

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



Trabajo Fin de Grado en Enfermería
Convocatoria: Junio 2016

" Uso de programas para la prevención del suicidio "

Autor/a: Marina Hernández Castillo
Tutor/a: Alda Elena Cortés Rodríguez

Resumen

Introducción: La alta prevalencia del suicidio a nivel mundial muestra la relevancia de este problema con repercusiones a nivel sanitario y social. Debido a esto hay que trabajar para reducir dicha prevalencia, identificando los factores de riesgo y los factores de protección existentes. Además, el personal sanitario es un grupo especialmente de riesgo, por lo que es necesario encontrar la combinación más eficaz para prevenir todo tipo de conducta suicida en los grupos de riesgo y en la población general.

Objetivos: (1) Describir los métodos de prevención del suicidio más relevantes. (2) Evaluar la eficacia de cada uno de estos métodos.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica de los programas más relevantes de prevención del suicidio realizada en las siguientes bases de datos: Medline, LILACS, Google Scholar y Elsevier.

Resultados: Tras la búsqueda bibliográfica se han analizado 3 programas de prevención del suicidio enfocados a distintos grupos de riesgo: personas con intentos previos de suicidio, persona que presentan ideación suicida y profesionales sanitarios. Estos programas tienen un resultado favorable en cuanto a la reducción de la tasa de suicidio en el grupo de intervención.

Conclusiones: Establecer estrategias de prevención del suicidio a nivel nacional es una medida muy importante para disminuir la prevalencia de este problema tanto a nivel sanitario, como a nivel social. Sin embargo, resulta importante seguir realizando más estudios con duraciones superiores para ver si realmente se está haciendo un impacto en las tasas de suicidio. Además de prevenir el suicidio en grupos de riesgo resulta vital educar a la población general sobre síntomas de ideación suicida y donde acudir en caso de necesitar ayuda profesional.

Índice

1. Introducción.....	4
1.1. Definiciones	4
1.2. Prevalencia	4
1.3. Factores de riesgo	5
1.4. Factores de protección	7
1.5. Suicidio en Enfermería	7
1.6. Justificación de este estudio	8
2. Objetivos.....	8
3. Metodología.....	8
4. Resultados.....	10
4.1. Uso de la gestión de casos en Kaohsiung	11
4.1.1 Intervención	11
4.1.2 Muestra del estudio	11
4.1.3 Resultados.....	12
4.1.4 Limitaciones.....	13
4.1.5 Evaluación	13
4.2 Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Barcelona.....	14
4.2.1 Intervención	14
4.2.2 Muestra del estudio	16
4.2.3 Resultados.....	17
4.2.4 Limitaciones.....	17
4.3 Uso de herramientas virtuales en profesionales sanitarios	18
4.3.1 Intervención	18
4.3.2 Muestra del estudio	19
4.3.3 Resultados.....	19
4.3.4 Limitaciones.....	20
5. Discusión	20
6. Conclusiones	22
7. Bibliografía.....	24

1. Introducción

1.1. Definiciones

En la literatura relacionada con salud mental se define como suicidio todo acto de matarse deliberadamente. Por el contrario, el intento de suicidio es considerado un comportamiento con intención de provocarse la muerte, potencialmente lesivo, pero que no tiene resultado mortal. Este intento se diferencia del parasuicidio en que, aun siendo autolesivo, no presenta intencionalidad suicida.¹

Todas estas conductas se consideran que forman parte de un comportamiento suicida, definido como todo aquel proceder que incluya pensar en el suicidio (o ideación suicida, que suele ser una experiencia fugaz y fluctuante, no observable por otros), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.²

1.2. Prevalencia

En el año 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, con una tasa anual mundial de suicidio de 11,4 por 100 000 habitantes. Sin embargo, como el suicidio es un asunto delicado, incluso ilegal en algunos países, muy probablemente haya subnotificación del número de casos reales.

En los países con datos fiables de registro civil, el suicidio puede clasificarse de manera incorrecta como muerte por accidente o por otra causa. Sin embargo, en los países sin registro fiable de las muertes, los suicidios ni se cuentan. Según los datos recabados a nivel mundial, en los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre:mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer.

Además, los datos de registro civil muestran que, a nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. Con respecto a la prevalencia por edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo. Sin embargo, en algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad.²

En España el suicidio es la primera causa de muerte por agentes externos desde 2009, lo que hace que la tasa de suicidios se sitúe alrededor del 8 por 100.000 habitantes en 2006, con una mayor frecuencia entre los varones (12,6) que entre las mujeres (3,5).³

Teniendo en cuenta todos estos datos, la Organización Mundial de la Salud estima que para 2020 el suicidio constituirá más del 2% de la carga mundial de enfermedad. ⁴

1.3. Factores de riesgo

Todos los años, por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio. Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general. ²

De hecho, se calcula que por cada suicidio consumado se realizan entre 20 y 30 intentos suicidas, con lo que el riesgo de repetición es importante. Hasta un 35-50% repiten el intento y entre aquellos que han cometido suicidio un 40% han realizado un intento previo y por ello el intento se convierte en un riesgo elevado de posterior consumación. Entre el 10 y el 15% de las personas que intentan cometer suicidio lo consuman en los 10 años posteriores. El riesgo de repetición del intento suicida ha ido aumentando con el tiempo, y se ha observado la aparición de los “grandes repetidores”, que realizan múltiples tentativas de baja intención letal.³

Aparte de intentos previos de suicidio, existen otros factores de riesgo, pero hay que tener en cuenta que ninguna causa o situación estresante es suficiente para explicar un acto suicida. Con mayor frecuencia, son varios factores de riesgo los que actúan de forma acumulada para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida y, al mismo tiempo, la presencia de factores de riesgo no conduce necesariamente a un comportamiento suicida; por ejemplo, no todos los que padecen un trastorno mental se suicidan.

