Suicide Risk: TARS

(Chehil y Kutcher, 2012)

PERFIL DE RIESGO INDIVIDUAL	SÍ	NO
Hombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edad entre 15-35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edad > de 65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia familiar de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad física crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pobre soporte social/ soledad/ aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso físico o sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERFIL DE RIESGO SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA	SÍ	NO
Síntomas depresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas psicóticos positivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desesperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baja autoestima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de interés, anhedonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad con agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rabia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERFIL DE RIESGO SEGÚN LA ENTREVISTA	SÍ	NO
Consumo de sustancias reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ideación suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intención suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acceso a medios para autolesionarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducta suicida en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas actuales irresolubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Experiencias psicóticas sobre mandatos de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO	Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>	

Anexo 14. Guía de Práctica Clínica del Servicio Nacional de Salud

(Grupo de trabajo GPC, 2012)

DATOS PERSONALES		
Sexo Edad	País de origen Grupo étnico	Estado civil Ocupación
FACTORES DE RIESGO		FACTORES PROTECTORES
Presencia de trastornos mentales Intentos previos de suicidio Desesperanza Presencia de ideación suicida Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad Historia familiar de suicidio Presencia de eventos vitales estresantes Factores sociales y ambientales Antecedentes de suicidio en el entorno		Habilidades de resolución de problemas Confianza en uno mismo Habilidades sociales Flexibilidad cognitiva Hijos Calidad del apoyo familiar y social Integración social Religión, espiritualidad o valores positivos Adopción de valores culturales y tradicionales Tratamiento integral de la enfermedad física/mental
CARÁCTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA		CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO
Planificación Evolución Frecuencia Valoración de la Intencionalidad y determinación		Desencadenantes Valoración de la Intencionalidad Letalidad de la conducta Método Intoxicación medicamentosa Intoxicación por otro producto químico Daño físico Actitud ante la conducta suicida actual Medidas de evitación de rescate Despedida en los días previos
EVALUACIÓN CLÍNICA		TIPO DE CONDUCTA SUICIDA
Alteración del nivel de conciencia Afectación de la capacidad mental Intoxicación por alcohol u otras drogas Enfermedades mentales Estado de ánimo Planes de suicidio Capaz dar consentimiento informado Necesidad de valoración por parte de especialista		Ideación suicida Comunicación suicida Conducta suicida

Anexo 15. *The Risk Assessment Suicidality* (RASS)

(Fountoulakis et al., 2012)

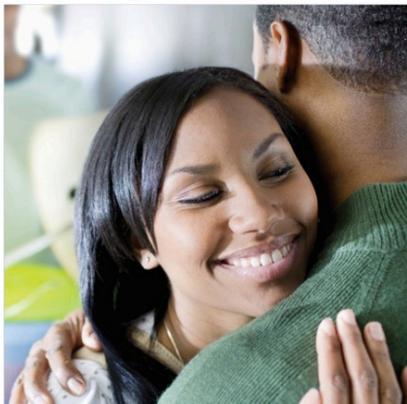
Ítems	No	Un poco	Mucho	Muchísimo
¿Alguna vez has pensado que sería mejor si estuvieras muerto?				
¿Crees que estar vivo es maravilloso?				
¿Has sentido alguna vez que no vale la pena vivir?				
¿Piensas en hacerte daño?				
¿Alguna vez has pensado en suicidarte?				
¿Has pensado en el método que utilizarías?				
Aunque pienses en el suicidio, ¿crees que nunca lo harás?				
¿Te gusta la vida?				
¿Te sientes cansado de la vida que llevas?				
¿Alguna vez te has autolesionado de forma deliberada, a lo largo de tu vida?				
¿Alguna vez has intentado suicidarte, a lo largo de tu vida?				

Anexo 16. Plan de seguridad

(B. Stanley y Brown, 2012)

SAFETY PLAN	
Step 1: Warning signs:	
1.	<u>Suicidal thoughts and feeling worthless and hopeless</u>
2.	<u>Urges to drink</u>
3.	<u>Intense arguing with girlfriend</u>
Step 2: Internal coping strategies - Things I can do to distract myself without contacting anyone:	
1.	<u>Play the guitar</u>
2.	<u>Watch sports on television</u>
3.	<u>Work out</u>
Step 3: Social situations and people that can help to distract me:	
1.	<u>AA Meeting</u>
2.	<u>Joe Smith (cousin)</u>
3.	<u>Local Coffee Shop</u>
Step 4: People who I can ask for help:	
1.	Name <u>Mother</u> Phone <u>333-8666</u>
2.	Name <u>AA Sponsor (Frank)</u> Phone <u>333-7215</u>
Step 5: Professionals or agencies I can contact during a crisis:	
1.	Clinician Name <u>Dr John Jones</u> Phone <u>333-7000</u> Clinician Pager or Emergency Contact # <u>555 822-9999</u>
2.	Clinician Name _____ Phone _____ Clinician Pager or Emergency Contact # _____
3.	Local Hospital ED <u>City Hospital Center</u> Local Hospital ED Address <u>222 Main St</u> Local Hospital ED Phone <u>333-9000</u>
4.	Suicide Prevention Lifeline Phone: <u>1-800-273-TALK</u>
Making the environment safe:	
1.	<u>Keep only a small amount of pills in home</u>
2.	<u>Don't keep alcohol in home</u>
3.	_____

Anexo 17. Acuerdo de colaboración ASITES-Facebook.



AYUDA A UN AMIGO QUE LO NECESITA

Facebook se enorgullece de trabajar con El Teléfono de la Esperanza, la Fundación Jed y la Fundación Clinton, organizaciones sin ánimo de lucro que trabajan en apoyo del bienestar emocional, para compartir posibles señales de alarma que te indican que un amigo puede estar sufriendo un estado de angustia y necesitar tu ayuda.



POSIBLES SEÑALES DE ALARMA DE UN ESTADO DE ANGUSTIA



Si ves que alguien publica mensajes o contenido alarmante en Facebook o que se comporta de forma drásticamente diferente a lo habitual, puede ser una señal de que esa persona necesita ayuda. Si tienes la sensación de que algo va mal, deberías tomar medidas.

Estate atento a estados y publicaciones, mensajes, fotos o vídeos que incluyan los siguientes temas:

- Comentarios acerca de sentirse solo, sin esperanza, aislado, inútil o como una carga para los demás: "Siento que estoy en un agujero"; "No quiero volver a levantarme de la cama"; "Dejadme en paz"; "Todo lo hago mal"
- Muestras de irritabilidad y hostilidad fuera de lo común: "Odio a todo el mundo"; "Ala mierda con todo"
- Muestras de comportamientos impulsivos: conducción temeraria, un cambio significativo,

y sobre todo un aumento, en el consumo de sustancias o exposición a riesgos innecesarios

- Manifestaciones sobre problemas de sueño: "Las 3 de la mañana y sigo sin poder dormir"
- Abandono de las actividades cotidianas: "Vuelvo a faltar a prácticas de química, no valgo para nada"; "Otro día más bajo las sábanas"
- Uso de emoticonos negativos: uso repetido de emoticonos que describen los siguientes estados de ánimo:


TRISTE


CULPABLE


DECAÍDO


PERDIDO


IRRITADO


MAL


SOLO



CONFÍA EN TU INSTINTO

Si ves que alguien publica mensajes, fotos, vídeos o enlaces que sugieren que esa persona lo está pasando mal, deberías ponerte en contacto con ella y ofrecerle tu ayuda haciéndole sentir que no está solo.

No lo soporto 😞

CONSEJOS DE FACEBOOK, LA FUNDACIÓN JED Y LA FUNDACIÓN CLINTON

© Facebook 2014



“Te he notado rara últimamente. ¿Estás bien?”

CÓMO AYUDAR A UN AMIGO QUE LO NECESITA

Si tienes un amigo que parece estar enfrentándose a problemas que lo superan, puedes hacer muchas cosas para apoyarle.

Ponte en contacto con él, dile que no está solo, que no pasa nada por pedir ayuda, que otras personas que se sintieron mal lo hicieron y ahora están mucho mejor. Sé claro y directo, y no le des al botón “Me gusta” ni respondas con un emoticono, ya que la persona a la que intentas ayudar podría malinterpretarlo.

Entendemos que empezar una conversación de este tipo puede ser difícil, así que aquí van algunas sugerencias:

- “Estoy preocupado por ti porque pareces...” (p. ej., triste, decaído, etc.).
- Ten ejemplos preparados, como “Me quedé preocupado

cuando dijiste...”. Sé específico acerca de lo que notaste.

