



Castilla-La Mancha



RECOMENDACIONES PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO Y LA INTERVENCIÓN ANTE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

GRUPO DE TRABAJO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN
CASTILLA LA-MANCHA

Nota: El presente documento obedece a la Actuación 1.1.3. (Línea Estratégica 1: Generación y Gestión del Conocimiento) de las **Estrategias para la Prevención del Suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas en Castilla-La Mancha (CLM)**, presentadas por el Consejero de Sanidad el 10 de septiembre de 2018, Día Mundial para la Prevención del Suicidio. A su vez, dichas estrategias se hallan enmarcadas en **el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025** (DL: To 1432018), en las líneas de acción 11 y 12 del objetivo 6.2 del Eje III. Sostenibilidad, prevención y Promoción.

La guía es una adaptación de las recomendaciones internacionales y nacionales que se referencian en la bibliografía, junto con las aportaciones realizadas por los componentes del grupo de trabajo. El documento puede ser libremente revisado, resumido o reproducido en parte o en su totalidad con fines formativos o docentes.

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Toledo 2019

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

Teresa Rodríguez Cano	Psiquiatra. Coordinadora Regional de Salud Mental. SSCC SESCOAM.
Inés Gómez Jiménez	Psicóloga. Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de Ciudad Real.
Agustín Sicilia Martín	Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental (USM). Puertollano.
Isabel Moreno García	Psiquiatra. USM de Toledo.
Luís Donaire Adanez	Psiquiatra. USM de Torrijos.
M ^a Ángeles Sánchez-Cabezudo Muñoz	Psiquiatra USM de Illescas.
Pilar García Ramberde	Psiquiatra. USM de Valdepeñas.
Emma María Catalán Rueda	Médico de Familia. Jefa de Servicio de Planificación. Consejería de Sanidad.
Elisa Muñoz Ruiz	Pediatra. Presidenta Teléfono de la Esperanza (Toledo).
Pilar García Maldonado	Psicóloga. Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Puertollano.
Miguel Angel Vila Heredero	Psiquiatra. USM de Alcázar de San Juan.
Inmaculada Bonache Gutiérrez	Enfermera. Voluntaria del Teléfono de la Esperanza (Toledo).
Enrique Escobar Saiz	Psiquiatra. USM de Alcázar de San Juan.
Esther González Jiménez	Psicóloga Clínica. USM-Torrijos.

OTROS COLABORADORES

Jose Luis Fortes Álvarez	Psiquiatra. Médico de Familia. Miembro del Comité Consultivo de la Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental de CLM. SCAMFyC
Jose Manuel Comas	Médico de Familia. Miembro del Comité Consultivo de la Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental de CLM. SEMERGEN.
Vicente Gasull Molinera	Médico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Mental. SEMERGEN.
Enrique Galindo Bonilla	Técnico del Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección (DGPOI). Consejería de Sanidad.
Pilar Moreno Santiago	Jefa de Sección. Servicio de Planificación. DGPIO. Consejería de Sanidad.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	FACTORES ASOCIADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA.....	7
3.	MITOS E IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA PERSONA CON IDEACIÓN SUICIDA.....	14
4.	¿CÓMO EVALUAR EL RIESGO DE SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA?	16
4.1.	IDENTIFICAR EL RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA	17
4.2.	EVALUACIÓN MEDIANTE ENTREVISTA CLÍNICA.....	17
4.3.	EVALUACIÓN MEDIANTE CUESTIONARIO DE SCREENING	20
5.	ACTUACIONES SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA DESDE EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	21
6.	INTERVENCIÓN ANTE EL RIESGO INMINENTE DE SUICIDIO.....	27
7.	DERIVACIONES Y RECURSOS	33
8.	RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	35
9.	BIBLIOGRAFÍA	40

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno complejo en el que están implicados numerosos factores tanto personales como socioculturales y que sin duda supone, además de un drama personal y familiar, un importante problema de salud pública. El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España, produciendo el doble de muertes que los accidentes de tráfico y 80 veces más fallecimientos que la violencia de género. Es también, después de los tumores, la principal causa de muerte entre los jóvenes de edades comprendidas entre los 15-34 años.

La presente guía se ha elaborado a partir de documentos ya publicados en este campo, con la pretensión de ofrecer a los profesionales de Atención Primaria pautas de actuación que contribuyan a poder detectar de forma más precisa el riesgo suicida en su consulta diaria. Se ha concebido como un documento abierto al que sería deseable que se fueran incorporando nuevas aportaciones en base a la experiencia de los profesionales.

PREVALENCIA DEL SUICIDIO

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, en 2016 fallecieron por suicidio 3.569 personas en España, lo que supone 10 personas al día, una persona cada dos horas y media. Tres de cada cuatro fallecidos fueron hombres (2.662) y uno de cada cuatro, mujeres (907). En 2017 la cifra global de suicidio en España se elevó a 3.679 (2.718 hombres y 961 mujeres). Aunque el mayor número de suicidios en ambos sexos se produce entre los 40-59 años, el riesgo de suicidio aumenta con la edad, sobre todo en hombres.

Datos sobre suicidio en CLM

- Durante el periodo evolutivo 1991-2015 se produjeron en CLM 3.678 defunciones por suicidio, de las cuales 2.997 corresponden a varones (81% del total) y 681 a mujeres (19% del total). La razón Varón/Mujer en el conjunto del periodo fue de 4,4:1.
- En el año 2015 se produjeron en CLM 167 defunciones por suicidio de las cuales 140 corresponden a varones (84% del total) y 27 a mujeres (16% del total). La razón de suicidios Varón/Mujer en el año 2015 fue de 5,2:1. La tasa por 100.000 habitantes fue 8,11.
- En el año 2016 se produjeron en CLM 135 defunciones por suicidio, de los cuales 113 corresponden a varones y 22 a mujeres. La razón varón/mujer en el año 2016 fue de 5,1:1. La tasa por 100.000 habitantes fue 6'35 suicidios. En 2017 se

produjeron 157 defunciones, 126 varones y 21 mujeres; razón 6:1. La tasa por 100.000 habitantes fue 7.3.

IMPACTO PSICOSOCIAL

El suicidio produce muertes, pero también produce graves secuelas físicas y psicológicas derivadas de los intentos no consumados. Por cada persona que consuma un suicidio, aproximadamente 8-10 personas suicidarse (1,2). Los datos clínicos indican que, por cada suicidio consumado, se llevan a cabo de 8 a 25 intentos, de donde podemos deducir que algunas personas realizan varios intentos de suicidio fallidos (3,4).

Se trata de un acto "per se" individual pero con graves consecuencias sobre el entorno más cercano. Se estima que un suicidio produce un serio impacto sobre al menos otras seis personas de su entorno. En este sentido, no debemos dejar de señalar el impacto extra que probablemente generará en la gran mayoría de los casos el estigma social asociado a esta problemática. La visión de la sociedad en torno al suicidio afectará y mucho a la capacidad de todos los implicados para acceder a apoyos formales y/o informales bien por optar por silenciar estas vivencias y/o sucesos y por tanto no solicitar ayuda, bien por no estar la red de apoyo capacitada para proporcionar el apoyo adecuado a estos casos (desconocimiento de cómo ayudar, prejuicios, rechazo, etc.). Tanto el estado funcional como el sentido de bienestar de estas personas, así como el de sus familiares, genera además importantes gastos de salud asociados a muerte prematura, absentismo laboral, discapacidad, uso de medicamentos, hospitalizaciones y consultas médicas de todos los implicados. Todo esto, junto con la complejidad del abordaje de esta problemática constituye un importante desafío económico, político y social, con implicaciones individuales y colectivas en términos de salud física y mental.

EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La fácil accesibilidad por parte de toda la ciudadanía a la Red de Atención Primaria, hace que esta suela constituir el primer contacto con el sistema sanitario ante cualquier problema de salud. Además, su personal está generalmente valorado como cercano y comprometido y se encuentra en estrecha relación con la comunidad, proporcionando con ello un excelente canal de enlace entre ésta y el sistema de atención especializada. Es por ello que los profesionales que la conforman ocupan un **lugar privilegiado para la detección precoz** del riesgo suicida.

