



**Facultade de Enfermaría e Podoloxía**  
**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

**GRAO EN ENFERMARÍA**

**Curso académico 2013/2014**

**TRABALLO DE FIN DE GRAO**

**Proyecto de implantación de un programa de  
teleasistencia para la prevención y atención del suicidio**

**Esther Ofelia Sánchez de Rosendo**

**13 junio 2014**

**PROYECTO DE IMPLANTACIÓN  
DE UN PROGRAMA DE TELEASISTENCIA  
PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SUICIDIO**

**DIRECTOR DEL PROYECTO:**

**Avelino Castro Pastor**

<b>ÍNDICE</b>	
<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINA</b>
1. TÍTULO Y RESUMEN	4
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	6
2.1. JUSTIFICACIÓN	10
3. ANÁLISIS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	11
3.1. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE	12
4. HIPÓTESIS	13
5. OBJETIVOS	14
5.1. OBJETIVO PRINCIPAL	14
5.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS	14
6. METODOLOGÍA	15
6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	15
6.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	15
6.3. PERIODO DE ESTUDIO	16
6.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	16
6.5. HERRAMIENTAS O TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	17
6.6. FUENTES DE INFORMACIÓN	18
6.7. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	18
6.8. VARIABLES DEL ESTUDIO	19
6.9. ANÁLISIS DE DATOS	20
6.10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	21
7. PLAN DE TRABAJO	23
8. ASPECTOS ÉTICOS	26
9. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	27
10. FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	29
10.1. RECURSOS NECESARIOS	29
10.2. POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN	31
11. BIBLIOGRAFÍA	32
12. APÉNDICE DE ANEXOS	38

**ABREVIATURAS**

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
WHO	World Health Organization
CHUF	Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
CPT	Cuestionario de las Percepciones del Tratamiento
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CIE-10	Clasificación Internacional de enfermedades
MesH	Medical Subject Headings
NANDA	Diagnósticos enfermeros
NIC	Clasificación de Intervenciones de enfermería
NOC	Clasificación de resultados de enfermería
SERGAS	Servicio Galego de Saúde
USM	Unidad de Salud Mental
VD	Variable Dependiente
VI	Variable Independiente
EEUU	Estados Unidos de America
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
DRAE	Diccionario de la Real Academia Española



## **TITULO Y RESUMEN**

### **TITULO**

Proyecto de implantación de un programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio.

### **RESUMEN**

El suicidio es un problema de salud pública. Las conductas suicidas están sujetas a determinantes parcialmente conocidos. El suicidio y la conducta suicida son en parte un problema sanitario, pero también social y personal. Las estadísticas oficiales sobre suicidios reflejan de forma muy inexacta las defunciones por esta causa. Creemos que estas conductas suicidas pueden prevenirse y atenderse a través de la teleasistencia, esta modalidad asistencial sería complementaria a la asistencia sanitaria presencial y trataría de establecer circuitos asistenciales específicos para el seguimiento de la población en riesgo. El impacto de las conductas suicidas y el incremento de los factores de riesgo exigen que los profesionales sanitarios colaboremos para desarrollar una política real de atención y prevención del suicidio, contribuyendo así entre todos a hacer frente a una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial.

El objetivo es valorar el impacto de la implantación de un programa de teleasistencia desarrollado por enfermeras con experiencia en salud mental para prevenir y atender la conducta suicida en el área sanitaria de Ferrol.

Para ello se realizará un estudio cuasi-experimental pre-post, longitudinal y prospectivo que consistirá en el desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de teleasistencia.

Palabras clave: salud mental, suicidio, intento, prevención, ideación, conducta, teleasistencia, teléfono.

## **TITLE AND SUMMARY**

### **TITLE**

Project implementing a telecare program for suicide prevention and care.

### **SUMMARY**

Suicide is a public health problem. Suicidal behaviors are subject to partially known determinants. Suicide and suicidal behavior are partly a health problem, but also social and personal. Official statistics on suicides very inaccurately reflect deaths from this cause.

We believe that these suicidal behaviors can be prevented and addressed through telecare, this healthcare modality would complement to classroom health and try to establish specific care circuits for monitoring the population at risk.

The impact of suicidal behavior and increased risk factors require that health professionals work together to develop a real policy for care and suicide prevention among all contributing to address one of the major causes of mortality worldwide.

The objective is to assess the impact of the introduction of a telecare program developed by experienced nurses in Mental Health for prevention and treatment of suicidal behavior in the area of Sanitary Ferrol.

This quasi-experimental pre-post, longitudinal, prospective study will be the development, implementation and evaluation of a program telecare be performed.

Keywords: mental health, suicide attempt, prevention, ideation, behavior, telecare, phone.

## 2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado). La clasificación de Silverman et al; año 2007, que se muestra en la tabla<sup>1</sup>, es una de las más utilizadas.

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

Tabla 1. Clasificación de conducta suicida propuesta por Silverman et al.<sup>1</sup>

Especialmente, la relación del suicidio con los problemas psicológicos y depresión es muy estrecha. De hecho, la mayoría de las personas que se suicidan parecen estar deprimidas y prácticamente la mitad de las personas diagnosticadas de depresión presentan ideas suicidas. El suicidio hoy, no se puede considerar un fenómeno con una única causa, sino que muchos factores diversos, sociológicos, psiquiátricos y psicológicos (en su perspectiva social y clínica) entran en juego en relación con la muerte voluntaria.<sup>2</sup>

Los factores de riesgo de la conducta suicida se dividen clásicamente en dos grupos, aquellos que son clínicamente modificables (como son los trastornos psiquiátricos) y aquellos que no lo son (como los factores hereditarios, el sexo o la edad).<sup>3</sup>

La investigación sobre el suicidio ha aumentado considerablemente en los últimos años. Los reintentos de suicidios se asociaron con las siguientes características: desempleo, soltería, diagnóstico en trastornos mentales, ideas suicidas, acontecimientos estresantes de la vida y antecedentes familiares de comportamiento suicida. De hecho, la probabilidad de repetir un suicidio parece ser mayor en la secuela inmediata a un intento anterior. Analizar la distribución de estos actos y su correlación con acontecimientos externos puede ser un indicador a distinguir a sujetos con rasgos de vulnerabilidad para la conducta suicida que puede ser utilizada como un elemento de comunicación estratégica.<sup>4</sup>

La historia familiar de comportamiento suicida y antecedentes personales de trauma en la niñez son factores de riesgo de comportamientos suicidas.<sup>5</sup> No hay una conexión exclusiva de la conducta suicida y el suicidio con especial categoría de diagnóstico, sin embargo, el tratamiento de la conducta se centra principalmente en síntomas depresivos.<sup>6,7</sup>

Las mejores prácticas identificadas como efectivas para prevenir la conducta suicida fueron las siguientes: la formación de los médicos generales, reconocer y tratar la depresión y las tendencias suicidas, la

mejora de la accesibilidad de la atención a las personas en riesgo, y restringir el acceso a los medios de suicidio.<sup>8</sup>

Desde el año 2007 se ha producido a nivel mundial una recesión económica, con zonas más castigadas por la crisis como el continente europeo y especialmente los países del sur de la zona euro, como Grecia, España y Portugal. La literatura científica refiere un incremento de la prevalencia de trastornos afectivos, de ansiedad, y de trastornos por uso de sustancias en las fases de recesión del ciclo económico. Nos preguntamos, ¿aumentan también las conductas e ideas suicidas en relación con la crisis económica?.<sup>9</sup>

Es un problema complejo en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Anualmente se suicidan casi un millón de personas, representa un problema de salud pública muy grave, según la World Health Organization (WHO), lo que supone una tasa de mortalidad global del 16 por 100000, o una muerte cada 40 segundos.<sup>10</sup>

Diariamente un promedio casi 3000 personas que ponen fin a su vida. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial.<sup>10</sup>

El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.<sup>10</sup>

Se estima que a nivel mundial (Figura1) el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas.<sup>10</sup>



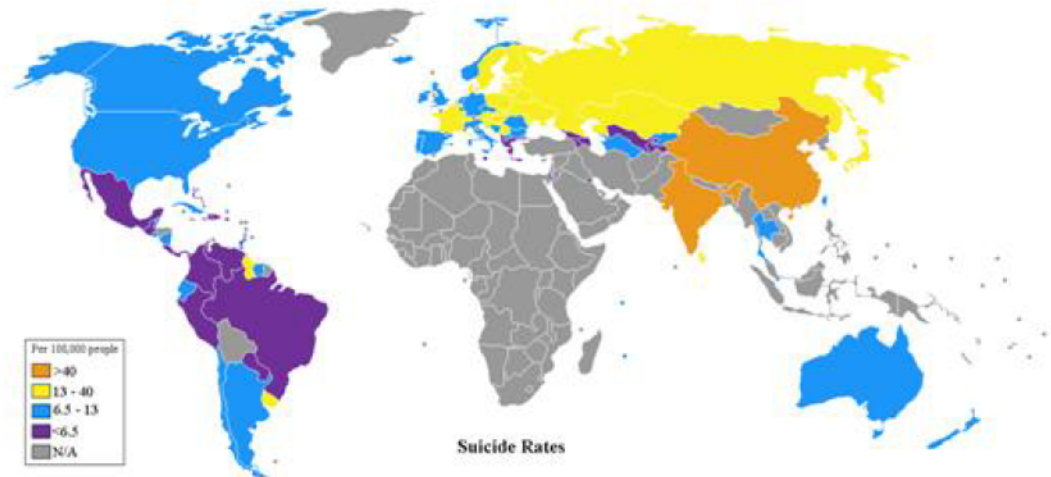


Figura1. Distribución suicidio a nivel mundial.

