



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de salud para la detección precoz del
riesgo de suicidio

Health program for early detection of suicide
risk

Autor/es

Sandra Per Morón

Director/es

Ana Belén Martínez Martínez

Facultad de Ciencias de la Salud/ Enfermería

2020

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	9
2. OBJETIVOS.....	9
3. METODOLOGÍA.....	10
4. DESARROLLO.....	11
4.1 DIAGNÓSTICO.....	11
4.2 ANÁLISIS.....	11
4.3 PLANIFICACIÓN.....	13
4.3.1 OBJETIVOS.....	13
4.3.2 POBLACIÓN.....	13
4.3.3 RECURSOS.....	14
4.3.5 ESTRATEGIAS.....	14
4.3.6 ACTIVIDADES.....	15
4.3.7 CRONOGRAMA.....	21
4.4. EVALUACIÓN.....	21
5. CONCLUSIONES.....	22
6. BIBLIOGRAFÍA.....	23
7. ANEXOS.....	27

RESUMEN

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública actual prevenible. La Organización Mundial de la Salud priorizó en la prevención de este problema y en España, aunque el Ministerio anunció la creación de un Plan Nacional de Salud Mental, aún no se ha implantado ningún Plan de Prevención del Suicidio.

Recientemente se ha observado un aumento del número de casos de suicidios en diferentes Comunidades Autónomas, entre las que se encuentra Aragón, por lo que es necesario formar a los profesionales de enfermería para poder detectar el riesgo de suicidio de manera precoz.

Actualmente, los datos relacionados con el suicidio no son publicados y es muy necesario visibilizar la magnitud de este problema, ya que a pesar de los avances sociales, sigue siendo un problema infravalorado y considerado tabú en nuestra sociedad.

Los profesionales de Atención Primaria deben dar una asistencia de calidad para poder detectar el riesgo en pacientes con ideación suicida.

Objetivo: Incrementar la detección precoz del riesgo de suicidio en la atención primaria a través de la realización de un programa de salud orientado a profesionales de enfermería.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica para la elaboración del programa de salud a través de diversas bases de datos como Pubmed, Science Direct y Scielo. También, se contactó con la Asociación de Enfermeras Especialistas de Salud Mental de Aragón (AENESMA).

Conclusiones: Este programa de salud permitiría promover la detección precoz del riesgo suicida, así como informar y sensibilizar sobre este problema de salud. Además, la formación en salud mental ayudaría a los profesionales a mantener una relación terapéutica y de confianza con los pacientes.

Palabras clave: prevención del suicidio, factores de riesgo, detección precoz, trastornos mentales, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a current and preventable public health problem. The World Health Organization prioritized the prevention of this problem and in Spain, although the Ministry announced the creation of a National Mental Health Plan, no Suicide Prevention Plan has yet been implemented.

Recently there has been an increase in the number of suicide cases in different Autonomous Communities, including Aragon, so it is necessary to train nursing professionals in order to detect the risk of suicide early.

Currently, the data related to suicide are not published and it is very necessary to make visible the magnitude of this problem, since despite social advances, it remains an undervalued problem and considered taboo in our society.

Primary care professionals must provide quality care in order to detect risk in patients with suicidal ideation.

Objectives: Increase early detection of suicide risk in primary care through a health program aimed at nursing professionals.

Methodology: A bibliographic search has been carried out for the development of the health program through various databases such as Pubmed, Science Direct and Scielo. Also, I contacted the Asociación de Enfermeras Especialistas de Salud Mental de Aragón (AENESMA) and the Consorci Hospitalari de Vic.

Conclusions: This health programme would promote early detection of suicidal risk, as well as inform and raise awareness of this health problem. In addition, mental health training would help professionals maintain a therapeutic and trustworthy relationship with patients.

Key words: suicide prevention, risk factors, early detection, mental disorders, nursing.

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública debido a que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se quitan la vida más de 800.000 personas al año en el mundo, lo que supone una persona cada 40 segundos, siendo 10 personas al día en España. Es la primera causa de fallecimiento no natural (1).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) 3.539 personas se quitaron la vida en 2018 en España, y según la OMS el número de intentos de suicidio es 20 veces superior. A su vez, la OMS indica que un suicidio afecta directamente a 6 personas, por lo que alrededor de 18.000 personas sufren las consecuencias directas de un suicidio en España (2).

Se considera que el principal factor de riesgo es un intento de suicidio previo (3). Hay grupos de riesgo entre los que las tasas de suicidio son más elevadas, como son los inmigrantes, personas homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales y personas en prisión (4).

Se ha demostrado que hay una fuerte relación entre el consumo de sustancias tóxicas y el riesgo de suicidio. En su estudio Lynch et al (5) vieron como el riesgo aumenta en el caso de las mujeres, así como con el consumo de múltiples sustancias.