Los servicios de AP son a los que más consultan las personas con ideación suicida, por encima de los servicios especializados de salud mental. Muchas personas que han llevado a cabo un intento de suicidio o lo han consumado, han estado en contacto previamente con AP: diferentes documentos señalan que en torno al 75% contactaron con su médico/a en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior, mientras

que sólo uno de cada tres lo hicieron con su servicio de salud mental en el año anterior y uno de cada cinco en el mes anterior. Igualmente, después del alta tras una tentativa de suicidio hay un elevado contacto de la persona afectada o de su familia con los profesionales de AP.

Esto es debido probablemente a la relación de confianza que habitualmente tienen con sus pacientes y que en la mayoría de ocasiones han desarrollado a lo largo de años. Los profesionales de AP acostumbran a tener un conocimiento amplio de la persona que atienden y de su entorno familiar y social. También son en quienes los pacientes depositan más confianza y establecen un mayor vínculo terapéutico. Parece evidente por tanto, que **su papel va a ser clave** tanto en la detección del riesgo como en el seguimiento de los pacientes con ideación y/o tentativas de suicidio, así como de sus familiares.

2. FACTORES ASOCIADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA

El fenómeno del suicidio es siempre complejo y multicasual. En él se solapan numerosos factores de riesgo, que junto a los factores de protección determinarán la vulnerabilidad o la competencia del individuo en relación a dicho comportamiento.

Las estrategias de prevención deben centrarse en actuar sobre esa vulnerabilidad, disminuyendo los factores de riesgo, incrementando la competencia y favoreciendo los de protección. Por todo ello, para que los abordajes tengan ciertas garantías de éxito deben ser globales, coordinados, multidimensionales y multidisciplinarios.

7

FACTORES DE RIESGO

Se trata de un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores tanto socio-familiares y educativos, como los relacionados con la salud física y mental y las drogodependencias. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros. De ellos, tener problemas de salud mental es el factor de riesgo más influyente tanto en el suicidio consumado como en el intento, ya que se asocia a más del 90% de los suicidios consumados (5,6,7) y con la mayoría de los intentos de suicidio.

De forma esquemática, podemos definir los principales factores de riesgo de suicidio agrupados del siguiente modo:

1. FACTORES PERSONALES.

1.1. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL:

- Depresión Mayor: es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. Existe mayor riesgo al inicio de un episodio depresivo (8,9), durante el primer mes después de alta hospitalaria (10) y en las fases iniciales de la recuperación. También se incrementa el riesgo si hay presencia asociada de abuso de alcohol.
- Trastorno Afectivo Bipolar: hasta un 15 % de los pacientes con un trastorno depresivo mayor o un trastorno afectivo bipolar se suicidan, casi siempre en el contexto de un episodio depresivo. El riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas.
- Dependencia de alcohol u otras sustancias: en torno a un 15-25% de pacientes dependientes de alcohol o de otras sustancias comenten suicidio. El consumo de alcohol y drogas se asocia con una ideación suicida más grave, más generalizada,

más letal y con mayor número de intentos de suicidio (11). El uso de alcohol u otros tóxicos puede dañar el juicio y potenciar la impulsividad (12).

- Esquizofrenia: aproximadamente el 10% de los pacientes con esquizofrenia realizan suicidio consumado y se estima que entre el 25-50% harán un intento de suicidio a lo largo de su vida, siendo mayor el riesgo en hombres jóvenes con diagnóstico reciente y con buen ajuste premórbido, dado que temen el curso deteriorante de la enfermedad (13, 14). En los primeros meses después de un alta hospitalaria también se eleva el riesgo.
- Trastornos de la personalidad: entre el 4-10% de los pacientes con trastorno límite de personalidad se suicidan. El riesgo aumenta si presentan de forma comórbida depresión unipolar o consumo de alcohol. Estos pacientes a menudo hacen intentos de suicidio impulsivos o demostrativos, que pueden llegar a ser fatales (15).

1.2 ANTECEDENTES DE INTENTOS O AMENAZAS DE SUICIDIO:

Tener antecedentes de intento de suicidio es uno de los predictores más fuertes de riesgo suicida (tanto del suicidio consumado como del intento de suicidio). (35).

Se puede predecir que 1 de cada 100 supervivientes de intentos de suicidio morirá por suicidio dentro del año posterior a su intento, un riesgo aproximadamente 100 veces mayor que el de la población general (36). Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces (3).

La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos, debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento. En cuanto a personas con enfermedad mental diagnosticada, después de un intento de suicidio el riesgo de suicidio consumado es mayor en pacientes con esquizofrenia, depresión mayor unipolar y trastorno bipolar (37).

1.3 SALUD FÍSICA, DOLOR Y/O DISCAPACIDAD:

La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales.

El riesgo de suicidio aumenta con enfermedades físicas como el asma, cáncer, EPOC, enfermedad arterial coronaria, diabetes mellitus, trastornos de la columna vertebral y accidente cerebrovascular, cirugía reciente y enfermedad crónica o terminal (31, 32,33).

El dolor crónico, independientemente de otros factores, como el sociodemográfico y el estado de salud física y mental, duplica el riesgo de conductas suicidas o de suicidio consumado (34). El riesgo puede ser aún mayor en pacientes con afecciones dolorosas múltiples, dolor severo y episodios más frecuentes de dolor intermitente (p.ej. Migrañas), así como también aquellos que están desempleados o discapacitados debido a su condición de dolor.

La pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad (dificultades visuales y auditivas) se relacionan igualmente con mayor riesgo de suicidio.

1.4 HISTORIA DE MALTRATO FÍSICO O ABUSO SEXUAL:

Los abusos sexuales y físicos, así como otras experiencias infantiles adversas parecen aumentar el riesgo de suicidio en adultos (45,46). Las comorbilidades son frecuentes en personas con abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida.

Por otro lado, diferentes estudios han señalado relación entre la violencia de género y el suicidio. Así, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (incluida la conducta suicida) es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato.

1.5 FACTORES PSICOLÓGICOS:

Determinadas variables psicológicas pueden estar asociadas a la conducta suicida. Estas son: la impulsividad (ver en factores precipitantes), el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia: la desesperanza y la rigidez cognitiva.

En todos los trastornos psiquiátricos, la desesperanza está fuertemente asociada con el suicidio. Como ejemplo, en un modelo multivariante, la desesperanza fue 1,3 veces más importante que la depresión para explicar la ideación suicida (17). La desesperanza puede persistir incluso cuando otros síntomas de la depresión remiten (18). La desesperanza puede mediar en la relación entre la baja autoestima, la soledad, las pérdidas interpersonales y el suicidio (19).

Existen estudios que muestran que las preocupaciones de perfeccionismo, socialmente visto como autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones, se correlacionan con la tendencia al suicidio.

1.6 ORIENTACIÓN SEXUAL:

Aunque la evidencia es limitada, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes, debido a que en ocasiones sufren discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que aumenta el riesgo suicida. Por otra parte, presentan mayores tasas de trastornos por abuso de alcohol, depresión y desesperanza que la población general de iguales, siendo estos los verdaderos factores de riesgo.

2. FACTORES FAMILIARES Y SOCIO-DEMOGRÁFICOS/CONTEXTUALES:

2.1. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Entre el 7-14% de las personas que intentan suicidarse tienen antecedentes familiares de suicidio (41). Este aumento de riesgo de suicidio puede ser debido a predisposición genética compartida de suicidio, trastornos psiquiátricos o un entorno familiar compartido en el que dominan el modelado y la imitación (42, 43, 44).

2.2. APOYO SOCIO-FAMILIAR:

La conducta suicida es más frecuente entre quienes viven solos o carecen de apoyo social. Esto es especialmente relevante cuando las personas que no disponen de ese apoyo social deben hacer frente a acontecimientos vitales estresantes. Cualquiera que sea la estructura familiar, vivir solo aumenta el riesgo de suicidio (27).

2.3. ESTADO CIVIL:

El riesgo de suicidio varía con el estado civil (26). El riesgo más alto ocurre entre personas que nunca se casaron, seguidas en orden descendente de riesgo por quienes han sufrido una pérdida recientemente (separación, divorcio o viudedad) principalmente en hombres, para seguir con personas casadas sin hijos y casadas con hijos. El aniversario de una pérdida de relación significativa también es un momento de mayor riesgo (49). Entre los viudos, el riesgo de suicidio es mayor en la primera semana después del duelo, disminuyendo rápidamente en los primeros meses posteriores, pero permaneciendo elevado durante el primer año posterior a la pérdida (50).

