

TREBALL DE FINAL DE MÁSTER/ TRABAJO DE FINAL DE MÁSTER

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN
UN DISPOSITIVO DE ATENCIÓN
PSICOSOCIAL A PERSONAS CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autora: MARÍA ACOSTA BENITO

Tutor supervisor: SERGIO BENABARRE CIRIA

Fecha de lectura: 15 de Octubre de 2018



ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Páginas
1. Resumen	4
2. Palabras clave	4
3. Introducción	5
3.1. Concepto y clasificación de la conducta suicida	5
3.2. Epidemiología	7
3.3. Factores de protección y de riesgo de la conducta suicida	8
3.4. Programas de prevención del suicidio	10
4. Objetivos	11
5. Metodología	11
6. Resultados y discusión	12
6.1. Objetivos	12
6.2. Destinatarios	12
6.3. Fases	12
6.3.1. Evaluación del riesgo suicida	13
6.3.2. intervención general	15
6.4. Evaluación del programas	19
7. Conclusiones	20
8. Referencias bibliográficas	21
9. Anexos	23
9.1. Anexo 1: Inventario de depresión de Beck. BDI II.	23
9.3. Anexo 2: Escala de Intencionalidad suicida de Beck	28
9.4. Anexo 3: inventario clínico multiaxial de Millon.	31
9.5. Anexo 4: Inventario de razones para vivir	36
9.6. Anexo 5: Inventario de Hostilidad de Buss. Durkee	37
9.7. Anexo 6: Escala de Impulsividad de Plutchick	39

ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
1. Definiciones de suicidio	5
2. Número de personas fallecidas en España por suicidio	7
3. Clasificación del riesgo suicida	14
4. Recomendaciones de intervención según riesgo suicida detectado	15

ÍNDICE DE FIGURAS

	Páginas
1. Representación esquemática de las conductas relacionadas con el suicidio. Extraído de Silverman et al (2007)	6

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Páginas
1. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes. Datos 2016 por países y provincias	7
2. Número de personas fallecidas en España por suicidio	8

1. RESUMEN

El fenómeno de la conducta suicida es complejo, difícil de delimitar y definir. Ha sido motivo de estudio y reflexión desde los orígenes del ser humano. Actualmente, la cifra de suicidios en España sobrepasa las 3.500 personas al año, con una media de alrededor de diez personas que fallecen al día y es considerada una de las primeras causas de muerte accidental en nuestro país (Fundación Salud Mental España 2017). A nivel mundial, está considerado por la Organización mundial de la Salud como un problema de salud pública (OMS 2000). Pese a ello es un tema tabú no sólo para la población general sino también para los profesionales de la salud mental. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer una propuesta de programa para la prevención del suicidio en personas con trastorno mental grave que acuden a un recurso de rehabilitación psicosocial. Para ello, se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica, donde se detallan los conceptos y elementos clave para la prevención de la conducta suicida. Los resultados obtenidos evidencian que posible implementar programas de detección y prevención de la conducta suicida en estos dispositivos.

2. PALABRAS CLAVE

Prevención, suicidio, trastorno mental grave, esquizofrenia.

3. INTRODUCCIÓN

3.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Definir qué es la conducta suicida no es fácil. Desde tiempos muy antiguos ha sido un tema controvertido y sometido a estudio y reflexión por diferentes disciplinas. Pese a que el suicidio ha estado presente desde que el ser humano vive sobre la Tierra no es hasta 1737 cuando Pierre Francois Guyot Desfontaines acuña la palabra para definir la acción de aquella persona que se mata por sus propios deseos (Toledano, 1999). Por otro lado es importante destacar que hasta el siglo XIX no se comienza a abordar el tema del suicidio desde una perspectiva científica, dejado a un lado los juicios de valor y las creencias asociadas a este hecho. Es así como, tanto las ciencias médicas y como sociales se interesan para tratar de dar una explicación a este fenómeno (Pacheco T, 2015; Legido T, 2012) .

Tras la primera definición han sido muchas las personas que se han acercado a esta realidad y han dado sus propias definiciones de lo que es un acto suicida.

