



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

## FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

### **Pertinencia de los programas de evaluación del riesgo suicida en urgencias.**

Autora: Gadea Velasco Fernández

Directora: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid  
2022/2023

## **Resumen**

En esta revisión bibliográfica se pretende evaluar la pertinencia de los programas de evaluación del suicidio en urgencias. El suicidio es un problema de salud pública y es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Este fenómeno puede ser estudiado a través de los factores de riesgo y protección o de las teorías explicativas de la conducta suicida. El suicidio no sólo afecta a los familiares y allegados de las personas con ideación o conducta suicida. La gran mayoría de estos sujetos acuden a las salas de urgencia buscando ayuda ante su situación y, de esta manera, el suicidio también acaba afectando a los profesionales sanitarios encargados de evaluarles y tratarles cuando acuden a los servicios de urgencias. Esta evaluación es clave a la hora de prevenir y tratar el riesgo de suicidio en los sujetos.

**Palabras clave:** suicidio, pertinencia, servicios de urgencias, programas, necesidades

## **Abstract**

The aim of this literature review is to evaluate the relevance of suicide assessment programs in the emergency department. Suicide is a public health problem and is one of the leading causes of death worldwide. This phenomenon can be studied through risk and protective factors or explanatory theories of suicidal behavior. Suicide does not only affect family members and relatives of people with suicidal ideation or behavior. Most of these subjects go to emergency rooms seeking help for their situation and, in this way, suicide also ends up affecting the health professionals in charge of assessing and treating them when they go to the emergency department. This evaluation is key to prevent and treat the suicide risk in these subjects.

**Key words:** suicide, relevance, emergency rooms, programs, needs.

## Tabla de contenido

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. SUICIDIO EN ESPAÑA .....</b>	<b>5</b>
<b>3. TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL SUICIDIO.....</b>	<b>6</b>
<b>3.1. TEORÍA INTERPERSONAL.....</b>	<b>6</b>
<b>PERTENENCIA FRUSTRADA .....</b>	<b>6</b>
<b>PERCEPCIÓN DE CARGA .....</b>	<b>7</b>
<b>RELACIONES ENTRE LA PERTENENCIA FRUSTRADA Y LA PERCEPCIÓN DE CARGA.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPACIDAD ADQUIRIDA PARA EL SUICIDIO .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2. TEORÍA DE LOS TRES PASOS (KLONSKY Y MAY, 2015) .....</b>	<b>9</b>
<b>PRIMER PASO: DESARROLLO DE LA IDEACIÓN SUICIDA .....</b>	<b>9</b>
<b>SEGUNDO PASO: IDEACIÓN SUICIDA FUERTE FRENTE A IDEACIÓN MODERADA.....</b>	<b>10</b>
<b>TERCER PASO: PROGRESIÓN DE LA IDEACIÓN A LOS INTENTOS.....</b>	<b>10</b>
<b>4. NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON IDEACIÓN SUICIDA .....</b>	<b>10</b>
<b>5. ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO FRENTE AL SUICIDIO.....</b>	<b>11</b>
<b>6. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO .....</b>	<b>13</b>
<b>6.1. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA (MINISTERIO DE SANIDAD).....</b>	<b>13</b>
<b>6.2. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN URGENCIAS (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN).....</b>	<b>14</b>
<b>6.3. PROGRAMA PRISURE (CENTRO DE SALUD MENTAL RETIRO).....</b>	<b>16</b>
<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>8. CONCLUSIONES .....</b>	<b>21</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>23</b>
<b>10. ANEXO .....</b>	<b>27</b>

## 1. Marco Teórico

El suicidio es un acto de alta complejidad en el que intervienen gran cantidad de factores: biológicos, sociales, biográficos y clínicos (Daray et al., 2016), y numerosas variables que están relacionadas con la conducta suicida: salud mental, depresión, ansiedad, regulación emocional, apego, etc. De estos factores, los que se asocian con una probabilidad de un acto de suicidio son (Van Orden et al., 2010):

- Conflicto familiar: asociación entre conducta suicida y violencia doméstica, la discordia familiar, el estrés en la familia y la percepción del individuo de que supone una carga para sus familiares.
- Trastornos mentales: aproximadamente el 95% de las personas que se suicidan sufren trastornos mentales (Van Orden et al., 2010). Concretamente, son de mayor riesgo el trastorno depresivo mayor, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno bipolar, la anorexia nerviosa, el abuso de sustancias y el trastorno de conducta en los jóvenes.
- Intentos de suicidio previos.
- Aislamiento social: es uno de los factores de riesgo con más fuerza de la ideación suicida entre muestras que varían en nacionalidad, edad y gravedad clínica.
- Desempleo: no se ha encontrado una asociación cuando se ha estudiado la relación entre el desempleo y las tasas de suicidio a nivel de población general; pero en los estudios que trabajan con poblaciones más pequeñas y homogéneas (que suelen ser muestras de mayor riesgo de suicidio) se tiende a encontrar una asociación con el desempleo (Lester y Yang, 2003; Stack, 2000).

Estas son algunas variables asociadas a la conducta suicida. Al ser tantos factores, se pretende realizar la explicación del suicidio a través de las teorías que han intentado comprender esta conducta a lo largo de la historia.

Las primeras teorías no distinguían las entre la ideación y la conducta suicida (Klonsky y May, 2015). Sin embargo, esta diferencia es importante ya que muchas personas que tienen ideación suicida no llegan a realizar un intento de suicidio (Klonsky y May, 2014). La teoría interpersonal (Joiner, 2005) marcó esta diferenciación tan relevante para la prevención del suicidio y es considerada la primera teoría de la “ideación a la acción” del suicidio. A raíz de ella, se han desarrollado otros modelos, y entre ellas encontramos la teoría de los tres pasos (3ST) (Klonsky y May, 2015).

Por otro lado, las investigaciones indican que las personas con ideación suicida utilizan los servicios de salud antes de cometer el acto. Ilgen et al., (2012) encontraron que más del 50% de los veteranos americanos masculinos con trastornos por consumo de sustancias utilizaron los servicios de la Administración de Salud de los Veteranos el año anterior a suicidarse. Asimismo, Ahmedani et al., (2014) hallaron en su estudio que la mayoría de las personas que se suicidaron habían recibido atención en los servicios sanitarios en el año antes de su muerte y que la mitad de estos sujetos había acudido al médico cuatro semanas antes de cometer el suicidio. Este mismo estudio expone que un gran número de médicos de atención primaria no realiza un cribado de suicidio, aunque exista la sospecha de que la persona cumpla con los criterios de una depresión. Estos autores explican que esto puede deberse a un bajo nivel de competencia y formación en el suicidio.

Como se ha mencionado, hay muchos factores asociados al suicidio, pero existen teorías validadas empíricamente que explican este fenómeno. Dada la importancia de los profesionales que atienden en los servicios de urgencias, parece necesario revisar si los programas de intervención del suicidio que se están llevando a cabo por esos profesionales están realizados acorde a estas teorías. Y esto es, precisamente, lo que se pretende a través de este trabajo: evaluar la pertinencia de los programas de intervención de la conducta suicida en los servicios de emergencias.