Así, se ha reconocido un espectro amplio de factores de riesgo que se pueden agrupar en diferentes áreas de tipo sistémico, social, comunitario, relacional (conexión social con los familiares más cercanos y con amigos) e individual.²

- Entre los factores relacionados con el sistema de salud se encuentran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria.

- Entre los factores sociales se encuentran: la fácil disponibilidad de medios para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de comunicación en lo relacionado a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación, y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias.
- Entre los riesgos vinculados a la comunidad se encuentran las guerras, conflictos y desastres, el estrés ocasionado por la aculturación y los desplazamientos (como entre pueblos indígenas o personas desplazadas), la discriminación y los traumas o abuso.
- Los factores relacionales incluyen el sentido de aislamiento, la falta de apoyo social y los conflictos en las relaciones.
- Entre los factores de riesgo a nivel individual caben mencionar, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras o de trabajo, desesperanza, dolores crónicos, antecedentes familiares de suicidio, factores genéticos y biológicos y, como ya se ha mencionado, un intento previo de suicidio.

Se estima que la depresión es la causa principal de suicidio consumado hasta en un 45% de los casos. Estas cifras resultan especialmente relevantes si se tiene en cuenta que, de las personas que consuman el suicidio, la mitad había establecido contacto con los servicios de Atención Primaria (AP) durante el mes previo y un 20% lo había hecho con servicios especializados de salud mental.⁵

Teniendo esto en cuenta, se han realizado varios estudios con el objetivo de conocer las características clínicas y demográficas de los pacientes con ideas de muerte y/o suicidio que acuden a la consulta de AP, entre ellos un estudio en el que los pacientes completaron la versión española del Prime-MD Patient Health Questionnaire, un listado de cambios vitales recientes (6 y 12 meses) y un cuestionario con datos sociodemográficos y de frecuentación de servicios médicos. Asimismo, se registraron las enfermedades y los tratamientos tanto médicos como psiquiátricos, junto con los días de baja laboral durante el último año.⁵

En el 12,4% de los participantes se observó la presencia de ideas de muerte y/o autólisis en las 2 semanas previas, y la mayoría de este porcentaje presentaba criterios para el diagnóstico de trastorno mental, principalmente depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada. De estos pacientes, el 41,7% estaba diagnosticado previamente y

tan sólo el 33% recibía tratamiento. Cuando se comparó a estos pacientes con los pacientes con diagnóstico psiquiátrico, pero sin ideas de muerte y/o autolisis, los primeros presentaban más síntomas depresivos y mayor puntuación en los cambios vitales en el período de 6 a 12 meses previos.⁵

1.4. Factores de protección

Por el contrario, también se encuentran los factores de protección que pueden ayudar a reducir la vulnerabilidad de las personas ante comportamientos suicidas. Pueden ayudar a los individuos a superar circunstancias particularmente difíciles y minimizar el riesgo de suicidio.

Se consideran factores de protección:

- Apoyo social y familiar;
- Habilidades en resolución de problemas y de conflictos y manejo no violento de las disputas;
- Creencias personales, sociales, culturales y religiosas que desalientan el suicidio y que apoyan la supervivencia;
- Acceso restringido a los medios para cometer suicidio y
- Fácil acceso a ayuda, tanto para cuidados mentales como físicos que sean de calidad.⁴

1.5. Suicidio en Enfermería

El suicidio afecta a todos los grupos de la sociedad, sin embargo, en los últimos años se ha visto que hay grupos más vulnerables, de hecho, los estudios realizados llegan a la conclusión prácticamente unánime de que existe una elevada incidencia de suicidios en los profesionales de la salud. Dentro de este grupo, la enfermería constituye el colectivo más numeroso, por lo que resulta ser el más afectado cuantitativamente por la muerte prematura auto provocada. La evidencia de que estamos ante un fenómeno generalizado es abrumadora. Prácticamente todas las investigaciones realizadas en aquellos países donde los datos disponibles lo permitían, han obtenido resultados que evidenciaban la mayor vulnerabilidad de las enfermeras a la ideación y a la conducta suicida, en comparación con otras profesiones.⁶

Aunque, en nuestro entorno, el fenómeno ha sido relativamente ignorado, tanto por los propios profesionales como por las organizaciones y, salvo algunas incursiones

esporádicas, ha recibido escasa atención también por parte de los investigadores, lo cierto es que el peligro es real, como queda patente, por ejemplo, en una encuesta realizada en el Reino Unido, que concluye que las enfermeras inglesas presentaban el doble de riesgo suicida que la población general, y cuatro veces más elevado que las mujeres que trabajaban fuera del ámbito sanitario.⁶

1.6. Justificación de este estudio

Como se muestra en la introducción, la prevalencia del suicidio es un grave problema a nivel mundial, ya que es muy elevada, por lo que encontrar las estrategias más eficaces para disminuir la elevada tasa de suicidios es una necesidad a nivel mundial en la que toda la sociedad está incluida, no solo los profesionales sanitarios. El objetivo de este trabajo es encontrar la combinación más efectiva de las múltiples estrategias de prevención que existen.

