

INFLUÈNCIA D'UN PROGRAMA DE PREVENCIÓ SECUNDÀRIA DEL SUÏCIDI EN PERSONES JOVES

Projecte de recerca

Clara Parals Bonay

Tutor: Dr. David Ballester Ferrando

Curs 2016/2017

Treball Fi de Grau

AGRAÏMENTS

Vull agrair especialment al meu tutor, en David Ballester, tota l'ajuda, els consells i el suport incondicional que m'ha donat per aconseguir que aquest treball ara sigui una realitat.

A la meva família per la seva confiança i perquè sempre han estat allà tot i la distància que ens ha separat durant el meu Erasmus a Noruega. Gràcies per ensenyar-me a lluitar pel que vull i a no rendir-me.

A les meves amigues i companyes d'universitat per ser un punt clau en el meu suport durant aquest curs, però també per compartir amb mi aquests 4 anys de grau que no haurien estat el mateix sense elles.

Finalment, m'agradaria donar les gràcies a totes les persones que comparteixen amb mi un dels moments més complicats però alhora més satisfactoris de la meva vida

ÍNDIX DE CONTINGUTS

RESUM	4
ABSTRACT	5
MARC TEÒRIC.....	6
Introducció	6
Definició i termes relacionats.....	7
Epidemiologia del suïcidi.....	7
Situació actual a Catalunya	8
Mètodes més utilitzats en el suïcidi	9
Factors de risc.....	11
Mites sobre el suïcidi	14
Prevenció del suïcidi	15
Algoritme genèric del codi risc suïcidi	18
Actuació dels professionals de la salut davant la prevenció del suïcidi.....	20
La prevenció del risc de suïcidi en població adolescent	21
BIBLIOGRAFIA.....	23
OBJECTIUS	27
METODOLOGIA.....	27
Disseny.....	27
Població	27
Criteris d'inclusió.....	27
Criteris d'exclusió	27
Mostra.....	27
Variables	28
Instruments.....	29
Aspectes ètics	31
Anàlisi de dades	31
Procediment	32
Cronograma.....	34
Pressupost.....	37
ANNEXOS	39

RESUM

Introducció: El suïcidi és un problema de salut pública donat que comporta una pèrdua evitable de vides molt important, a més d'un excessiu nombre de casos amb seqüeles físiques i psicològiques en les persones afectades. Actualment prop d'un milió de persones es suïciden anualment al món i aquesta és la segona causa de mort prematura en persones joves a nivell mundial. Els pensaments i comportaments suïcides varien segons diferents aspectes socials, biològics, culturals i psicològics.

A pesar que la major taxa de suïcidis es dona entre la població adulta, els índex de suïcidis s'han incrementat de forma alarmant entre la població juvenil. Aproximadament, un 12% d'aquesta població ha intentat suïcidar-se en algun moment de la seva vida. Davant d'aquest greu problema de salut, s'ha plantejat treballar la prevenció del suïcidi com a forma d'abordar aquesta greu problemàtica. De totes maneres, aquest abordatge és complex degut a la manca de sensibilització de la població respecte al suïcidi com a problema de salut pública important.

Objectius: El primer és determinar l'efectivitat del programa Codi Risc Suïcidi en una població jove de 15 a 25 anys i comparar-la amb el grup control. El segon és identificar els factors de risc de suïcidi en persones joves que han fet un intent autolític.

Metodologia: Es seguiran dues metodologies: Estudi analític quasi-experimental i casos i controls. El grup control és de València, mentre que el grup intervenció és de Girona. Cadascun d'ells està format per 20 persones entre 15 i 25 anys que han presentat una conducta suïcida en els últims 3 mesos en el moment d'iniciar l'estudi. S'analitzaran les característiques socio-demogràfiques i clíniques, el nivell de ideació suïcida i el nivell de desesperança d'aquestes persones. S'aplicarà al grup intervenció un programa de prevenció secundària del suïcidi i s'analitzarà la seva efectivitat en comparació al grup control.

Paraules clau: Suïcidi, joves, prevenció secundària, factors de risc, salut mental.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a public health issue which entails an avoidable huge quantity of lost lives, as well as an excessive amount of cases with physical and psychological impacts on affected people. Nowadays around one million of people suicide every year and it is the second leading cause of premature death among young population in the world. Suicidal thoughts and behaviours differ depending on social, biological, cultural and psychological aspects.

Even though the highest suicide rate occurs among the adults, it has dramatically increased among the young population. Indeed, approximately 12% of them have attempted suicide during their lives. Regarding this tragic health issue, suicide prevention has been considered as a way to face this problem. However, this approach is complex because there's a general lack of sensitivity of how important this public health problem is.

Objectives: The first one is to determine the effectiveness of the Suicide Code Risk program in a population between 15 and 25 years old that is compared with the control group. The second goal is to identify the suicide risk factors in young people who have attempted to self harm.

Methodology: Two methodologies are to be followed: quasi-experimental analytical studies and cases and controls. The control group is from Valencia, while the other one is from Girona, and in each of them there are 20 people between 15 and 25 years old who have had suicidal behaviours during the three months before starting the study.

Socio-demographical and clinical characteristics, suicidal ideation and hopelessness levels will be analysed of those people. A secondary prevention program of suicide will be applied to the intervention group and then its effectiveness is to be compared to the control group.

Keywords: Suicide, young, secondary prevention, risk factors, mental health.

MARC TEÒRIC

Introducció

El suïcidi és un problema de salut pública donat que comporta una pèrdua evitable de vides molt important, a més d'un excessiu nombre de casos amb seqüeles físiques i psicològiques en les persones afectades. Prop d'un milió de persones es suïciden anualment al món i aquesta és actualment la segona causa de mort prematura en persones joves. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que al 2020, a escala mundial, el suïcidi representarà un 2'4% de la càrrega total de problemes de salut (1).

Tradicionalment, la taxa de mortalitat per suïcidi a Catalunya és inferior a la global de l'estat espanyol i és de les més baixes de tot Europa, però tot i això supera la mortalitat causada, per exemple, per accidents de trànsit (1). Concretament a Catalunya, l'any 2014 van morir 531 persones a conseqüència d'un suïcidi (2). Per altra banda, la taxa d'ingressos a l'hospital per intent de suïcidi han augmentat des del 2005 fins al 2012 en ambdós sexes (3). Però malgrat conèixer aquestes dades i saber que aquesta mortalitat podria ser, en gran part evitable, les polítiques sanitàries han optat per prioritzar altres problemes de salut (4).

Els pensaments i comportaments suïcides varien segons diferents aspectes socials, biològics, culturals i psicològics (5). A pesar que la major taxa de suïcidis es dona entre la població adulta, els índex de suïcidis s'han incrementat de forma alarmant entre la població juvenil. Aproximadament, un 12% d'aquesta població ha intentat suïcidar-se en algun moment de la seva vida (6).

Davant d'aquest greu problema de salut, s'ha plantejat treballar la prevenció del suïcidi com a forma d'abordar aquesta greu problemàtica. De totes maneres, aquest abordatge és complex degut a la manca de sensibilització de la població respecte al suïcidi com a problema de salut pública important. Segons l'OMS, només 28 països a nivell mundial han certificat que tenen una estratègia nacional de prevenció del suïcidi (7).

Definició i termes relacionats

La definició del terme suïcidi ha anat canviant i evolucionant durant el pas dels anys. Actualment segueix sense haver-hi una única definició de la paraula suïcidi i de tots els termes relacionats, però jo em centraré amb els citats a continuació.

Al parlar del suïcidi cal distingir diferents situacions: suïcidi, conducta suïcida, idees de suïcidi, procés suïcida, comportaments suïcides, temptatives de suïcidi i suïcidi consumat.

Segons l'OMS, el suïcidi es defineix com l'acte de treure's la vida per voluntat pròpia (4). Però per tal d'arribar al suïcidi s'ha d'haver tingut prèviament una conducta suïcida, és a dir, el desig de provocar-se la mort (8). Tot aquest procés des que apareixen les primeres idees de suïcidi fins que es porta a terme el suïcidi, se l'anomena procés suïcida o crisi suïcida (9).

Com a comportaments suïcides s'engloben totes aquelles accions i pensaments que porten a intentar suïcidar-se o al fet d'aconseguir-ho (4).

Si tots els comportaments suïcides no arriben a ser letals, es considerarà que l'intent ha estat una temptativa de suïcidi. Però si el suïcidi ha arribat al seu objectiu, és a dir, a provocar la mort de la persona, s'entén que aquell suïcidi ha estat un suïcidi consumat.