2.4. EDAD Y SEXO:

El riesgo de suicidio aumenta con la edad, sin embargo, los adultos jóvenes intentan suicidarse con más frecuencia que los adultos mayores (21,22). Las mujeres intentan suicidarse casi el doble que los hombres (23), pero los hombres completan el suicidio tres veces más (24), algo que parece relacionarse principalmente con la letalidad del método elegido (por ejemplo, armas de fuego, ahorcamiento o precipitación desde altura), en lugar de una diferencia en las tasas de finalización para el mismo método (25).

2.5. OCUPACIÓN:

En general, el riesgo de suicidio es mayor entre los trabajadores menos cualificados (por ejemplo, trabajadores y limpiadores de oficina que realizan tareas manuales simples) (28). Por el contrario, el riesgo de suicidio disminuye en los traba-

ADORES más cualificados que en la población general en edad de trabajar.

Sin embargo, entre los trabajadores altamente cualificados y con alto nivel de estrés, también hay elevado riesgo de suicidio. Entre estos, destaca especialmente la profesión de médico. Un metaanálisis de 25 estudios (aproximadamente 2.100 suicidios entre médicos) encontró que la tasa de suicidio era mayor en mujeres que en la población general (índice de mortalidad estandarizada 2,3, IC 95% 1.9-2.7) y también era mayor en médicos hombres que la población general (tasa de mortalidad estandarizada 1.4, IC 95% 1.2-1.7) (29).

2.6. INGRESOS:

Desempleo y pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación como eventos estresantes que incrementan de dos o tres veces el riesgo de suicidio.

2.7. CONDICIONES DE VIDA:

La falta de vivienda, particularmente en aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos, aumenta el riesgo de suicidio (51, 52). Aquellas personas que viven en áreas rurales también tienen tasas más altas de suicidio que aquellos que viven en áreas urbanas.

FACTORES PRECIPITANTES

Los factores precipitantes representan ciertos factores de riesgo que **podrían provocar la activación de una crisis suicida**, al incrementar las probabilidades de dar el salto desde los contenidos cognitivos y emocionales relacionados con la ideación suicida hacia la acción directa encaminada a poner fin a sus vidas.

Ciertas circunstancias vitales, la presencia de determinados factores psicológicos individuales, y/o el fácil acceso a medios o métodos de suicidio, pueden servir como factores facilitadores de este; sobre todo si se da una combinación de varios de ellos:

- **EVENTOS VITALES ESTRESANTES:** situaciones como pérdidas personales recientes (divorcio, separación, muerte), dificultades financieras (de dinero o de trabajo), problemas legales, o acontecimientos negativos (conflictos graves en relaciones interpersonales importantes), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.
- **FACTORES PSICOLÓGICOS INDIVIDUALES:** los pacientes con trastornos mentales que presentan además conducta suicida exhiben temperamentos y personalidades específicas, distintas de los que no la presentan. Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, dificultad para la regulación emocional, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad.
- **ACCESO A LOS MEDIOS:** disponer de medios para llevar a cabo el suicidio (armas, fármacos, lugares elevados, sogas,...) facilita la conducta suicida; y por el contrario, no

disponer de ellos, o tener que buscarlos, permite la reflexión y debilita el impulso. El riesgo de consumir suicidio aumenta en pacientes con acceso a armas; especialmente armas de fuego (47) y posiblemente en pacientes con antecedentes de comportamiento violento el año anterior.

La combinación de **desesperanza, impulsividad y desinhibición** por abuso de sustancias puede ser particularmente letal.

FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores son de suma importancia a la hora de evaluar adecuadamente el riesgo suicida, ya que **disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo**. Paralelamente, el interés por los factores protectores radica en que su potenciación podría ayudar a prevenir el suicidio, de tal forma que son aspectos a tener en cuenta en las entrevistas de detección con los pacientes y/o familiares así como en posteriores seguimientos, como elementos sobre los que trabajar con el paciente.

Se pueden dividir en:

PERSONALES:

- Presentar flexibilidad cognitiva.
- Capacidad para pedir consejo y/o ayuda ante dificultades.
- Tener competencia personal, percepción de autoeficacia y una adecuada autoestima.
- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas.
- Adecuadas estrategias de afrontamiento y manejo del estrés.
- Estabilidad emocional, optimismo y una identidad personal sólida.
- Locus de control interno.
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
- Hábitos de vida saludables.
- Tener hijos, más concretamente en las mujeres. El embarazo disminuye el riesgo de suicidio, al igual que la paternidad (53), especialmente para las madres.
- Tener planes de futuro.

FAMILIARES Y SOCIALES:

- Apoyo familiar y social (más importante que la existencia de apoyo, lo es su fuerza y calidad).
- Integración social. La participación satisfactoria en la vida social y la integración social a través del trabajo, el uso adecuado del tiempo libre, etc.

- La religiosidad y la participación en actividades religiosas se asocian con un menor riesgo de suicidio (54), como también las creencias culturales y étnicas. El mismo efecto protector tienen la espiritualidad y los valores positivos.
- Accesibilidad al sistema sanitario y a cuidados de salud.
- Tratamiento integral multidisciplinar, continuo y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.
- Educación para la salud mental, la prevención y promoción de la salud.



3. MITOS E IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA PERSONA CON IDEA- CIÓN SUICIDA

1. El que se quiere matar no lo dice.

Este criterio conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan ideas suicidas o amenazan con suicidarse.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** De cada 10 personas que se suicidan, 9 de ellas hablaron de sus propósitos o dejaron entrever sus intenciones.

2. El que lo dice no lo hace.

Este criterio minimiza las amenazas, que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones o alardes.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** Todo el que se suicidó expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conductas lo que pretendía.

3. Los que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde.

Este criterio condiciona una actitud de rechazo a quienes atentan contra su vida, entorpeciendo la ayuda que necesitan.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardear, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas.

4. Las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño pues solo quieren llamar la atención.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** toda amenaza de daño a si mismo se debe tomar en serio.

5. El suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin advertencias.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** El suicidio puede parecer impulsivo, pero muchos suicidas dan algún tipo de señal acerca de sus intenciones de hacerse daño.

6. Los suicidas de verdad están decididos a matarse.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** La mayoría de personas con pensamientos suicidas comunican sus pensamientos por lo menos a una persona, lo cual es prueba de ambivalencia, no de intención irrevocable de matarse.

7. Cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** Uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis, cuando la persona está particularmente frágil.

8. El suicidio es siempre hereditario.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** No todo suicidio se puede relacionar con la herencia. Sin embargo, el historial familiar de suicidio es factor de riesgo importante del comportamiento suicida, particularmente en familias en las que la depresión es común.

9. Las personas que se suicidan o lo intentan siempre tienen un trastorno mental.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** Si bien el número de suicidios es mayor en personas con trastorno mental que en la población general, hay casos en los que no había ningún trastorno mental evidente.

10. Hablar del suicidio con una persona en riesgo puede incitar a que lo realice.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** Hablar de suicidio con una persona en riesgo, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

11. Los suicidas son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra sí mismo pueden atacar contra los demás.

- **CRITERIO CIENTÍFICO:** El suicidio por lo general es un acto autoagresivo, en el que el sujeto vierte contra sí mismo los impulsos destructivos.

4. ¿CÓMO EVALUAR EL RIESGO DE SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

El profesional de Atención Primaria puede verse enfrentado a una variedad de condiciones y situaciones asociadas con comportamientos suicidas o autolesivos. Ejemplos: *Un varón de edad avanzada, recientemente viudo, tratado por depresión, que vive solo, con una historia de intento de suicidio; una mujer joven con unos pocos rasguños en el antebrazo, a quien su novio acaba de dejar, son dos ejemplos con distinto riesgo potencial.*

16

Cuando existe un indicio razonable de riesgo de suicidio en el paciente, surge el dilema de cómo proceder. Es importante ser conscientes de esa situación y buscar ayuda si es preciso, ya que resulta esencial no ignorar ni negar el riesgo. Hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida puede aliviar su ansiedad y contribuir a que se sientan mejor comprendidos, sin que ello aumente el riesgo de desencadenar una conducta suicida.