Según otro estudio realizado en Brasil en relación con las tentativas de suicidio (6), se aseguran como factores de riesgo la dependencia de sustancias, intento de suicidio previo, historial familiar de intento de suicidio y padecer un trastorno mental. Además, se demuestra el ocio como factor protector.

La OMS divide los factores de riesgo en relación con el sistema de salud y la sociedad, incidiendo en la dificultad para acceder a servicios de salud y recibir asistencia necesaria, la facilidad para conseguir medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de comunicación en lo referente a los suicidios y la estigmatización de las enfermedades mentales (3).

En relación con los riesgos vinculados a la comunidad y las relaciones, están las guerras y desastres, la discriminación, el aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas (3).

Y entre los factores de riesgo personales, los intentos autolíticos previos, patologías mentales, problemas de alcoholismo, problemas económicos, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio (3).

La tasa de suicidios es más elevada en hombres, pensionistas y en personas que viven solas. Estos individuos padecen síntomas somáticos. Además, hacen uso de métodos más letales, produciéndose la mayoría de los suicidios durante el primer o segundo intento (7).

Hay factores protectores de la conducta suicida los cuales se clasifican en factores individuales, como el miedo al dolor o al riesgo y autocontrol; y en factores ambientales entre los que se incluyen tener buena red social y estabilidad familiar (8).

En relación con los síntomas somáticos, en el estudio realizado en 2019 que estudia la asociación entre estos síntomas y la ideación suicida en la depresión (9), se demuestra que hay una estrecha relación entre ambas variables, sin diferencia en relación con el género. Además, los pacientes con mayor número de síntomas somáticos tienen mayor riesgo de suicidio, siendo algunos síntomas las quejas físicas verbales, dolores, insomnio, hipersomnias, pérdida de peso e hiposexualidad.

En ancianos también se producen síntomas somáticos propios de una depresión, que muchas veces se confunden con patologías crónicas propias de la edad, como son los dolores de espalda, piernas y pecho, así como molestias estomacales, falta de apetito y anorexia, problemas cardiovasculares etc. (10).

Hay que tener en cuenta que los síntomas somáticos varían dependiendo de la edad del individuo: En el caso de las personas jóvenes los síntomas suelen ser mayormente emocionales, mientras que en los mayores son síntomas predominantemente somáticos (11).

Tanto en países de altos como de bajos ingresos, la tasa de suicidios es más elevada en hombres respecto a mujeres. Sin embargo, en países de altos ingresos la relación es 3:1, mientras que en países de bajos ingresos la relación está más ajustada, siendo 1,5:1 (3). La OMS asegura que en el caso de los países de altos ingresos hay una estrecha relación entre trastornos mentales y suicidio (4).

El suicidio es un problema prevenible. El último informe de la OMS publicado a este respecto, "Prevención del suicidio: un imperativo global", incide en el aumento de la sensibilización de la sociedad en relación con este problema, y establece la prevención del suicidio como alta prioridad en la agenda mundial de salud pública (3).

El Movimiento Asociativo Salud Mental España (MASME) reivindica por una actuación multidisciplinar del suicidio, desde la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados de los trastornos mentales (1).

Al igual que el MASME, la OMS incide en que las actividades preventivas se realicen a múltiples niveles, sin ningún enfoque individual por separado, y con la colaboración de distintos sectores de la sociedad (1,4).

En la Revisión Sistemática de Estrategias de prevención del suicidio realizada en 2016 (12), se observa que la prevención del suicidio mejora con la limitación del acceso a métodos letales, sobre todo en relación con el control de analgésicos y de los lugares críticos desde los que se puede cometer suicidio saltando. Además, esta revisión demuestra que los programas de sensibilización reducen los intentos de suicidio y la ideación suicida.

El tratamiento efectivo de la depresión, tanto farmacológico como psicológico, es muy importante en la prevención del suicidio (12). Aunque no hay ningún fármaco ni ninguna psicoterapia efectiva para la ideación suicida, sí que hay medidas para poder prevenir el comportamiento suicida (3,13).

Actualmente, en nuestro país los datos de suicidios no son comunicados por parte de los medios de comunicación debido al tabú existente. Sin embargo, la OMS indica que se debe dar información responsable en relación con esta materia como posible medida de prevención (4). No obstante, una revisión realizada sobre la relación entre publicitar los casos de suicidios y su aumento (14), indica que no hay una clara relación entre ambos factores.

Recientemente, el Ministerio de España anunció la creación de un Plan Nacional de Salud Mental 2019-2024, en el que se incluye una intervención que permita abordar de manera plena la prevención del suicidio en nuestro país (2).