Epidemiologia del suïcidi

L'epidemiologia del suïcidi varia molt segons l'edat i el sexe de la població. En relació a l'edat, les temptatives de suïcidi augmenten clarament a partir dels 17 anys i es mantenen estables fins al voltant dels 35 anys, que comencen a disminuir. No és fins a partir dels 20 anys, que es comencen a igualar les taxes de suïcidis consumats a la població general (10).

Tot i que les temptatives de suïcidi són més freqüents en els joves que en la població general, la letalitat és més baixa: s'observa una mort aproximadament cada 100-150 intents en joves, però una cada 13 intents en adults (8).

Segons l'OMS, a nivell mundial les taxes de suïcidi són més elevades a partir dels 70 anys en ambdós sexes que en els joves menors de 15 anys (4).

A l'estat espanyol, l'Institut Nacional d'Estadística va enregistrar un total de 3.910 morts per suïcidi a Espanya durant l'any 2014, de les quals 2.938 eren homes i 972 eren dones. En referència a les edats, es van suïcidar 59 adolescents de 15 a 19 anys (38 nois i 21 noies) i 127 de 25 a 29 anys (98 nois i 29 noies) (11).

Situació actual a Catalunya

Segons la informació disponible, la mortalitat per suïcidi ha anat evolucionant seguint tendències contraposades: del 1999 al 2007 van anar decreixent les taxes però en aquest punt van començar a augmentar fins al 2013. Durant els últims 5 anys enregistrats (2007-2013), el suïcidi supera la mortalitat causada per accidents de trànsit, classificant-se com a tercera causa de mortalitat evitable en el nostre entorn (1).

Si observem les dades enregistrades per la Generalitat de Catalunya, tot i que es produeixen més temptatives en les dones, la mortalitat per suïcidi és tres vegades superior en els homes en totes les edats, degut a que normalment utilitzen mètodes més violents i irreversibles. Al 2013, la franja d'edat on es van dur a terme un major nombre de suïcidis consumats és de 45 a 54 anys en ambdós sexes (Figura 1), coincidint amb les dades de l'OMS (1).

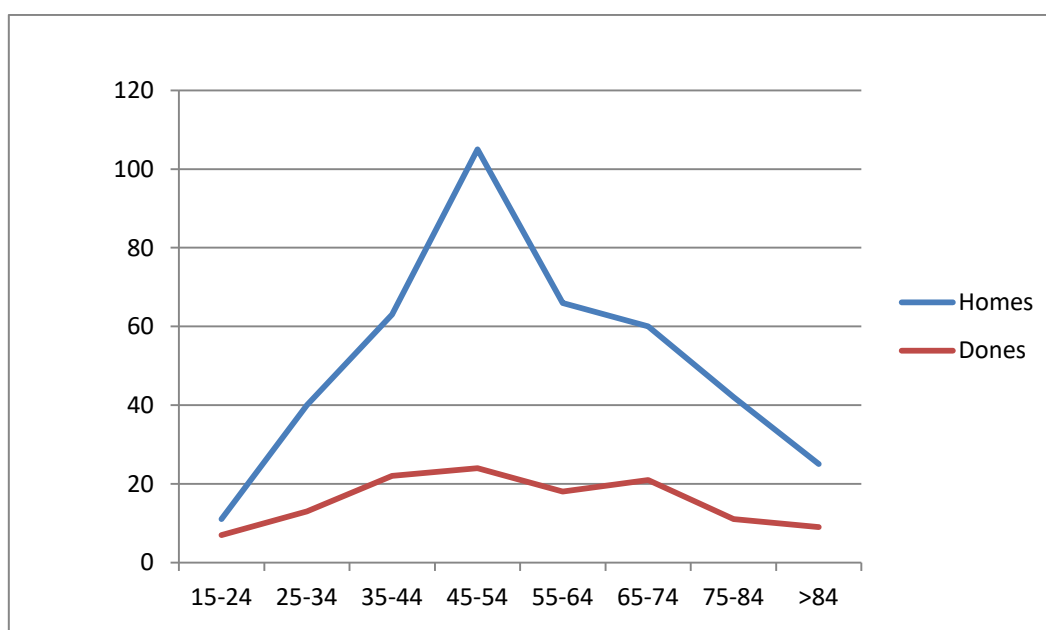


Figura 1. Nombre de suïcidis consumats segons el grup d'edat i el gènere.

Font: Registre de mortalitat de Catalunya 2013 (1).

Si analitzem l'epidemiologia a les províncies de Catalunya de l'any 2015, Barcelona va ser la ciutat on es van produir més morts per suïcidi, exactament 333, de les quals 241 van ser homes. Seguidament hi trobem Tarragona, on 51 de les 68 morts per suïcidi van ser homes. Molt seguit hi trobem Girona, amb un total de 66 morts per suïcidi durant el 2015, on només 16 van ser dones. Finalment, Lleida va ser la província amb menys número de defuncions per suïcidis, un total de 28, amb una proporció d'homes 2,5 vegades més alta que la de dones (Taula 1).

Taula 1. Número de suïcidis per sexes i províncies de Catalunya i a nivell espanyol l'any 2015 (12).

	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Catalunya	Espanya	% Cat./Esp.
Homes	241	50	20	51	362	2.680	13.5
Dones	92	16	8	17	133	922	14.4
Total	333	66	28	68	495	3.602	13.7

Si segons Idescat hi va haver 66 morts per suïcidi a Girona durant el 2015 i segons el Registre de Mortalitat de Catalunya (1) es van produir 18 suïcidis consumats en joves de 15 a 24 anys a Catalunya durant el 2013, podem extrapolar que hi ha aproximadament entre 2 i 3 suïcidis consumats anuals a Girona entre la població de 15 a 25 anys. A aquesta xifra, però, se li ha de sumar totes les temptatives que no acaben en suïcidi consumat.

Mètodes més utilitzats en el suïcidi

Per regla general, en els suïcidis consumats es solen utilitzar mètodes més letals, en canvi, els mètodes menys violents són els que normalment s'utilitzen en les temptatives de suïcidi. També és cert que els mètodes més utilitzats són diversos segons la zona on ens trobem, depenent de l'accessibilitat a aquests, etc. Per exemple, als Estats Units les armes de foc són el mètode letal més utilitzat mentre que a altres països, els mètodes més freqüents són el penjament, la intoxicació per gasos i la precipitació (13).

L'OMS afirma que el 30% de suïcidis es duen a terme per autointoxicacions. Gran part d'aquestes morts es produeixen amb plaguicides en les zones més rurals i agrícoles dels països amb nivells d'ingressos baixos. Com a altres mètodes freqüents de suïcidi en la població general també hi trobem l'ofegament i les armes de foc (7).

L'Aliança Europea contra la depressió, de la qual Catalunya en forma part des del 2004, considera que el mètode de suïcidi més utilitzat a nivell europeu és el penjament, tant en homes com en dones (un 54'3% d'homes i un 35'6% de dones). Aquest mètode és dels més letals, violents i amb gran èxit de mort.

En homes, aquests percentatges van seguits de les armes de foc (9'7%) i de les intoxicacions per drogues (8'6%). En canvi, en les dones els mètodes que segueixen al penjament són les intoxicacions per drogues (24'7%) i els salts al buit (14'5%) (14) (Taula 2).

Taula 2. Mètodes de suïcidi segons sexes del 2000 al 2005 a Europa (14).

	Homes		Dones		Total	
		%		%		%
Intoxicació per drogues	10.211	8.6	10.209	24.7	20.420	12.7
Intoxicacions per altres mètodes	6.432	5.4	1.766	4.3	8.198	5.1
Penjament	64.730	54.3	14.735	35.6	79.465	49.5
Ofegament	3.598	3	3.186	7.7	6.784	4.2
Armes de foc	11.593	9.7	548	1.3	12.141	7.6
Salt al buit	9.341	7.8	5.977	14.5	15.318	9.5
Objectes en moviment	5.817	4.9	2.162	5.2	7.979	5
Altres mètodes	7.400	6.2	2.755	6.7	10.155	6.3
Total	119.122	100	41.338	100	160.460	100

En referència als adolescents, els mètodes de suïcidi més utilitzats varien segons l'accessibilitat que hi tenen. Per exemple, a Estats Units un 60% dels suïcidis dels joves són causats per una arma de foc ja que hi tenen fàcil accés perquè moltes famílies en tenen a casa.

Si ens situem a nivell d'Espanya, un dels mètodes de suïcidi més utilitzats pels adolescents hi trobem la sobredosis amb medicaments. És molt comú utilitzar aquest mètode tant per l'intent de suïcidi com per al suïcidi consumat, ja que a totes les llars espanyoles sol haver-hi molts medicaments ja siguin de venda lliure, de recepta mèdica o sense recepta (15).