- “¿Quieres hablar?”; “¿Puedo ayudar en algo?”
- Si dice que no, puedes decir: “No importa si no quieres hablar conmigo, pero es importante que hables con alguien”.
- Ofrecete a ayudarle a ponerse en contacto con el servicio de orientación de su universidad o centro de salud, con un profesor o familiar, o con otros servicios de salud mental.

Nunca tengas miedo de llamar a tu amigo, hacerle una visita o enviarle un mensaje por Facebook para decirle que estás preocupado y ofrecer ayuda para ponerle en contacto con todos los servicios de asistencia que necesite.



Publicación Foto

A nadie le importaría que no estuviese

Publicar

SEÑALES DE ALARMA QUE INDICAN QUE ALGUIEN PUEDE NECESITAR AYUDA URGENTE O TENER TENDENCIAS SUICIDAS

Aunque puede ser difícil, sobre todo en internet, saber si alguien está exagerando, está siendo sarcástico o hablando en serio, si alguien amenaza con quitarse la vida, siempre hay que tomarlo en serio.

Estos son algunos ejemplos de frases que puede decir una persona con tendencias suicidas:

- Hablar del suicidio o de querer morir: “No quiero seguir viviendo”; “Todo el mundo estaría mejor sin mí”; “No tengo motivos para vivir”

- Percepción de agravamiento de la situación y de sentirse atrapado: “No lo puedo soportar más [el dolor]”; “No hay salida”; “Estoy acabado”; “Siento mucho los problemas que he causado a todo el mundo”
- Amenazar o buscar venganza: “Os daré una lección a todos”; “Se arrepentirá”
- Despedirse, desprenderse de bienes personales: “Os echaré de menos a todos”; “Ya no os tendréis que preocupar más por mí”
- Glorificar o idealizar la muerte, o hacer que la muerte parezca un acto heroico: “La muerte es bella”
- Preguntar dónde o cómo obtener medios potencialmente letales, como el acceso a pastillas o armas

© Facebook 2014



Teléfono de la Esperanza

<http://telefonodelaesperanza.org>

T: 902500002

Servicios de emergencias: 112 y 061

CÓMO AYUDAR A UN AMIGO QUE NECESITA AYUDA URGENTE O QUE PUEDE TENER TENDENCIAS SUICIDAS

1. Si alguien representa una amenaza para su propia vida o para la vida de otras personas, se trata de una emergencia. Debes llevar a tu amigo a urgencias o llamar a los servicios de emergencia de inmediato. Si es seguro, permanece con esa persona o haz lo que puedas para ponerte en contacto con ella o busca a alguien que la acompañe hasta que lleguen los servicios de ayuda.
2. Puedes usar los siguientes servicios nacionales en cualquier momento:

Teléfono de la Esperanza
<http://telefonodelaesperanza.org>
T: 902500002

Servicios de emergencias: 112 y 061
3. También puedes informar **directamente** a Facebook de que una persona tiene tendencias suicidas; pero si la persona ha formulado una amenaza de suicidio explícita, debes llamar a emergencias o a una línea telefónica de prevención del suicidio de inmediato.

RECUERDA LO SIGUIENTE:

- Escucha sin hacer juicios, suposiciones ni interrupciones. No evites hablar de lo que te cuenta, procura dominar tu inquietud, que es normal ante una situación así. Tu amigo debe percibir tu ayuda, no tus miedos. Hablar del suicidio no agrava la situación; al contrario, tu amigo percibirá que puede confiar en ti.
- Sé consciente de tus límites y no te pongas en una situación de peligro físico: la mejor forma de ayudar es poner en contacto a tu amigo con un especialista en salud mental.

Pase lo que pase, no debe darte vergüenza ni debes preocuparte de ofender o hacer enfadar a tu amigo. Ayudar a tu amigo puede requerir valentía de tu parte, pero siempre valdrá la pena esforzarse para salvaguardar su salud y seguridad.

AUTORES:



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS EN FACEBOOK, VISITA:

<https://www.facebook.com/help/suicideprevention>

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL Y CÓMO AYUDARTE A TI MISMO O A UN AMIGO, VISITA:

<http://telefonodelaesperanza.org>

Esta guía, aunque se basa en datos reales, se ha elaborado sólo a fines informativos y educativos y no se ha concebido como asesoramiento médico ni pretende sustituir el diagnóstico y tratamiento médicos.

© Facebook 2014

Anexo 18. Puntuación del C-SSRS

Extracto del correo enviado por equipo de K.Posner sobre las puntuaciones de la C-SSRS:

Basic Clinical Scoring Guide for the C-SSRS

Ideation Severity Subscale:

- Questions 1-5: five types of ideation of increasing severity
- Score presence/absence of any suicidal ideation (Wish to Be Dead and above) yes, no
- Questions 1 and 2 are screening questions; if the answers to both are “no”, skip to the “Suicidal Behavior” section
- The most severe ideation endorsed (1-5) becomes the score for this section
- “If yes, please describe” is provided for optional clinical description

Intensity of Ideation Subscale (Referring only to the most severe ideation endorsed above for the timeframe of interest):

- Add the highest numbers endorsed on the 5 intensity items (Frequency, Duration, Controllability, Deterrents, and Reasons for Ideation).
- The sum ranges from 2 to 25, with the higher number indicating more intense ideation.
- If no ideation was endorsed on the Severity Subscale, assign a score of 0 or N/A for the Intensity Subscale.

Suicidal Behavior Subscale:

- 4 types of suicidal behaviors are scored yes = 1; no = 0 and identify categorical occurrence of actual, interrupted, aborted attempts, preparatory behaviors, suicide and distinguish suicidal and non-suicidal self-injurious behavior.
- Presence of an attempt is a number one risk factor
- Number of suicidal behaviors – the total number of each type of suicidal behavior that occurred during the given time period shows the *density* of suicidal behavior (more behaviors represents higher degree of risk – for example, multiple attempters are more at risk than single attempters).
- Keep each type separate: DO NOT add different types of behavior together.
- Score presence/absence of any suicidal behavior, yes = 1, no = 0.

Behavior Lethality Subscale (For suicide attempts or non-suicidal self-injurious behavior (NSSIB)):

- Give actual lethality/medical damage rating of 0 to 5 for each suicide attempt (most recent, most lethal, first) or instance of NSSIB.
- Give potential lethality a score of 0-2 for each suicide attempt or NSSIB that had a potential for medical damage but did not result in damage (most recent, most lethal, first). Potential lethality is only scored if there is no actual medical damage.

Data Collected on Full C-SSRS

*Suicidal Ideation (Highest Level Endorsed 1-5) _____

Intensity of Ideation (2-25) _____

*Suicidal Behavior (present during time period) Y/N _____

Medical Damage for Attempt (0-5) _____

Potential Lethality (if medical damage = 0) (0-2) _____

*Generally used for triage and are assessed on screener version

See Triage Guidelines Document for suggestions about what to do with scores

Anexo 19. Guía para el triaje clínico usando el C-SSRS

CLINICAL TRIAGE GUIDELINES USING THE C-SSRS

Answers on the C-SSRS provide the information needed in order to classify someone's suicidal ideation and behavior, determine levels of risk and aid in making clinical decisions about care.

Severity of Ideation Subscale consists of 5 questions that reflect five types of ideation of increasing severity:

- A positive answer to Question 4 or 5 indicating presence of ideation with at least some intent to die suggests a clear need for further evaluation or clinical management (e.g., triggers immediate referral to mental health services).

4 – Active Suicidal Ideation with Some Intent to Act, Without Specific Plan (e.g., I would hang myself [method] and I can't guarantee that I won't do it [intent]).

5 – Active Suicidal Ideation with Specific Plan and Intent (e.g., tomorrow at 1:00pm when I know no one will be home [plan], I am going to [intent] take a handful of Tylenol that I have in my medicine cabinet).

Suicidal Behavior Subscale includes questions about 5 suicidal behaviors and non-suicidal self injurious behavior.

- Presence of **ANY** suicidal behavior (suicide attempt, interrupted attempt, aborted attempt and preparatory behavior) in the past 3 months indicates a severe risk.

**Note: Endorsement of other questions on the scale could also indicate a need for further evaluation or clinical management depending on population or context, however a positive answer to Question 4 or 5 in the past month or any behavior in the past 3 months indicate a more emergent clinical situation.*

Intensity of Ideation Subscale includes 5 questions about the Frequency, Duration, Controllability, Deterrents, and Reasons for Ideation for the most severe level of ideation endorsed on the Severity subscale (i.e., highest endorsed from 1 to 5).