La OMS, en cambio, ya priorizó en la prevención del suicidio, y en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 se sugirió como meta mundial 3.2 la reducción de un 10% de la tasa de suicidios en los países miembro en el año 2020 (15).

Según los datos del INE, hay 6 Comunidades Autónomas que han aumentado en el número de casos de suicidios, las cuales son Murcia, Aragón, Cataluña, Cantabria, Asturias y Madrid. Esto coincide con que en estas Comunidades Autónomas no hay un Plan de Prevención de suicidios.

Es muy necesario visibilizar la magnitud de este problema, ya que a pesar de los avances sociales, sigue siendo un problema infravalorado en nuestra sociedad (16). Es necesario implementar un Plan de Prevención del Suicidio.

Según el manual MSD, los médicos de atención primaria atienden a 6 o más personas con riesgo de suicidio cada año. El 77% de los suicidas fueron visitados por un médico el año anterior a su suicidio y el 32% habían recibido atención psiquiátrica el año anterior (17). Por ello, los centros de Atención Primaria son un escenario ideal para emprender estrategias preventivas en relación con problemas psicosociales y trastornos mentales.

Según la actualización de 2018 sobre la "Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria" (13), los pacientes con trastornos mentales o con problemas sociales demandan mucha atención en estos centros primarios. Añadiendo que si estos trastornos no se detectan

tempranamente tienen peor evolución, los profesionales de atención primaria deben tener una perspectiva biopsicosocial real para poder dar una asistencia de calidad.

1.1 Justificación

La OMS sugiere la capacitación de “guardianes” como una intervención para la prevención del suicidio. Estos guardianes son personas que están en condiciones de identificar si alguien puede estar en riesgo de suicidio, y uno de los colectivos considerados principales guardianes potenciales son los profesionales de salud primarios, entre los que se encuentran los profesionales de enfermería. Además, estos profesionales también pueden realizar estrategias anticipatorias como es el seguimiento de grupos en riesgo social (3).

2. OBJETIVO

Objetivo general:

- Incrementar la detección precoz del riesgo de suicidio en atención primaria a través de la realización de un programa de salud orientado a profesionales de enfermería.

Objetivos específicos:

- Proporcionar a los profesionales de enfermería herramientas idóneas para la detección precoz del riesgo de suicidio.
- Ampliar los conocimientos de los profesionales de enfermería en relación con los trastornos mentales y el riesgo de suicidio.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos como Pubmed, Science Direct y Scielo (Tabla 1).

Se contactó con la Asociación de Enfermeras Especialistas de Salud Mental de Aragón (AENESMA), para conocer si había algún Plan de Prevención del suicidio en Aragón.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido: suicidio, prevención, factores de riesgo, evaluación y síntomas somáticos. La búsqueda se ha realizado tanto en español como en inglés.

Para ajustar la búsqueda se utilizaron booleanos como "AND" y "NOT".

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos.

Base de datos	Booleanos	Límites	Revisados	Utilizados
Science Direct	Suicidio and evaluación not social	2010-2020 Español e inglés	24	2
Google Académico	prevention and suicide and somatic	2010-2020 Inglés y español	30	13
Scielo	suicidio and factores riesgo	2012-2020 Español	26	2
Pubmed	suicide and risk factors and prevention	2010-2020 full text	30	5

4. DESARROLLO

4.1 Diagnóstico

En relación con este problema de salud, se detecta como principal diagnóstico (Tabla 2):

Tabla 2. Diagnóstico NANDA con sus respectivos resultados e intervenciones.

Diagnóstico NANDA:	[00150] Riesgo de suicidio manifestado por la infradetección de casos por parte del personal sanitario
Resultados NOC:	[1408] Autocontención del suicidio
Intervenciones NIC:	[6487] Manejo ambiental: prevención de la violencia [5230] Aumentar el afrontamiento

4.2 Análisis

El suicidio es un problema a nivel global. Sólo en España en el año 2017 se quitaron la vida 3.679 personas y en Aragón 100 personas, siendo esta cifra menor en 2018 a nivel nacional, con 3.539 personas, y mayor a nivel autonómico, con 120 personas, siendo la mayoría hombres (18).

El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España, por delante de los accidentes de tráfico y los homicidios.

Las tasas de suicidio se mantienen relativamente constantes (Tabla 3), con una tasa de 7-8 muertes por 100.000 habitantes, siendo la tasa entre 10-13 muertes en el caso de los hombres y entre 3-4 muertes en el caso de las mujeres (19).

Tabla 3. Estadística de suicidios en España en el año 2017.



España no ha implantado todavía un Plan Nacional para la Prevención del Suicidio, aunque el Ministerio anunció un Plan Nacional de Salud Mental 2019-2024, en el que se incluye una intervención en relación con la prevención del suicidio.