En España el suicidio fue, de nuevo, la principal causa de mortalidad en 2012 fallecieron 3.539 personas (2.724 hombres y 815 mujeres), un 11,3% más que el año anterior. La tasa de suicidios se situó en 7,6 por cada 100.000 personas (11,8 en los hombres y 3,4 en las mujeres). Es la tasa más alta desde 2005, datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística.<sup>11</sup>

La mortalidad por suicidio afecta principalmente a los varones, y aumenta rápidamente a partir de la adolescencia.<sup>12</sup>

Estudios realizados en el área sanitaria de Ferrol en el 2009 la tasa de suicidios en Ferrol, era, con 19,4 suicidios consumados por cada 100.000 habitantes, la segunda más alta del territorio español. En 2010 esta cifra ha descendido hasta situarse por debajo de los 14 suicidios por cada 100.000 habitantes. A pesar de esta bajada las cifras siguen siendo alarmantes.<sup>13</sup>

## 2.1. JUSTIFICACIÓN

Tratar el tema del suicidio no es fácil, ya que en él intervienen muchos factores. Además, es relativamente sencillo caer en estereotipos sobre el suicidio, en mitos o en argumentos morales que poco ayudan a la persona o familiares. Pero no debemos quedarnos indiferentes ante la magnitud de este problema.<sup>1</sup>

La estrecha relación existente entre la conducta suicida y los trastornos mentales, indica que un adecuado manejo de estos pacientes podría prevenir la conducta suicida.<sup>1</sup>

Una de las estrategias de prevención de la conducta suicida está basada en las líneas telefónicas<sup>1</sup> de ayuda, a través de las cuales se realiza una teleasistencia, esta palabra no está registrada en el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE)<sup>14</sup> si analizamos el significado por separado, “tele”; significa a distancia, teléfono<sup>15</sup> y “asistencia”; significa acción de prestar socorro, favor o ayuda.

El fundamento de las líneas telefónicas<sup>16, 17, 18, 19, 20</sup> de ayuda se basa en la concepción de que el suicidio se asocia a momentos de crisis, por lo podría ser importante garantizar la oportunidad de un apoyo inmediato en dichos momentos.<sup>1</sup>

La teleasistencia podría ser la herramienta de unión entre ambos ámbitos, creemos que el desarrollo de las tecnologías<sup>21, 22, 23, 24, 25, 26</sup> de la información y comunicación abre un futuro esperanzador en el campo de la prevención y atención al suicidio, ofertando al paciente una inmediata orientación terapéutica.

La revisión bibliográfica realizada refiere que existen aún pocos ensayos clínicos publicados en España por enfermeras empleando esta modalidad.<sup>27, 28, 29</sup> Creemos necesaria, la promoción de una mayor atención investigadora y clínica a los grupos de riesgo<sup>30</sup>. La escasa aplicación en el ámbito de la salud mental de esta tecnología justificaría la importancia de este trabajo.<sup>31, 32</sup>

### 3. ANÁLISIS DE BÚSQUEDA DE BIBLIOGRÁFICA

Fuentes de información empleadas:

- Biblioteca virtual del complejo hospitalario universitario de Ferrol (CHUF) a través de Intranet.
- Documentación interna de la unidad de salud mental (USM) CHUF.
- Biblioteca Casa do Patín. Universidad de A Coruña.
- Artículos de carácter científico.
- Estudios epidemiológicos.
- Revisiones sistemáticas.
- Páginas web.
- Libros.
- Guías.

Bases de datos:

- Medline, a través de Pubmed.
- Google Scholar.
- Dialnet plus.
- Cuiden.
- Scopus.

Descriptores utilizados en Mesh:

suicide behavoir and telephone.  
suicide prevention and telephone.  
ideation suicide and telephone.

Se revisa principalmente literatura científica de los últimos cinco años y se ha limitado la búsqueda bibliográfica de la siguiente manera:

- Años: 2010-2014.
- Idioma: castellano e inglés.



### 3.1. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2012.
- De la Torre Martí M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM); 2013.
- Ayuso-Mateos J L, Baca-García E, Bobese J, Ginerf J, Ginerf L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012; 5 (1): 8-23.
- Lopez-Castroman J, Jaussent I, Beziat S, Genty C, Olié E, de Leon- Martinez V, et al. Suicidal phenotypes associated with family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. J Affect Disord. 2012; 142 (1-3): 193-199.
- Cebrià A I, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Eficacia de un programa de gestión telefónica para pacientes dados de alta de un servicio de urgencias después de un intento de suicidio: estudio controlado de la población española. J Affect Disord. 2013; 147 (1-3): 269-76.
- López Mato A E, Santos Mayo L, de la Torre I. Estudio de Sistemas de Teleasistencia para Personas con Enfermedades Mentales. RevistaeSalud.com [Internet]. 2013 [Fecha de consulta: Marzo 2014]; 9 (34): 1698-7969. Disponible en:  
<http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/647>

#### **4. HIPÓTESIS**

##### **Hipótesis nula:**

- La puesta en marcha de un programa de teleasistencia desarrollado por enfermeras con experiencia en salud mental no produce cambios en la prevención y atención de la conducta suicida.

##### **Hipótesis alternativa:**

- La puesta en marcha de un programa de teleasistencia desarrollado por enfermeras con experiencia en salud mental produce cambios en la prevención y atención de la conducta suicida.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO PRINCIPAL**

Valorar el impacto de la implantación de un programa de teleasistencia desarrollado por enfermeras con experiencia en salud mental para prevenir y atender la conducta suicida en el área sanitaria de Ferrol.

### **5.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Valorar la capacidad del programa para dar respuesta a la conducta suicida.
- Evaluar si la implantación del programa de teleasistencia puede disminuir los reintentos de suicidio y la ideación de la conducta suicida.
- Identificar las necesidades, valores y expectativas de las personas atendidas en el programa.
- Analizar los mecanismos de afrontamiento de las personas con conducta suicida.
- Conocer el nivel de calidad asistencial del personal de enfermería en el programa de teleasistencia para mejorar el manejo del régimen terapéutico en pacientes con conducta e ideación suicida.
- Generar conocimiento que permita prestar cuidados adaptados a las necesidades de las personas con conducta suicida.
- Determinar la demanda real de la teleasistencia y de la eficacia de las intervenciones propuestas. Con la idea de implantar, en caso de resultados positivos, programas similares en otras áreas sanitarias.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Estudio cuasi-experimental pre-post, longitudinal y prospectivo que consistirá en el desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de teleasistencia en el área sanitaria de Ferrol para la prevención y atención del suicidio en el ámbito de la salud mental.

Se comparará el efecto estudiado la variable dependiente (VD), en los mismos sujetos antes y después de aplicar la intervención. En este tipo de estudios, se podría decir que los sujetos actúan como sus propios controles pero, al no existir un grupo de comparación, no podemos aislar el efecto debido a la intervención, variable independiente (VI), programa de teleasistencia, de otros efectos debidos al efecto placebo, la evolución natural de la enfermedad, el efecto Hawthorne, etc.

También puede ocurrir que alguna variable externa pueda influir en los resultados, como, por ejemplo, cambios en el clima, en los estilos de vida de los sujetos, etc.

Se define como caso de estudio toda persona que en el período señalado:

- Ha tenido una tentativa suicida, definida esta como la autolesión con un resultado no fatal acompañado de evidencia (explícita o implícita) de que la persona tenía intención de morir.
- Ha tenido ideación suicida, defina como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la vida”.

### **6.2. ÁMBITO DE ESTUDIO**

El estudio se realizaría en el CHUF, concretamente en la unidad de hospitalización de psiquiatría, en el hospital naval, Planta Cero (Figura 2).