El contacto inicial con el paciente es muy importante, por ello el primer paso, y el más inmediato, es asignar un tiempo adecuado de atención al paciente, aunque muchos otros puedan estar esperando fuera del consultorio. La disposición para escuchar y entender permite establecer una relación positiva con el paciente.

Otro aspecto básico a tener en cuenta durante el proceso de atención a estos pacientes es la actitud hacia ellos y el estilo comunicacional que se adopte. Para facilitar la comunicación, se requiere un acercamiento tranquilo, abierto, afectuoso, adecuado y sin juicios.

RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN:

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none">.Estar presente, acompañar.Escuchar atentamente, mostrar empatía y permanecer calmado/a.Empatizar, entender sus sentimientos.Transmitir mensajes no verbales de aceptación y respeto.Expresar respeto por sus opiniones y valores personales.Hablar honesta y genuinamente.Demostrar interés, preocupación y calidez.Centrarse en sus sentimientos	<ul style="list-style-type: none">.Juzgar o sermonear.Hacer parecer el problema algo trivial.Interrumpirle con demasiada frecuencia.Escandalizarse por las verbalizaciones que realice.Emocionarse en exceso, perdiendo el control sobre la interacción.Trasmitir poca disponibilidad (prisa, estar ocupado, distraído...).Ser condescendiente.Realizar comentarios indiscretos o poco claros.Hacer preguntas tendenciosas

*Para ahondar más en estos aspectos, se puede leer el punto 1º ACOGER, del capítulo dedicado a la intervención ante riesgo inminente de suicidio.

4.1. IDENTIFICAR EL RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA

FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO		Circunstancias
FACTORES INDIVIDUALES, SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS	Trastornos psiquiátricos.	Depresión, alcoholismo, trastorno de la personalidad, trastorno mental grave.
	Enfermedades físicas que generan sufrimiento.	Enfermedad terminal, dolorosa o debilitante, SIDA.
	Intentos de suicidio previos.	Circunstancias adversas y mala evolución.
FACTORES FAMILIARES	Factores sociales. Acceso a medios.	Divorcio, viudez. Vivir solo (aislado socialmente). Desempleo o retiro Pérdidas sensibles.
	Historia familiar de suicidio. Situaciones estresantes.	Separación, rechazo, problemas familiares o pérdidas significativas, cambio en el estatus ocupacional o financiero.

17

4.2. EVALUACIÓN MEDIANTE ENTREVISTA CLÍNICA.

La principal medida preventiva en atención primaria parece ser el abordaje a través de la entrevista clínica, como instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio.

Cuando el personal de atención primaria sospeche que el comportamiento suicida es una posibilidad, debe emplearse la entrevista para obtener información acerca de:

- Su estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio;
- La presencia/no de un plan suicida y su nivel de planificación
- El sistema de apoyo de la persona (familia, amigos, etc.).

Es necesaria una evaluación clínica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de la ideación suicida. Para obtener esta información, es importante realizar entrevistas tranquilas y abiertas, en un lugar apropiado, garantizando un nivel adecuado de privacidad y procurando establecer una relación empática con el paciente que facilite la expresión de la intencionalidad suicida y permita el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica.

Evaluar el riesgo de suicidio de forma empática mediante la entrevista clínica ante una persona con riesgo o sospecha de presentar ideación autolítica:

- Ofrecer una respuesta rápida y eficaz, aliviar la ansiedad y contribuir a que se sientan escuchados y comprendidos (incluso en su deseo de morir).
- Explorar de forma gradual la ideación autolítica ante sospecha de pensamientos suicidas y si se presentan factores de riesgo de suicidio.
- Es recomendable formular preguntas no exigentes ni coercitivas, plantearlas de forma cálida y cercana.
- Avanzar a preguntas más específicas para graduar el nivel de riesgo y posibilidad real de suicidio.
- Analizar la situación, proveer de un plan de seguridad como la “tarjeta cortafuegos¹”, planificando previamente una serie de pautas para autoprotegerse en caso de que aparezcan las ideas suicidas, usar aplicaciones móviles diseñadas y validadas para tal efecto. Potenciar factores protectores: apoyos, rutinas, aficiones y pasatiempos, herramientas de afrontamiento y contactos.
- Contactar con la familia si es necesario.
- Tener en cuenta que muchas personas acuden a Atención Primaria expresando síntomas físicos que enmascaran la realidad de la ideación o intención suicida.

¿CUANDO PREGUNTAR?

- Después que se ha establecido una empatía.
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos.
- Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos.



#90127440

¹ Se entiende por tarjeta cortafuegos aquella que contiene una serie de pautas para auto protegerse frente a las ideas suicidas

¿CÓMO PREGUNTAR?

Es útil adentrarse en el tema gradualmente. Una secuencia de preguntas útiles es:

19

- ¿Cómo se siente?
- ¿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?

Cuando preguntamos sobre si han pensado en ello y no nos dicen nada pero realizan ciertas conductas, nos pueden hacer sospechar que sí presentan ideación suicida (P.ej: el llanto, bajar la cabeza y mirar al suelo, hacer silencio tras la propia pregunta, mostrarse intranquilo o angustiado, etc.)

PREGUNTAS ADICIONALES

El proceso no termina con la confirmación de la presencia de ideas suicidas. Continúa con preguntas adicionales, encaminadas a valorar la frecuencia y la severidad de la idea y la posibilidad de suicidio.

Es importante saber si el paciente ha hecho planes y posee los medios para cometer suicidio. No obstante, si el paciente ha planeado un método y posee los medios (p.ej.: píldoras), o si el medio propuesto está fácilmente a su alcance, el riesgo de suicidio es más alto. Es crucial que las preguntas no sean exigentes ni coercitivas, sino que se planteen de manera cálida, mostrando la empatía del médico hacia el paciente. Estas preguntas podrían incluir:

- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Cómo está planeando hacerlo?
- ¿Tiene en su poder [píldoras / armas / otros medios]?
- ¿Ha considerado cuándo va a hacerlo?



4.3. EVALUACIÓN MEDIANTE CUESTIONARIO DE SCREENING

Estos instrumentos se basan en la valoración directa de ideas/conductas suicidas y factores de riesgo, como también en síntomas o síndromes asociados al suicidio. Su empleo sirve para complementar la información obtenida mediante la entrevista y son fáciles de administrar, proporcionando datos relevantes. No obstante, se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de estas escalas.

Una de las escalas más empleadas es:

Durante este último mes:	Puntos
¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? NO/ Sí	1
¿Ha querido hacerse daño? NO/ Sí	2
¿Ha pensado en el suicidio? NO/SÍ	6
¿Ha planeado cómo suicidarse? NO/ Sí	10
¿Ha intentado suicidarse? NO/ Sí	10

A lo largo de su vida:	
¿Alguna vez ha intentado suicidarse? NO SÍ	4

Suma de puntuaciones para valorar RIESGO DE SUICIDIO	LEVE: 1-5 puntos MODERADO: 6-9 ALTO: >=10
--	---

Cuestionario MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI) Versión en español: L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert Instituto IAP – Madrid – España M. Soto, O. Soto University of South Florida, Tampa Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco. Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.



5. ACTUACIONES SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA DESDE EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

RECOMENDACIONES GENERALES

- Como norma general se recomienda establecer canales de comunicación además de coordinación reglada con las Unidades de Salud Mental.
- Establecer a nivel local un protocolo de detección, abordaje y derivación.
- Formación de profesionales:
 - Guías de consulta rápida para profesionales.

21

REMISIÓN AL ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL- ¿Cuándo remitir?

Los pacientes deberán remitirse a Salud Mental cuando presenten ideas planificadas de suicidio y presencia de uno o más de estos factores:

- Trastorno mental severo.
- Historia de intento de suicidio previo.
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo o trastorno mental severo.
- Mala salud física.
- Situación socio-familiar de riesgo o con falta de apoyo.

¿CÓMO REMITIRLO?

Después de decidir la remisión de un paciente, el médico deberá:

- Tomarse tiempo para explicar al paciente el motivo de la remisión.
- Calmar su ansiedad sobre el estigma y la medicación psicotrópica.
- Aclararle que las terapias farmacológica y psicológica son efectivas.
- Enfatizar que la remisión no significa “abandono” y asegurarle tiempo al paciente durante la espera y después de la cita en Salud Mental.
- Concertar una cita con la Unidad de Salud Mental.
- Asignarle tiempo al paciente para después de su cita en Salud Mental.