Por otro lado, el suicidio sigue formando parte de los temas tabú de la sociedad, al igual que los trastornos mentales, estando ambos íntimamente relacionados.

Hasta el momento, los datos en relación con las tasas de suicidio nos indican que hay un número de suicidios constante, lo cual podría evitarse con estrategias relacionadas con la prevención, encaminadas tanto a profesionales como a población general.

En atención primaria los pacientes que se evalúan en relación a este problema son aquellos que han sufrido un intento previo de suicidio, los que acuden manifestando ideación suicida y los que tienen ideación suicida pero aún no la han manifestado de manera verbal (20).

El programa de salud propuesto a continuación implicaría formar a los profesionales de enfermería y captar a los pacientes en cualquier de las anteriores situaciones para poder disminuir el riesgo de suicidio en estos individuos.

4.3 Planificación

4.3.1 Objetivos

Objetivo general: Aumentar la capacidad de detección precoz del riesgo de suicidio en los profesionales de enfermería del Centro de Atención Primaria La Jota.

Objetivos específicos:

1. Instruir a los profesionales de enfermería sobre los diferentes recursos para la detección precoz del riesgo de suicidio.
2. Desarrollar los conocimientos en materia de salud mental de los profesionales de enfermería.
3. Mejorar la competencia del Centro de Atención Primaria La Jota para el reconocimiento y tratamiento de personas vulnerables.

4.3.2 Población

El programa de salud está orientado a los profesionales de enfermería del Centro de Atención Primaria La Jota, debido a que no cuenta con personal de enfermería especializada en Salud Mental y es el Centro de Salud con más pacientes de Aragón.

La captación de los profesionales de enfermería se realizará las dos primeras semanas del programa mediante una circular, en la que se indicarán los objetivos del programa de salud y las sesiones formativas a realizar.

Además, la coordinadora del centro de salud mediante un correo se pondrá en contacto con los profesionales antes de comenzar el programa, para conocer quien está interesado en formar parte del programa de salud.

4.3.3 Recursos

Se contará con un profesional de enfermería especializado en Salud Mental, quién impartirá las diferentes sesiones informativas (Tabla 4).

En relación con los recursos materiales (Tabla 5), se requerirá una sala en el centro de Atención Primaria con 10-20 sillas, un ordenador, un cañón de proyección, papel, folletos informativos, trípticos, bolígrafos y cuestionarios de evaluación.

Tabla 4. Recursos humanos.

Recursos humanos	Número de personas	Horas	Precio/hora	Total
Enfermero de salud mental	1	6	40€	240€
Total	1	6	-	240€

Tabla 5. Recursos materiales.

Recursos materiales	Unidades	Precio/unidad	Total
Fotocopias	400	0,02€	8€
Trípticos	100	0,20€	20€
Folletos	100	0,10	10€
Total			38€

El presupuesto total para la realización del programa asciende a 278€.

4.3.4 Estrategias

El programa de salud será dirigido por la coordinadora del centro de Atención Primaria, y dependiendo del número de profesionales, siendo el número máximo de participantes por grupo de 10, se realizará uno o dos grupos.

Se realizarán 4 sesiones, 2 iniciales de formación en materia de salud mental y con información sobre los suicidios y datos estadísticos, y otras 2 en las que se explicará cómo actuar en caso de detectar un posible riesgo

de suicidio y como realizar un seguimiento de un paciente con un intento de suicidio reciente. Las sesiones se realizarán semanalmente en el mes de Mayo en horario laboral.

Las sesiones formativas durarán un tiempo estimado entre 45-60 minutos mientras que las 2 últimas tendrán una duración entre 90-120 minutos.

4.3.5 Actividades

En primer lugar, se realizarán 2 sesiones informativas para los profesionales, ya que la principal medida preventiva en Atención Primaria es la capacitación de los profesionales en el abordaje de la entrevista clínica (13). Estas tendrán una duración de 45 minutos y una hora, dependiendo de las preguntas y dudas de los participantes al final de la sesiones.

Antes del comienzo de la 1ª sesión, se repartirá un cuestionario para conocer los conocimientos previos al programa de salud (ANEXO 1). Tras su realización, se procederá a comenzar la sesión. En esta sesión formativa se indicarán datos estadísticos del número de personas que se suicidan en España, del número de los intentos de suicidio y de los factores de riesgo más comunes a un intento de suicidio, teniendo muy en cuenta aquellos pacientes con depresión y con patología mental, así como aquellos que han intentado suicidarse previamente. Además, se hablará sobre los síntomas somáticos, qué son y porqué son importantes de cara a la prevención, debido a que un gran número de individuos acuden a las consultas de atención primaria con estos síntomas un periodo de tiempo previo a su intento o suicidio.