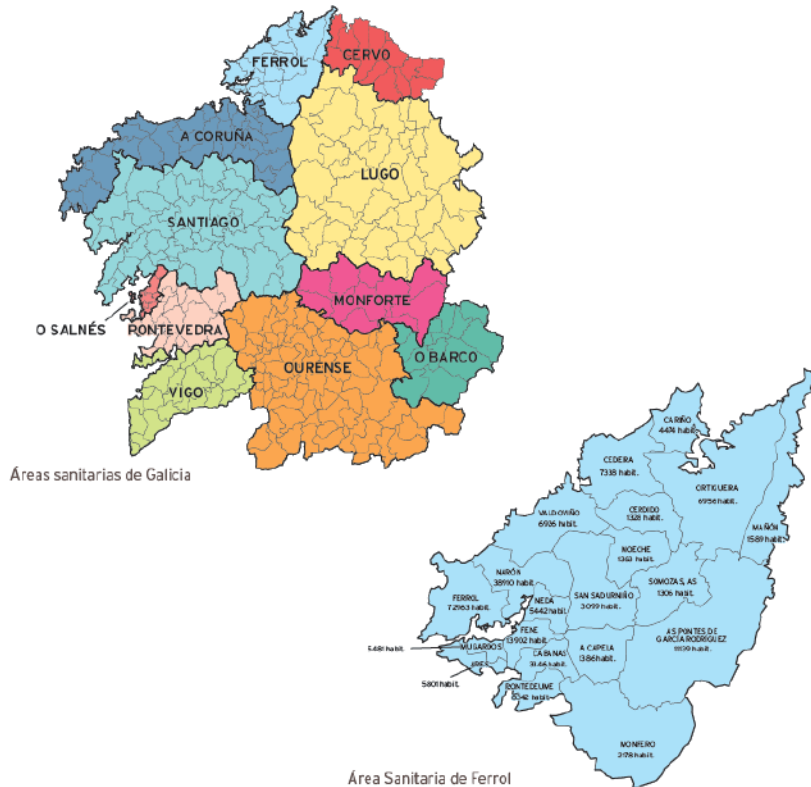


Figura 2: Área Sanitaria de Ferrol. Memoria 2011. SERGAS.

### 6.3. PERÍODO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo desde junio del 2014 a julio del 2017, ambos inclusive. La muestra será recogida desde septiembre de 2014 hasta septiembre de 2015. Si el tiempo previsto para la realización del estudio no permite evaluar a suficientes casos podrá ser aumentado hasta conseguirlos.

### 6.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población para el estudio la constituirán todas las personas que han sido atendidas por causa de tentativa de suicidio o ideación suicida en el área sanitaria de Ferrol desde el mes de septiembre de 2014 a septiembre de 2015.

La muestra será seleccionada a partir de las personas que cumplan los siguientes criterios de inclusión, exclusión y retirada:

---

Programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio

-Criterios de inclusión:

- Persona que ha tenido una tentativa suicida, definida esta como la autolesión con un resultado no fatal acompañado de evidencia (explícita o implícita) de que la persona tenía intención de morir.
- Persona que ha tenido ideación suicida, define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”.
- Aceptación y compromiso voluntario de participación en el estudio.
- Mayores de 18 años.

-Criterios de exclusión:

- Pacientes que residan en alguna institución.
- Personas con retraso mental.
- Personas que no acepten participar en el estudio.
- Personas que no cumplan los criterios de inclusión.

-Criterios de retirada:

- Aquellas personas que voluntariamente decidan detener en un momento dado su participación en el estudio.

**Cálculo de la muestra:**

Dado que la casuística puede ser limitada, se tomará como muestra todos los casos que cumplan los criterios de inclusión, y sean atendidas en el área sanitaria de Ferrol en el período de septiembre de 2014 a septiembre de 2015.

**6.5. HERRAMIENTAS O TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS**

Se desarrollará un dossier donde se incluyen todos los cuestionarios y anexos (diagnósticos de enfermería y escalas)<sup>33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43</sup> que se administrarán durante en el estudio.

Se comenzará la recogida de datos en septiembre de 2014 sin teleasistencia, según los criterios de inclusión señalados y se aplicarán los distintos instrumentos de medida incluidos en el programa. Desde



septiembre de 2015 a septiembre de 2016 se realizará una segunda medición sin teleasistencia y con teleasistencia (una vez instaurado el programa de teleasistencia) en el cual quedarán grabadas las conversaciones de voz para su posterior estudio.

Desde octubre de 2016 a julio de 2017 se realizará el análisis de datos y la difusión del estudio.

## **6.6. FUENTES DE INFORMACIÓN**

Para el acceso a la población de estudio, en primer lugar, se solicitará autorización a la dirección del CHUF, y se solicitará colaboración y difusión del estudio en el servicio de psiquiatría, al jefe de servicio y a la supervisión de enfermería del servicio de psiquiatría. Se difundirá el proyecto en una o varias sesiones clínicas para que todos los profesionales lo conozcan y si lo consideran oportuno deriven personas que puedan ser incluidas en el programa.

## **6.7. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

Una vez instaurados los medios técnicos (teléfono y grabadora) y conseguidos los permisos pertinentes, se comenzará con el programa de teleasistencia.

Identificados los casos a incluir en el programa se seguirá el modelo de intervención de enfermería según ANEXO I.

Este modelo de intervención en enfermería plantea unos objetivos inmediatos de la intervención:

- Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.
- Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.

- Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida:
  - Determinar existencia y grado del riesgo de suicidio.
  - Determinar que el paciente dispone de medios para llevar adelante un plan suicida.
- Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.
- Utilización de asesoramiento de corto plazo para ayudar al paciente a afrontar una crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo a la crisis.
- Ayuda a la persona para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo.

Con cada caso se acordara un programa individualizado de seguimiento en el que se le informará de las características del programa y se solicitará su consentimiento informado.

Se programarán intervenciones semanales por teleasistencia de seguimiento.

Se administrarán los instrumentos de medida en el primer mes de contacto.

Las escalas incluidas en la variable dependiente se administraran de nuevo después de 12 meses de la primera administración.

## 6.8. VARIABLES DE ESTUDIO

Se analizarán las siguientes variables:

- Independiente: programa de teleasistencia.
- Dependientes: Datos obtenidos de las Escalas
  - Escala impulsividad de BARRATT.<sup>36</sup> (Anexo II)
  - Escala de riesgo suicida de PLUTCHIK.<sup>39,40</sup> Anexo III)
  - Escala de desesperanza de BECK.<sup>41,42</sup> ( Anexo IV)



- Escala Cuestionario de las Percepciones del Tratamiento (CPT) (Anexo V).<sup>43,44,45,46</sup>

#### **Instrumentos de medida:**

- Hoja de valoración de enfermería.
- Diagnóstico de enfermería: NANDA,<sup>33</sup>NIC,<sup>34</sup>NOC.<sup>35</sup>
- Variables sociodemográficas (para el análisis de la información). (Anexo VI)
- Escala impulsividad de BARRATT.<sup>36</sup>
- Escala de riesgo suicida de PLUTCHIK.<sup>39,40</sup>
- Escala de desesperanza de BECK.<sup>41,42</sup>
- Escala CPT.<sup>43,44,45,46</sup>

#### **6.9. ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos serán recogidos y analizados utilizando el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences® versión 20.0, u otro más actual si es posible. Se diseñará una base de datos de datos en la cual se recogerá toda la información disponible para su posterior análisis.

En primer lugar, para el análisis estadístico y el tratamiento de datos, se llevará a cabo la codificación. En las preguntas cerradas, se asignarán números consecutivos a cada una de las alternativas de respuesta ofrecidas y en las preguntas abiertas, se analizará el contenido de las respuestas para establecer categorías exhaustivas y excluyentes, con el fin de asignar códigos, donde se puedan incluir todas las respuestas.

Se realizará un análisis descriptivo adecuado a cada una de las variables incluidas en el estudio, analizando distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central y medidas de dispersión, junto a sus intervalos de confianza del 95%. Para valorar la asociación estadística entre variables cuantitativas y cualitativas emplearemos la T-Student, para variables cualitativas la prueba Chi-cuadrado o test de Fisher y para variables cuantitativas el coeficiente de correlación de Pearson.

Para analizar el impacto de la intervención, compararemos la diferencia de los resultados pre y post intervención. Para ello, previamente se realizará un test de normalidad, con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para comprobar si las distribuciones de los datos siguen un comportamiento normal o no. Si la distribución es normal se aplicará la t de Student para el contraste de medias de muestras relacionadas. Como alternativa no paramétrica, en caso de que la distribución no sea normal o que la muestra obtenida sea pequeña ( $n < 20$ ), utilizaremos la T de Wilcoxon o la prueba de los signos.

Además podremos analizar los resultados diferenciando submuestras (hombres-mujeres, tipo de diagnóstico psiquiátrico, tipo de diagnóstico de enfermería) y explorando posibles variables que puedan tener relación con el impacto de la intervención, mediante un análisis correlacional. Se considerará una significancia estadística con valores de  $p < 0,05$ .

La representación de los datos se realizará mediante tablas, diagramas de barras o sectores, incluyendo frecuencias o porcentajes para proporcionar una mayor claridad de los resultados.

## **6.10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

### **-Sesgo de selección:**

En cuanto al diseño del estudio, el análisis pre-post intervención permite evaluar el impacto de una medida, verificando la existencia o no de un cambio. Sin embargo, no permite compararla con otras y al no disponer de un grupo de control, no se puede asegurar que los cambios sean debidos a la intervención, sino por ejemplo a: circunstancias personales, factores ambientales o al influjo sensibilizador del pre-test (puede influir en las respuestas del post-test).

Posteriormente podremos comprobar si los hallazgos encontrados en nuestro estudio son consistentes con lo publicado en la literatura y en otros ámbitos y con otras poblaciones.