Factors de risc

No hi ha una classificació única dels factors de risc que porten al suïcidi. Aquests factors es poden dividir en diferents classificacions segons els aspectes que valorem.

Cada vegada que es produeix un suïcidi consumat, hem de tenir en compte que alhora hi estan havent moltes temptatives de suïcidi. Així doncs, un intent de suïcidi és el factor de risc individual més important (7).

Segons estudis fets per Steinmetz, Bongar i Beck, els factors de risc es podrien classificar de la següent manera:

-Factors clínics → Són malalties que s'associen a trastorns de l'ànim: trastorns adaptatius...

-Factors genètics o neurobiològics → Són de transmissió genètica procedents d'antecedents familiars.

-Factors socio-demogràfics → Sexe, edat, estat civil, origen ètnic, nivell socioeconòmic... Aquests factors no són causa suficient perquè es doni un suïcidi consumat.

Més endavant, però, es reelabora una altra classificació diferent i més àmplia a partir de les realitats locals, feta per Barrón, Ponce de León i Krmpotic, Cheung, Wang i Leung i Breilh. Aquesta nova classificació és la que trobem a la Taula 3.

Taula 3. Reelaboració de la matriu de factors de risc en la conducta suïcida.
 Font: Barrón, Ponce de León i Krmpotic, Cheung, Wang i Leung i Breilh (9).

CATEGORIES DE FACTORS	FACTORS DE RISC
Factors psicosocials de base clínica, amb o sense origen genètic o neurobiològic	Condicions d'estrès, trets de personalitat, formes d'afrontament dels problemes, impulsivitat, ira, abús de substàncies, antecedents d'abús sexual, trets psicòtics, depressió, problemes mèdics...
Recolzament social i recursos cognitius, emocionals i/o materials	Família d'origen, existència de rols de recolzament en funció de les necessitats del cicle vital, existència de xarxes de recolzament social (integració a la comunitat), recursos materials i simbòlics, vivències i experiències de l'hàbitat, d'exclusió i discriminació...
Procés suïcida	Ideació i pensaments suïcides, història d'intents autolítics, pla suïcida (detalls, disponibilitat de medis, d'horaris, letalitat del mètode...)

Quants més factors de risc presenti una persona, més risc de suïcidi tindrà. És per aquest motiu que encara que, a vegades, dues persones presentin un mateix factor de risc, no tenen el mateix risc de suïcidi (9).

Segons l'OMS, el suïcidi ve determinat per una gran quantitat de causes complexes: la pobresa, l'atur, la pèrdua d'éssers estimats, els antecedents familiars, l'aïllament social, alguns trastorns mentals com la depressió o l'esquizofrènia, l'abús de l'alcohol, l'ús de drogues, maltractaments durant la infància... Però actualment considera que un dels més importants és el nivell

d'ingressos del país on viuen aquestes persones, ja que un 75% dels suïcidis es duen a terme en països d'ingressos baixos i mitjans (7) (Figura 2).

De totes maneres, cada autor afegeix diferents factors de risc. Per exemple, un estudi fet per Crosby i Sacks (16) determina que les persones que coneixen algú que s'ha suïcidat en l'últim any són 1'6 vegades més propenses a tenir pensaments suïcides i 3'7 vegades més propenses a intentar suïcidar-se. Per tant, aquest factor de risc per ells és molt important en el seu estudi.

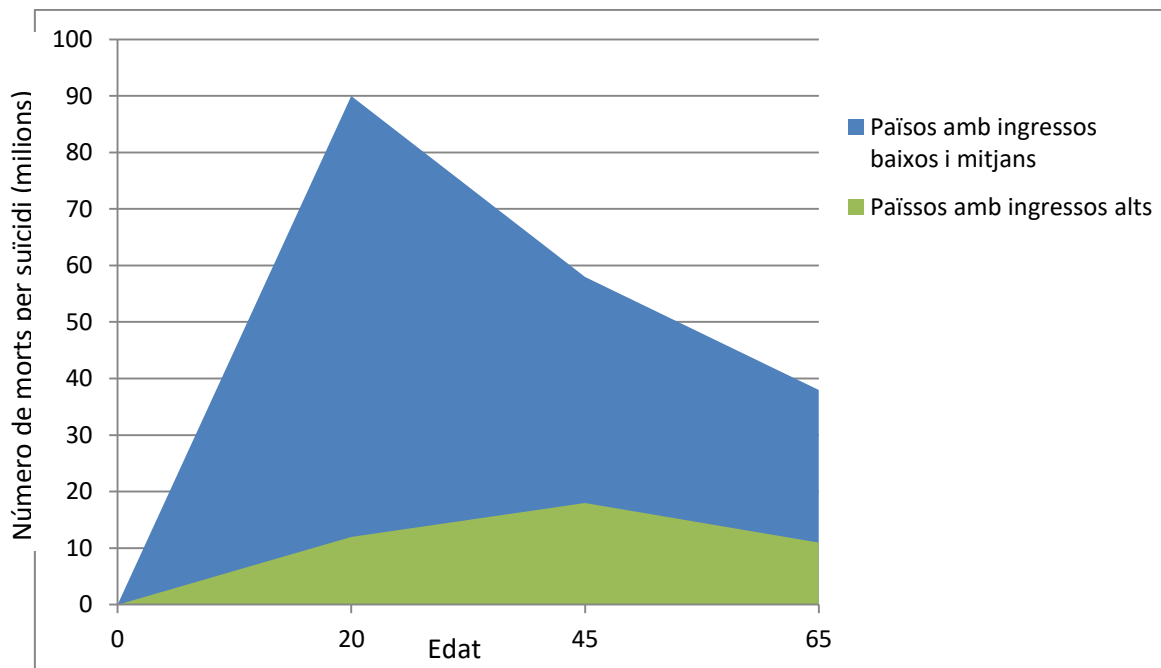


Figura 2. Número de morts per suïcidi segons edat i nivell d'ingressos. Font: OMS (4).

Més concretament en adolescents i joves, s'identifiquen els següents factors de risc de suïcidi com a més importants:

- Accés a armes de foc
- Tenir un membre de la família que hagi comès un suïcidi
- Antecedents d'autoagressions deliberades
- Antecedents d'abandonament o maltractament
- Viure en comunitats on hi ha brots recents de suïcidi en persones joves
- Ruptura sentimental (17)

Mites sobre el suïcidi

Sobre el suïcidi i els comportaments suïcides hi ha moltes creences errònies creades per la societat i basades en judicis de valors que es contradiuen amb la recerca científica. Segons la OMS, aquests són alguns dels mites més comuns sobre el suïcidi:

- Les persones que parlen sobre el suïcidi, realment no volen fer-ho.

Una gran majoria de les persones que parlen sobre el suïcidi s'estan plantejant suïcidar-se. En aquestes converses solen buscar ajuda o recolzament ja que estan patint ansietat, depressió o desesperança enfront una situació de la seva vida i pensen que no hi ha cap altra sortida possible.

- La majoria de suïcidis es duen a terme sense previ avís.

Molts suïcidis van precedits de conductes suïcides, és a dir, comportaments que ens adverteixen el que passarà, o bé d'advertències verbals que sovint ignorem. Per aquest motiu és molt important saber identificar aquestes senyals i mai pensar que són crides d'atenció.

- Les persones que es suïciden ja estaven determinades a morir.

Una gran part de les persones que es suïciden tenen emocions ambivalents sobre viure o morir. Així doncs, és important el suport emocional en el moment adequat per evitar possibles actes impulsius que els portin a la mort.

- Una persona que ha intentat suïcidar-se sempre més tindrà aquests pensaments suïcides.

Tal com s'argumentava anteriorment, moltes persones es suïciden en un moment determinat i específic perquè no veuen cap altra possible solució a la seva realitat. Aleshores, pot ser que els pensaments suïcides tornin a aparèixer en algun moment de la vida d'aquella persona, com també pot ser que visqui una llarga vida sense que tornin aquests pensaments mai més.

- Només es suïciden les persones amb trastorns mentals.

És cert que un gran percentatge de les persones que es suïciden pateixen algun tipus de trastorn mental, però no es pot aplicar a absolutament tots els suïcidis. Els comportaments suïcides s'inicien per sentiments de desesperança i infelicitat màxima, però no sempre van lligats al fet de patir un trastorn mental.

- És millor no parlar sobre el suïcidi perquè pot interpretar-se com un estímul.

Les persones que estan planejant un suïcidi es troben totalment perdudes i no saben amb qui parlar ni on buscar ajuda. Si la societat parlés obertament d'aquest tema, podria recolzar a aquestes persones, fer-les canviar d'idea o almenys intentar que tinguessin el temps necessari per repensar-se si és la decisió més adequada (4).