- The total score ranges from 2 to 25, with a higher number indicating more intense ideation and greater risk.

Suicidal Behavior Lethality inquires about the level of actual medical damage or potential for it

- Greater lethality of the behavior (endorsed on the Behavior subscale) indicates increased risk.

EXAMPLES OF TRIAGE/ ALERT RULES IN DIFFERENT CARE SYSTEMS

COMMUNITY CARE SETTINGS (CENTERSTONE, the largest provider of community-based behavioral health services in the nation).

Consistent with Centerstone policy all service recipients shall be screened for suicide risk during crisis encounters, intake, and all subsequent service contacts during their course of treatment.

|

Points of contact:

Service Recipient Contacts Centerstone in Crisis:

- If a service recipient contacts Centerstone endorsing suicidal ideation, the following will occur:
 - If by phone, initial contact will be recorded on a "Crisis Care Call Not"
 - If contact is by phone during business hours and a non-degreed provider handles the call, the service recipient will be instructed to present at the nearest Centerstone location. The provider will contact the nearest Centerstone location to apprise them of the situation
 - Anytime a service recipient presents at a Centerstone location in a crisis situation (whether directed there or self presenting), they will be assessed by a Masters level clinician using the "Columbia-Suicide Severity Rating Scale – Screen Version"
 - If contact is by phone during non-business hours and a non-degreed staff handles the call, the On-Call Crisis Clinician (Indiana) will be contacted if risk is indicated. The phone triage staff will transfer the call to the On-Call Crisis Clinician who will speak with the service recipient to complete a "Telephonic Crisis Assessment"
 - In Tennessee, the Crisis Call Center will handle crisis situations either telephonically or when indicated will dispatch the Crisis Services Team to complete a "Crisis Assessment"

Intake:

- During an intake appointment, the provider will assess for suicide risk utilizing the Columbia-Suicide Severity Rating Scale-Lifetime/Recent version. If a service recipient is deemed as having high suicide risk, the following will occur:
 - Intake provider will develop a crisis management plan to ensure the safety of the service recipient while in outpatient care or
 - Intake provider arranged for a higher level of care to include inpatient placement if deemed necessary

Routine Appointment (Clinic or Field Based):

- During a routine appointment, the provider will assess for suicide risk utilizing the Columbia-Suicide Severity Rating Scale-Since Last Visit version. If a service recipient is deemed as having high suicide risk, the following will occur:
 - Provider will develop a crisis management plan to ensure the safety of the service recipient while in outpatient care or
 - Provider arrange for a higher level of care to include inpatient placement if deemed necessary

Alert and Monitoring System

The Electronic Health Record (EHR) is designed to offer assistance to providers assessing service recipients for high suicide risk. Based on information collected in the applicable Columbia SSRS tool, a service recipient can be identified as being at high risk for suicide. Those who will be considered at high risk for suicide will have a positive endorsement of **either** of the following (research found these to be highly predictive of completed suicides):

- a. A positive endorsement, relative to the past 30 days, in the **“Suicidal Thoughts” section of item # 4** (Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?) **or item # 5** (Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Do you intend to carry out this plan?).
- b. A positive endorsement, relative to the past 90 days, in the **“Suicide Behavior” section of item # 6** (Have you ever done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life?).

HOSPITAL SETTINGS FOR THE JOINT COMMISSION REQUIREMENT

ALSO SEE: http://cssrs.columbia.edu/docs/C-SSRS_Screening_2012_with_Triage_Points.pdf

This example from the **Reading Hospital** policy shows types of clinical disposition corresponding to:

1. the level of ideation severity in the last month and
2. endorsement of suicidal behavior during the past year.

PROCEDURE:

Question	Trigger
<p>Level 4/5 Yes to question 4 or 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nursing Order to call MD for Psych Consult • Nursing Interventions (print on Kardex): • Pt Safety Monitor – 1:1 Observation • Pt Safety Monitor – Within arm’s reach at all times • Complete Self Harm Safety Assessment every shift • Affix Suicide Risk Magnet to door • Revise Diet order to Safe tray • Alerts to ATC, Nutrition Services, Environmental Services and Security • Progress note for chart
<p>Level 3 Yes to question 3 (and no to question 4 and 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consult to Care Team • Nursing Interventions (prints on kardex): • Pt Safety Monitor – 1:1 Observation • Pt Safety Monitor – Within arm’s reach at all times • Complete Self Harm Safety Assessment every shift • Affix Suicide Risk Magnet to door • Revise Diet order to Safe Tray • Alerts to ATC, Nutrition Services, Environmental Services, Spruce Facilitator and Security • Progress note for chart

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

The Reading Hospital and Medical Center 6435 Avenue and Spruce Street, West Reading, PA 19811

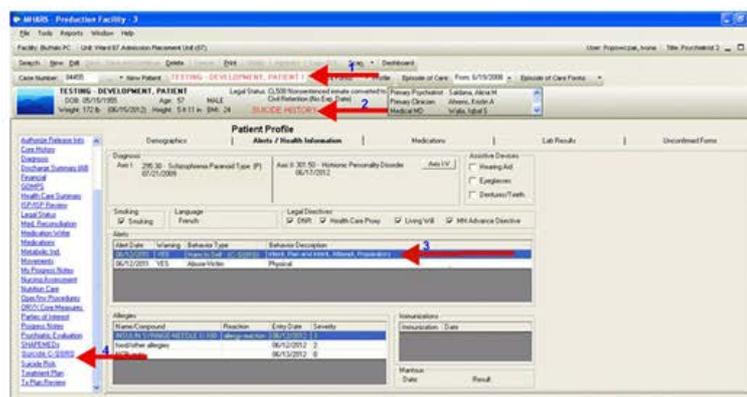
SUICIDE IDEATION DEFINITIONS AND PROMPTS:	
Ask questions that are bolded and underlined. The remaining information is for staff only.	
	Yes No
<p>6) Suicide Behavior Question: <u>Have you ever done anything, started to do anything, or prepared to do anything with any intent to die?</u> Examples: Attempt: Took pills, shot self, cut self, jumped from a tall place; Preparation: Collecting pills, getting a gun, giving valuables away, writing a suicide or goodbye note, etc.) If YES, ask: <u>How long ago did you do any of these?</u> <input type="checkbox"/> More than a year ago? <input type="checkbox"/> Between a week and a year ago? <input type="checkbox"/> Within the last week?</p>	
<p>II. TRHMC Response Protocol to C-SSRS Screening (Linked to last item answered YES)</p> <p>Item 1 - Mental Health Referral at Discharge Item 2 - Mental Health Referral at Discharge Item 3 - Care Team Consult (Psychiatric Nurse) and Patient Safety Monitor/Procedures Item 4 - Psychiatric Consultation and Patient Safety Monitor/Procedures Item 5 - Psychiatric Consultation and Patient Safety Monitor/Procedures Item 6 - If more than a year ago, Mental Health Referral at discharge If between 1 week and 1 year ago - Care Team Consult (Psychiatric Nurse) and Patient Safety Monitor If one week ago or less - Psychiatric Consultation and Patient Safety Monitor</p> <p>Disposition: <input type="checkbox"/> Mental Health Referral at discharge <input type="checkbox"/> Care Team Consult (Psychiatric Nurse) and Patient Safety monitor/Procedures <input type="checkbox"/> Psychiatric Consultation and Patient Safety Monitor/Procedures</p> <p><i>If reassessment, please identify the stressors since initial C-SSRS assessment. If none, please write NONE in box.</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Signature of Nurse/Person Completing Form _____	Date _____ Time _____
Printed Name of Nurse/Person Completing Form _____	
PT # _____	 <small>AB0580</small> COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCREEN VERSION

The triage plan shows that endorsing ideation of 1 or 2 results in a mental health referral at discharge. Any behavior : within the past week results in an MD consult, within the past month results in a Care Team consult, within the past year results in a mental health referral at discharge.

STATE-WIDE ELECTRONIC MEDICAL RECORD SYSTEM (used by the New York State Office of Mental Health facilities with outpatient services)

The system automatically adds **HIGH ALERT RED ARROWS** to the patient's record for endorsing a "4 or 5" in the past month or a behavior in the past 3 months; and a **WARNING** if there is any lifetime history of ideation severity of "4 or 5" or any suicidal behavior.