Para ello, lo primero sería establecer es qué es la pertinencia. El modo más sencillo de definir la pertinencia sería la adecuación al contexto y al usuario.

El objetivo es centrarse en la revisión de la adecuación de dos de los protocolos existentes en la Ciudad de Madrid, a los que se ha podido tener acceso: el Protocolo del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y el programa PRISURE del Centro de Salud Mental Retiro. Se realizará a través de la confrontación con:

- Dos teorías validadas empíricamente que realizan la distinción entre ideación y conducta suicida: la teoría interpersonal (Joiner, 2005) y la teoría de los tres pasos (Klonsky y May, 2015).
- Las necesidades de la población.
- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida del Ministerio de Sanidad (2012).

## 2. Suicidio en España

En España el suicidio es una de las principales causas de muerte externa (Sola et al., 2019). En el año 2020 se suicidaron 2.019 personas entre los 30 y los 59 años, como puede observarse en la tabla 1. Los datos del INE (2020) muestran que se suicidaron casi tres veces más hombres que mujeres ese mismo año, es decir, parece haber una distribución por sexos en la epidemiología del comportamiento suicida.

**Tabla 1.**

*Suicidios en España en 2020 por edad y sexo (INE, 2020)*

<b>Edad</b>	<b>Ambos sexos</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
De 30 a 39 años	411	313	98
De 40 a 44 años	358	275	83
De 45 a 49 años	396	301	95
De 50 a 54 años	440	323	117
De 55 a 59 años	414	277	137
Total	2019	1489	530

A pesar de que los suicidios masculinos superan en número a los femeninos, son las mujeres las que tienen más comportamientos suicidas no letales (Van Orden et al., 2010). Este estudio expone que las mujeres pueden ser más propensas a experimentar factores de riesgo que aumentan la pertenencia frustrada y la percepción de carga (factores de la teoría interpersonal del suicidio). La pregunta sería por qué los hombres tienen más suicidios consumados si las mujeres tienen una mayor tendencia al sufrimiento en las mismas circunstancias. Esto se debe a que las mujeres suelen tener menor tolerancia al miedo y al dolor que los hombres (Berkley, 1997) y por ello son menos capaces de desarrollar la capacidad necesaria para el comportamiento suicida (Van Orden et al., 2010). En otras palabras, las mujeres pueden tener más probabilidad de querer suicidarse que los hombres, pero es menos probable que mueran por suicidio.

En cuanto a la legislación, el suicidio no está penado en España, aunque sí es una conducta castigada en otros países en los que se considera a la persona un bien o propiedad del Estado; las conductas que sí están castigada por el Código Penal Español son la inducción al suicidio y la cooperación al suicidio (Ministerio de Sanidad, 2012).

### **3. Teorías explicativas del suicidio**

Según Anestis et al. (2014) algunas teorías explican que el suicidio representa un esfuerzo por escapar, impulsado por estados afectivos negativos intensos y que, a menudo, surge con ninguna o poca planificación. Otras teorías ponen el énfasis en la angustia emocional y física que acompaña a los intentos de suicidio y plantean que los sujetos desarrollan de forma gradual la capacidad de autolesionarse letalmente y que, es probable, que esto lo realicen a través de esfuerzos planificados que buscan la muerte en lugar de esfuerzos para escapar de los estados aversivos.

Esta revisión documental se centrará en dos teorías explicativas de la conducta suicida validadas empíricamente y que distinguen entre ideación y conducta suicida: la teoría interpersonal (Joiner, 2005) y la teoría del escape de Baumeister (1990).

#### **3.1. Teoría interpersonal**

La teoría interpersonal fue formulada por Joiner (2005) en su libro “*Why people die by suicide?*”. Sin embargo, para esta investigación hemos obtenido la información sobre la teoría interpersonal de un artículo realizado por Van Orden et al. (2010).

La teoría se fundamenta en que la gente se suicida porque puede y quiere, y establece tres constructos fundamentales para la conducta suicida: la pertenencia frustrada y la percepción de carga (ambos relacionados con el deseo suicida), y la capacidad adquirida para el suicidio (relacionada con la capacidad de cometer suicidio).

#### **Pertenencia frustrada**

Establece que son muy importantes las variables de conectividad social, ya que indican que no se está satisfaciendo la sociabilidad del individuo, una necesidad psicológica importante. Baumeister y Leary (1995) la describieron como una “necesidad de pertenencia”. La teoría interpersonal explica que cuando esta necesidad de pertenencia no se satisface nos encontraríamos con un estado de “pertenencia frustrada”. Cuando una persona se encuentra en esta situación, se desarrollan deseos de muerte o ideación suicida pasiva. En otras palabras, proponen que la conexión social tiene un papel clave.

La pertenencia frustrada es un constructo multidimensional. Estos autores la comprenden como la soledad y ausencia de relaciones de cuidado recíproco. Explican que las relaciones deben estar caracterizadas por sentimientos positivos y producirse en un contexto de apoyo para que estas satisfagan la necesidad de pertenencia (Baumeister y Leary, 1995). Cuando las relaciones no cumplen estas características entonces no

cumplen los criterios de cuidado recíproco. La pertenencia frustrada, además, es un estado cognitivo-afectivo dinámico, es decir, no es un rasgo estable, y está influenciada por factores tanto interpersonales como intrapersonales.

La pregunta sería ¿cuándo y en qué condiciones una necesidad de pertenencia frustrada conduce a pensamientos suicidas? Una investigación demostró que existe una relación lineal significativa entre la necesidad de pertenencia auto declarada y la ideación suicida (Van Orden et al., 2008). Asimismo, los participantes de esta investigación afirmaron altos niveles de percepción de carga. Los resultados de este estudio muestran la importancia de la combinación de la pertenencia frustrada y las percepciones de carga para que aparezca la ideación suicida, ya que cuando los participantes solo tienen altos niveles de pertenencia frustrada las elevaciones en la ideación suicida no eran evidentes.

### **Percepción de carga**

La percepción de carga tiene dos dimensiones en el funcionamiento interpersonal: la primera es la creencia de que el yo tiene tantos defectos como para que el individuo suponga una carga para su entorno, y la segunda son las cogniciones cargadas de odio hacia uno mismo. La percepción de carga es sobre todo hacia los otros cercanos, incluyendo, pero no limitándose, a los miembros de la familia. Las verbalizaciones que podemos encontrarnos en individuos con percepción de carga podrían ser del tipo: “hago que las cosas sean peores para las personas que están en mi vida”.

Al igual que la pertenencia frustrada, la percepción de carga es un constructo dimensional y un estado afectivo-cognitivo dinámico. De esta manera, los niveles de percepción de carga de las personas pueden variar con el paso del tiempo y de las relaciones.

