



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Detección y prevención del riesgo suicida
en la población joven.***

Alumno: Lola Rosa Moreno

Director: Araceli Suero de la Hoz

Madrid, 2 mayo de 2022

ÍNDICE

1. Resumen.....	4
2. Presentación.....	5
2.1 Agradecimientos.	5
3. Estado de la cuestión.	6
3.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.	6
3.2 El suicidio.	7
3.2.1 Epidemiología.....	9
3.2.2 Factores de riesgo y factores predisponentes.	9
3.2.3 La depresión y el suicidio.....	11
3.3 Suicidio en jóvenes y adolescentes.....	11
3.3.1 Epidemiología.....	11
3.3.2 Métodos utilizados entre los jóvenes.	12
3.3.3 Factores de riesgo en la juventud y adolescencia.....	13
3.3.4 Detección de riesgo de suicidio en jóvenes.	14
3.3.5 Abordaje del suicidio.....	15
3.4 Valoración y prevención del suicidio.	16
3.5 Déficit de investigación.....	19
4. Justificación.....	20
5. Proyecto de investigación: estudio observacional.....	21
5.1 Objetivos.....	21
5.1.1 Objetivo general.....	21
5.1.2 Objetivos específicos.....	21
5.2 Metodología.....	22
5.2.1 Diseño del estudio.....	22
5.2.2 Sujetos de estudio.....	23
5.2.3 Variables.....	25
5.2.4 Procedimiento de recogida de datos.....	27
5.2.5 Fases del estudio y cronograma.....	31
5.2.6 Análisis de datos.....	33
6. Aspectos éticos.....	36
7. Limitaciones del estudio.....	38
8. Bibliografía.....	39
Anexos.....	43
Anexo 1.....	44
Anexo 2.....	46
Anexo 3.....	48
Anexo 4.....	50
Anexo 5.....	51

Anexo 6.....	54
Anexo 7.....	57
Anexo 8.....	58
Anexo 9.....	59

1. Resumen.

Introducción: El suicidio es el acto mediante el cual se termina deliberadamente con la vida, en la que la muerte es el resultado de la acción directa o indirecta de la víctima, quien es consciente en todos los aspectos del efecto y resultado de sus acciones. Aproximadamente 800.000 personas mueren por suicidio cada año en todo el mundo, lo que representa el 1,5% de todas las muertes tempranas. Además, es la principal causa de muerte en todo el mundo entre las personas de 15 a 24 años de edad. **Objetivo general:** Identificar a los jóvenes entre los 15 y 25 años de edad con riesgo de cometer intentos autolíticos para poder intervenir sobre ellos y evitar así el posible suceso mortal derivado de los mismos, así como determinar los factores de riesgo. **Metodología:** Se desarrollará un estudio de tipo observacional descriptivo transversal con una población objeto de estudio constituida por jóvenes de 15 a 25 años de edad. **Implicaciones para la práctica enfermera:** Aportar un marco teórico, así como unos resultados descriptivos que permitan a los profesionales identificar las conductas y factores de riesgo que puedan derivar en un suicidio en la población joven. Además de tomar conciencia de la situación actual sobre el suicidio en este colectivo.

Palabras clave – términos DeCS: suicidio, prevención, detección, adulto joven y enfermería.

ABSTRACT.

Introduction: Suicide is the act in which life is deliberately ended, in which death is the result of the direct or indirect action done by the victim, who is aware in all aspects of the effect and result of his actions. Approximately 800,000 people die by suicide each year worldwide, representing 1.5% of all early deaths. In addition, it is the leading cause of death worldwide among people between the ages of 15 and 24. **General objective:** To identify young people between 15 and 25 years of age at risk of committing autolytic attempts in order to intervene on them and thus to avoid the possible mortality event derived from them, as well as to determine the risk factors. **Methodology:** A cross-sectional descriptive observational study will be developed with a population under study made up of young people between 15 and 25 years of age. **Implications for nursing practice:** Provide a theoretical framework, as well as descriptive results that allow professionals to identify behaviors and risk factors that may lead to suicide in the young population. In addition to becoming aware of the current situation regarding suicide in this group.

Key words – MeSH terms: suicide, prevention, detection, young adult and nursing.

2. Presentación.

¿Qué lleva a una persona joven a acabar con su vida?, ¿Qué factores pueden estar relacionados para tomar esa decisión tan extrema? Este Trabajo Fin de Grado (TFG) pretende dar a conocer e informar más a cerca del suicidio en la población joven comprendida entre los 15 y 25 años de edad.

A día de hoy el suicidio está a la orden del día y no es raro escuchar que alguien se ha quitado la vida por esta razón, especialmente en gente joven. Sin embargo, es un tema tabú del que poco se habla. Es tal la repercusión que tiene en nuestra sociedad, que en España se ha habilitado un teléfono para la prevención del mismo, con el fin de que si alguien tiene ideas suicidas puede llamar para pedir ayuda en caso de necesitarlo.

La principal razón por la que he decidido realizar mi TFG sobre el suicidio es por mi experiencia personal con él, ya que trabajo en una planta de hospitalización de salud mental aguda y en estos últimos años he visto muchos ingresos debido a intentos autolíticos. Especialmente he tenido contacto con gente joven y este fenómeno es algo aterrador, puesto que el suicidio es una acción demasiado importante como para olvidarnos de él. Sobre todo en la población joven, que tienen toda una vida por delante y que muchas veces no son capaces de afrontar sus problemas siendo la única vía de escape que ven el acabar con su vida.

2.1 Agradecimientos.

Quisiera aprovechar estas líneas para agradecerle a mi familia la dedicación, el cariño que me han brindado a lo largo de toda mi vida y los valores que me han transmitido para ser la persona que soy ahora. En especial a mi madre, que ha hecho un sacrificio para poder pagarme esta carrera que me lleva a la profesión más bonita del mundo y sin la cual no sabría a que dedicarme, gracias. A mi hermana Inés, por ser esa hermana que pese a nuestras diferencias, siempre estamos la una para la otra y con la que he estado estudiando estos 4 años, de biblioteca en biblioteca. A mi abuela, por criarme como una madre y saber estar siempre ahí, por escucharme y apoyarme en los momentos más difíciles, nunca sabré como agradecértelo. También a mis amigos de siempre, a los que he hecho a lo largo de esta etapa y en general a todos mis conocidos, gracias por estar ahí y por hacerme un poco más feliz solo con vuestra presencia.

3. Estado de la cuestión.

3.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.

Este Trabajo Fin de grado está enfocado a la detección y prevención del riesgo de suicidio en los jóvenes y adolescentes entre los 15 y 25 años de edad.

El TFG comienza con una breve introducción sobre el suicidio, hablando sobre generalidades del mismo, epidemiología, factores de riesgo y predisponentes, así como de la relación que existe entre el suicidio y la depresión, íntimamente relacionados en muchos de los casos de suicidio. Después se habla del suicidio en adolescentes y jóvenes, abordando la epidemiología en la franja de edad de los 15 a los 25 años, describiendo los factores de riesgo, los métodos utilizados para llevar a cabo el suicidio consumado, la detección del riesgo de suicidio y un abordaje desde dos puntos de vista distintos, desde la atención primaria de salud y desde las urgencias de los hospitales. A continuación se aborda el tema de la valoración y prevención del riesgo de suicidio en esta población joven y se concluye con el déficit de investigación que existe en este campo.

La información para la redacción y configuración del TFG ha sido recogida de fuentes de datos primarios como PubMed, SciELO, Dialnet y Elsevier, mediante la utilización de los Descriptores en Ciencias de la Salud MeSH y DeCS, y los operadores booleanos “and”, “or” y “not”. Además, ha sido necesario aportar artículos bibliográficos desde los últimos 10 años de publicaciones debido a que en los últimos años existe un déficit de investigación sobre este área significativamente.

Descriptores DeCs	Descriptores MeSH
Suicidio	Suicide
Prevención	Prevention
Detección	Detection
Adulto joven	Young adult
Enfermería	Nursing

Tabla 1: Descriptores de salud. Elaboración propia.

3.2 El suicidio.

Para comenzar con el estado de la cuestión es necesario definir el concepto de “suicidio”, que fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1986 como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

Según esta definición, el suicidio es el acto mediante el cual se termina deliberadamente con la vida, en la cual la muerte es el resultado de la acción directa o indirecta de la víctima, quien es consciente en todos los aspectos del efecto y resultado de sus acciones. Aunque su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países.

El suicidio es un problema de salud pública complejo con una dimensión mundial. El comportamiento suicida tiene diferencias con respecto al género, grupos de edad, regiones geográficas y realidades sociopolíticas, y se asocia de manera variable con distintos factores de riesgo, lo que acentúa una diversidad etiológica. Aunque en la práctica clínica no existe un algoritmo eficaz para predecir el suicidio, un especial reconocimiento y comprensión de los factores clínicos, psicológicos, sociológicos y biológicos puede facilitar la detección de personas con alto riesgo y ayudar en la elección del tratamiento. Muchos tratamientos psicoterapéuticos, farmacológicos o neuromoduladores de los trastornos mentales a menudo previenen la ideación suicida. Además, el seguimiento regular de los intentos de suicidio por parte de los servicios de salud mental es clave para prevenir futuras ideaciones de suicidio (1).

El suicidio consumado sucede más frecuentemente en hombres mayores de 50 años realizado mediante el ahorcamiento o uso de armas de fuego. Aunque de manera significativa y alarmante, en los últimos años ha aumentado el número de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años de edad, siendo más común entre los de clase socioeconómica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de la personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento de suicidio (2).

Existen dos tipos de comportamientos autodestructivos, el suicidio y la autolesión no suicida (NSSI). Es importante tener esto en cuenta, ya que en muchos casos la persona no busca la intención de muerte, principal distinción entre ambos.

La autodestrucción no lesiva ha sido definida por la Sociedad Internacional del Estudio de NSSI como la destrucción deliberada y autoinfligida de tejido corporal sin intención suicida y

con fines no sancionados socialmente. La NSSI se puede dividir debido a sus características y formas. Las características pueden ser un refuerzo positivo, es decir, una adición del estímulo deseado o un refuerzo negativo, una resta de estímulos no deseados. Esta autodestrucción no lesiva se puede dar de distintas maneras relativamente leves, como rascarse, arrancarse el pelo o interferir en la cicatrización de heridas, hasta formas más graves, como cortarse, quemarse o golpearse (3).

En la siguiente tabla 2 se pueden encontrar algunas diferencias entre estos dos conceptos:

CRITERIOS	SUICIDIO	AUTODESTRUCCIÓN NO LESIVA
Intención principal	Morir	Preservar la vida, destrucción de una parte del cuerpo.
Intención general	Huir del dolor mental y de la conciencia.	Escaparse del dolor mental y que se transforme en físico.
Funciones	Reducir la tensión y sensación de alivio	Manejar y sobrevivir (reducir la tensión y el miedo), castigarse a sí mismo, proporcionando estimulación
Potencialidad de muerte	Alta	Baja
Nº de métodos usados	Normalmente uno	Normalmente muchos (el número se incrementa con el tiempo)
Cronicidad	Raramente	Normalmente
Dolor mental	Persistente, inaguantable	Discontinuo
Capacidad cognitiva	Alta, el suicidio se contempla como única solución	Baja o ninguna
Desesperanza e impotencia	Constante, ocupa un lugar central	Variable, no predomina
Consecuencias del reconocimiento de malestar	El malestar se intensifica después del intento de suicidio	El malestar disminuye después de la lesión
Trastornos asociados	Trastornos psicóticos (esquizofrenia), trastornos afectivos, abuso de alcohol, trastornos de ansiedad	Trastornos de la personalidad, adicciones, trastornos alimentarios y trastorno de estrés postraumático
Problema principal	Depresión, dolor mental insoportable	Imagen negativa del ego

Tabla 2. diferenciación entre suicidio y autodestrucción no lesiva. Elaboración propia a partir de Halicka J, Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. Adv Clin Exp Med 2018 -02;27(2):257-261.