Profile with Suicide History



1. This is the current functionality in MHARS that will show the patient's name in red with an exclamation point, if there is a warning for this patient. Applies to all warnings, not just suicide risk.
2. This is our new suggestion to show the agreed upon text if the patient has a current alert based off the C-SSRS. There will be a hover that will state, "Go to Suicide: C-SSRS under MHARS Links on the left hand side."
3. The description will show all the behaviors that have been selected for this patient throughout their lifetime. If they have a Warning, "YES" will be displayed in the Warning column.
4. To get more details, the user would select the C-SSRS icon on the left hand side. This would bring them to the C-SSRS main page. See other mockup for further details.

- 4/5 past month OR behavior past 3 months = highest level suicide alert
- 4/5 OR behavior ever = "warning" – suicidal risk elevated

MILITARY SETTINGS (U.S. FORT CARSON)

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE Screening Version with Triage Patients—3-step form

II. EACH Response Protocol to C-SSRS Screening

Suicide Ideation Level		MANAGEMENT PROTOCOL
LEVEL	SEVERITY	
0	Low risk	ROUTINE Behavioral Health Referral at physician discretion
1 & 2	Mild	ROUTINE Behavioral Health Referral at discharge
3	Moderate	Review by Care Team- Consider safety precautions and telephone consult with Behavioral Health
4 & 5	Serious	EMERGENT ACTION NECESSARY: Behavioral Health Consultation and Patient Safety Monitor/ Procedures

Suicide Behavior History		MANAGEMENT PROTOCOL
1 week ago and less		ACUTE: Behavioral Health Consultation and Patient Safety precautions
Between 1 week and 3 months ago		CONCERN: Care Team Review, safety precautions and telephone consultation with Behavioral Health
Over 3 months ago		DISCRETIONARY: Consider Behavioral Health Referral at discharge

III. REFERENCE ONLY: SUICIDE IDEATION DEFINITIONS AND PROMPTS

Note: Wording may be adjusted for children and young adolescents

1	Ideation I Wish to be Dead:	<i>Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?</i> Person endorses thoughts about a wish to be dead or not alive anymore, or wish to fall asleep and not wake up?
2	Ideation II Suicidal Thoughts:	<i>Have you had any actual thoughts of killing yourself?</i> General non-specific thoughts of wanting to end one's life/commit suicide, "I've thought about killing myself" without general thoughts of ways to kill oneself/associated methods, intent, or plan."
3	Suicidal Thoughts with Method (without Specific Plan or Intent to Act):	<i>Have you been thinking about how you might kill yourself?</i> Person endorses thoughts of suicide and has thought of a least one method during the assessment period. This is different than a specific plan with time, place or method details worked out. "I thought about taking an overdose but I never made a specific plan as to when where or how I would actually do it...and I would never go through with it."
4	Suicidal Intent I (without Specific Plan):	<i>Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?</i> Active suicidal thoughts of killing oneself and patient reports having <u>some intent to act on such thoughts</u> , as opposed to "I have the thoughts but I definitely will not do anything about them."
5	Suicide Intent II (with Specific Plan)	<i>Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself?</i> Thoughts of killing oneself with details of plan fully or partially worked out and person has some intent to carry it out.

Ft. Carson policy specifies that an ideation severity of:

- 4 or 5 results in **EMERGENT ACTION**,
- 3 results in a **review** by the care team
- 1 or 2 results in a routine behavioral health referral.

Presence of any suicidal behavior:

- within the past week results in **EMERGENT ACTION**,
- within the past 3 months results in a review by the care team
- over 3 months ago results in a routine behavioral health referral.

Ft Carson's Rules for Determining Level of Suicide Risk

	Recent Suicidal Ideation	Past Suicidal Ideation	Recent Suicidal Behavior	Past Suicidal Behavior
Very Low Risk	0	0	0	0
Low Risk	1-2	1-3	0	0
Moderate Risk	3	4-5	0	Y
High Risk	4-5	4-5	0	Y
Very High Risk	4-5	4-5	Y	Y

Anexo 20. Características más relevantes del acuerdo de colaboración con ASITES.

“La cesión de uso de la base de datos ATENSIS se realizará en los siguientes términos y condiciones generales siguientes:

- A.** El autor, PEDRO VILLANUEVA IRURE, declara que la versión de la base de datos es original y cuenta con toda la protección que le otorga la ley de Propiedad Intelectual 1/1996 de 12 de abril y que está libre de cargas o gravámenes.
- B.** Únicamente podrá ejercer los derechos de Propiedad Intelectual D. PEDRO VILLANUEVA IRURE, como autor y propietario de la base de datos.
- C.** Los derechos de uso comprenden la instalación de la base de datos, utilización y explotación de los datos en las sedes de ASITES. Igualmente, y siempre que se cite la autoría, podrá divulgar y dar a conocer la existencia de la base de datos y sus utilidades como soporte y ayuda en la labor de asistencia, intervención y prevención en situaciones de crisis y en especial en aquellas con temática suicida. Sin embargo, ASITES no podrá presentar la herramienta en eventos como congresos, jornadas u otros similares, ni tampoco en los medios de comunicación, sin contar con la autorización del autor.
- D.** ASITES da su consentimiento para instalar la base de datos ATENSIS en cualquiera de sus sucursales y asimismo acuerda con PEDRO VILLANUEVA IRURE que los datos recogidos puedan ser analizados y explotados por las dos partes con fines de investigación u otros que contribuyan a la prevención del suicidio. El uso que ASITES haga de esta base de datos será siempre gratuito, no pudiendo recibir por ella ninguna contraprestación económica, ni utilizarla para una explotación económica de cualquier clase.
- E.** La instalación de la herramienta se acordará por las partes en función de su practicidad. La clave individual para el acceso será proporcionada por el autor bien individualmente a cada sede o a través de los servicios centrales de ASITES. Una vez realizada la instalación de la base de datos ATENSIS en las sedes de ASITES, ésta proporcionará a D. PEDRO VILLANUEVA IRURE, con periodicidad trimestral, cuantos datos solicite de los que se hayan recogido en la misma, y facilitará la comprobación y en su caso corrección de las desviaciones que hubieran podido producirse en el uso correcto de la base de datos.
- F.** Los datos podrán ser tratados, analizados y publicados tanto por ASITES como por PEDRO VILLANUEVA IRURE y las publicaciones en el ámbito tanto académico como científico y literario, a que pueda dar lugar el trabajo de investigación que se pretende llevar a cabo, se podrán realizar libremente por parte de PEDRO VILLANUEVA IRURE, con la oportuna comunicación a ASITES.
- G.** Con el mejor espíritu de colaboración para avanzar en la comprensión del fenómeno suicida y en su prevención, las partes podrán hacer uso de los resultados y conclusiones de la investigación en la medida que estimen conveniente.
- H.** La cesión de uso se hace con carácter indefinido, y su alcance abarca a todos los países del mundo.

TERCERA. - PRECIO

Dado el carácter social y de investigación de este contrato, la cesión de los derechos sobre la base de datos ATENSIS es gratuita.

CUARTA. - DURACIÓN DEL CONTRATO

El plazo de duración del presente Contrato es indefinido a partir de la fecha referida en el encabezamiento del Contrato. “

Anexo 21. Procedimiento establecido en el 112 de Navarra

SMS DEL TELÉFONO DE LA ESPERANZA

En su día, desde el Teléfono de la Esperanza se nos solicitó un sistema para podernos alertar y solicitar ayuda ante una persona que ha iniciado un intento de suicidio, de forma que no tengan necesidad de colgar la llamada y puedan seguir en contacto, ganando tiempo.

Se pensó en que la forma que menos problemas acarrearía era preparar un teléfono móvil para que puedan entrar mensajes al SGE por la mensajería que emplean las personas sordas.

Una vez preparado en cualquier momento puede entrar un mensaje de este tipo a la sala.

.....

A TENER EN CUENTA:

El teléfono que envía el mensaje se identifica como Teléfono de la Esperanza-Avisos Urgentes.

Ante un caso de intento de suicidio en curso en el que el operador del teléfono de la esperanza considera la necesidad de activar los equipos de emergencia, envía automáticamente un SMS al 112 con los datos que ha recogido en la pantalla.

Recibido este SMS en SOS Navarra, el operador de SOS:

 Crearé incidente.

 Enviaré un SMS: "Recibido".

 Activaré los recursos pertinentes en función de la información de que disponga.

 Enviaré un segundo SMS de respuesta:

 Solicitando más información si fuera necesario.

 Informando de las actuaciones que se vayan a llevar a cabo.