Otro objetivo importante por el que se realiza este trabajo es la alta tasa de suicidios en enfermería en comparación con otras profesiones, por lo tanto, estrategias de prevención deben ser conocidas por todos los sanitarios, no solo por el beneficio de la población general, sino también para prevenir el suicidio entre los profesionales del ámbito de la salud.

2. Objetivos

- Describir los métodos de prevención del suicidio más relevantes.
- Evaluar la eficacia de cada uno de estos métodos.

3. Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica acerca de la importancia y eficacia de distintos métodos de prevención de la conducta suicida. La búsqueda de documentación se ha realizado en las siguientes bases de datos: Medline, LILACS, Google Scholar y Elsevier.

En todas las bases se usaron los mismos criterios de inclusión:

- Artículos publicados en el rango de fechas entre los años 2007-2016.
- Artículos publicados en idioma español e inglés.

- Artículos disponibles a texto completo de forma gratuita.

De forma más concreta, la búsqueda realizada ha sido la siguiente:

- Medline la búsqueda se realizó mediante los descriptores “Prevention AND Suicide”. Tras incluir los criterios y ante la cantidad ingente de resultados, imposible de revisar por completo, se revisaron los títulos y resúmenes de los 60 artículos más relevantes. Tras la revisión de títulos y resúmenes se encontraron 7 artículos pertinentes de los cuales finalmente se usaron 3 en el trabajo.
- LILACS la búsqueda se realizó mediante los descriptores “Prevention AND Suicide”. De esta forma devolvió 13225 resultados. Tras incluir los criterios y la revisión de títulos y resúmenes se encontraron 2 artículos pertinentes de los cuales finalmente se usó 1 en el trabajo.
- En Elsevier la búsqueda se realizó mediante los descriptores “Prevención AND Suicidio”. Tras incluir los criterios y ante la cantidad ingente de resultados, se revisaron los títulos y resúmenes de los 60 artículos más relevantes. Tras la revisión de títulos y resúmenes se encontraron 5 artículos pertinentes de los cuales finalmente se incluyeron 2 en el trabajo.
- En Google Scholar se realizaron dos búsquedas.
 - o La primera de ellas se realizó mediante los descriptores “Signos AND Suicidio”. Ante la cantidad ingente de resultados, se revisaron los títulos y resúmenes de los 30 artículos más relevantes, encontrando así 2 artículos pertinentes de los cuales finalmente se usó 1 en el trabajo.
 - o La segunda búsqueda se realizó mediante los descriptores “Prevention AND Suicide”. Al igual que en la anterior búsqueda, el número de artículos encontrados fue elevada por lo que se optó por revisar aquellos que parecieron más relevantes, de los que finalmente se encontró un artículo pertinente que fue utilizado en el trabajo.

Además, también se revisó un manual de Enfermería en Salud Mental.

4. Resultados

Dados los datos existentes acerca del suicidio, se han llevado a cabo diferentes investigaciones con el fin de plantear acciones para trabajar con el mismo. Así, se observa que existen múltiples estrategias para la prevención del suicidio, como, por ejemplo,

- Habilitar líneas telefónicas de ayuda en caso de crisis,
- Realizar un seguimiento y apoyo comunitario para aquellas personas con intentos previos de suicidio,
- Llevar a cabo una evaluación y manejo de la conducta suicida,
- Dar apoyo psicosocial y seguimiento necesarios,
- Eliminar los medios para cometer suicidio en aquellas personas con conducta suicida,
- Realizar una evaluación y manejo de trastornos mentales mediante adiestramiento a los trabajadores sanitarios para que reconozcan la depresión y otros trastornos mentales
- Realizar evaluaciones detalladas del riesgo de suicidio.

Por otro lado, los enfoques psicoterapéuticos cognitivo-conductuales han mostrado una reducción de recidivas de los intentos suicidas en los trastornos o rasgos de la personalidad que facilitan el descontrol de los impulsos, mientras que la comparación entre diferentes antidepresivos no presenta resultados concluyentes, ya que algunos estudios han señalado que en los países donde se prescriben con mayor frecuencia este tipo de medicamentos, ha decrecido la tasa de conductas suicidas, pero no en otros países.^{3,4}

A continuación, se van a describir y comparar diversos programas y métodos de prevención que combinan algunas de estas estrategias para encontrar aquellos con los mejores resultados.

Para ello, se han escogido aquellos estudios más relevantes que trabajan en la prevención tanto con gente que tiene un intento previo de suicidio como con aquellos que presentan ideación suicida o que forman parte de un grupo de riesgo.

4.1. Uso de la gestión de casos en Kaohsiung

4.1.1 Intervención

En el estudio realizado por Chen et al⁷ se trata el factor de riesgo más importante, el intento previo de suicidio. Este estudio, realizado en la ciudad taiwanesa de Kaohsiung, pretende evaluar la eficacia del uso de la gestión de casos en intentos previos de suicidio para evitar repetir este intento.

La gestión de casos es “la coordinación, integración y asignación de cuidado individualizado dentro de unos recursos limitados” lo que incluye contacto continuo con una o varias personas clave. El objetivo de la gestión de casos es superar las deficiencias en el cuidado comunitario como la falta de continuidad en el tratamiento.

Para ello el gobierno local creó el Kaohsiung Suicide Prevention Center (KSPC), ya que es imposible depender solamente de aquellos que proporcionan cuidados sanitarios para el tratamiento y prevención del suicidio. Los gestores de casos del KSPC son principalmente personal de enfermería de psiquiatría, pero también se incluyen psicólogos y trabajadores sociales. Tras recibir la información de los sujetos se hace un contacto inicial vía teléfono o mediante visita domiciliaria una semana después del intento de suicidio y se les hace un seguimiento durante seis meses.

