



La prevenció del suïcidi en pacients depressius

*Treball Final de Grau: Projecte de Recerca en
Psicologia Clínica i de la Salut*

Nom Estudiant: Eva Fernández Blanco
Pla d'estudis: Grau de Psicologia

Nom Consultor: Toni Sánchez Alonso

Data Lliurament: 31/05/2015



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

FITXA DEL TREBALL FINAL DE GRAU DE PSICOLOGIA

Títol del treball:	<i>La prevenció del suïcidi en pacients depressius</i>
Nom de l'autor:	<i>Eva Fernández Blanco</i>
Nom del consultor:	<i>Toni Sánchez Alonso</i>
Data de lliurament:	<i>05/2015</i>
Àmbit del Treball Final:	<i>Psicologia Clínica i de la Salut: Personalitat Avaluació i Tractament</i>
Titulació:	<i>Grau en Psicologia</i>
Resum del Treball (màxim 250 paraules):	
<p>El suïcidi és un problema de salut pública. Les estadístiques oficials sobre suïcidis reflecteixen de forma alarmant l'augment els últims anys del nombre de defuncions per aquesta causa. Actualment, la depressió és el primer factor responsable dels suïcidis consumats. Les conductes suïcides poden prevenir-se i atendre a través de programes preventius aportant tots els elements necessaris que facin possible la identificació de subjectes depressius amb risc suïcida i establir mesures efectives que ajudin a disminuir les temptatives. En aquest treball ens proposem identificar els factors associats a la conducta suïcida per intervenir i prevenir-la mitjançant programes de formació específics dirigits a professionals sanitaris, i si la posada en marxa d'un programa de prevenció del suïcidi en pacients depressius produiria canvis en la detecció precoç i la prevenció de la conducta suïcida, valorant l'impacte de la seva implantació.</p> <p>Metodologia: Estudi exploratori quasiexperimental pre post en un sol grup, que consistirà en el desenvolupament, aplicació i avaluació d'un programa de prevenció del suïcidi.</p> <p>Participants: Pacients diagnosticats de trastorn depressiu major, amb ideacions suïcides, que hagin realitzat temptatives de suïcidi i amb alts nivells de desesperança, en l'àrea del districte de Sant Andreu de Barcelona.</p> <p>Instruments: Escala d'Intencionalitat Suïcida (Suicide Intent Scale, SIS). Escala d'Ideació Suïcida (Scale for Suicide Ideation, SSI) i Escala de Desesperança (Beck Hopelessness Scale, BHS), de Beck.</p> <p>Resultats: S'espera una disminució de les ideacions, temptatives i nivells de desesperança que demostrin l'efectivitat del programa de prevenció de la conducta suïcida.</p>	
Paraules clau (entre 4 i 8):	

Suïcidi + depressió + indicadors de risc + avaluació + prevenció.

Abstract (in English, 250 words or less):

Suicide is a public health problem. Suicides official statistics reflects an alarmingly increasing in the number of deaths from this cause in recent years. Currently, depression is the main factor responsible for the suicides. Suicidal behaviors can be prevented and attended using preventive programs providing all the necessary elements which allow the identification of depressive subjects with suicidal risk and establish effective measures to help reduce attempts. In this research we propose to identify the factors associated with suicidal behavior in order to intervene and prevent it through specific training programs directed to health professionals, and if the implementation of a prevention suicide program in depressed patients produce changes in early detection and the prevention of suicidal behavior, assessing the impact of its implementation.

Methods: A quasi-experimental exploratory pre post in one group study, consisting in the development, implementation and evaluation of a suicide prevention program.

Participants: patients diagnosed with major depressive disorder, with suicidal ideation, who have made suicide attempts and with high level of hopelessness, in Barcelona - Sant Andreu area district.

Instruments: suicidal intent Scale (SIS).Scale suicidal ideation (SSI) and the scale of hopelessness (BHS) , from Beck.

Results: the ideation, attempts and levels of hopelessness is expected to decrease that demonstrate the effectiveness of the prevention of suicidal behavior program.

Key words (in English, 4 - 8 words):

Suicide + depression + risk indicators + evaluation + prevention.

Índex

0. Introducció	
1. Context i justificació	5
2 Revisió teòrica	11
3 Problema	16
4 Preguntes de recerca, objectius i/o hipòtesis	18
5 Propòsit de la recerca	18
6. Mètode.....	19
6.1 Disseny de la recerca	19
6.2 Participants	21
6.3 Instruments	23
6.4 Procediment.....	24
7. Resultats.....	26
8. Conclusions	27
9. Discussió	279
10. Referències bibliogràfiques.....	31
11. Annexos.....	33

Llista de figures

Figura	Pàg.
Figura 1. <i>Nombre de Defuncions per Suïcidi. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia.</i>	5
Figura 2 <i>Nombre de Suïcidi a Espanya per Edat i Sexe 2011. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia.</i>	6
Figura 3 <i>Nombre de Suïcidi a Espanya per Edat i Sexe 2012. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia.</i>	7
Figura 4. <i>Nombre de Suïcidi a Espanya per Edat i Sexe 2013. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia.</i>	7
Figura 5. <i>Evolució e la taxa de mortalitat per, suïcidis i autolesions. Dades Obtingudes De L'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya.</i>	8
Figura 6. <i>Nombre de Suïcidi a Catalunya per Edat i Sexe 2011. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia.</i>	9
Figura 7. <i>Nombre de Suïcidi a Catalunya per Edat i Sexe 2012. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia.</i>	9
Figura 8. <i>Nombre de Suïcidi a Catalunya per Edat i Sexe 2013. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia.</i>	10

Lista de taules

Taula	Pàg.
Taula 1. . <i>Classificació de conducta suïcida proposada per Silverman.</i>	15
Taula 2. <i>Temporalització del projecte.</i>	25

La prevenció del suïcidi en pacients depressius

0. Introducció

El suïcidi és un fenomen humà que ha estat present a totes les èpoques històriques, però l'actitud cap a la conducta suïcida de les diferents societats a variat en funció dels principis filosòfics, religiosos i intel·lectuals de cada cultura. El propi concepte del suïcidi a variat al llarg del temps degut a la diversitat d'enfocaments i orientacions que s'han dedicat al seu estudi, des de la sociologia a la psiquiatria¹.

El suïcidi a constituït una forma de conducta que és incomprendible pels qui des de fora contemplen, pretenen analitzar i entendre les veritables motivacions i impulsos desencadenants d'aquest acte.

Actualment, la depressió és el primer factor responsable dels suïcidis consumats, tant en pacients depressius com en pacients amb un altre trastorn principal que presenta simptomatologia depressiva comòrbida.(Treviño,J.L.,et al.2006)

Tot i que el suïcidi és un comportament difícil de prevenir, existeixen tot una sèrie de factors associats a la conducta suïcida i senyals d'advertència: trets característics de l'estat d'ànim de les persones depressives, amenaces, gestos intents, i pensament, abans arribar al suïcidi pròpiament dit. Són aquests factors els que s'han de considerar com a signes d'alt risc en els individus que els presenten, que alertaran, tan al personal sanitari, com als familiar i amics per tal d'ajudar a aquestes persones.

El propòsit i finalitat d'aquest treball d'una banda és aportar els elements necessaris per a la identificació dels factors abans esmentats, i poder prevenir l'intent de suïcidi. Se li dona especial importància a la depressió, ja que és un dels principals trastorns emocionals que poden portar una persona a cometre el suïcidi, o almenys a pensar en ell com una opció viable per posar-hi fi a la situació que està vivint i al seu patiment. I d'altre banda donar a conèixer les eines necessàries per actuar de manera eficient.

L'interès per realitzar aquest treball, te d'una banda un component personal ja que he pogut estar en contacte durant aquestes últimes practiques amb persones que han intentat suïcidar-se o han pensat en el suïcidi com una opció. En el primer cas la solució va ser l'ingrés en centres psiquiàtrics, però un cop obtinguda l'alta hi van haver noves temptatives en alguns d'ells, i als segons se'ls ha donat únicament tractament farmacològic que no garanteix la no consecució d'una futura temptativa o de noves ideacions. Aquests fets m'han dut a pensar que aquestes actuacions no són suficients i que és necessària una implicació més directa, tan del personal sanitari, psicòlegs, psiquiatres i de l'entorn del pacient que previnguin aquests actes.

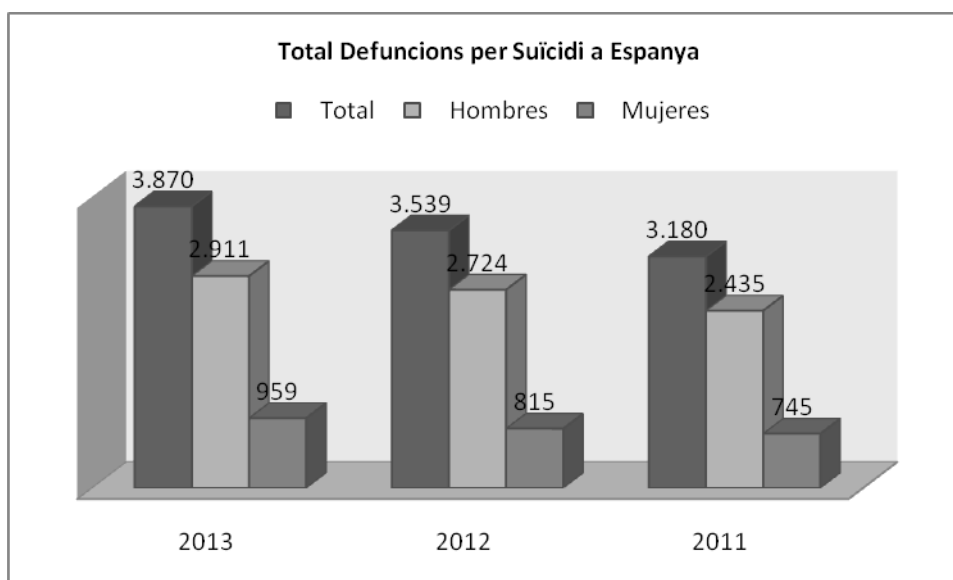
D'altre banda l'interès ve del desconeixement que existeix de la gravetat que suposa el suïcidi, i les conseqüències per a les famílies, que intenten amagar moltes vegades la veritable raó de la defunció. Aixó pot ser degut molt probablement per que el suïcidi s'ha considerat un tema "tabú". Per tan considerem important parlar obertament sobre el suïcidi i aplicar programes especials de prevenció per intentar reduir al màxim aquestes conductes.

1. Context i justificació

Segons la OMS cada any més de 800.000 persones es suïciden, i hi ha moltes més persones que ho intenten. Cada suïcidi és una tragèdia que afecta les famílies, comunitats i països sencers i té efectes duradors en les persones que van deixar enrere. Pel que fa a l'edat el suïcidi, a l'any 2000 es va convertir en una de les tres principals causes de mort a la franja d'edat entre els 15 i 35 anys.^{2,3} I va ser la segona causa de mort entre els 15-29 anys d'edat a tot el món en 2012.⁴ darrera dels accidents de transit.