 Dando las instrucciones que se consideren necesarias.

En función de la conversación que mantiene, el operador del Teléfono de la Esperanza informará:

 · *"No acepta ayuda. Nos mantenemos hablando con la persona que ha llamado, ganando tiempo en espera de vuestra intervención".*

 · *"Acepta ayuda. Mantenemos la llamada a la espera de recibir vuestro SMS indicando pautas de actuación".*

Anexo 22. Carta enviada por el Presidente de ASITES a los centros del 112
(Redactada por el autor de esta tesis)

Madrid, 17 de septiembre de 2016

La Organización Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES) es una asociación declarada de Utilidad Pública en 1972 con amplia presencia en España (30 provincias). Miembro fundador de la Plataforma del Voluntariado de España, forma parte de IFOTES (International Federation of Telephonic Emergency Services), de IASP (International Association Suicide Prevention) y, a través de éstas, está vinculada formalmente con la OMS (Organización Mundial de la Salud).

El suicidio está declarado por la OMS como un problema de salud pública y su prevención, un imperativo. En nuestro país, aun cuando las tasas están por debajo de la media europea, las cifras van en aumento y los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística relativos a 2014 cifran en 3.910 el número de suicidios en España.

ASITES, al igual que otras líneas telefónicas de ayuda existentes a lo largo de los 5 continentes, recibe a lo largo del año cerca de 15.000 llamadas IS. Somos, por tanto, una antena especialmente sensible a esta problemática y estamos trabajando día a día en mejorar la preparación de nuestro personal voluntario. Estamos convencidos de que nuestro trabajo supone una aportación de primer orden para la prevención del suicidio y queremos hacerlo visible para que la sociedad tome conciencia de esta problemática. Con esta intención nos hemos manifestado en cuantas localidades ha sido posible, el 10 de septiembre, Día Mundial para la Prevención del Suicidio.

Con el fin de dotar a nuestro personal de la mejor preparación y herramientas para que su intervención sea más eficaz, ASITES ha incorporado en su protocolo de intervención una herramienta informática que permite evaluar el riesgo de suicidio, ofreciendo pautas de actuación. Esta herramienta tiene en cuenta también la posibilidad de enviar un SMS al 112 con datos de la persona que presenta un intento de suicidio en curso. Cuando se dan casos de intento de suicidio en curso, el interés prioritario es la salvaguarda de la vida y hasta ahora se viene informando al 112 mediante una llamada telefónica paralela que, teniendo en cuenta que se sigue atendiendo a la persona en crisis, resulta a veces complicado y se pone en riesgo la continuidad de la llamada, sobre todo cuando hay una sola persona atendiendo el teléfono.

El sistema que vamos a describir ya se está experimentando con éxito en Navarra, donde los operadores del 112 reciben el mensaje a través del sistema establecido para personas sordomudas. Nuestro teléfono está dado de alta como un usuario más del sistema y cuando reciben un SMS tienen identificada la identidad del remitente como Teléfono de la Esperanza. El coste económico de esta solución es inapreciable.

Nuestro personal voluntario recoge información, que, en el mejor de los casos, es decir, si la persona en crisis acepta la ayuda y facilita datos, genera el siguiente SMS (datos ficticios):

“Intento de suicidio en curso. 948999999 ingesta de pastillas. Lorazepam. Más de 20 pastillas. Hace 1 hora. Pamplona. Sancho Ramirez, 237- 5-. Está solo en casa. Acepta ayuda. Mantenemos la llamada a la espera de recibir vuestro SMS indicando pautas de actuación.”

Recibido este SMS en SOS Navarra, el operador:

- Crear incidente
- Envía un SMS al Teléfono de la Esperanza: “Recibido”
- Activa los recursos pertinentes en función de la información de que dispone
- Envía un segundo SMS de respuesta, solicitando más información si fuera necesario, informando de las actuaciones que se vayan a llevar a cabo, dando las instrucciones que se consideren necesarias.

Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con ideación suicida

Cuando la persona no acepta ayuda y los datos disponibles son escasos, se envía igualmente un SMS por si algo pudiera hacerse:

“Intento de suicidio en curso. 628777777 ingesta de pastillas. Lorazepam. Más de 20 pastillas. Hace 1 hora.. , - -. Está solo en casa. No acepta ayuda. Nos mantenemos hablando con la persona que ha llamado, ganando tiempo en espera de vuestras instrucciones.”

Esperamos haber descrito de forma clara el procedimiento de salida del Teléfono de la Esperanza y la actuación de SOS Navarra.

Les pedimos que estudien la posibilidad de hacer viable la conexión entre sus equipos de emergencia y el Teléfono de la Esperanza de su Comunidad. Si entre todos salvamos las dificultades que pudieran surgir, habremos dado un gran paso en la prevención del suicidio.

Un cordial saludo.

Fdo. JUAN SANCHEZ PORRAS
Presidente de ASITES

Anexo 23. Presentación de ATENSIS en Congresos/Jornadas internacionales

138 Program Friday/ 21.07.2016

¿Esta es una llamada suicida?

Se propone la charla a fin de compartir pensamientos e impresiones. Hablamos sobre aquellas personas con pensamientos suicidas, proponiéndoles un descanso por un momento y que no lleven el peso de sus vidas solas. TES quiere salvar vidas a través de ganar tiempo. Los procesos suicidas tienen un alto grado de impulsividad. ¿Podemos posponer el acto suicida? Hay una gran posibilidad que aquel con quien hablamos decidirá trabajar por la elección de la vida más bien que con la muerte. Una cuestión clave es cómo detectar el riesgo suicida. Las federaciones IFOTES tienen diferentes puntos de vista sobre esto: ¿tenemos que preguntar siempre por las ideaciones suicidas? Kirkens SOS en Noruega y Samaritans en UK preguntan, con variantes, sobre los pensamientos suicidas en todas las llamadas. El resto de IFOTES todavía no han implementado esta praxis. Nuestros voluntarios deben ser formados para explorar si el llamante/escritor tiene pensamientos suicidas. Deben soportar el sufrimiento y deben saber cómo hablar con una persona suicida.

Nuestra formación está basada en la investigación de, entre otros, el prof. Brian Mishara y el prof. Ad Kerkhof.

PS3B2 | 11:30 - 12:00



P. Villanueva (Pamplona, Spain)

Profesionalización del trabajo del voluntario en la prevención del suicidio: informatización del proceso de evaluación del riesgo de suicidio en las llamadas al Teléfono de la Esperanza

ASITES (Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza) confirma que actualmente más del 10% de las llamadas que recibe la institución, reflejan la existencia de ideación suicida de la persona que pide ayuda. El proceso de intervención habitual se centra, principalmente, en habilidades de escucha activa que, en ocasiones, no son suficientes para dar una respuesta acorde al riesgo de suicidio real en la persona afectada. Con el fin de evaluar de una forma más eficaz este riesgo potencial de suicidio, en 2013 se elaboró una herramienta informática complementaria, que pudiese incorporarse en el proceso de intervención habitual de los voluntarios que atienden las llamadas del teléfono. Se trata de un sistema de evaluación virtual aplicado de forma individual en cada llamada. Se basa en el reconocimiento de los principales factores de riesgo de suicidio descritos en la literatura y además, contempla las circunstancias más inmediatas que vive la persona en crisis, para poder evaluar en el propio transcurso de la llamada, el grado de riesgo de suicidio que presenta el afectado. La herramienta contiene también un sistema de comunicación con los equipos de emergencia y ofrece pautas para realizar la intervención. La aplicación de este sistema de intervención tiene el objetivo de aumentar la calidad y la eficacia de la intervención del voluntario. En este trabajo se presentará

Friday/ 22.07.2016 Program 139

el funcionamiento y los principales beneficios de esta herramienta. Professionalization of volunteer work in suicide prevention: computerization of the process of assessing the risk of suicide in phone calls to T.E. ASITES (International Association of the Telephone of Hope) confirms that more than 10% of the calls received by the institution, reflect the existence of suicidal ideation on the person seeking help. The usual process of intervention focuses primarily on active listening skills that sometimes are not enough to give an appropriate response to the actual risk of suicide in the affected person. In order to evaluate more effectively the potential risk of suicide, in 2013 a complementary computer tool was developed to be incorporated in the process of regular intervention of volunteers listening phone calls. It is a virtual evaluation system applied individually for each call. It is based on the recognition of the major risk factors of suicide described in the literature and also contemplates the immediate circumstances lived by the person in crisis, in order to assess during the call, the risk of suicide presented by the affected person. The tool also contains a system of communication with emergency services and provides steps in the intervention. The application of this tool has the aim to increase the quality and effectiveness of the volunteer's intervention. In this work will be presented the tool operation and its benefits.