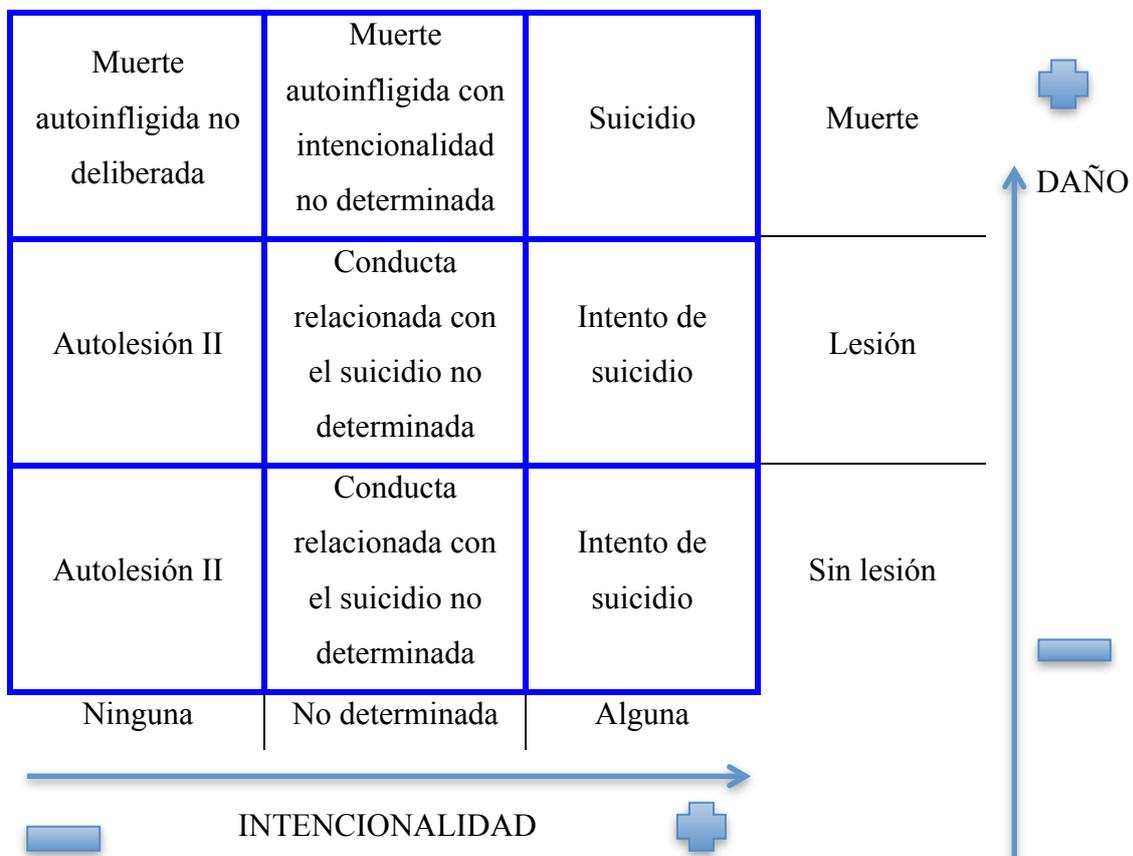
Tabla 1: definiciones de suicidio

<i>Todas las causas de las muerte resultantes directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la propia víctima, que sabe que dará lugar a este resultado.</i>
Durkeim, 1951
<i>El suicidio es una acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución.</i>
Shneidman, 1985
<i>Suicidio procede del latín sui, sí mismo y caedere, matar: acción o conducta que perjudica o puede perjudicar a la persona que lo realiza.</i>
Real Academia Española de la Lengua, 1992
<i>El suicidio es, por definición no un enfermedad, sino una muerte que es causada por una acción o conducta intencionada autoinfligida.</i>
Silverman y Maris, 1995
<i>El acto de matarse deliberadamente iniciado y llevado a cabo por la persona en cuestión con total conocimiento o expectativa de resultado fatal.</i>
Organización Mundial de la Salud (OMS), 1998

En el mundo actual, es una palabra comúnmente empleada. Su uso tan frecuente y en tantos contextos distintos hace que existan dificultades a la hora de establecer una conceptualización clara sobre este termino.

Silverman et al. (2007), completando la definición hecha por O'Carroll, define el suicidio como *una conducta autoinfligida potencialmente dañina para la cual hay evidencia (explícita o implícita) que: a) la persona deseaba aparentar que se iba a matar para conseguir otro objetivo o b) la persona intentaba en un indeterminado o determinado grado matarse*. Estos autores diferencian entre las conductas que no producen (tipos I y II) y producen alguna lesión a la persona y según su intencionalidad. En la siguiente figura se puede observar de manera esquemática la conceptualización y clasificación del suicidio.

FIGURA 1. Representación esquemática de las conductas relacionadas con suicidio.
 Extraído de Silverman et al (2007)



3.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Como se ha podido comprobar en el apartado anterior, establecer una definición clara de lo que es suicidio es difícil y continua siendo objeto de debate. Debido a ello, recabar datos a cerca de esta problemática resulta complicado. Además del problema de la conceptualización, al intentar conocer los datos de los últimos años nos encontramos que muchos países no registran o han comenzado a registrar hace poco tiempo la muerte por suicidio. También es importante destacar que seguramente las estadísticas estén sesgadas debido a que de los muchos de los fallecimientos que ocurren, en un indeterminado número de ellos no podremos saber nunca si ha sido una muerte por suicidio o una muerte accidental (OMS, 2018; Pacheco T, 2015).

Pese a estas dificultades los datos nos arrojan una realidad sobrecogedora que pone al suicidio entre las primeras causas del muerte en el mundo. Según la OMS (2018) *más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo.*

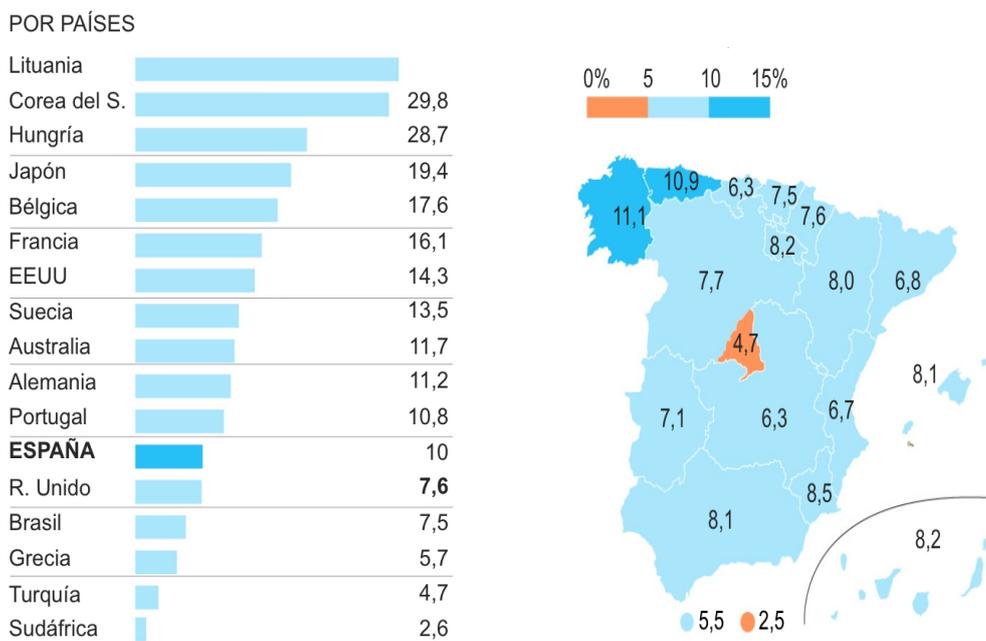
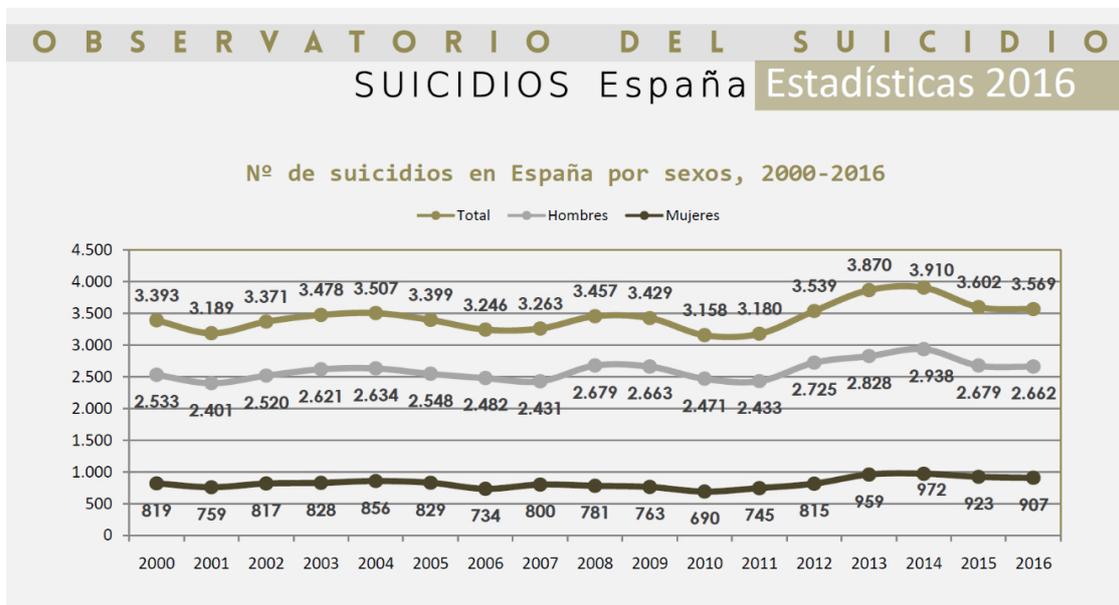