3.2.1 Epidemiología.

Aproximadamente 800.000 personas mueren por suicidio cada año en todo el mundo, lo que representa el 1,5% de todas las muertes tempranas. El suicidio es la décima causa principal de muerte en América del Norte y la principal causa de muerte en todo el mundo entre las personas de 15 a 25 años de edad (4).

De acuerdo con las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 40 segundos se dan más de 20 intentos de suicidio a lo largo de todo el mundo y una de ellas consigue morir debido al suicidio (5).

3.2.2 Factores de riesgo y factores predisponentes.

Los factores de riesgo pueden clasificarse dependiendo de si son modificables o no, en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente, mediante actuaciones. Los factores no modificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno a la persona (6). En la siguiente tabla 3 pueden observarse estos factores modificables y no modificables.

Modificables	No modificables
Trastornos afectivos	Factores heredados
Esquizofrenia	Sexo
Trastorno de ansiedad	Edad:
Abuso de sustancias	– adolescentes y jóvenes
Trastorno de personalidad	– adultos
Otros trastornos mentales	– edad geriátrica
Salud física	Estado civil
Dimensiones de la esfera psicológica	Situación laboral y económica
	Creencias religiosas
	Apoyo social
	Conducta suicida previa

Tabla 3. Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables. Elaboración propia a partir de Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J, editors. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento. 2011:186.

Las variables socioeconómicas influyen intensamente en las tasas de suicidio por ser codeterminantes del riesgo y, por supuesto, de los trastornos mentales. Se han definido varios grupos categóricos (7):

- *Parámetros demográficos*: la edad, el género, la etnia y los parámetros relacionados.
- *Situación social*: bajos ingresos, desigualdad de ingresos, desempleo, baja educación y escaso apoyo social.
- *Cambio social*: en un ámbito social como por ejemplo la urbanización, o de forma individual, un cambio en los ingresos.
- *Barrio*: vivir en una vivienda inadecuada, en hacinamiento, la presencia de violencia y otros.
- *Incidencias ambientales*: el cambio climático, las catástrofes naturales, guerras, conflictos y migraciones.

A grandes rasgos, haciendo referencia a la población general, normalmente en un 90% de los casos se encuentran a individuos con un factor común entre la presencia de trastornos psicológicos, el abuso de sustancias, la depresión y la esquizofrenia. Por otro lado, la literatura coincide al señalar como posibles factores de riesgo el sufrir una enfermedad crónica dolorosa, un trastorno psicológico que puede haber sido diagnosticado o no y una tentativa previa de suicidio, además del bullying y el ciberbullying, muy presentes hoy en día, predominante en la adolescencia y la juventud principalmente (8).

La mayoría de los suicidios se dan en países de ingresos bajos y medios, con una tasa del 78% de todos los suicidios en todo el mundo, y la tasa global ha aumentado en un 60% en los últimos 45 años, mientras que durante el mismo periodo de tiempo los países occidentales experimentaron una disminución significativa (9).

En la distribución por sexos, los hombres son los que más suicidios cometen, y por lo tanto consolidan, aunque existen diferencias entre los distintos países, pero siempre con un predominio de los hombres, con una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad. Sin embargo, las mujeres realizan intentos de suicidio con mayor frecuencia, normalmente mediante la toma de pesticidas o medicamentos (10). Según los datos de Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se suicidan 10 personas al día, existiendo una gran diferencia entre hombres y mujeres.

3.2.3 La depresión y el suicidio.

La depresión es uno de los factores que tiene mayor riesgo y repercusión en lo que respecta al suicidio, sobre todo en la etapa de la adolescencia, donde el individuo busca una nueva identidad y experimenta cambios de humor que van desde la alegría hasta la tristeza, pasando por la depresión. Los pensamientos suicidas son frecuentes en la adolescencia y juventud, especialmente en las fases de mayores dificultades ante factores estresantes importantes para la persona. La ideación suicida se asocia con un mayor riesgo de futuros intentos de suicidio, mientras que la planificación del suicidio implica un alto riesgo de muerte, a corto o largo plazo (11).

En definitiva, diversos estudios han documentado que existen relaciones sólidas entre la depresión y la desesperanza y entre los pensamientos y comportamientos suicidas posteriores (12).

3.3 Suicidio en jóvenes y adolescentes.

3.3.1 Epidemiología.

El suicidio entre los adolescentes está aumentando mundialmente. La población joven ve el suicidio como una forma de escapar de lo extremo de una situación vital angustiada, debido a múltiples factores, no solo de la historia de cada individuo, sino que también influyen factores sociológicos, por lo que no debe obviarse el papel que la presión social que se ejerce en la persona. Los estudios concuerdan en que, en las últimas décadas, se observa un importante incremento de las conductas suicidas infantojuveniles.

Los jóvenes parecen tener un mayor riesgo que los adultos a cometer suicidio, esto es debido a que la exposición en los medios de este fenómeno puede provocar que los jóvenes imiten el comportamiento suicida que ven en la televisión. La cobertura mediática del suicidio de un adolescente puede conducir a suicidios en grupo, con una magnitud de muertes mayores y proporcional a la cantidad, duración y prominencia de la cobertura mediática (13).

En España, el suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años, siendo solo superado por causas externas de mortalidad y el cáncer. Aunque es cierto que durante la última década las tasas de suicidio han experimentado un ligero descenso (8).

Por este motivo, el Instituto Nacional de Estadística (INE), publica datos sobre el suicidio que provienen de dos fuentes diferentes, del Ministerio de Justicia y del Ministerio de Sanidad. Los últimos datos del informe que arroja el INE de 2006 sobre el suicidio en la población joven en España, pone en manifiesto que 300 adolescentes y jóvenes entre los 13 y los 30 años de edad se quitaron la vida, siendo cifras bastante elevadas y suponiendo un 8% de todas las víctimas de suicidio. Este informe no ha vuelto a publicarse tras esa fecha, por lo que no se puede determinar el número de suicidios en esta población empíricamente.

3.3.2 Métodos utilizados entre los jóvenes.

Por lo general, los métodos más comunes utilizados para cometer suicidio depende de su disponibilidad y además influye el acceso que la persona tenga a un método en particular. Por otro lado, influye con respecto al método empleado que el adolescente tenga una determinada enfermedad o un antecedente familiar de suicidio que le llevara a elegir uno u otro método.

El método elegido para cometer el suicidio depende en gran medida de la influencia sociocultural y de las características geográficas, debido a que las zonas geográficas pueden relacionarse con el acceso a distintos métodos como por ejemplo el mar, una vía férrea, pesticidas en zonas agrícolas, puentes, carreteras de alta velocidad y edificios de altura entre otros (14). Por otro lado, UNICEF plantea que los métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países, existiendo grandes diferencias en los métodos utilizados en cada uno de ellos.

Diversos estudios indican que entre los métodos mayormente utilizados se encuentran la precipitación, el ahorcamiento, la asfixia con una bolsa de plástico en la cabeza, la intoxicación medicamentosa, la intoxicación por inhalación de gases, el envenenamiento con plantas, hongos, metales, productos de limpieza y plaguicidas, la inanición o ayuno prolongado, la suspensión de la medicación prescrita, un accidente provocado, el arrojarse a una carretera por la que hay vehículos, el disparo con arma de fuego (poco frecuente en algunos países, aunque altamente frecuente en otros como por ejemplo en Estados Unidos), tragar objetos punzantes o cortantes y el apuñalamiento o eventración. Todos estos métodos se clasifican en violentos o no violentos, dependiendo de la impulsividad del acto suicida y activos o pasivos en función de si lo realiza la persona como tal o si por el contrario usa sustancias para cometer el suicidio (15).

El sexo masculino, mayoritariamente utiliza los métodos activos, como el ahorcamiento y dispararse; mientras que el sexo femenino, utiliza métodos como los envenenamientos, corte

de vasos sanguíneos, precipitación, ahorcamientos o ingestión medicamentosa de diversos fármacos y tipos. Aunque en la mayoría de los países, normalmente los métodos elegidos por la gran mayoría de jóvenes de ambos sexos entre los 15 y los 29 años son el ahorcamiento, la estrangulación o la sofocación, seguido de otras formas como lanzarse al vacío (8).

3.3.3 Factores de riesgo en la juventud y adolescencia.

La adolescencia es una fase de desarrollo en el que es difícil definir límites claros entre los fenómenos que son parte de esa evolución y los que no lo son, ya que ocurren cambios biológicos, psicológicos y sociales. Estos cambios hacen que sea necesario dedicarles una mayor atención, ya que no cuentan con los recursos psicológicos para enfrentarse a las diversas situaciones y problemas, por lo que eligen como solución quitarse la vida (16).

El comportamiento suicida entre los jóvenes se puede prevenir mediante la identificación de los factores de riesgo y los factores de protección que se originan de la propia persona o de su entorno.

La OMS define los factores de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (17). Además, se han realizado diversas investigaciones sobre la intervención y prevención de estos factores de riesgo.

Los datos de distintas investigaciones señalan que existen diversos factores que predicen un intento de suicidio en la población adolescente. Entre esos factores, se encuentran los factores sociales y demográficos, como el género femenino y el origen urbano, además de la situación familiar, ya que tener una estructura familiar alterada incrementa de manera significativa el riesgo de suicidio en jóvenes y adolescentes. Otro de los factores que influyen es el conflicto interpersonal, el funcionamiento alterado en los roles sociales, es decir, las dificultades escolares, el ausentismo, huir de casa y las dificultades en las relaciones con los compañeros. Además uno de los grandes factores de riesgo de estos jóvenes es el abuso de sustancias, común en este rango de edad, las crisis de la vida como pueden ser el divorcio de los padres o fallecimiento de uno de los cónyuges o de un ser querido, los factores psicológicos, los rasgos de personalidad, las diferentes estrategias de afrontamiento y por último, los factores relacionados con la salud y la biología, es decir, la herencia genética (18).

3.3.4 Detección de riesgo de suicidio en jóvenes.

La detección del riesgo de suicidio en la población joven es de gran importancia para la prevención del suicidio en estas edades. La identificación del riesgo de suicidio mediante instrumentos de detección estandarizados, basados en la investigación, es un componente importante y se debe tener en cuenta desde un enfoque integral. Para detectar el suicidio entre este colectivo se utilizan diversos métodos que evalúan el riesgo que tiene la persona de cometer suicidio (19).

Teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería, debido a la posición en la que se encuentran, desempeñan un papel clave en la evaluación y el tratamiento de los pacientes con un alto riesgo de suicidio, además de tener la capacidad de detectar y prevenir conductas suicidas entre los jóvenes. Es importante que utilicen herramientas basadas en la evidencia científica para detectar el riesgo de suicidio, como las Preguntas de Detección de Suicidio (ASQ), una herramienta de detección de riesgo de suicidio utilizada para pacientes pediátricos y jóvenes. ASQ es un breve cuestionario de detección que contiene 4 preguntas de sí o no para evaluar la ideación y el comportamiento suicidas. Un resultado positivo en el ASQ indicará que el paciente necesita una evaluación de riesgos adicional (20).

Para abordar los esfuerzos de prevención del suicidio en el ámbito de la enfermería, la Asociación Estadounidense de Enfermeras Psiquiátricas desarrolló nueve competencias que deben tener las enfermeras de salud mental para tratar y abordar a los pacientes hospitalizados. Todo esto con el fin de aumentar la seguridad y proporcionara mejor evaluación de los pacientes hospitalizados que pueden estar en riesgo de suicidio. Entre estas competencias se encuentran las siguientes (21):

1. La enfermera comprende el fenómeno del suicidio, es capaz de describir riesgos y factores de protección así como actuar conforme a la literatura científica relacionada con el suicidio.
2. La enfermera maneja las reacciones, actitudes y creencias personales.
3. La enfermera desarrolla y mantiene una relación terapéutica colaborativa con el paciente, equipo y las personas apropiadas (es decir, supervisor de enfermería, médico de guardia, etc.).
4. La enfermera recopila la información relacionada con la evaluación precisa y comunica el riesgo para el tratamiento.
5. La enfermera tiene capacidad para formular una evaluación de riesgos.