PS3B3 | 12:00 - 12:30



A. Echávarri (Spain)

Como puede la logoterapia de Viktor Frankl ayudar a encontrar la fuerza para continuar. Un enfoque holístico de la terapia ante la conducta suicida

Viktor E. Frankl nos enseña que el ser humano es mucho más que los síntomas que puede presentar ante una situación de crisis. De entre todas las crisis personales, la crisis suicida es tal vez una de las que requiere de terapias que no sólo traten el síntoma, sino que además contemplen a la persona en lo que es, y sobre todo en lo que puede llegar a ser, con una clara apuesta por la búsqueda de un sentido a su vida que posibilite una misión en la existencia. A través de esta exposición, vamos a hablar sobre la multicausalidad de la conducta suicida y de los enfoques longitudinales y transversales en la psicogénesis de la crisis suicida. Además veremos cómo, a través de cinco etapas, la logoterapia de Viktor E. Frankl puede ayudar de forma eficaz en todo el proceso terapéutico.

How can logotherapy inspired by Viktor Frankl help to find strength to go on. A holistic approach to suicidal behavior therapy

Viktor E. Frankl teaches us that men are much more than their symptoms in a situation of crisis. Above all the personal crisis, the suicidal crisis requires both therapies, not only to treat the symptoms but also needs to see what the person is, and especially what the person can become, with a clear commitment to the search for meaning of life that makes possible a mission in the

ORGANIZA

Teléfono de la Esperanza de Málaga
Calle Hurtado de Mendoza 3
Teléfono: 952 652 651
Email: malaga@telefonodelaesperanza.org

INSTALACIONES

Casa Diocesana
Calle Camino de los Almendrales 2-4
29013 Málaga

INSCRIPCIONES

Opción A

A.1 Habitación individual

Inscripción + alojamiento + manutención media pensión
(cena día 28, desayuno días 29 y 30, almuerzo días 29 y 30)

PRECIO TOTAL POR PERSONA **185€**

A.2 Habitación doble

Inscripción + alojamiento + manutención media pensión
(cena día 28, desayuno días 29 y 30, almuerzo días 29 y 30)

PRECIO TOTAL POR PERSONA **165€**

Opción B

Inscripción + 2 almuerzos (día 29 y 30)

PRECIO TOTAL POR PERSONA **110€**

Pago mediante transferencia a:
E512100 1632 05 0200008250

*Indicar junto al nombre la clave A.1, A.2, B

*Si es A.2 especificar a la hora de la inscripción el nombre de las personas que compartirán habitación.

*Enviar ficha de inscripción y copia de transferencia a:
malaga@telefonodelaesperanza.org

Sobre vivir

Jornadas Técnicas para la Prevención del Suicidio

Málaga
28, 29 y 30 de octubre del 2016

Teléfono de la esperanza

PROGRAMA

www.telefonodelaesperanza.org

Viernes 28 de octubre

15,30h Recepción y entrega de material

16,30h Inauguración de las jornadas

17,00h Conferencia Inaugural

Juan Sánchez Porras

Presidente de ASITES

18,00h Descanso

18,30h Ponencia 18,30h - 19,30h

Ángel Luis Mena. Periodista. EASP

*El papel de los medios de comunicación
en la prevención del suicidio*

Diálogo 19,30h - 20,00h

20,15h Coctel de bienvenida

Sábado 29 de octubre

09,30h Ponencia 9,30h - 10,30h

M^a Ángeles Noblejas

Presidenta AESLO

*Antropología de la Logoterapia y su
perspectiva sobre el suicidio*

Diálogo 10,30h - 11,00h

11,00h Descanso

11,30h Ponencia 11,30h - 12,30h

Cecilia Borrás

Presidenta DSAS

*Sobrevivir a la muerte por suicidio:
una realidad también silenciada*

Diálogo 12,30h - 13,00h

13,15h Presentación 13,15h - 14,00h

Pedro Villanueva. Psicólogo

*El Teléfono de la Esperanza y la prevención
del suicidio: ATENSIS: herramienta de ayuda*

16,00h Ponencia 16,00h - 17,00h

Enrique Baca. Psiquiatra

*Ayudas tecnológicas en la valoración del
riesgo suicida: proyecto MeMind*

Diálogo 17,00h - 17,30h

17,30h Descanso

18,00h Ponencia 18,00h - 19,00h

Pedro Algaba García

Coronel Guardia Civil

*Plan de prevención de las conductas suicidas
en la Guardia Civil*

19,15h Ponencia 19,15h - 20,15h

Benito José Florido Vera

Capitán Guardia Civil

La autopsia psicológica

Diálogo ponencias Guardia Civil

20,15h - 20,45h

20,45h Finalización de la jornada

Domingo 30 de octubre

09,30h Ponencia 9,30h - 10,30h

Lucía Pérez. Psiquiatra

Adolescencia y suicidio

Diálogo 10,30h - 11,00h

11,00h Descanso

11,30h Comunicaciones

12,30h Mesa redonda

Aunque no se vea, el sol permanece

13,15h Conclusiones

Teléfono de la Esperanza

13,45h Clausura

Anexo 24. Referencias en prensa

INFORMACIÓN

CORREO ELECTRÓNICO
informacion.local@epies

MIÉRCOLES, 1 DE MARZO, 2017 | 3

ALICANTE

Alicante estrena una aplicación pionera para detectar y evitar casos de suicidio

► La herramienta está en fase de pilotaje en el Teléfono de la Esperanza y permite medir en una escala el riesgo de que una persona se quite la vida para dar aviso de manera inmediata al 112 y movilizar los recursos necesarios

PINO ALBEROLA

■ Casi 140 personas se suicidaron en el último año en la provincia de Alicante. Por cada una de ellas, los expertos estiman que otras seis se intentan quitar la vida sin conseguirlo. Tratar de detectar estos casos y evitar un desenlace fatal es el objetivo de una aplicación informática desarrollada por un psicólogo y profesor de la Universidad pública de Navarra que se acaba de estrenar en fase de pilotaje en la provincia de Alicante, concretamente en la asociación Teléfono de la Esperanza.

En esta entidad reciben cada año más de 700 llamadas de personas a las que le rondan la idea de quitarse la vida o que incluso se ponen en contacto con los voluntarios que atienden el teléfono cuando ya han dado el primer paso, por ejemplo, con la ingesta de pastillas. «Nos dimos cuenta de que los voluntarios que atienden esas llamadas se ponían muy nerviosos e inseguros a la hora de prestar ayuda a estas personas en un momento tan sumamente delicado», señala Pedro Villanueva, el responsable de esta nueva herramienta, que forma parte de una tesis dirigida por la Universidad pública de Navarra.

La nueva aplicación informática permite evaluar el riesgo de suicidio de la persona que llama y traducirlo en una escala para que el voluntario sepa exactamente qué tiene entre manos. Por ello, la pantalla del ordenador va guiando al profesional del Teléfono de la Esperanza por los distintos factores de riesgo que puede presentar la persona al otro lado del teléfono. «También facilita que el voluntario que atiende a esta persona pueda explorar las razones que hacen que quiera quitarse la vida y los factores que habría que reforzar, como la familia o las creencias religiosas, para utilizar-



Francisco Sabuco, presidente del Teléfono de la Esperanza de Alicante, en la sede de la asociación junto a uno de los voluntarios. ISABEL AMÓN

los como atenuante en ese momento tan crítico».

Al final de la entrevista el programa da una serie de pautas al voluntario para que actúe. «Le

puede aconsejar que contacte de manera inmediata con los servicios de emergencia, si la escala de riesgo es muy alta, se le aconseja que llame a la familia o que oriente al afectado para que acuda a la Unidad de Salud Mental que le corresponde».

Para desarrollar esta nueva herramienta informática, Pedro Villanueva, que es psicólogo de profesión, se ha basado en las escalas de suicidio más utilizadas a nivel internacional.

Actualmente los responsables del Teléfono de la Esperanza de Alicante están trabajando con el 112 para poder mejorar la respuesta de los servicios de emer-

gencia ante los casos de tentativas de suicidio. «El objetivo es que cuando detectamos a una persona en esta situación podamos lanzar directamente un aviso al 112 para que se movilicen los recursos necesarios, sin tener que pasar por los alices habituales de filtrado y verificación de llamadas», explica Francisco Sabuco, presidente del Teléfono de la Esperanza en Alicante. Ya existe una colaboración entre ambas instituciones en la Comunidad Valenciana, «de manera que cuando Emergencias recibe la llamada de una persona que está en grave riesgo de quitarse la vida o ya ha dado los primeros pasos, nos remiten la llamada

para que hablemos con él hasta que Policía y servicios sanitarios lleguen al domicilio».