Gráfico 1. Tasa de suicidios por 100.000 habitantes. Datos 2016 por países y provincias (Álvarez 2016)

En España el suicidio constituye la primera causa de muerte violenta. En el año 2016 fueron 3.569 personas las que fallecieron por este motivo, 2.662 hombres y 907 mujeres. Según el Instituto Nacional de Estadística las cifras, lejos de disminuir en los últimos años, siguen una tendencia ascendente en líneas generales como se observa en la tabla 2 (Álvarez, 2016).

Tabla 2. Número de personas fallecidas en España por suicidio (Fundación Salud Mental España 2017)



Uno de los factores epidemiológicos que destaca es el hecho de que los varones consuman el suicidio en mayor número de veces que las mujeres. En cambio, los datos se invierten cuando hablamos de tentativas, por cada mujer que muere por suicidio hay cuatro que lo intentan. Si hacemos un análisis por comunidades autónomas, el suicidio ocurre con más frecuencia en el norte de España, en las comunidades de Galicia y Asturias (Fundación Salud Mental España 2017).

3.3 FACTORES DE PROTECCIÓN Y RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Durante la última década se han llevado a cabo diferentes investigaciones que nos hablan sobre los factores de riesgo y de protección asociados a la conducta suicida. Estos factores podemos agruparlos en aquellos relacionados con características y habilidades individuales y aquellos relacionados con variables sociales. La

identificación de estos factores se ha convertido en una pieza clave para lograr la prevención del suicidio. A continuación se expone un resumen de estas variables.

Factores de protección

Denominamos factores de protección a aquellas variables cuya presencia disminuye la probabilidad de realizar conductas suicidas. Podemos diferenciarlos entre personales y sociales (Ministerio de Sanidad, 2012; Pacheco T, 2015; Salud Madrid, 2014).

- Factores de protección individuales: habilidad en la resolución de conflictos o problemas, tener confianza en uno mismo, habilidad para las relaciones sociales e interpersonales, presentar flexibilidad cognitiva, tener hijos (más concretamente en las mujeres), tener hermanos(más concretamente en adolescentes), desarrollar una rutina cotidiana, planificación de actividades de ocio y tiempo libre.
- Factores de protección sociales: apoyo familiar y social (no solo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad), integración social, poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos, adoptar valores culturales y tradicionales, tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

Factores riesgo

Definimos factores de riesgo como aquellos cuya presencia incrementa la probabilidad de emitir la conducta suicida. *El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos sostienen un peso específico mayor que otros* (Ministerio de Sanidad, 2012; Pacheco T, 2015; Salud Madrid 2014).

- Factores de riesgo individuales: presencia de trastorno mental. Las variables psicológicas como la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad para la resolución de problemas y el perfeccionismo, intentos previos de suicidio. Edad (Los momentos de la vida donde existe mayor riesgo suicida son en la adolescencia y en la edad avanzada), sexo (Los varones tienen más riesgo de morir por suicidio y las mujeres más número de tentativas no

mortales), presencia de enfermedad física, cronicidad o discapacidad. Sobre todo cuando ésta trae consigo la presencia de dolor, factores genéticos y biológicos.

- Factores de riesgo sociales: historia familiar previa de suicidio, eventos vitales estresantes, escaso apoyo sociofamiliar, suicidio en el entorno, acoso por parte de iguales (adolescentes), fácil acceso a armas/ medicamentos/ tóxicos.

3.4 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Actualmente conocemos muchos datos y tenemos muchas conclusiones sobre el problema del suicidio. Pese a ello, no existe una estrategia clara sobre la prevención en esta área en España.

Indirectamente y de manera muy difusa se abordada este tema a través de la Estrategia Nacional de Salud Mental que se elaboró en el año 2006 y se actualizó en el 2009. Esta estrategia habla de la prevención y tratamiento de trastornos mentales pero no directamente de suicidio (Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad, 2011). Desde el año 2012 diferentes grupos políticos están pidiendo que se legisle este aspecto de salud, pero a fecha de hoy no se ha hecho.

Pese a ello, existen diferentes iniciativas en España que comienzan a asentar las características fundamentales de los programas de prevención del suicidio en nuestro país. Todos estos programas hacen poner de relieve una realidad incuestionable que es la de que el suicidio se puede prevenir. En sus líneas se abordan algunos aspectos clave que han de contener todos los programas de prevención como son: hacer visible esta realidad, registrar adecuadamente el problema creando una base actualizada y real de los suicidios y tentativas y hacer hincapié en los factores de protección frente a los factores de riesgo. Alejandro Rocamora, en la introducción de su libro *Conductas suicidas* (2012) habla de que todo programa de prevención de la conducta suicida ha de dar importancia a tres conceptos básicos: *la vulnerabilidad del consultante, la importancia de que el terapeuta tenga muy en cuenta en si intervención los factores protectores (no solamente los de riesgo) y la importancia de una intervención inmediata como forma de supera la crisis.*

4. OBJETIVOS

Tal y como se ha descrito la conducta suicida es un problema complejo y multicausal. Son muchos los factores de riesgo que confluyen para que una persona idee, comunique, haga una tentativa o se quite la vida. Uno de los factores que cobra especial relevancia en el incremento del riesgo es la presencia de un trastorno mental. Algunos estudios cifran que hasta en un 80% - 90% de las personas que cometen suicidio presentan una enfermedad mental (Consejería de Sanidad, 2014). Debido a ello, las estrategias de prevención del suicidio han de ser globales y plantearse desde diferentes perspectivas, tanto sanitarias como sociales.

A través del presente trabajo se pretende hacer una propuesta de programa para la prevención del suicidio que pueda desarrollarse en un dispositivo de atención psicosocial.