6. La enfermera debe desarrollar un plan de cuidados enfermeros continuo de atención basada en la evaluación continua.
7. La enfermera realiza una evaluación continua del medio ambiente para determinar el nivel de seguridad y modifica el entorno en consecuencia, con el fin de garantizar la seguridad de la persona con riesgo de suicidio.
8. La enfermera comprende los aspectos legales y éticos relacionados con el suicidio.
9. La enfermera debe documentar con precisión y minuciosidad el riesgo de suicidio.

3.3.5 Abordaje del suicidio.

Muchas personas tratadas en un servicio de urgencias, que después cometen suicidio no presentan un problema psiquiátrico y su riesgo no se detecta durante la visita a urgencias del hospital. La evaluación de la seguridad del servicio de urgencias y evaluación de seguimiento (ED-SAFE) realiza un cribado universal del riesgo de suicidio dentro del servicio de urgencias médicas generales y lleva a cabo una intervención iniciada en el servicio de urgencias con las personas que dan positivo en la prueba de riesgo de suicidio. Con esto, se logra una mejora de los protocolos de rendimiento en cuanto a la detección, por lo que en consecuencia el aumento del número de detecciones conduce a casi el doble de pacientes identificados con riesgo de suicidio. Con esta detección se puede respaldar una ideación suicida activa o un antiguo intento de suicidio, para así poder aplicar intervenciones con el objetivo de reducir el comportamiento suicida (22).

Por otro lado, el suicidio se puede abordar desde la Atención Primaria de Salud (APS), siendo este un eslabón clave en la prevención y detección de un adolescente o joven con riesgo de suicidio. Muchos suicidios se pueden prevenir y evitar, pero para ello se necesitan estrategias intersectoriales y nacionales para lograrlo. Además es necesario prestar una especial atención a los factores de riesgo como el aislamiento social, los sentimientos de soledad y desesperanza, los trastornos mentales graves y el uso inadecuado del alcohol u otras drogas que pueden contribuir a cometer suicidio, especialmente en los adolescentes. Por lo que desde este ámbito se debe prestar especial atención a la prevención del suicidio mediante la prestación de apoyo social a los individuos vulnerables, ayudando en el seguimiento, luchando contra la estigmatización y apoyando a quienes han perdido a seres queridos que se han suicidado. Para lograr esto, la principal medida preventiva que hay que realizar en atención primaria es la capacitación de los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico de la entrevista clínica, para así poder contar con la formación concreta para poder abordar esta problemática de salud. Además es imprescindible la realización de sesiones clínicas sobre los pacientes suicidas, así como una interconsulta con el equipo de salud mental (23).

En APS existen recomendaciones para la prevención del suicidio (24):

- Se recomienda prestar especial atención a la posibilidad de suicidio en pacientes con un diagnóstico de depresión, determinados casos de ansiedad y cuando existan otros factores de riesgo.
- La realización de las entrevistas serán tranquilas y abiertas, procurando establecer una relación empática con el paciente.
- No se deben banalizar ni menospreciar las amenazas suicidas.
- Se deben valorar los sentimientos de desesperanza.
- En caso de detectarse una ideación suicida suficientemente elaborada, debe derivarse al paciente a los servicios de salud mental para su tratamiento y eventual hospitalización.
- Con permiso del paciente, y a ser posible en una entrevista conjunta, se recomienda informar a los familiares de la gravedad de la situación, así como de la necesidad de vigilancia. A los cuales, habrá que advertirles sobre las precauciones a tomar para evitar el acceso a armas letales, fármacos peligrosos, a situaciones de riesgo o el aislamiento del sujeto.

3.4 Valoración y prevención del suicidio.

El suicidio es un problema de salud pública que puede prevenirse. Las enfermeras ejercen su profesión en primera línea y tienen mayor cantidad de oportunidades para identificar, valorar y atender a pacientes suicidas, aunque la mayoría según diversos estudios tiene poca o ninguna capacitación sobre cómo evaluar, tratar o derivar a un paciente con ideación suicida. En muchos de los casos, las enfermeras tratan a los pacientes que están considerando el suicidio, pero que rara vez se identifican como en riesgo (25).

El comportamiento suicida presenta tres clasificaciones: la ideación suicida, el suicidio consumado y el intento de suicidio. Por lo que es necesario desarrollar acciones de tipo intervención para promover la salud mental de los adolescentes a fin de identificar y reducir los posibles riesgos de suicidio en esta población (11).

Existen varios tipos de programas de prevención, uno de ellos es la prevención universal con la que se pretende aumentar la conciencia sobre el suicidio mediante la proporción de información sobre factores de riesgo y signos de advertencia, además se centran en desmentir los mitos y enseñar a los adolescentes y jóvenes cómo pedir ayuda si lo necesitan. En cuanto a los programas de prevención selectiva, están destinados a los jóvenes que presentan un

alto riesgo de suicidio, estos programas suelen incluir entrenamiento en habilidades de resolución de problemas o estrategias de afrontamiento, y también proporcionan apoyos y servicios apropiados para estos individuos. Por último, los programas de prevención indicada, están diseñados para jóvenes que presentan deseos de morir o que han hecho un intento de suicidio reciente. El objetivo de estos programas de prevención es reducir los conflictos o crisis actuales proporcionando técnicas de toma de decisiones, de cómo acceder a servicios de emergencia o cómo buscar ayuda (26).

Por otro lado existen los programas de prevención primaria, que tienen como objetivo principal evitar que las personas intenten suicidarse y lo consuman. Este tipo de programas preventivos utiliza mensajes o campañas de educación y conciencia pública, además esta prevención primaria también cuenta con programas de formación educativa dirigidos a los profesionales de la salud. Por otro lado, el objetivo de la prevención secundaria es evitar que aquellos que han intentado suicidarse anteriormente, consigan finalmente suicidarse y con ello acabar con su vida (27).

La causa de los suicidios juveniles e infantiles es multifactorial y al contrario de lo que se piensa, no se da por un impulso, sino que es una decisión largamente pensada, analizada, desechada y retomada en múltiples ocasiones para poner fin a su vida. Esta lesión autolesiva e intencionada ocupa el quinto lugar como causa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Por lo que su prevención es de gran importancia y de alta prioridad y requiere la participación de diferentes factores, dentro de ellos la familia y los padres, además de los profesionales sanitarios (28).

En España, existen distintas propuestas preventivas sobre este problema de salud, con el fin de disminuirlo. Estas diferentes estrategias de intervención han demostrado su eficacia ya que contemplan la restricción del acceso a métodos comunes de suicidio, como las armas o sustancias tóxicas, la reducción del tamaño y de la cantidad de los envases de analgésicos, el uso controlado de antidepresivos de menor toxicidad, el control de plaguicidas, la reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos y de la toxicidad del gas de uso o un adecuado tratamiento en la depresión y el abuso de alcohol y sustancias, así como el seguimiento exhaustivo de aquellos jóvenes que tienen antecedentes de intentos de suicidio (8).

Distintos estudios han demostrado que la depresión, la desesperanza y la ideación suicida son predictores importantes del riesgo de suicidio. Por lo que es de gran importancia conocer los principales factores de riesgo y las distintas formas de manifestar los signos y síntomas

asociados con este, ya que esto puede suponer un paso importante en la planificación de programas de prevención. Mediante la utilización de distintas escalas como la forma sociodemográfica, la Escala de ideación de suicidio de Beck (SSI) y el Inventario de depresión de Beck (BDI), se pueden predecir y prevenir los suicidios. Mediante la implementación de programas de intervención, los valores promedio de los síntomas depresivos, la desesperanza y la ideación suicida según bibliografía disminuyen significativamente en los adolescentes. Además de una disminución en la ideación suicida, los adolescentes en este tipo de intervenciones expresan pensamientos positivos. Por otro lado, es necesario fortalecer las redes de apoyo de los adolescentes, involucrando principalmente a la familia y a su vez a la escuela, pues es donde los jóvenes y adolescentes pasan más tiempo, considerando las distintas relaciones personales y familiares (11).

Otro de los métodos a emplear para prevenir el suicidio es mejorar las habilidades de comunicación entre los padres y los jóvenes, ya que esto permite que los jóvenes acepten protección y genera esperanza en los padres. Esto produce que los padres puedan guiar con éxito a sus hijos, así como afianzar la esperanza en los jóvenes de que sus padres pueden ayudarlos a superar lo que se siente como un dolor insoportable y problemas irresolubles.

Para conseguir esto, el equipo de salud interdisciplinar debe enseñar habilidades para regular las emociones, así como técnicas para tolerar la angustia, construir vidas que los jóvenes quieran vivir y abordar los problemas psicosociales y de salud mental, que entrarían además como componentes clave del tratamiento. Teniendo en cuenta que la evaluación del riesgo único y los procesos de protección para cada joven y familia y la adaptación de los objetivos de intervención deben darse desde un enfoque de tratamiento y prevención único para todos (29).

El equipo multidisciplinario debe estar preparado y especializado para comprender todos los aspectos que el intento y el suicidio consumado en niños y adolescentes puede ocasionar en la familia y en la sociedad. Además, los profesionales sanitarios juegan un papel clave en la detección precoz de los factores de riesgo de suicidio, evitando comportamientos autodestructivos durante su atención clínica en cualquiera de los ámbitos de la sanidad, desde atención primaria hasta una planta de hospitalización. Por otro lado, si el profesional es capaz de identificar factores de riesgo para niños y adolescentes que los hacen potencialmente suicidas, es necesario intervenir con la comunidad en la que se inserta, además de en los centros sanitarios. La planificación de la prevención del suicidio, en cuanto a los profesionales de salud se refiere, debe abarcar 4 componentes primarios: promoción de la salud, prevención y educación, intervención y post-intervención (30).

En definitiva, para prevenir de manera eficaz el suicidio es preciso intensificar la vigilancia y hacer un seguimiento de los casos consumados así como de los intentos de suicidio. Las diferencias entre los países en relación a los patrones, las tasas y las características de los suicidios dados, así como a los métodos utilizados, ponen en manifiesto la necesidad de que cada país mejore la integridad y la calidad de sus datos, así como la rapidez con que se obtienen, de modo que se pueda realizar una prevención de manera eficaz. Con ese fin, deben constar los suicidios en los registros civiles y los intentos de suicidio no consumados en los registros hospitalarios, de tal modo que se puedan realizar estudios nacionales representativos que recojan toda la información sobre intentos de suicidio notificados por la propia persona y así poder prevenir el suicidio mediante ayudas tanto psicológicas como con tratamiento en caso de ser necesario (31).

3.5 Déficit de investigación

Cuando se habla de la calidad y de la disponibilidad de los datos sobre el suicidio y los intentos de suicidio esta es insuficiente en todo el mundo. Solo unos 80 Estados Miembros disponen de datos de registros de calidad para estimar las tasas de suicidio. Aunque el problema de la escasa calidad y cantidad de los datos sobre mortalidad no es exclusivo del suicidio, existe una notificación insuficiente y una clasificación errónea de los casos de suicidio que son, probablemente, mayores que con causas de defunción, porque las conductas suicidas son una cuestión delicada e incluso ilegal en algunos países y de la que apenas se habla.

4. Justificación

La justificación por la cual se va a proceder a la realización del siguiente estudio se sostiene debido a la necesidad conocer y comprender además de estudiar el abordaje, desde la profesión enfermera, de una detección precoz del riesgo de suicidio en una población susceptible como es la comprendida entre los 15 y 25 años de edad, para poder actuar y prevenir este hecho mortal (32).

A tal efecto, todos los apartados con sus respectivos subapartados, tienen el fin de responder a la pregunta científica con la que se busca conocer cuáles son las posibles causas así como las soluciones que están detrás del suicidio adolescente y juvenil. Debido a que es un tema poco conocido por la población y de la que nadie quiere saber por ser un tema tabú en la sociedad de hoy en día, además de poco investigado en este rango de edad. Así, tras el desarrollo de todos los apartados anteriores del estado de la cuestión, la pregunta científica queda argumentada de manera incompleta, puesto que todavía queda un vacío en lo referido a las implicaciones e intervenciones de la enfermería en la detección precoz de este problema, así como a la práctica científica y profesional de esta profesión.