También se incidirá en qué hay tres tipos de pacientes: aquellos con un intento de suicidio previo, aquellos con ideación suicida y aquellos con ideación suicida pero que no lo han manifestado aún.

Para finalizar la sesión se realizará un ejercicio grupal sobre las opiniones de los participantes y unos minutos de dudas y preguntas.

Se muestra el esquema de esta sesión en la Tabla 6.

Tabla 6. Esquema de la 1ª sesión.

Sesión 1	Suicidio: tema tabú
Objetivos	-Concienciar a los profesionales de enfermería sobre el número de suicidios -Implicar a los profesionales de enfermería sobre este problema de salud
Metodología	-Sesión informativa con apoyo de presentaciones de PowerPoint -Ejercicio grupal sobre las opiniones de los participantes -Cuestionario sobre conocimientos -Dudas y preguntas
Recursos humanos	Un profesional de enfermería especializado en Salud Mental
Recursos materiales	Ordenador, proyector, folios, bolígrafos, sillas
Lugar	En una sala de conferencias del CS La Jota
Duración	45 minutos-1 hora

En la 2ª sesión formativa se informará sobre la relación terapéutica y como afianzarla con los pacientes, además de cómo la comprensión y el acercamiento suficiente ayudan a mejorar la confianza y seguridad del paciente. Se indicarán una serie de preguntas que pueden ser útiles (ANEXO 2). El profesional debe tener empatía pero sin que los problemas del paciente le afecten directamente. Se informarán sobre los criterios erróneos y reales relacionados con el suicidio (ANEXO 3).

Se darán indicaciones para la prevención. Entre ellos, reducir la influencia de los factores de riesgo, incidiendo en que disminuir los métodos letales en el entorno del paciente en riesgo es un factor muy importante, así como aportar apoyo y facilitar el apoyo social y comunitario. Como parte final se informará de las formas de actuación en materia de prevención que da la Organización Mundial de la Salud.

El esquema de esta sesión se encuentra en la siguiente tabla 7.

Tabla 7. Esquema de la 2ª sesión.

Sesión 2	Suicidio: mitos y verdades
Objetivos	-Aumentar los conocimientos para afianzar una relación terapéutica con el paciente -Conocer las realidades y los mitos sobre el suicidio
Metodología	-Sesión informativa con apoyo de presentación de PowerPoint. -Ejercicio grupal sobre las opiniones de los participantes -Dudas y preguntas
Recursos humanos	Un profesional de enfermería especializado en Salud Mental
Recursos materiales	Ordenador, proyector, folios, bolígrafos, sillas
Lugar	En una sala de conferencias del CS La Jota
Duración	45 minutos-1 hora

Tras las sesiones formativas, se realizará la 3ª sesión en la que se incide en cómo se debe actuar en caso de detectar un posible caso de intento de suicidio. En todas las situaciones el profesional de enfermería debe mantener una conversación abierta y tranquila con el paciente para asegurar la relación terapéutica y empática.

En caso de que la enfermera sospechase de un posible riesgo por los factores de riesgo o por la actitud del paciente, se debe entregar al paciente el cuestionario de Plutchik (ANEXO 4), que evalúa el riesgo de suicidio.

Es una escala fácil de aplicar y que requiere de 5 minutos, lo cual beneficia en caso de que se disponga de poco tiempo para la evaluación (21). Además, es útil para identificar casos potenciales de riesgo de suicidio, puesto que la escala engloba diferentes factores de riesgo.

Cada respuesta afirmativa puntúa 1 y el total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos por lo que en caso de que la puntuación fuese menor a 6, deberá realizarse el seguimiento del paciente para observar su evolución.

En cambio, si la puntuación fuese igual o mayor a 6, se informará al médico de Atención Primaria y al trabajador social, y si fuese necesario se derivaría de manera urgente al individuo a Salud Mental para valorar tratamiento e incluso hospitalización.

La sesión terminaría tras resolver las dudas y preguntas de los participantes.

Al final de la sesión se les entregará un tríptico con las formas de actuación (ANEXO 5).

En la siguiente tabla 8 se muestra el esquema de la sesión.

Tabla 8. Esquema de la 3ª sesión.

Sesión 3	Yo te ayudo
Objetivos	-Aportar conocimientos para detectar pacientes en posible riesgo de suicidio -Enseñar a los profesionales a utilizar la escala de Plutchik
Metodología	-Sesión informativa con apoyo de presentación de PowerPoint. -Ejercicio grupal sobre las opiniones de los participantes -Dudas y preguntas
Recursos humanos	Un profesional de enfermería especializado en Salud Mental
Recursos materiales	Ordenador, proyector, folios, bolígrafos, sillas, fotocopia con la Escala de Plutchik, tríptico
Lugar	En una sala de conferencias del CS La Jota
Duración	1,30-2 horas

La 4ª sesión consistirá en explicar cómo debe realizarse el seguimiento específico de personas después de un intento de suicidio tras su alta hospitalaria o tras su petición de consulta.