El fin principal de este estudio es un análisis de la supervivencia probando la efectividad de la gestión de casos para la prevención de nuevos intentos de suicidio.

4.1.2 Muestra del estudio

Se incluyó a personas que intentaron cometer suicidio en el mes anterior y que fueron derivadas al KSPC desde organizaciones tanto médicas como no médicas. También se incluyeron pacientes del sistema nacional de prevención del suicidio desde julio del 2006 hasta junio del 2008, sumando un total de 4765 sujetos en el estudio. La razón más común por la que intentaron cometer suicidio fue por disputas familiares (23,4%) y el método más usado fue la sobredosis (46,5%).

De los 4765 sujetos incluidos en el estudio, 4192 aceptaron la asistencia de los gestores de casos (88.0%), mientras que los individuos restantes, 573, no pudieron ser localizados y fueron incluidos en el grupo de no contacto (12.0%).

La efectividad del método se midió a través de la existencia o no de un nuevo intento de suicidio durante un período de seguimiento de seis meses.

4.1.3 Resultados

Los resultados del estudio revelan que la media de días hasta la repetición del intento de suicidio en el grupo de gestión de casos (163,9 días) fue mayor que la media en el grupo de no contacto (134,1 días). Por lo tanto, con estos resultados se concluye que la gestión de casos fue efectiva a la hora de prevenir la repetición de intento de suicidio para personas que lo habían intentado en el mes anterior.

Una de las razones de esta efectividad es que los gestores de casos del KSPC ayudaron a los pacientes en crisis a obtener la ayuda psiquiátrica y de otros profesionales que necesitaban. El contacto telefónico también habilita la detección de individuos de alto riesgo de nuevos intentos de suicidio y facilita la oportuna derivación psiquiátrica para ofrecer tratamientos de urgencia.

Los resultados también muestran que no hubo diferencia significativa en la tasa de un nuevo intento de suicidio entre sexos en el grupo de control. Sin embargo, los sujetos masculinos en el grupo de control tuvieron una tasa de intento de suicidio significativamente menor que en los sujetos femeninos. Esto sugiere que la efectividad de la gestión de casos para la prevención del intento de suicidio de repetición es mayor en hombres.

Para poder explicar esta diferencia hay que tener en cuenta que los eventos vitales graves para los hombres están principalmente relacionados con problemas de trabajo o financiero, mientras que, en el caso de las mujeres, los eventos que pueden desencadenar el suicidio están relacionados frecuentemente con problemas familiares y que incluyen problemas maritales o con los hijos. Una vez hecha esta diferencia, hay que observar que, además de proveer servicios de apoyo y compañía, los gestores de casos del KSPC estuvieron durante mucho tiempo derivando a pacientes con problemas financieros a los servicios de asuntos sociales o a organizaciones públicas de bienestar social para conseguir asistencia financiera o material. Esto habría aportado oportunidades precisas para los sujetos masculinos de recibir recursos y quizás de superar la crisis financiera o de trabajo que le llevó a intentar cometer suicidio. Por el otro lado, los gestores del KSPC fueron menos capaces de ayudar a las mujeres a solucionar sus problemas familiares, relaciones amorosas o problemas de relación padres-hijos a través de consultas telefónicas. Las mujeres podrían requerir una cantidad significativa de psicoterapia (bien individual o para toda la familia) para poder superar problemas familiares que podrían haber conducido al intento de suicidio. Este programa

fue diseñado para intervenciones a corto plazo en vez de psicoterapia intensiva, pero esto podría explicar por qué la efectividad de la gestión de casos para la prevención de un nuevo intento de suicidio fue más prominente en sujetos masculinos.

4.1.4 Limitaciones

Este estudio tiene dos limitaciones. La primera es que los sujetos no fueron asignados de forma aleatoria al grupo de gestión de casos y al grupo de no contacto, debido a consideraciones éticas, ya que significaría denegar tratamiento a población de alto riesgo. La otra limitación es debida a que no fue posible evaluar de forma individual el estado psiquiátrico de los pacientes debido a la falta de psiquiatras en el equipo del KSPC. A pesar de estas limitaciones, prueba la efectividad de la gestión de casos como método de prevención del suicidio en la comunidad.

4.1.5 Evaluación

Ho et al⁸ realizaron una evaluación del método de prevención del suicidio del KSPC entre junio de 2005 y junio de 2008. Los índices usados para evaluar la actuación del KSPC fueron la tasa de suicidio, el número de intentos de suicidio, las llamadas a líneas de ayuda, derivaciones a salud mental y consejo telefónico.

Los individuos incluidos en la evaluación provienen de dos fuentes. El primer grupo de sujetos fue reclutado del sistema de información e incluyó individuos que habían intentado cometer suicidio y casos de alto riesgo remitidos por organizaciones médicas y no médicas. El segundo grupo estaba formado de individuos que habían llamado a líneas de emergencia.

A la hora de hablar de los resultados de esta evaluación se observa que la tasa de suicidios cada 100 000 habitantes bajó de 21.4 en 2005 a 17.8 en 2008. El número de muertes por suicidio bajaron desde 324 en 2005 a 272 en 2008.

La instauración de una línea de emergencias estaba incluida en las intervenciones. Esta fue instaurada en 2006. El total de llamadas recibidas subió más de diez mil a lo largo de los tres años.

El número total de sesiones de terapia fueron de 1432 en 2005 hasta subir a 12517 en 2008.