Existen diversos estudios acerca de esta problemática, que utilizan tanto herramientas validadas como no validadas y en muchos de ellos no se describieron las medidas de manera adecuada. Por otro lado, las comparaciones de muchos de los estudios realizados no han podido ajustarse a las comparaciones múltiples y se han dado en ellos factores de confusión debido a sus tamaños de muestra, generalmente pequeños con bajo poder estadístico, por lo que los enfoques analíticos a veces son cuestionables (33).

Existe evidencia de la eficacia de los programas a nivel de escolar para mejorar el conocimiento del suicidio, las actitudes hacia el suicidio y los comportamientos de búsqueda de ayuda para uno mismo o para un compañero (34).

Por todo esto, se hace necesaria la investigación con muestras representativas más grandes para explorar esta problemática de salud cada día más común y realizar una investigación más a fondo de este tema en concreto. Teniendo en cuenta todo lo anterior propuesto, se justifica la realización del siguiente estudio observacional acerca del tema del suicidio adolescente y juvenil, debido a la escasez de investigación y por la implicación de la enfermería en la detección de este problema que va en aumento.

5. Proyecto de investigación: estudio observacional.

5.1 Objetivos.

5.1.1 Objetivo general.

El objetivo principal de este estudio se centra en identificar a los sujetos con un alto riesgo de suicidio entre la población joven comprendida entre los 15 y 25 años de edad, para poder así determinar los factores de riesgo y prevenir el suicidio en un futuro.

5.1.2 Objetivos específicos.

Los objetivos específicos van encaminados a:

1. Describir el grado de tentativa de suicidio que existe entre los jóvenes y adolescentes.
2. Conocer y comparar las características personales de los jóvenes con riesgo de cometer suicidio.
3. Identificar los factores de riesgo comunes que presentan los sujetos a estudio para poder intervenir sobre ellos.
4. Disminuir los suicidios en la población joven mediante el empleo de medidas efectivas basadas en la evidencia científica.
5. Derivar a los servicios adecuados a los jóvenes y adolescentes con un alto riesgo de suicidio, basándose en las encuestas destinadas para evaluar dicho problema.
6. Estudiar y determinar la prevalencia y la importancia, así como la repercusión que presenta esta problemática entre los jóvenes.
7. Identificar las variables que incrementan y reducen el grado de tentativa suicida en esta población vulnerable.

5.2 Metodología

5.2.1 Diseño del estudio

El actual proyecto de investigación se encuadra dentro de un estudio de tipo observacional y de carácter descriptivo con un objetivo ya descrito y definido anteriormente, que no es otro que identificar a los jóvenes entre los 15 y 25 años de edad con riesgo de cometer intentos autolíticos para poder intervenir sobre ellos y evitar así el posible suceso mortal derivado de los mismos.

Como consecuencia, en lo relacionado a la recogida de datos sobre el presente estudio observacional descriptivo, se va a realizar una recopilación de los respectivos datos en un único momento temporal, siendo este estudio por consiguiente un estudio de tipo transversal.

El tema de este proyecto ha sido elegido debido a la escasez de estudios de investigación que existen en la actualidad sobre el suicidio juvenil, a la importancia que tiene este hecho en el ámbito de la salud, además por la importancia de este problema cada vez más común en la población joven y debido a la necesidad de realizar actividades para la prevención de esta problemática.

Por todo lo anterior, nace la necesidad de realizar y aplicar un estudio observacional descriptivo de tipo transversal dirigido y orientado a la ya mencionada población susceptible de estudio. De tal modo que este estudio servirá para conocer el impacto sobre esta problemática objeto de descripción, a través de un análisis estadístico adecuado y completo de las respectivas variables que se puedan dar en este ámbito.

Por lo tanto, se considera la realización de dicho estudio debido a la justificación de restituir la ausencia de estudios con respecto a este tema de salud, desarrollándose así un proyecto de investigación en el que se incluyen a jóvenes y adolescentes, con el fin de poder realizar medidas para frenar este fenómeno y poder ayudar a esta población de riesgo. Además de llevar a la práctica el objetivo principal y general de esta investigación y por consiguiente sus objetivos específicos, que puedan ser mostrados a la comunidad científica con el fin de ampliar y revelar nuevos conocimientos que permitan diversas aplicaciones en las distintas disciplinas relacionadas con la medicina, pero mayormente enfocado a la profesión de enfermería, por ser esta la base del proyecto.

Por último, en cuanto a términos temporales, la duración de este estudio se estima de unos diez meses de duración. En la siguiente tabla 4 se muestra la distribución cronológica de los distintos apartados que conforman la fase experimental.

Fase metodológica	Duración temporal
Especificación de la muestra a estudio	Septiembre – Octubre
Obtención del consentimiento informado de los participantes	Noviembre – Diciembre
Recogida de datos	Enero – Marzo
Análisis estadístico de los datos obtenidos	Abril – Junio

Tabla 4: Distribución cronológica de la fase metodológica del proyecto de investigación. Elaboración propia a partir de “Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería” (35)

Para llevar a cabo este estudio, será necesaria la autorización pertinente de los Comités de Ética, debido a la importancia del asunto tratado y a la población a la que va dirigida, ya que en el estudio se incluyen a menores de edad, así como a gente joven vulnerable. Por otro lado, se necesitara autorización de un representante legal para aquellos menores de edad que participen en el presente estudio.

5.2.2 Sujetos de estudio

Una vez que se ha definido y descrito el diseño del estudio, es necesario identificar a los sujetos a los que se incluirá en el estudio, así como los distintos criterios de inclusión y por el contrario, de exclusión. Por otro lado, se debe definir el tamaño muestral que será necesario en términos de validez externa, es decir, el número de participantes que permita que los datos obtenidos se puedan extrapolar de población estudiada a la población general y sea representativa de la misma.

Por ello, se define como población diana en el presente estudio a los sujetos comprendidos entre los 15 y 25 años de edad, de acuerdo con la información recogida en el estado de la cuestión y siendo esta la población clave de esta investigación.

En relación a la población accesible en este caso, el estudio se va a desarrollar en diversos ámbitos, entre ellos se encuentran los institutos y universidades, debido a que en estos lugares es donde más jóvenes se pueden encontrar, además de los servicios sanitarios de atención primaria y urgencias hospitalarias de los diversos hospitales. El proyecto de investigación a tal fin, se realizará en la Comunidad de Madrid, por lo que se representaran todas las zonas básicas de salud de dicha comunidad.

Debido a la selección de esta población ya definida, se va a proceder a describir el tipo de muestreo utilizado. Siendo este, un muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia, debido a que los sujetos van a ser sometidos a una serie de criterios de inclusión que serán definidos a continuación, siendo unos criterios específicos para los sujetos que formarán parte del estudio.

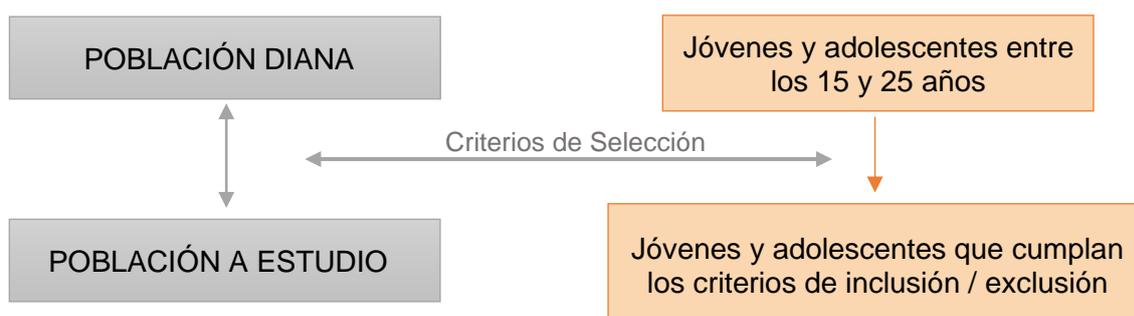
La población a estudio debe reunir los siguientes criterios: la población diana es aquella a la que se le va a inferir los resultados del presente estudio. En este caso se trata de adolescentes y jóvenes con una diferencia de 10 años, es decir, entre los 15 y 25 años de edad. Esta población debe ser presentada sin sesgar los datos del estudio. La muestra es aquella que se va a estudiar y que debe cumplir con los criterios de inclusión y exclusión para esta investigación y de la cual van a salir determinadas conclusiones que se podrán extrapolar a ese determinado colectivo en general.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, se pone en manifiesto que la muestra a estudio debe cumplir los siguientes **criterios de inclusión**:

- Tener entre 15 y 25 años de edad.
- Encontrarse con plenas capacidades tanto físicas como psíquicas para manifestar su participación afirmativa en el estudio, mediante la cumplimentación del consentimiento informado correspondiente, en el caso de que el participante sea mayor de edad.
- Contar con el consentimiento de los tutores legales así como de la misma persona, en el caso de ser menor de edad.
- Residir en la Comunidad de Madrid, por ser este el lugar de estudio de la muestra.

Por el contrario, se definen como **criterios de exclusión** los siguientes:

- No estar comprendido entre las edades del estudio.
- No contar con el consentimiento informado de los tutores legales, en caso de ser menor de edad.



En lo referente al tamaño muestral, se ha empleado una técnica para calcularlo mediante la valoración de una suposición en la que se ha considerado una proporción de población infinita, como es el caso de este estudio debido a la población que engloba.

Para llevarlo a cabo, se ha considerado un intervalo de confianza del 95%, que por consiguiente se corresponde con un valor de $\alpha=0,05$ y a un valor de $Z\alpha=1,96$. A su vez, se estima una relación esperada del 5%, donde la proporción esperada obtiene un valor de $p=0,05$ y una precisión del 3%. Obteniéndose estos resultados de un tamaño muestral de 203 sujetos, entre los 15 y 25 años de edad, siendo equitativa el número de sujetos en cada grupo de edad. El mencionado valor cambia el tamaño de la muestra a un total de 239 sujetos para garantizar una muestra ajustada a las pérdidas previstas con un porcentaje de pérdidas esperadas del 15%.

5.2.3 Variables

Como ya se ha descrito anteriormente, este estudio tiene como objetivo la población comprendida entre los 15 y 25 años de edad. Por ello, existen variables comunes a todos los participantes, así como variables específicas y distintas para cada uno de ellos, ya que no se pretende contar con un tipo de perfil específico, si no que se busca la extrapolación a la población indicada por lo que se debe contar con perfiles diversos y distintos entre sí.

En lo que respecta a los sujetos incluidos en el estudio, se presentan las siguientes variables: sexo, edad, nivel de educación formal, situación social, relaciones interpersonales, acontecimientos recientes o problemas actuales, abuso de sustancias, historia de enfermedad mental y la ideación de suicidio en algún momento de su vida.

La justificación por la cual se considera la inclusión de las variables mencionadas en el estudio que se va a llevar a cabo, se debe a diversas razones para cada una de ellas. De este modo, las variables de sexo, edad y nivel de educación formal, se han incluido y tenido en cuenta con el fin de determinar y describir el perfil sociodemográfico de los participantes, ya que esto va a permitir describir las características de la población a la cual se le realiza el estudio, de tal manera que se pueda extrapolar a la de características similares.

Por otro lado, en cuanto a las variables específicas para la determinación del riesgo suicida, en este estudio se utilizan escalas de medición del riesgo de suicidio, siendo estas escalas la escala de Paykel de Suicidio (PSS) y la escala SAD PERSONS.