Prevenició del suïcidi

Generalment, la mortalitat per suïcidi és evitable. L'abordatge de la prevenició del risc de suïcidi no només s'ha de fer des de l'àmbit sanitari, sinó que també cal completar-lo des de les escoles i a nivell social, amb una visió comunitària (1). És per això que s'han classificat les estratègies de prevenició segons l'etapa on es troba la persona:

- **Prevenició primària** → Consisteix en proporcionar educació sanitària dels hàbits saludables i identificar els factors de risc associats amb el suïcidi a tota la població.
- **Prevenició secundària** → Es tracta d'examinar a aquelles persones que han estat classificades com a persones amb risc de suïcidi. En aquestes estratègies, a part dels professionals de la salut, també hi participen les escoles i la comunitat, ja que es proporcionen ajudes per aprendre a abordar aquests factors de risc i a tractar a les persones incloses dins aquest grup.
- **Prevenició terciària** → Consisteix en un tractament que duen a terme aquelles persones que han tingut una temptativa de suïcidi però no han arribat a la mort. Per a la seva recuperació, hi tenen un paper essencial, a part dels serveis de salut i serveis socials, la família i els amics de la persona en qüestió (18).

Tal com diu el “*Center of Disease Control and Prevention*” (19), una de les principals estratègies per a prevenir el suïcidi és saber veure el signes de suïcidi en una persona. Aquests signes de suïcidi poden incloure el fet de començar a consumir drogues o alcohol, canvis en la dieta, insomni, canvis de l'estat d'ànim, parlar més sovint del normal sobre el suïcidi... Quan detectem aquests signes, cal demanar ajuda urgent.

El Sistema Nacional de Salut d'Espanya, va elaborar un programa d'estratègia de prevenció del suïcidi a nivell estatal l'any 2006, però actualment està esperant ser actualitzat. En aquesta situació, novament es pot presenciar la poca implicació per part del govern espanyol en la prevenció del suïcidi i un desinterès social envers aquest àmbit de salut comunitària.

Degut a aquesta manca de programa de prevenció a nivell estatal, moltes comunitats autònomes o ciutats espanyoles han elaborat els seus propis protocols. Entre els més ben valorats, trobem el programa Codi Risc Suïcidi elaborat a nivell de la comunitat autònoma de Catalunya i el protocol de prevenció i l'actuació davant les conductes de suïcidi de Navarra. A aquestes estratègies hi podem sumar altres programes, com per exemple el programa de prevenció de la conducta suïcida (PPCS) de Barcelona, el “*Código 100*” creat a Madrid, el programa de prevenció de la conducta suïcida de Sabadell, el programa d'intervenció intensiva (PII) elaborat a la ciutat d'Ourense, el programa pilot de prevenció de la conducta suïcida de Guipúscoa o el programa per a la prevenció de la recurrència del comportament suïcida basat en el maneig de casos (PSYMAC) creat a Oviedo (20).

De totes maneres, es preveu que l'estratègia de prevenció del suïcidi a nivell estatal s'aprovi a la propera reunió del Consell Inter-territorial del Sistema Nacional de Salut (20).

Els objectius principals d'aquesta estratègia de prevenció del suïcidi són:

1. Conscienciar i sensibilitzar a la població de la magnitud i les conseqüències de la conducta suïcida.
2. Ensenyar a detectar les conductes suïcides i elaborar estratègies eficients per afrontar-les.

3. Crear recursos específics per a la prevenció i la intervenció de la conducta suïcida.
4. Limitar l'accés a mètodes de suïcidi letals (21).

A nivell de Catalunya, el Departament de Salut de la Generalitat va activar al juny del 2014 una fase pilot del Codi Risc Suïcidi (CRS) per intentar prevenir les temptatives de suïcidi entre els joves a Catalunya. Aquesta fase pilot es va implantar a Lleida, Camp de Tarragona, Vallès Occidental-Est i a Barcelona Ciutat, i no va ser fins a mitjans de 2015 que es va començar a implantar a Girona, Terres de l'Ebre, Alt Pirineu i Catalunya Central, i finalment a l'entorn metropolità de la RSB. Aquest programa, que té diferents àmbits d'aplicació (Servei Català de la Salut, sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya i Sistema d'Emergències Mèdiques), inclou un seguit d'actuacions adreçades a aquelles persones que presentin un risc important de suïcidi.

Els recursos implicats, al setembre del 2015 inclouen: 13 hospitals de referència amb servei de psiquiatria dels territoris pilot, 39 centres de salut mental d'adults, 28 centres de salut mental infantil i juvenil, 7 hospitals de dia, 2 equips EMSE (Barcelona i Tarragona) i el 061 CatSalut Respon a la resta de Catalunya.

Els objectius principals del Codi Risc Suïcidi són: disminuir les temptatives i la mortalitat a causa del suïcidi, evitar una possible repetició, i augmentar la supervivència de la població atesa per a conducta suïcida. Per tal de dur-los a terme, aquest protocol s'ha dividit en tres fases:

1. Activació del CRS en el moment de la detecció o sospita de risc alt de suïcidi. En aquesta fase es farà una primera atenció a la persona per part de l'atenció primària, CAS o centres de salut mental, 061, forces de seguretat o per la pròpia ciutadania. En aquesta fase s'identificaran els factors de risc, els quals inclouen: estar deprimat, diagnòstic psiquiàtric de trastorn depressiu, psicòtic, bipolar, límit de la personalitat o bé de conducta alimentària, agitació, agressivitat, impulsivitat, nivell de consciència alterat, consum excessiu d'alcohol, consum i/o addicció a altres substàncies, malalties orgàniques greus, ser home, tenir més de 65 anys o ser adolescent, problemes socials, haver patit esdeveniments

vitals estressants fa menys de 3 mesos (laborals, parella, econòmics, familiars...), accés a armes i/o tòxics i antecedents familiars de 1r grau de suïcidi consumat.

2. Avaluació clínica especialitzada per part del servei ambulatori de salut mental, a urgències o per part de l'hospital de dia. Després de l'alta hospitalària cal fer un seguiment proactiu presencial a pacients i familiars. En el cas dels adults, han de ser atesos pel seu centre de salut mental en un termini màxim de 10 dies posteriors a l'alta hospitalària o del servei d'urgències. En canvi, el centre de salut mental infantil i juvenil o l'hospital de dia d'adolescents ha d'assegurar-se que, en el cas d'adolescents menors de 18 anys, seran atesos en un termini màxim de 3 dies post-alta.

És important també fer una reavaluació del risc 30 dies després de l'alta hospitalària: es farà un seguiment telefònic per part del 061 CatSalut Respon o per part dels equips multidisciplinaris de suport especialitzat (EMSE).

3. Seguiment preventiu longitudinal durant 12 mesos, on el risc de suïcidi passa de ser alt o moderat a ser baix. Aquest seguiment es duu a terme en els centres de salut mental / CAS o des d'atenció primària, atès que permet un contacte assistencial freqüent.

Algorítme genèric del codi risc suïcidi

Quan la central de coordinació sanitària del SEM (CECOS) rep una trucada, ja sigui del 112 o del 061, significa que hi ha una sospita de risc de suïcidi. Aleshores es passa el mòdul de suïcidi de l'escala MINI (Taula 4), per fer una valoració del nivell de risc. Sigui quina sigui la classificació d'aquest risc, caldrà sempre explorar els factors de risc i els problemes de salut del pacient. Si en finalitzar l'escala MINI la persona suma més de 10 punts, es considera que el risc de suïcidi és alt, s'activen els recursos sanitaris i s'inclou el cas al protocol CRS. En aquests casos caldrà fer una avaluació psiquiàtrica de l'estat del pacient amb contenció i traslladar a la persona a l'hospital de referència del CRS ja que el que s'estarà produint és una temptativa de suïcidi. Si la puntuació es troba entre 6-9 punts, el risc serà moderat, i finalment si la puntuació es troba entre 1-5 punts, el risc de suïcidi serà baix. En aquestes

dues últimes opcions, es farà un consell telefònic i s'informarà a la persona en qüestió dels dispositius de la xarxa disponibles, és a dir, els centres d'atenció primària i els centres de salut mental que hauran de fer un seguiment.

És important assegurar-se de la continuïtat assistencial i de l'adherència al tractament en cada cas ja que és considerat un aspecte essencial per evitar al màxim el risc de repetició de conducta suïcida, sobretot en l'etapa crítica de transició com és el període immediatament posterior a la temptativa.

Taula 4. Mòdul de suïcidi de l'escala MINI. Font: Programa de Codi Risc Suïcidi de la Generalitat de Catalunya (1).