Además, otra de las estrategias del KSPC era animar a las organizaciones médicas y no médicas a informar acerca de los intentos de suicidio. El total de intentos de suicidios de

los que se informó fue de 1328 en 2005 y aumentó a 2989 en 2008, y los reintentos disminuyeron de forma significativa en aquellos que recibieron ayuda del KSPC, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Tasa de reintentos de suicidio tras 6 meses con y sin intervención en el año 2006.⁹

	Intervención			
	Sí		No	
	n = 1076	%	n = 197	%
Reintento de suicidio				
Sí	95	8.8	33	16.8
No	981	91	164	83.2

En definitiva, desde que se estableció el KSPC en 2006, el centro ha hecho progresos de año en año basándose en esta evaluación. A través de esta evaluación también se vio que la psicoeducación para la prevención del suicidio debe ser verbalizada a la población a través de folletos y a través de la página del KSPC. Además, la línea de emergencia, disponible las 24 horas del día, puede proveer intervención oportuna en momentos de crisis. Por último, los servicios de gestión de casos; que incluyen visitas de seguimiento, derivación a salud mental y organización de recursos son útiles en la prevención del suicidio.

4.2 Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Barcelona

4.2.1 Intervención

Tejedor et al³ realizaron un estudio en el que se evaluó la efectividad del Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS), desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona.

El programa cuenta con distintas fases.

- En la primera fase, de septiembre 2005 a abril 2006, se creó un equipo multidisciplinar para contactar con los distintos equipos asistenciales y sociales en los que se debía basar el PPCS. Se consensuó un protocolo de recogida de

datos y se diseñaron los circuitos asistenciales para los pacientes desde los diferentes dispositivos implicados.

- En la segunda fase se elaboró un programa de información, educación y sensibilización dirigido a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales mediante sesiones informativas para cada grupo, además de la elaboración de material audiovisual, como folletos, para informar y alertar sobre el tema del suicidio. También se creó un sitio web para la identificación de los signos de alerta, que ofrece la posibilidad de consulta directa con profesionales relacionados con el PPCS a través de una dirección de correo electrónico.

A nivel comunitario la actividad de psicoeducación sobre el riesgo suicida se extendió a las áreas básicas de salud: servicios de bienestar social, dispositivos de asistencia geriátrica, servicios de urgencias hospitalarias, familiares de enfermos mentales, fuerzas de seguridad y bomberos, gestores de transporte público, y también en los medios de comunicación.

- La tercera fase, entre abril 2006 y diciembre 2007, tuvo como objetivo la asistencia de los pacientes con ideación o conducta suicida. Los diferentes recursos asistenciales dieron atención en un máximo de 48 horas para asegurar la continuidad asistencial.

Se diseñó un plan terapéutico individualizado, en el que se asignaba un psiquiatra de referencia encargado de coordinar la asistencia durante los 3-6 meses en que el paciente era atendido en el PPCS. Después de dicho periodo el paciente se integraba en el circuito asistencial de salud mental.

También se organizaron grupos de psicoterapia cognitivo conductual y de intervención en crisis, así como de ayuda a los supervivientes. Los pacientes acudían al PPCS derivados de los servicios de urgencias de psiquiatría, de los médicos de familia del sector y de la interconsulta hospitalaria.

Todos los pacientes derivados al programa fueron evaluados por un psiquiatra, siendo éste quien determinaba la inclusión definitiva al mismo. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, haber realizado un intento de suicidio o presentar ideación suicida en el momento de la evaluación inicial y que el paciente accediera a participar en el PPCS de manera voluntaria. Los datos sociodemográficos y los antecedentes psiquiátricos familiares y personales era

recogidos por un psiquiatra mediante entrevista semiestructurada previamente protocolizada.

- En la cuarta y última fase se realizó el seguimiento, durante todo el año 2008. Se evaluaba a los pacientes a través de entrevistas presenciales o telefónicas a los 6 y 12 meses, realizadas por el psiquiatra o la enfermera, recogiendo datos sobre la repetición de la conducta suicida, si habían requerido ingreso hospitalario por conducta suicida, el seguimiento en el programa o la mortalidad. Los resultados comparan a los pacientes que realizan el programa con otros pacientes que han consultado por el mismo motivo, pero que se encuentran fuera del área de influencia del PPCS.

4.2.2 Muestra del estudio

Entre septiembre de 2005 a diciembre de 2007 se atendieron 1.316 pacientes con conducta o ideación suicida. Desde el inicio del Programa en abril de 2006 a su final en diciembre de 2007, se asistió a 325 sujetos del distrito a estudio y 664 de otras zonas, fuera de la influencia del PPCS. Ambos grupos son similares en cuanto a los datos demográficos.

De los 325 pacientes de la Dreta de l'Eixample, sólo se incluyeron en el Programa 219 y el resto no participó. De los 664 pacientes de otras zonas, sólo se incluyeron 180 en el grupo control, pertenecientes a un mismo barrio, que recibieron asistencia a la vez que los pacientes del PPCS y que accedían voluntariamente a realizar los controles a los 6 y 12 meses.

De los 219 pacientes incluidos en el PPCS, 152 realizaron el seguimiento hasta los 6 meses y 148 finalizaron y se evaluaron al cabo de los 12 meses (en estos 6 meses 2 pacientes consumaron el suicidio y otros 2 se perdieron). De los 67 pacientes que no finalizaron, 44 de ellos fueron dados de alta al cabo de 2 o 3 visitas ya que no persistía la ideación suicida, o se había resuelto su situación de crisis y los 23 restantes abandonaron el seguimiento.