### **Relaciones entre la pertenencia frustrada y la percepción de carga**

La pertenencia frustrada y la percepción de carga son constructos distintos, pero no son independientes, están relacionados. Asimismo, existen diversos factores que aumentan el riesgo de suicidio a través de su relación con la pertenencia frustrada (autodeclaración de soledad, vivir solo, pocos apoyos sociales, familia no intacta, retraimiento social, abuso infantil, conflicto familiar, pérdida por muerte o divorcio, violencia doméstica, etc.) y la percepción de carga (angustia por estar en paro, angustia por padecer una enfermedad, convicción de ser una carga para sus familiares, baja autoestima, etc.).

En cuanto a la relación entre la pertenencia frustrada y la percepción de carga podríamos decir, por ejemplo, que, si la necesidad de pertenencia de una persona se ve frustrada



completamente, la percepción de carga no es posible, ya que las conexiones humanas son un requisito previo para el desarrollo de esta carga percibida. Sin embargo, debemos tener en cuenta que el constructor de pertenencia frustrada no significa que haya una falta de conexiones y que la necesidad de pertenencia no se satisface simplemente porque el individuo tenga una sensación de conexión con los otros. De esta manera, si la presencia de conexiones humanas no satisface la necesidad de pertenencia, incluso aquellas personas más aisladas suelen tener algún grado de conexión con otros individuos (familiares separados, médicos, vecinos, etc.) y estas conexiones pueden caracterizarse por una percepción de carga. Además, las personas que perciben un aislamiento total con el resto de las personas están, probablemente, alienadas hasta el punto de que se perciben a ellos mismos como no deseables, es decir, un estado similar a las percepciones de carga.

### **Capacidad adquirida para el suicidio**

Según esta teoría es necesario algo más que el deseo de morir mediante una conducta suicida para que esta sea letal. Explican que las personas, para suicidarse, necesitan desprenderse del miedo que tienen hacia las conductas suicidas. Esta teoría está basada en los modelos evolutivos de la ansiedad y del miedo. Afirman que las personas estamos preparadas biológicamente para tener miedo al suicidio ya que este supone exponernos a estímulos relacionados con peligros a nuestra supervivencia.

Los autores exponen que se puede obtener la capacidad para quitarse la vida. Para ello debería combinarse una disminución del miedo a morir y un incremento de la tolerancia al dolor físico. Esto se produciría porque el individuo respondería a situaciones reiteradas de dolor físico y/o incitadoras de miedo, que provocarían la habituación y la activación de procesos oponentes. Es decir, como la persona se expone en reiteradas ocasiones puede habituarse al dolor y el miedo que producen las autolesiones, de tal manera que puede acabar realizando métodos de autolesionarse que aumentan en dolor, intensidad y daños, pudiendo llegar a ser letales.

Por un lado, tenemos que el miedo a la muerte provoca que las personas no cometan conductas suicidas (Linehan et al., 1983), es decir, no basta con que exista ideación suicida, sino que esta debe darse mientras que el sujeto tiene poco miedo a morir. También encontramos que es necesaria una alta tolerancia al dolor físico: las personas que han cometido conductas suicidas tienen más tolerancia al dolor que el resto de la población e incluso que pacientes psiquiátricos que no han cometido dichas conductas (Orbach, et al., 1996). Además, esta tolerancia al dolor se adquiere con respecto a una

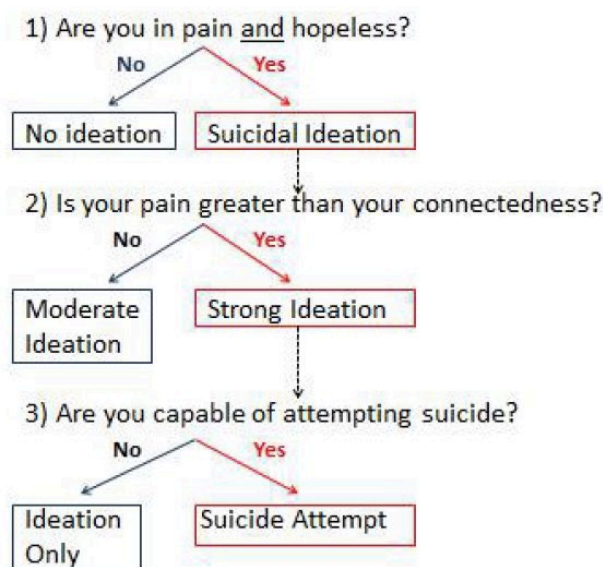
conducta específica (por ejemplo, cortes en las muñecas), de tal forma que es difícil que ocurra una sustitución de esta conducta lesiva hacia otra para cometer la conducta suicida.

### **3.2. Teoría de los tres pasos (Klonsky y May, 2015)**

Klonsky y May proponen una explicación del suicidio en donde se distingue entre el desarrollo de la ideación y su progresión hacia los intentos suicidas. Esta teoría podría resumirse en la figura 1 y tiene tres pasos.

#### ***Figura 2.***

*Ilustración de la teoría de los tres pasos (Klonsky y May, 2015)*



#### **Primer paso: desarrollo de la ideación suicida**

El desarrollo de la ideación comienza con el dolor, especialmente psicológico o emocional, y las fuentes de dolor que pueden conducir a un menor deseo de vivir son muy variadas. Por ejemplo, relacionan la depresión con la ideación suicida en la medida que esta influye en el dolor y la desesperanza.

Estos autores explican que estamos modelados por condicionamientos conductuales. De esta manera, si la experiencia de vida cotidiana de una persona está caracterizada por el dolor, esta percibe que está siendo castigada por vivir, y esto puede hacer que disminuya su deseo de vivir y comiencen los pensamientos sobre el suicidio.

No obstante, el dolor por sí solo no es suficiente para el desarrollo de la ideación suicida. La desesperanza también sería un factor clave, ya que si el sujeto tiene esperanza en que la situación puede mejorar, probablemente buscará alcanzar una situación con menos dolor. Sería entonces la combinación de dolor y de desesperanza lo que desarrollaría la

ideación suicida. Estos resultados los encontramos en investigaciones recientes que exponen que la desesperanza y el dolor son motivaciones muy comunes en los intentos de suicidio (May y Klonsky, 2013).

### **Segundo paso: ideación suicida fuerte frente a ideación moderada**

Este paso tiene que ver con la conectividad: ya sea conexión con otras personas, a un proyecto, interés, o cualquier significado percibido que mantiene en uno el deseo de vivir. La conexión es importante porque la ideación será moderada, aunque estén presentes el dolor y la desesperanza, siempre que la conexión a la vida del sujeto sea mayor que el dolor. Otro aspecto importante es que la conectividad perturbada no provoca un desarrollo de la ideación suicida, sino que está relacionada y contribuye directamente al dolor y la desesperanza. Además, esta perturbación en la conectividad tampoco es necesaria para el desarrollo de la desesperanza o el dolor. Es decir, puedes tener conectividad perturbada pero no ideación suicida, o viceversa.