Al territori espanyol, segon dades recopilades per l'INE al 2011, es varen suïcidar 3.180 persones, 2.435 homes i 745 dones. Al 2012, es varen suïcidar 3.539, 2.724 homes i 815 dones. I al 2013 el total de defuncions per suïcidi va ser de 3.870, 2.911 homes i 959 dones.⁵

Figura 1. Nombre de Defuncions per Suïcidi a Espanya. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia



Com es pot observar a la gràfica ens els últims tres anys hi ha hagut un augment significatiu en el nombre de suïcidis total en nombres absoluts. Però si analitzem la gràfica per percentatges trobem que el percentatge respecte a

anys anteriors van disminuint, del 2011 al 2012 l'increment va ser del 11,29% i del 2012 al 2013 del 9,35%, tot i així es tracta de percentatges molt elevats.

Analitzant la gràfica per sexe trobem un augment del 11,87% del 2011 al 2012 i del 6,84% del 2012 al 2013 en homes. Pel que fa a les dones les dades són d'un 9,4% del 2011 al 2012 i d'un 17,67% del 2012 al 2013.

En percentatges totals per sexe trobem que al 2011 del total de suïcidis, el 76,57% eren homes i el 23,43% dones. Al 2012 el 76,97% homes i el 23,03% dones i a l'any 2013, el 75,22% homes i el 24,78% dones.

Amb aquestes dues últimes dades podem observar una lleugera disminució pel que fa al homes al 2013 respecte d'anys anteriors, però un augment progressiu del percentatge de dones que es suïciden.

A Espanya la taxa més alta de suïcidis per edat al 2011, 2012 i 2013 (veure figures 2, 3 i 4) les trobem a les franges de 30 a 39 anys i 40 a 44 anys en homes i la franja d'edats més alta entre les dones la trobem dels 30 als 39 anys.

Figura 2. Nombre de Suïcidi a Espanya per Edat i Sexe 2011. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia

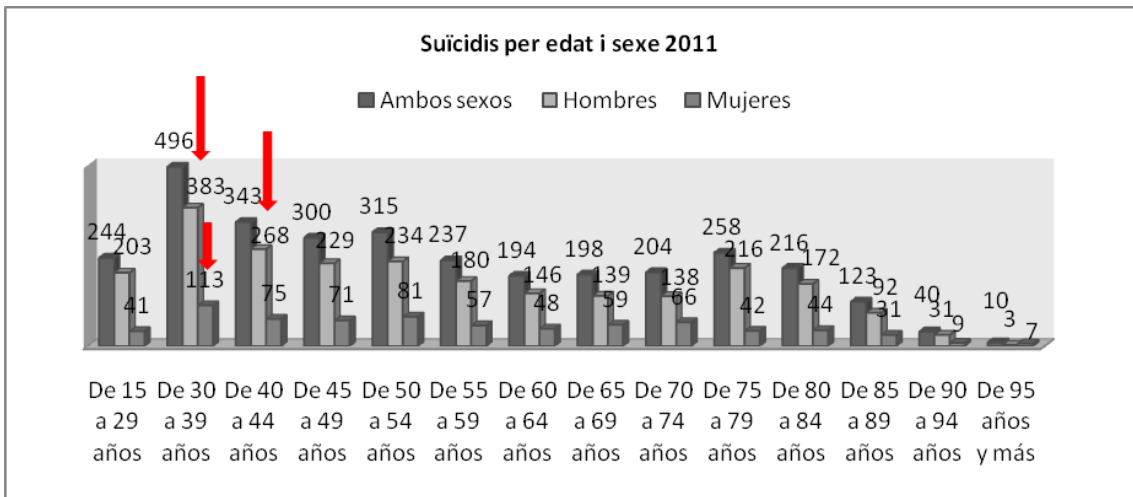


Figura 3. Nombre de Suïcidi a Espanya per Edat i Sexe 2012. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia

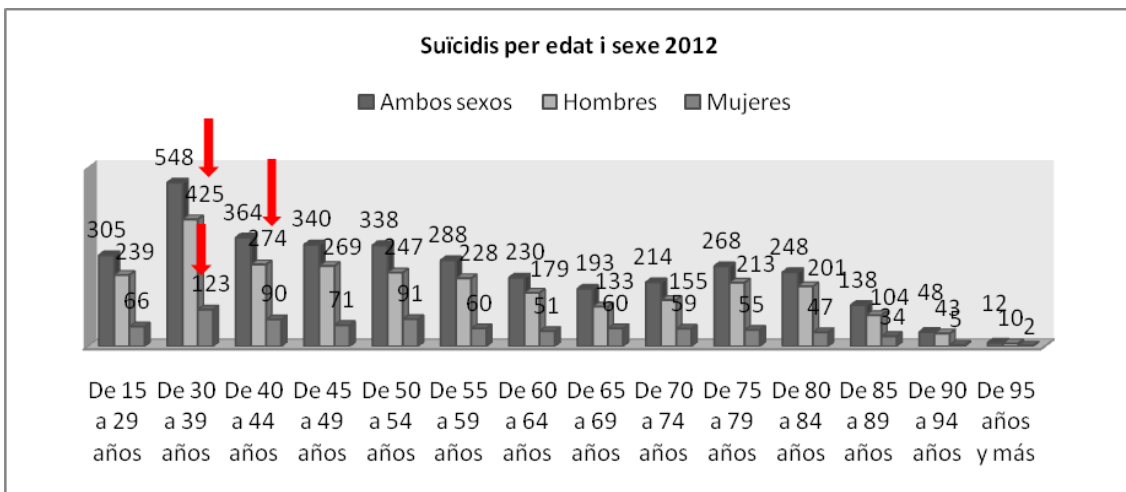
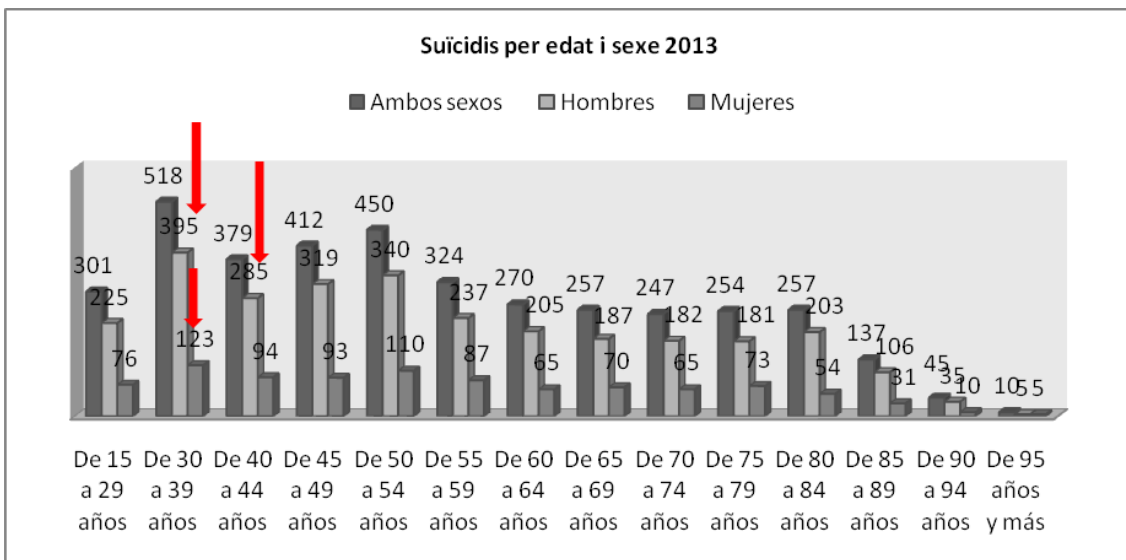


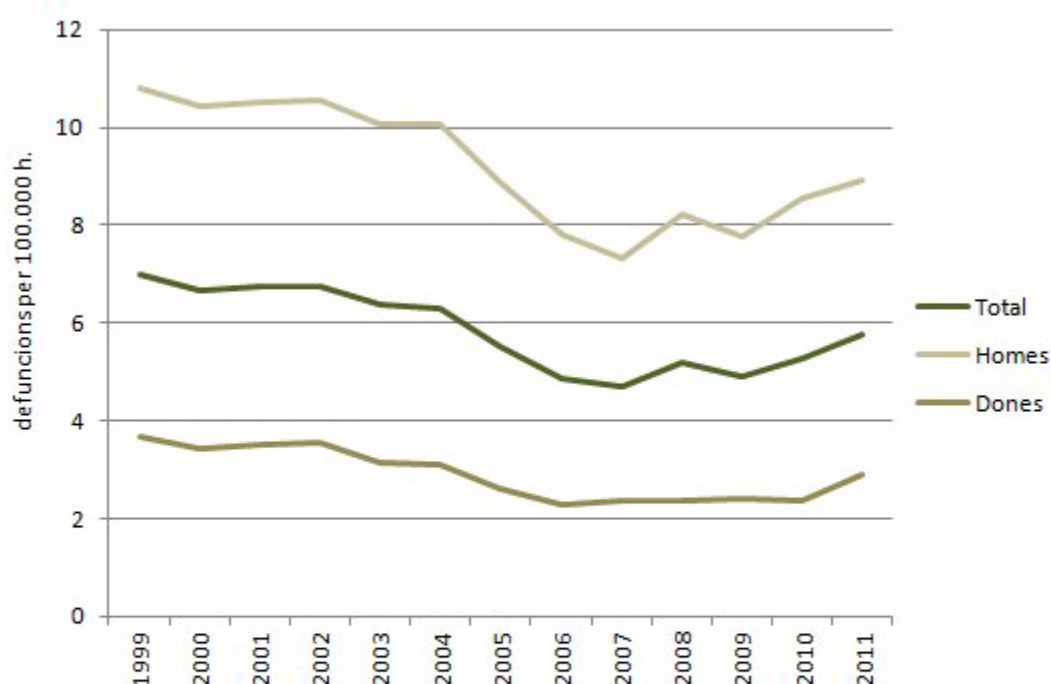
Figura 4. Nombre de Suïcidi a Espanya per Edat i Sexe 2013. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia



En les gràfiques anteriors hi ha una dada a la qual s'ha de posar especial atenció, i és l'augment dels suïcidis durant els últims anys tant en homes com en dones en la franja d'edat dels 15 al 29 anys, sent aquest augment del 85,37% en les dones entre el 2011 i el 2013 i del 10,84% dels homes.

Pel que fa a Catalunya, Observatori del Sistema de Salut l'any 2011, a es varen registrar 485 defuncions per suïcidi, després de mantenir una tendència lleugerament decreixent des del 2002 fins al 2007, a partir del 2007 la taxa de mortalitat ha crescut una mitjana anual del 3,6%⁶. No hi consten dades dels anys 2012 i 2013.

Figura 5. Evolució e la taxa de mortalitat per, suïcidis i autolesions. Dades Obtingudes De L'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya



Evolució de la taxa de mortalitat estandarditzada per edat (per 100.000 h.) per suïcidis i autolesions. Per sexe, 1999-2011.