De los 180 pacientes del grupo control, completaron el seguimiento telefónico a los 6 meses un total de 172 pacientes y 167 lo hicieron a los 12 meses. Un paciente consumó el suicidio entre los 6 y los 12 meses, y el resto (4) no fueron localizados.

4.2.3 Resultados

A la hora de hablar de los resultados del programa, llama la atención los de aquellos pacientes que presentaban conducta suicida, ya que la distribución de las tentativas suicidas y la ideación fue inversa en ambos grupos, con un mayor porcentaje de ideas suicidas en el grupo PPCS (55% vs 39%) y mayor porcentaje de tentativas en el grupo control (31% vs 57%). También es muy significativa la menor proporción de ingresos hospitalarios en el grupo PPCS (6,5%) comparada con la del resto de participantes (36,5%).

A los 12 meses de seguimiento, como se observa en la tabla 2, el 32 % del grupo control repitió la tentativa suicida, porcentaje que fue únicamente del 11% entre los pacientes que siguieron en el PPCS. Éstos últimos también realizaron una media inferior de repeticiones (1,5 vs 2,9). El número de ingresos por riesgo suicida durante el seguimiento fue la mitad en el grupo PPCS que en el grupo control (9% vs 18%). Los resultados a los 6 meses son similares a los de los 12 meses.

Tabla 2. Seguimiento 12 meses, recaída conducta suicida. Comparativa PPCS vs Grupo Control. ³

Seguimiento 12 meses	PPCS n=148	Grupo Control n=167	
Repiten T suicidio a los 12 meses			
Sí	11,5%	32%	p<0,0001
No	88,5%	68%	
Nº de repeticiones 12 m			p=0,001
Media (DE)	1,59 (0,79)	2,92 (2,49)	(IC -2,12, -0,55)
Tiempo en meses hasta la 1ª repetición			p=0,049
Media (DE)	5,29 (4,2)	3,38 (3,07)	(IC 0,006, 3,81)
Requiere ingreso por riesgo suicida 12 meses			p=0,034
Sí	9,5%	18%	
No	90,5%	82%	

4.2.4 Limitaciones

Entre las limitaciones del programa, está en primer lugar la dificultad para delimitar cuál de las fases del programa tiene mayor eficacia respecto a las otras (educación sanitaria, asistencia individualizada o coordinación de los recursos). En segundo lugar, la diferencias sociodemográficas y diagnósticas entre los dos grupos de estudio, que podrían alterar los resultados. En tercer lugar, la mortalidad por suicidio no ha podido

ser evaluada por la ausencia de datos estadísticos. Los casos que se conocen son debido a la información de los propios vecinos. En cuarto lugar, el riesgo suicida, se mantiene a lo largo del tiempo, por lo que habría que hacer un seguimiento más largo, aunque el mayor riesgo es durante el primer año de seguimiento.

4.3 Uso de herramientas virtuales en profesionales sanitarios

4.3.1 Intervención

Las herramientas en internet tienen importantes beneficios en comparación con las terapias en persona, ya que permiten una confidencialidad mejorada, bajo coste, fácil accesibilidad, flexibilidad a la hora de acceder a la terapia y herramientas de autogestión del cuidado. Hasta la fecha de realización de este estudio había otros cinco ensayos clínicos que demostraron reducción en ideación suicida entre adultos de la población general en atención primaria mediante el uso de programas de terapia cognitiva a través de internet. Trabajos previos también han demostrado la eficacia del uso de internet en intervenciones de prevención para población con alto riesgo de sufrir problemas de salud mental; sin embargo, este acercamiento preventivo aún no había sido probado en residentes.

El objetivo de este estudio es determinar la viabilidad, aceptación y efectividad de un programa para la reducción de ideación suicida en residentes mediante terapia cognitiva a través de internet (wCBT).

El programa de wCBT consistió en sesiones semanales de 30 minutos a través de una página web durante cuatro semanas. Cada semana los participantes tenían que completar uno de los módulos de wCBT. Estos módulos estaban orientados a facilitar el entendimiento de la interacción entre pensamientos, emociones y comportamientos (módulo 1) y a enseñar técnicas de reestructuración cognitiva que promueven la habilidad para identificar y desafiar pensamientos inexactos, poco realistas o excesivamente negativos (módulos 2 y 3). El programa también incluye estrategias para la resolución de problemas.

Para poder realizar la investigación, se formó un grupo de control que recibía una intervención diferente a la wCBT. Los participantes asignados a este grupo recibieron un correo semanal durante cuatro semanas con información sobre la prevalencia del suicidio entre médicos y también información sobre enfermedades mentales incluyendo síntomas de depresión, suicidio y dónde obtener tratamiento gratuito y anónimo de

salud mental. Información adicional sobre ansiedad y otros trastornos del humor fueron incluidos a partir del segundo correo.

A los dos, cinco, ocho y once meses del año de residencia, se le pidió al grupo de wCBT que volviesen a la web para revisar un módulo a su elección, mientras que el grupo de control recibió de nuevo un correo con información de los síntomas de depresión, suicidio e información sobre dónde obtener tratamiento de salud mental.

Las evaluaciones trimestrales posteriores fueron completadas al menos seis semanas después de que hubiera cualquier tipo de actividad o contacto con el grupo de intervención y con el grupo de control.