### **-Sesgo de información:**

---

Programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio

Se derivan de cómo se obtuvieron los datos. Para minimizar este sesgo, primero se emplearán principalmente cuestionarios validados.

**-Sesgo de confusión:**

Se deriva de la existencia de distintas variables. Para minimizar dicho sesgo, estudiaremos las distintas variables por separado y posteriormente se realizara un análisis multivariado de regresión múltiple para ajustar las posibles variables de confusión.

Durante el seguimiento del programa tenemos que tener en cuenta que en pacientes con trastornos mentales son susceptibles de múltiples recaídas. Que el paciente se autolesione y no lo comunique, puede pasar totalmente desapercibido y quedar sin registrar.

Los pacientes que en un primer momento accedieron a colaborar en el programa, no hagan un buen seguimiento, por lo que habrá que tener en cuenta posibles abandonos.

## **7. PLAN DE TRABAJO.**

En la tabla II, se puede observar de forma gráfica y pormenorizada la temporalización de las diferentes fases en las que se divide este proyecto:

- Fase I- ENFOQUE PROYECTO, se desarrollará durante el mes de junio de 2014.
- Fase II- AUTORIZACIONES, se solicitarán las autorizaciones al comité ético de investigación clínica (CEIC) y al CHUF. Además se realizarán las solicitudes de ayudas económicas para el financiamiento del proyecto. Esta fase se desarrollará en los meses de julio, agosto y septiembre de 2014, teniendo en cuenta que probablemente el mes de agosto será un mes de pausa administrativa por coincidir con el período vacacional estival.
- Fase III- PRESENTACION PROYECTO EN LA USM, en esta fase se realizará la presentación del proyecto en la USM, tanto a la jefatura de servicio como a la supervisión de enfermería y a todo el personal de dicha unidad realizándose las sesiones clínicas necesarias. Esta fase se desarrollará durante el mes de septiembre de 2014.
- Fase IV- SELECCIÓN PARTICIPANTES, se realizará en el período comprendido entre septiembre de 2014 y septiembre de 2015.
- Fase V- RECOGIDA DATOS SIN TELEASISTENCIA, se realizará en el período comprendido entre septiembre de 2014 y septiembre de 2016.
- Fase VI- IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE TELEASISTENCIA, se implantará en el mes de septiembre de 2016.
- Fase VII- RECOGIDA DATOS CON TELEASISTENCIA, coincidiendo con la implantación del programa de teleasistencia en el mes de septiembre de 2015, se realizará en el período comprendido entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016,

---

Programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio

período que se solapa también con la recogida de datos sin teleasistencia.

- Fase VIII- ANALISIS DATOS, los datos previamente recogidos desde septiembre de 2014 hasta septiembre de 2016, serán analizados estadísticamente entre los meses de octubre a diciembre de 2016.
- Fase IX- RESULTADOS, los resultados se obtendrán durante los meses de enero a febrero de 2017.
- Fase X- DIFUSION, se realizará inicialmente en el período de marzo a julio de 2017, pudiendo ampliarse este período en función de las fechas en que se convoquen los congresos anuales de psiquiatría.

AÑO	MES	ENFOQUE PROYECTO	AUTORIZACIONES: COMITÉ ETICO, CHUF	PRESENTACION PROYECTO EN EL USM	SELECCIÓN PARTICIPANTES	RECOGIDA DATOS SIN TELEASISTENCIA	IMPLANTACION TELEASISTENCIA	RECOGIDA DATOS CON TELEASISTENCIA	ANALISIS DATOS	RESULTADOS	DIFUSION
2014	JUNIO										
	JULIO										
	AGOSTO										
	SEPTIEMBRE										
	OCTUBRE										
	NOVIEMBRE										
	DICIEMBRE										
2015	ENERO										
	FEBRERO										
	MARZO										
	ABRIL										
	MAYO										
	JUNIO										
	JULIO										
	AGOSTO										
	SEPTIEMBRE										
	OCTUBRE										
	NOVIEMBRE										
	DICIEMBRE										
2016	ENERO										
	FEBRERO										
	MARZO										
	ABRIL										
	MAYO										
	JUNIO										
	JULIO										
	AGOSTO										
	SEPTIEMBRE										
	OCTUBRE										
	NOVIEMBRE										
	DICIEMBRE										
2017	ENERO										
	FEBRERO										
	MARZO										
	ABRIL										
	MAYO										
	JUNIO										
	JULIO										

TABLA II. Planificación temporal de la investigación.

## 8. ASPECTOS ÉTICOS

Para llevar a cabo el trabajo de investigación se debería contar con:

- Ley de Protección de Datos RD 15/1999.<sup>47</sup>
- Autorización para la realización de un estudio de investigación en el CHUF. (Anexo VII)
- Autorización al CEIC de Galicia. (Anexo VIII)
- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial). Normas de Buena Práctica Clínica de Helsinki. (Anexo IX)<sup>48</sup>
- Código deontológico de enfermería española (capítulo XI). (Anexo X)
- Compromiso del investigador. (Anexo XI)
- Hoja informativa del estudio. (Anexo XII)
- Solicitud de acceso a la población de estudio. (Anexo XIII)
- Consentimiento informado. (Anexo XIV)



## **9. PLAN DE DIFUSION DE RESULTADOS**

Una vez concluido el estudio se procederá a la difusión del mismo en distintos medios e instituciones. La difusión de un estudio es una de las finalidades para su realización; se realizará en:

### **-Instituciones:**

Servicio gallego de salud (SERGAS), ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad y el colegio oficial de enfermería.

### **-Congresos nacionales e internacionales:**

Congreso nacional de enfermería de salud mental. Congreso mundial de psiquiatría. Congreso internacional de salud mental. Congreso catalán de enfermería de salud mental. Congresos sociedad española de psiquiatría. Congreso europeo de psiquiatría.

### **-Revistas nacionales:**

Presencia revista de enfermería. Nure investigación de enfermería. Index de enfermería. Rol de enfermería. Norte de Salud Mental. Metas de enfermería.

### **-Asociaciones:**

Como la asociación nacional española de enfermeras de salud mental. Asociación de enfermería de salud mental de Castilla y León. Asociación de enfermería de la salud mental de Asturias. Sociedad española de salud pública y administraciones sanitarias. Asociación de enfermeras especialistas de salud mental de Aragón. Asociación galega de saúde mental.

### **-Revistas científicas nacionales e internacionales:**

Con factor impacto, para su mayor difusión, citas recibidas en un determinado año, por los trabajos, y el total de artículos publicados en los dos años anteriores.



La estrategia de búsqueda es realizada a través de Scimago<sup>49</sup> por ser de acceso abierto y tener mayor número de publicaciones en español con los siguientes límites:

Área: Enfermería.

Categoría: Enfermería/Medicina.

País: Revistas nacionales e internacionales.

Año: 2012.

Ordenado por: Factor impacto.

En la tabla III se visualizan las revistas con mayor factor impacto de ámbito nacional e internacional, ajustándose al tema a tratar.

REVISTAS	BASE DE DATOS	ÁMBITO	FACTOR IMPACTO
<b>World Psychiatry</b>	Scimago	Internacional	2,52
<b>International Journal of Nursing Studies</b>	Scimago	Internacional	1,06
<b>International Journal of Nursing Education Scholarship</b>	Scimago	Internacional	0,76
<b>International Journal of Mental Health Nursing</b>	Scimago	Internacional	0,59
<b>Journal of Telemedicine and Telecare</b>	Scimago	Internacional	0,54
<b>Archives of Psychiatric Nursing</b>	Scimago	Internacional	0,41
<b>Public Health Nursing</b>	Scimago	Internacional	0,35
<b>Gaceta Sanitaria</b>	Scimago	Nacional	0,33
<b>Enfermería Intensiva</b>	Scimago	Nacional	0,22
<b>Index de enfermería</b>	Scimago	Nacional	0,11

Tabla III. Revistas Internacionales y Nacionales con factor Impacto.

## **10. FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO.**

### **10.1. RECURSOS NECESARIOS**

Para la realización de este proyecto será necesario contar con una infraestructura, unos recursos humanos y un material fungible imprescindible (Tabla IV), que se relacionan de la siguiente manera:

#### **10.1.1. INFRAESTRUCTURA.**

El proyecto se realizará en la USM del CHUF.

#### **10.1.2. RECURSOS HUMANOS.**

La recogida de datos será realizada por la investigadora principal, contando con la participación del personal de enfermería de la USM del CHUF.

Tras la aprobación por parte del CHUF y del Comité Ético del presente estudio, se realizará una presentación del mismo al jefe de servicio y al supervisor de la USM para favorecer la participación de todo el personal sanitario, realizando una o varias sesiones informativas con el personal de dicha unidad.

Con posterioridad a la recogida de datos se procederá al análisis estadístico de los mismos, por personal cualificado en el tratamiento de datos estadísticos.

#### **10.1.3. MATERIAL FUNGIBLE**

Para el desarrollo de este proyecto necesitaremos adquirir un ordenador portátil e impresora así como los consumibles necesarios (papel, toner, memorias USB, DVDs, grabadora digital, etc.) y una línea telefónica para la teleasistencia, esta última sería proporcionada por el SERGAS.