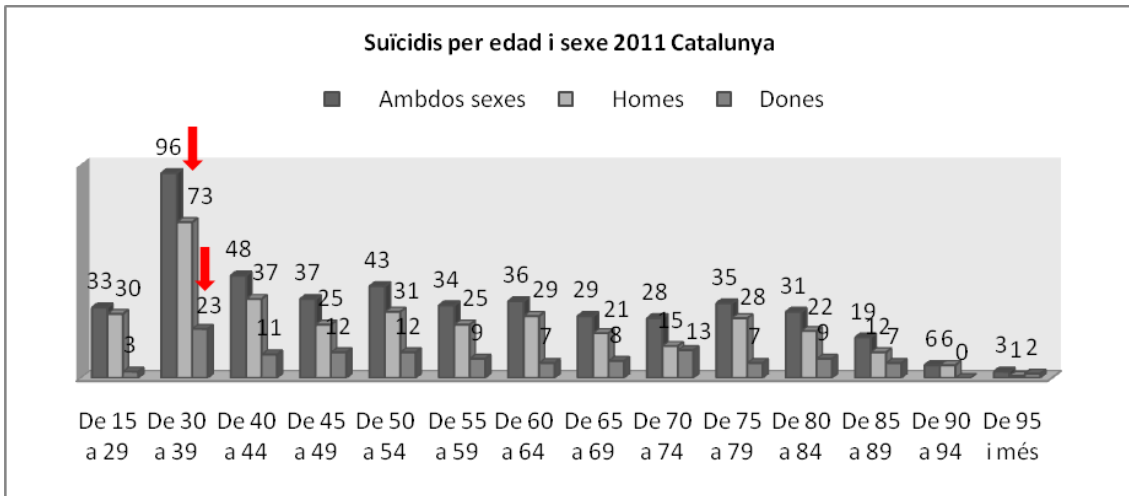
Dades estandarditzades per edat. Mètode directe. Població de referència: població censal Catalunya 1991.

Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, 1999-2011. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut.

Elaborat per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Departament de Salut.

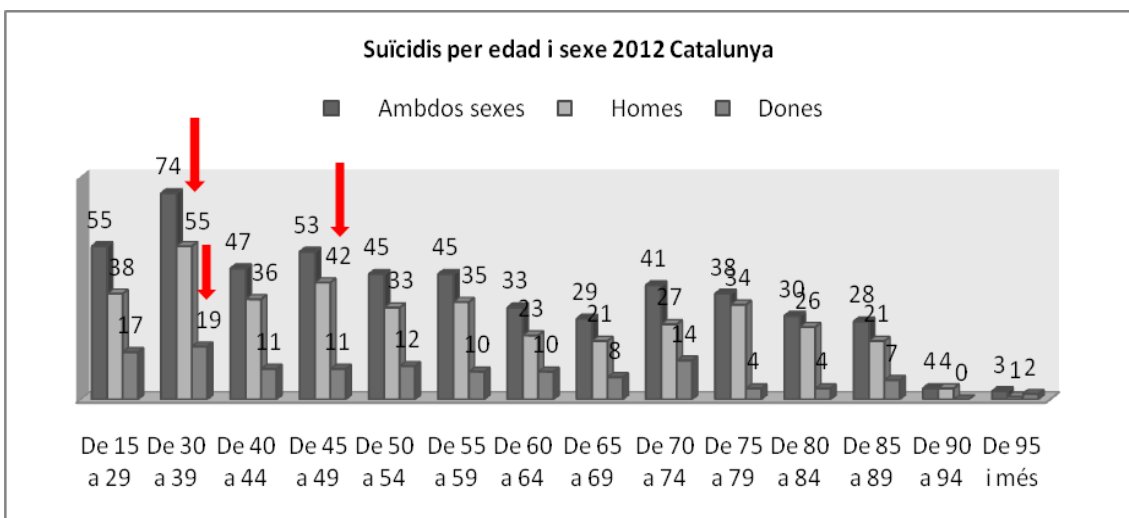
Per obtenir dades dels anys 2011 al 2013 sobre el nombre de suïcidis a Catalunya hem de consultar les dades de l'INE, les gràfiques 6,7 i 8, trobem informació detallada del nombre de suïcidis comesos durant els anys esmentats i per edat.

Figura 6. Nombre de Suïcidi a Catalunya per Edat i Sexe 2011. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia



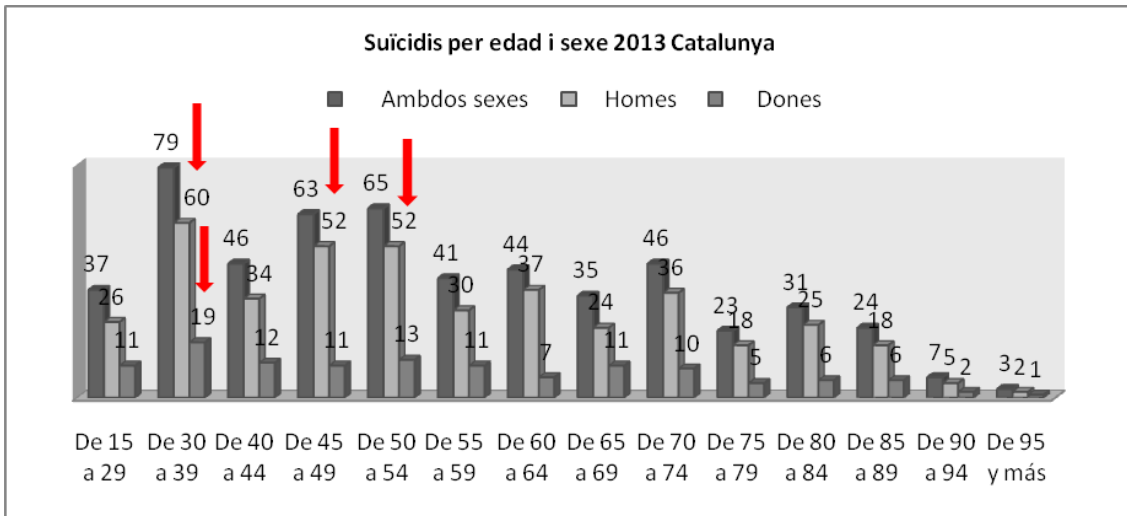
Al 2011 el tram d'edat tan en homes com en dones estava situat a la franja del 30 a 39 anys.

Figura 7. Nombre de Suïcidi a Catalunya per Edat i Sexe 2012. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia



Al 2012 en tram del 30 als 39 anys pateix una devallada tan en homes com en dones del 13,2% i del 8,2% respectivament. Però augmenta en un 68% els suïcidis comessos per homes en la franja de 45 a 49 anys.

Figura 8. Nombre de Suïcidi a Catalunya per Edat i Sexe 2013. Dades Obtingudes De INE. Elaboració pròpia



Al 2013 continua la tendència a l'alça pel que fa al nombre de suïcidis en homes entre els 30 i 39 anys i dels 45 als 49 anys i incrementant-se significativament en la franja del 50 als 54 anys. Pel que fa a les dones les dades continuen estables.

Per tant existeix una coincidència clara en les dades que dona la OMS a nivell mundial, com les que proporciona l'INE de l'estat espanyol i Catalunya pel que fa a les franges d'edat amb més risc de suïcidi i que han augmentat significativament els darrer anys i són del 15 als 29 anys.

El suïcidi, està íntimament lligat a la presència d'un trastorn psiquiàtric; més del 50% dels suïcidis són consumats per persones amb trastorns depressius. L'abús o dependència d'alcohol està present en al voltant de 20 a 25% dels que se suïciden i també ocorren taxes elevades de suïcidi en l'esquizofrènia. L'ansietat és un altre trastorn associat de manera rellevant amb el suïcidi, de manera que la comorbiditat d'ansietat amb depressió multiplica el risc.⁷

En general pel que fa a la relació entre patologia psiquiàtrica i suïcidi, s'accepta que el suïcidi és, en la majoria dels casos la conseqüència d'un patiment psíquic. En estudis d'autòpsia psicològica es constata l'existència de almenys un diagnòstic psiquiàtric en el moment del suïcidi en el 90-95% dels casos.^{3,8,9}

Segons l'Organització Mundial de la Salut, prediu que a l'any 2020, la depressió serà el 2^{on} problema de salut a tot el món i la 1^a causa de baixa laboral als Països desenvolupats. (OMS. 2014)

En aquest treball ens centrarem principalment en la depressió ja que els suïcidis consumats i/o les temptatives de suïcidi en aquest tipus de trastorns, són els que tenen un percentatge més elevat. Tanmateix, una de cada cinc

persones arribarà a desenvolupar un trastorn depressiu al llarg de la vida, proporció que augmentarà si concorren altres factors, com malalties mèdiques o situacions d'estrès⁴. Per aquest motiu, i segons algunes estimacions, la depressió passarà a convertir-se a l'any 2020 en la segona causa de discapacitat, després de les malalties cardiovasculars⁴.

Les necessitats bàsiques que intenta cobrir aquest treball són, d'una banda aportar tots els elements necessaris que facin possible la identificació de subjectes depressius amb risc suïcida i d'altra banda establir mesures efectives que ajudin a disminuir les temptatives com seria la posada en marxa programes de prevenció per tal de reduir les taxes de suïcidi actuals.

2 Revisió teòrica

Revisió Bibliogràfica:

Les bases de dades utilitzades per a la recerca documental han estat les següents:

- Apa PsycNET - Base de dades bibliogràfica de l'American Psychological Association que conté cites i resums d'articles de revista, llibres, tesis doctorals i informes.
- Dialnet - Base de dades de sumaris de revistes en espanyol.
- INEbase - Institut Nacional d'Estadística, elabora i distribueix les estadístiques oficials a Espanya
- ProQuest Psychology Journals - Bases de dades que ofereix accés a les principals revistes de l'àmbit de la psicologia.
- Medline - Base de dades bibliogràfica. Inclou resums i citacions de revistes de l'àmbit de la medicina i ciències de la salut.
- PsycArticles - Base de dades que conté el text complet de les revistes publicades per l'American Psychological Association (APA) i altres organitzacions relacionades (Canadian Psychological Association i Hogrefe & Huber). Recull títols especialitzats en totes i cadascuna de les branques de la psicologia: bàsica, aplicada, clínica i de la salut, del desenvolupament, psicobiologia i neurociències, social, etc.
- Scopus - Base de dades produïda per Elsevier que recull unes 18.000 publicacions d'un total de 5.000 editorials internacionals. És una nova eina de navegació que engloba la major col·lecció multidisciplinària a nivell mundial de resums, referències e índex de literatura científica, tècnica i mèdica.

- Scielo Espanya - Biblioteca virtual formada per una col·lecció de revistes científiques espanyoles de ciències de la salut.
- Google Scholar.
- Google Books.

Fonts d'informació utilitzades:

- Societat Espanyola de Psiquiatria - Revista Psiquiatria i Salut Mental.
- Psicologia online - Monografies i articles
- Anales de Psicologia- Conté articles originals d'investigació i revisió teòrica, tant en els àmbits bàsics i metodològics com aplicats de la psicologia.
- Psiquiatria.com - Biblioteca: articles, revistes, guies.
- Psicologia .com - Revistes
- Organització Mundial de la Salut (OMS)
- Observatori del sistema de Salut de Catalunya.