5. METODOLOGÍA

A través de una exhaustiva revisión de la bibliografía relacionada con el suicidio se ha elaborado un proyecto de prevención del mismo.

Para realizar la búsqueda bibliográfica se han empleado las siguientes palabras clave PREVENCIÓN, SUICIDIO, TRASTORNO MENTAL GRAVE y ESQUIZOFRENIA. La base de datos empleada para la búsqueda ha sido pubmed filtrando la búsqueda por los últimos 5 años así como textos escritos en inglés y en español. La primera búsqueda de que se ha realizado ha sido empleando la palabra SUICIDIO y se han encontrado 52 artículos. De estos 52 artículos se han seleccionado 9 relacionados directamente con la prevención de la conducta suicida.

Otras fuentes documentales empleadas han sido la página web de la Organización Mundial de la Salud, la web de la Consejería de Familia y Políticas Sociales de la Comunidad de Madrid y la página de la Fundación Salud Mental España.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se realiza una propuesta de un programa de prevención del suicidio en un dispositivo de atención psicosocial para personas con trastorno mental grave y/o duradero. En el programa se diferencian los siguientes apartados: objetivos, destinatarios, fases y evaluación.

6.1. OBJETIVOS

El objetivo principal del presente programa es disminuir el número de muertes por suicidio y tentativas autolíticas en un dispositivo de atención psicosocial.

Secundarios a este objetivo encontramos los siguientes:

- Identificar a personas con riesgo suicida.
- Fomentar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo de la conducta suicida.
- Establecer planes consensuados para la intervención en crisis suicidas individualizados

6.2. DESTINATARIOS

El programa va dirigido a personas con trastorno mental grave que se encuentran derivadas al recurso de intervención psicosocial y a sus familiares y personas más cercanas.

6.3.FASES

El programa consta de dos fases claramente diferenciadas. La primera de ellas tiene como objetivo principal la evaluación de la conducta suicida en las personas atendidas en el recurso. De esta forma, se podrá estimar un riesgo suicida en cada una de ellas que podrá ser clasificado como bajo, medio o alto. La segunda fase esta conformada por el

conjunto de acciones encaminadas a la prevención de la conducta suicida según el riesgo detectado.

Cualquier acercamiento para hablar de la conducta suicida requiere contar con unas habilidades del terapeuta que muestren cercanía y sensibilidad para hablar sobre el tema.

6.3.1. EVALUACIÓN RIESGO SUICIDA

La evaluación del riesgo de suicidio comienza desde la misma derivación del usuario al recurso. Antes de que la persona ingrese en el dispositivo se establecen diferentes coordinaciones con los Servicios de Salud Mental de la zona y es en esas reuniones donde se ha de preguntar por los datos disponibles relacionados con las tentativas autolíticas de la persona. Así mismo, se pedirán informes disponibles y se revisarán los datos relacionados con la prevención del suicidio.

Una vez la persona comience a asistir al centro se continuará la evaluación del riesgo de suicidio. Esta evaluación se llevará a cabo atendiendo a los siguientes indicadores (INTRESS, 2018; Gobierno de Navarra 2014):

- *Exploración detallada del paciente y sus circunstancias:* diagnóstico de enfermedad mental grave, edad, ideas de culpa, desesperanza, evaluación de apoyo sociales reales y percibidos, evaluar valores y creencias, presencia de enfermedad crónica o discapacitante, identificar abuso de alcohol u otros tóxicos, historia familiar previa de suicidio, eventos vitales estresantes.
- *Identificar intentos autolíticos previos:* características de la tentativa: método empleado, gravedad, intencionalidad, rescatabilidad (pide ayuda, deja pistas...)
- Aplicación de las siguientes escalas.

La evaluación del riesgo suicida puede verse complementada con el empleo de escalas. Estas escalas tienen como objetivo el ayudar a estimar el riesgo real de la

persona a través de los factores de riesgo. Miden variables como la ideación suicida, la desesperanza, la hostilidad o la impulsividad. No son de obligada administración, su uso depende de la valoración clínica que realice el profesional que está evaluando

- Inventario de Depresión de Beck. BDI II (San J, 2003) (Anexo 1)
- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. (Comeche MI, Díaz MI, Vallejo MA, 1995) (Anexo 2)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon. MSMI- II (Millon T, 2002) (Anexo 3)
- Inventario de razones para vivir. (Linehan, M, Goodstein J. 1983) (Anexo 4)
- Inventario de hostilidad de Buss- Durlee (Oquendo MA, 2001) (Anexo 5)
- Escala de impulsividad de Plutchik (Iribarren M, Jiménez- Giménes M, García de Cecilia JM, Rubio- Valladolid G, 2011) (anexo 6)

En este proceso de evaluación es importante cotejar la información que nos da el usuario con la información que puede aportar su familia o red social más cercana. En este caso, a través de una entrevista se pretenderá obtener conocimiento relacionado con *si ha habido antecedentes familiares de suicidio, el modelo de respuesta familiar ante los problemas, evaluar la presencia de factores de riesgo y de protección*. Además se pueden hacer preguntas como las siguientes: *¿Alguna vez ha dicho tu familiar que estaba pensando en hacerse dalo o quitarse la vida?, ¿Habla tu familiar a menudo de la muerte o expresa deseo de morir?, ¿Te ha dicho que pensaba en este momento?, ¿Qué verbalizó?, ¿recuerdas qué pasaba en ese momento en tu familia, en su vida, hubo algún incidente que le afectara especialmente?, ¿qué hizo ante ese problema antes de pensara en quitarse la vida?, ¿cómo te sentiste?, ¿qué hiciste?, ¿tenían esas ideas relación con sintomatología?. ¿Alguna vez ha empezado a dañarse pero le habéis descubierto o ha buscado ayuda?, ¿actualmente verbaliza el deseo de morir?* (INTRESS, 2018).

Con los resultados obtenidos en la evaluación podremos clasificar el riesgo de suicidio de la persona en uno de estos tres niveles (OMS, 2000):

Tabla 3. Clasificación del riesgo suicida

BAJO	MEDIO	ALTO
La persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, tales como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no ha hecho plan alguno	La persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no planes de cometer el suicidio inmediatamente	La persona tiene un plan definido, tiene los medios para hacerlo y planea hacerlo inmediatamente

Es importante comentar y tener en cuenta que la evaluación es un proceso continuo. Es decir, la evaluación del riesgo suicida ha de estar siempre presente en las intervenciones pues el riesgo puede variar a lo largo de los momentos de la vida.