### **Tercer paso: progresión de la ideación a los intentos**

Cuando el sujeto tiene el deseo de acabar con su vida, la pregunta es ¿realizará un intento de suicidio? El factor determinante sería que la persona tenga la capacidad para intentar suicidarse y existen tres variables que contribuyen a la adquisición de esta capacidad: disposicionales, adquiridas y prácticas.

- Disposicionales: variables que dependen de la genética (fobia a la sangre, sensibilidad al dolor, etc.).
- Adquirida: habituación a experiencias asociadas con el dolor, el miedo y la muerte.
- Prácticas: factores concretos que facilitan el intento suicida (acceso a medios letales, conocimiento de estos medios, etc.).

La presencia de estas variables (la capacidad para suicidarse) es que la distinguiría entre la mera presencia de ideación suicida y la comisión de una conducta suicida.

## **4. Necesidades de las personas con ideación suicida**

Alejandro Rocamora (2013) describe que una de las actitudes más frecuentes del suicida es “la llamada de socorro”. Explica que la persona necesita sentirse escuchada y hablar con alguien, independientemente de su profesión (psicólogo, psiquiatra, médico de atención primaria, etc.). Además, requieren que la atención a estos pacientes sea inmediata y que se realice un seguimiento continuado tras su evaluación. Esta necesidad de seguimiento de la persona es muy repetida en las guías de prevención, detección e

intervención de la conducta suicida, y todas ellas hablan de que las personas que han intentado suicidarse necesitan que un profesional realice este seguimiento para asegurar su recuperación.

No se ha podido localizar investigación específica sobre las necesidades de las personas con ideación suicida desde la perspectiva de los propios protagonistas y/o de sus allegados. Lo máximo que llega hablarse en los estudios y las guías es sobre lo que tienen que hacer las personas que presentan ideación suicida. De esta manera, se ha decidido tomar esas acciones como las necesidades que deben ser satisfechas. Además de la necesidad de ser escuchado y de verbalizar lo que les ocurre, la siguiente que más se repite es la de realizar un Plan de Seguridad; la finalidad de este es reducir el riesgo de un intento de suicidio (Guajardo et al., 2015). Es importante que las personas con ideación suicida tengan este plan a su alcance por si en algún momento lo necesitan.

Otro estudio habla de la relación entre inteligencia emocional y el riesgo suicida (Gómez-Romero et al., 2018). En esta investigación se observaba que los estudiantes con alto riesgo de suicidio se caracterizaban por tener problemas de regulación emocional y baja capacidad para comprender sus emociones. Estos autores no hablan de que la regulación emocional sea una necesidad directa de las personas con ideación suicida, pero se entiende que, si debido a la ausencia de esta parece que aumenta el riesgo de suicidarse, puede decirse que estas personas necesitan regularse emocionalmente.

Por último, se habla de que la ideación suicida parte de un dolor psíquico intolerable, que tiene su origen en la frustración de las necesidades psicológicas básicas (Ulloa, 2018). Shneidman (1998) dice que podemos clasificar las necesidades psicológicas básicas en: logro de objetivos, autonomía, sentido de pertenencia, autodefensa, comprender el mundo que nos rodea, ser amado, y ser protegido y contenido. Este autor defiende que el suicidio puede ser prevenido si se ayuda a la persona a cambiar su percepción de la situación y a redefinir lo que le es insoportable. De esta manera, esa redefinición de la situación sería otra necesidad de las personas con ideación suicida.

## **5. Actitudes del personal sanitario frente al suicidio**

Varias investigaciones indican que las personas con ideación suicida utilizan los servicios de salud antes de cometer el acto de suicidio (Luoma et al., 2002). En este estudio, realizado en Estados Unidos, se observó que un 45% de las personas fallecidas por suicidio habían tenido contacto con atención primaria el mes anterior a suicidarse, y que las visitas a estos profesionales eran más comunes entre los adultos (Luoma et al., 2002).

Otro estudio realizado en este mismo país encontró que las autolesiones y los intentos de suicidio suponen más de 400.000 visitas anuales a los servicios de urgencias (Doshi et al., 2005).

En otras palabras, la evidencia demuestra que los intentos de suicidio son frecuentes en los servicios de urgencias. Estos encuentros pueden potencialmente proporcionar una base para la prevención secundaria del suicidio, con las enfermeras de urgencias desempeñando un papel clave (Kishi et al., 2014). Varios estudios muestran que el personal de los servicios de urgencias de los hospitales tiende a ser negativo o ambivalente hacia los suicidas o los que se autolesionan (Goldney y Bottrill, 1980; Samuelsson et al., 1997).

La pregunta sería, ¿qué está ocurriendo para que no se esté detectando el riesgo de suicidio en los pacientes? Friedman et al. (2006) indica que el profesional sanitario no disfruta al tratar a pacientes con ideación suicida y que tienden a sentirse poco formados para atender a este tipo de pacientes. Ahmedani et al. (2014) exponen que un gran número de médicos de atención primaria no realiza un cribado de suicidio, aunque exista la sospecha de que la persona cumpla con los criterios de una depresión. Estos autores explican que esto puede deberse a un bajo nivel de competencia y formación en el suicidio. Parece contraproducente que ante la alta demanda de educación de los profesionales acerca de la conducta suicida, existan pocos planes de formación para los profesionales sanitarios (Weissberg, 1990). Se ha demostrado que los médicos que reciben esta formación se sienten más competentes al trabajar con personas en riesgo de suicidio y es más probable que detecten y traten la ideación (Rutz, 2001). Es decir, una de las principales razones para no identificar el riesgo de suicidio podría ser la falta de los conocimientos y habilidades necesarias (Cole-King & Lepping, 2010).

Existen muchas investigaciones que muestran que el personal de los servicios de urgencia no siempre tiene los conocimientos y las habilidades necesarias y suficientes para hacer una evaluación de una ideación suicida (Arbuthnot & Gillespie, 2005; Farmer & Bethel, 2006). Esta falta de conocimientos por parte del personal de los servicios de emergencias supone un riesgo para las personas que quieren suicidarse. A esto se une que muchos pacientes con ideación suicida son directamente dados de alta de las salas de emergencia sin recibir una evaluación psicosocial, y esto aumenta el riesgo de nuevos intentos y de suicidios consumados (Hickey, Hawton, Fagg y Weitzel, 2001). Además, es

significativamente más probable que estos pacientes, tras salir de los servicios de emergencia tras un intento, vuelvan a cometer una conducta suicida (Wang et al., 2019). El Ministerio de Sanidad (2012) recomienda que los médicos y enfermeras acudan a programas de formación ya que desarrollan mayor confianza y competencia a la hora de atender a los pacientes con conducta suicida. Además, incide en la relevancia de que estos programas aborden los factores de riesgo y protección, y las estrategias de evaluación e intervención.