Durant l'últim mes...	Resposta afirmativa
Ha pensat que estaria millor mort/a?	1 punt
Ha volgut fer-se mal?	2 punts
Ha pensat en el suïcidi?	6 punts
Ha planejat com fer-ho?	10 punts
Ho ha intentat recentment?	10 punts
Ho ha intentat en algun moment de la seva vida?	4 punts

Segons les dades enregistrades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, aquest programa de prevenció s'ha activat en el 73% dels casos de persones amb conducta suïcida, d'un total de 1.500 persones en el 40% del territori (48'8/100.000 habitants) durant el primer any d'implantació (de mitjans de 2014 a mitjans de 2015). D'aquestes persones ateses activant el CRS, 2 de cada 3 han assistit a la visita de seguiment del centre de salut mental. En el 68% dels casos, les persones patien algun trastorn mental diagnosticat, sobretot depressió i/o trastorns adaptatius. Per alta banda, en referència a les trucades de seguiment als 30 dies per part del SEM, s'han dut a terme en el 91% dels casos.

Dins aquestes dades enregistrades, un 65% de la població total atesa van ser dones, i la mitjana d'edat del total dels casos va ser 42 anys (1) (19).

Actuació dels professionals de la salut davant la prevenció del suïcidi

El suïcidi és un problema de salut pública molt complex i, per tant, les activitats de prevenció requereixen la col·laboració de molts sectors de la societat, on s'inclou l'actuació dels professionals de la salut. Així doncs, hi ha diferents propostes de intervencions segons el sector des del qual es vol tractar el tema (7).

Com a professionals de la salut, hem de treballar en equip i de forma coordinada per arribar al nostre principal objectiu: la prevenció del suïcidi. Per aconseguir-ho, és molt important principalment sensibilitzar a la població de la importància d'aquest problema i superar el tabú que hi ha respecte a aquest tema.

Per altra banda, hem d'identificar les persones de risc, és a dir, cal analitzar els factors de risc en la intervenció individual de cada persona (9).

És important conèixer els principals mètodes de suïcidi per tal d'elaborar estratègies de prevenció. Aleshores podem adaptar mesures de prevenció enfront la població de risc, com ara:

- Restringir l'accés als mètodes de suïcidi (certs medicaments, armes de foc, plaguicides...)
- Introduir campanyes per reduir el consum d'alcohol en bevedors de risc.
- Identificar a temps aquelles persones amb problemes de salut mental, abús de substàncies, dolors crònics i trastorns emocionals per atendre-les i tractar-les.
- Avaluar les conductes suïcides i gestionar-les de forma adequada.
- Fer un seguiment personalitzat a aquelles persones que han tingut un intent de suïcidi (7).

També hem de tenir en compte els pacients donats d'alta després d'un intent de suïcidi per evitar una nova repetició del cas. En aquestes situacions, és important assegurar la continuïtat assistencial i dur a terme un seguiment preventiu des dels centres de salut mental i també des de l'atenció primària (1).

La prevenció del risc de suïcidi en població adolescent

La prevenció del risc de suïcidi en adolescents és una temàtica que preocupa i que ha conduït a realitzar diversos estudis per valorar l'efectivitat d'alguns programes de prevenció.

Un estudi realitzat a Guipúscoa va provar un programa pilot de prevenció de la conducta suïcida, amb una duració de 12 mesos, en un estudi de casos i controls amb un grup control i un grup intervenció. L'estudi va obtenir resultats favorables entre la població general: d'entre tots els intents de risc suïcida, un 64'5% del total de pacients es van incloure dins el programa, un 80% d'aquests van ser atesos en la unitat de salut mental durant els 10 dies posteriors a la temptativa i en un 77% de pacients se'ls va poder fer un seguiment telefònic als 6 mesos. En referència a la reincidència de les temptatives, en el grup control un 0% dels pacients van reintentar-ho, però en el grup intervenció un 2% dels pacients van reintentar-ho entre els 6 i 10 mesos posteriors a l'inici del programa (23).

Per alta banda, Francisco Bustamante i Ramón Florenzano van publicar una revisió bibliogràfica sobre el tema, on afirmaven que la majoria de programes de prevenció en escoles estan centrats en modificar els factors de risc i no tant en el fet d'abordar la prevenció del suïcidi com a objectiu principal. Després d'analitzar els resultats dels diferents programes de prevenció en diferents països, van veure que els països on aquestes intervencions tenien un efecte més favorable reduint els factors de risc eren a Finlàndia, amb el programa Signs of Suicide (S.O.S), i a Austràlia, amb el programa Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) (24).

A Cuba també tenen un programa de prevenció de la conducta suïcida. Es van estudiar els problemes existents en l'aplicació d'aquest programa en un grup d'adolescents d'una àrea de salut de Santiago de Xile i els resultats mostren importants dificultats en l'aplicació d'aquest programa, per tant, una necessitat d'aprenentatge i sensibilització per part de la població en general, però sobretot per part dels responsables sanitaris (25).

A la Universitat de Guanajuato, a Mèxic, es va dur a terme un estudi en joves amb un nivell d'educació mitjana-alta per comprovar l'efectivitat d'un taller

anomenat “Salvando vidas”, creat com a conseqüència de la falta de programes de prevenció del risc suïcida al país. Aquest taller va demostrar ser una forma eficaç de prevenir el suïcidi ja que, a banda d’aportar informació sobre aspectes específics, inclou a tota la població així que contempla les necessitats i les possibilitats d’ajudar a les persones que es troben en risc (26).

En el CRS es fa un seguiment preventiu longitudinal durant 12 mesos, ja que s’ha vist en alguns estudis, com exemple en el programa de gestió telefònica de casos de temptatives autolítiques a Sabadell (27) o en el programa de gestió de casos de temptatives autolítiques a la comarca d’Osona (28), que la repetició dels intents autolítics és especialment freqüent durant el primer any després de l’intent de suïcidi (un 20%). A més, un intent de suïcidi constitueix el factor predictiu més potent per consumir posteriorment un suïcidi. De fet, el 50% de les morts per suïcidi tenen antecedents de temptativa suïcida. Si les persones que han intentat suïcidar-se no són remeses a un seguiment posterior, augmenta la probabilitat que cometin un intent autolític novament.

BIBLIOGRAFIA

1. Direcció Àrea d'atenció sanitària CatSalut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Generalitat de Catalunya. Codi Risc de Suïcidi [Internet]. Barcelona; 2015 [citad 20 novembre 2016]. Recuperat de:
http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf
2. IDESCAT. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Suïcidis. Per sexe i províncies [Internet]. 2014 [citad 27 novembre 2016]. Recuperat de:
<http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616>
3. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya [Internet]. 2014 [citad 29 novembre 2016]. Recuperat de:
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf
4. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: A global imperative. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
5. TalYoung I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanovette N, Seay K, Ilapakurti M, et al. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*. Juny 2012; 14(2): 177-186.
6. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Rev Cuba Med Integr* [Internet]. 2011 [citad 14 novembre 2016] 27(1): 33-41. Recuperat de:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v27n1/mgi04111.pdf>
7. World Health Organization (WHO). Suicide. World Health Organization [Internet]. 2016 [citad 20 novembre 2016]. Recuperat de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>

8. Fresia Ulloa Ch. Tentativas y consumacion de suicidio en niños y adolescentes Suicidal behaviour in children and adolescents. Rev Chil Pediatr. 1993;64(4):272-6.
9. Barrón EV, Krmpotic CS. La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción. Rev Katálisis. 2016;19(1):43-52.
10. Berta Jara Segura A, González Serrano F, San Miguel P, Urizar M. Aproximación a las tentativas de suicidio en los adolescentes. Cuad Psiquiatr Psicoter niño Adolesc. 2001;31/32:115-39.
11. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. 2014 [citad 23 novembre 2016]. Recuperat de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=2652&capsel=2656>
12. IDESCAT. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Suïcidis. Per sexe i províncies [Internet]. 2015 [citad 27 novembre 2016]. Recuperat de: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616>
13. Liotta M, Mento C, Settineri S. Seriousness and lethality of attempted suicide: A systematic review. Aggress Violent Behav. Març 2015;21: 97-109.
14. Värnik A, Kõlves K, Van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the «European Alliance Against Depression». J Epidemiol Community Health. 2008;62(6):545-51.
15. Kids Health: Acerca del suicidio de adolescentes [Internet]. Nova Zelanda [citad 10 desembre 2016]. Recuperat de: <http://kidshealth.org/es/parents/suicide-esp.html>
16. Crosby AE, Sacks JJ. Exposure to suicide: incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. Suicide Life Threat Behav [Internet]. 2002 [citad 25 novembre 2016];32(3):321-8. Recuperat

de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12374477>

17. DeMaso DR, Walter HJ, Wharff EA. Suicide and attempted suicide. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016: chap 27.
18. Waldvogel JL, Rueter M, Oberg CN, Seibel M, Murray JN, Fritz GK, et al. Adolescent suicide: risk factors and prevention strategies. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care [Internet]. abril 2008 [citad 28 novembre 2016];38(4):110-25. Recuperat de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18328991>
19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Understanding Suicide [Internet]. 2015 [citad 25 novembre 2016]. Recuperat de: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide_factsheet-a.pdf
20. Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. Programas de prevención de la conducta suicida en España [Internet]. Madrid; 2016 [citada 5 desembre 2016]. Recuperat de: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/programas-de-prevencion-esp%C3%B1a-1/>
21. Anseán Ramos A. Suicidios: Las muertes invisibles. Propuesta para una estrategia de prevención del suicidio en el Sistema Nacional de Salud. En: Manual de prevención, intervención y postevención de la conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2012. p. 27-33.
22. La Salut Mental, una prioritat de les polítiques públiques. Barcelona: Departament de Salut; 2015 [citad 12 desembre 2016]. Recuperat de: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/288279/ca/salut-mental-prioritat-politiques-publicues-codi-risc-suicidi-finalitzara-implantacio-catalunya-dacabar-lany.do
23. Programa Piloto de Prevención de Conducta Suicida [Internet]. Guipúzkoa: Osasun Mentaleko Sarea, European Alliance Against Depression, Departamento de Salud Vasco; 2014 [citad 24 gener 2017].

- Recuperat de:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/rsmb_jornadas/es_jornadas/adjuntos/4_RSMB%20EEAD.pdf
24. Bustamante F, Florenzano R. Suicide prevention programs for adolescents in schools: a review. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2013;51(2):126-36.
 25. Rodríguez Almaguer F, Mok Olmo Y, Cuervo Bello L, Dominador Rodríguez Arias O. Prevención del suicidio en adolescentes de una área de salud de Santiago de Cuba. *MEDISAN [Internet].* 2013 [citad 24 març 2017] 17(1):101-8. Recuperat de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n1/san13113.pdf>
 26. María Chávez-Hernández A, Carolina Medina Núñez M, Fernando Macías-García L. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Ment [Internet].* 2008 [citad 24 març 2017] 31:197-203. Recuperat de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n3/v31n3a5.pdf>
 27. Associació d'entitats sanitàries i socials. El seguiment telefònic dels pacients atesos a urgències després d'un intent de suïcidi redueix la taxa de reintents i allarga el temps entre noves temptatives. *La Unió [Internet].* 17 de octubre de 2013. [citad 24 març 2017]. Recuperat de: <http://www.uch.cat/comunicacio/comunicacio-i-sala-de-premsa/notes-de-premsa-associats/el-programa-de-gestio-telefonica-de-casos-dintent-de-suicidi-de-salut-mental-rep-el-certificat-de-qualitat-de-laquas.html>
 28. Pons J, Riesco L, Riera M, Urbea A, Bleda F, Arrufat F. Programa de gestió de casos [Internet]. 2015 [citad 24 març 2017]. Recuperat de: https://ddd.uab.cat/pub/posters/2015/142676/CSM15_FXArrufat.pdf
 29. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974;42(6):861-5.
 30. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47(2):343-52.

OBJECTIUS

- Determinar l'efectivitat del programa Codi Risc Suïcidi en una població jove de 15 a 25 anys i comparar-la amb el grup control.
- Identificar els factors de risc de suïcidi en persones joves que han fet un intent autolític.

METODOLOGIA

Disseny

Estudi analític quasiexperimental. Casos i controls.

Població

La població d'estudi escollida són tots els joves de 15 a 25 anys de Girona i de València que han presentat conducta suïcida en els últims 3 mesos en el moment d'iniciar l'estudi.

Criteris d'inclusió

- Conducta suïcida els últims 3 mesos
- Edat entre 15 i 25 anys
- Acceptació voluntària per formar part de l'estudi firmant el consentiment informat

Criteris d'exclusió

- Patir un dels següents trastorns mentals: esquizofrènia, trastorn límit de la personalitat, discapacitat intel·lectual i/o autisme
- Haver fet més de 2 intents autolítics al llarg de la vida
- Tenir dificultats de comprensió o expressió de l'idioma

Mostra

Per triar la mostra utilitzarem un tipus de mostreig no probabilístic, aleatori. Es faran dos grups de 20 persones cadascun: el grup cas estarà format per joves de Girona de la Xarxa de Salut Mental de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). En aquest grup s'aplicarà la intervenció, el programa de prevenció Codi Risc Suïcidi. Per altra banda el grup control estarà format per joves de València de

la Unitat de Salut Mental Malvarrosa, als quals no farem cap intervenció específica i no tenen cap activitat relacionada amb el Codi Risc Suïcidi. Aleshores, a aquest grup s'aplicarà l'activitat habitual que es duu a terme segons el seu protocol.

Variables

Les variables es classificaran en dos grans categories: Independents o dependents.

- Independents:

-Edat → Variable quantitativa discreta. En anys en el moment de la conducta suïcida.

-Sexe → Variable qualitativa nominal. Home o dona.

-Població on resideix → Variable qualitativa nominal. Es va especificar la condició en el moment de la conducta suïcida.

-Situació laboral → Variable qualitativa nominal. Es va especificar la condició en el moment de la conducta suïcida.

-Nucli de convivència → Variable qualitativa nominal. Es va especificar la condició en el moment de la conducta suïcida.

-Situació familiar → Variable qualitativa nominal. Es va especificar la condició en el moment de la conducta suïcida.

-Hàbits tòxics → Variable qualitativa nominal. Es va especificar la condició en el moment de la conducta suïcida.

-Tipus de conducta suïcida → Variable qualitativa nominal.

-Mes → Variable qualitativa nominal. Mes de l'any en què s'ha produït la conducta suïcida.

-Mètode utilitzat → Variable qualitativa nominal. Es va registrar en els casos d'intents de suïcidi, d'autolisis o de suïcidi.

-Causes → Variable qualitativa nominal. Es va especificar el principal factor o factors precipitants de la conducta suïcida.

-Patir algun trastorn mental.

-Codi Risc Suïcidi → És un programa de prevenció enfocat als joves de Catalunya que pretén disminuir la mortalitat per suïcidi, augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida i prevenir la repetició de temptatives suïcides.

- Dependents:

-Nivell de desesperança: Variable qualitativa ordinal. Es mesurarà mitjançant l'escala de desesperança de Beck.

-Ideació suïcida: Variable quantitativa discreta. Es mesurarà mitjançant l'escala d'ideació suïcida de Beck.

-Participació al programa: Variable quantitativa discreta. Mesurat a través del número de vegades que la persona assisteix a les trobades en relació al total.

-Abandonament del programa: Variable quantitativa discreta. Mesurat a través del número de persones que abandonen el programa durant el seu curs.

-Intents de suïcidi després de l'inici del programa: Variable quantitativa discreta.

-Suïcidis consumats després de l'inici del programa: Variable quantitativa discreta.

Instruments

Per dur a terme aquest estudi s'utilitzaran els següents instruments:

- Qüestionari Ad-hoc de dades sociodemogràfiques, personals i clíniques (Annex 1). És un qüestionari que es realitza sobre les dades ja descrites en les variables: edat, sexe, hàbits tòxics, situació familiar...
- Escala de desesperança de Beck, validada en aquest estudi (29), que consta d'un qüestionari autoadministrat que valora l'actitud de les persones enfront el futur, el factor afectiu, el motivacional i el cognitiu. S'ha de contestar vertader o fals a 20 ítems, cadascun dels quals

sumarà 1 punt o 0 punts al recompte final segons la resposta. Depenent de la puntuació, podrem classificar el resultat en diferents nivells de desesperança. Per avaluar les respostes es realitza de la següent manera:

-Sumem 1 punt quan s'ha contestat "vertader" a les preguntes: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 i 20.

-Sumem 1 punt quan s'ha contestat "fals" a les preguntes: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 i 19.

-Sumem 0 punts en la resta de casos.

Al final del recompte, classificarem el resultat segons els punts:

- 0-3 punts: Normalitat
- 4-8 punts: Lleu desesperança
- 9-14 punts: Desesperança moderada
- 15-20 punts: Desesperança severa

Els resultats poden indicar-nos un factor de risc important de pensaments suïcides i intents autolítics. Per això és important que si els resultats són superiors a 9 punts, la persona en qüestió consulti amb un professional de la salut per prevenir situacions complicades (29) (Annex 2).