6.3.2. INTERVENCIÓN GENERAL

Las intervenciones recomendadas están enmarcadas en los tratamientos cognitivos conductuales y se implementarán en función del riesgo detectado. Para la implementación de las acciones se tendrán en cuenta las recomendaciones de la O.M.S. (2000).

Tabal 4. Recomendaciones de intervención según riesgo suicida detectado

RIESGO	RECOMENDACIONES
Bajo	Ofrecer apoyo emocional. Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Centrarse en las fortalezas positivas de la persona. Remitir la persona a un profesional de salud mental. Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en continuo contacto.
Medio	Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse e las fortalezas positivas. Usar la ambivalencia. Explorar alternativas al suicidio. Pactar un contrato (sin contactar al personal de atención médica, por un periodo específico). Remitir la persona al psiquiatra, orientador o médico y concretar una cita tan pronto como sea posible. Contactar con la familia, los amigos y colegas y conseguir su

	apoyo.
Alto	Permanezca con la persona. Nunca la deje sola. Hable tranquilamente y retire el medio de suicidio. Haga un contrato. Entre en contacto con el profesional de salud mental o un doctor inmediatamente, llame una ambulancia y haga arreglos de hospitalización

Independientemente del riesgo detectado, todas las intervenciones llevadas a cabo relacionadas con la prevención del riesgo de suicidio se encuentran enmarcadas en el Modelo AFVA: Acoger, Focalizar, Valorar y Actuar (Rocamora, 2012). Las tres primeras etapas, Acoger, Focalizar y Valorar, se comparten independientemente del riesgo detectado. Observaremos que cambia el último de los puntos, el de Actuar, en función de la evaluación de riesgo realizada.

- **ACOGER**

El principal objetivo de este momento es crear un alianza adecuada creando un clima de calidez, aceptación, escucha empática y calma (INTRESS, 2018).

Para ello podemos aplicar las herramientas básicas de la relación de ayuda, que fue descrita por Rogers en 1986 como *aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de ellos*. Se hace imprescindible abordar el tema del suicidio desde su complejidad, sin tener una actitud paternalista. Cibanal en 2003 nos habla de algunas respuestas no convenientes en la relación de ayuda:

- Dirigir, mandar.
- Moralizar, culpar.
- Aconsejar, recetar soluciones
- Juzgar
- Interpretar
- Simular que se está de acuerdo
- Insultar, ridiculizar
- Tranquilizar, consolar.
- Investigar.
- Catalogar, comparar con otras personas.

- FOCALIZAR EL PROBLEMA. El objetivo de este paso es comprender, en su sentido más integral qué significa para la persona el hecho de morir y de vivir. Para ello se pueden emplear diferentes estrategias (Rocamora 2012):
 - La contención y la ventilación emocional.
 - Clarificación y confrontación.
 - Catarsis inmediata.
 - Manejo del *acting-out*

- VALORAR. Se volverá a evaluar el riesgo de suicidio en base a estos tres criterios y se tomará una decisión sobre cómo actuar en función del mismo:
 - Existencia de un plan suicida.
 - Riesgo de muerte
 - Intencionalidad de muerte

A continuación se detalla la actuación o intervención en cada uno de los casos descritos:

➤ Sin riesgo

En el caso de que no se detecte riesgo suicida no se realiza ninguna intervención al respecto. Eso sí, se tiene presente la posibilidad de que este riesgo cambie. Es importante, por lo tanto, crear un clima de confianza donde el suicidio no sea un tema tabú y se puedan realizar evaluaciones periódicas de este aspecto.

➤ Riesgo bajo

Si el riesgo detectado es bajo se mantendrán atenciones individuales semanales presenciales con el psicólogo de referencia en el recurso. Además, podrá mantener atenciones individuales con el terapeuta ocupacional para el mantenimiento de una rutina adecuada así como habilidades de autocuidado básicas y participación en actividades gratificantes. Además, se pedirá a la persona que participe en aquellos programas terapéuticos que aumenten los factores de protección y disminuyan los factores de riesgo. Algunos de estos programas pueden ser: entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, programa de ocio, programa de hábitos saludables.

El profesional de referencia del caso se pondrá en contacto con el Servicio de Salud Mental para informar sobre la ideación y acordar medidas de intervención conjuntas.

➤ Riesgo medio

Cuando el riesgo detectado es medio las atenciones individuales con el psicólogo de referencia en el recurso serán semanales o incluso aumentarán su frecuencia según se valore. El terapeuta ocupacional dará citas para abordar aquellos factores que aumentan las razones para vivir: roles ocupacionales importantes y valiosos para la persona (ser madre, ser trabajador, ser estudiante, ser aficionado, ser miembro de algún grupo religioso...). Como en el caso anterior se pedirá a la persona que participe en programas terapéuticos que aumenten los factores de protección y disminuyan los factores de riesgo.

En este caso se mantendrán citas periódicas con familiares y/ o personas allegadas para trazar una red de apoyos a nivel social en caso de que la ideación sea muy persistente.

Se realizará un contrato con el usuario donde se incluirá un plan de intervención en crisis, en este plan serán incluidos los siguientes aspectos:

- Alternativas conductuales a realizar en presencia de las ideas (por ejemplo dar un paseo, hacer ejercicio físico...)
- Personas a quien llamar en caso de que el riesgo sea elevado.
- Recursos a los que acudir si precisa.
- Fecha de inicio y fin del contrato (al menos mantenerlo vigente hasta la siguiente cita).

Se establecerá una coordinación urgente con el centro de Salud Mental de referencia.

➤ Riesgo alto

Cuando detectamos un riesgo alto de emisión de la conducta suicida el trabajo que se llevará cabo se encuentra enmarcada dentro de la intervención en crisis. En este momento se tomarán decisiones sobre la intervención a llevar a cabo. Es importante involucrar lo máximo posible a la persona en el camino a seguir. En caso de haber consensuado en las fases anteriores un plan de intervención en crisis se llevará a cabo las acciones tal y como estaban acordadas y planificadas. En caso contrario,

donde no existe este plan de crisis, las alternativas de actuación que se plantean son las siguientes:

- Contrato terapéutico de no- suicidio. Un contrato es un *pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada* (RAE, 2014). En este contrato deberán incluirse los siguientes datos: fecha de inicio y fin de contrato, fecha de la siguiente reunión, estrategias a seguir en caso riesgo, teléfonos y lugares donde acudir para pedir ayuda. Un ejemplo de este contrato puede verse en el anexo 7.
Se informará lo antes posible a su Centro de Salud Mental de referencia.
- Apoyo de un servicio médico de emergencias. En este caso se plantean dos alternativas:
 - Acudir por sus propios medios a su hospital de referencia. En este caso podemos ofrecer nuestro acompañamiento en este proceso.
 - Solicitar el apoyo de los servicios de emergencia extrahospitalaria para acudir al hospital de referencia.