<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	
<b>A) ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b>	
→ <u>Material inventariable:</u> - Ordenadores y medios audiovisuales - Teléfonos - Sistema de almacenamiento de los datos (bases de datos, disco duro y memoria USB). - Software: Microsoft Office, SPSS	2000 €
→ <u>Recursos humanos:</u> - Investigador principal	0€
→ <u>Material fungible:</u> material de oficina (papelería: sobres, fólíos, fotocopias, rotuladores, etc.)	100 €
→ <u>Material bibliográfico</u> (sin acceso gratuito)	500 €
→ <u>Formación y difusión de resultados:</u> - Análisis estadístico	1000 €
- Inscripción a congresos	1.500 €
<b><i>SUBTOTAL</i></b>	<b>5.100€</b>
<b>B) VIAJES Y DIETAS</b>	
→ Desplazamientos para reuniones y asistencias a congresos y eventos de divulgación para la presentación de los datos obtenidos	2.250 €
<b><i>SUBTOTAL</i></b>	<b>2.250 €</b>
<b><i>SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN (A+B)</i></b>	<b>7.350 €</b>
<b><i>TOTAL AYUDA SOLICITADA</i></b>	<b>7.350 €</b>

Tabla IV. Análisis de costes

## 10.2. POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN

### Ámbito Autonómico:

- Plan Galego de Investigación, Innovación e Crecemento 2011-2015.
- Universidad de A Coruña; becas para Trabajos Fin de Grado.
- Colegio de enfermería de A Coruña; asistencia a congresos.
- CHUF a través de su Fundación Profesor Novoa Santos.

### Ámbito Nacional:

- Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016.
- Becas y ayudas del Instituto de Salud Carlos III para investigación.
- Premio Nacional Fidel Pagés Miravé: El tema debe ser un trabajo original en ciencias de la salud, está dotado con 6.000€ y un accésit de 3.000 €.

### Ámbito Europeo:

- Acciones Marie Curie de investigación. Constan de ayudas europeas para investigadores, independientemente de la edad, género o nacionalidad.
- Programa Marco de la Unión Europea para la Investigación e Innovación: Horizonte 2020.

## 11. BIBLIOGRAFIA

1. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012.
2. De la Torre Martí M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM); 2013.
3. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobese J, Ginerf J, Ginerf L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012; 5(1): 8-23.
4. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: A systematic review. *Harv Rev Psychiatry.* 2013; 21(6): 281–295.
5. Lopez-Castroman J, Jaussent I, Beziat S, Genty C, Olié E, de Leon-Martinez V, et al. Suicidal phenotypes associated with family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. *J Affect Disord.* 2012; 142(1-3): 193-199.
6. González- Rodríguez A, Molina –Andreu O, Penadés Rubio R, Catalán Campos R, Bernardo Arroyo M. Impacto de la conducta suicida en el trastorno delirante: Descripción de una serie de 44 casos. *Med Clin.* 2014; 142 (7): 299-302.
7. Filaković P, Erić AP. Pharmacotherapy of suicidal behaviour in major depression, schizophrenia and bipolar disorder. *Coll Antropol.* 2013; 37(3): 1039-44.
8. Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Research Trends. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies A Review of Systematic Reviews. *Crisis.* 2011; 32(6): 319–333.

9. Muñoz Sánchez S. García Jorge P. García de Fernando García S. Portabales Barreiro L. Moreno Fernández L. Ceverino Domínguez A, et al. Conducta suicida y crisis económica. *Nort de Salud Ment.* 2014; 12(48): 36-43.
10. Organización mundial de la salud. Salud mental: Prevención del suicidio [Internet]. Ginebra: OMS; 2012. [Fecha de acceso: Marzo 2014]. Disponible en: [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/index](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/index)
11. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según causa de muerte 2012. INE Notas de Prensa 31 de enero de 2014 [Fecha de acceso Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
12. Suelves JM, Robert A. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Rev Esp Med Legal.* 2012; 38(4):137-142.
13. Crespo JM, Martínez M. Investigación conductas suicidas. En prensa 2012.
14. Real Academia Española Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: Espasa; 2001.
15. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. INE Notas de Prensa 25 Oct 2013 [Fecha de acceso Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np803.pdf>
16. Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, Johnston B, Callahan EJ, Yellowlees PM. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemed JE Health.* 2013; 19(6): 444-54.
17. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J Telemed Telecare.* 2013; 19 (5): 273-281.



18. Sands N, Elsom S, Gerdtz M, Henderson K, Keppich-Arnold S, Droste N, et al. Identifying the core competencies of mental health telephone triage. *J Clin Nurs*. 2013; 22 (21-22): 3203-16.
19. Sands N, Elsom S, Marangu E, Keppich-Arnold S, Henderson K. Mental health telephone triage: managing psychiatric crisis and emergency. *Perspect Psychiatr Care*. 2013; 49(1): 65-72.
20. Elsom S, Sands N, Roper C, Hoppner C, Gerdtz M. Telephone survey of service-user experiences of a telephone-based mental health triage service. *Int J Ment Health Nurs*. 2013; 22(5): 437-43.
21. Szeftel R, Federico C, Hakak R, Szeftel Z, Jacobson M. Improved access to mental health evaluation for patients with developmental disabilities using telepsychiatry. *J Telemed Telecare*. 2012; 18(6): 317-321.
22. Szeftel R, Federico C, Hakak R, Szeftel Z, Jacobson M. Improved access to mental health evaluation for patients with developmental disabilities using telepsychiatry. *J Telemed Telecare*. 2012; 18(6): 317-321.
23. Sorocco KH, Bratkovich KL, Wingo R, Qureshi SM, Mason PJ. Integrating care coordination home telehealth and home based primary care in rural Oklahoma: a pilot study. *Psychol Serv*. 2013; 10(3): 350-352
24. Myers KM, Lieberman D. Telemental health: responding to mandates for reform in primary healthcare. *Telemed J E Health*. 2013; 19(6): 438-43.
25. Mishara BL ,Weisstub DN. Resolving ethical dilemmas in suicide prevention: the case of telephone helpline rescue policies. *Suicide Life Threat Behav*. 2010; 40(2): 159-69.
26. Marasinghe RB, Edirippulige S, Kavanagh D, Smith A, Jiffry MT. Effect of mobile phone-based psychotherapy in suicide prevention randomized controlled trial in Sri Lanka. *J Telemed Telecare*. 2012; 18 (3): 151-5

27. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Eficacia de un programa de gestión telefónica para pacientes dados de alta de un servicio de urgencias después de un intento de suicidio: estudio controlado de la población española. *J Affect Disord*. 2013; 147 (1-3): 269-76.
28. Tejedor C, Díaz A, Faus G, Perez V, Solás I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta del'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011; 39 (5): 280-7
29. Reijas T, Ferrer E, González A, Iglesias F. Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013; 41 (5): 279-86.
30. Sáiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014; 7(1): 1-4.
31. González López MC, de la Torre I. Estudio de Aplicaciones y Dispositivos para la mejora de la Calidad de Vida de Pacientes con Trastornos mentales. *RevistaSalud.com* [Internet]. 2012 [Fecha de acceso: Marzo 2014]; 8(29): 1698-7969. <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/522>
32. López Mato AE, Santos Mayo L, de la Torre I. Estudio de Sistemas de Teleasistencia para personas con Enfermedades Mentales. *RevistaSalud.com* [Internet]. 2013 [Fecha de consulta: Marzo 2014]; 9 (34):1698-7969.  
Disponible en:  
<http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/647/125>
- 9
33. Herdman TH, DPh, NR, editors. NANDA International. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014*. Barcelona: Elsevier; 2013.



34. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J.M, Wagner CM, editors. Nursing Interventions Classification (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
35. Moohead S, Johnson M, Maas M.L, Swanson E, editors. Nursing Outcomes Classification (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
36. Salvo GL, Castro SA. Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2013; 51 (4): 245-254.
37. González Macip S, Díaz Martínez A, Ortiz León S, González C, González Núñez JJ. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Ment. 2000; 23(2): 21-30.
38. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. Psychosomatics. 1983; 24 (4): 343-9.
39. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol. 1998; 61(2): 143-52.
40. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol. 1998; 61(2): 143-52.
41. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. Consult J Clin Psychol. 1974; 42(6): 861-865.
42. Aguilar E, Hidalgo M, Cano R, López J, Campillo M, Hernández J. Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en este grupo. Anales de psiquiatría. 1995; 11(4): 121-125.
43. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev. Psiquiátricas Fac Med. 2002; 29(4): 637-51.