¿CUÁNDO HOSPITALIZAR UN PACIENTE?

Estas son algunas de las indicaciones para hospitalización inmediata:

- Pensamientos recurrentes de suicidio.
- Nivel alto de intención de morir en el futuro inmediato (siguientes horas/días).
- Agitación o pánico.
- Existencia de un plan para usar un método violento e inmediato.

¿CÓMO HOSPITALIZAR AL PACIENTE?

- No lo deje solo, ni tenga a su alcance medios con los que pueda auto-lesionarse.
- Si las capacidades mentales del paciente lo permiten, explíquelo la valoración de ingreso y acuerde con éste la forma de proceder, incluido si desea informar/no del ingreso a alguien de su entorno.
- Si es pertinente, informe a la familia y pida su colaboración.
- Disponga la hospitalización.
- Disponga el traslado al hospital.



Cuando se constata la presencia de ideación y/o conducta autolítica en un paciente, se hace necesario el seguimiento desde Atención Primaria en todos los casos e independientemente del nivel de riesgo que presente la persona. Son varios los objetivos de realizar seguimiento:

1. En pacientes de riesgo bajo: para valorar la evolución y si el riesgo cambia, tomar medidas adecuadas a la nueva situación.
2. En caso de que se haya determinado la necesidad de derivación a Salud Mental: para proporcionar apoyo durante la espera y asegurarse que el paciente es visto en consulta.
3. También como apoyo y seguimiento de las medidas terapéuticas establecidas por Salud Mental una vez iniciado el tratamiento.

Es igualmente necesario recalcar que los destinatarios de este seguimiento desde AP no son exclusivamente los pacientes con ideación suicida, sino también sus **familiares**, con los que habrá que colaborar y a los que habrá que asesorar y apoyar mientras el riesgo persista.

Esta atención a familiares (y allegados) cobra su máxima expresión cuando estamos ante casos de fallecimiento por suicidio, donde la labor de los profesionales de primaria consistirá en contactar precozmente con los **supervivientes** para prevenir y/o tratar las alteraciones emocionales y posibles efectos negativos del hecho de la muerte (incluyendo el mismo suicidio del superviviente), prestar apoyo emocional en el duelo y prevenir el duelo patológico, valorando en su caso la pertinencia de remitirlos a Salud Mental llegado el caso.

En este seguimiento tanto a pacientes como a familiares, y en función de cada caso particular, los encargados del mismo podrán ser –por separado o de forma coordinada–: médico/a, profesional de enfermería y/o trabajador/a social.

A continuación se sugieren unas pautas básicas para el **seguimiento en consulta de los pacientes con ideación suicida de menor riesgo**:

Mostrar interés

Si un paciente está alterado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, o síntomas físicos inespecíficos, la oportunidad de comunicar sus pensamientos y sentimientos ante un profesional médico que demuestre interés, puede ser suficiente. Debe dejarse abierta la oportunidad de un seguimiento posterior, especialmente si el paciente tiene un inadecuado apoyo social.

Tres rasgos en particular son característicos del estado de ánimo de personas con ideación suicida:

1. **Ambivalencia.** La mayoría de los pacientes son ambivalentes. Ésta es una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el de morir. Si esta ambivalencia es usada por el médico para aumentar el deseo de vivir, el riesgo puede reducirse (p. ej. Encontrar un motivo o sentido para vivir).

Advertencias:

- A veces se produce una mejoría engañosa o falsa. Cuando un paciente agitado se calma súbitamente, puede haber tomado la decisión de cometer suicidio y por lo tanto se siente tranquilo después de haberlo decidido.
- Los pacientes que tienen serias intenciones de matarse pueden deliberadamente negar tales ideas.

2. **Impulsividad.** El suicidio es con frecuencia un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio y suele durar unos pocos minutos u horas. Si se proporciona apoyo al momento del impulso, que retrase el acto, la crisis puede disolverse.

3. **Rigidez.** Las personas con ideación suicida pueden presentar rigidez en su pensamiento, su humor y su forma de actuar. Al explorar posibles alternativas para tratar con estos pacientes, el médico gentilmente hace que el paciente tome conciencia de que existen otras opciones o maneras de solucionar los problemas, incluso aunque no sean las más deseadas (p. ej. separarse, mudarse a vivir a otra parte, dejar el trabajo, etc.)

Obtención de apoyo

El médico deberá evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar un paciente, amigo, conocido, u otra persona que pueda apoyar al paciente y solicitar su ayuda, tratando de conseguir el permiso de la persona suicida para dicho contacto.

Si hubiera factores sociales relevantes, se realizará además solicitud de consulta a Trabajo Social para abordar factores de riesgo y/o precipitantes sobre los que se pudiera influir positivamente.

Familiares/Allegados: es importante remarcar el papel positivo de las familias y personas allegadas como agentes terapéuticos. Por lo general, familia y amigos pueden proporcionar a la persona con ideación suicida y/o que ha realizado un gesto autolítico un entorno de seguridad y confianza. Además, son quienes mejor pueden cono-

cer a la persona con ideación suicida, su estado emocional y sus circunstancias, ayudando así al profesional a valorar el riesgo y las medidas a adoptar.

Pero a menudo sus miembros no están preparados para esa situación, por lo que será necesario orientarles adecuadamente tanto en el modo de apoyar a la persona afectada, como en estrategias para el auto-cuidado. Para ello, el profesional que los atiende puede apoyarse en distintas guías ya publicadas, donde encontrará pautas que transmitirles así como documentación que los familiares podrán consultar por su cuenta.

A groso modo, habrá que abordar con la persona identificada como figura de apoyo lo siguiente:

- Explicarle las señales de alarma para la búsqueda de ayuda.
- Que colabore con su familiar/allegado en la elaboración de su plan de seguridad.
- Que tenga disponibles teléfonos de emergencia o ayuda.
- Darle indicaciones de cómo limitar el acceso a posibles medios lesivos.
- Indicarle –si el caso lo requiere- la importancia de no dejarle solo/a: involucrar a otros familiares y/o amigos.
- Darle pautas básicas que favorezcan la comunicación (preguntar, escuchar, dejar que se exprese, no juzgar).
- Motivarle a trabajar las fortalezas de la persona con ideación y potenciar factores de protección, sin infravalorar a la persona (evitar tratarla como incapaz).

Otros apoyos: habrá casos en que la persona atendida presente una situación socio-familiar de riesgo o carezca de los apoyos adecuados. También puede ocurrir que la persona con ideación rechace pedir ayuda a su entorno inmediato y prefiera hablar con personas ajenas a él, bien por querer protegerlas o bien por temor al rechazo.

En estas circunstancias, se hace aconsejable explorar con el paciente su disposición a emplear otros recursos que pudieran estar disponibles en su entorno (servicios religiosos, teléfonos de ayuda, grupos de apoyo, etc.) y facilitarle la toma de contacto con los mismos.

Negociación y Contrato terapéutico

Pactar un contrato de “no suicidio” es una técnica útil en la prevención del suicidio. Otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar el contrato. La negociación puede promover discusiones sobre varios temas importantes. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su médico. La contratación es apropiada solo cuando los pacientes tienen control sobre sus actos.

En ausencia de un trastorno psiquiátrico severo o un intento de suicidio, el médico puede iniciar y disponer tratamiento farmacológico, generalmente con antidepresivos, y terapia de apoyo. La mayoría de las personas se benefician al continuar en contacto con el médico de forma programada.

Exceptuando el caso de tratamiento de enfermedades subyacentes, pocas personas requieren apoyo por más de dos o tres meses y este apoyo deberá centrarse en dar esperanza, estimular la independencia y ayudar al paciente a aprender diferentes formas de enfrentar los acontecimientos estresantes y los problemas de la vida cotidiana.