Llegado a esta situación se hace imprescindible la coordinación con el servicio de Salud Mental encargado de la continuidad de cuidados de la persona.

6.4. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Para realizar la evaluación del programa se observará el cumplimiento de los objetivos planteados.

El objetivo principal del programa es disminuir el número de muertes por suicidio y tentativas automotoras en el dispositivo de atención Psicosocial. Para realizar la evaluación del programa se realizará una línea base previa a la intervención donde se registrará el número de tentativas y suicidio consumados en las personas que asisten al recurso durante los últimos 10 años. Tras el comienzo de la aplicación del programa se registrará semestralmente el dato de tentativas y suicidios consumados que se han dado en el recurso. Si con el paso del tiempo este dato disminuye respecto a dato base se habrá cumplido el objetivo

En relación a los objetivos secundarios se establecen los siguientes indicadores para su evaluación:

- Identificar a personas con riesgo de suicidio.
 - Indicador: porcentaje de personas atendidas en el recurso evaluadas y clasificadas según su riesgo.
- Fomentar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo de la conducta suicida.
 - Número y grado de factores de protección que aumentan los participantes y número de factores de riesgo que disminuyen.
- Establecer planes consensuados para la intervención en crisis suicidas en cada uno de los participantes que haya evidenciado riesgo suicida.
 - Porcentaje de personas del total de participantes con riesgo de suicidio que elabora su plan de crisis.

7. CONCLUSIONES

La primera y más importante de las conclusiones es que es posible y necesario implementar programas de prevención de la conducta suicida en los dispositivos de atención Psicosocial.

Además se establecen las siguientes conclusiones:

- La detección del riesgo suicida es vital para la prevención del mismo. Se realiza a través de una evaluación continua de la persona donde se tengan presentes no solo los factores de riesgo sino también los factores de protección ante el mismo.
- La intervención con persona con riesgo suicida en los recursos de atención psicosocial puede implementarse de manera efectiva y eficiente y ha de ser realizada por el equipo interdisciplinar en su conjunto. En su abordaje cobra especial importancia involucrar a la persona desde el

comienzo en la toma de decisiones y en la potenciación de los factores de protección.

El programa desarrollado cuenta con algunas limitaciones que podrían ser subsanadas ampliando el contenido del mismo:

- Incluir aspectos ético- legales relacionados con la conducta suicida.
- Dar pautas y establecer líneas de actuación en aquellas intervenciones donde la tentativa en curso y tras suicidio consumado (postvención).
- Incluir únicamente a población con TMG que acude a un recurso de intervención psicosocial. El suicidio afecta a muchas más personas que no se han incluido en la población diana.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez J. (9 de Julio de 2018). La muerte silenciada. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/espana/2018/07/09/5b4239d0468aeb852f8b45ce.html>
- Comeche MI, Díaz MI, Vallejo MA. (1995) *cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, p 194, 200.
- Consejería de Sanidad. D.G de Coordinación de la Asistencia Sanitaria (2014) *Guía de Autoayuda. Prevención del suicidio, ¿Qué puedo hacer?*. Madrid. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017534.pdf>
- Cibanal, A., Arce M.C., Carballal, M.C. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier.
- Durkeim, E. (1951) *Suicide: A study in sociology*. London: The Free Press.
- Fundación Salud Mental España (2017). *Suicidios España 2016. Observatorio del suicidio en España*, Recuperado de <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016/>
- Gobierno de Navarra (2014). *Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conducta suicidas*. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>

- INTRESS (2018). *Haciendo visible lo invisible. Prevención del suicidio en los servicios de INTRESS*. Madrid: Huygens Editorial.
- Iribarren MM, Jiménez- Giménez M, García de Cicilia JM, Rubio- Valladolid G. Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Esp. Psiquiatri* 2011; 39 (1): 49- 60
- Legido Gil T (2012). *Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos*. (Tesis doctoral). Universidad de Alcalá. Madrid.
- Linenhan M, Goodstein J (1983). Reason for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reason for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51 (2), pp 276- 286.
- Millon T. (2002). *MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual* (3º ed.) Madrid: TEA
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad.
- Oquendo MA et all. Spanish adaptation of Buss. Durkee Hostility Inventory (BDHI). *Eur Journal Psychiatry*, 2001, 15, 101- 112.
- Organización Mundial de la Salud (1998) Primary prevention of suicidal behaviors: An overview. *Suicide and life. Threatening Behavior*. 1998, 25:10- 21.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio. Instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- Organización M.S (2018). *Datos y cifras*. <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
- Pacheco Tabuenca T (2015). *Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas en el ámbito extrahospitalario*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Real Academia Española (1992). *Diccionario de la lengua española*. Madrid, España: Autor.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española (22º edición)*. Consultado en <http://dle.rae.es/?id=DgIqVCc>
- Rocamora A (2012) *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Madrid: Desclee de Brower.
- Rogers, C.R. (1986). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós: Barcelona.

- Sanz J. Inventario de depresión de Beck (Segunda edición) Adaptación española. *Clinica y salud*, vol 14, pp 249- 280, 2003
- Shneidman, E.S. (1985) *Definition of suicide*. New Jersey: Jason Aronson Incorporated.
- Silverman, M.; Maris R.W.; The prevention of suicidal behaviors: an overview. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1995, 25: 10-21.
- Silverman M.M.; Berman A.L.; Sanddal M.D.; O'Carroll P.W.; Joiner T.E. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threatening Behavior*. 2007, 37 (3): 282- 63.
- Toledano, J. (1999) Consideraciones Generales del Suicidio. En *Límites Penales a la disponibilidad de la propia vida: El Debate en España*". Barcelona: Atelier, pp 31-48.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK. BDI II

NOMBRE	
ESTADO CIVIL	EDAD
SEXO	OCUPACIÓN
EDUCACIÓN	FECHA

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0	No me siento triste
1	Me siento triste gran parte del tiempo
2	Me siento triste todo el tiempo
3	Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

0	No estoy desalentado respecto de mi futuro
1	Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
2	No espero que las cosas funcionen para mí
3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar

3. Fracaso

0	No me siento como un fracasado
1	He fracasado más de lo que hubiera debido
2	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
3	Siento que como persona soy un fracaso total

4. Pérdida de Placer

0	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
2	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
3	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0	No me siento particularmente culpable
1	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debiera hacer
2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3	Me siento culpable todo el tiempo

6. Sentimientos de Castigo

0	No siento que esté siendo castigado
1	Siento que tal vez pueda ser castigado
2	Espero ser castigado
3	Siento que estoy siendo castigado

7. Disconformidad con uno mismo

0	Siento a cerca de mí lo mismo que siempre
1	He perdido confianza en mí mismo
2	Estoy decepcionado conmigo mismo
3	No me gusto a mí mismo

8. Autocrítica

0	No me critico ni me culpo más de lo habitual
1	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2	Me critico a mí mismo por todos mis errores
3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o deseos suicidas

0	No tengo ningún pensamiento de matarme
1	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2	Querría matarme
3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10. Llanto

0	No lloro más de lo que solía hacerlo
1	Lloro más de lo que solía hacerlo
2	Lloro por cualquier pequeñez
3	Siento ganas de llorar pero no puedo

11. Agitación

0	No estoy más inquieto o tenso de lo habitual
1	Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
2	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento.