La PSS es una escala diseñada originalmente para evaluar las diferentes manifestaciones de la conducta suicida en la población (p.ej., pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio). Esta encuesta consta de un total de cinco ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/No, con una puntuación 1 y 0, respectivamente (ver anexo 7). En cuanto a las puntuaciones, a nivel teórico mayores puntuaciones indican mayor gravedad. El marco temporal es referente al último año. La PSS ha sido validada en adolescentes españoles. Esta escala se caracteriza por su sencillez y brevedad. En definitiva, la PSS se puede utilizar como un instrumento de evaluación o como una herramienta de cribado de conducta suicida en diferentes entornos de evaluación (p.ej., educativo, sanitario o social) (36).

En cuanto a la escala SAD PERSONS (ver anexo 8), utiliza un acrónimo en inglés para evaluar una serie de condiciones que aumentan el riesgo de suicidio, como son: el género, la edad, la depresión, un intento previo de suicidio, el uso de alcohol, la alteración del juicio de realidad, la falta de red de apoyo, un plan estructurado para llevar a cabo el suicidio, no tener conyugue y la presencia de enfermedad. Se puntúan en uno si están presentes y de acuerdo al puntaje total se define la conducta suicida final, siendo a mayor puntuación, mayor riesgo de cometer suicidio (37).

Por todo lo anterior, se justifica la utilización de dichas escalas en el presente estudio, puesto que evalúan el grado de tentativa de suicidio, con el fin de detectar el posible riesgo y poder intervenir sobre ello.

Con respecto a las variables de situación social, relaciones interpersonales, acontecimientos recientes o problemas actuales, historia de enfermedad mental y abuso de sustancias, se justifican para este estudio debido a que son variables íntimamente relacionadas con los factores de riesgo de las personas suicidas, por lo que es de gran importancia su análisis.

Cabe destacar que todas las variables anteriormente referenciadas van a ser recogidas mediante una herramienta de tipo cuestionario. Aunque es de gran importancia destacar que hay variables que van a ser recogidas con cuestionarios más específicos, como la conducta de suicidio. Dichos cuestionarios han sido mencionados anteriormente, tratándose de la escala de Paykel de Suicidio y la escala SAD PERSONS.

Por último, una vez definidas todas las variables a emplear en el estudio, es necesario establecer las herramientas que se van a emplear para la recogida de todos los datos. En el siguiente apartado se van a especificar las herramientas de recogida de datos para cada variable.

En la siguiente tabla 5 pueden observarse las variables descritas en este apartado.

Variable	Tipo de variable	Herramienta de medición	Categorías posibles
Sexo	Variable cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	Hombre/Mujer
Edad	Variable cualitativa ordinal continua	Cuestionario	Años (15-25)
Nivel de educación formal	Variable cualitativa ordinal	Cuestionario	Estudiando / no estudiando / ESO / Bachillerato / Universidad
Situación social percibida	Variable cualitativa ordinal	Cuestionario	Buena / mala
Relaciones interpersonales	Variable cualitativa ordinal	Cuestionario	Satisfecho / no satisfecho
Acontecimientos vitales recientes o problemas actuales	Variable cualitativa ordinal	Cuestionario	Si/No
Historia de enfermedad mental	Variable cualitativa ordinal	Cuestionario	Si/No
Ideación de suicidio	Variable cualitativa ordinal	Cuestionario	Si/No
Abuso de sustancias (alcohol, tabaco o drogas)	Variable cualitativa ordinal	Cuestionario	Si/No

Tabla 5. Resumen de las variables de los participantes en el estudio. Elaboración propia.

5.2.4 Procedimiento de recogida de datos

Este proyecto de investigación cuenta con unas instrucciones rigurosas para la consecución de todas las fases que lo conforman, pero especialmente para el apartado de recogida de datos, puesto que su fin es recoger esos datos con la mayor precisión, rigurosidad y exactitud posible por parte de los investigadores que componen el estudio, evitando así los errores que consecuentemente puedan contribuir al sesgo de los datos recogidos.

Por este motivo, una vez que se haya obtenido la correspondiente autorización para la realización del estudio se procederá a informar a todos los investigadores que participen en el mismo sobre la recogida de datos y la metodología del presente proyecto.

En primer lugar, durante los meses de Septiembre y Octubre, se va a proceder a la determinación de la muestra que constituirá el estudio, tal y como se ha indicado previamente en el cronograma mostrado en el apartado de diseño de estudio. Para ello, los investigadores se reunirán con los centros de donde saldrán los participantes estos dos meses. En esta fase además, se captará a la muestra del estudio mediante una entrevista presencial de tipo semiestructurada con todos los posibles participantes. Esta entrevista va a permitir no solo presentarse e informar acerca del estudio, de sus contenidos y de lo que supone la participación en el mismo, mediante una hoja informativa (anexo 1) sino que también va a servir para que los propios participantes planteen aquellas preguntas que consideren oportunas sobre el mismo. Esta primera entrevista de forma presencial será por otro lado, una primera toma de contacto entre el investigador y el participante y viceversa, por consiguiente también lo será con el proyecto de investigación en el que va a participar si finalmente decide hacerlo.

En esta primera entrevista, los investigadores seguirán una estructura guiada que va a permitir al investigador mantener el control de esta entrevista así como un orden cronológico de la misma. Esta entrevista estará estructurada en varias partes, la cual comenzará por la presentación del investigador, del equipo que compone el estudio y del proyecto de investigación del que se trata y al cual pertenecen. Una vez que se haya realizado esta presentación, el investigador procederá a informar a los posibles participantes sobre los objetivos a los que se pretende llegar con el estudio, así como las razones por las cuales pide su participación en el mismo.

Tras estas dos primeras partes de la entrevista, se les entregará a los posibles participantes, la Hoja de Información a los participantes (anexo 1), para que puedan leerla y custodiarla, siempre agradeciéndoles su colaboración y dejando claro la disponibilidad del investigador principal para la resolución de las dudas que les puedan surgir.

Tal y como se ha puesto en manifiesto anteriormente, esta primera entrevista tendrá lugar entre los meses de Septiembre y Octubre, por lo que se deja un periodo temporal de un mes aproximadamente hasta la próxima y segunda entrevista, en la que se expondrá y procederá a la lectura de ambos consentimientos informados, según corresponda en cada caso para la participación en el estudio, que se detallará a continuación. En esta primera entrevista, el

investigador no procederá a la recogida de ninguna variable, solamente se dedicará a anotar los datos que hayan sido recopilados hasta ese momento en la plantilla del investigador sobre el seguimiento de recogida de datos de los sujetos a estudio (anexo 4).

En cuanto a la segunda entrevista, se realizará con todos los posibles participantes de los centros seleccionados, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión mencionados con anterioridad, siendo esta entrevista al igual que la anterior de tipo semiestructurada. En esta entrevista se les proporcionará a todos los sujetos el correspondiente consentimiento informado, dependiendo de si son mayores de edad (anexo 2) o si son menores de edad (anexo 3). Este consentimiento debe ser leído y comprendido por los participantes, así como por sus tutores legales, en el caso de ser necesario y firmado si quieren formar parte del estudio.

En esta segunda entrevista y con ello interacción entre el investigador y los posibles participantes, el investigador procederá a abrir la entrevista mencionando a la Hoja informativa sobre el proyecto de investigación para el participante (anexo 1) y propondrá una ronda de preguntas para certificar si existe alguna duda acerca de la misma o del proyecto de investigación en su conjunto, ya que en el caso de existir alguna, procederá a resolverla. Tras esta introducción y ronda de preguntas, se procederá a entregar a los potenciales participantes la hoja que corresponde al consentimiento informado para su lectura y explicación, quedando nuevamente a disposición de los participantes. En esta ocasión los participantes cuentan con un periodo mínimo de un mes para tomar la decisión de manera libre y voluntaria, de otorgar o por el contrario, revocar el consentimiento para participar en el estudio. El investigador en esta ocasión cerrará la entrevista recalando su disposición ante el participante en todo momento y agradeciendo nuevamente al participante su compromiso y colaboración en el proyecto de investigación.

La segunda entrevista se realizará en los meses de Noviembre y Diciembre y al igual que la anterior no se recogerá ningún tipo de variable, solamente se procederá a rellenar los datos recabados en la plantilla del investigador sobre el seguimiento de recogida de datos de los sujetos a estudio (anexo 4).

Será en la tercera entrevista, de nuevo semiestructurada, con los participantes y una vez haya pasado el plazo temporal estipulado mínimo para la reflexión del participante, cuando se procederá a firmar la otorgación o denegación por parte del sujeto, sobre su participación o no en el presente estudio. En esta tercera entrevista los participantes volverán a contar con una ronda de preguntas para resolver cualquier duda acerca de dicho consentimiento.

Cabe destacar que todo sujeto que participe en el estudio debe hacerlo de forma voluntaria y sin ninguna coacción. Además todos los participantes, tanto mayores como menores de edad, serán informados sobre el contenido del estudio, su fin y sobre la metodología que se va a seguir para la recogida de datos. Tras esta información, el participante procederá a firmar el consentimiento informado para comenzar a formar parte del estudio de manera oficial.

En esta tercera entrevista, el investigador al igual que en las anteriores no recogerá datos sobre los participantes, únicamente se ceñirá a rellenar los datos correspondientes que hayan sido obtenidos en la misma plantilla que en las dos entrevistas previas. Además, se realizara entre los meses de Noviembre y Diciembre, al igual que la segunda entrevista.

Cabe resaltar, que las personas que denieguen su participación en el estudio durante esta tercera entrevista, no volverán a participar ni serán nombrados para las próximas fases del proyecto y por consiguiente, su participación y contacto con el estudio desde ese momento finalizará. En cambio, aquellos sujetos que otorguen su consentimiento informado para la participación en el estudio serán requeridos en la cuarta entrevista y en las siguientes fases del proyecto de investigación ya que serán incluidos en el estudio.

La cuarta entrevista, siguiendo a las anteriores será de nuevo de tipo semiestructurada y se comenzará cuestionando sobre la existencia de alguna duda acerca del proyecto. Después se le proporcionará a cada uno de los participantes el cuestionario que corresponda, que deberá ser cumplimentado por cada individuo de forma autónoma e individualmente. Dichos cuestionarios deberán ser respondidos de la forma más veraz a la realidad del participante. El primero en rellenar será el correspondiente a la información personal del sujeto (anexo 5). A su vez, el investigador terminará de rellenar las plantillas para el investigador de seguimiento de recogida de datos (anexo 4), de este modo no solo se garantizará el registro de que se está realizando el cuestionario por parte del participante, sino que también se va a completar de recoger todas las variables que contiene esta plantilla, ya que existen determinadas variables que no se recogen de carácter autoadministrado, sino que es el investigador el encargado de cumplimentarlas y rellenarlas. Para aquellas variables relacionadas con el riesgo de suicidio de la persona, serán empleadas las herramientas de Evaluación del riesgo de la conducta suicida (anexo 6), la Escala de Paykel de Suicidio (anexo 7) y la escala SAD PERSONS para la evaluación del riesgo de suicidio (anexo 8)

Esta cuarta entrevista, se realizará durante los meses de Enero y Marzo y se procederá a la recogida de los datos necesarios para después realizar su análisis. El investigador en esta entrevista informará a los participantes de que en el resto de meses desde Abril hasta Junio,

se va a proceder al análisis estadístico de todos los datos recogidos y que por ello, no va a ser necesaria la realización de nuevas entrevistas, siendo esta la última de todas. Esta entrevista será clausurada agradeciendo al participante su participación en el proyecto y su tiempo dedicado a ello, despidiéndose a su vez el equipo investigador de cada participante.

Por último, para garantizar que se da una correcta y a su vez idéntica realización de la recogida de datos, los investigadores deberán seguir un esquema como guía para la realización de dichas entrevistas con todos los participantes, así como para orientarles sobre los contenidos a tratar en las mismas, mediante el esquema guía para el desarrollo de las distintas entrevistas (anexo 9), así como de los contenidos a tratar.