44. Mandersen J. Fiabilidad del "Maudsley addiction profile" (MAP, ERIT-Version) y del "Treatment perceptions questionnaire" (TPQ) en España, Italia y Portugal para la evaluación de tratamientos. *Adicciones*. 2000; 13(2): 217-227.
45. Jiménez-Lerma JM, Vázquez MA, Larrazabal A, Prieto IC, Muñoz J, Estébanez M, et al. Análisis de fiabilidad y estructura factorial de la versión española del TPQ-Cuestionario de Percepción del Tratamiento en Drogodependencias. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*. 2004; 16 (1): 31-36.
46. Pérez de los Cobos Peris JC, Trujols AJ. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*. 2005; 17(2): 181-204.
47. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).
48. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Brasil: Asociación Médica Mundial; 2013.
49. Scimago Journal & Country Rank [base de datos en Internet]. Scimago Lab, Scopus; 2007 [Fecha de acceso: Marzo 2014].  
Disponibile en: <http://www.scimagojr.com/>

## 12. APÉNDICE DE ANEXOS

### ANEXO I

#### Descripción de las Intervenciones de Enfermería

##### 8180 Consulta por teléfono

**Definición:** Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.

- Identificarse con nombre, credenciales y centro; hacer saber al oyente si se está grabando la llamada (ej; para control de calidad), utilizando la voz adecuada para crear una relación terapéutica.
- Informar al paciente acerca del proceso de las llamadas y obtener su consentimiento.
- Tener en cuenta las barreras culturales y socioeconómicas en la respuesta del paciente.
- Obtener información acerca de la llamada (diagnósticos médicos, antecedentes médicos y régimen de tratamiento actual).
- Identificar las inquietudes sobre el estado actual de salud.
- Establecer el nivel de conocimiento del usuario y la fuente de ese conocimiento.
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Proporcionar medios para superar cualquier barrera identificada para aprender o utilizar sistemas de apoyo.
- Identificar el grado de apoyo y de implicación en los cuidados de la familia.
- Informarse de quejas/síntomas de acuerdo con el protocolo estándar en caso de disponer de él.
- Obtener datos relacionados con la eficacia del tratamiento actual, si existe, consultando y citando referencias acreditadas como fuente.

---

Programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio

- Determinar la respuesta psicológica a la situación y a la disponibilidad de sistemas de apoyo.
- Determinar el riesgo de seguridad del paciente y allegados.
- Determinar si las inquietudes requieren evaluación complementaria.
- Dar instrucciones claras de cómo acceder al cuidado que se necesita, si las inquietudes son graves.
- Informar acerca del régimen de tratamiento y de las responsabilidades resultantes de autocuidados, según sea necesario, de acuerdo con el ámbito de práctica y las normas establecidas.
- Dar información acerca de las terapias y las medicaciones prescritas, según corresponda.
- Dar información acerca del fomento de la salud/educación sanitaria, si es necesaria.
- Identificar de los problemas reales/potenciales relacionados con la implementación del régimen de autocuidados.
- Recomendar cambios en el régimen, según corresponda (utilizando las normas establecidas en caso de disponer de ellas).
- Consultar con el médico/proveedor de cuidados principal de los cambios en el régimen del tratamiento, según sea necesario.
- Dar información de los recursos de los recursos de la comunidad, programas informativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según esté indicado.
- Proporcionar servicios de forma afectuosa y de apoyo.
- Implicar a la familia /allegados en los cuidados y planificación.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Mantener la confidencialidad, según esté indicado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente de acuerdo con las normas especificadas.

---

Programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio

- Seguir las normas para investigar o informar de la sospecha de situaciones de abuso a niños, ancianos o pareja.
- Investigar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior intermitente, según corresponda.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, según corresponda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar las personas que pueden recibir la información de la llamada.
- Comentar y resolver las llamadas problemáticas con ayuda colegial/de un supervisor.

### **4370 Entrenamiento para controlar los impulsos**

**Definición:** Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.

- Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente.
- Utilizar el plan de modificación de la conducta que sea apropiado para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.
- Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente.
- Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes/beneficio.
- Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso.
- Ayudar al paciente a evaluar el resultado del curso de acción elegido
- Proporcionar un refuerzo positivo de los resultados satisfactorios.
- Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados satisfactorios.



- Ayudar al paciente a determinar cómo se podrían haber evitado los resultados insatisfactorios si se hubieran elegido conductas diferentes.
- Disponer oportunidades para que le paciente practique solución de problemas dentro del ambiente terapéutico.
- Proporcionar modelos que muestren los pasos de la estrategia de solución de problemas en el contexto de situaciones que tengan sentido para el paciente.
- Animar al paciente a practicar la solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico.

### **6340 Prevención de suicidios**

**Definición:** Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

- Determinar existencia y grado del riesgo de suicidio.
  - Determinar que el paciente dispone de medios para llevar adelante un plan suicida.
  - Considerar la hospitalización del paciente que tiene un alto riesgo de conducta suicida.
  - Tratar y controlar la enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones de estado de ánimo, alucinaciones, ideas delirantes, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de personalidad, alteraciones orgánicas, crisis).
  - Administrar medicación para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el estado de ánimo si procede.
  - Ocuparse de los aspectos de calidad de vida y control de dolor.
  - Controlar efectos secundarios y terapéuticos de la medicación.
- Implicar al paciente en la planificación de su propio tratamiento, según corresponda.
- Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva) según corresponda.



- Acordar con el paciente (verbalmente o por escrito) que no se autolesionará durante el período de tiempo especificado, volviéndolo a acordar a intervalos de tiempo especificados, según corresponda.
- Implantar las acciones necesarias para reducir la angustia inmediata del individuo al negociar un contrato de no autolesión o de seguridad.
- Identificar las necesidades de seguridad inmediatas al negociar un contrato de no autolesión o seguridad.
- Ayudar al paciente a comentar sus sentimientos acerca del contrato.
- Vigilar si el individuo muestra signos de incongruencia que puedan indicar una falta de acuerdo para cumplir el contrato.
- Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione o se suicide, cuando el contrato es de no autolesión o de seguridad.
- Relacionarse regularmente con el paciente demostrándole atención y franqueza, para que pueda manifestar sus sentimientos.
- Utilizar una forma directa y sin emitir juicios para comentar el suicidio.
- Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión.
- Evitar comentar repetidamente los antecedentes de suicidio, manteniendo discursos hacia el presente y el futuro.
- Discutir planes para afrontar las ideas suicidas en el futuro (factores precipitantes, con quién contactar para buscar ayuda, maneras de aliviar los sentimientos de autolesión).
- Ayudar al paciente a identificar las personas y los recursos de apoyo
- Explicar las precauciones contra el suicidio y los aspectos relevantes de seguridad al paciente, familia, allegados.
- Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y los amigos.
- Proporcionar información sobre los recursos y programas disponibles
- Concienciar a la opinión pública de que el suicidio es un problema de salud evitable.

#### **4420 Acuerdo con el paciente**

**Definición:** Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.

- Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para hacer el contrato.
- Animar al paciente a que determine sus puntos fuertes y habilidades.
- Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador.
- Evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de la enfermedad únicamente al ayudar al paciente a identificar sus metas.
- Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo adecuados.
- Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.
- Establecer objetivos en términos positivos.
- Ayudar al paciente a dividir metas complejas en pequeños pasos manejables.
- Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.
- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.
- Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos.
- Identificar, junto con el paciente, una fecha límite para la conclusión del acuerdo.
- Coordinar con el paciente las oportunidades de revisión del acuerdo y de los objetivos.
- Ayudar al individuo a comentar sus sentimientos sobre el contrato.

**6160 Intervención en caso de crisis**

**Definición:** Utilización de asesoramiento de corto plazo para ayudar al paciente a afrontar una crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo a la crisis.

- Disponer un ambiente de apoyo.
- Evitar dar falsas esperanzas.
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis.
- Ayudar en la identificación de puntos fuertes y habilidades personales que puedan utilizarse en la resolución de la crisis.
- Ayudar al paciente a centrarse en una implicación cada vez.
- Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles.
- Ayudar en la identificación habilidades pasadas /presentes para afrontar la crisis y su eficacia.
- Ayudar en la valoración de las posibles consecuencias de las diversas actuaciones.
- Ayudar al paciente a decidirse sobre un curso de acción particular.
- Evaluar con el paciente si se ha resuelto la crisis con el curso de acción elegido.
- Planificar con el paciente la forma en que pueden utilizarse las habilidades de afrontamiento adaptativas para tratar la crisis en el futuro.

**4354 Manejo de la conducta: Autolesión**

**Definición:** Ayuda al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo.

- Determinar el motivo/razón de sus conductas.
- Desarrollar expectativas y consecuencias adecuadas de la conducta, dado el nivel de la función cognitiva y capacidad de autocontrol del paciente.
- Comunicar las expectativas y consecuencias de la conducta al paciente.