Els descriptors claus utilitzats per a la recerca bibliogràfica han estat els següents:

- Suicidio / Suicide
- Conducta suicida / Suicidal Behavior
- Depresión + característica + estados de ánimo / Depression + characteristic + frame of mind
- Suicidio + depresión / Suicide + Depression
- Suicidio + depresión + factores de riesgo / Suicide + Depression + risk factors
- Suicidio + depresión + indicadores de riesgo / Suicide + Depression + risk indicators
- Amenazas + gestos + intentos + pensamientos + suicida / threats gestures + attempts + thought + suicide
- Suicidio + depresión + factores de protección / Suicide + Depression protective factors

- Prevenció conducta suïcida / Prevention suicidal behavior
- Intervenció conducta suïcida / Intervention suicidal behavior
- Programes conducta suïcida / Programs suicidal behavior

Es revisa principalment literatura científica dels últims 10 anys, intentant limitar la recerca bibliogràfica entre els anys 2004 i 2014 tot i que no es descarten articles anteriors al 2004 que puguin ser de rellevància per a la recerca que permetin donar resposta als objectius i finalitat del treball. Tanmateix es limita l'idioma de la recerca bibliogràfica al castellà i a l'anglès.

Pel que fa als treballs previs més rellevants i que fan referència al tema de recerca creiem adient començar per una revisió històrica del terme suïcidi, en aquest sentit va ser l'abat Desfontaines al segle XVIII el primer que va utilitzar el terme suïcidi (suïssa si mateix i cidius- matar)¹⁰ Referint-se a diferents terminologies sobre el suïcidi:

- Acte suïcida¹⁰. Tot fet pel qual un individu es causa a si mateix una lesió, qualsevol que sigui el grau d'intenció letal i de coneixement del veritable mòbil.
- Parasuïcidi¹⁰. Acte no mortal en el qual una persona, de manera deliberada, s'autolesiona o s'ingereix un medicament en dosis superior a la prescrita o reconeguda com terapèutica.
- Conductes autodestructores directes o conscients¹⁰. Corresponen a les temptatives de suïcidi i al suïcidi consumat.
- Conductes autodestructives indirectes o inconscients¹⁰. Tenen un caràcter insidiós i prolongat i no són reconeguts com a actes suïcides.
- Autolesió intencionada¹⁰. (Deliberate self-harm). Terme proposat per conceptualitzar l'intent suïcida com una conducta d'afrontament.
- Ideació suïcida¹⁰. Comprenen des de la idea fugaç de la dificultat de viure a la idea suïcida transitòria, perllongada, permanent, impulsiva o planejada.

A finals del segle XIX, comença una nova interpretació del suïcidi, amb els treballs de Durkheim. L'autor realitza un enfocament sociològic del suïcidi en el seu llibre "El Suicidio" i planteja que és el resultat de la fortalesa o la debilitat del control de la societat sobre l'individu^{11,12}

Així defineix 3 tipus:

- Suïcidi altruista. És el literalment demanat per la societat, per la seva cultura, normes i costums.
- Suïcidi egoista. En aquest cas la persona té pocs lligams amb la comunitat; són persones que viuen soles, no tenen família ni grup social o institució amb qui relacionar-se. No hi ha pràcticament exigències socials per a l'individu.
- Suïcidi anònim. Es produeix per una sobtada ruptura en la relació habitual entre la societat i l'individu (pèrdua d'éssers estimats, propietats, prestigi, etcètera.)

També Freud va publicar "Dol i malenconia", en ell va interpretar el suïcidi com una hostilitat desplaçada cap al subjecte, iniciant amb això tot un seguit de elaboracions psicodinàmiques del suïcidi que posen l'accent en l'estructura del subjecte i es pregunta quines són les raons que té una persona per a sucumbir a les situacions socials de frustració, pèrdues o soledat i perquè aquestes situacions fan que algunes persones responguin amb conductes autodestructives i altres no³.

En l'actualitat, els treballs més rellevants els trobem en estudis d'autòpsia psicològica han trobat que al voltant del 40% dels suïcidis, havien estat precedit per almenys un intent anterior. Però les taxes de repetició varien molt segons passa el temps des del primer intent.

A més, les taxes depenen del tipus de població que s'està analitzant per exemple als EUA, gairebé el 40% dels que es van intentar suïcidar, van fer un nou intent dins dels 90 dies de deixar l'hospitalització. En els 1-2 anys després de l'alta, la taxa de repetició dels pacients atesos en les unitats d'urgències mèdiques van variar del 14% al 25%. Quan es van considerar seguiments més perllongats (4-10 anys), la taxa de reintents de suïcidi va variar de 20% a 55%¹³.

A Catalunya, els pacients que realitzen intents de suïcidi presenten una elevada concurrència de dues o més patologies, més del 50% repeteixen l'acte suïcida i també la mortalitat per suïcidi és del 10% als 10 anys¹⁴.

D'altra banda el suïcidi es mou a través de diferent naturalesa i gravetat, que va des de la ideació (idea de la mort com a descans, desitjos de mort i ideació suïcida) fins a la gradació conductual creixent (amenaces, gestos, temptatives i suïcidi consumat)¹⁴. La classificació de Silverman et al; any 2007¹⁵, que veiem a continuació és una de les més utilitzades.

Taula 1. Classificació de conducta suïcida proposada per Silverman¹⁵

Ideació suïcida	a. Sin intencionalidad suïcida	1. Casual 2. Transitoria
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad	3. Pasiva 4. Activa
	c. Con alguna intencionalidad suïcida	5. Persistente
Comunicación suïcida*	a. Sin intencionalidad suïcida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suïcida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suïcida, Tipo I)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suïcida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suïcida, Tipo II)	
	c. Con alguna intencionalidad suïcida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suïcida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suïcida, Tipo III)	
Conducta suïcida*	a. Sin intencionalidad suïcida 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Sin lesiones (Conducta suïcida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suïcida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)	
	c. Con alguna intencionalidad suïcida 1. Sin lesiones (Intento de suïcidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suïcidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suïcidio consumado)	
*Clasificación adicional para Comunicación y Conducta suïcida: <ul style="list-style-type: none"> - Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación) - Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control) - Foco mixto 		

També l'Organització Mundial de la Salut (OMS) proposa com a criteris operatius d'un suïcidi: a) un acte amb resultat letal; b) deliberadament iniciat i realitzat pel subjecte; c) sabent o és esperant el resultat letal i d) la mort és un instrument per obtenir canvis desitjables en l'activitat conscient i en el medi social¹⁴.

Igualment, La Societat Espanyola de Psiquiatria i la Societat Espanyola de Psiquiatria Biològica va preparar un document que, a partir de l'evidència disponible i l'opinió dels experts, realitza unes recomanacions sobre la prevenció i el maneig del comportament suïcida.¹⁶

En l'article trobem una revisió de l'evidència disponible sobre la magnitud i impacte epidemiològic de la conducta suïcida, els factors de risc i protectors, els instruments d'avaluació del risc de conducta suïcida, els protocols preventius existents a nivell internacional i local, les intervencions preventiu-educatives a nivell dels professionals de la salut, i les possibles intervencions sobre poblacions de risc.

Finalment, el Ministeri de Salut va publicar al 2012 la Guia de Pràctica Clínica de Prevenció i Tractament de la Conducta Suïcida, En aquell moment a Espanya es suïcidaven nou persones al dia, fet de gran repercussió emocional, social i econòmica en l'entorn de les persones mortes.¹⁵

Tots aquest treballs previs, es centren en la importància de l'adopció de mesures i el desenvolupament d'estratègies encaminades a la disminució de la conducta suïcida, a la identificació dels factors de risc, a l'avaluació del risc de la conducta suïcida i entre els seus objectius la prevenció del suïcidi i l'avaluació de accions específiques per disminuir les taxes de suïcidi en grups de risc. És per això que creiem necessari partir d'aquest antecedents que considerem que ens ajudaran a donar respostes a les preguntes que ens plantegem en aquest treball.

3 Problema

Mida del problema¹⁷:

- Cada 40 segons una persona comet suïcidi en algun lloc del món.
- Cada 3 segons una persona intenta morir.
- El suïcidi està entre les tres causes més freqüents de mort en persones joves amb edats 15-35 anys.
- Cada suïcidi té un seriós impacte sobre almenys sis persones.
- L'impacte psicològic, social i financer del suïcidi sobre la família i la comunitat no és mesurable.

El suïcidi és un problema greu de salut pública¹⁷, i requereix la nostra atenció, però malauradament la seva prevenció i control no son una tasca senzilla. És un problema complex, per al qual no hi ha una única causa ni un sola raó. Resulta d'una complexa interacció de factors biològics, genètics, psicològics, socials, culturals i mediambientals.(Mansilla, 2012).

Tanmateix és difícil explicar per què algunes persones decideixen cometre suïcidi, mentre altres en una situació similar o fins i tot pitjor, no ho fan. No obstant això, la majoria de els suïcidis poden prevenir-se. La prevenció del suïcidi comprèn una sèrie d'activitats que van des de l'educació en joves i nens i el tractament eficaç de trastorns mentals, fins al control mediambiental dels factors de risc^{17,18}.

Identificar, avaluar, gestionar i remetre al suïcida és un pas important en la prevenció del suïcidi¹⁷.

Estudis fets en països desenvolupats desvetllen que:

- La majoria de persones que cometen suïcidi presenten un trastorn mental diagnosticable¹⁸.
- El suïcidi i el comportament suïcida són més freqüents en pacients psiquiàtrics.

Dels diferents grups de diagnòstic, la depressió és el diagnòstic més comú en suïcidi aconseguit^{19,20}. Tothom alguna vegada s'ha sentit deprimat, trist, i inestable, però normalment aquests sentiments passen, però quan aquests sentiments persisteixen i pertorben la vida normal de la persona, deixen de ser sentiments depressius i es converteixen en una malaltia depressiva.

Entre els principals factors de risc^{18,19,21} es podem trobar:

- Factors psiquiàtrics com depressió major, esquizofrènia o addiccions.
- Factors biològics o genètics.
- Factors psicològics com conflictes interpersonals o sensació de desesperança.
- Situacions vitals de crisi com la pèrdua d'algun ésser estimat.
- Situacions ambientals i socials específiques, com aïllament o exclusió social

Per tan els factors de risc de la conducta suïcida bàsicament es divideixen en dos grups, aquells que són clínicament modificables (com són els trastorns psiquiàtrics) i aquells que no ho són (com els factors hereditaris, el sexe o l'edat). Pel que fa als primers, el trastorn depressiu major pot arribar a augmentar 20 vegades el risc de suïcidi, especialment, a l'inici i al final l'episodi depressiu ja que en la fase d'estat, l'alentiment psicomotor i la inhibició bloquegen el pas a la acció.¹⁶

Per tant la prevenció de la conducta suïcida es converteix en una prioritat, i la identificació dels diferents signes d'alerta i el tractament adequat de la

simptomatologia psiquiàtrica de base són dos aspectes fonamentals a l'hora de poder fer efectiva aquesta prevenció.

4 Preguntes de recerca, objectius i/o hipòtesis

Hipòtesis:

H1:La posada en marxa d'un programa de prevenció del suïcidi en pacients depressius produiria canvis en la detecció precoç i la prevenció de la conducta suïcida.