- Escala d'ideació suïcida de Beck, validada en aquest estudi (30). És una escala hetero-aplicada que consta de 5 apartats i mesura la intensitat dels desitjos de viure i de morir, la letalitat del mètode considerat, la disponibilitat d'aquest, la sensació de control sobre l'acció i el desig i la presència de factors dissuasoris.

Els resultats proporcionen una quantificació de la gravetat de la ideació suïcida, encara que no hi ha classificació corresponent. És a dir, a major puntuació, major gravetat. La puntuació total s'obté sumant tot els ítems segons les respostes contestades (la 1^a sempre valdrà 0 punts, la 2^a val 1 punt i la 3^a val 2 punts). Així doncs, es podrà obtenir un màxim de 38 punts (30) (Annex 3).

Aspectes ètics

Aquest estudi es portarà a terme seguint els principis de la Declaració de Helsinki (1964) i respectant la Carta dels drets i deures del pacient actualitzada al 2015.

Per a la seva execució, el projecte ha de ser aprovat per la direcció de la Xarxa de Salut Mental de Girona i de València i presentat davant el Comitè d'Ètica de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI).

Tenint en compte el principi d'autonomia, caldrà prèviament obtenir el consentiment informat (Annex 4) en tots els joves participants a l'estudi, firmat pels pares en el cas que siguin menors de 18 anys. Però cal tenir en compte que tots els participants poden abandonar voluntàriament l'estudi en el moment que ho desitgin.

Segons la Llei Orgànica 15/1999 del 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal (LOPD), tots els participants de l'estudi tindran una garantia d'intimitat i confidencialitat.

Anàlisi de dades

Es farà una comparació pre, durant i post-intervenció. També es farà una comparació de les dades recollides en el grup control i les dades recollides en el grup intervenció.

Caldrà tenir en compte en ambdós grups el número d'abandonaments de l'estudi i el motiu d'aquest abandonament.

L'anàlisi estadístic es realitzarà mitjançant el programa informàtic SPSS v23 i es portarà a terme en:

- Anàlisi descriptiu de totes les variables de l'estudi mitjançant les mesures de tendència central (en variables quantitatives) i una distribució de freqüències en els seus intervals de confiança (en variables qualitatives).
- En les variables quantitatives, per comparar el grup cas i el grup control s'utilitzarà la T-student i l'ANOVA, i es considerarà una $p < 0,05$ per comparar la diferència significativa.

- En les variables qualitatives, per comparar el grup cas i el grup control s'utilitzarà X^2 i es considerarà una $p < 0,05$ per comparar la diferència significativa.

Procediment

L'estudi es durà a terme durant 20 mesos. S'ha triat aquest període de temps perquè a la fase 3 del Codi Risc Suïcidi es fa un seguiment preventiu longitudinal de 12 mesos (1), per tant, per a dur a terme la intervenció es necessita com a mínim un any.

Grup intervenció:

1. Es faran 2 sessions de treball amb el personal d'infermeria que atén a les persones amb el CRS, prèvies a l'inici de l'estudi, per unificar criteris i conèixer el protocol de recerca.
2. Prèviament a començar l'estudi, es duran a terme els tràmits necessaris: obtenir l'aprovació del comitè d'ètica de Girona, s'anirà a parlar amb els responsables de la unitat de salut mental de Girona i s'explicarà als professionals el motiu de l'estudi.
3. Es prepararan 60 còpies dels qüestionaris i de les escales, així com també 20 còpies del consentiment informat.
4. Es farà una trobada amb els participants del grup per explicar en què consisteix l'estudi i es demanarà la signatura del consentiment informat, informant sobre l'anonimat i confidencialitat de totes les dades obtingudes, així com que podran abandonar l'estudi en el moment que ho desitgin.
5. Just a l'inici de la intervenció, es passarà el qüestionari i les escales a tots els participants del grup i se'n farà la recollida de dades.
6. Durant la primera fase del CRS, es citaran un per un a tots els participants al seu centre d'atenció primària per dur a terme una primera atenció sanitària.
7. En la segona fase del CRS, es durà a terme una trobada amb els participants al servei ambulatori de salut mental de l'ABS de referència per fer una avaluació clínica de cadascun d'ells.

8. Es farà una trobada als 2 dies post-alta amb cada participant i els seus familiars al centre d'atenció primària.
9. Per poder dur a terme un seguiment proactiu presencial, ens reunirem també amb el pacient i els seus familiars als 15 dies post-alta.
10. Finalment es farà una última trobada per a realitzar una reavaluació del risc als 30 dies de l'alta hospitalària.
11. A l'inici de la tercera fase del CRS, es farà una trobada presencial al centre d'atenció primària amb cadascun dels participants per començar un seguiment preventiu longitudinal.
12. A partir de llavors, ens reunirem amb els participants al centre d'atenció primària cada 3 mesos.
13. A la segona trobada (als 6 mesos de seguiment), passarem el qüestionari i les dues escales per veure si hi ha canvis en comparació als resultats pre-intervenció.
14. S'aprofitarà per fer una reunió d'equip per parlar dels resultats i de tots aquells temes que es considerin importants.
15. Als 9 mesos de seguiment es farà la tercera trobada amb els participants.
16. Finalment, després de la quarta trobada amb els participants, s'hauran finalitzat 12 mesos de seguiment preventiu, i es passarà per última vegada el qüestionari i les escales de Beck per analitzar els resultats finals i els canvis post-intervenció.
17. En acabar la intervenció, es farà una trobada amb la infermera col·laboradora i es durà a terme una recollida general de totes les dades durant el nostre estudi i s'analitzaran els resultats.

Grup control:

1. Es farà una trobada amb la infermera col·laboradora en l'estudi al CSM de València per presentar-me i parlar sobre l'estudi.
2. Prèviament a començar l'estudi, es duran a terme els tràmits necessaris: obtenir l'aprovació del comitè d'ètica de València, s'anirà a parlar amb el responsable del CSM de València i s'explicarà als professionals el motiu de l'estudi.

3. Es prepararan 60 còpies dels qüestionaris i de les escales, així com també 20 còpies del consentiment informat.
4. Es farà una trobada amb els participants del grup per explicar en què consisteix l'estudi i es demanarà la signatura del consentiment informat, informant sobre l'anonimat i confidencialitat de totes les dades obtingudes, així com que podran abandonar l'estudi en el moment que ho desitgin.
5. Just a l'inici del programa es passarà el qüestionari i les escales a tots els participants del grup i se'n farà la recollida de dades.
6. Es portaran a terme les activitats habituals utilitzades al CSM en aquests casos.
7. Als 6 mesos de seguiment preventiu longitudinal del grup intervenció, passarem el qüestionari i les dues escales per veure si hi ha canvis en comparació als resultats pre-intervenció.
8. S'aprofitarà per fer una reunió d'equip per parlar dels resultats i de tots aquells temes que es considerin importants.
9. Finalment, després d'haver finalitzat els 12 mesos de seguiment preventiu del grup intervenció, es passarà per última vegada el qüestionari i les escales de Beck per analitzar els resultats finals i els canvis post-intervenció.
10. En acabar la intervenció, es farà una trobada amb la infermera col·laboradora i es durà a terme una recollida general de totes les dades durant el nostre estudi i s'analitzaran els resultats.

Cronograma

A la taula següent es mostra el cronograma de l'estudi.

Fase prèvia a l'inici de la intervenció → Color blau

Fase 1 del CRS → Color verd

Fase 2 del CRS → Color taronja

Fase 3 del CRS → Color lila

Fase posterior a la finalització de la intervenció → Color vermell

Trobada individual 15 dies post-alta amb els participants del grup intervenció + familiars																			
Trobada individual als 30 dies post-alta amb els participants del grup intervenció + familiars per fer una reavaluació																			
Inici seguiment preventiu longitudinal + trobada amb els participants del grup intervenció																			
1ª trobada amb els participants del grup intervenció																			
Reunió d'equip																			
2ª trobada de seguiment amb els participants del grup intervenció + entrega del qüestionari i les escales a tots els participants de l'estudi + recollida de dades																			
3ª trobada de seguiment amb els participants del grup intervenció																			
4ª trobada de seguiment amb els participants del grup intervenció																			
Entrega del qüestionari i les escales a tots els participants de l'estudi + recollida de dades																			
Reunió amb la infermera col·laboradora + recollida general de dades																			
Anàlisi estadístic dels resultats																			
Revisió + edició + traducció de l'estudi																			

Pressupost

En la taula següent, es mostren les despeses aproximades que seran necessàries per desenvolupar aquest projecte.