## **6. Programas de prevención del suicidio**

La European Evidence-Based Suicide Prevention Program Group (Zalsman et al., 2017) determina que son necesarios dos niveles de actuación complementarios para reducir el riesgo de suicidio: por un lado, estrategias desde el ámbito de la salud pública (por ejemplo, restricción a medios letales), y por otro desde los servicios sanitarios. En el caso de esta investigación nos centraremos en la actuación de los servicios sanitarios, concretamente el personal médico de los servicios de emergencias. La valoración que realicen estos profesionales es vital para identificar si el individuo está en riesgo de perpetrar un suicidio. Las personas que presentan ideación suicida o un intento de suicidio deben ser evaluadas por un especialista en salud mental antes de poder ser dadas de alta de urgencias (*Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023). Según la Organización Mundial de la Salud (2000) es mucho más efectivo y útil valorar el riesgo de suicidio a través de una entrevista clínica, a pesar de las numerosas encuestas y escalas que existen para evaluar este riesgo.

En la Comunidad de Madrid no existe una estrategia específica para el suicidio, pero si existen diferentes acciones desarrolladas (*Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023). En esta investigación nos centraremos en la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* del Ministerio de Sanidad, el protocolo del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y el programa PRISURE del Centro de Salud Mental Retiro.

### **6.1. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad)**

La *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* del Ministerio de Sanidad (2012) recomienda que la evaluación psicopatológica de los pacientes se realice en un ambiente privado, confidencial y de respeto. Esta Guía recalca la importancia de preguntar sobre:

- Factores contextuales y psicológicos: situación social, relaciones, acontecimientos vitales recientes, presencia de trastorno mental, intentos previos de suicidio, etc.
- Riesgo de la conducta suicida: características del intento, del sujeto y contextuales.

El Ministerio de Sanidad (2012) expone la importancia de los profesionales sanitarios de seguir las recomendaciones del programa SUPRE de la OMS. Las preguntas que plantea que deben preguntarse son las siguientes: “*¿Se siente infeliz o desvalido?, ¿Se siente desesperado?, ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?, ¿Siente la vida como una carga?, ¿Siente que la vida no merece vivirse?, ¿Siente deseos de cometer suicidio?, ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?, ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?*”.

En 2020 se realizó una revisión de esta Guía (Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida 2012, 2020) en dónde se profundiza en cuáles son los aspectos que deben recogerse en la entrevista clínica. Primero, datos personales del paciente como edad, sexo, país de origen, estado civil y ocupación laboral. A continuación, es importante evaluar los factores de riesgo (intentos previos de suicidio, enfermedad física, desesperanza, diagnóstico de trastorno mental, eventos vitales estresantes, antecedentes de suicidio en la familia, etc.) y de protección (habilidades de resolución de conflictos, confianza en sí mismo, flexibilidad cognitiva, habilidades sociales, religión, espiritualidad o valores positivos, apoyo familiar y/o social, etc.).

## **6.2. Protocolo de evaluación del riesgo suicida en urgencias (Hospital Gregorio Marañón)**

Este protocolo, que entró en vigor en noviembre de 2021, está enfocado a profesionales de los Servicios de Urgencias que atienden a pacientes con intento autolítico y/o ideación, y tiene como objetivo la definición y planificación de cómo atender a este tipo de paciente. El protocolo tiene tres fases: el triaje del paciente, la evaluación del médico no psiquiatra de urgencias y la evaluación del psiquiatra.

- Triaje del paciente en el Servicio de Urgencias:

El triaje es la revisión clínica y sistémica de los pacientes que llegan a Urgencias y cuya finalidad es establecer evaluaciones y prioridades para tratar al paciente a través de unos criterios y un método de clasificación (Gómez, 2003). Es importante porque asegura la atención al paciente dentro de la primera hora desde su llegada (Grupo de Trabajo de

revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida 2012, 2020).

Este protocolo sigue el Sistema de Triage de Manchester: clasifica en 5 niveles y cada nivel tiene un número, un color y un “tiempo máximo para atención” (Soler et al., 2010), como se observa en la tabla 2.

**Tabla 2.**

*Sistema de Triage de Manchester*

<b>Nivel</b>	<b>Nombre</b>	<b>Color</b>	<b>Tiempo de atención</b>
1	Emergencia	Rojo	0 minutos
2	Muy urgente	Naranja	10 minutos
3	Urgente	Amarillo	60 minutos
4	Poco urgente	Verde	120 minutos
5	No urgente	Azul	240 minutos

A continuación, la enfermera de triaje deriva al paciente a un área según la valoración realizada. Puede suceder que el paciente con ideación no necesite una evaluación por parte de otra especialidad médica y, por ello, se le deriva directamente al psiquiatra de guardia.

- Evaluación por el médico de urgencias no psiquiatra:

Si el paciente necesita atención médica acudirá a este profesional y, tras ser atendido, será derivado a psiquiatría. Esta derivación se hará cuando el paciente tenga plena consciencia y se pueda realizar una valoración psicopatológica.

- Evaluación por el psiquiatra:

Los pacientes estarán acompañados de una enfermera de salud mental hasta que acuda el psiquiatra de urgencias a evaluarlos. Este profesional debe dar prioridad a la valoración de estos pacientes.

Esta evaluación se realizará a través de la entrevista clínica, aunque también pueden emplearse como apoyo escalas de evaluación. El psiquiatra debe valorar psicopatológicamente al paciente y evaluar las variables sociodemográficas, los factores



de riesgo y de protección. El protocolo no incluye qué directrices deben seguirse en la entrevista clínica ni qué aspectos deben preguntarse.

En cuanto a las escalas, la que proponen emplear para evaluar a los pacientes en urgencias es la SAD PERSONS (anexo 1) debido a su fácil y rápida aplicación. Sin embargo, esta escala no ha sido validada en España (Ministerio de Sanidad, 2012).

### **6.3. Programa PRISURE (Centro de Salud Mental Retiro)**

El Centro de Salud Mental Retiro forma parte del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Gregorio Marañón y tiene como objetivo la atención en salud mental a personas con problemas en este ámbito y que por su complejidad y gravedad no se les puede atender solamente en Atención Primaria (*Centro de Salud Mental de Retiro, 2021*).

El programa PRISURE es de intervención ambulatoria para pacientes con riesgo moderado-alto de cometer suicidio y que son derivados del servicio de Urgencias de Gregorio Marañón, entre otros servicios. Este programa no ha sido publicado, pero la información presentada a continuación fue facilitada para la elaboración del manual de psicología de la conducta suicida (2023).

Los pacientes derivados obtienen la cita en este programa en la primera semana que abandonan las Urgencias del Gregorio Marañón. El programa tiene cuatro fases:

- 1) Evaluación clínica: tiene lugar en la primera semana. Enfermería acoge al paciente y recoge el contrato terapéutico y el consentimiento informado para contactar con algún familiar/allegado en caso de riesgo. Después un psiquiatra realiza una entrevista semiestructurada y una psicóloga clínica aplica una serie de pruebas psicométricas.
- 2) Plan de tratamiento: se tiene en consideración el perfil de riesgo del paciente y una toma conjunta de decisiones que tiene lugar semanalmente por un equipo multidisciplinar.
- 3) Intervención intensiva: se realiza a lo largo de tres meses cuando existe riesgo de suicidio moderado-alto. Se ejecutan varias actuaciones: citas semanales presenciales con psiquiatría y psicología clínica y consulta telefónica por el personal de enfermería varias veces a la semana. En caso de que haya una necesidad psicosocial también se realizará una intervención con trabajadores sociales. Asimismo, los casos son revisados por el equipo semanalmente.
- 4) Reevaluación: tras los tres meses se evalúa de nuevo al paciente clínica y psicométricamente. Si el riesgo de suicidio es bajo el paciente pasará a un seguimiento ordinario, pero si sigue siendo moderado-alto, se prorrogará el tratamiento.