H2:La posada en marxa d'un programa de prevenció del suïcidi en pacients depressius no produiria canvis en la detecció precoç i la prevenció de la conducta suïcida.

Objectiu Principal:

Valorar l'impacte de la implantació d'un programa de prevenció del suïcidi en pacients depressius per detectar, prevenir i atendre la conducta suïcida a l'àrea del barri de Sant Andreu de Barcelona.

Objectius secundaris:

- Aprendre a identificar els factors associats a la conducta suïcida per intervenir i prevenir les temptatives de suïcidi.
- Desenvolupar programes de formació dirigits a professionals sanitaris per a conèixer els diferents signes d'alerta, les característiques de l'estat d'ànim de les persones depressives, els gestos i pensaments, que puguin prevenir una possible conducta suïcida i assegurar una intervenció precoç i immediata.
- Establir mesures de prevenció, a partir de programes específics, amb la inclusió de pacients depressius amb risc suïcida en aquests, que permetin disminuir les ideacions i les temptatives de suïcidis.
- Saber quines mesures de prevenció seran necessàries establir per a reduir les taxes de mortalitat per suïcidi.

5. Propòsit de la recerca

La previsió que fa pels propers anys la Organització Mundial de la Salut sobre les morts per suïcidi i l'augment detectat a partir de les dades del INE pel que fa al increment de la mortalitat per suïcidi en edats cada cop més avançades, són el motiu que porten a l'elaboració d'aquesta recerca, aquest treball neix amb la intenció de proporcionar i donar a conèixer quins són els factors de risc

associats a la conducta suïcida, quines són les senyals d'alerta i com poder ajudar a algú amb ideacions suïcides, centrant-nos especialment en pacients depressius donat que el 45 i 70% dels qui intenten el suïcidi pateixen principalment de depressió.⁷

Tanmateix intentarem esbrinar quines mesures de prevenció són necessàries establir per tal de disminuir les temptatives de suïcidi, i finalment quins resultats podríem obtenir amb l'aplicació d'aquest programes de prevenció tenint en compte programes de prevenció per a suïcidi ja existents.

6. Mètode

6.1 Disseny de la recerca

Es tracta d'un estudi exploratori quasiexperimental pre post en un sol grup, que consistirà en el desenvolupament, aplicació i avaluació d'un programa de prevenció del suïcidi en persones diagnosticades de trastorn depressiu major que es posarà en marxa en el centre d'atenció primària, al servei d'urgències dels hospitals i al centre de salut mental del àrea del districte de Sant Andreu de la ciutat de Barcelona.

L'estudi es durà a terme des del setembre del 2015 al octubre del 2017, ambdós inclosos. La mostra serà recollida des de febrer de 2016 fins a abril de 2016. La posada en marxa del programa serà al juny del 2016. L'anàlisi dels resultats tindrà lloc des de juny de 2017 fins a setembre de 2017. Els resultats de l'estudi s'obtindran a octubre del 2017.

L'estudi s'iniciarà amb la formació prèvia de tot el personal sanitari, metges i infermeres del centres atenció primària, urgències hospitalàries i centres de salut mental. Els cursos tindran lloc als mateixos centres i seran realitzats per el nostre equip, tindran una durada de quatre mesos, i es realitzaran sessions de una hora i mitja de durada un cop per setmana.

En aquets cursos es formarà al personal en la detecció i avaluació del risc suïcida del pacient (ANEX 11.2); quins són els factors de risc immodificables associats a la conducta suïcida (ANEX 11.3), quines poden ser les senyals d'alerta d'un suïcidi immediat (ANEX 11.4), tanmateix el curs inclourà recomanacions sobre com, quan i que preguntar sobre la conducta suïcida (ANEX 11.5), i l'actitud durant l'entrevista clínica, (ANEX 11.6), tanmateix se'ls i donarà totes les eines necessàries per a l'avaluació de la conducta suïcida, es a dir tots els tests psicomètrics necessaris, per tal d'avaluar de la severitat de la depressió, l'avaluació de la ideació suïcida, la intencionalitat suïcida, i la desesperança del pacient. La correcció dels mateixos serà efectuat per el personal d'infermeria prèviament formats en la correcció, tanmateix informaran del resultat de cada pacient al seu metge.

Els resultats proporcionats pels test seran recopilats i guardats en els historials dels pacients per tal de fer posteriorment el re test de seguiment i s'introduiran en una base de dades creada per nosaltres únicament per aquest estudi,

aquesta base de dades, serà compartida per tots els professionals que formaran part de l'estudi, de manera que l'accés a les dades sigui més fàcil.

A la BBDD es registraran les següents dades per d'estudi:

- Dades sociodemogràfiques (edat i sexe).
- Diagnòstic de trastorn depressiu major segons criteris DSM-IV²⁶. (ANEX 11.7)
- Nombre de temptatives de suïcidi prèvies abans de la participació en l'estudi.
- Nombre d'intents de suïcidi al 1,3, 6, i 12 mesos següent a l'inici del programa.
- Nombre d'ideacions en el moment de la participació a l'estudi.
- Nombre d'ideacions al 1, 3, 6, i 12 mesos següent a l'inici del programa.
- Nivell de desesperança previ a la participació de l'estudi.
- Nivell de desesperança al 1, 3, 6, i 12 mesos següent a l'inici del programa.
- Nombre de pacients que hagin comés suïcidi al llarg del programa.

En el cas de detectar un pacient amb un alt risc de suïcidi, serà derivat al servei de salut mental en un màxim de 48 hores per tal d'iniciar el programa terapèutic i el seu seguiment.

Paral·lelament des del serveis d'urgències hospitalàries aniran recollint les dades i derivant al programa a aquells pacients que hagin comés temptativa de suïcidi. El pacient un cop estabilitzat se li donarà la possibilitat d'entrar en el programa. Al igual que en els centres d'atenció primària se'ls dotarà de les eines necessàries per a l'avaluació prèvia del pacient. La correcció, introducció i informació dels resultats l'efectuaran els psiquiatres i psicòlegs que hagin atès al pacient.

El centre de salut mental serà el que realitzi el tractament dels pacients derivats, els psiquiatres realitzaran l'avaluació, el diagnòstic i inici i/o seguiment de tractament psicofarmacològic. Durant la mateixa setmana el pacient serà citat per iniciar el tractament psicoterapèutic, el tipus de tractament queda supeditat als psicòlegs. El nombre de sessions haurà de ser mínima d'un cop per setmana per als pacients amb menys risc i de dos a tres cops per setmana per aquells pacients amb un risc més elevat.

Els Centres de Salut Mental tanmateix ens proporcionaran les dades d'aquells pacients que en iniciar aquest estudi haguessin comés temptativa de suïcidi des de la data de l'inici de la recollida de dades i que no constin en els serveis d'urgències de Sant Andreu, per que han estat atesos en altres hospitals, incloent-los en el programa.

Un cop el pacient iniciï el procés, se'l farà un seguiment diari per part del personal d'infermeria a través del telèfon durant els primers dies, per tal de fer un seguiment exhaustiu del pacient, o sol·licitar informació sobre el pacient als familiars en el cas de no poder parlar directament amb el pacient. Se'ls demanarà per les ideacions, i si aquestes persisteixen o no. Als familiar se'ls demanarà si han detectat algun canvi en la seva conducta.

De la mateixa manera si el pacient ho necessités també podrà acudir al centre de salut mental sense cita prèvia per tal de ser atès el més ràpidament possible en cas de crisi.

Aquest estudi tindrà una durada total de un any i dos mesos, els pacients que i formin part tindran, una avaluació de seguiment, al més de l'inici del programa i als 3, 6, i 12 mesos per tal d'avaluar si hi ha hagut canvis pel que fa al risc de suïcidi, durant aquests mesos se'ls passarà un re test dels tests psicomètrics inicials, aixó permetrà veure l'evolució del pacient i avaluar finalment si el programa està sent eficaç o no.

D'una banda aquestes accions ens permetrà assolir els dos primers objectiu secundaris plantejat, donat que una formació específica dels professionals sobre la conducta suïcida assegurarà una intervenció precoç i immediata. Tanmateix ens permetrà assolir el tercer i quart objectiu, es a dir, si la inclusió de pacients depressius en risc suïcida o que hagin fet temptativa a un programa específic de prevenció disminuirà les ideacions i les temptatives prèvies i futures a l'inici del programa. I finalment ens permetrà avaluar l'eficàcia del programa preventiu, per tant ens permetrà acceptar o rebutjar les hipòtesis plantejades.

Les variables que es volen mesurar són: pacients depressius, ideació suïcida, intencionalitat suïcida (acte suïcida), i desesperança (constructe relacionat amb el suïcidi).

6.2 Participants

La població sobre la que s'intervindrà directament seran homes i dones majors de 18 anys, amb els següent criteris d'inclusió:

1. Diagnòstic actual de depressió major segons DSM-IV.
2. Pacients que tinguin ideacions suïcides.
3. Pacients que hagin realitzat temptatives de suïcidi.
4. Pacients amb elevats nivells de desesperança.

Criteris d'exclusió:

1. Pacients amb diagnòstic primari d'alcoholisme o conducta addictiva.
2. Pacients que no expressin intenció de participar en l'estudi.

Per les característiques de l'estudi, els participants seran seleccionats mitjançant un mostreig fet expressament.

A la mostra i podrem accedir a través de les tres vies d'entrada al programa comentades a l'apartat anterior, aquests seran, el centre d'atenció primària, les urgències hospitalàries i centre de salut mental del districte de Sant Andreu, que ens donaran accés als criteris d'inclusió.

Els criteris ètics que es tindran en comptes seran els següents:

- Tot tipus de material estrictament psicològic, tant d'avaluació com de intervenció o tractament, queda reservat a l'ús dels Psicòlegs, qui per altra banda, s'abstindran de facilitar-los a altres persones no competents. els Psicòlegs gestionaran o en el seu cas garantiran la deguda custòdia dels documents psicològics. (Article 19).²²
- En fer-se càrrec d'una intervenció sobre persones, grups, institucions o comunitats, el psicòleg oferirà la informació adequada sobre les característiques essencials de la relació establerta, els problemes que està abordant, els objectius que es proposa i el mètode utilitzat. (Article 25).²²
- En la investigació va refusar el Psicòleg absolutament la producció en la persona de danys permanents, irreversibles o innecessaris per l'evitació d'altres grans. La participació en qualsevol investigació haurà de ser autoritzada explícitament per la persona/es amb la/les que aquesta es realitza. (Article 34).²²
- En l'exercici de la seva professió, el psicòleg mostrarà un respecte escrupolós del dret del seu client a la pròpia intimitat. Únicament demanarà la informació estrictament necessària per a l'acompliment de les tasques per a les quals ha estat requerit, i sempre amb l'autorització del client. (Article 39)²²
- Tota la informació que el psicòleg recull en l'exercici de la seva professió, sigui en manifestacions verbals expressades dels seus clients, sigui en dades psicotècniques o en altres observacions professionals practicades, està subjecta a un deure i un dret de secret professional, del qual, només podria ser eximit pel consentiment exprés del client. El Psicòleg vetllarà perquè els seus eventuais col·laboradors s'atinguin a aquest secret professional. (Article 40.)²²
- L'exposició oral, impresa, audiovisual o una altra, de casos clínics o il·lustratius amb fins didàctics o de comunicació o divulgació científica, s'ha de fer de manera que no sigui possible la identificació de la persona, grup o institució de què es tracta. En el cas que el mitjà utilitzat per a tals exposicions comporti la possibilitat de identificació del subjecte, serà necessari el seu consentiment previ explícit. (Article 45).²²

- Els registres escrits i electrònics de dades psicològiques, entrevistes i resultats de proves, si són conservats durant cert temps, ho seran sota la responsabilitat personal del Psicòleg en condicions de seguretat i secret que impedeixin que persones alienes puguin tenir accés a ells (Article 46).²²

6.3 Instruments

Hi ha una gran diversitat d'instruments psicomètrics dissenyats per avaluar el risc de suïcidi que solen basar-se, en la valoració directa d'idees, conductes suïcides i factors de risc, o bé en símptomes o síndromes associats al suïcidi, com la desesperança, la depressió, etc. En l'estudi utilitzarem els següents:

Per a l'avaluació de la severitat de la depressió s'utilitzarà l'Inventari de Depressió de Beck.