Taula 6. Despeses necessàries per dur a terme el projecte

	Preu	Quantitat	Total
Desplaçament a València (anada i tornada)	150€	4	600€
Àpats a València	25€	8	200€
Fotocòpies	0.1€	160	16€
Revisió, edició i traducció de l'estudi	1500€	1	1500€
Inscripció a un congrés nacional	500€	1	500€
Desplaçament a la ciutat del congrés + nit d'hotel	1000€	1	1000€
Àpats a la ciutat del congrés	25€	2	50€
Presentació de l'article en una revista	2500€	1	2500€
Suport anàlisis estadístic	600€	1	600€
Altres			1000€
TOTAL			7966€

- Es faran 4 desplaçaments a València: dos previs a l'inici de l'estudi, un altre als 6 mesos d'iniciar el seguiment preventiu i un al final de la intervenció. Es necessitaran bitllets de transport i dietes per aquests viatges.
- Serà necessari imprimir 120 còpies entre els qüestionaris i ambdues escales, així com també 40 consentiments informats.
- Per poder presentar l'estudi a congressos nacionals i/o internacionals es requerirà una revisió i edició de l'estudi, així com també la traducció per part d'un traductor professional.

- Per cada congrés al qual es presenti l'estudi, serà necessari pagar la inscripció, el trasllat a la ciutat del congrés i la nit d'hotel.
- Presentació de l'article en revista en obert.
- Caldrà un suport per dur a terme l'anàlisi estadístic, una persona experta en el programa estadístic SPSS.
- Altres: telèfon, bolígrafs, fulls de paper...

ANNEXOS

ANNEX 1: Qüestionari Ad-hoc

Aquest qüestionari és totalment anònim. Les dades seran absolutament confidencials i només seran utilitzades per aquest estudi. En tot moment hi haurà la possibilitat d'abandonar l'estudi. Agraieixo la vostra col·laboració.

1. Edat:

2. Sexe:

- Home Dona

3. Població on resideix:

- Rodalies de Girona
 Girona ciutat
 Rodalies de València
 València ciutat

4. Situació laboral:

- Actiu
 No treballa ni estudia
 Atur
 Estudiant

5. Nucli de convivència:

- Amb els pares
 Amb els avis
 Amb amics
 Sol
 Altres

6. Situació familiar:

- Pares separats
 Pares no separats
 Pare o mare mort
 Ambdós pares morts

7. Hàbits tòxics:

- Tabac Alcohol Cànnabis Cocaïna
 Heroïna MSD Altres

8. Tipus de conducta suïcida:

- Ideació suïcida: Casos en què la persona ha pensat en el suïcidi o ha plantejat suïcidar-se.
- Intents autolítics: Casos en què la persona ha intentat lesionar-se però ha estat aturada per ella mateixa o per altres persones.
- Intents de suïcidi: Casos en què la persona es lesiona de forma intencionada però no arriba a la mort.
- Suïcidi: Casos en què la persona mor a causa de les lesions que s'ha produït intencionadament.

9. Mes:

- Gener Febrer Març Abril Maig Juny
 Juliol Agost Setembre Octubre Novembre
 Desembre

10. Mètode utilitzat:

- Enverinament (amb substàncies sòlides, líquides, corrossives...)
 Precipitació de llocs elevats
 Ofegament
 Armes de foc
 Penjament o estrangulació
 Altres mètodes

11. Causes:

- Familiars Sentimentals Laborals
 Econòmiques Salut Escolars
 Ambientals Consum de substàncies addictives
 Altres

12. Intents de suïcidi després de l'inici del programa:**13. Suïcidis consumats després de l'inici del programa:**

ANNEX 2: Escala de desesperança de Beck

Aquesta escala consta d'una sèrie de frases a les quals has de contestar veritat o mentida:

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

una satisfacción real en el futuro

18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
---	---	---

19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
---	---	---

20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F
--	---	---

ANNEX 3: Escala d'ideació suïcida (SSI) A. Beck

➤ Característiques de l'actitud davant la vida i la mort:

1. Desig de viure:

- Moderat a intens
- Dèbil
- Cap

2. Desig de morir:

- Moderat a intens
- Dèbil
- Cap

3. Raons per viure / morir:

- Les raons per viure són superiors a les de morir
- Iguals
- Les raons per morir són superiors a les de viure

4. Desitjo realitzar un intent actiu de suïcidi:

- Moderat a intens
- Dèbil
- Cap

5. Intent passiu de suïcidi:

- Prendria precaucions per salvar la meua vida
- Deixaria la meua vida / mort en mans de l'atzar (p.e: creuar descuidadament un carrer molt transitat)
- Evitaria els passos necessaris per salvar o mantenir la meua vida (p.e: un diabètic que deixa de prendre la insulina)

➤ Característiques dels pensaments i desitjos suïcides:

6. Dimensió temporal: duració

- Breu, períodes passatgers
- Períodes més llargs
- Continu (crònic), o quasi continu

7. Dimensió temporal: freqüència

- Rara, ocasional
- Intermitent

- Persistent o contínua

8. Actitud cap al desig / pensament:

- Rebuig
- Ambivalència, indiferència
- Acceptació

9. Control sobre l'acció del suïcidi o el desig de dur-lo a terme:

- Tinc sensació de control
- No tinc seguretat de control
- No tinc sensació de control

10. Factors dissuasoris de l'intent actiu. Aquí s'ha d'anotar quins són, p.e: família, religió, possibilitat de quedar lesionat si fracassa l'intent...

- No intentaria el suïcidi degut a algun factor dissuasori
- Els factors dissuasoris tenen certa influència
- Influència mínima o nul·la dels factors dissuasoris

11. Motius del projecte d'intent:

- Manipular el medi, atreure atenció, venjança
- Escapar, acabar, resoldre problemes
- Combinació d'ambdós

➤ Característiques del projecte d'intent:

12. Mètode: Especificació / Plans.

- No els ha considerat
- Els ha considerat però sense detalls específics
- Els detalls estan especificats / ben formulats

13. Mètode: Accessibilitat / Oportunitat.

- Mètode no disponible; no hi ha oportunitat
- El mètode portaria temps / esforç; la oportunitat no és accessible fàcilment
- Mètode i oportunitat accessible
- Oportunitats o accessibilitat futura del mètode projectat

14. Sensació de "capacitat" per dur a terme l'intent:

- No té coratge, massa dèbil, incompetent
- Insegur del seu coratge, competència
- Segur de la seva competència, coratge

15.Expectatives / anticipació d'un intent real:

- No
- Incert, no segur
- Sí

➤ Realització de l'intent projectat:

16.Preparació real:

- Cap
- Parcial (p.e: començar a recollir píldores)
- Completa (p.e: tenir les píldores, la navalla, la pistola carregada)

17.Notes sobre el suïcidi:

- No ha escrit cap nota
- Començada però no completada; només ha pensat en deixar-la
- Completada

18.Preparatius finals davant l'anticipació de la mort (p.e: assegurança, testament, donacions...)

- Cap
- Pensaments de deixar alguns assumptes arreglats
- Fer plans definitius o deixar-ho tot arreglat

19.Engany / cobriment de l'intent projectat:

- Ha revelat aquestes idees obertament
- Ha sigut reticent a revelar-les
- Ha intentat enganyar, cobrir, mentir

➤ Factors de fons:

20.Intents previs de suïcidi:

- Cap
- Un
- Més d'un

21.Intenció de morir associada a l'últim intent:

- Baixa
- Moderada, ambivalent, insegura
- Alta

ANNEX 4: Consentiment informat

FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT DEL PACIENT

Títol de l'estudi: Influència d'un programa de prevenció secundària del suïcidi en persones joves

Jo, _____ (nom i cognoms), he llegit el full d'informació que se m'ha lliurat i he pogut fer preguntes sobre l'estudi. He rebut suficient informació sobre l'estudi i he pogut parlar amb la Clara Parals Bonay, investigadora principal d'aquest estudi.

Entenc que la meva participació és voluntària i que puc retirar-me de l'assaig en qualsevol moment, sense haver de donar explicacions i sense que això repercuteixi en les meves cures mèdiques.

De conformitat amb el que estableix Llei Orgànica 15/1999, del 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 consenteixo que les dades clíniques referents a la meva malaltia siguin emmagatzemades en un fitxer automatitzat, la informació del qual podrà ésser utilitzada exclusivament per a finalitats científiques.

Dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.

Si el pacient és menor d'edat:

_____ (nom i cognoms de la persona que autoritza), de _____ anys d'edat, amb DNI número _____, en qualitat de _____ del pacient, i atesa la impossibilitat per mi reconeguda que el pacient doni el seu consentiment, autoritzo lliurement i voluntària l'esmentada actuació.

Data:

Signatura del participant:

(A omplir pel participant)

Data:

Signatura de l'investigador:

(A omplir per l'investigador)