4.3.2 Muestra del estudio

Durante los años académicos 2009-2010 y 2011-2012, a un total de 352 residentes de todas las especialidades médicas de dos universidades de Estados Unidos (Yale y California del Sur) se les envió un correo tres meses antes de empezar la residencia invitándoles a participar en el estudio. Finalmente, 199 formaron parte del estudio. La información de los pacientes fue recogida a través de una página web segura diseñada para mantener la confidencialidad, con los participantes registrándose en la web mediante un número de identificación. A todos los participantes se les dio información sobre los síntomas de depresión y se les animó a buscar tratamiento si fuese necesario.

Los participantes completaron una encuesta tres meses antes de empezar la residencia donde se les preguntó sobre sus características demográficas (edad, sexo y raza/etnicidad), especialidad médica, síntomas depresivos actuales mediante el test PHQ-9, inestabilidad emocional y medio familiar. La ideación suicida fue evaluada tres meses antes de empezar la residencia y de nuevo a los tres, seis, nueve y doce meses del año de residencia, de nuevo usando el test PHQ-9, usado para detectar sintomatología depresiva. La adhesión a la ideación suicida se consideraba positiva si los participantes informaban de haber tenido pensamientos de que estaría mejor muerto o de autolesión más de la mitad de los días o casi todos los días durante las dos semanas previas.

4.3.3 Resultados

El 88% de los participantes (88 de 100) asignados al grupo de intervención completaron al menos un módulo del wCBT, hasta un 51% (51 de 100) de los participantes que completó los cuatro módulos. Durante el año de residencia, el 82% (82 de 100) de los participantes revisaron al menos un módulo del wCBT.

Durante el año de residencia, el 12% de los participantes (12 de 100) del grupo de intervención presentaron ideación suicida al menos durante una sesión de seguimiento en comparación con el 21,2% de los participantes del grupo de control (21 de 99) que presentó también ideación suicida. La asignación del tratamiento, año de promoción y las interacciones no interfirieron con la presentación de ideación suicida. Después de tener en cuenta los factores de base asociados con el desarrollo de ideación suicida y depresión (sexo, puntuación del test PHQ-9 antes de la residencia, historia de depresión, inestabilidad emocional y medio familiar), los residentes asignados al grupo de intervención tenían un 60% menos de probabilidad de presentar ideación suicida durante el año de residencia en comparación con aquellos asignados al grupo de control.

4.3.4 Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones. Primero, se evaluó la ideación suicida a través de un test autoaplicable por cada participante, en vez de ser una entrevista diagnóstica. Se eligió este método debido a que datos anteriores demuestran que el anonimato es necesario para establecer de forma certera problemas de salud mental entre estudiantes de medicina. Sin embargo, sería importante validar los resultados mediante entrevistas estructuradas. En segundo lugar, este estudio evalúa la ideación suicida, pero no el suicidio o comportamientos suicidas, por lo que no se puede saber si la intervención ha tenido impacto en el suicidio por parte de los médicos. Las posibilidades de detectar los efectos de la intervención en el suicidio requerirían una muestra mucho más grande con un período de seguimiento más largo. En tercer lugar, el número de residentes con ideación suicida durante al menos una sesión de seguimiento fue de 12% en el grupo de intervención y del 21% en el grupo de control, por lo que la reproducción de estos resultados es importante. Por último, el estudio fue llevado a cabo en dos universidades y los resultados podrían no ser generalizables a otras instituciones académicas.

5. Discusión

Tras revisar los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica, se observan diversos aspectos, positivos y negativos.

1. La gestión de casos en Kaohsiung presenta la ventaja de ser un método en el que se hace un seguimiento exhaustivo de personas en alto riesgo de suicidio mediante contacto telefónico o visitas domiciliarias y la derivación a servicios

de salud mental siempre que se necesite o se vea pertinente, lo que hizo que, como se observa en los resultados y en la posterior evaluación, disminuyan las tasas de suicidio, los reintentos y aumente la cantidad de personas que busca terapia y ayuda de servicios de salud mental. La ayuda proporcionada en este caso no es solo de apoyo, sino que también se proporciona compañía y se ayuda a establecer contacto con distintos organismos nacionales para proporcionar soluciones a aquellas personas con problemas financieros o laborales, lo que ayuda a resolver la crisis que pudo llevar a la persona a intentar cometer suicidio. Además, se observa que, año a año, se ayuda a más gente y que realmente el método de la gestión de casos es efectivo en este tipo de casos.

Sin embargo, este método presenta la desventaja de centrarse solo en personas con intentos previos de suicidio, sin tener en cuenta otros grupos de riesgo o aquellos con ideación suicida. Otra desventaja es que la intervención es a corto plazo, 6 meses, y sin usar la psicoterapia, tanto individual como familiar, por lo que no se pudo evaluar el estado psíquico individual y se obvia un apoyo importante para la persona en riesgo de suicidio: su entorno más cercano.

2. En el Programa de Prevención de la Conducta Suicida de Barcelona presenta la ventaja de no solo centrarse en aquellas personas con intentos previos de suicidio, sino que también incluye a aquellos con ideación suicida y la derivación al programa no solo se hacía desde los servicios de urgencias, también desde los centros de salud. Además, en este programa si se proporcionó psicoterapia, tanto individual como grupal, con un psiquiatra asignado a cada paciente, por lo que se realizan evaluaciones psiquiátricas, tanto al inicio del programa como durante su desarrollo. Otro punto fuerte de este programa es que proporciona información acerca del suicidio y la ideación suicida a través de una serie de folletos y a través de una página web, donde además de aportar toda esta información, también aporta información de contacto con profesionales que forman parte del programa.

También se realiza psicoeducación sobre el riesgo suicida a nivel comunitario. En este caso el seguimiento dura un año, una duración mayor que en el anterior programa.