Per a l'avaluació del risc de suïcidi s'utilitzaran diferents escales:

- La medicació dels actes suïcides es realitzarà mitjançant L'Escala d'intencionalitat suïcida (Suicide Intent Scale, SIS) de Beck aquesta quantifica la gravetat de la conducta suïcida recent, i el seu ús està indicat després d'un intent de suïcidi. Va ser dissenyada per valorar aspectes verbals i no verbals de la conducta abans i després de l'intent de suïcidi.

Cadascun dels seus 15 ítems es valora en una escala de 0 a 2 segons la intensitat, de manera que la puntuació total oscil·la entre 0 i 30. La primera part de la SIS (ítems 1-8) refereix a les circumstàncies objectives que envolten l'intent de suïcidi (grau de preparació de l'intent, context, precaucions contra el descobriment / intervenció etc.); la segona és autoinformada i cobreix les percepcions sobre la letalitat del mètode, expectatives sobre la possibilitat de rescat i intervenció, etc. (ítems 9-15). A major puntuació, major gravetat. (ANEX 11.8)

- La medicació del comportament suïcida es realitzarà mitjançant L'Escala d'ideació suïcida (Scale for Suicide Ideation, SSI) va ser dissenyada per Beck per quantificar i avaluar, en el context d'una entrevista semiestructurada, l'abast o intensitat dels pensaments suïcides en el moment actual o retrospectivament.

Consta de 19 ítems distribuïts en quatre apartats: actitud davant la vida / mort, característiques de la ideació suïcida, característiques de la temptativa i preparatius realitzats. La adaptació al castellà afegeix dos ítems més (20 i 21) que indaguen sobre antecedents d'intents previs de suïcidi i només tenen un valor descriptiu.

Cada ítem puntua del 0 al 2 sent 0 = absent i 2 = Màxima intensitat de la ideació suïcida. El rang de puntuació total es de 0 - 38, es considera que una puntuació igual o major a 1 és indicativa de risc de suïcidi, si la puntuació es major el risc de suïcidi és més elevat. (ANEX 11.9)

- La medició del constructe "desesperança" es realitzarà mitjançant L'escala de desesperança de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS), va ser dissenyada per mesurar el grau de pessimisme personal i les expectatives negatives cap al futur immediat i a llarg termini. La desesperança és un dels factors de risc que més s'han associat a la conducta suïcida i l'APA¹⁵ proposa que la desesperança mesurada amb la BHS hauria de ser considerada un factor de risc de suïcidi i, en conseqüència, un dels objectius del tractament.

La BHS consta de 20 preguntes de vertader o fals. Cada resposta es puntuava 0 o 1, de manera que el rang de puntuació oscil·la de 0 a 20. Una puntuació de 9 o més indicaria risc de suïcidi. (ANEX 11.10)

6.4 Procediment

L'estudi te previstes les següents fases:

Fase I: tindrà lloc al setembre i octubre del 2015, on es demanaran tots els permisos necessaris per a dur a terme l'estudi. Es demanarà autorització al comitè ètic d'investigacions clíniques de Catalunya, i la col·laboració als caps dels serveis tan dels centres d'atenció primària, urgències hospitalàries, centre de salut mental i als caps d'infermeria dels tres serveis.

Fase II: formació del personal de salut amb l'objectiu d'incrementar la detecció de pacients depressius en risc de suïcidi. Aquesta fase tindrà una durada de quatre mesos des del novembre del 2015 al febrer de 2016 i es realitzaran cursos de una hora i mitja de durada dirigits a metges i als professionals d'infermeria. En aquest cursos s'entrenarà en la detecció i avaluació del risc suïcida del pacient en un futur immediat, i s'ensenyarà a avaluar la ideació suïcida, la intencionalitat, i la desesperança del pacient.

Fase III: es durà a terme a partir del març del 2016 fins al maig del 2016 i consistirà en la selecció dels pacients que formaran part del programa de prevenció. Aquests pacients abans que hi formin part del programa se'ls informarà de tot el procés i hauran signaran tan del consentiment informat (ANEX 11.11) com de la Llei de Protecció de Dades RD 15/1999²⁴. Les vies d'entrada al programa seran tres: la primera, a través d'atenció primària ja que és on es detecten principalment els pacients amb depressió i que poden tenir ideacions suïcides. La segona, a través del servei d'urgències hospitalàries on ingressen les persones que hagi comés temptatives de suïcidi i finalment a través dels serveis de salut mental amb pacients que prèviament hagin realitzat un intent de suïcidi. Durant aquesta fase s'aniran recollint les dades dels participants sobre ideació suïcida, intencionalitat suïcida i nivell de desesperança mitjançant els instruments esmentats en l'apartat anterior.

Fase IV: s'iniciarà al juny del 2016 amb la posada en marxa del programa de prevenció específic del suïcidi, que consistirà en l'assistència a pacients amb risc de suïcidi, mitjançant una atenció preferent en un màxim de 48 hores, pla

terapèutic individualitzat i psicoteràpia individual i/o grupal amb psicòlegs clínics, suport telefònic i seguiment exhaustiu de cada pacient.

Fase V: s'efectuaran avaluacions dels pacients a través de l'aplicació de test, per tal de recollir dades sobre la intencionalitat, ideació, nivells de desesperança, repetició de la conducta suïcida, el seguiment en el programa o la mortalitat. Aquesta es durà a terme en quatre períodes al juny del 2016, al setembre del 2016, al desembre del 2016 i al juny del 2017 coincidint amb el primer més, 3, 6 i 12 mesos des de l'inici del programa del pacient.

Fase VI: En aquesta fase tindrà una durada de quatre mesos des del juny 2017 al setembre del 2017 i s'analitzaran les dades recollides durant la fase V i es compararan amb les recollides a la fase III.

Fase VII: Obtenció dels resultats de l'estudi, es durà a terme l'octubre del 2017.

A la taula 2 es pot observar de forma detallada la temporalització de les fases del projecte.

Taula 2

ANY	MES	PERMISOS	FORMACIÓ DEL PERSONAL SANITARI	SELECCIÓ PARTICIPANTS	RECOLLIDA DE DADES	IMPLANTACIÓ DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓ	SEGUIMENT I AVALUACIÓ DEL PACIENT	ANALISIS DE DADES	RESULTATS
2015	SEPTEMBRE								
	OCTUBRE								
	NOVEMBRE								
	DESEMBRE								
2016	GENER								
	FEBRER								
	MARÇ								
	ABRIL								
	MAIG								
	JUNY								
	JULIOL								
	AGOST								
	SETEMBRE								
	OCTUBRE								
	NOVEMBRE								
	DESEMBRE								
2017	GENER								
	FEBRER								
	MARÇ								
	ABRIL								
	MAIG								

	JUNY								
	JULIOL								
	AGOST								
	SETEMBRE								
	OCTUBRE								

7. Resultats

Es portarà terme la comparació de dues mitjanes en mostres aparellades ja que s'utilitza habitualment en els dissenys en els quals s'aplica a un únic grup de subjectes un determinat tractament o intervenció, per tant observarem si la intervenció produeix alguna variació o canvi en la conducta objecte d'estudi.²³ Aixó és, si la intervenció als nostres participants ha aconseguit disminuir les ideacions, i temptatives suïcides i el nivell de desesperança dels subjectes intervinguts.

El procediment avalua una determinada conducta d'un grup de participants abans d'iniciar la intervenció, aplicar la intervenció i tornar a avaluar l'esmentada conducta després de la intervenció. Per a determinar l'efecte d'aquest tractament compararem la mitjana de la variable o conducta observada abans i després de la intervenció.

Calcularem per a cada participant la diferència (D) en Ideació suïcida, temptatives suïcides i nivell de desesperança entre les dues mesures (pre i post).

Per a valorar si la intervenció a produït una disminució del grau de ideacions suïcides, temptatives suïcides i nivell de desesperança dels subjectes que formen part del programa, aplicarem a aquestes dades, la prova de comparació de dues mitjanes en mostres relacionades.

Si la mitjana de les diferències en els participants és igual a 0, conclourà que la intervenció no ha estat efectiva. I si la mitjana de les diferències és més gran que 0, la intervenció haurà estat efectiva per que els graus de ideacions suïcides, temptatives suïcides i nivell de desesperança hauran disminuït. Aixó ens permetran acceptar o rebutjar una de les dues hipòtesis plantejades,

La significació estadística de la diferència de ideació suïcida, temptatives suïcides i nivell de desesperança serà comprovada mitjançant una prova t de Student aparellat entre les variables de ideació suïcida, temptatives suïcides i nivell de desesperança inicial, i de ideació suïcida, temptatives suïcides i nivell de desesperança final, en tant que aquesta prova és adequada per comparar dues puntuacions mitjanes de variables en la població provinents del mateix grup.

8. Conclusions

En el cas que els resultats avalessin la primera hipòtesis plantejada mostrarien que els programes d'aquestes característiques tindrien un impacte evident sobre la conducta suïcida dels pacients que s'ha atès, i també un impacte en les necessitats d'assistència que requereixen aquests pacients.

La formació del professional sanitari permetria poder identificar millor el perfil de pacients depressius amb un risc major de suïcidi, amb la qual cosa es podria justificar el desenvolupament d'accions específiques que poguessin millorar la identificació, la valoració i una derivació adequada d'aquests pacients per tal de controlar, disminuir i fins hi tot eliminar el risc de suïcidi.

Per contra en el cas que els resultats anessin a favor de la segona hipòtesis plantejada implicaria d'una banda la necessitat de millora dels cursos per a la formació dels professionals sanitaris, ampliant aquesta formació al coneixement d'altres variables implicades en la conducta suïcida i que tindrien a veure amb els factors genètics i biològics del pacient, la història familiar de suïcidi, els esdeveniments vitals estressants, el nivell socioeconòmic, la situació laboral, i el nivell educatiu, variables que en aquest estudi no s'han tingut en compte donat que únicament l'estudi s'ha centrat en la detecció de les senyals d'alerta de la conducta suïcida.