5.2.5 Fases del estudio y cronograma

Este estudio se conforma de distintas fases que van a ser desarrolladas desde que se plantea el problema de investigación hasta que se realiza la publicación del proyecto de investigación ya realizado y analizado con sus resultados. Las mencionadas fases del estudio son cuatro, que siguiendo un orden cronológico, la primera de ellas es la fase conceptual, para continuar con la fase metodológica, la fase empírica y por último, la publicación del proyecto.

En cuanto a la primera fase del proyecto de investigación, que se corresponde con la fase conceptual, cabe destacar que lo primero que se debe hacer es proceder a la identificación del problema de investigación. Siendo este problema la necesidad de conocer y de analizar los posibles factores de riesgos existentes en la vida de los jóvenes y adolescentes comprendidos entre los 15 y 25 años de edad que pueden llevarles a cometer suicidio, con el fin de detectarlos y poder trabajar sobre ellos para así evitar el suicidio consumado. Tras la proposición de este problema de investigación, se procede a la realización de una búsqueda bibliográfica profunda en dos idiomas diferentes, el español y el inglés, buscando información en diferentes bases de datos tales como Dialnet o Pubmen, utilizando los términos DeCS y MeSH según corresponda. A la misma vez, deben ser consultadas otras fuentes distintas a las anteriores, entre las que cabe destacar los libros, las revistas de base científica o el INE entre otros ya que en este proyecto se necesitan cifras reales.

Una vez finalizada la búsqueda bibliográfica, se configura la fundamentación sobre el tema escogido en base al problema de investigación planteado. Por otro lado, se realiza la confección de la justificación del proyecto así como el tipo de estudio a realizar, en este caso de tipo observacional para seguir configurando sus objetivos a lograr, tanto el general como los específicos.

Esta fase conceptual se desarrolla entre los meses de septiembre y enero, requiriendo así un periodo de cinco meses para su elaboración completa. A continuación, en la siguiente tabla 6 se muestra la duración temporal correspondiente a la fase conceptual y a los respectivos apartados que la comprenden.

Fases de la fase conceptual.	2021				2022
	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.
Determinación del problema de investigación y pregunta PICO					
Búsqueda bibliográfica					
Realización de la fundamentación y justificación.					

Tabla 6. Tabla explicativa de la duración de las fases de la fase conceptual. Elaboración propia.

Esta fase conceptual, persigue unos objetivos que son específicos y diferentes del resto de las fases del estudio. De esta manera, los objetivos de esta primera fase son los siguientes:

- La identificación y determinación del problema de investigación sobre el cual se va a investigar.
- La realización de una búsqueda bibliográfica detallada además de rigurosa, resultante de fuentes primarias, secundarias y oficiales.
- La recopilación de documentación científica relacionada con el problema a investigar y que cumpla con los dos criterios anteriores.
- El desarrollo de la justificación por la que se sustenta el presente estudio de investigación y sus respectivos objetivos.

Una vez finalizada la fase conceptual, se sigue con la fase metodológica del estudio, que comienza por la realización y definición de los objetivos tanto general como específicos del presente estudio, para continuar con la metodología a realizar para llevarlo a cabo. Tras la elaboración de la metodología del estudio y de los apartados que la constituyen, se realiza la estimación de duración aproximada de las diferentes las fases y apartados, así como del momento en el cual se llevarán a cabo. El periodo temporal que se estima como necesario para la realización de este apartado relacionado con la fase metodológica es de dos meses, comprendidos entre febrero y marzo.

Al igual que para la fase anterior, para esta fase metodológica también se establecen unos objetivos:

- Seleccionar la metodología que se va a llevar a cabo y que va a permitir la realización del estudio.
- La descripción de los contenidos que serán necesarios en cada uno de los apartados que componen este estudio, dependiendo siempre de la metodología elegida.
- La estimación temporal que se prevé para la fase experimental.

Una vez finalizadas estas dos fases, la conceptual y la metodológica, es cuando comienza la fase experimental. Esta fase consiste en la puesta en marcha de la metodología elaborada y de la cual se estima una duración temporal que puede verse detallada en ya mencionada tabla número cuatro (tabla 4).

Esta fase experimental, al igual que las dos anteriores, cuenta con sus propios objetivos, ya descritos anteriormente, en el apartado anterior a la metodología del estudio, en un apartado denominado objetivos.

Por último, la última fase de la cual se compone este estudio es la publicación del proyecto de investigación planteado, que tendrá lugar en los meses siguientes a la finalización de la fase empírica, es decir, a partir del mes de julio. Del mismo modo, esta fase cuenta con sus propios objetivos a conseguir, que son los siguientes:

- Trasmitir a la comunidad científica y a la población en general los contenidos y por consiguiente, los resultados obtenidos del proyecto de investigación llevado a cabo.
- Contribuir al avance científico en lo referente al suicidio en edades tempranas como son la juventud y los adolescentes.
- Divulgar el proyecto y los resultados obtenidos en convenciones, congresos y reuniones científicas de diversas áreas relacionadas con las ciencias de la salud.

5.2.6 Análisis de datos

Una vez que se hayan recogido todos los datos mediante la estructura desarrollada con anterioridad, serán recopilados en una base de datos que se creará para dicho fin en el programa informático denominado Excel. Posteriormente esos datos recopilados en esta base serán exportados para después ser analizados y tratados en el programa informático estadístico *IBM SPSS Statistics en su versión 20.0* ®.

Para realizar el análisis de los datos empleados en el presente estudio, cabe destacar que existe una diferencia en su tratamiento dependiendo del tipo de variable de la que se trate, es decir, si se trata de una variable cuantitativa o por el contrario, de una cualitativa. En el caso de este proyecto de investigación solo se contemplan variables cualitativas, por lo que solo se va a exponer el análisis que corresponde a este tipo de variables. Después, se procederá a la descripción y especificación de las posibles asociaciones que se utilizarán, así como el tipo de prueba estadística que se va a emplear para ello.

Para las variables cualitativas, se va a aplicar una estadística descriptiva. Para ello, se calcularán diversas frecuencias, entre las que cabe destacar la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa. Por ello, se empleará y realizará un diagrama de barras para la representación gráfica de este tipo de variables cualitativas.

Comenzando por las posibles asociaciones entre las distintas variables del proyecto, cabe destacar que la primera asociación que se va a realizar es la que corresponde a la variable relacionada con la situación social de la persona y la variable de abuso de sustancias. Esta probable asociación se va a realizar para poder dar respuesta al objetivo específico de determinar los factores de riesgo que pueden desencadenar el acto suicida en la población joven. Por ello, esta asociación determinara si existe un mayor o menor riesgo de cometer suicidio con estas dos variables, ya que determinan la vida de la persona y se relacionan entre sí.

Esta posible asociación entre las dos variables será estudiada mediante la aplicación de la prueba estadística denominada Chi-cuadrado. Para la ejecución de dicho test será necesario que las variables de las que se parte sean cualitativas o cuantitativas recodificadas. En este caso, ambas variables son de tipo cualitativas, por lo que no será necesaria la realización de una codificación. A continuación, se va a proceder a la realización de dos tablas de contingencia distintas, una corresponderá a lo observado y la otra a lo esperado. En el caso de que existieran diferencias entre ambas, debe comprobarse que esas diferencias no son fruto del azar y que verdaderamente se trata de diferencias estadísticamente significativas, por lo que se debe realizar un contraste de hipótesis, en el cual:

- H_0 : No existe relación entre las variables de situación social de la persona y el abuso de sustancias tales como el alcohol, tabaco o drogas.
- H_a : Sí existe relación entre las variables de situación social de la persona y el abuso de sustancias tales como el alcohol, tabaco o drogas.

Por último, para poder afirmar o rechazar una de las dos hipótesis anteriores, se debe tener en cuenta el p-valor obtenido en el programa estadístico SPSS y compararlo con el valor de $\alpha=0,05$ establecido. Si el p-valor que se ha obtenido es mayor que $\alpha=0,05$, se acepta la hipótesis nula (H_0), pero si por el contrario, el valor de p-valor es menor que $\alpha=0,05$, entonces se acepta la hipótesis alternativa (H_a), por lo que se confirmaría la existencia de relación entre las dos variables descritas y analizadas.

Del mismo modo, para continuar alcanzando la respuesta al objetivo que se pretende determinar con el estudio, siendo este la identificación de los factores de riesgo para conseguir una eficaz prevención del suicidio en la población joven entre los 15 y 25 años de edad, será analizada también la posible asociación entre la historia de enfermedad mental y el intento de suicidio previo. Al igual que en el caso anterior, al tratarse de dos variables cualitativas, se procederá a emplear una prueba de Chi-cuadrado. Para ello, serán analizadas las correspondientes tablas de contingencias y serán estudiadas y valoradas todas aquellas diferencias que se encuentren, en el caso de existir, mediante la aplicación de un contraste de hipótesis con un valor de $\alpha=0,05$.

A modo de conclusión, al tratarse de variables cualitativas, en todas las asociaciones que se pueden dar y realizar en el presente estudio se empleará la misma estrategia mencionada anteriormente. Es decir, se empleará una estadística Chi-cuadrado con un $\alpha=0,05$ para la realización del contraste de las hipótesis, teniendo en cuenta que se trata de una estadística inferencial con un grado de confianza del 95%.

6. Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación observacional sobre la detección de suicidio en la población joven comprendida entre los 15 y 25 años de edad necesita de manera prioritaria la aprobación y la consiguiente verificación oportuna realizada por el Comité de Ética de Investigación Clínica, para que pueda obtener su resolución favorable y por consiguiente para poder llevarlo a cabo cumpliendo de forma ética con las normas legales.

Se respetará el principio de autonomía y la dignidad de todos los participantes que compongan el estudio, ya que lo harán siempre de forma voluntaria, sin coacción alguna y pudiendo revocar su participación cuando ellos lo deseen. Para que este principio sea efectivo, se necesita aplicar la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria. Para ello, tal y como se mostraba anteriormente, se les entregará a todos los participantes el consentimiento informado, mediante el cual podrán optar a participar o por el contrario denegar su participación en el estudio. De tal manera que cada participante tomará una decisión previa a su participación de forma voluntaria y libre. El consentimiento informado ha sido elaborado de tal forma que quedan reflejados los puntos de estudio y el procedimiento que se va a llevar a cabo.

Así mismo, cabe destacar que la participación en el presente estudio no deriva de ningún riesgo para los participantes ya que no se llevan a cabo técnicas, procedimientos o intervenciones invasivas ni que comprometen la salud de los participantes. Cabe resaltar esto, ya que en su mayoría se trata de personas menores de edad y que por consiguiente, necesitan la autorización y el consentimiento de sus tutores legales para la participación en el presente estudio.

Por otro lado, la confidencialidad es un derecho que tienen todos los participantes del estudio, por ello se debe garantizar la privacidad y protección de datos de todos ellos. Por ello se tendrá en cuenta el Reglamento de la UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de éstos. Esta norma se ve complementada en España por Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Por este motivo, no se podrá acceder a los datos de las personas en la historia clínica, en caso de necesitarla, sin una previa aprobación por parte del servicio de salud así como de la autorización del participante. Las personas que formen parte del estudio serán las únicas que de forma exclusiva tengan acceso a sus datos personales.

Por último, para garantizar este derecho, a cada participante se le asignara un número con el que será identificado en el proyecto. Dicho número solo será conocido por el investigador y el propio participante y será empleado para identificarse y responder a todos los cuestionarios del estudio.

7. Limitaciones del estudio

Una vez desarrollado y esbozado el proyecto de investigación que se busca llevar a cabo, es necesario establecer e identificar las limitaciones del mismo en lo que respecta a la validez interna y externa del proyecto.

En primer lugar, en cuanto a las limitaciones de la validez externa, se reconoce una limitación en lo referente a la determinación de la muestra a estudio. Esto es debido a que el tamaño muestral ha sido calculado con 239 sujetos con una proporción de pérdidas esperadas del 15%, por lo que no se descarta la posibilidad a que debido a dichas pérdidas durante la realización del estudio, el tamaño muestral disminuya considerablemente. Consecuentemente aparece una limitación de la representación del tamaño muestral al de la población debido a dicha reducción, por ser el tamaño de la muestra menor al esperado inicialmente.