6. INTERVENCIÓN ANTE EL RIESGO INMINENTE DE SUICIDIO.

*1. INTERVENCIÓN EN CRISIS SIGUIENDO EL MODELO 'AFVA':
ACoger – FOCALIZAR EL PROBLEMA – VALORAR GRAVEDAD -
ACTUAR.*

27

1º ACOGER

Los primeros momentos de la intervención en crisis son fundamentales y van a condicionar el resto de la acción terapéutica, por eso es tan importante hacer una buena acogida:

- Transmitir a la persona potencialmente suicida que no está sola.
- Facilitar la verbalización del problema evitando preguntas cerradas e intentar que canalice el motivo de su angustia.
- Huir de estereotipos “esto pasará pronto”, “con las cosas que tú tienes”, etc.
- Favorecer una transferencia positiva: Posibilitar un clima de confianza.
- Primar el contacto físico, si se ve oportuno, y la comunicación no verbal sobre la palabra para mostrar nuestro dolor compartido.
- Primar el aquí y el ahora centrándonos en las necesidades físicas o psíquicas de ese instante en un clima de tolerancia máxima.
- Contener el dolor para que las consecuencias sean mínimas y evitar la descompensación del sujeto y la caída al vacío. Se consigue mediante una actitud cálida, comprensiva y firme que provoque seguridad a la persona potencialmente suicida.
- Si queremos ayudar debemos empatizar y conectar con la inseguridad y la angustia de esa persona, olvidando nuestros dogmatismos y rigidez de criterios. Aceptar su inseguridad y angustia.
- El encuadre no tiene límites espaciales ni temporales, puede durar minutos, horas o días y realizarla en la consulta, el domicilio, la calle o cualquier lugar.
- La comunicación verbal debe ser breve, haremos una escucha activa con intervenciones cortas y concisas, con mensajes claros.

ESCUCHA ACTIVA DURANTE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

28

- Escucharemos con atención y en calma.
 - Nos centraremos en los sentimientos de la otra persona.
 - Entendemos los sentimientos del otro mostrando empatía.
 - Transmitiendo mensajes no verbales de aceptación y respeto.
 - Mostrando cordialidad pertinente, siendo honesto, genuino y respetando las opiniones y valores de la otra persona.
 - Dando respuesta a sus sentimientos, a los elementos explicativos y demandas.
-

Por medio de la Escucha Activa mostramos al interlocutor que le estamos entendiendo.

Para ello emplearemos acciones como:

- ✓ Parafrasear: resumir lo que la otra persona ha dicho (p. ej. “¿me estás diciendo que para estar así, preferirías estar muerto?”).
- ✓ Dar a entender que se comprende el estado emocional. No es únicamente decir: “sé cómo te sientes”, sino acompañarse de comunicación no verbal.
- ✓ Mostrar que se acepta lo que dice aunque no se esté de acuerdo.

Y evitaremos acciones del tipo:

- ✓ Rechazar emociones que la persona manifiesta (lloros, silencios...), con gestos o palabras.
- ✓ Juzgar.
- ✓ Interrumpir.
- ✓ Contar la propia historia o ponerse uno mismo de ejemplo.
- ✓ Dar consejos no pedidos.
- ✓ Descalificar opiniones.

2º FOCALIZAR EL PROBLEMA

“Un problema bien definido, es un problema medio resuelto”
Charles Franklin Kettering

Debemos definir y delimitar el problema

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Cuándo ocurre?

- ¿Dónde ocurre?
- ¿Quién está involucrado?

Debemos intentar fragmentar el problema, los problemas complejos se deben formular de manera sencilla, preguntándole por lo que más le angustia en el momento actual. Divide los problemas y abórdalos de uno en uno; todos a la vez es imposible.

3º VALORAR LA GRAVEDAD

- Evaluar el riesgo real de realizar el suicidio.
- Evaluar su comportamiento en situaciones anteriores parecidas.
- Sus recursos personales psicológicos y su situación grupal familiar y social.
- Sus limitaciones: deficiencias personales y psicológicas (rasgos de personalidad, patologías psiquiátricas).
- Posibilidad de un tratamiento.

4º ACTUAR

- Valorar recursos personales, familiares y sociales.
- Derivación a Salud Mental o internamiento
- Seguimiento

2. MEDIDAS A TOMAR

1º NO DEJARLE SÓLO, INVOLUCRAR A LAS FAMILIAS Y AMIGOS

La desesperanza, la impulsividad y el aislamiento social son factores que combinados multiplican el riesgo de suicidio.

El aislamiento es incompatible con la oportunidad de una persona para expresar su estado emocional y lo priva de la comprensión y el cuidado que podría recibir de la familia y los amigos, que a veces llegan donde las familias no pueden llegar.

2º HABILIDADES DE COMUNICACIÓN: CÓMO PREGUNTAR Y ESCUCHAR

Preguntar sobre la existencia de ideas suicidas no incrementa el riesgo de desencadenar este tipo de acto y puede ser la única oportunidad de prevenirlo.

ANTE UNA CONDUCTA SUICIDA ES IMPORTANTE.....

- No juzgar a la persona.
- Tomar en serio sus amenazas.
- No minimizar sus ideas.
- No entrar en pánico y hablar abiertamente de su idea.
- Utilizar la palabra suicidio con normalidad.
- Hacer una escucha auténtica.
- Comprender que la persona está en un momento muy difícil.
- Conocer los motivos que le llevan a acabar con su vida y buscar alternativas.
- Buscar razones para vivir.
- Pensar en lo que te ha servido en otras situaciones.
- Tener en cuenta que la persona supo salir de otros problemas. “Si otras veces pudiste por qué esta vez no lo vas a conseguir”.
- Decirle que las crisis siempre son pasajeras, no son permanentes.
- Que los problemas pueden resolverse.
- Que las crisis no son momentos de tomar decisiones permanentes.
- Que en realidad nadie quiere morir, sino dejar de sufrir.
- No emplear “paños calientes”, o expresiones dirigidas a minimizar la situación (p. ej. “Eso son tonterías”, “Ya verás como no es nada”, “Tú no pienses en eso”, “Con lo que tú tienes...”)

3º LIMITAR EL ACCESO A POSIBLES MEDIOS LESIVOS

Las personas en riesgo suelen utilizar aquellos medios letales más accesibles y más cómodos. Retirar de su entorno todo material susceptible de ser utilizado con finalidad suicida:

- Ingesta de medicamentos.
- Precipitación de pisos altos.
- Armas, cuchillos, cuerdas, etc.

Tener en cuenta que si ha fracasado en un intento utilizará un método más letal al previamente usado.

4º TENER A MANO TELÉFONOS DE EMERGENCIA Y AYUDA

- Servicios de emergencia 112 y Teléfono de la Esperanza (717 003 717).
- En el caso de una persona en tratamiento psiquiátrico ponerse en contacto con el especialista de referencia.
- Informar a las personas más cercanas de la situación que está atravesando y la importancia del apoyo.

31

3. QUE HACER CUANDO EL RIESGO DE SUICIDIO ES INMINENTE

- Las personas que primero contactan con la persona potencialmente suicida tienen un objetivo, disuadir a la persona de su intención de suicidarse, rescatándola y garantizar su seguridad.
- Si la persona en riesgo contactara por teléfono se intentará recabar la máxima información y mantenerla el mayor tiempo posible al teléfono, porque cada minuto que pase aumentará la posibilidad de éxito, siendo la comunicación la herramienta principal. Intentaremos conocer: nombre, intentos previos y método utilizado, problemas principales, causa precipitante del intento, consumo de alcohol y drogas, enfermedad mental o física, aficiones y preferencias, contexto familiar, laboral, motivos para vivir, etc.
- Si tenemos a la persona potencialmente suicida presente, intentar un acercamiento físico muy progresivo, sin brusquedades, manteniendo una distancia prudente. Si la persona lo permite, el contacto físico puede ser muy positivo y contenedor de emociones (p. ej. apoyar una mano en el hombro...) También puede servir un abordaje indirecto como son sus necesidades básicas (ofrecer agua, una manta, etc) para cambiar su foco de atención y que se sienta cuidada y atendida.
- Utilizar frases cortas (Hablar poco y escuchar).
- Eliminar barreras físicas (p. ej. la mesa de despacho).
- Estar atentos a la comunicación no verbal.
- Preguntar en el momento adecuado los motivos por los que se quiere suicidar. Yendo de lo general a lo concreto.
- Utilizar la palabra suicidio con normalidad, sin que la persona perciba rechazo alguno.

- Intentar generar ambivalencia o dudas sobre esta decisión. Intentando reforzar los aspectos negativos de la decisión (p. ej. preguntar “¿En realidad quieres morir o dejar de sufrir/ superar los problemas?”).
- Se evitará generar falsas expectativas ni se harán promesas que no se puedan cumplir.
- Es fundamental transmitir que la situación en la que se encuentra tiene salida y aunque en este momento no lo haya encontrado, ésta existe.
- Se intentará encontrar conjuntamente alternativas que la “visión en túnel” de la lógica suicida impide vislumbrar.