12. Pérdida de interés

0	No he perdido el interés en otras actividades o personas
1	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
3	Me es difícil interesarme por algo

13. Indecisión

0	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Desvalorización

0	No siento que yo no sea valioso
1	No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
3	Siento que no valgo nada

15. Pérdida de energía

0	Tengo tanta energía como siempre
1	Tengo menos energía que la que solía tener
2	No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3	No tengo energía suficiente para hacer nada

16. Cambios en los hábitos de sueño

0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
1	a. Duermo un poco más que lo habitual
	b. duermo un poco menos que lo habitual
2	a. Duermo mucho más que lo habitual
	b. Duermo mucho menos que lo habitual
3	a. Duermo la mayor parte del día
	b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0	No estoy más irritable de lo habitual
1	Estoy más irritable que lo habitual
2	Estoy mucho más irritable que lo habitual
3	Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el apetito

0	No he experimentado ningún cambio en apetito
1	a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual
	b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
2	a. Mi apetito es mucho menor que antes
	b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3	a. No tengo apetito en absoluto
	b. Quiero comer todo el día

19. Dificultades de concentración

0	Puedo concentrarme tan bien como siempre
1	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20. Cansancio o fatiga

0	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
2	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
3	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de interés en el sexo

0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo
2	Estoy mucho menos interesado en el sexo
3	He perdido completamente el interés por el sexo

9.2. ANEXO 2. ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK

CIRCUNSTANCIAS OBJETIVAS
<p>AISLAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual (p.e. teléfono) 2. Nadie Cerca o en contacto.
<p>MEDICIÓN DEL TIEMPO</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. La intervención es muy probable. 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
<p>PRECAUCIONES TOMADAS CONTRA EL DESCIBRIMIENTO Y/O LA INTERVENCIÓN DE OTRAS PERSONAS</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas 2. Toma precauciones activas
<p>ACTUACIÓN PARA CONSEGUIR AYUDA DURANTE O DESPUÉS DEL INTENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó ni avisó a nadie.
<p>ACTOS FINALES EN ANTICIPACIÓN DE LA MUERTE</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
<p>PREPARACIÓN ACTIVA DEL INTENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
<p>NOTA SUICIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
<p>COMUNICACIÓN VERBAL</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua 2. Comunicación no ambigua
UTOINFORME
<p>PORPÓSITO DEL INTENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir algo 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución Irreversible

<p>EXPECTATIVAS SOBRE LA PROBABILIDAD DE MUERTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
<p>CONCEPCIÓN DE LA LETALIDAD DEL MÉTODO</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó excedió lo que pensaba que sería mortal
<p>SERIEDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida
<p>ACTITUD HACIA VIVIR/ MORIR</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
<p>CONCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD DE SALVAMENTO MÉDICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
<p>GRADO DE PREMEDITACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
<p>CIRCUNSTANCIAS SUBJETIVAS</p>
<p>REACCIÓN FRENTE AL INTENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Arrepentido de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
<p>PRECONCEPCIONES DE LA MUERTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos. 1. Suelo interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepción de pensamientos sobre la muerte
<p>NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. 1 ó 2 2. 3 o más
<p>RELACIÓN ENTRE INGESTA DE ALCOHOL E INTENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo tomado no era suficiente para

deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad

1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencionalidad de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

RELACIÓN ENTRE INGESTA DE DROGAS E INTENTO

1. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo tomado no era suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
3. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
4. Ingesta intencionalidad de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

9.3. ANEXO 3: INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON. MSMI- II

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.

39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar la llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.

- 77.Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
- 78.Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
- 79.Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
- 80.Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
- 82.No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
- 83.Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 84.Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
- 85.Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 86.Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
- 87.Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
- 88.Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
- 89.Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
- 90.No he visto ningún coche en los últimos diez años.
- 91.No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero
- 92.El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
- 93.Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
- 94.Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
- 95.Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
- 96.En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
- 97.Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 98.Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
- 99.En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
- 100.Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
- 101.No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
- 102.Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
- 103.Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
- 104.Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
- 105.En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
- 106.Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
- 107.Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
- 108.Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
- 109.Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 110.Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
- 111.Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
- 112.Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
- 113.Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
- 114.Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
- 115.A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
- 116.La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
- 117.Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.

- 118.Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
- 119.Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
- 122.Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
- 123.Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
- 124.Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 125.Me resulta fácil hacer muchos amigos.
- 126.Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 127.Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
- 128.Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
- 129.No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 130.He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
- 131.Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
- 132.Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
- 133.Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
- 134.Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 135.Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
- 136.En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
- 137.Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
- 138.La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
- 139.Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
- 140.El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 141.Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
- 142.Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 143.No me importa que la gente no se interese por mí.
- 144.Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
- 145.La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 146.Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
- 147.Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
- 148.A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
- 149.Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
- 150.No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
- 151.En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
- 152.En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
- 153.Estoy de acuerdo con el refrán:"Al que madruga Dios le ayuda".
- 154.Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
- 155.Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
- 156.Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
- 157.En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.

158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

9.4. ANEXO 4. INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR

Marca abajo las afirmaciones que indican porqué no cometerías suicidio si se te ocurre la idea o alguien te la sugiere.