- Instruir al paciente en estrategias de control (entrenamiento de afirmación, entrenamiento de control de impulsos, y relajación muscular progresiva), según corresponda.
- Anticiparse a las situaciones desencadenantes que puedan provocar la autolesión e intervenir para evitarlas.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones y/o sentimientos que puedan provocar la autolesión.
- Establecer un trato con el paciente, si resulta oportuno para que no se autolesione.
- Animar al paciente a que hable con los cuidadores cuando surja el impulso de autolesionarse.
- Enseñar al paciente, dándole seguridad, a enfrentarse de manera efectiva a las conductas y a expresar adecuadamente los sentimientos.
- Al tratar con conductas con riesgo de autolesión, el enfoque debe ser sereno y no punitivo.
- Evitar dar una respuesta positiva a la conducta de autolesión.
- Presentar las consecuencias predeterminadas si el paciente se involucra en conductas de autolesión.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones y sentimientos desencadenantes que provocan la conducta de autolesión.
- Ayudar al paciente a identificar las estrategias de control más apropiadas que pudieran utilizarse y sus consecuencias.
- Observar si se producen impulsos de autolesión en el paciente que puedan progresar hacia pensamientos/ gestos de suicidio.
- Instruir sobre la medicación al paciente/allegados.
- Proporcionar al paciente/allegados directrices sobre el control de la conducta de autolesión fuera del entorno asistencial.
- Observar si se producen impulsos de autolesión en el paciente que puedan progresar hacia pensamientos/tentativas de suicidio.

## ANEXO II

Escala de impulsividad de Barratt						
Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.						
<b>Entrevistador:</b> Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plántela de la forma que está entre paréntesis.						
1. Ausente	2. Ligera	3. Moderada	4. Fuerte			
			1	2	3	4
1.- Planifico mis tareas con cuidado						
2.- Hago las cosas sin pensarlas						
3.- Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)						
4.- Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)						
5.- Planifico mis viajes con antelación						
6.- Soy una persona con autocontrol						
7.- Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)						
8.- Ahorro con regularidad						
9.- Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo						
10.- Pienso las cosas cuidadosamente						
11.- Planifico para tener un trabajo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)						
12.- Digo las cosas sin pensarlas						
13.- Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)						
14.- Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)						
15.- Actúo impulsivamente						
16.- Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)						
17.- Visito al médico y al dentista con regularidad						
18.- Hago las cosas en el momento que se me ocurren						
19.- Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)						
20.- Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)						
21.- Compró cosas impulsivamente						
22.- Yo termino lo que empiezo						
23.- Camino y me muevo con rapidez						
24.- Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)						
25.- Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)						
26.- Hablo rápido						
27.- Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)						
28.- Me interesa más el presente que el futuro						
29.- Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)						
30.- Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)						
I COGNITIVA:	I MOTORA:	I NO PLANEADA:	I TOTAL:			
Consta de 30 cuestiones, agrupadas en tres subescalas: Items Impulsividad cognitiva: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27 Items Impulsividad Motora: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29 Items impulsividad no planeada: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30 Cada una de las cuestiones tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre) que puntúan como 0-1-3-4, salvo los ítems inversos (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30) que lo hacen al revés (4-3-1-0). La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas. Posee mayor valor la puntuación total que la de las subescalas Impulsividad cognitiva: 9,5 - Impulsividad motora: 9,5 - Impulsividad no planeada: 14 - Puntuación total: 32,5						



### ANEXO III

#### ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK

Se trata de un cuestionario **autoadministrado**

#### INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

#### Instrucciones para el profesional:

**Población diana:** Población general, trastorno de la personalidad antisocial y tipo límite. Se trata de un cuestionario **autoadministrado** de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos.

	SI	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?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		



## ANEXO IV

### ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Se trata de una escala **autoadministrada**

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

#### Instrucciones para el profesional:

**Población diana:** Población con trastorno psicótico de inicio. Útil para identificar personas con trastorno psicótico con riesgo suicida. Se trata de una escala **autoadministrada** de respuestas dicotómicas.

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso". El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

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

## ANEXO V

## CUESTIONARIO DE LAS PERCEPCIONES DEL TRATAMIENTO

Cuestionario de las Percepciones del Tratamiento (CPT)

Ref. 

Por favor, lea estas instrucciones antes de completar el cuestionario. Si Ud. Tiene alguna dificultad, por favor, pídale ayuda a un miembro del equipo de investigación o tratamiento.

Estamos muy interesados en escuchar sus puntos de vista sobre su tratamiento en este programa. Por favor, tras cada una de las afirmaciones que siguen, marque con una señal (x) en el recuadro correspondiente, para mostrar si Ud. está "muy de acuerdo"; "de acuerdo"; "en desacuerdo"; "muy en desacuerdo" con la frase o está "inseguro" de su opinión.

Sus opiniones son confidenciales y solamente serán conocidas por nuestro personal de investigación. Cuando Ud. haya completado el cuestionario, por favor, introdúzcalo en el sobre suministrado y cierre éste. En la parte de atrás de esta hoja dispone Ud. de espacio en blanco para escribir cualquier comentario que pueda tener, sobre cómo piensa Ud. que ha ido su tratamiento y sobre cómo nosotros podríamos mejorar las cosas.

Gracias por su ayuda.

Durante mi contacto con este tratamiento...	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Inseguro	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
(a) El equipo no siempre ha comprendido la clase de ayuda que yo quiero.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
(b) He sido bien informado acerca de las decisiones tomadas sobre mi tratamiento.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
(c) El equipo y yo hemos tenido ideas diferentes acerca de cuáles deberían ser los objetivos de mi tratamiento.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
(d) Siempre ha habido un miembro del equipo disponible cuando yo he querido hablar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
(e) El equipo me ha ayudado a motivarme para solucionar mis problemas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
(f) No me han gustado todas las sesiones de tratamiento a las que he asistido.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
(g) No he tenido tiempo suficiente para solucionar mis problemas.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
(h) Yo pienso que los miembros del equipo han sido buenos en sus tareas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
(i) He recibido la ayuda que buscaba.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
(j) No me han gustado algunas de las reglas y normas del tratamiento.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Por favor, vuelva la hoja y continúe →

© Addiction Research Unit, Maudsley Hospital/Institute of Psychiatry, UK.  
Traducido por Cesáreo Fernández Gómez. I.C.T. (España).

Por favor, escriba en el recuadro que sigue cualquier comentario que quiera hacer llegar a nuestro personal de investigación, acerca del tratamiento que Ud. ha recibido aquí.

Estaríamos muy interesados si pudiera decirnos algo acerca de cómo piensa Ud. que podríamos nosotros mejorar el servicio.



Por favor, ahora introduzca este formulario en el sobre.

¡Muchas gracias por su ayuda!

## ANEXO VI

## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

<u>Fecha:</u>	
<u>Teleasistencia</u>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<u>Sexo:</u> <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	
<u>Edad:</u>	
<u>Profesión:</u>	
<u>Motivo de la consulta:</u>	
<u>Diagnóstico: DSM-IV-TR y CIE-10</u>	
<u>Tratamiento recibido:</u>	
<u>Especificar intención de la tentativa de suicidio</u>	
Método	
Circunstancias	
<u>Lugar de la tentativa de suicidio</u>	
Hogar	
Lugar público	
otros	
<u>Numero de tentativas de suicidio previas en el momento de la inclusión en el estudio</u>	
Una	
Dos	
Tres	
Especificar	
<u>Tentativa suicida previa en el último año</u>	
una	
dos	
tres	
Especificar	
<u>Contacto con el Sergas tras tentativa previa realizada en el último año</u>	
No	
Si	

**ANEXO VII****SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO AL HOSPITAL**

**A/A. de la Dirección del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol,**

D<sup>a</sup>. Esther Ofelia Sánchez de Rosendo DNI: [REDACTED]

**EXPONE:** que en calidad de investigadora principal del estudio: *“Proyecto de implantación de un programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio”*.

**SOLICITA:** Consentimiento para acceder al Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol y llevar a cabo el estudio arriba indicado, que cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica de Galicia, garantizando la confidencialidad de los datos, según la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Este proyecto tiene como finalidad desarrollar y valorar el programa de teleasistencia para pacientes con ideación suicida e intento de suicidio, en la unidad de salud mental y psiquiatría de este complejo hospitalario, desde junio 2014 a julio 2017.

Fdo: Esther Ofelia Sánchez de Rosendo

En Ferrol, junio del 30 de 2014

Teléfono de contacto: [REDACTED]  
correo electrónico : [REDACTED]

## ANEXO VIII



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Secretaría Xeral

CEIC de Galicia  
Edificio Administrativo de San Lázaro  
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Teléfono: 881 548425  
www.sergas.es/ceic



**CARTA DE PRESENTACIÓN DA DOCUMENTACIÓN AO COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALIZA**

D/Dna. Esther Ofelia Sánchez de Rosendo

Con teléfono de contacto: [REDACTED] e correo-e:

Dirección postal: [REDACTED]

SOLICITA a avaliación por parte do Comité de:

- Protocolo novo de investigación  
 Resposta ás aclaracións solicitadas polo Comité  
 Modificación do protocolo

**Do estudo:**

Título: Proyecto de implantación de un programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio

**Investigador/a Principal:** x

**Promotor:**

Comercial:

Non comercial  (confirma que cumpre os requisitos para a exención de taxas segundo o art. 57 da Lei 16/2008, de 23 de decembro, de presupostos xerais da Comunidade Autónoma de Galicia para o ano 2009. DOGA de 31 de decembro de 2008)

Código:

Versión:

Tipo de estudo:

Ensaio clínico con medicamentos

CEIC de Referencia:

Ensaio clínico con produtos sanitarios

EPA-SP (estudo post-autorización con medicamentos seguimento prospectivo)

Outros estudos non incluídos nas categorías anteriores

Listado de centros\* de Galicia cos seus investigadores correspondentes

\* Deberá existir polo menos un investigador responsable en cada centro onde se pretendan recrutar pacientes ou se obtenían mostras biolóxicas de orixe humano ou rexistros que conteñan datos de carácter persoal.