Este programa lleva implementándose desde el 2014 en el Centro de Salud Mental Retiro y ha acogido alrededor de 320 sujetos. De estos, un 25% fue incluido en el programa y ninguno de estos pacientes cometió suicidio durante el tratamiento. Además, todos los pacientes que han participado en el programa mostraron una buena adherencia con Centro de Salud y, tras su alta, sostuvieron el seguimiento ordinario.

## **7. Discusión**

Tanto la teoría interpersonal como la teoría de los tres pasos son capaces de explicar las diferencias entre ideación y conducta suicida y eso las hace relevantes a la hora de evaluar la pertinencia de los programas de evaluación de riesgo suicida ya que permiten diferenciar en que estadio se encuentra el sujeto y, por tanto, qué ayuda debe recibir. Asimismo, ambas están validadas empíricamente, aspecto muy útil a la hora de evaluar el riesgo de ideación, pero parecen no ser capaces de predecirlo. Además, la teoría interpersonal del suicidio es capaz de explicar la prevalencia del comportamiento suicida porque implica tres condiciones que son difíciles de estar presentes por separado y aún mayor dificultad tiene su confluencia; de esta manera, la teoría es consistente con la rareza del comportamiento suicida. Por otro lado, la teoría de los tres pasos supone una continuación de la teoría interpersonal. Si tomamos la explicación del suicidio según estos autores podrían llevarse a cabo varias acciones para reducir el riesgo suicida: disminuir el dolor, aumentar la esperanza, mejorar la conectividad y/o reducir la capacidad para suicidarse.

Ambas teorías parten de la misma base y es de esperar que tengan aspectos similares. Parece que la conectividad de la teoría de los tres pasos está relacionada con la baja pertenencia y la percepción de carga de la teoría interpersonal. La diferencia que encontramos es que mientras que en la teoría interpersonal estos aspectos suponen factores de riesgo, en la teoría de los tres pasos la conectividad parece ser un factor de protección ante una alta ideación suicida. Asimismo, ambas teorías asumen la importancia de que el sujeto adquiera la capacidad de suicidarse para llevar a cabo la conducta suicida, lo que explicaría por qué muchas personas con ideación no acaban consumando el suicidio. También explicaría las diferencias en el número de suicidios consumados entre hombres y mujeres. La ideación suicida es mayor entre las mujeres, pero hay mayor número de suicidios entre los hombres porque estos parecen tener mayor facilidad para adquirir la capacidad de suicidarse.

En cuanto a los datos sobre el papel de los profesionales sanitarios, estos reflejan la importancia de que se forme a médicos y enfermeros de emergencias, ya que tienen un papel fundamental a la hora de detectar sujetos con ideación suicida. De esta manera, la atención a las personas que han intentado quitarse la vida es una de las principales estrategias de prevención que deben establecerse, y de ahí la importancia de la aplicación de programas de prevención de conductas suicidas en los servicios de emergencias. Ahmedani et al. (2014) explican que un elevado número de médicos no realizan un cribado de suicida debido a su bajo nivel de competencia y formación en el suicidio. Encontramos entonces que hay una alta demanda de pacientes con ideación suicida, pero unos profesionales sanitarios que no están preparados para atenderles, a pesar de que se ha demostrado que cuando reciben esta formación se sienten más competentes para trabajar con este tipo de población y detectan y tratan con mayor probabilidad la ideación (Rutz, 2001). Ante esta necesidad, el Ministerio de Sanidad (2012) recomienda que los médicos y enfermeras acudan a programas de formación, sin embargo, no hemos encontrado que existan estos programas. La única ayuda con la que cuentan los profesionales sanitarios ante esta situación son los protocolos de prevención del suicidio, y esta ha sido la solución que ha buscado la Comunidad de Madrid. Uno de los problemas es que estos protocolos dependen de cada hospital, es decir, no parece existir un protocolo común para todos los médicos de Madrid. Además, una de las dificultades encontradas en esta investigación es la falta de información publicada sobre los protocolos, los programas y las guías que deben de seguir los profesionales sanitarios. No queda claro cómo es el acceso que tienen los profesionales médicos a esta documentación, no obstante, estos materiales no profundizan en las directrices que deben seguir los médicos y enfermeras. Los protocolos hacen hincapié en la entrevista clínica, siendo esta una herramienta muy útil para obtener información sobre la situación psicológica y psíquica del sujeto. Sin embargo, no mencionan como debe realizarse dicha entrevista ni establecen una guía de preguntas. Los profesionales sanitarios para conocer cómo realizar esta entrevista deben acudir a un documento distinto al protocolo: la guía del Ministerio de Sanidad (2012), ya que en la versión revisada no aparecen estas preguntas orientativas. Este documento es largo y contiene mucha información, lo que dificulta que estos profesionales puedan encontrar ayuda en ella sobre la entrevista clínica. Además, una de las necesidades de las personas con ideación que expone Alejandro Rocamora (2013) está muy relacionada con la entrevista, ya que son personas que necesitan sentirse escuchadas y hablar con alguien sobre su situación. Esta necesidad puede ser satisfecha también por

la enfermera de salud mental que acompaña al paciente hasta que acuda el psiquiatra. Durante esos minutos, la enfermera puede ser una figura de escucha empática, ayudando a estas personas a sentirse escuchadas y comprendidas, y facilitando su ventilación emocional. Además, si se sienten bien atendidos por estos profesionales, probablemente confíen más en los psiquiatras que vayan a atenderles a continuación, ya que han tenido una experiencia previa en ese hospital de satisfacción de sus necesidades.

Como se ha mencionado, la entrevista es clave para el triaje y para satisfacer la necesidad de escucha y desahogo de esta población, y debe cuidarse la forma de realizar las preguntas, por eso hemos decidido proponer por los ámbitos y aspectos que deberían los profesionales sanitarios en base a las teorías explicativas del suicidio.