Pel que fa al programa específic, ens podríem trobar d'una banda que existeixin diferències mínimes en les mesures pre post pel que fa a les variables mesurades, o que aquestes diferències siguin nul·les.

Per al primer supòsit, ens hauríem de plantejar la intensificació del seguiment, la possibilitat de desplaçament del personal d'infermeria als domicilis dels pacients i l'augment del número de sessions terapèutiques, tanmateix hauríem d'investigar quin tipus de teràpia individual duta a terme per els especialistes dels centres de salut mental ha estat més efectiva (recordem que no hi havia cap teràpia específica) i implementar-la a tots els pacients, tanmateix hauríem de tenir presents les diferències de sexe a l'hora d'implementar els programes i diferenciar entre la conducta suïcida de l'home i de la dona. Pel que fa al segon supòsit ens faria replantejar tot l'estudi ja que si no han hagut diferències en les dades obtingudes inicialment sobre ideacions, intencionalitat i nivell de desesperança després de l'aplicació del programa significaria que aquest, en tot el seu contingut, no seria efectiu i per tant s'hauria de replantejar noves estratègies preventives que permetessin assolir els objectius plantejats.

Pel que fa a estudis previs sobre programes de prevenció sobre la conducta suïcida, tot i que alguns no estan únicament dirigits a pacients amb trastorns depressius, en general confirmarien la nostra primera hipòtesis plantejada: " La posada en marxa d'un programa de prevenció del suïcidi en pacients depressius produiria canvis en la detecció precoç i la prevenció de la conducta suïcida." Existeixen estudis a fets a Catalunya que corroboren que després de la implantació d'un programa de prevenció del suïcidi, i un cop analitzades les dades, aquestes han estat favorables als objectius i/o hipòtesis plantejades.

Troblem l'estudi fet al 2005 per a l'Hospital de Sant Pau Barcelona.²¹ on es va implementar un programa de prevenció de la conducta suïcida (PPCS), l'estudi comparava pacients que havien seguit el programa amb un grup control que rebien l'assistència habitual. El programa incloïa de formació específica del personal sanitari sobre risc suïcida, programa d'informació i sensibilització dirigits als serveis de benestar social, dispositius d'assistència geriàtrica, associacions cíviques dels districtes, comerciants, familiars de malalts mentals, comissió de pastoral diocesana, forces de seguretat i bombers, gestors de transport públic, i mitjans de comunicació, assistència immediata, tractament i seguiment individualitzat dels pacients.

En comparar els resultats de seguiment als 12 mesos dels pacients que es van incloure al Programa de Prevenció (PPCS) amb el seus comparadors, es va poder observar que el programa tenia un efecte clar en la recidiva de la conducta suïcida entre els pacients del PPCS, el percentatge de repeticions va disminuir progressivament des de la seva entrada al programa (32%), i en els seguiments que se'n va fer als 6 i 12 mesos, (amb un percentatge del 9% i el 10% respectivament). Aquesta tendència en la disminució del percentatge de repeticions va ser significativament diferent de la dels seus comparadors tant al començament del programa (32% vs 57%), com al seguiment als 6 (9% vs 28%) i 12 mesos (10% vs 34%).

Un segon estudi el va realitzar La Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell¹⁵, es tractava d'un programa d'intervenció multinivell que també incloïa formació específica al personal sanitari, sessions d'informació a treballadors socials, professors, familiars i intervenció específica per a grups d'alt risc, l'estudi es va fer amb pacients atesos al servei d'urgències de Parc Taulí per temptativa de suïcidi i que rebien un seguiment regular durant un any amb pacients que rebien el tractament habitual. Els resultats varen ser positius, ja que els pacients que varen seguir el programa varen trigar més temps a cometre una nova temptativa de suïcidi en relació a l'any anterior, i la taxa de pacient amb reintents de suïcidi es va reduir en un 8% respecte l'any anterior i el grup control.

A nivell nacional trobem l'estudi realitzat al 2008 a l'àrea Sanitària de Ourense²⁵ aquest consistia en la formació del personal sanitari en conductes de risc suïcida, i assistència a pacients >60 anys, homes amb risc suïcida i diagnosticats de depressió o esquizofrènia, amb escàs suport social. i amb ideacions persistents al menys durant la última setmana abans d'iniciar el programa i amb un intent de suïcidi en l'últim més. Aquest grup es va comparar amb un similar però que rebia el tractament convencional. Els resultats trobats varen ser que els pacients que seguien el programa d'intervenció varen recaure un 10% enfront un 20,6% dels que rebien tractament convencional. El risc de recaiguda dels pacients que rebien el programa en relació al grup control reduïa el risc de recaiguda en un 51%. La reducció absoluta de risc va ser del (10,5%) el que significava que de cada 100 persones tractades en el programa es podien evitar 10 casos de recaiguda.

Podríem concloure que la implantació del programa de prevenció específics per a la prevenció del suïcidi en pacients depressius, que inclogui formació

especialitzada del personal sanitari sobre risc suïcida d'aquests pacients, atenció preferent, pla terapèutic individualitzat, i seguiment exhaustiu tindrien un efecte positiu en la disminució de les temptatives i per tant els resultats anirien en la línia dels estudis previs realitzats. Tanmateix s'ha de tenir en compte que l'estudi proposat només es realitza a un sol grup, aquest fet impedeix comparar els resultats obtinguts amb un grup control, per tan aquesta selecció de participants possiblement donaria uns resultats d'èxit inferiors als obtinguts en els estudis previs abans esmentats.

La principal aportació al problema en el cas que es confirmés la primera hipòtesi seria que l'avaluació del risc suïcida és una part fonamental en el maneig i la prevenció de la conducta suïcida.

En aquesta línia, la millor mesura preventiva pel que fa al risc de suïcidi, és la capacitat dels professionals sanitaris en l'abordatge de la conducta suïcida, formar als professionals en l'avaluació i tractament de la ideació i conducta suïcides, i la implementació de programes específics que permetin abordar el problema de manera immediata, assegurant un seguiment exhaustiu dels pacients amb risc suïcida, reduirien de forma considerable les taxes de mortalitat per suïcidi.

9. Discussió

Pel que fa a les conclusions del treball, durant el seu desenvolupament he après a cercar a les diferents bases de dades científiques (Apa PsycNET, PsycArticles Scopus, Dialnet, etc) informació específica sobre la prevenció del suïcidi i els estudis i/o programes realitzats en pacients depressius, tot i que la majoria d'articles parlen en general de la prevenció en pacients en risc de suïcidi i no es centren única i exclusivament en pacients diagnosticats amb depressió, en línies generals hi ha un consens pel que fa al context, la justificació i la problemàtica en relació al suïcidi.

Portar a terme una recerca documental pot ser una tasca complicada si no s'identifiquen correctament els descriptors i es seleccionen de manera correcta les referències documentals sobre el tema, en el meu cas he pogut aplicar els criteris correctes i aquesta tasca ha estat relativament senzilla.

Tanmateix, el fet d'haver de llegir tants articles científics i la lectura dels mòduls de l'assignatura per a la redacció de textos científicotècnic, m'han ajudat a saber com redactar el meu TFG, i seguir les pautes de l'escriptura acadèmica.

Pel que fa a la planificació i metodologia del treball, un cop escollit el tema que va ser la part que més em va costar, he pogut cenyir-me al pla de treball sense haver de fer cap canvi en la planificació inicial. Em va costar per que tot hi haver-hi pensat, tenia la sensació que era un tema delicat de tractar i fins a l'últim moment no vaig tenir la "valentia" de proposar-lo. Penso que la conducta suïcida hauria de ser inclosa en la nostra formació com a psicòlegs, i formar part de les assignatures del grau.

Molt possiblement, quan estiguem treballant com a psicòlegs, ens trobarem amb pacients amb ideacions suïcides o que hagin comés temptatives prèvies, per tant considero necessari un aprenentatge específic sobre com aborda una situació així, com avaluar al pacient i com poder ajudar-lo.

En quan a les limitacions i dificultats referides al projecte de recerca tenen més a veure amb qüestions de caràcter pràctic, com teòric, pel que fa a la metodologia, és evident que els estudis científics, requereixen d'una metodologia i que sota el meu punt de vista demana molta experiència a l'investigador, en el meu cas penso que els resultat de la proposta d'investigació es poden veure afectats si no s'han tingut en compte per posar un exemple, un control absolut de totes les variables o les tècniques d'anàlisi no ha estat del tot les apropiades per tal d'assolir els objectius de la recerca. De totes maneres aquestes limitacions i/o dificultats es poden anar superant a mesura que es vagi treballant en aquest sentit.

En general la recerca duta a terme evidencia que el suïcidi és un problema de salut pública que cal prevenir i contra el qual cal lluitar, d'una banda sembla que disposem de les eines necessàries per a detectar quan hi ha risc de suïcidi i també disposem de guies elaborades per l'abordatge del mateix. És necessari trencar el tabú i tractar aquesta qüestió sense embuts.

Especialment en els darrers anys de crisi econòmica hem vist com els trastorns d'ansietat, depressió i estrès, s'han incrementat en la població, i als mitjans de comunicació han començat a parlar dels suïcidis derivats d'aquesta problemàtica, que no només afecta a la persona que decideix acabar amb la seva vida, si no que afecta de per vida a tot el seu entorn més pròxim.

Programes de prevenció com el proposat en aquest treball i dissenyat a partir dels pocs programes existents en aquets moments i que evidencien amb els seus resultats l'eficàcia dels mateixos haurien de ser implantats de manera sistemàtica si realment es vol aconseguir la disminució de les taxes de mortalitat per suïcidi.

10. Referències bibliogràfiques

1. Treviño, L. J., Martínez, P. A. S., y García, J. B. (2006) Suicidio y depresión.
2. Generalistas, U. I. P. M. (2000). Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas.
3. Pérez, P. L., Betancort, E. N., y Navarro, M. W. (2012). Consideraciones en torno a la muerte voluntaria. *Norte de Salud mental*, 10(42).
4. OMS (2014). Nota descriptiva N ° 398.
5. INE Instituto Nacional de Estadística.
6. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya
7. Gutiérrez-García, A., Contreras, C. M., y Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74.
8. Gómez-Durán, E. L., Forti-Buratti, M. A., Gutiérrez-López, B., Belmonte-Ibáñez, A., y Martín-Fumadó, C. (2014). Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
9. Sáiz, P.A., y Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 1-4.
10. Pérez Barrero S., Reytor Sol F.. El suicidio y su atención por el médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]*. 1995 Ago [citado 2015 Mar 18] ; 11(4): 11-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400001&lng=es.
11. Durkheim, E. (1989). El suicidio (Vol. 37). Ediciones Akal.
12. Palacio, A. F. (2010). La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, 7(12).
13. Mendez-Bustos, P., de Leon-Martinez, V., Miret, M., Baca-Garcia, E., y Lopez-Castroman, J. (2013). Suicide reattempters: A systematic review. *Harvard review of psychiatry*, 21(6), 281-295.
14. Soler, P. A., & Gascón, J. (1999). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales, 4.

15. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012.
16. Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., ... y Recoms, G. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23.
17. Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud.
18. Mansilla Izquierdo, F. La prevención de la conducta suicida: una necesidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2012, vol.32, n.113, pp. 123-124. ISSN 0211-5735
19. Tuesca, R., y Navarro Lechuga, E. (2012). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Científica Salud Uninorte*, 17.
20. Cordova Moreno, M. A.; Cobillas Rodriguez, M. J. y Roman Perez, R. ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensam. psicol.* [online]. 2011, vol.9, n.17, pp. 21-32. ISSN 1657-8961.
21. Tejedor, C., Faus, G., y Díaz, A. (2009). Programa de prevención de la conducta suicida sector Dreta Eixample. Barcelona: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, 1-148.
22. De Psicólogos, G. D. C. O. (1988). Código Deontológico del Psicólogo 3.1.
23. Coscolluela Mas, A., Fornieles Deu, A. i Turbany Oset, J. (2010). Contrastos d'hipòtesis per a dues mostres relacionades. *Tècniques d'anàlisi de dades quantitatives*. Barcelona: FUOC
24. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).
25. Iglesias, F. (2013). Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(5), 279-86.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, APA, 2000.

11. Annexos

11.1 Calendari de treball

Etapas i Tasques/ Activitats de seguiment (PACs)	Febrer		Març				Abril				Maig			Observacions/ Comentaris estudiant	Observacions/ Comentaris consultor/a		
	Setmanes	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2			S3	
0. Acordar conjuntament amb el consultor quina temàtica s'abordarà i la organització del procés de desenvolupament del TFG															Projecte de recerca Títol: "La prevenció del suïcidi en pacients depressius"		
1. Elecció del tema																	
...1.1. Identificar un tema																	
... 1.2. Portar a terme una cerca documental sobre el tema escollit																	
....1.3. Establir objectius i plantejar hipòtesis de treball																	
2. Planificació del treball																	
....2.1. Identificar els elements fonamentals del TFG																	
....2.2. Organitzar elements fonamentals del treball																	
....2.3. Temporalitzar les diferents fases del treball																	
3. Desenvolupament del treball																	
....3.1. Seleccionar les fonts fonamentals per a la construcció del marc teòric de referència del TFG																	
....3.2. Integrar el coneixement per construir el marc teòric																	

....3.3. Recollir, analitzar i interpretar les dades obtingudes ¹																
....3.4. Expressar-se correctament amb domini del llenguatge del camp científic en català, castellà o en una tercera llengua																
4. Lliurament de la memòria																
....4.1. Comunicar de forma correcta la informació																

11.2

Detecció i Avaluació del risc suïcida del pacient¹⁵

FACTORES DE RIESGO

- Presencia de trastornos mentales
- Intentos previos de suicidio
- Desesperanza
- Presencia de ideación suïcida

CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA

- Planificación
- Evolución
- Frecuencia
- Valoración de la Intencionalidad y determinación

CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO

- Desencadenantes
- Valoración de la Intencionalidad
- Letalidad de la conducta
- Método
 - Intoxicación medicamentosa
 - Intoxicación por otro producto químico
 - Daño físico
- Actitud ante la conducta suïcida actual
- Medidas de evitación de rescate
- Despedida en los días previos

TIPO DE CONDUCTA SUICIDA

- Ideación suïcida
- Comunicación suïcida
- Conducta suïcida

11.3

Factors de risc suïcida Inmodificables¹⁵

Inmodificables
<ul style="list-style-type: none">- Heredabilidad- Sexo- Edad:<ul style="list-style-type: none">• Adolescentes y adultos jóvenes• Edad geriátrica- Estado civil- Situación laboral y económica- Creencias religiosas- Apoyo social- Conducta suïcida previa

11.4

Senyals d'alerta d'un suïcidi immediat¹⁵

Las siguientes conductas son frecuentes entre personas que están considerando quitarse la vida:

- » Amenazan con dañarse o matarse
- » Buscan medios para suicidarse o hablan de un plan de suicidio
- » Hablan o escriben sobre la muerte, el morirse o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro)
- » Expresan sentimientos de desesperanza
- » Expresan sentimientos de ira, rabia o venganza
- » Se involucran en conductas que implican un riesgo innecesario o que son irresponsables
- » Expresan sentimientos de estar atrapado, de no ver una salida
- » Incrementan el uso de alcohol u otras drogas
- » Se retiran o evitan el contacto con amigos, familias o su entorno
- » Se muestran ansiosos o agitados
- » Hay patrones anormales de sueño, como el no dormir o el dormir todo el tiempo
- » Cambios dramáticos en el humor, tales como sentimientos de alegría tras un largo período de tristeza o depresión
- » Se desprenden de sus posesiones o se despiden de su familia y amigos
- » Pierden el interés en muchas actividades en las que antes participaban

11.5

Recomanacions de com, quan i que preguntar sobre la conducta suïcida¹⁵

CÓMO PREGUNTAR:

- ¿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?

CUÁNDO PREGUNTAR:

- Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos
- Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia

QUÉ PREGUNTAR:

- Para descubrir la existencia de un plan suïcida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
- Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
- Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

11.6

Actitud durant l'entrevista clínica.¹⁵

- Capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal.
- Transmitir que nuestros conocimientos están dispuestos para ayudar.
- Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes.
- No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta.
- Mostrar calma y seguridad.
- Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suïcida, pero evitar preguntas morbosas.
- Comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes.
- Manejar, si la situación lo admite, el humor, pero evitar siempre el sarcasmo y la ironía.
- Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz, etc.
- Ante cualquier atisbo de ideación suïcida se requiere la participación activa del profesional. A mayor sospecha de riesgo suïcida, más directiva debe ser la actuación.

■ Criterios para el episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
 - (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 - (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
 - (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
 - (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 - (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 - (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Escala d'Intencionalitat Suïcida de Beck (SIS)

6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck
(Suicide Intent Scale, SIS)


1

I. Circunstancias objetivas	
1. <i>Aislamiento</i>	0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i>	0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>	0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>	0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>	0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i>	0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i>	0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i>	0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
II. Autoinforme	
9. <i>Propósito supuesto del intento</i>	0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i>	0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i>	0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i>	0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

<p>13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i></p> <p>0. No quería morir</p> <p>1. Componentes de 0 y 2</p> <p>2. Quería morir</p>
<p>14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i></p> <p>0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica</p> <p>1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica</p> <p>2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica</p>
<p>15. <i>Grado de premeditación</i></p> <p>0. Ninguno, impulsivo</p> <p>1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento</p> <p>2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento</p>
<p>III. Circunstancias subjetivas</p>
<p>16. <i>Reacción frente al intento</i></p> <p>0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza</p> <p>1. Acepta tanto el intento como su fracaso</p> <p>2. Rechaza el fracaso del intento</p>
<p>17. <i>Preconcepciones de la muerte</i></p> <p>0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos</p> <p>1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas</p> <p>2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte</p>
<p>18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i></p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. 1 o 2</p> <p>2. 3 o más</p>
<p>19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento</i></p> <p>0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad</p> <p>1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad</p> <p>2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento</p>
<p>20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i></p> <p>0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad</p> <p>1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad</p> <p>2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento</p>

Font: www.incosame.com.mx/uploads/material/112-208-5363d0144d4d1.pdf

Escala d'ideació suïcida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

 <p>Universidad Complutense Madrid</p>	<p>Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica</p> <p>Instrumentos - Material de Prácticas</p>
---	--

SSI ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

Identificación Fecha

I.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE.

1.- Deseo de vivir.
 Moderado a intenso Débil Ninguno

2.- Deseo de morir.
 Moderado a intenso Débil Ninguno

3.- Razones para vivir / morir.
 Las razones para vivir son superiores a las de morir
 Iguales
 Las razones para morir son superiores a las de vivir

4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio.
 Moderado a intenso Débil Ninguno

5.- Intento pasivo de suicidio.
 Tomaría precauciones para salvar su vida
 Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada)
 Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina)

II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS.

6.- Dimensión temporal: duración.
 Breve, períodos pasajeros
 Períodos más largos
 Continuo (crónico), o casi continuo

7.- Dimensión temporal: frecuencia.
 Rara, ocasional Intermitente Persistente o continuo

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo.
 Rechazo Ambivalencia, indiferencia Aceptación

9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.
 Tiene sensación de control
 No tiene seguridad de control
 No tiene sensación de control

10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).
 No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
 Los factores disuasorios tienen cierta influencia
 Influencia mínima o nula de los factores disuasorios
Si existen factores disuasorios, indicarlos:

11.- Razones del proyecto de intento.
 Manipular el medio, atraer atención, venganza
 Combinación de ambos
 Escapar, acabar, resolver problemas



III.- CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.

12.- Método: especificación / planes.

- No los ha considerado
- Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- Los detalles están especificados / bien formulados

13.- Método: accesibilidad / oportunidad.

- Método no disponible; no hay oportunidad
- El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.
- Método y oportunidad accesible
- Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- Inseguro de su coraje, competencia
- Seguro de su competencia, coraje

15.- Expectativas / anticipación de un intento real.

- No
- Incierto, no seguro
- Sí

IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.

16.- Preparación real.

- Ninguna
- Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)
- Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17.- Notas acerca del suicidio.

- No escribió ninguna nota
- Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla
- Completada

18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones).

- Ninguno
- Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

- Reveló estas ideas abiertamente
- Fue reacio a revelarlas
- Intentó engañar, encubrir, mentir

V.- FACTORES DE FONDO.

20.- Intentos previos de suicidio.

- Ninguno
- Uno
- Más de uno

21.- Intención de morir asociada al último intento.

- Baja
- Moderada; ambivalente, insegura
- Alta

11.10
Escala de desesperança de Beck. (BHS)



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE BECK

Se trata de una escala autoadministrada

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Font: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_desesperanza.pdf

Full de Consentiment Informat del Pacient

FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT DEL PACIENT**Títol de l'estudi:** _____Jo, _____
(nom i cognoms)

He llegit el full d'informació que se m'ha lliurat, i

He pogut fer preguntes sobre l'assaig.

He rebut suficient informació sobre l'assaig.

He parlat amb el Dr: _____
(nom del investigador)

Entenc que la meua participació és voluntària.

Entenc que puc retirar-me de l'assaig:

Quan vulgui

Sense haver de donar explicacions.

Sense que això repercuteixi en les meves cures mèdiques.

De conformitat amb el que estableix la L.O. 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 223/2004), declaro haver estat informat:

De l'existència d'un fitxer o tractaments de dades de caràcter personal, de la finalitat de la seva recollida i dels destinataris de la informació, de la identitat i adreça del responsable del fitxer de dades. De la disponibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició dirigint-me per escrit al titular del fitxer de dades.

I consentixo que les dades clíniques referents a la meua malaltia siguin emmagatzemades en un fitxer automatitzat, la informació del qual podrà ésser utilitzada exclusivament per finalitats científiques.

Dono lliurement la meua conformitat per participar en l'assaig.

Si el pacient és menor d'edat o incapaç de donar consentiment_____, de _____ anys d'edat, amb
DNI núm. _____, en qualitat de _____ del pacient, i atesa la impossibilitat per mi reconeguda que el pacient doni el seu consentiment, autorizo lliurement i voluntària l'esmentada actuació.Data: _____ Signatura del participant: _____
(A omplir per el participant)Data: _____ Signatura de l'investigador: _____
(A omplir per l'investigador)