Se van a considerar como pérdidas, el abandono del estudio o el fallecimiento del participante, entre otras causas. Por ello, se debe proteger el estudio de posibles sesgos que puedan aparecer a lo largo de la investigación.

En segundo y último lugar, en relación a la validez interna se identifica una limitación fundamental que debe tenerse en cuenta y que va a estar relacionada con la recogida de datos falsos o la carencia de información sobre la vida del individuo que participa en el presente estudio. Dicho sesgo se relaciona con la recogida de datos.

8. Bibliografía

- (1) Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016 -3-19;387(10024):1227-1239.
- (2) Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC, Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental* 2006 10;/29(5):66-74.
- (3) Halicka J, Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med* 2018 -02;27(2):257-261.
- (4) Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med* 2020 -1-16;382(3):266-274.
- (5) WHO. Mental health.
- (6) Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J, editors. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento. 2011:186.
- (7) Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *The Lancet* 2016 April 16,;387(10028):1672-1685.
- (8) Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y salud* 2017 /03/01;28(1):25-31.
- (9) WHO. Mental Health Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All.
- (10) Snowdon J. Suicide and 'hidden suicide': a comparison of rates in selected countries. *Australas Psychiatry* 2020 -08;28(4):378-382.
- (11) Amaral AP, Sampaio JU, Matos FRN, Pocinho MTS, Mesquita RFd, Sousa LRM, et al. Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enfermería Global* 2020 00;/19(59):1-35.
- (12) Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry* 2018 /05;212(5):279-286.

- (13) Shain B. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics* 2016 -07;138(1).
- (14) Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su Implementación. 2013.
- (15) Cortés Alfaro A, Suárez Medina R, Serra Larín S, Cortés Alfaro A, Suárez Medina R, Serra Larín S. Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2019 12;/35(4).
- (16) Pérez Arteaga AM, Carballea Barrera M, Valdés López LA, Valdés Cruz I, Pérez Arteaga AM, Carballea Barrera M, et al. Intento suicida en la adolescencia: un abordaje desde la Atención Primaria Salud. *Humanidades Médicas* 2020 04;/20(1):66-87.
- (17) Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. Available at: who.int/topics/risk_factors/es/.
- (18) Zygo M, Pawłowska B, Potemska E, Dreher P, Kapka-Skrzypczak L. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Ann Agric Environ Med* 2019 -06-17;26(2):329-336.
- (19) Patterson S. Suicide Risk Screening Tools and the Youth Population. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2016 -08;29(3):118-126.
- (20) Horowitz L, Tipton MV, Pao M. Primary and Secondary Prevention of Youth Suicide. *Pediatrics* 2020 -05;145(Suppl 2):S195-S203.
- (21) American Psychiatric Nurses Association. Psychiatric-Mental Health Nurse Essential Competencies for Assessment and Management of Individuals at Risk for Suicide. 2015; Available at: <https://www.apna.org/resources/suicide-competencies/>. Accessed Jan 25, 2022.
- (22) Boudreaux ED, Camargo CA, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al. Improving Suicide Risk Screening and Detection in the Emergency Department. *Am J Prev Med* 2016 -04;50(4):445-453.
- (23) Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso, María del, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria* 2018 -5;50(Suppl 1):83-108.

- (24) Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso, María del Carmen, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria* 2016 -6;48(Suppl 1):77-97.
- (25) Bolster C, Holliday C, Oneal G, Shaw M. Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show? *Online J Issues Nurs* 2015 -01-31;20(1):2.
- (26) Val A, Míguez MC, Val A, Míguez MC. La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. *Terapia psicológica* 2021 04;39(1):145-162.
- (27) Horowitz L, Tipton MV, Pao M. Primary and Secondary Prevention of Youth Suicide. *Pediatrics* 2020 -05;145(Suppl 2):S195-S203.
- (28) Rivera Morell M, Almaguer Céspedes N, Rosete Gamboa EM, Sánchez Hidalgo, María del Rosario, Martínez Zamora LO, Rivera Morell M, et al. Intervención educativa sobre prevención de suicidio en adolescentes. *Policlínico René Vallejo. Bayamo. 2018-2019. Multimed* 2021 02;25(1).
- (29) Asarnow JR, PhD, Hughes JL, PhD, Babeva KN, PhD, Sugar CA, PhD. Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2017;56(6):506-514.
- (30) Sousa KAd, Ferreira MGS, Galvão EFC. Multidisciplinary health care in cases of childhood suicidal ideation: operational and organizational limits. *Rev Bras Enferm* 2020;73 Suppl 1:e20190459.
- (31) OMS. Suicidio. Datos y cifras. 2021 17 Junio.
- (32) Bolster C, Holliday C, Oneal G, Shaw M. Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show? *Online J Issues Nurs* 2015 -01-31;20(1):2.
- (33) del Carpio L, Paul S, Paterson A, Rasmussen S. A systematic review of controlled studies of suicidal and self-harming behaviours in adolescents following bereavement by suicide. *PLoS One* 2021 -7-9;16(7).

- (34) Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis* 2013;34(3):164-182.
- (35) Elena Sinobas, Pilar (Coordinadora de Investigación de FAECAP). Manual de investigación cuantitativa para enfermería. 1ªed. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria 2011 Abril.
- (36) Fonseca-Pedrero E, Pérez de Albéniz A, Fonseca-Pedrero E, Pérez de Albéniz A. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo* 2020 08/;41(2):106-115.
- (37) Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia* 2015 Dec 10,;63(4):707-716.
- (38) Universidad de Navarra. Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores. :11.
- (39) Katz C, Randall JR, Sareen J, Chateau D, Walld R, Leslie WD, et al. Predicting suicide with the SAD PERSONS scale. *Depress Anxiety* 2017 -09;34(9):809-816.

Anexos

Anexo 1. Hoja informativa sobre el proyecto de investigación para el participante.

Estimado participante,

La presente hoja que le ha sido entregada por el investigador (nombre del investigador) a fecha de _____, corresponde a la Hoja de Información a los Participantes (HP) y los datos, derechos e información que se presentan en la misma, responden a los requisitos marcados en la aprobación que ha realizado la Comisión de Investigación con fecha del 11 de septiembre de 2014 (CINV-16).

Por ello, con relación a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria, se le proporciona en dicha hoja toda la información considerada procedente y de la cual precisa.

Por consiguiente, se pone en conocimiento la información e identidad del investigador principal responsable del estudio, el cual responde al nombre de Lola Rosa Moreno, de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, Universidad Pontificia Comillas. Para ponerse en contacto con dicha persona para la resolución de dudas o para recibir mayor información, se facilitaran los datos de comunicación correspondientes.

Así mismo, se le informa del proyecto de investigación al cual corresponde esta hoja informativa, bajo el título de "NOMBRE DEL PROYECTO" y cuya finalidad no es otra que la descripción y la determinación de los posibles factores de riesgo que influyen y existen en los jóvenes y adolescentes de cometer suicidio para poder emplear medidas efectivas para su detección y así poder evitarlo.

Con relación al tiempo del estudio, se estima una duración de un año, aunque cabe recalcar que el periodo temporal en el que se requiere su participación directa es de cinco meses, comprendidos entre noviembre de un año y el mes de mayo del siguiente. Los beneficios que obtendrá participando en este estudio deseados y esperados para usted como participante, radican en la satisfacción y en el reconocimiento propio y personal de haber contribuido muy favorable y necesariamente para la comunidad científica y con ella a todas las disciplinas y profesionales que la conforman. Por otro lado, no se identifican riesgos relacionados y derivados del estudio para los participantes.

Se comunica además, que dicho proyecto de investigación ha sido sometido al Comité de Investigación de la Escuela, el cual ha valorado y tras esto ha emitido un informe favorable para la realización del mismo.

Por la ya referenciada Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria, usted tiene el derecho tanto de otorgar como de revocar su consentimiento informado para participar en el presentes proyecto de investigación, de manera libre, voluntaria y bajo la comprensión de toda la información proporcionada por parte del investigador.

Por último, en lo referente a los datos e información personal que a usted se refieren y que puedan ser obtenidos a lo largo del desarrollo del estudio para la consecución de la finalidad del proyecto, se hace referencia a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cual se garantiza la confidencialidad de sus datos y se especifica el derecho a solicitar conocer el uso realizado de los mismos, así como de la solicitud para el acceso a ellos o la modificación de los mismos. Se aclara además, que todo el personal investigador integrado en el presente estudio y que tenga acceso a los datos proporcionados por usted, está obligado a cumplir dicha Ley.

Atentamente y queda a su disposición,

Firma el investigador.

Anexo 2. Hoja de consentimiento informado del participante mayor de edad.

Estimado participante,

La presente hoja que le ha sido entregada por parte del investigador a fecha de XX/XX/XX corresponde al consentimiento informado y los datos, derechos e información en ella contenidos responden a los requisitos marcados en la aprobación realizada por la Comisión de Investigación con fecha de 11 de septiembre de 2014.

Por ello se le proporciona toda la información considerada procedente y precisa en base a la Ley 14/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria.

Se pone en su conocimiento los datos del investigador principal y aquellos correspondientes al estudio de investigación de cuya participación se solicita en el presente consentimiento informado. El nombre del alumno investigador responde al nombre de Lola Rosa Moreno, siendo ella misma la investigadora principal del proyecto denominado “nombre del proyecto”. Perteneciendo tanto el proyecto como la investigadora a la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, Universidad Pontificia Comillas.

Por la ya referenciada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria, tiene el derecho de otorgar o revocar su consentimiento informado a participar en el presente proyecto de investigación de manera libre, voluntaria y bajo la comprensión de toda la información proporcionada por el investigador.

En lo referente a los datos e información personal que a usted le pertenecen y que puedan ser obtenidos a lo largo del desarrollo del estudio para la consecución de la finalidad del mismo, se hace referencia a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cual se garantiza la confidencialidad de sus datos y se especifica el derecho a solicitar conocer el tratamiento de los mismos y del mismo modo a solicitar el acceso a ellos o a su modificación. Se hace hincapié en que todo aquel profesional integrado en el presente estudio como investigador y que por tanto, tendrá acceso a los datos proporcionados por usted, está obligado a cumplir esta Ley.

Así yo (nombre y apellidos) con DNI, a fecha de (día/mes/año) afirmo que he recibido dos hojas procedentes del investigador principal Lola Rosa Moreno a fecha (día/mes/año). Una de ella corresponde a la Hoja de Información a los Participantes de la cual he sido informado de forma

detallada de mis derechos, legislación vigente al respecto, contenido del proyecto de investigación y los datos del investigador. Y de la segunda hoja, que corresponde al consentimiento informado en el que de nuevo se explica todo lo anterior y lo referente a este estudio de investigación, así como mi participación en el.

Tras haber recibido toda la documentación e información de la que se precisa y bajo la comprensión total de toda ella, de manera voluntaria y libre de coacciones, me declaro informado de todo lo que respecta al proyecto de investigación. Además, declaro haber contado con el tiempo suficiente para reflexionar y tomar una decisión sobre si otorgo o revoco mi consentimiento informado para la participación en el presente estudio.

Por todo lo anterior descrito,

Otorgo

Revoco

mi consentimiento informado a la participación en este proyecto de investigación titulado “nombre del proyecto”.

Una vez he otorgado/revocado mi consentimiento informado, firmo a continuación con mi nombre y apellidos y fecha en la cual lo realizo.

Fdo: El participante
.....

Fdo: El investigador
.....

Anexo 3. Hoja de consentimiento informado para menores de edad.