7. DERIVACIONES Y RECURSOS

Servicios de Ayuda y Emergencia:

Servicios de urgencias y emergencias GUETS– 112:

<http://www.112.es>

Teléfono de la Esperanza :

Teléfono de emergencias y crisis (para toda España): 717 003 717

Teléfono de la Esperanza en Toledo: 925 23 95 25

<http://www.telefonodelaesperanza.org/toledo>

Teléfono de la Esperanza en Albacete: 967 52 34 34

<http://www.telefonodelaesperanza.org/albacete>

Protección Civil: *(En numerosos ayuntamientos de la región).*

Cruz Roja Castilla-La Mancha:

http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=566,1&_dad=portal30&_schema=PORTAL30&P_CENT=14462

Guardia Civil:

TELÉFONO DE EMERGENCIAS: **016**

ZONA CASTILLA-LA MANCHA: **925 225 900**

[HTTP://WWW.GUARDIACIVIL.ES/EN/INSTITUCIONAL/DIRECTORIO/TOLEDO/ZONA CASTILLA LA MANCHA .HTML](http://www.guardiacivil.es/en/institucional/directorio/toledo/zona_castilla_la_mancha.html)

Policía Nacional:

TELÉFONO DE EMERGENCIAS: 091

DEPENDENCIAS POLICIALES DE CASTILLA-LA MANCHA:
[HTTPS://WWW.POLICIA.ES/DEPNPOL/DEPNPOL_PROVINCIA.PHP?ID_REGION=5](https://www.policia.es/depnpol/depnpol_provincia.php?id_region=5)

Servicios de Información:

FEDERACIÓN SALUD MENTAL CASTILLA-LA MANCHA.

AVENIDA RÍO BOLADÍEZ, 62 LOCAL A CP 45007 - TOLEDO

TELÉFONO: 925 28 43 76 / 925 28 43 60

CORREO ELECTRÓNICO: INFO@FEAFESCLM.COM

<http://www.feafesclm.com>

Centro de Escucha San Camilo:

91 5335223 Marisa Magaña

Centro de Escucha San Camilo de Guadalajara: 949034902 o 66453147.

<https://siquenza-quadalajara.org/index.php/diocesis/articulos-de-blog/2252-centro-de-escucha-san-camilo-de-quadalajara>

info@redaipsis.org

ASOCIACIÓN DE INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL SUICIDIO (RED AIPIS):

www.redaipsis.org

PAUTAS GENERALES

Se recomienda derivación urgente al Servicio de salud mental si:

- Presencia de trastorno mental grave con situación de descompensación aguda y señales de riesgo.
- Conducta autolítica grave reciente y la situación sociofamiliar es valorada como de riesgo o falta de apoyo.
- La persona verbaliza tener un plan de suicidio elaborado.

APPs:

- App PREVENSUIC (para profesionales).

8. RESUMEN Y CONCLUSIONES

8.1 IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL SUICIDIO (OMS, 2014)

35

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD:

- Dificultades para obtener acceso a la atención a la salud.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA SOCIEDAD EN GENERAL:

- Facilidad de disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse.
- Sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente al suicidio que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas.
- Estigmatización de quienes buscan ayuda por problemas de salud mental.
- Violencia y problemática social: Guerras, desastres, fenómenos de aculturación, discriminación, aislamiento, abuso, violencia, relaciones conflictivas.

FACTORES DE RIESGO A NIVEL INDIVIDUAL:

- Intentos de suicidios previos.
- Padecer trastorno mental grave.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Consumo nocivo de alcohol y otras adicciones.
- Pérdidas financieras.
- Dolores crónicos.

FACTORES DE RIESGO EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

- Infancia y adolescencia: acoso escolar, maltrato, abusos, eventos traumáticos.
- Personas mayores: soledad y falta de apoyo.

ALGUNOS FACTORES DE RIESGO

Alrededor de un 50% de personas que se suicidan habían acudido a su médico en el último mes. Se recomienda explorar pensamientos suicidas en los pacientes que presenten factores de riesgo de suicidio:

- El principal es el **trastorno psiquiátrico** (depresión, esquizofrenia, trastorno de personalidad, consumo de alcohol y otras drogas).
- Si han existido **intentos previos**.
- **Factores de riesgo sociodemográficos**: varones, ancianos con patología orgánica severa o situación de soledad, desempleo.
- **Eventos altamente estresantes e historia familiar de suicidio**.

TENER EN CUENTA SI EXISTEN FACTORES PROTECTORES DE SUICIDIO.

FACTORES PROTECTORES FRENTE AL RIESGO DE SUICIDIO		
FACTORES PERSONALES	FACTORES FAMILIARES	FACTORES SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades sociales y de comunicación positiva. - Tener habilidades para la resolución de conflictos y superación de problemas de manera adaptativa. - Buscar ayuda cuando surgen dificultades. - Ser receptivos a conocimientos y experiencias que nos aporten otras personas. - Tener alta autoestima. Confianza en uno mismo y en sus logros. Valorarse como persona. - Sentirse querido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar, con fuertes lazos entre sus miembros. - Sentirse escuchado, respetado, sin ser juzgado por alguna persona significativa. - Tener hijos, principalmente en mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentirse integrado socialmente, manteniendo buenas relaciones interpersonales con el entorno. - Tener confianza para hablar de temas difíciles con alguna persona. - Los amigos constituyen uno de los factores protectores más efectivos. - Poseer creencias religiosas. - Adoptar valores culturales y tradiciones. - Tener fácil acceso a mecanismos de búsqueda de ayuda. - Tener acceso restringido a medios de suicidio.

0	No hay peligro.
1 Si perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas. Escuchar con empatía.
2 Si vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas. Escuchar con empatía.
3 Si vagos pensamientos de suicidio	Valorar el intento (plan y método). Explorar posibilidades. Identificar apoyo.
4 Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico.	Valorar el intento (plan y método). Explorar posibilidades Identificar apoyo.
5 Ideas suicidas y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes.	Valorar el intento (plan y método). Hacer un contrato. Remitir al psiquiatra
6 Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación e intento previo.	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios). Hospitalizar.

8.2. INTERVENCIÓN DURANTE LA CRISIS EN UNA PERSONA POTENCIALMENTE SUICIDA.

1. PROMOVER Y REFORZAR FACTORES PROTECTORES

- Es importante tener en cuenta que se han identificado una serie de factores que actúan como agentes protectores contra el comportamiento suicida. Cuantos más **factores protectores** concurren en una persona menor será la probabilidad de que la persona realice un acto suicida, pero no significa que la persona no pueda llevarlo a cabo.

2. NIVELES DE INTERVENCIÓN

1º NIVEL DE AYUDA: Es la contención, proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular a la persona en crisis con los posibles recursos de ayuda.

2º NIVEL DE AYUDA: No se limita a restablecer el equilibrio perdido por el suceso precipitante; intenta aprovechar la vulnerabilidad del sujeto, que acompaña a la crisis, para ayudar a establecer un equilibrio mejor y unas estructuras más funcionales.

3º NIVEL DE AYUDA: Es el tratamiento a largo plazo para reforzar los logros conseguidos e impedir posibles repeticiones de la crisis.

3. CONDICIONES PARA LA INTERVENCIÓN Y OBJETIVOS

CONDICIONES DE LA INTERVENCIÓN

1. INTERVENCIÓN “IN SITU”: la crisis debe ser tratada allí donde se produce. Sólo en casos especiales estará justificado el internamiento, pero siempre en un hospital próximo a sus familiares y amigos.

2. INMEDIATEZ: La crisis hay que abordarla en el momento que se produce. Durante la crisis la persona experimenta una gran necesidad de ayuda y es más permeable a toda posibilidad de cambio y modificación. Toda crisis que se enquistada dificulta una solución positiva.

3. EXPECTACIÓN FAVORABLE: Las personas que intervienen en la acción terapéutica de la crisis deben despertar confianza en el sujeto para que su tratamiento sea más eficaz.