Sin embargo, aunque el primer año es el período de mayor riesgo de cometer suicidio, la ideación suicida continúa a lo largo de los años, por lo que el

programa sigue siendo de duración corta teniendo en cuenta las necesidades de aquellas personas con ideación suicida.

Es destacable la cantidad de información y psicoeducación que se proporciona a toda la población y a nivel comunitario sobre el riesgo suicida.

3. En el estudio realizado mediante herramientas virtuales con profesionales sanitarios presenta un enfoque interesante, ya que se centra en un grupo de riesgo, residentes de medicina, y puede trasladarse a otros grupos de riesgo en futuras intervenciones. Al tratarse de un programa de intervención a través de internet se aumenta la confidencialidad, lo que anima a una mayor participación, además proporciona herramientas de autogestión. Otra ventaja es que al estar disponible en Internet los participantes podían realizar los módulos en cualquier momento, por lo que permite más flexibilidad horaria. También se les proporcionó información sobre prevalencia del suicidio en médicos e información sobre depresión y otras enfermedades mentales, así como información donde obtener ayuda y tratamiento de salud mental. Las intervenciones duran un mes, pero se realiza un seguimiento que dura un año. Sin embargo, el estudio presenta la misma limitación que los anteriores, el tiempo de duración es breve, ya que la ideación suicida se extiende más allá de un año, por lo que se necesitaría un período de seguimiento más largo para evaluar realmente si el programa tiene un impacto real en la tasa de suicidio entre médicos. Una de las ventajas del programa es también uno de los mayores inconvenientes. Al ser a través de Internet y confidencial se elimina la presencia de un psiquiatra que realice una evaluación inicial y a lo largo del seguimiento, ya que se hace a través de un test autoaplicable y sin entrevistas posteriores para confirmar estos resultados.

6. Conclusiones

Los estudios incluidos en la revisión han demostrado ser eficaces a la hora de disminuir la tasa de suicidios y las ideaciones suicidas en grupos de riesgo.

Los tres presentan la misma limitación: el tiempo de duración del seguimiento es demasiado corto para afirmar que realmente hay un impacto en las tasas de suicidio a largo plazo, por lo que se deberían realizar programas de más larga duración, dando el

alta a aquellas personas que se consideren fuera de riesgo de cometer suicidio. En el caso de no desaparecer este riesgo, se deberá continuar el seguimiento a lo largo de los años.

Mantener los programas durante tanto tiempo resultaría costoso, pero las ventajas superan este coste, ya que se disminuirían los intentos de suicidio, que suponen un aumento del coste sanitario mayor que mantener una evaluación periódica por parte del personal de salud mental. También disminuye el coste personal y familiar de cada persona que intenta cometer suicidio.

Aparte de la realización de todo tipo de programas para grupos de riesgo, también es importante concienciar a la población sobre el riesgo de suicidio e informar sobre síntomas de ideación suicida y depresión. Es así mismo importante ofrecer información sobre líneas de emergencia y lugares donde acudir para recibir tratamiento de salud mental. Además, es muy importante, para mejorar la detección de enfermedades psiquiátricas en AP y la presencia de ideas de suicidio, implantar medidas tales como programas de formación del personal y de mejora de la relación médico-paciente. En definitiva, dar visibilidad a este problema a nivel mundial y proporcionar todo tipo de información y ayuda para disminuir la prevalencia del suicidio

Sería necesario realizar más estudios con diversos programas de prevención del suicidio y con seguimientos más largos para encontrar un método eficaz que se pueda implementar, primero a nivel local, luego regional, hasta llegar a una implementación a nivel nacional.

7. Bibliografía

1. Granados Gámez G, Sánchez Bujalón M. Enfermería en salud mental. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global [Internet]. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf
3. Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Sola I, et al. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. Actas Esp Psiquiatr. 2011; 39(5): 280-287.
4. Public health action for the prevention of suicide. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>
5. Martínez Alfonso P, García-Parajuá P, Giner L, Magariños López M. Prevención del suicidio en atención primaria: detección y tratamiento. Medicina Clínica [Internet]. 2007; 128 (13) :517-518. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com.almirez.ual.es/science/article/pii/S0025775307726416>
6. Tomás-Sábado J, Montes-Hidalgo J. Suicidio en Enfermería. El riesgo es real. Enfermería Clínica [Internet]. 2015; 25 (5):288-289. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com.almirez.ual.es/science/article/pii/S1130862115000510>
7. Chen W, Chen C, Ho C, Lee M, Lin G, Chou F. Community-Based Case Management for the Prevention of Suicide Reattempts in Kaohsiung, Taiwan. Community Ment Health J [Internet]. 2012; 48 (6):786-791. Disponible en:

<http://0-search.proquest.com.almirez.ual.es/medline/docview/1121666253/abstract/AFC7F2601214092PQ/7?accountid=14477>

8. Ho W, Chen W, Ho C, Lee M, Chen C, Chou F. Evaluation of the Suicide Prevention Program in Kaohsiung City, Taiwan, Using the CIPP Evaluation Model. *Community Ment Health J* [Internet]. 2010; 47 (5):542-550. Disponible en: <http://0-search.proquest.com.almirez.ual.es/medline/docview/896394121/A66AA5BB06D141B7PQ/1?accountid=14477>
9. Guille C, Zhao Z, Krystal J, Nichols B, Brady K, Sen S. Web-Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for the Prevention of Suicidal Ideation in Medical Interns. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72 (12):1192-1198.