D./Dña....., Investigador/a Principal del Proyecto denominado (nombre del proyecto) ha informado a través de la documentación que se adjunta (Anexo 1) a:

D./Dña.....mayor de edad, con D.N.I y D./Dña mayor de edad, con D.N.I en calidad de padre / madre / tutores legales del/la menor de edad D./Dña

Sobre el procedimiento general del presente estudio, los objetivos, duración, finalidad, criterios de inclusión y exclusión, posibles riesgos y beneficios del mismo, así como sobre la posibilidad de abandonarlo sin tener que alegar motivos* y en conocimiento de todo ello y de las medidas que se adoptarán para la protección de los datos personales de los / las participantes según la normativa vigente, por lo que,

DECLARA/N:

- Que no se encuentran privados de la patria potestad de su hijo/a menor antes indicado, por lo que la ejercen de manera conjunta.
- Que conforme a lo establecido en el artículo 156 del código civil se autorizan mutuamente para firmar este documento de Consentimiento Informado, en representación de su hijo/a menor.
- Que hemos sido debidamente informados de forma clara y comprensible que nuestro hijo/a menor entra a formar parte de un proyecto clínico para el estudio de los movimientos generales.
- Que la información la hemos recibido por (nombre del investigador) mediante la hoja de informativa sobre el proyecto de investigación entregada el día de de
- Que estamos satisfechos con la información recibida, que la hemos comprendido, que hemos podido formular todas las preguntas que hemos creído conveniente y nos han sido aclaradas todas nuestras dudas.

En consecuencia, **OTORGA/N EL CONSENTIMIENTO** para la participación del / la citado/a menor en la investigación actual (nombre del estudio), por parte de los investigadores: (nombre del investigador).

Fdo: El padre/madre/tutor legal
(marcar según proceda)

Fdo: El participante menor

Fdo: El Investigador

.....

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Después de haber sido informado/a de la naturaleza del estudio propuesto, manifiesto de forma libre y consciente la **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN** de la autorización para su realización.

Fdo: El padre/madre/tutor legal
(marcar según proceda)

Fdo: El Investigador

.....

.....

En, a de de 20.....

Anexo 4. Plantilla del investigador sobre el seguimiento de recogida de datos de los sujetos a estudio.

Datos generales:

1. Código de identificación del investigador: _____
2. Fecha de recepción de la hoja informativa: _____
3. Fecha de recepción del consentimiento informado: _____
4. Fecha de cumplimentación y firma del consentimiento informado: _____
5. Fecha de recogida de datos: _____
6. Código identificativo del sujetos: _____

Nombre de la variable	Variable respondida en el cuestionario
Sexo	Sí respondida / No respondida
Edad	Sí respondida / No respondida
Nivel de educación recibida de tipo formal	Sí respondida / No respondida
Situación social percibida por el sujeto	Sí respondida / No respondida
Relaciones interpersonales	Sí respondida / No respondida
Acontecimientos vitales recientes o problemas actuales	Sí respondida / No respondida
Abuso de sustancias	Sí respondida / No respondida
Historia de enfermedad mental	Sí respondida / No respondida
Ideación de suicidio previo	Sí respondida / No respondida
Total de variables: 9	Total de variables respondidas en el cuestionario: __/ 9

Tabla 7: Plantilla de seguimiento de recogida de datos para el investigador. Elaboración propia.

Anexo 5. Cuestionario para el participante.

La hoja que tiene usted en sus manos corresponde a un cuestionario sobre los datos que los investigadores necesitamos conocer de usted para poder realizar el estudio al que ha otorgado su consentimiento a participar. Este cuestionario debe ser rellenado por usted de manera autónoma, las preguntas son claras y concretas, pero si tiene alguna duda no dude en consultársela al investigador que le acompaña hasta la finalización del cuestionario. Lea detenidamente cada pregunta y responda con calma y sinceridad usando un bolígrafo (no use lápiz), sabiendo que dispone del tiempo que necesite.

La tabla de datos que aparece al principio debe ser rellenada por el investigador, por lo que no debe rellenarla. Desde todos los investigadores que conformamos este equipo le agradecemos su colaboración y participación en este estudio.

Datos generales:
Código identificativo del investigador:
Fecha de recogida de datos:
Código identificativo del participante:
Fecha y firma del investigador:

Tabla 8: Plantilla datos generales del cuestionario del participante. Elaboración propia.

1. Indique su sexo:

Hombre Mujer

2. Indique su edad numérica: _____ años (debe estar entre los 15 y 25 años).

3. Indique su formación educativa recibida o que está recibiendo:

Ed. primaria Ed. secundaria Grado medio Estudios superiores

4. ¿Cómo consideras tu situación social? Esta pregunta va encaminada a saber si te sientes cómodo en el entorno en el que vives o si por el contrario te gustaría cambiar de ambiente.

Buena Mala

¿Por qué?:

5. ¿Estas satisfecho con tus relaciones interpersonales? Esta pregunta pretende saber más a cerca de ti, de cómo te relacionas con tus iguales o con tus superiores como por ejemplo tus padres, compañeros de trabajo o jefes en el caso de trabajar.

Si, estoy satisfecho No, no estoy satisfecho

En caso de afirmación negativa, ¿Por qué?:

6. ¿Has sufrido en el último año algún acontecimiento inesperado o un problema que ha sido importante en tu vida? (Por ej. fallecimiento de un ser querido, ingreso hospitalario, acoso en cualquiera de sus ámbitos, etc)

Si No

En caso de respuesta afirmativa, puede contarnos qué ha sido:

7. ¿Consumes algún tipo de sustancia? Con esta pregunta nos referimos tanto al alcohol y al tabaco, como a drogas en su conjunto.

Si No

En caso de haber marcado la casilla del sí, puede indicarnos que consume y que tipo de consumo realiza (a diario, los fines de semana, etc):

8. ¿Está diagnosticado de alguna enfermedad mental?

Si No

En caso de afirmación, ¿de cuál?:

9. ¿Alguna vez ha pensado en el suicidio como la solución de sus problemas? Con esta pregunta queremos saber si alguna vez ha pensado en quitarse la vida por cualquier motivo. Esta es una pregunta muy importante para la elaboración de este proyecto, por lo que le rogamos sea lo más sincero posible.

Si No

Anexo 6. Evaluación del riesgo de la conducta suicida. (38)

	Puntos
1. Progenitores jóvenes o inmaduros	1
2. Provenir de un hogar roto	2
3. Enfermedad psiquiátrica de alguno de los progenitores.	2
4. Historia de trastornos de aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación al momento de su vida,	2
5. Cambios en el comportamiento habitual	5
6. Violencia en el hogar o sobre el adolescente.	2
7. Antecedentes de familiares con conducta suicida (padres, hermanos, abuelos) o entre sus iguales (amigos).	2
8. Antecedentes personales de autolesiones/autodestrucción.	4
9. Manifestaciones desagradables por los progenitores en relación con el adolescente	3
10. Situaciones conflictivas actuales (hogar roto, pérdidas recientes, fracaso escolar, etc)	2

Tabla 9. Evaluación del riesgo de la conducta suicida. Elaboración propia a partir de la “Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores” (38).

Este cuestionario se realizara mediante una serie de preguntas hacia el participante con la intención de saber los 10 ítems mencionados, para ello el investigador adecuara las preguntas en función del participante, ya que en este caso hay un rango de edad de 10 años de diferencia.

En el caso de obtener una puntuación superior a 12, será necesario formular al individuo las “preguntas clave” que se detallan a continuación, para determinar el grado de riesgo que existe ante un intento de suicidio.

Si la suma es menor de 12, se valorará si existen sospechas posibles sobre ideas de suicidio, por lo que si procede se realizará un posterior seguimiento de la persona y se le facilitara el resultado del test para que lo tenga en consideración.

Preguntas clave para valorar el nivel de riesgo de ideación y conducta suicida.

(Se plantearán las preguntas 1 y 2. Si ambas son negativas, no se plantearán las siguientes preguntas. Si la respuesta a la pregunta 2 es "Sí", se plantearán también las preguntas 3, 4, 5 y 6).

1. Deseo de estar muerto/a, a lo largo de toda la vida del adolescente/joven. Manifestación de pensamientos sobre el deseo de estar muerto/a o de no seguir viviendo, o preferir quedarse dormido/a y no volverse a despertar.

¿Has deseado estar muerto/a o dormirte y no volver a despertar?

Si No

Si la respuesta es Sí, descríbela:

2. Pensamientos activos de suicidio no específicos. Tener pensamientos generales no específicos de querer acabar con su propia vida o cometer suicidio (por ej. "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre la forma de matarse/métodos asociados, intención o plan.

¿Has pensado realmente en quitarte la vida?

Si No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

3. Ideas de suicidio activas, con cualquier método (sin plan) sin intención de actuar. El participante manifiesta pensamientos de suicidio y ha pensado en un método para llevarlo a cabo durante las últimas semanas. Se trata de algo diferente 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).

¿Has estado pensando en cómo podrías hacerlo?

Si No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

4. Ideas activas de suicidio con alguna intención de actuar, sin plan específico. Pensamientos suicidas activos de matarse y la persona indica que ha tenido alguna intención de actuar según estos pensamientos.

¿Has tenido estos pensamientos pero, además de pensarlo creías que ibas a hacerlo?

Si No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

5. Ideas de suicidio activas con una intención y un plan específico. Pensamientos de quitarse la vida con detalles del plan total o parcialmente elaborado y la persona ha tenido alguna intención de llevarlo a cabo.

¿Tienes alguna idea de cómo lo harías? ¿Has empezado a preparar algún detalle sobre la forma de hacerlo?

Si No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

6. La persona presenta una planificación y temporalización de la conducta suicida. Tiene un plan y además sabe cuándo lo va a llevar a cabo.

¿Vas a llevar a cabo este plan? ¿Cuándo?

Si No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

Anexo 7. Escala de Paykel de Suicidio (36).

Debe poner una cruz en la casilla que considere que se ajusta más a las experiencias que ha sentido o experimentado en el último año .		
¿Has sentido en algún momento que la vida no merece la pena?	Sí	No
¿Has deseado alguna vez estar muerto? Por ejemplo, irte a dormir y pensar en no despertarte/levantarte.	Sí	No
¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no fueras a hacerlo?	Sí	No
¿Has llegado al punto de considerar realmente quitarte la vida o has hecho planes sobre cómo hacerlo?	Sí	No
¿Has intentado quitarte la vida alguna vez?	Sí	No

Tabla 10. Escala de Paykel de suicidio. Elaboración propia a partir de la escala original.

Entre todos los instrumentos existentes para la evaluación de la conducta suicida cabe destacar la Escala Paykel de Suicidio (PSS). Esta escala consta de un total de cinco ítems mediante un sistema de respuesta dicotómico Sí/No (puntuación 1 y 0, respectivamente). En cuanto a las puntuaciones, mayores puntuaciones indican mayor gravedad. El marco temporal se encuadra en el último año. Es una escala que tiene como ventaja su sencillez y brevedad, aspecto interesante si se considera las limitaciones de tiempo en los ámbitos aplicados. En definitiva, la PSS se puede utilizar como instrumento de evaluación o como herramienta de cribado de conducta suicida en diferentes entornos de evaluación (p. ej., educativo, sanitario, social).

Anexo 8. Escala SAD PERSONS para la evaluación del riesgo de suicidio (39).

Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente.

Sex (sexo)	Género masculino (1 pto)
Age (edad)	< 20 o > 45 (1 pto)
Depression	Presencia de depresión (1 pto)
Previous Attempt	Intento de suicidio previo (1 pto)
Ethanol abuse	Abuso de alcohol (1 pto)
Rational thinking los	Ausencia de pensamiento racional (1 pto)
Social support lacking	Apoyo social inadecuado (1 pto)
Organized plan for suicide	Plan elaborado de suicidio (1 pto)
No spouse	No tener pareja (1 pto)
Sickness	Problemas de salud (1 pto)
0-2: bajo riesgo de suicidio. 3-4: riesgo moderado de suicidio. 5-6: riesgo alto de suicidio. 7-10: riesgo muy alto de cometer suicidio.	

Tabla 11. Escala SAD PERSONS. Elaboración propia a partir de la original.

Anexo 9. Esquema guía para el desarrollo de las distintas entrevistas.



- HIP: Hoja informativa sobre el proyecto de investigación para el participante.
- CI: Consentimiento Informado.