En la teoría interpersonal hablan de dos aspectos importantes: la pertenencia frustrada y la percepción de carga. En cuanto a la pertenencia frustrada sería importante que los médicos indagaran sobre las relaciones sociales de la persona: si vive con alguien, si tiene pareja, sobre la relación con su familia y amigos, si ha sufrido la pérdida de alguien importante en los últimos meses, si está pasando por un conflicto familiar. No sólo es importante como son estas relaciones, sino como hacen sentir al individuo, de esta manera, se le podría preguntar sobre cómo se siente respecto a la relación con sus familiares, si se siente apoyado o acompañado. Respecto a la percepción de ser una carga podría ser evaluada a través de verbalizaciones del sujeto como: “el resto estaría mejor si yo no estuviese aquí”, “hago que las cosas sean peores para mi familia o amigos” o “soy un estorbo para las personas de mi vida”, por ejemplo. Estas verbalizaciones no solo nos hablarían de la carga que cree que supone para su entorno, sino también de la connotación negativa que se pone a sí mismo el individuo. Si no se observan este tipo de verbalizaciones, podría preguntarse cómo se siente respecto a su familia, qué cree que aporta en sus relaciones o a su entorno, etc. En cuanto a la capacidad adquirida para el suicidio, hablaremos más adelante sobre cómo evaluarla ya que este aspecto es compartido por ambas teorías.

Según la teoría de los tres pasos habría que evaluar primero el desarrollo de la ideación suicida. En este aspecto habría que preguntar sobre el dolor y la desesperanza. Como explica la teoría hay muchas fuentes de dolor y, de esta manera, se podría preguntar al paciente si está pasando por alguna situación complicada o difícil y que cómo se siente, e indagar en posibles sentimientos de tristeza y/o sufrimiento. Si están presentes, es importante evaluar la desesperanza, y esto podría hacerse preguntando si tiene alguna

forma de solucionar su problema, si cree que tiene una salida o si cree que la situación va a mejorar. Además, según esta teoría, es importante evaluar la conectividad (aspecto que también encontramos en la teoría interpersonal), pero en este caso puede ser la conexión a personas, a un proyecto de vida, a un interés, etc. El médico que evalúe a la persona podría preguntarle si existen personas o aspectos en su vida que le hagan querer permanecer en ella. Es importante que, si encuentra que existe algún tipo de conectividad con alguien o algo, le pregunte a fondo sobre ello, para disminuir el malestar del paciente en ese momento.

Para terminar, ambas teorías consideran clave que la persona adquiera la capacidad para realizar la conducta suicida. Este sería el último aspecto por evaluar una vez detectada la ideación suicida. La teoría interpersonal explica que el individuo se expone a reiteradas situaciones de dolor físico y/ incitadoras de miedo. Además, esa tolerancia al dolor es con respecto a una conducta específica. Mientras que la teoría de los tres pasos habla de tres variables que facilitan esta capacidad para suicidarse, aunque ahora nos centraremos en dos de ellas: las adquiridas y las prácticas. La variable adquirida de la teoría de los tres pasos está muy relacionada con el proceso que describe la teoría interpersonal de tolerancia al dolor y disminución del miedo, ya que en ambos casos está presente el proceso de habituación. En este aspecto habría que preguntar al sujeto si ha intentado hacerse daño alguna vez y de qué manera lo hizo; la frecuencia de los intentos de autolesionarse, evaluar la intensidad de la acción (ya que no es lo mismo tomarse diez paracetamoles que una caja de morfina) y si ha aumentado la letalidad de sus acciones. Por otro lado, tenemos la variable de práctica de la teoría de los tres pasos. En este aspecto se debería preguntar a la persona por su acceso a fármacos o a medios letales y su conocimiento sobre los efectos de estos.

Como se ha expuesto, según ambas teorías, sería la acumulación de los distintos aspectos lo que nos revelaría el grado de ideación y/o conducta suicida del paciente. De esta manera, el personal sanitario debería tener en cuenta todos los aspectos para realizar su conclusión para el triaje y para el tratamiento del individuo. Además, la evaluación que hemos descrito requiere bastante tiempo por parte del personal médico, pero creemos que el peligro que supone la ideación suicida para el individuo requiere de una evaluación exhaustiva de esta, para asegurarnos que más tarde recibe el tratamiento acorde con su situación personal.

Una vez realizada la entrevista se establece la clasificación del paciente para el triaje. El diseño que establece el protocolo del Hospital Gregorio Marañón sobre el triaje permite satisfacer otra de las necesidades que establece Rocamora (2013): la atención inmediata, ya que el psiquiatra debe dar prioridad a estos pacientes frente a otros y debe atenderles según su clasificación en el triaje. Además, la combinación de este protocolo con el Programa PRISURE del centro de salud del Retiro permite que se satisfaga la última necesidad que establece el autor: que estas personas tengan un seguimiento tras su evaluación. Este programa permite a las personas con ideación tener dicho seguimiento y un tratamiento adecuado a las circunstancias del sujeto, de tal manera que no sólo se satisface la necesidad, sino que se adecúa a la situación personal del individuo. Durante este programa de seguimiento es importante que se satisfaga la necesidad de regulación emocional (Gómez-Romero et al., 2018). Las personas con ideación suicida suelen tener dificultades para regularse emocionalmente y, por ello, es importante que durante el seguimiento se les enseñen estrategias de regulación emocional y se trabaje con ellas en redefinir aquello que les es insoportable (Shneidman, 1998).

La última necesidad que nos quedaría por satisfacer sería la de realizar un Plan de Seguridad. Es importante que la elaboración de este plan se realice lo antes posible. De esta manera, el psiquiatra que atienda a la persona con ideación suicida en urgencias debería no sólo evaluarla, sino realizar ese plan con esta. Para que, cuando el individuo salga de los servicios del hospital, tenga un recurso a su alcance en caso de riesgo. Algunos aspectos que se podrían incluir en este Plan de Seguridad son: señales de alerta para los pensamientos suicidas, personas con las que contactar en caso de riesgo y servicios 24 horas de ayuda, como puede ser el Teléfono de la Esperanza. El profesional debe indicar a la persona que tenga a mano este Plan de Seguridad para poder acceder a él siempre que lo necesite.

## **8. Conclusiones**

Se podría concluir que existen varias dificultades en los programas de evaluación de la ideación suicida en urgencias. Primero los profesionales sanitarios no tienen la formación necesaria para evaluar a este tipo de población, lo que les hace sentir inseguros y dificultar aún más su labor a la hora de encontrarse con pacientes con ideación suicida. Además, el acceso a los protocolos de actuación que deben seguir estos profesionales no es claro ni sencillo y las directrices que se exponen en ellos son muy generales. Es verdad que en estos protocolos se establece la importancia de la entrevista clínica, pero en ellos no

aparecen descritos las preguntas que pueden realizarse a los pacientes ni cómo manejar esta entrevista. De esta manera, los médicos deben saber que tienen que acudir a la Guía del Ministerio de Sanidad; sin embargo, las preguntas que encontramos en ella son muy sencillas y no permiten una valoración exhaustiva de la conducta suicida.

Además, los profesionales sanitarios no cuentan con un programa o red de apoyo una vez que han evaluado a personas con ideación. Es una situación que puede remover mucho a la persona y que puede convertir al médico o a la enfermera en una “segunda víctima”. No sólo la formación de estos profesionales forma parte del apoyo, sino también que se genere una red para aquellos que sufren el suicidio de un paciente. La vivencia de culpa de estos profesional cuando un paciente se quita la vida puede ser muy fuerte y la huida de esa vivencia puede llegar a la dificultar la evaluación de pacientes posteriores. Las Unidades Gestoras de las Instituciones Sanitarias tiene aquí un papel clave, ya que son los responsables de poner en marcha medidas para reducir el impacto de este tipo de evento adversos en los profesional sanitarios (segundas víctimas).