El Teléfono de la Esperanza (966 131 122) cumple este año su 40 aniversario en la provincia de Alicante. Cerca de 140.000 personas han ocurrido a este servicio a lo largo de su historia en el que se presta ayuda anónima y gratuita a personas que están pasando por un mal momento personal. Sólo en el último año han sido 6.000 las asistencias en la provincia. Unas cifras que se mantienen al alza pese a los leves síntomas de recuperación económica. En un 12% de las llamadas está presente la idea del suicidio.

El programa informático forma parte de una tesis doctoral dirigida por la Universidad pública de Navarra

SÓLO EN MARZO TV PASE ANUAL POR EL PRECIO DE LA ENTRADA DE UN DÍA +2€

TERRA NATURA

ZOO • Benidorm

Sorteamos en Facebook un crucero por Cuba, Islas Caimán y México ¡Participa!

INFO: www.terranatura.com 96 607 27 70

f t YouTube

PUNTO FINAL Cruz



Una charla abordó ayer la conducta suicida en los escolares. El psicólogo Pedro Villanueva insistió a los profesores en que hay que preguntar, sin eufemismos, si se detecta que está pasando algo

Prevenir el suicidio en las aulas

GABRIEL GONZÁLEZ
Pamplona

La ideación suicida, el tener pensamientos vinculados a la idea de quitarse la vida, por lo menos que sean, es más frecuente entre los escolares de lo que padres y profesores creen. En torno a un 10% de los adolescentes las ha tenido, según los estudios. Cómo detectar las señales de alarma que van dejando estos escolares, qué factores de riesgo pueden ir asociados, y cómo responder ante ellos desde el profesorado fue ayer objeto de un charla en el Instituto Navarro Vitorriada de Pamplona.

El psicólogo en intervención en crisis Pedro Villanueva Irujo y la presidenta de Besaiada-Alcázar, Elena Aiso, que perdió a un hijo por suicidio, insistieron en la idea de que hay que preguntar si se detecta que "algo está pasando", creando el clima adecuado, entrando con suavidad y siendo genuinos, pero sin eufemismos. "No puedo saber qué le pasa si no pregunto. Y si ellos ven que hay miedo a preguntar transmitimos la idea de que tenemos miedo a afrontar un problema que para él es real", aconsejó Villanueva.

En Navarra, una media de 50 personas mueren por suicidio al año, el doble que por accidentes de tráfico. El psicólogo explicó que las personas que se quitan la vida no quieren morir, solo quieren ac-



Un montaje que simula el acoso de un escolar.

bar " con un sufrimiento interno insostenible". ¿Y por qué sufre un adolescente? Villanueva explicó que el trastorno límite de la personalidad, presente en mayor de cada diez estudiantes en escolares, se va gestando desde la infancia ("de forma no consciente los padres pueden no estar cubriendo sus necesidades"), habló de una sobreprotección que no deja a los menores equivocarse, por lo que no están acostumbrados a enfrentarse a las dificultades, de menores vulnerables con una baja autoestima que no ven una conexión con el futuro. "No hay un perfil, cada chico es un mundo". Los profesores presentes afirmaron que no es fácil identificar esos problemas y actuar. "Nos angustiamos", respondió el psicólogo. "Es un tema complejo, pero hay que aceptar que esto está ahí y ver cómo podemos ayudar". Se le preguntó si los escolares que se autolesionan sin intención de morir lo hacen para llamar la atención. "No. Sufren la tira. Sufren y no saben por qué. Quizá sea una petición de ayuda".

PARA SABER MÁS

Protocolo de prevención de conductas suicidas del Gobierno foral (capítulo de Educación) y la web Alensis.

BLANCO SOBRE NEGRO
Dulanz

GRAVE INJERENCIA

UNA mentira repetida mil veces puede convertirse en verdad. Con las malas prácticas políticas ocurre además de ídem. Se aceptan como tales por el mero hecho de reunir un número de votos. Una aberración angustiosa. Ética, democrática o como cada uno guste. Un destruido social. No tiene otro nombre. Los grupos que manejan el Parlamento foral apoyan una manifestación contra una decisión judicial. Bitch, Geroa Bai, Podemos e I-E se erigen en jueces, víctimas y verdugos. Disconformes con la decisión de un tribunal - nada que objetar- insisten a la rebelión callejera. Vergonzoso e inculcable. El respeto institucional ni lo guardan ni lo conocen. Mucha menos la división de poderes. Base de un Estado de Derecho. Se meten sin poder en cosas de otros vnos. Alentan contra la independencia, la libertad y la profesionalidad de los jueces. Objetivo a la vista. Presionar, coartar e intimidar a quienes imponen Justicia. Quienes lo hacen en las bonricadas cómo lo hacen en las instituciones. El cambio no cambiará nunca.

SEREALES DE ALARMA

1 No confundir. No hay que confundir señales de alarma con signos de inmadurez o "cosas de adolescentes".

2 Señales. Notas o mensajes de móvil, amenazas de suicidio, intentos anteriores, síntomas depresivos (impotencia, desesperanza), expresiones como "la gente está mejor sin mí", regalar cosas, incapacidad para concentrarse o pensar racionalmente, cambios de apariencia física y de hábitos (apetito, sueño), conductas intencionadas para autolesionarse, incremento del uso de alcohol y drogas, pérdida de interés en los amigos de siempre, cambios repentinos de comportamiento, tendencia al aislamiento, escritos sobre la muerte, búsqueda en internet de foros y páginas, un estado de ánimo elevado en plena crisis...

FACTORES DE RIESGO

1 Factores de riesgo. Separación de padres, abuso físico o sexual, conflictos con padres, amigos y justicia... sufrir acoso, tener impulsividad, decepciones académicas, estatus socioeconómico bajo y experiencias adversas de niños.

2 El acoso. Contribuye "de manera muy importante" a un intento de suicidio, pero "no es un factor directo ni exclusivo".

3 Diferencias. Depresión, ansiedad, impulsividad, baja autoestima, dificultad con amigos y compañeros y problemas académicos van asociados a ideación suicida. Ser mujer, problemas con o entre los padres, el suicidio de compañeros, sufrir acoso, abusos, orientación sexual y problemas con la justicia van asociados a intentos de suicidio.

REACCIONAR ANTE LAS SEÑALES

1 Qué hacer. Tomarse en serio la amenaza o el riesgo, tener calma y escuchar de forma activa sin juzgar, no denegar el valor de la vida (para él es un tormento), no prometer confidencialidad, animarle y facilitar que el alumno pida ayuda y utilice los recursos de apoyo de la escuela y la comunidad, no dejarlo solo ni un instante si el riesgo es alto.

2 ¿Cómo preguntar? "Buscar el momento adecuado. Decirle que le ves triste y que estás a su disposición para hablar cuando quieras. Cuando se dé la oportunidad, crear el clima y preguntar qué le pasa. Empezar preguntando por sus fortalezas y destacárselas (qué tal el partido el otro día...), para encontrar la oportunidad de diálogo y así tratar sus puntos débiles. Preguntar si ha pensado en quitarse la vida. Por lo general, se atron".



Descubre cada día las mejores ofertas en www.chofert.com

Con la colaboración y la garantía de diariodenavarra.es

Anexo 25. Autorizaciones del Comité Ético de la UPNA y de ASITES



**COMITÉ DE ÉTICA, EXPERIMENTACIÓN ANIMAL Y
BIOSEGURIDAD**

**AUTORIZACIÓN DE PROYECTO CON IMPLICACIONES ÉTICAS O DE
BIOSEGURIDAD**

La Comisión evaluadora de los aspectos bioéticos implicados en los proyectos de investigación, del Comité de Ética, Experimentación animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra, en su reunión del día 30 de marzo de 2016, ha considerado las circunstancias que concurren en el proyecto: PI-005/16 "*Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con tendencia a la ideación suicida: Validación de un instrumento de evaluación del riesgo*" que tiene como investigador principal a D. Javier Fernández Montalvo.

A la vista de la documentación presentada por la comisión evaluadora, la cual ha considerado **informar favorablemente** el trabajo, ya que cumple los requisitos éticos requeridos para su ejecución.