Esto se realizará de manera interdisciplinar con el médico de Atención Primaria y el trabajador social. Cuando el paciente haya sido dado de alta se activará una alerta en el programa informático de Atención Primaria (OMI) que nos indicará que el paciente ha intentado suicidarse previamente. Se pondrá en contacto con el paciente para poder realizar un adecuado seguimiento y se citará al paciente en la primera semana tras el alta, ya que es el periodo de máximo riesgo (22). Si el paciente no acude a su cita, se realizará la consulta de manera telefónica.

En la primera consulta, el profesional de enfermería debe realizar la evaluación clínica del paciente mediante la Escala de ideación suicida de BECK (SSI) (ANEXO 6).

Esta escala evalúa las características de la tentativa suicida, y consta de tres partes diferenciadas. A mayor puntuación, mayor gravedad. En un estudio reciente (23) el punto de corte propuesto es de 11, por lo que si el paciente obtiene esta puntuación o más, el profesional se lo comunicará al médico de Atención Primaria para que el paciente pueda ser ingresado en una unidad psiquiátrica.

En cambio, si la puntuación es menor a 11 se seguirá realizando un seguimiento para ver como evoluciona.

Al finalizar la sesión, se repartirán trípticos de lo enseñado para que los profesionales en caso de duda lo puedan consultar (ANEXO 7).

Además, se volverá a repartir el cuestionario de conocimientos para conocer si los participantes han mejorado o aumentado sus conocimientos sobre este problema.

Al terminar estas 2 últimas sesiones, debe quedar claro que las escalas se utilizan como medio y que deben ser complementarias junto con la entrevista clínica.

Esta última sesión se encuentra de manera esquemática en la tabla 9.

Tabla 9. Esquema de la 4ª sesión.

Sesión 4	Puedes contar conmigo
Objetivos	-Aportar conocimientos para seguir la evolución de un paciente tras un intento de suicidio -Enseñar a los profesionales a utilizar la escala de Beck
Metodología	-Sesión informativa con apoyo de presentación de PowerPoint. - Cuestionario sobre conocimientos -Ejercicio grupal sobre las opiniones de los participantes -Dudas y preguntas
Recursos humanos	Un profesional de enfermería especializado en Salud Mental
Recursos materiales	Ordenador, proyector, folios, bolígrafos, sillas, fotocopia con la Escala de ideación suicida de BECK, tríptico
Lugar	En una sala de conferencias del CS La Jota
Duración	1,30-2 horas

4.3.6 Cronograma

Diagrama de Gantt

En el siguiente diagrama se expone el tiempo de dedicación a cada actividad del programa de salud.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Búsqueda bibliográfica	■	■				
Planificación del programa		■	■			
Preparación de recursos			■			
Captación				■		
Sesión 1					■	
Sesión 2					■	
Sesión 3					■	
Sesión 4					■	
Evaluación						■

4.4 Evaluación

Se realizará una evaluación de tipo cualitativa. Al inicio y al final de las sesiones realizadas se entregará una encuesta para conocer si los profesionales han mejorado sus conocimientos sobre la relación terapéutica y la detección precoz del riesgo de suicidio (ANEXO 1).

Para evaluar el programa, al final de este se repartirá una encuesta de satisfacción para conocer los aspectos a mejorar (ANEXO 8).

5. CONCLUSIONES

El suicidio es un problema de salud pública, siendo prevenible en ciertos casos si se dispone de las herramientas adecuadas.

Proporcionar información en relación a este problema de salud a profesionales sanitarios de centros de Atención Primaria, entre los que se encuentran los profesionales de enfermería, proporcionará las herramientas necesarias para detectar un posible riesgo de suicidio.

Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de pacientes con ideación suicida demanda atención a los profesionales sanitarios de Atención Primaria, es importante sensibilizar a estos profesionales sobre los trastornos mentales y enseñarles a cómo mantener una relación terapéutica empática y de confianza con los pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Nuberos [Internet]. 94.^a ed. Santander: Colegio de Enfermería de Cantabria; 2020 [citado 12 marzo 2020]. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Revista-Nuberos-94-o.pdf
2. Redacción Médica [Internet]. 10 Septiembre 2019. El suicidio, línea estratégica del nuevo Plan Nacional de Salud Mental. [Consultado 12 Febrero 2020]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/el-suicidio-linea-estrategica-del-nuevo-plan-nacional-de-salud-mental-1678>
3. Prevención del suicidio. Un imperativo global. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 15 febrero 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=57F34EE5D014A11DC7A602320C7BE7F1?sequence=1
4. Suicidio [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 4 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. Lynch, F.L., Peterson, E.L., Lu, C.Y. et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study. *Addict Sci Clin Pract* [Internet]. 2020 [citado 15 febrero 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13722-020-0181-1>
6. Félix Tamires Alexandre, Oliveira Eliany Nazaré, Lopes Marcos Venicios de Oliveira, Dias Maria Socorro de Araújo, Parente Jose Reginaldo Feijão, Moreira Roberta Magda Martins. Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. *Enferm. glob.* [Internet]. 2019 [citado 10 Abril 2020] ; 18(53): 373-416. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000100012&lng=es.
7. Urribe Parra I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G. et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected?. *Elsevier* [Internet]. 2013 [citado 26 febrero 2020];150(3):840–846. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032713002383?via%3Dihub>

8. Artieda Urrutia P. Características sociodemográficas, clínicas y psicométricas de una población de individuos que intentan el suicidio [Doctor]. Universidad Autónoma de Madrid; 2017.

9. Fang X, Zang C, Wu Z, Peng D. The association between somatic symptoms and suicidal ideation in Chinese first-episode major depressive disorder. Elsevier [Internet]. 2019 [citado 20 febrero 2020];245:17–21. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503271830939X?via%3Dihub#!>

10. Andrés Pérez Barrero S. Factores de riesgo suicida en el anciano. Scielo [Internet]. 2012 [citado 8 marzo 2020];. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n8/2011-2016/es/#ModalArticles>

11. Rivas Navarro HE. Perfil clínico-epidemiológico del trastorno depresivo mayor en adultos. [Doctor]. Universidad César Vallejo; 2019.

12. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heerigen K, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet [Internet]. 2016 [citado 17 marzo 2020];3(7):646–659. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

13. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. Elsevier [Internet]. 2018 [citado 17 marzo 2020];50(1):83–108. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevencion-trastornos-salud-mental-atencion-S0212656718303640>

14. Stack, S., "Media guidelines and suicide: A critical review.", Social Science & Medicine (2020), doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112690>

15. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 17 marzo 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
16. Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2016 [citado 17 marzo 2020]. Disponible en: <http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es/documents/7217942/7263263/Plan+prevención+suicidio>
17. Manual MSD [Internet]. J. Clayton P; 2018 [citado 17 marzo 2020]. Conducta suicida. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/conducta-suicida-y-autoagresión/conducta-suicida>
18. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2019 [citado 23 marzo 2020]. Estadística de defunciones según la causa de muerte. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
19. Fundación Española para la Prevención del Suicidio [Internet]. 2017 [citado 29 marzo 2020]. Observatorio del Suicidio en España 2017. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2017/>
20. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011 [citado 23 marzo 2020]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>
21. Alcázar-Córcoles M Á., J. Verdejo A, Bouso-Sáiz JC. Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2015 [citado 21 marzo 2020];43(5):161–9. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-161-9-505471.pdf>

22. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida [Internet]. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [citado 21 marzo 2020]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>

23. García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, Lopez-Castromana J, et al. Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. Elsevier [Internet]. 2012 [citado 21 marzo 2020];5(1):24–36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-protocolo-breve-evaluacion-del-suicidio-S1888989111001479>

7. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS:

Responda brevemente a las siguientes preguntas:

1. ¿Sabe cómo mantener una relación terapéutica con cualquier tipo de paciente? Si la respuesta es afirmativa, indíquelo brevemente.

2. Enumere los factores de riesgo relacionados con el suicidio que conozca.

3. ¿Cree que los pacientes con intento de suicidio previo o con riesgo de suicidio demandan atención en las consultas de Atención Primaria?

4. ¿Conoce alguna medida que ayude a este tipo de pacientes? Si la respuesta es afirmativa, enuméralas.

5. ¿Conoce alguna escala que evalúe el riesgo de suicidio? Si la respuesta es afirmativa, enuméralas.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2. PREGUNTAS SENCILLAS DE APOYO AL CONVERSAR CON EL PACIENTE.

1. ¿Se siente infeliz o desvalido/a?
2. ¿Se siente desesperado/a?
3. ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
4. ¿Siente la vida como una carga?
5. ¿Siente que no merece la pena vivir la vida?
6. ¿Siente o ha sentido deseos de matarse?

(21)

ANEXO 3. CRITERIOS EQUIVOCADOS Y CIENTÍFICOS SOBRE LA RELACIÓN CON UN PACIENTE CON RIESGO SUICIDA.

CRITERIO EQUIVOCADO	CRITERIO CIENTIFICO
El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.	Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como síndrome pre-suicidio, consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas, reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas; todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar que se lleven a cabo sus propósitos.
Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.	Si el sentido común nos hace asumir una postura de atenta y paciente escucha, con reales deseos de ayudar a la persona en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.
Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.	Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a personas en esta situación de riesgo puede ser un valioso colaborador en su prevención.

Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares [Internet]. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [citado 29 marzo 2020]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>

ANEXO 4. ESCALA DE PLUTCHIK.

	SÍ	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud; actualizado [citado 29 marzo 2020]. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario_completo_sas.pdf

ANEXO 5. TRÍPTICO SOBRE FORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE SOSPECHA DE RIESGO SUICIDA.

<p>¿QUÉ ES LO PRIMERO QUE DEBO TENER EN CUENTA?:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Si el paciente ha intentado quitarse la vida antes○ Si se incluye en alguno de estos grupos sociales: inmigrantes, personas homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales o en prisión.○ Si consume sustancias tóxicas (drogas y alcohol principalmente)○ Si padece un trastorno mental (depresión, esquizofrenia)○ Si presenta síntomas somáticos o múltiples visitas al CS	<p>SI IDENTIFICAMOS UNO O VARIOS DE LOS ANTERIORES PUNTOS:</p> <p>fácil de aplicar y en 5 minutos</p> <p>ESCALA DE PLUTCHIK</p> <p>↓</p> <p>Cada respuesta afirmativa → 1 punto Total → la suma de las afirmaciones Punto de corte → 6 puntos</p>	<p>INTERPRETACIÓN:</p> <p>Si la puntuación es < 6 puntos → seguimiento del paciente</p> <p>Si la puntuación es > o = a 6 puntos → aviso al médico de AP y al trabajador social</p> <p>SI FUESE NECESARIO DERIVACIÓN DEL PACIENTE DE FORMA URGENTE A SALUD MENTAL</p>
<p>TÓMATE UN MINUTO CAMBIA UNA VIDA</p>		 <p><i>Tríptico de actuación en caso de sospecha de riesgo suicida</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SSI).

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

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

- 0. No quería morir
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Quería morir

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*

- 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

15. *Grado de premeditación*

- 0. Ninguno, impulsivo
- 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
- 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. *Reacción frente al intento*

- 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
- 1. Acepta tanto el intento como su fracaso
- 2. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*

- 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. *Número de intentos de suicidio previos*

- 0. Ninguno
- 1. 1 o 2
- 2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente 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 intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente 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 intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

La escala está compuesta por una parte objetiva, que valora las circunstancias objetivas (ítems 1 a 8); una parte subjetiva, que valora las expectativas de la tentativa (ítems 9 a 15); y otra parte que valora otros aspectos (ítems 16 a 20).

ANEXO 7. TRÍPTICO SOBRE FORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE SEGUIMIENTO A UN PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO.

TRAS EL ALTA DE UN PACIENTE CON ESTAS CARACTERÍSTICAS:

- ✚ En OMI se activa una alerta
- ✚ Citar al paciente **en la 1ª semana tras el alta**
- ✚ Si el paciente no acude → **consulta telefónica**
- ✚ Se debe crear una relación de confianza y empática con el paciente
- ✚ Se realiza una evaluación clínica con la ayuda de la siguiente escala y la entrevista

Escala de ideación suicida de BECK

↓

Una parte objetiva: valora las circunstancias objetivas → ítems 1 a 8

Una parte subjetiva: valora las expectativas de la tentativa → ítems 9 a 15

Otros aspectos → ítems 16 a 20

A MAYOR PUNTUACIÓN, MAYOR GRAVEDAD

PUNTO DE CORTE EN 11 PUNTOS

Si el paciente **obtiene 11 o más puntos**, se debe comunicar al médico de Atención Primaria para que el paciente pueda ser ingresado en una unidad psiquiátrica.

Si la puntuación es menor a 11 puntos, aún así se seguirá citando al paciente para observar su evolución.



!!!RECUERDA!!!

SE REALIZA DE MANERA INTERDISCIPLINAR CON MÉDICO Y TRABAJADOR SOCIAL DEL CENTRO DE SALUD



TRÍPTICO DE ACTUACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE TRAS UN INTENTO DE SUICIDIO

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 8. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

En relación con el programa de salud en el que ha participado, valore los siguientes aspectos, siendo 0 muy en desacuerdo, 1 en desacuerdo, 2 no sabe no contesta, 3 de acuerdo y 4 muy de acuerdo.

	0	1	2	3	4
La sala ha sido adecuada					
El personal ha creado una atmósfera adecuada					
El personal ha dedicado el tiempo necesario según las actividades					
La información recibida ha sido útil					
La información recibida ayuda a combatir el problema de salud					
El programa de salud debería llevarse a cabo en otros Centros de Salud					

Fuente: Elaboración propia