- Tengo una responsabilidad y compromiso hacia mi familia.
- Confío que puedo aprender a ajustarme o trabajar con mis problemas.
- Confío que tengo control sobre mi vida y mi destino.
- Creo que sólo Dios tiene derecho a terminar una vida.
- Le tengo miedo a la muerte.
- Quiero ver crecer a mis hijos.
- La vida es lo único que tenemos y es mejor que nada.
- Tengo planes futuros y los voy a llevar a cabo.
- No importa cuán mal me sienta, sé que esto va a pasar.
- Amo y disfruto a mi familia demasiado y no podría dejarlos.
- Tengo miedo que el método que use para suicidarme falle.
- Quiero vivir todas las cosas que la vida tiene para ofrecer, y aún hay muchas experiencias que no he tenido y quisiera vivirlas.
- No sería justo dejar a los niños para que otros los cuiden.
- Amo la vida.
- Estoy demasiado estable para quitarme la vida.
- Mis creencias religiosas me lo prohíben.
- El efecto en mis hijos puede ser dañino.
- Podría herir demasiado a mi familia y no me gustaría que sufran.
- Me preocupa lo que otros puedan pensar de mí.
- Considero que moralmente está incorrecto.
- Aún me quedan muchas cosas por hacer.
- Tengo la valentía de enfrentar la vida.
- Le tengo miedo al acto de matarme (el dolor, la sangre, la violencia)
- Sé que suicidarme realmente no va a lograr ni resolver nada.
- Otras personas pensarán que soy débil y egoísta.
- No quisiera que las personas pensaran que no tenía control sobre mi vida.
- No quisiera que mi familia se sintiera culpable después.

Menciona otras razones para vivir:

9.5. ANEXO 5: INVENTARIO DE HOSTILIDAD DE BUSS- DURKEE

	V	F
Raramente le pego a alguien, aun si la persona me pega a mi primero		
A veces chismorreo sobre las personas que me caen mal		
A menos que me pidan que haga algún de buen amañera, no lo hago		
Me enfurezco con facilidad pero se me pasa rápido		
Parece que nunca recibo lo que me merezco		
Sé que la gente tiende a hablar mal de mí a mis espaldas		
Cuando desapruero el comportamiento de mis amistades, se lo hago saber		
Las pocas veces que he hecho trampa, he sufrido un remordimiento insoportable		
De vez en cuando, no puedo resistir las ganas de hacer daño a los demás		
Nunca me pongo tan furioso como para tirar cosas		
A veces las personas me molestan con tan solo estar a mi alrededor		
Cuando alguien establece una regla que no me gusta, me da tentación de romperla		
Los demás siempre parecen recibir todas las oportunidades		
Tiendo a no confiar en la gente que es más amigable de lo que yo espero		
A menudo encuentro que no estoy de acuerdo con los demás		
A veces tengo pensamientos malos que me hacen sentir avergonzado		
No sé de ninguna razón para pegarle a una persona		
Cuando estoy furiosos, a veces pongo mala cara		
Cuando alguien es mandón, hago lo opuesto de lo que me pide		
Me molesto mucho más a menudo de lo que la gente piensa		
No conozco a nadie a quien odie plenamente		
Hay cierto número de persona a quien aparentemente caigo mal		
No puedo evitar discutir con personas que no están de acuerdo conmigo		
Las persona que no cumplen con su trabajo deben sentirse muy culpables		
Si alguien me pega primero, le caigo encima		
Cuando estoy furioso, a veces tiro las puertas		
Siempre tengo paciencia con los demás		
Ocasionalmente cuando estoy furioso con alguien, dejo de halarle por algún tiempo		
Cuando pienso en lo que me ha pasado, no puedo evitar sentir un leve resentimiento		
Hay cierto número de persona que parecen tener celos de mí		
Insisto en que las personas respeten mis derechos		
Me deprime pensar que no hice más por mis padres		
El que me insulte a mí o mi familia se está buscando una pelea		
Nunca le juego bromas a las personas		
Me revienta que alguien se burle de mí		
Cuando la gente es mandona, tardo más en hacer las cosas para fastidiarla		
Casi todas las semanas veo a alguien que me cae mal		

A veces me da la impresión de que los demás se ríen de mí		
Aún cuando me da coraje, no uso malas palabras		
Me preocupo por que se me perdonen mis pecados		
Las persona que se le pasan fastidiando se están buscando un puñetazo en la nariz		
A veces pongo mala cara cuando las cosas no salen a mi manera		
Si una persona me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso de ella		
A veces me siento como la pólvora, a punto de explotar		
Aunque no lo doy a demostrar, a veces me consumen los celos		
Mi frase favorita es “nunca confíes en desconocidos”		
Cuando la gente me grita, yo le grito de vuelta		
Hago muchas cosas que me dan remordimiento después		
Cuando pierdo los estribos, soy capaz de abofetear a alguien		
Después de los diez años, no me volvió a dar una patata		
Cuando me pongo furioso, digo cosas desagradables		
A veces tengo una actitud de “atrévete a meterte conmigo”		
Si la gente conociera mis sentimientos, me considerarían una persona poco llevadera		
Usualmente me pregunto cuál será el motivo oculto que tiene la persona que hace algo para ayudarme		
No podría poner a alguien en su sitio, aunque se lo mereciera		
El fracasar me da remordimiento		
Me mero en peleas tan a menudo como los demás		
Recuerdo haber estado tan furioso que cogí la primera cosa que me encontré y la rompí		
A menudo hago amenazas sin intención de llevarlas a cabo		
No puedo evitar ser algo maleducado con las personas queme caen mal		
Hay veces que siento que la vida ha sido injusta conmigo		
Antes yo pensaba que la mayoría de la gente decía la verdad, pero ahora sé que no es así		
Generalmente disimulo la mala opinión que tengo de las otras personas		
Cuando hago algo que está mal, mi conciencia me castiga severamente		
Si tuviera que surtir a la violencia física para defender mis derechos, lo haría		
Si alguien no me trata bien, no dejo que eso me moleste		
No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño		
Cuando estoy discutiendo, tiendo a alzar la voz		
A menudo siento que no he llevado una vida correcta		
He conocido a personas queme han llevado a tal extremo que nos hemos entrado a golpes		
No dejo que muchas cosas sin importancia me molesten		
Es raro que yo sienta que alguien me está tratando de enfurece o insultar		
Últimamente he estado de mal humor		
Prefiero dar mi brazo a torcer que discutir por algo		
A veces demuestro mi enfado dando golpes		

9.6. ANEXO 6: ESCALA DE IMPULSIVIDA DE PLUTCHICK

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
¿Le resulta difícil esperar en una cola?				
¿Hace cosas impulsivamente?				
¿Gasta dinero impulsivamente?				
¿Plantea cosas con anticipación?				
¿Pierde la paciencia a menudo?				
¿Le resulta fácil concentrarse?				
¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?				
¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?				
¿Acostumbra a comer aún cuando no tenga hambre?				
¿Es usted impulsivo?				
¿Termina las cosas que empieza?				
¿Le resulta difícil controlar las emociones?				
¿Se distrae fácilmente?				
¿Le resulta difícil quedarse quieto?				
¿Es usted cuidadoso o cauteloso?				