De esta manera, el apoyo a los médicos y enfermeras debe hacerse tanto antes de la evaluación de los pacientes a través de la realización de protocolos claros en los que se explique cómo realizar una entrevista clínica y qué preguntar. Pero también después, proporcionándoles un espacio de desahogo y apoyo, ya que este tipo de población puede llegar a generar sentimiento de culpa, tristeza, responsabilidad, etc., que no sólo afectan en el ámbito profesional de estos trabajadores, sino también a su vida personal.

Por último, los programas y protocolos deberían ser revisados conforme a las teorías explicativas del suicido y a las necesidades de esta población, para que la evaluación de personas con ideación suicida sea más exhaustiva, permitiendo así realizar un mejor tratamiento y satisfacer las necesidades de esta población.

## 9. **Bibliografía**

- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., ... y Solberg, L. I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of general internal medicine*, 29(6), 870-877.
- Anestis, M. D., Kleiman, E. M., Lavender, J. M., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2014). The pursuit of death versus escape from negative affect: An examination of the nature of the relationship between emotion dysregulation and both suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1820-1830.
- Arbuthnot, L., y Gillespie, M. (2005). Self-harm: Reviewing psychological assessment in emergency departments. *Emergency nurse*, 12(10).
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Berkley, K. J. (1997). Sex differences in pain. *Behavioral and Brain Sciences*, 20(3), 371-380.
- Bonilla, A. R. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Centro de Salud Mental de Retiro. (2021). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Obtenido el 18 de febrero de 2023 de <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/profesionales/instituto-psiQUIATRIA-salud-mental/centro-salud-mental-retiro>
- Cole-King, A., y Lepping, P. (2010). Suicide mitigation: time for a more realistic approach. *British Journal of General Practice*, 60(570), e1-e3.
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., ... y Joiner Jr, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, 143(12), 1313.
- Daray, F., Grendas, L., y Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *revista de la Facultad de Ciencias médicas*, 73(3), 205-11.
- Doshi, A., Boudreaux, E. D., Wang, N., Pelletier, A. J., & Camargo Jr, C. A. (2005). National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Annals of emergency medicine*, 46(4), 369-375.



- Farmer, C., y Bethel, J. (2006). Evaluating suicidal intent in emergency care settings. *emergency nurse*, 14(7).
- Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M. et al. (2006). Predictors of A&E staff attitudes to selfharm patients who use self-laceration: Influence of previous training and experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 273–277.
- Goldney, R. D., y Bottrill, A. (1980). Attitudes to patients who attempt suicide. *The Medical Journal of Australia*, 2(13), 717–720.
- Gómez Jiménez, J. (2003). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *emergencias*, 15, 165-74.
- Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Trallero, J. T., Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y estrés*, 24(1), 18-23.
- Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida 2012 (2020): *Revisión de la Guía de Práctica Clínica y Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (2012). Ministerio de Sanidad. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t, Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Guajardo, N., Ojeda, F., Achui, L., & Larraguibel, M. (2015). Intervenciones terapéuticas para la conducta suicida en adolescentes. *Revista Chilena de Psiquiatría, Neurología, Infancia y Adolescencia*, 26, 145-155.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., y Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *Journal of psychosomatic research*, 50(2), 87-93.
- Ilgen, M. A., Conner, K. R., Roeder, K. M., Blow, F. C., Austin, K., y Valenstein, M. (2012). Patterns of treatment utilization before suicide among male veterans with substance use disorders. *American journal of public health*, 102(S1), S88-S92.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kishi, Y., Otsuka, K., Akiyama, K., Yamada, T., Sakamoto, Y., Yanagisawa, Y., ... y Thurber, S. (2014). Effects of a training workshop on suicide prevention among emergency room nurses. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 357.

- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 1*, 1–5.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(2), 114-129.
- Lester, D., & Yang, B. (2003). Unemployment and suicidal behaviour. *Journal of Epidemiology & Community Health, 57*(8), 558-559.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology, 51*(2), 276.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 159*(6), 909-916.
- Manual de psicología de la conducta suicida.* (2023). Ediciones Pirámide.
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2013). Assessing motivations for suicide attempts: Development and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA). *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*, 532–546.
- Ministerio de Sanidad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento.* Recuperado 24 de noviembre de 2022 de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>
- Orbach, I., Palgi, Y., Stein, D., Har-Even, D., Lotem-Peleg, M., Asherov, J., & Elizur, A. (1996). Tolerance for physical pain in suicidal subjects. *Death studies, 20*(4), 327-341.
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics, 24*(4), 343-349
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of affective disorders, 62*(1-2), 123-129.
- Samuelsson, M., Asberg, M., y Gustavsson, J. P. (1997). Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 95*(3), 222–230.
- Schneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and life-threatening behavior, 28*(3), 245.

- Sola, E. J., Alés, G. M., Mazuecos, E. R., Castro, P. S., de Dios Perrino, C., Vega, B. R., & Ortiz, M. F. B. (2019). Implementación de un programa de prevención del riesgo de suicidio en la Comunidad Autónoma de Madrid. La experiencia ARSUIC. *Actas españolas de psiquiatría*, 47(6), 229-235.
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 55-68). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Stack, S. (2000). Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162.
- Suicidios por edad y sexo*. (2020). INE (Instituto Nacional de Estadística). Recuperado 28 de noviembre de 2022, de <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=49953&L=0>
- Tang, J., Wu, S., y Miao, D. (2013). Experimental test of escape theory: Accessibility to implicit suicidal mind. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 347-355.
- Ulloa, M. (2018). *El Suicidio y su Prevención*. Psicología Dinamica. Recuperado 25 de marzo de 2023, de <https://psicologiadinamica.es/el-suicidio-y-su-prevencion/>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 72.
- Wang, M., Swaraj, S., Chung, D., Stanton, C., Kapur, N., & Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(5), 472-483.
- Weissberg, M. (1990). The meagerness of physicians' training in emergency psychiatric intervention. *Academic Medicine*, 65, 747-750.
- World Health Organization. (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas* (No. WHO/MNH/MBD/00.1). Fundación Intrás.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Zohar, J. (2017). Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology*, 27(4).

**10. Anexo****Anexo 1: Escala SAD PERSONS**

Sex	Género masculino
Age	<20 o > 45 años
Depression	Presencia de depresión
Previous attempt	Intento de suicidio previo
Etanol abuse	Abuso de alcohol
Rational thinking los	Ausencia de pensamient racional
Social support lacking	Apoyo social inadecuado
Organized plan for suicide	Plan elaborado
No spouse	No pareja
Sickness	Problemas de salud
<p>0-2: bajo riesgo</p> <p>3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso</p> <p>5-6: riesgo alto, se recomienda ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social</p> <p>7-10: precisa ingreso</p>	