El Comité de Ética, Experimentación animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra, conforme al Apartado 4.2 del Reglamento de funcionamiento del citado Comité, **autoriza la tramitación** del proyecto denominado "*Características de los usuarios del Teléfono de la Esperanza con tendencia a la ideación suicida: Validación de un instrumento de evaluación del riesgo*", con código PI-005/16 y presentado por D. Javier Fernández Montalvo, en cuanto a sus implicaciones éticas o de Bioseguridad.

Pamplona, 11 de abril de 2016


Fdo: Ramón Gonzalo García
Presidente




Fdo: Santiago Alvarez Folgueras
Secretario

Ejemplar para el interesado



CONTRATO DE CESIÓN DE USO

En Madrid, a 1 de Marzo de 2016

REUNIDOS

De una parte, D. PEDRO VILLANUEVA IRURE mayor de edad, con D.N.I. número 15791104V con domicilio en Pamplona, calle Sancho Ramírez, nº 7, C.P. 31008,

De otra, ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DEL TELÉFONO DE LA ESPERANZA (ASITES), con CIF G-85590685 con domicilio en Madrid, calle Francos Rodríguez 51, chalet 25, C.P. 28039, representada por su presidente D. JUAN SÁNCHEZ PORRAS, con D.N.I. número 24.115.258-B,

Se reconocen mutuamente capacidad jurídica y de obrar suficiente para la celebración del presente Contrato

EXPONEN

PRIMERO: Que PEDRO VILLANUEVA IRURE, psicólogo colegiado en Navarra, es autor de la base de datos (también citada como herramienta) informática "ATENSIS", diseñada para la atención, intervención y evaluación del riesgo en llamadas con temática suicida.

SEGUNDO: Que dicha base de datos está inscrita a nombre de PEDRO VILLANUEVA IRURE, como autor y titular de todos los derechos sobre la misma, en el Registro Central de la Propiedad Intelectual del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, con número de asiento registral 00/2014/957.

TERCERO: Que las partes están de acuerdo en que la base de datos puede constituir una importante ayuda en materia de prevención de la conducta suicida y su diseño facilita la intervención por parte de las personas que prestan su ayuda en la ASOCIACION INTERNACIONAL DEL TELÉFONO DE LA ESPERANZA, en adelante ASITES, ante las llamadas telefónicas con temática suicida.

CUARTO: Que PEDRO VILLANUEVA IRURE está interesado en analizar y comprobar la eficacia de la herramienta realizando un proyecto de investigación dirigido por la Universidad Pública de Navarra, que durará desde enero de 2016 hasta diciembre de 2018 considerando que el marco más adecuado para ello es a través de la Organización ASITES, que cuenta con una red de sucursales extensa a través de todo el territorio nacional y de donde se puede extraer una muestra representativa.

QUINTO: Que ASITES considera que la citada herramienta puede constituir una ayuda importante a la labor asistencial que se presta en su Organización y está de acuerdo en colaborar para probar la eficacia de la base de datos y al mismo tiempo facilitar al personal de ASITES una herramienta que contribuya a la formación y a la mayor profesionalización de su actividad.

SEXTO: Que los datos recogidos en la herramienta informática preservan el anonimato del llamante y hacen referencia a factores que pueden ser significativos en materia de prevención de la conducta suicida. La explotación estadística de los datos, puede contribuir a un mayor conocimiento y comprensión del fenómeno suicida.

SÉPTIMO: Que las Partes están interesadas en celebrar un contrato de cesión de uso por el cual el autor, PEDRO VILLANUEVA IRURE cede a la ASITES los siguientes derechos sobre la base de datos "ATENSIS":



- a) Instalación de la base de datos, uso y explotación de los datos en cualquiera de sus sedes ubicadas en el territorio nacional, así como en otros países donde ASITES tenga implantación.
- b) Comunicación y divulgación pública del programa

Que las Partes reunidas en el domicilio de ASITES, acuerdan celebrar el presente contrato de CESIÓN DE USO, de acuerdo con las siguientes

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO

En virtud de este Contrato y de las competencias conferidas por la Ley de Propiedad Intelectual 1/1996 de 12 de abril, PEDRO VILLANUEVA IRURE cede a ASITES los derechos de instalación y uso de la base de datos en las sedes de ASITES, la explotación y divulgación global de los datos, así como el de dar a conocer la existencia de dicha base de datos, si así lo estima conveniente, citando siempre la autoría de la misma. La cesión de derechos se realiza de forma no exclusiva, ya que el autor también podrá ejercer los derechos cedidos y todos aquellos que le corresponden por ser propietario y autor de la base de datos, sin más limitaciones que las impuestas por la ley.

SEGUNDA.- TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA CESIÓN DE LOS DERECHOS

La cesión de uso de la base de datos ATENSIS se realizará en los siguientes términos y condiciones generales siguientes:

- A. El autor, PEDRO VILLANUEVA IRURE, declara que la versión de la base de datos es original y cuenta con toda la protección que le otorga la ley de Propiedad Intelectual 1/1996 de 12 de abril y que está libre de cargas o gravámenes.
- B. Únicamente podrá ejercer los derechos de Propiedad Intelectual D. PEDRO VILLANUEVA IRURE, como autor y propietario de la base de datos.
- C. Los derechos de uso comprenden la instalación de la base de datos, utilización y explotación de los datos en las sedes de ASITES. Igualmente y siempre que se cite la autoría, podrá divulgar y dar a conocer la existencia de la base de datos y sus utilidades como soporte y ayuda en la labor de asistencia, intervención y prevención en situaciones de crisis y en especial en aquellas con temática suicida. Sin embargo, ASITES no podrá presentar la herramienta en eventos como congresos, jornadas u otros similares, ni tampoco en los medios de comunicación, sin contar con la autorización del autor.
- D. ASITES da su consentimiento para instalar la base de datos ATENSIS en cualquiera de sus sucursales y asimismo acuerda con PEDRO VILLANUEVA IRURE que los datos recogidos puedan ser analizados y explotados por las dos partes con fines de investigación u otros que contribuyan a la prevención del suicidio. El uso que ASITES haga de esta base de datos será siempre gratuito, no pudiendo recibir por ella ninguna contraprestación económica, ni utilizarla para una explotación económica de cualquier clase.
- E. La instalación de la herramienta se acordará por las partes en función de su practicidad. La clave individual para el acceso será proporcionada por el autor bien individualmente a cada sede o a través de los servicios centrales de ASITES. Una vez realizada la instalación de la base de datos ATENSIS en las sedes de ASITES, ésta proporcionará a D. PEDRO VILLANUEVA IRURE, con periodicidad trimestral, cuantos



datos solicite de los que se hayan recogido en la misma, y facilitará la comprobación y en su caso corrección de las desviaciones que hubieran podido producirse en el uso correcto de la base de datos.

- F.** Los datos podrán ser tratados, analizados y publicados tanto por ASITES como por PEDRO VILLANUEVA IRURE y las publicaciones en el ámbito tanto académico como científico y literario, a que pueda dar lugar el trabajo de investigación que se pretende llevar a cabo, se podrán realizar libremente por parte de PEDRO VILLANUEVA IRURE, con la oportuna comunicación a ASITES.
- G.** Con el mejor espíritu de colaboración para avanzar en la comprensión del fenómeno suicida y en su prevención, las partes podrán hacer uso de los resultados y conclusiones de la investigación en la medida que estimen conveniente.
- H.** La cesión de uso se hace con carácter indefinido, y su alcance abarca a todos los países del mundo.

TERCERA.- PRECIO

Dado el carácter social y de investigación de este contrato, la cesión de los derechos sobre la base de datos ATENSIS es gratuita.

CUARTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO

El plazo de duración del presente Contrato es indefinido a partir de la fecha referida en el encabezamiento del Contrato.

QUINTA.- ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.

Las partes firmantes reconocen el carácter confidencial de los datos de carácter personal que se puedan incluir en la base de datos ATENSIS, comprometiéndose por tanto a la no divulgación de los mismos, excepto con las finalidades de investigación y estadísticas descritas y siempre que ello no incluya datos de carácter personal, siendo ASITES, a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal la encargada del tratamiento, comprometiéndose al cumplimiento de las obligaciones que le son inherentes

Y en prueba de cuanto antecede, las Partes suscriben el Contrato, en dos ejemplares y a un solo efecto, en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

Por el cesionario (ASITES)

Fdo.: Juan Sánchez Porras.
Presidente

El cedente

Fdo.: Pedro Villanueva Irure