OBJETIVOS

1. EVITAR LA CRONIFICACIÓN: Evitando tratamientos costosos y traumatizantes como el internamiento.

2. RESTABLECER EL EQUILIBRIO ANTERIOR: Lograr al menos el nivel de salud mental anterior.

3. ALIVIO INMEDIATO DE LA ANGUSTIA: Facilitando la verbalización de sentimientos y actitudes irracionales. De esta forma podremos neutralizar la angustia y posibilitar el cambio.

4. SEÑALAR LOS POSIBLES RECURSOS: Familia, amistades, atención sanitaria, Centros de atención en crisis, Teléfono de la Esperanza y 112.

9. BIBLIOGRAFÍA

9.1. OTRAS GUIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN AP.

- GUIASALUD: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
- Abordaje del Suicidio en AP. Gobierno de Canarias. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/dbf5ac67-0f04-11de-9de1-998efb13096d/S_MENTAL10.pdf
- Recomendaciones para la prevención del Suicidio SAS. <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>
- Guia de Salud Mental en Ap. SEMFYC. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/conducta-suicida-en-atenci%C3%B3n-primaria/gu%C3%ADa-de-salud-mental-en-atenci%C3%B3n-primaria-conducta-suicida-papps/>

Se recomiendan la del M^e Sanidad (año 2012), la del SAS (2010) y la de la SEMFYC (2007). Los documentos publicados más recientes, que son:

- Asturias: ASTURSALUD (2018) - Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Tiene flujogramas...
- Castilla y León: SACYL (2018) - PROCESO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA, también con fichas y flujogramas.
- C. Valenciana: Generalitat Valenciana (2018) – PREVENCIÓN DEL SUICIDIO_ Guía informativa para profesionales de sanidad.
- Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas. Gobierno de Navarra. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/06676F9C-C4C3-40B7-BEAC-B862C5048D86/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>

Todos se pueden descargar de internet.

9.2. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Documentos genéricos sobre intervención en SM en AP para su consulta:
 1. Chamorro García, L. (Coord) (2004). Guía de Manejo de los Trastornos Mentales en Atención Primaria. Barcelona. Ars Medica. Cap. 10: evaluación del riesgo de suicidio. Pag. 181-190.
 2. OMS (2010). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Incluye un módulo sobre Autolesión/Suicidio. Descargable a través de: <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- Enlace a páginas concretas donde hay material para descargar:
 1. <https://consaludmental.org/category/centro-documentacion/prevencionpromocionsl/prevencion-de-la-conducta-suicida/>
 2. www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/

- Bibliografía incluida en el presente documento:

- 1 Clayton PJ: Suicide. *Psychiatr Clin North Am.* 8:203-214 1985 3895188.
- 2 Hirschfeld RMA, Davidson L: Risk factors for suicide. Frances AJ Hales RE *American Psychiatric Press review of psychiatry.* vol. 7 1988 American Psychiatric Press Washington, DC.
- 3 Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, et al.: Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Dis.* 34:173-185 1995.
- 4 Moscicki EK: Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav.* 25:22-35 1995.
- 5 Rich CL, Young D, Fowler RC: San Diego suicide study: young vs. old subjects. *Arch Gen Psychiatry.* 43:577-582 1986 3707290.
- 6 Brent DA: Correlates of medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 26:87-89 1987.
- 7 Hirschfeld RMA, Russell JM: Current concepts: assessment and treatment of suicidal patients [review]. *N Engl J Med.* 337:910-915 1997.
- 8 Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, et al.: Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Dis.* 34:173-185 1995.
- 9 Hawton K: Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry.* Vol 150, Issue 2: 145-153. Feb 1987.
- 10 Hirschfeld RMA: Algorithm for the evaluation and treatment of suicidal patients. *Prim Psychiatry.* 3:26-29 1996.
- 11 Miller NS, Giannini AJ, Gold MS: Suicide risk associated with drug and alcohol addiction. *Cleve Clin J Med.* 59 (5): 535-538. 1992.
- 12 Weiss R, Hufford MR: Substance abuse and suicide. Jacobs DG *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention.* . Wiley. Dec. 1998.
- 13 Tsuang MT, Fleming JA, Simpson JC: Suicide and schizophrenia. Jacobs DG *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention.* Jossey-Bass San Francisco 1999.
- 14 Caldwell CB, Gottesman II: Schizophrenia—a high-risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life Threat Behav.* 22:479-493 1992.
- 15 Goldsmith SJ, Fyer M, Frances A: Personality and suicide. Blumenthal SJ Kupfer DJ *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients.* 1990 American Psychiatric Press Washington, DC
- 16 Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, et al.: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med.* 321:1209-1214 1989.
- 17 Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23:139.
- 18 Szanto K, Reynolds CF 3rd, Conwell Y, et al. High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:1401.
- 19 Dieserud G, Røysamb E, Ekeberg O, Kraft P. Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31:153.
- 20 Welte JW, Abel EL, Wieczorek W. The role of alcohol in suicides in Erie County, NY, 1972-84. *Public Health Rep* 1988; 103:648.
- 21 Dorward, RA, Chartock, L. Suicide: A public health perspective. In: *Suicide: Understanding and Responding.* Jacobs, D, Brown, HN (Eds), International Universities Press, Madison 1989. p.31.
- 22 O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. *BMJ* 2004; 329:895.

23 Hoertel N, Franco S, Wall MM, et al. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Mol Psychiatry* 2015; 20:718.

24 Psychiatric Emergencies. In: Kaplan and Sadock. *Synopsis of Psychiatry*, 7th ed, Kaplan, HI, Sadock, BJ, Greb b, JA (Eds), Williams & Wilkins, Baltimore 1994. p.803.

25 Miller M, Azrael D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast. *Ann Emerg Med* 2004; 43:723.

26 Monk M. Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev* 1987; 9:51.

27 McIntosh WL, Spies E, Stone DM, et al. Suicide Rates by Occupational Group — 17 States, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:641-660.

28 Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013; 203:409.

29 Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2295.

30 Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013; 347:f5239.

31 Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, et al. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004; 164:1179.

32 Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med* 2014; 44:279.

33 Campbell G, Darke S, Bruno R, Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2015; 49:803.

34 Racine M. Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2017.

35 Roy A: Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*. 39:1089-1095 1982

36 Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008; 167:1155.

37 Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiatry* 2016; 173:1094.

38 Hawton, K. Suicide and attempted suicide. In: *Handbook of Affective Disorders*, 2nd ed, Pankel, ES (Ed), Guilford, New York 1992. p.635.

39 Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 2008; 337:a2205.

40 Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337:910.

41 Adam KS: Attempted suicide. *Psychiatr Clin North Am*. 8:183-201 1985.

42 Hofmann DP, Dubovsky SL: Depression and suicide assessment. *Emerg Med Clin North Am*. 9:107-121 1991.

43 Roy A, Segal NL, Centerwall BS, et al.: Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry*. 48:29-32 1991 1984759.

44 Phillips DP, Cartensen LL: Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med*. 315:685-689 1986.

45 Hardt J, Bernert S, Matschinger H, et al. Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: results from the ESEMeD study. *J Affect Disord* 2015; 175:168.

46 Devries KM, Mak JY, Child JC, et al. Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics* 2014; 133:e1331.

47 Helmkamp JC. Occupation and suicide among males in the US Armed Forces. *Ann Epidemiol* 1996; 6:83.

48 Buie, DH, Malltsberger, JT. The psychological vulnerability to suicide. In: *Suicide: Understanding and Responding*, Jacobs, D, Brown, NH (Eds), International Universities Press, Madison 1989. p.59

49 Blumenthal SJ, Kupfer DJ. Generalizable treatment strategies for suicidal behavior. *Ann N Y Acad Sci* 1986; 487:327.

49 Ajdacic-Gross V, Ring M, Gadola E, et al. Suicide after bereavement: an overlooked problem. *Psychol Med* 2008; 38:673.

50 Feodor Nilsson S, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health* 2014; 24:50.

51 Värnik A, Kõlves K, Wasserman D. Suicide among Russians in Estonia: database study before and after independence. *BMJ* 2005; 330:176.

51 Economou M, Madianos M, Peppou LE, et al. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* 2013; 12:53.

52 Silenzio VM, Pena JB, Duberstein PR, et al. Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents and young adults. *Am J Public Health* 2007; 97:2017.

53 Qin P, Mortensen PB. The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:797.

54 Stack S, Lester D. The effect of religion on suicide ideation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991; 26:168.