Xunto achégase a documentación necesaria en base aos requisitos que figuran na web do CEIC de Galicia.

En Ferrol a 30 de junio de 2014

Asdo.: Esther Ofelia Sánchez de Rosendo.

**PRESIDENTE DO CEIC DE GALICIA**



## ANEXO IX



### **Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos**

Adoptada por la

- 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975
- 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
- 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989
- 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996
- 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000
- Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002
- Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004
- 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008
- 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013

#### **Introducción**

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

#### **Principios generales**

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención

médica”.

4.El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5.El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6.El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7.La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9.En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10.Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional

---

Programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio

disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11.La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12.La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13.Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14.El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15.Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

### **Riesgos, Costos y Beneficios**

16.En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17.Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para e los y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los

---

Programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio

riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

### **Grupos y personas vulnerables**

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

### **Requisitos científicos y protocolos de investigación**

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los

---

Programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio



principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

### **Comités de ética de investigación**

23.El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

### **Privacidad y confidencialidad**

24.Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

---

Programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio

### **Consentimiento informado**

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que e la acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada



tenga que ver con aque la relación.

28.Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para e las, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29.Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30.La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31.El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe

afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

### **Uso del placebo**

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención. Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

### **Estipulaciones post ensayo**

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

### **Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados**

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

### **Intervenciones no probadas en la práctica clínica**

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, e lo da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

© World Medical Association, Inc. - All Rights reserved.

© Asociación médica mundial - Todos los derechos reservados.

© L'Association Médicale Mondiale - Tous droits réservés.

**ANEXO X****CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA****CAPITULO XI. LA EDUCACION Y LA INVESTIGACION DE LA ENFERMERÍA****Artículo 69**

La Enfermera/o no solamente estará preparada para practicar, sino, que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas, que la **Lex Artis**, exige en cada momento a la Enfermera competente.

**Artículo 70**

La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día y mediante la educación continuada y desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.

**Artículo 71**

La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.

**Artículo 72**

La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles.

**Artículo 73**

La enfermera/o debe procurar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.

**Artículo 74**

Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.

**Artículo 75**

La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

## ANEXO XI

### ANEXO XII

#### COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

D. Esther Ofelia Sánchez de Rosendo.

Servizo/Unidade: Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol.

Centro: Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol.

Fai constar:

- ✓ Que coñece o protocolo do estudo  
Título: Proyecto de implantación de un programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio.
- ✓ Que o devandito estudo respecta as normas éticas aplicables a este tipo de estudos de investigación
- ✓ Que participará como investigador principal no mesmo
- ✓ Que conta cos recursos materiais e humanos necesarios para levar a cabo o estudo, sen que isto interfira coa realización doutros estudos nin coas outras tarefas profesionais asignadas
- ✓ Que se compromete a cumprir o protocolo presentado polo promotor e aprobado polo comité en todos os seus puntos, así como as sucesivas modificacións autorizadas por este último
- ✓ Que respectará as normas éticas e legais aplicables, en particular a Declaración de Helsinki e o Convenio de Oviedo e seguirá as Normas de Boa Práctica en investigación en seres humanos na súa realización
- ✓ Que notificará, en colaboración co promotor, ao comité que aprobou o estudo datos sobre o estado do mesmo cunha periodicidade mínima anual até a súa finalización
- ✓ Que os investigadores colaboradores necesarios son idóneos.

En Ferrol , a 30 de mayo de 2014

Asdo. Esther Ofelia Sánchez de Rosendo,



## ANEXO XII

## HOJA INFORMATIVA

## PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELEASISTENCIA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SUICIDIO.

**Investigadora principal:** Esther Ofelia Sánchez de Rosendo

Se solicita que participe en el presente estudio que cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica de Galicia y cuya finalidad es implantar un programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio. Su participación en el estudio será voluntaria y podrá retirarse en cualquier momento. Su contribución será :

- *La cumplimentación de cuestionarios.*
- *Seguimiento de teleasistencia (cuestionarios y grabaciones de voz vía telefónica).*

Sus datos personales serán tratados de forma **confidencial**, respetándose en todo momento los derechos y deberes que establece la ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el RD 994/99 de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. El resto de la información obtenida durante el estudio se procesará también de forma anónima y confidencial. Los datos serán consultados por los investigadores y únicamente de acuerdo a los objetivos del proyecto. La información se conservará durante cinco años, en caso de que se publique el trabajo y se soliciten los cuestionarios para comprobar la veracidad del estudio.

Los resultados del estudio se presentarán una vez finalizado a los participantes, si así lo desean, así como, puede ser que se difundan en publicaciones científicas y congresos, pero no se transmitirá ningún dato que pueda suponer la identificación de los participantes. Además el investigador no recibirá **retribución** específica por la dedicación al estudio y usted no será retribuido económicamente por participar.

Le rogamos que vuelva a leer con atención la hoja de información. No es necesario que responda ahora mismo.

*En caso de que tenga cualquier duda puede ponerse en contacto con la investigadora principal en el siguiente teléfono [REDACTED] correo electrónico [REDACTED]*

Si llegado a este punto su decisión es la de no participar, solo nos queda darle las gracias por el tiempo concedido. Si por el contrario, accede a participar, le invitamos a que valore la información proporcionada para poder cumplimentar el consentimiento informado e iniciar su contribución a la investigación.

## ANEXO XIII

## ANEXO 13

## SOLICITUD DE ACCESO A POBLACION DE ESTUDIO. AREA SANITARIA DE FERROL

## TRABAJO FIN GRADO 2013-2014

<b>DATOS ESTUDIANTE</b>	Apellidos	Sánchez de Rosendo	
	Nombre	Esther ofelia	
	Titulacion	ENFERMERIA	
	Email	[REDACTED]	
	Teléfono	[REDACTED]	
<b>DATOS TUTOR</b>	<b>TUTOR 1</b>	Apellidos	Castro Pastor
		Nombre	Avelino
		Email	[REDACTED]
		Teléfono	[REDACTED]
	<b>TUTOR 2</b>	Apellidos	
		Nombre	
		Email	
		Teléfono	
<b>TITULO TRABAJO</b>	Proyecto de implantación de un programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio		
<b>OBJETIVO/S</b>	Desarrollo de un programa de teleasistencia		
<b>DESCRIPCIÓN MUESTRA</b>	Personas atendidas por causa de tentativa de suicidio o ideación suicida		
<b>DESCRIPCIÓN FORMA Y PERIODO DE ACCESO</b>	Entrevistas sin teleasistencia y con teleasistencia septiembre de 2014 hasta septiembre 2016		
<b>DESCRIPCIÓN HERRAMIENTA RECOGIDA DE DATOS*</b>	Cuestionarios y escalas de valoración		

\*Se debe adjuntar una copia a esta solicitud de la herramienta de recogida de datos que se pretende emplear

**SOLICITUD DE ACCESO A POBLACION DE ESTUDIO. AREA SANITARIA DE FERROL**

**TRABAJO FIN GRADO 2013-2014**

En base a la información anterior, el/la estudiante  
ESTHER OFELIA SANCHEZ DE ROSENDO

**SOLICITA** a la Dirección de Procesos de Soporte del Área Sanitaria de Ferrol permiso de acceso a la muestra descrita para a través de la herramienta que se adjunta recoger los datos necesarios que me permitan realizar el Trabajo de Fin de Grado.

Atentamente.

FERROL, A 30 DE JUNIO DE 2014

Fdo (estudiante): ESTHER OFELIA SANCHEZ DE ROSENDO

Fdo (TUTOR 1): AVELINO CASTRO PASTOR

Fdo (TUTOR 2): .....

INFORME DE LA DIRECCIÓN DE PROCESOS DE SOPORTE DEL AREA SANITARIA DE FEROL

- Acceso concedido
- Acceso denegado

Consideraciones:

.....  
.....  
.....

Fdo: .....

## ANEXO XIV

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Estudio titulado:** Implantación de un programa de teleasistencia para la prevención y atención del suicidio

**D./Dña.** (nombre y apellidos).....

- He leído y entendido la información contenida en la hoja de información del estudio de investigación que me ha sido entregada y he tenido la posibilidad de resolver todas las dudas que se me hubieran planteado acerca de la participación en dicho estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que ello suponga alguna represalia para el desarrollo de mi profesión.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Además..... (deseo/no deseo) conocer los resultados de la investigación una vez finalizada y proporciono la siguiente información, de forma que permita al investigador notificarme las fechas de las sesiones formativas y los resultados de la investigación.

Calle: ..... Nº .....

Población:..... Localidad:..... CP: .....

Por último, quiero manifestar mi voluntad de participar de forma voluntaria en el presente estudio y para ello firmo por duplicado el presente documento de Consentimiento Informado, quedándome con una de las copias.

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha:

Fecha: