

**MASTER EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA  
ESPECIALIDAD: INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

**Curso académico 2015-16**

**TRABAJO DE FIN DE MASTER**

**Título: “Tentativas suicidas: Incidencia y  
características de los adolescentes en el  
Área Sanitaria de Oviedo”**

**Autor: Naiara Castán Pescador**

**Fecha de presentación: 25 julio 2016**

**TUTOR:**

**Dr. Salvador Pita Fernández**

## ÍNDICE

Resumen/Abstract/Resumo .....	7
1. Antecedentes y estado actual del tema: .....	10
1.1 Definición .....	10
1.2 Factores de riesgo: .....	13
1.3 Factores protectores: .....	15
2. Justificación .....	16
3. Objetivos: .....	17
3.1 General: .....	17
3.2 Específicos: .....	17
4. Material y método: .....	18
4.1 Ámbito .....	18
4.2 Periodo .....	19
4.3 Tipo de estudio .....	19
4.4 Estrategia de búsqueda bibliográfica: .....	19
4.5 Criterios de inclusión y exclusión: .....	20
4.5.1 Criterios de inclusión: .....	20
4.5.1 Criterios de exclusión: .....	21
4.6 Selección de la muestra: .....	21
4.7 Justificación del tamaño muestral: .....	21
4.8 Mediciones: .....	22
4.8.1 Variables sociodemográficas: .....	22
4.8.2 Variables clínicas: .....	23
4.8.3 Cuestionario de suicidio (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ) (35) .....	23

4.8.4 Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) <sup>(36,37)</sup> .....	23
4.8.5 Escala de intencionalidad suicida (Suicidal Intent Scale, SIS) <sup>(38)</sup> .....	24
4.9 Análisis estadístico:.....	25
4.10 Limitaciones del estudio:.....	25
4.10.1 Sesgo de selección.....	25
4.10.2 Sesgo de información.....	26
4.10.3 Sesgo de confusión.....	26
5. Aspectos éticos y legales:.....	27
6. Aplicabilidad:.....	28
7. Cronograma:.....	29
8. Plan de difusión de resultados:.....	31
9. Memoria económica y financiación de la investigación:.....	33
9.1 Recursos necesarios:.....	33
9.1.1 Infraestructura necesaria:.....	33
9.1.2 Recursos humanos:.....	33
9.1.3 Recursos materiales:.....	33
9.1.4 Otros gastos:.....	33
9.2 Posibles fuentes de financiación:.....	34
10. Experiencia del equipo investigador:.....	35
11. Bibliografía:.....	36
12. Anexos.....	42
12.1 Anexo I Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ).....	42
12.2 Anexo II Escala de desesperanza Beck.....	45
12.3 Anexo III Escala de Intencionalidad Suicida.....	47

12.4 Anexo IV Hoja de información al participante en un estudio de investigación.....	51
12.5 Anexo V Consentimiento informado para padres o tutor legal .....	55
12.6 Anexo VI Consentimiento informado para el menor .....	56

### Índice de tablas

Tabla I. Estrategia de búsqueda bibliográfica .....	20
Tabla II. Cronograma del proyecto.....	30
Tabla III. Plan de difusión de resultados .....	31
Tabla IV. Memoria económica .....	34

### Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) .....	18
Ilustración 2. Mapa Áreas Sanitarias Principado de Asturias.....	18

# Resumen

## **Introducción:**

Las tentativas suicidas son un gran predictor del suicidio, nos ayudarán a identificar individuos de alto riesgo entre los adolescentes, para poder desarrollar estrategias efectivas en la prevención del suicidio.

## **Objetivos:**

- Determinar la incidencia de tentativas suicidas en adolescentes que acudan al servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- Describir las características epidemiológicas y clínicas de los adolescentes que realizan una tentativa suicida
- Describir para estos adolescentes: El grado de desesperanza, la intencionalidad suicida y la conducta suicida.

## **Metodología:**

Estudio observacional de seguimiento prospectivo acerca de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad que acudan al Hospital Universitario Central de Asturias tras realizar una tentativa suicida entre agosto de 2016 y agosto de 2019. Durante el periodo de estudio se espera que acudan al servicio de urgencias por este motivo 74 adolescentes. Se recogerán datos sobre las características epidemiológicas y clínicas a partir de la entrevista con el paciente y de la historia clínica electrónica, así como el grado de desesperanza de acuerdo con la escala de desesperanza de Beck, la intencionalidad suicida según la Suicidal Intent Scale y la conducta suicida según el Risk of Suicide Questionnaire, para posteriormente ser volcados en una base de datos con la que se llevará a cabo un estudio descriptivo de las variables (incidencia, frecuencias y distribución, y asociación entre variables).

# Abstract

## **Introduction:**

The suicide attempted are a big predictor of the suicide, will help us to identify individuals of high risk between the teenagers, to be able to develop effective strategies in the prevention of the suicide.

## **Aims:**

-Determine the incidence of suicide attempted in teenagers that attend to the service of urgencies of the Central University Hospital of Asturias (HUCA).

-Describe the characteristic epidemiológicas and clinical of the teenagers that realise a suicide attempted.

-Describe for these teenagers: The degree of desesperanza, the suicidal intentionality and the suicidal behaviour.

## **Methodology:**

Prospective observational study about the teenagers between 15 and 19 years of age that attend to the Central University Hospital of Asturias after realising a suicide attempted between August of 2016 and August of 2019. During the period of study expects that they attend to the service of urgencies by this reason 74 teenagers. They will collect data on the characteristic epidemiológicas and clinical from the interview with the patient and of the electronic clinical history, as well as the degree of desesperanza in accordance with the scale of desesperanza of Beck, the suicidal intentionality according to the Suicidal Intent Scale and the suicidal behaviour according to the Risk of Suicide Questionnaire, for later be dumped in a database with which will carry out a descriptive study of the variables (incidence, frequencies and distribution, and association between variables).

# Resumo

## **Introdución:**

As tentativas suicidas son un gran predictor do suicidio, axudarannos a identificar individuos de alto risco entre os adolescentes, para poder desenvolver estratexias efectivas na prevención do suicidio.

## **Obxectivos:**

- Determinar a incidencia de tentativas suicidas en adolescentes que acudan ao servizo de urxencias do Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- Describir as características epidemiolóxicas e clínicas dos adolescentes que realizan unha tentativa suicida
- Describir para estes adolescentes: O grao de desesperanza, a intencionalidade suicida e a conduta suicida.

## **Metodoloxía:**

Estudo observacional de seguimento prospectivo acerca dos adolescentes entre 15 e 19 anos de idade que acudan ao Hospital Universitario Central de Asturias tras realizar unha tentativa suicida entre agosto de 2016 e agosto de 2019. Durante o período de estudo espérase que acudan ao servizo de urxencias por este motivo 74 adolescentes. Recolleranse datos sobre as características epidemiolóxicas e clínicas a partir da entrevista co paciente e da historia clínica electrónica, así como o grao de desesperanza de acordo coa escala de desesperanza de Beck, a intencionalidade suicida segundo a Suicidal Intent Scale e a conduta suicida segundo o Risk of Suicide Questionnaire, para posteriormente ser envorcados nunha base de datos coa que levará a cabo un estudo descritivo das variables (incidencia, frecuencias e distribución, e asociación entre variables).

# 1. Antecedentes y estado actual del tema:

## 1.1 Definición

La OMS define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (1).

Para operativizar los conceptos y la terminología acerca del suicidio, es frecuente realizar una distinción entre (2):

**Conducta suicida:** espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio.

**Ideación suicida:** pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

Más de 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo, produciéndose una muerte cada 40 segundos, la mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad causada por la guerra y los homicidios. La OMS calcula que para el año 2020, la magnitud del suicidio crecerá un 50 por ciento, es decir, alcanzará 1,5 millones de muertes al año (3).

Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre las personas de edad avanzada, se está convirtiendo en un problema preocupante el aumento de la incidencia y la prevalencia en los

jóvenes, es por ello que este grupo es considerado el de mayor riesgo en casi todos los países del mundo, y es reconocido como un problema de salud pública. Uno de los datos más alarmantes es que se ha convertido en la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años de edad. La mayoría de los estudios nacionales e internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes, sobre todo en varones <sup>(4)</sup>.

El suicidio es un problema de salud pública, trágico y potencialmente prevenible, el intento suicida está considerado como un factor de alto riesgo porque aumenta la probabilidad de que los jóvenes lo repitan y lo consumen <sup>(3)</sup>.

Existen problemas en la recogida de datos de los intentos de suicidio por lo que la estimación de las cifras reales resulta difícil <sup>(5)</sup>. Son más comunes en el sexo femenino (aproximadamente 1,6:1). Se estima que cada año aproximadamente 2 millones de adolescentes se intentan suicidar en EE.UU. y apenas 700 000 reciben atención médica por este motivo <sup>(6)</sup>.

En España existen pocos datos sobre los intentos de suicidio y su relación con el suicidio consumado, según el Instituto Nacional de Estadística, la tasa de suicidio juvenil (15-19 años) en el 2013 fue de 2,649 por cada 100.000 <sup>(7)</sup>. Diferentes autores estiman que las tentativas de suicidio son de 10 a 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados <sup>(8)</sup>

En un estudio reciente en el que se compararon diferentes variables en adolescentes y adultos, se encontró que los intentos de suicidio en adolescentes se realizan de forma más impulsiva, dependen de la disponibilidad de los métodos y con frecuencia no hay psicopatología grave asociada ni deseo de muerte o certeza de esta <sup>(9)</sup>.

Parece ser que las niñas y adolescentes femeninas son más propensas que los niños y adolescentes masculinos a las tentativas suicidas, pero ellos tienen cinco veces más probabilidades de daños físicos graves o de muerte en sus intentos de suicidio que ellas <sup>(10)</sup>.

La adolescencia es un periodo del desarrollo del ciclo vital que se configura como una época de mucho estrés, de gran inestabilidad, donde se deben hacer frente a múltiples cambios que pueden producir un intenso desajuste biopsicosocial (como cambios corporales, ideas, sentimientos...). Un estrés intenso, confusión, miedo e incertidumbre, factores económicos y la presión por el éxito influye en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones <sup>(11)</sup>.

Además, para muchos adolescentes, los cambios normales del desarrollo a veces vienen acompañados por eventos adversos (cambios en la familia, presión social y de compañeros, dificultades en la escuela, cambios de amistades o ruptura de pareja...), que pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores <sup>(12,13)</sup>.

Los problemas psicosociales a los que se enfrentan, tanto los naturales como los adversos, pueden percibirse de forma muy amenazante y casi irresoluble, lo que arrastra que, para algunos adolescentes en la corta vida que han tenido el suicidio pueda parecer una solución factible lo que se denomina una "visión de túnel" o "desesperanza" <sup>(10)</sup>.

Por otro lado, algunos autores consideran que la impulsividad propia del adolescente explica en parte el acto suicida. Así, mientras mayor sea la impulsividad de un individuo, mayor será la posibilidad de autodestrucción <sup>(14)</sup>.

Schneiderman clasifica la conducta suicida en cuatro tipos <sup>(15)</sup>:

1. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
2. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
3. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que “no hay otra
4. El intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean.

## **1.2 Factores de riesgo:**

Edad: Durante la infancia el suicidio o la tentativa son considerados sucesos excepcionales, aumentan progresivamente llegada la adolescencia sobre todo cuando se asocian a trastornos de las emociones o a consumo de tóxicos (<sup>16,17</sup>).

Sexo: Las mujeres por lo general suelen realizar más intentos de suicidio que los hombres pero éstos realizan en nuestro país hasta tres veces más suicidios consumados que ellas (<sup>18</sup>).

Factores genéticos y biológicos: Como factores genéticos y biológicos asociados a la conducta suicida se han detectado algunos como la disminución de algún precursor de la dopamina, alteraciones en el metabolismo de la serotonina o presencia de polimorfismos en el gen triptófano hidroxilasa (<sup>19</sup>).

Antecedentes psiquiátricos: En las mujeres adolescentes la depresión está asociada frecuentemente a la conducta e ideación suicida siendo ésta el factor de riesgo más importante seguido de los intentos de suicidio

previos, en cambio en los varones es el intento de suicidio previo el factor de riesgo más relevante seguido de depresión, abuso de sustancias y alteraciones de la conducta. Entre el 49% y el 64% de los adolescentes que se suicidan está presente el trastorno depresivo, siendo la patología más prevalente en este grupo y cuya sintomatología aumenta el riesgo de suicidio, sobre todo si la desesperanza es uno de los síntomas <sup>(16)</sup>.

Se considera a la desesperanza como un factor de riesgo de fácil detección y utilidad en la práctica clínica <sup>(20)</sup>.

Las tentativas previas constituyen otro de los factores de riesgo más relevantes en la mayoría de los estudios, algunos ponen de manifiesto que el 50% de los adolescentes que lleva a cabo un intento serio ha cometido tentativas previas <sup>(21)</sup>.

Alrededor del 80% de los adolescentes que realizan una tentativa suicida presentan un trastorno mental, siendo los trastornos afectivos, el consumo de tóxicos y la conducta antisocial los que más se relacionan. La presencia de comorbilidad aumenta el riesgo.

Para determinar el riesgo suicida el diagnóstico psiquiátrico, la historia previa y el contacto con los servicios de salud mental son los factores más importantes <sup>(22)</sup>.

Antecedentes psiquiátricos o de suicidio y consumo de tóxicos en los progenitores se han asociado a conductas suicidas del adolescente, así como vivir alejado de los padres <sup>(23)</sup>.

Los acontecimientos vitales vividos como estresantes en el adolescente pueden dar lugar a una conducta desadaptativa como resultado y concluir en una conducta suicida <sup>(16)</sup>.

Otros factores que también se han relacionado con la ideación y conducta suicida son: bajo estatus socioeconómico o bajo nivel educativo, casos de suicidios cercanos al adolescente, problemas sentimentales o en el grupo de iguales, maltratos o abusos sexuales y el bullying <sup>(24)</sup>.

### **1.3 Factores protectores:**

Como factores protectores en la bibliografía se han señalado: la cohesión familiar y con el grupo de iguales, poseer habilidades de resolución de problemas t estrategias de afrontamiento, actitudes y valores positivos frente al suicidio, el sexo femenino, las creencias religiosas, el nivel educativo, poseer locus de control interno, alta autoestima, inteligencia <sup>(25)</sup>

## 2. Justificación

- Dada la magnitud del problema, el suicidio es considerado un problema de salud pública, en la actualidad existe un aumento de prevalencia e incidencia en jóvenes <sup>(4)</sup>.
- El intento de suicidio previo es un gran predictor del suicidio consumado en la población. Los datos demográficos y de prevalencia, así como los métodos utilizados en los intentos de suicidio en una comunidad nos ofrecen una información muy importante que nos puede ayudar en el desarrollo y la evaluación de estrategias efectivas en la prevención del suicidio <sup>(26)</sup>.
- Ausencia de datos de frecuencia de tentativas suicidas en adolescentes, los resultados epidemiológicos son problemáticos, la OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. <sup>(5)</sup>.
- Es un problema considerado de prioridad para la Organización Mundial de la Salud, como mostró en su Plan de acción sobre salud mental en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, donde la prevención del suicidio forma parte integrante de este plan <sup>(27, 3)</sup>. Para desarrollar estrategias de prevención es importante reconocer el contexto en el cual se genera y ocurre la conducta suicida <sup>(28, 29, 30)</sup>.

## **3. Objetivos:**

### **3.1 General:**

-Determinar la incidencia de tentativas suicidas en adolescentes que acudan al servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

### **3.2 Específicos:**

-Describir las características epidemiológicas y clínicas de los adolescentes que realizan una tentativa suicida

-Describir para estos adolescentes:

- 1) El grado de desesperanza de acuerdo con la escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)
- 2) La intencionalidad suicida según la Suicidal Intent Scale (SIS)
- 3) La conducta suicida, según el risk of suicide questionnaire (RSQ)

## 4. Material y método:

### 4.1 Ámbito

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) (ver Ilustración 1), centro de referencia para el Área sanitaria IV Oviedo del Servicio de salud del Principado de Asturias (SESPA) (ver Ilustración 2). El número total de habitantes a los que se presta atención sanitaria es de 339.340, dentro del grupo de edad de 15-19 años existen 12.554 adolescentes, de los cuales 6.558 son varones y 5996 mujeres (<sup>31</sup>).



Ilustración 1. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)



Ilustración 2. Mapa Áreas Sanitarias Principado de Asturias

## **4.2 Periodo**

Enero 2016 – Diciembre 2019

## **4.3 Tipo de estudio**

Estudio observacional de seguimiento prospectivo.

## **4.4 Estrategia de búsqueda bibliográfica:**

Con el objetivo de recopilar la evidencia científica más actual y relevante sobre el tema de estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica durante los meses de enero-abril de 2016 en diferentes bases de datos del ámbito de ciencias de la salud, tanto de cobertura nacional como internacional, empleando diferentes límites y utilizando palabras clave en términos MeSH (Se muestra en la Tabla I).

Revisiones sistemáticas: Cochrane Library Plus

Artículos científicos: Pubmed y Embase

Bibliografía en español: Ciberindex, Enfispo y Dialnet

**Tabla I. Estrategia de búsqueda bibliográfica**

Base de Datos	Palabras clave	Límites	Referencias
Cochrane Library Plus	Adolescent* AND Suicid*	Título y resumen, 2010-2015, Inglés y español	125
Embase	adolescent AND suicide, AND attempted	2010-2015, Humanos, Inglés, Español, Artículos, Revisiones	425
Ciberindex	Suicidio y adolescentes	-	31
Enfispo	Suicidio y Adolescentes	-	5
Dialnet (Portal difusión)	Suicidio y adolescentes		Artículo de revista: 87 Libro: 8 Artículo de libro: 3
Pubmed	"adolescent"[MeSH Terms] AND "suicide, attempted"[MeSH Terms]	Últimos 5 años, Humanos, Inglés y Español, Guías de práctica clínica, Revisiones y Meta-análisis	56

#### **4.5 Criterios de inclusión y exclusión:**

##### **4.5.1 Criterios de inclusión:**

-Adolescentes entre 15-19 años que acudan al servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias habiendo realizado un intento suicida.

-Se precisará el consentimiento firmado de los padres o tutores legales para participar en el estudio así como el consentimiento del menor.

#### **4.5.1 Criterios de exclusión:**

- Intoxicaciones medicamentosas no intencionadas
- Adolescentes que hayan realizado una tentativa suicida pero no hayan acudido al servicio de urgencias del HUCA
- Suicidios consumados

#### **4.6 Selección de la muestra:**

Se incluirán de forma consecutiva todos los pacientes que durante el periodo de estudio acudan a urgencias hospitalarias del HUCA y que cumplan los criterios de inclusión/exclusión establecidos.

#### **4.7 Justificación del tamaño muestral:**

Según un estudio realizado durante 5 años que recoge las tentativas de suicidio que son atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) se estableció una tasa de tentativas suicidas de 99,1 por 100.000 habitantes para todos los grupos de edad <sup>(32)</sup>.

Para el grupo de edad de 13 a 19 años se registraron un total de 105 tentativas suicidas en un estudio realizado durante el trienio 2003-2005 en el Hospital Universitario Central de Asturias <sup>(33)</sup>.

Las tasas de prevalencia de tentativas suicidas que son atendidas en urgencias hospitalarias son de 106,9/100.000 para varones y 291,8/100.000 para mujeres de 15 a 19 años, según un estudio multicéntrico de la OMS/EURO <sup>(34)</sup>.

Por tanto, si extrapolamos estos datos a la población de estudio de 12.554 adolescentes, daría lugar a una estimación aproximada de registro de 73 tentativas suicidas.

Durante el periodo de estudio se espera que acudan al servicio de urgencias por este motivo 67 pacientes. Este tamaño muestral permitirá estimar los parámetros de interés asumiendo un nivel de confianza o seguridad del 95% ( $\alpha = 0.05$ ) y una precisión del  $\pm 12\%$ . Considerando una proporción esperada de pérdidas del 10%, la muestra ajustada sería de 74 adolescentes.

#### **4.8 Mediciones:**

Para cada caso se recogerán variables sociodemográficas y clínicas, además se aplicarán la escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS), la escala de intencionalidad suicida (Suicidal Intent Scale, SIS) y el cuestionario de riesgo suicida (Risk of suicide questionnaire, RSQ)

Para la recogida de las variables sociodemográficas y clínicas se realizará un cuestionario de registro de elaboración propia obteniendo los datos de la entrevista con el paciente y de la historia clínica electrónica. Durante la entrevista en urgencias con el psiquiatra correspondiente se aplicarán las diferentes escalas.

##### **4.8.1 Variables sociodemográficas:**

-Edad: Años

-Sexo: Hombre / Mujer

-Ocupación laboral: Estudiante educación secundaria, estudiante bachillerato, estudiante formación profesional, estudiante universitario, otros

-Núcleo de convivencia: Ambos padres / solo un padre / otro familiar o tutor

#### 4.8.2 Variables clínicas:

-Antecedentes psiquiátricos: SI/NO

En caso de ser afirmativo especificar patología psiquiátrica según criterios diagnósticos del DSM V

-Mecanismo de la tentativa suicida:

Intoxicación medicamentosa / Autoagresión arma / Precipitación / Ahorcamiento

-Consumo de tóxicos:

Alcohol / Tabaco / Cannabis / Cocaína / Drogas diseño / Otros

-Acontecimientos vitales estresantes: SI/NO

-Precisa ingreso hospitalario: SI/NO

-Tentativas previas: SI/NO

-Seguimiento en Salud Mental: SI/NO

-Fecha de la tentativa

#### 4.8.3 Cuestionario de suicidio (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ) <sup>(35)</sup>

El Cuestionario de Riesgo Suicida (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ) es una herramienta de autoaplicación útil para evaluar el riesgo suicida en la población infantil y adolescente. Fue desarrollado por Horowitz (2001) y existe una versión en castellano. Este instrumento consta de catorce preguntas que investigan la gravedad de los factores de riesgo de suicidio en menores de edad en base a una escala Lickert de siete puntos. Por lo tanto, cuanto mayor sea la puntuación, mayor es el riesgo de suicidio y la puntuación máxima total puede ser de 34 puntos. (ANEXO I)

#### 4.8.4 Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) <sup>(36,37)</sup>

Evalúa, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, en qué medida es

pesimista un individuo, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

Contiene frases relacionadas con actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadero o falso. Resulta fácil de cumplimentar. Es uno de los mejores predictores de suicidio.

Consta de 20 ítems de respuesta dicotómica V/F, de cuya suma se obtiene la puntuación total, que puede oscilar entre 0 y 20 puntos. Los rangos de puntuaciones indicadores del nivel de desesperanza son los siguientes: 0-3 puntos, nivel nulo-mínimo; 4-8 puntos, nivel leve; 9-14, nivel moderado y 15-20 nivel alto. (ANEXO II)

#### **4.8.5 Escala de intencionalidad suicida (Suicidal Intent Scale, SIS) <sup>(38)</sup>**

Es un instrumento heteroaplicado, elaborado por Beck AT. La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos). Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio. Consta de tres partes bien diferenciadas: Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8). Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15). Otros aspectos (ítems 16 a 20).

Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan). No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad. (ANEXO III)

#### **4.9 Análisis estadístico:**

Se realizará un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresarán como media  $\pm$  desviación típica, mediana y rango y las variables cualitativas como valor absoluto (n) y porcentaje.

Se estimará la incidencia de adolescentes con intento de suicidio junto con su 95% intervalo de confianza.

Se analizarán las puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios según diversas variables. Para la comparación de medias se utilizará la T de Student o análisis de varianza, en caso de que la variable no siguiese una distribución normal utilizaremos la prueba de prueba de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis. Para realizar el análisis de la normalidad utilizaremos el test de Kolmogorov Smirnov.

Para determinar si dos variables cualitativas están asociadas utilizaremos el estadístico Chi Cuadrado o el test exacto de Fisher y para la correlación entre variables cuantitativas se calculará mediante el coeficiente de correlación Pearson o Spearman

Se realizarán modelos de regresión lineal o logística múltiple para determinar variables asociadas a la puntuación obtenida en cada cuestionario.

El análisis se realizará con el programa SPSS 22.0 para Windows. Todos los análisis se realizarán con un planteamiento bilateral. Se considerarán significativos valores de  $p < 0,05$ .

#### **4.10 Limitaciones del estudio:**

##### **4.10.1 Sesgo de selección**

Son los derivados de los criterios de inclusión y exclusión utilizados para el estudio. No se realizará selección ya que se incluirán a todos los adolescentes que acudan al servicio de urgencias tras realizar un intento

suicida, pero sí podrían existir sesgos de selección derivados de no incluir a adolescentes que hayan intentado suicidarse pero que no hayan acudido al servicio de urgencias. La tasa de aceptación para participar en el estudio podrá asimismo condicionar la presencia de sesgos en este sentido. La validez de los resultados se estudiará mediante su consistencia con otras publicaciones realizadas con anterioridad.

#### **4.10.2 Sesgo de información**

Son aquellos derivados de la forma en la que son obtenidos los datos durante el estudio y el registro de éstos. Para minimizar este sesgo se utilizan variables claramente definidas y cuestionarios validados y traducidos al castellano, de la recogida de la información se encargará personal cualificado. Dos de los cuestionarios son autoadministrables, el tercero Escala de Intencionalidad Suicida será recogido durante la entrevista con el terapeuta, se realizarán de forma anónima para minimizar el efecto Hawthorne.

#### **4.10.3 Sesgo de confusión**

Vienen derivados de la presencia de terceras variables que pueden influir en el intento de suicidio. Para tratar de minimizarlos se tendrán en cuenta las variables personales y otras de interés. Además, para controlar el posible sesgo, se realizará un análisis multivariado de regresión múltiple.

## 5. Aspectos éticos y legales:

Se garantizará toda confidencialidad de información y datos conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) <sup>(39)</sup>.

Se entregará al menor y a su familia un documento informativo donde se recogen los objetivos del proyecto (ANEXO IV) así como la hoja de Consentimiento Informado para sus representantes legales y para el menor que deberán cubrir y firmar para la inclusión en el estudio <sup>(40)</sup>. (ANEXO V y VI)

Se pondrá en conocimiento y se solicitará la autorización pertinente al Comité de Investigación Clínica del Principado de Asturias y a la dirección del Hospital Universitario Central de Asturias (Área sanitaria IV) Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), dónde se pretende realizar el estudio.

Se respetarán las normas de buena práctica clínica, los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos recogidos en la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo.

## **6. Aplicabilidad:**

La aplicación del presente proyecto de investigación tiene como objetivo conocer la incidencia de las tentativas suicidas que se producen entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad que acudan a los servicios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias durante el periodo de tiempo establecido. Además se pretende conocer las características sociodemográficas y clínicas relacionadas con la tentativa así como la desesperanza, la intencionalidad y el riesgo que presentan los sujetos.

Debido a la relación existente entre tentativa suicida y suicidio se considera la tentativa como un factor de riesgo en los adolescentes, que junto con las características que acompañan esta conducta nos ayudará a detectar sujetos susceptibles de programas de prevención, objetivo clave del plan de Acción de Salud Mental vigente.

## 7. Cronograma:

El proyecto tendrá una duración aproximada de 3 años comenzando en enero de 2016 y finalizando en diciembre de 2019, la distribución de tareas se realizará en 8 fases. (Se muestra en Tabla II):

En primer lugar se realizará una búsqueda y revisión bibliográfica con el fin de obtener la información científica más actualizada sobre el tema de estudio, a continuación se realizará un análisis, interpretación y síntesis de la bibliografía obtenida.

Posteriormente se solicitarán los permisos correspondientes al Comité de Ética de Investigación Clínica del Principado de Asturias y a la dirección del Hospital Universitario Central de Asturias para la puesta en marcha del proyecto.

Una vez obtenidos los permisos se comenzará a realizar la recogida de datos a través de las entrevistas individuales a los participantes que cumplan los criterios de inclusión, se realizará la transcripción de las mismas y la lectura en profundidad y por último el análisis de los datos obtenidos mediante las técnicas citadas anteriormente.

Para finalizar se realizará un informe final con los resultados y conclusiones obtenidos y se llevará a cabo el plan de difusión.

Tabla II. Cronograma del proyecto

Actividades Meses	Enero- Abril 2016	Mayo- Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016 - Agosto 2019	Septiembre 2019	Octubre 2019	Noviembre- Diciembre 2019
Búsqueda bibliográfica							
Análisis, interpretación y síntesis bibliografía							
Elaboración diseño investigación							
Solicitud permisos							
Recopilación de información							
Análisis e interpretación de datos							
Redacción del trabajo							
Publicación y difusión de resultados							

## 8. Plan de difusión de resultados:

Los resultados obtenidos tras la elaboración del proyecto se pretenden divulgar en diferentes revistas cuya temática versa sobre cuidados de enfermería o salud mental tanto en el ámbito nacional como internacional. Se han seleccionado algunas revistas de interés incluyendo el factor de impacto en el año 2014 según el Journal Citation Reports (JCR) y SCImago Journal Rank (SJR) (Se muestra en la Tabla III).

Tabla III. Plan de difusión de resultados

Título de la revista	País de publicación	Factor de impacto JCR	Factor de impacto en SJR
Enfermería clínica	España	-	0,182
Index de Enfermería	España	-	0,1
Psiquiatría y salud mental	España	1,622	0,423
Actas españolas de psiquiatría	España	1,200	0,446
International Journal of Mental Health Nursing	Inglaterra	1,95	1,030
Administration and Policy in Mental Health and Mental Health services Research	Estados Unidos	2,098	1,242
American journal of Psychiatry	Estados Unidos	12,295	5,219
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	Inglaterra	7,260	2,813
International Journal of Research in Nursing	Estados Unidos	2,901	1,171

Para ampliar la difusión también se pretende dar a conocer los resultados en diferentes jornadas y congresos:

-Congreso Nacional Enfermería Salud Mental Asociación Nacional de Enfermería Salud Mental (ANESM)

-Jornadas Asturianas de Enfermería Salud Mental ANESM

-Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental

-Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Investen. (Instituto de Salud Carlos III).

# 9. Memoria económica y financiación de la investigación:

## 9.1 Recursos necesarios: (Se muestra en Tabla IV)

### 9.1.1 Infraestructura necesaria:

El estudio se desarrollará en las instalaciones del Hospital Universitario Central de Asturias pertenecientes a la red de Salud Mental.

### 9.1.2 Recursos humanos:

-Durante el periodo de recogida de información se precisará la colaboración de los psiquiatras que realicen guardias en el HUCA para la administración de las diferentes escalas durante la entrevista con el adolescente.

-Enfermera investigadora principal del proyecto

-Dos enfermeras a tiempo parcial que colaborarán en la realización de la recogida de información de las historias clínicas electrónicas

-Un profesional de la bioestadística para el análisis e interpretación de datos obtenidos

### 9.1.3 Recursos materiales:

Se precisará material fungible de oficina (bolígrafos, folios, carpetas, lápices, gomas y cartuchos de tinta impresora) y como material inventariable (ordenador, impresora y pendrives)

### 9.1.4 Otros gastos:

-Pago revistas open acces

-Inscripción y asistencia a congresos

-Traducción de artículos

Tabla IV. Memoria económica

<b>Recursos Humanos</b>	Unidad	Coste €
Enfermera Investigadora Principal	1	0€
Enfermera tiempo parcial	2	0€
Personal colaborador Psiquiatras	-	0€
Analista de datos (dos meses)	1	2000€
<b>Recursos Materiales</b>		
Material oficina	-	500€
Ordenador Portatil	1	700€
Impresora	1	300€
Pen drive	3	20€
<b>Otros gastos</b>		
Pago revistas Open Acces	1	1800€
Inscripción/Asistencia Congresos	4	3000€
Traducción	1	500€
<b>Total</b>		8,820

## 9.2 Posibles fuentes de financiación:

Para llevar a cabo el proyecto se buscará financiación en diferentes organismos tanto públicos como privados:

-Ayudas a proyectos de investigación del Instituto Carlos III.

-Ayudas convocadas por la Fundación Mapfre para la financiación de proyectos en el área de salud.

-Premios Metas de Enfermería

-Premio investigación beca ANESM

## **10. Experiencia del equipo investigador:**

Como investigadora principal del proyecto, desde mayo de 2013 hasta la actualidad desarrollo mi labor profesional como enfermera especialista en salud mental en el Área de Gestión Clínica de Salud Mental perteneciente al Área Sanitaria IV (Oviedo) del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Actualmente formo parte del equipo multidisciplinar de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario Central de Asturias, en la cual los profesionales de enfermería rotamos en diferentes periodos de tiempo por la sección de adultos y de adolescentes.

Los profesionales colaboradores en el estudio son enfermeras que cuentan con una amplia experiencia en la atención de adolescentes con este tipo de problemática, así como los psiquiatras pertenecientes a éste mismo hospital, todos ellos ejercen actualmente como trabajadores del servicio.

# 11. Bibliografía:

1. Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C. Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44:113-20.
2. Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. *Suicide Life Threat Behav*. 2005; 35:317-28.
3. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 [Acceso el 20 Octubre 2015]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)
4. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update. Geneva: World Health Organization; 2013 [Acceso el 27 Octubre 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality\\_rawdata/en/](http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/)
5. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry*. 2007; 164:922-8.
6. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav*. 2007; 37(3):284-90.
7. Defunciones según la causa de muerte 2014. Instituto Nacional de Estadística. Madrid. [Acceso el 15 Noviembre 2015]. Disponible en: [www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2015/l0/&file=01004.px&type=pcaxis&L=0](http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2015/l0/&file=01004.px&type=pcaxis&L=0)

8. Vázquez JM, Álvarez C, López-Rivadulla M, Cruz A, Abellás C. Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2012; 24:121-5.
9. Guilé JM, Greenfield B, Breton JJ, Cohen D, Labelle R. Is psychotherapy effective for borderline adolescents? *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2005; 2(5):277-82.
10. Sánchez Teruel D. Tentativas suicidas en la provincia de Jaén (España). *Gac Sanit*. 2013; 28(3):256-257.
11. Gastaminza X, Herreros O, Ortiz V, Gracia R, Sánchez F. Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: Intervenciones terapéuticas. *Interpsiquis*; 2006
12. Blumenthal S. Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clín de Norteam* 1988; 4: 999-1002.
13. Steinber I, Morris AS. Adolescent development. *Annu Rev Psicol*. 2001; 52: 83-110
14. Diaz Marsa M, Saiz Gonzalez D, Carrasco Perera JL. Comportamientos suicidas y trastornos del control de los impulsos. *Comportamientos suicidas Prevencion y tratamiento*. Barcelona: Ars-Medica; 2004
15. Kaplan HI, Saddock B.J. Sinopsis de psiquiatría. 6ª ed. Madrid: Panamericana; 1996

16. Unutzer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW, Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54(10):1550-6.
17. Hazell PL, Martin G, McGill K, Kay T, Wood A, Trainor G, et al. Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 48(6):662-70.
18. Slee N, Spinhoven P, Garnefski N, Arensman E. Emotion Regulation as Mediator of Treatment Outcome in Therapy for Deliberate Self-Harm. *Clin Psychol Psychother.* 2008; 15:205-16
19. Harrington RC, Kerfoot M, Dyer E, McGiven F, Gill J, Harrington V, et al. Randomized trial of a home based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998; 37:512–8.
20. Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI, Motto JA. An integrated approach to estimating suicide risk. Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford; 1992, p. 625-39.
21. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry.* 2008; 192 (2): 98-105
22. Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C. Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005; 44:113-20.
23. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubi B y Goodyer, I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in

the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). American Journal of Psychiatry. 2011; 168: 495-501.

24. Álvarez M, Atienza G, Ávila MJ, Canedo C, Castro M, Combarro J et al. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia: Consellería de Sanidad; 2012

25. Guerry JD, Prinstein MJ. Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: examination of a cognitive vulnerability-stress model. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2010; 39: 77-89

26. Mrazek PB, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academies Press; 1994

27. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 [Acceso el 29 Octubre 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/978924150>

28. Matthieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high risk population. Ment Health Subst Use. 2013; 6(4):274–86.

29. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. Eur Psychiatry. 2009; 24:164.

30. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S et al. Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*. 2012; 12:776.
31. Sociedad asturiana de estudios económicos e industriales, SADEI. Población del padrón municipal 2015 según el mapa sanitario de Asturias. Dirección general de planificación sanitaria del gobierno del principado de Asturias, Consejería de Sanidad; 2015.
32. Jimenez-Trevino L, Sáiz PA, Corcoran P, García-Portilla MP, Burón P, Garrido M, et al. The incidence of hospital-treated attempted suicide in Oviedo, Spain. *Crisis*, 2012; 33: 46-53.
33. Lopez Rodriguez JL. Tentativas de suicidio en el área sanitaria IV Oviedo, durante el trienio 2003-2005 Perfil clínico y psicosocial. [Tesis doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2007.
34. Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93: 327-338.
35. Robles García R, Páez Agraz F, Ascencio Guirado M, Mercado Salcedo E, Hernández Muñoz L Evaluation of suicide risk in children: psychometric properties of the Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ) *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(5):292-297.
36. 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.

37. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. *Consult J Clin Psychol.* 1974; 42(6): 861-865.

38. Beck AT, Schuyler D, Hermán I, Development of suicidal intent scales. En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds. *The prediction of suicide.* Bowie: Charles Press, 1974; 45-56.

39. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, (14/12/1999).

40. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, nº 274, (15/11/2002).

# 12. Anexos

## 12.1 Anexo I Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ)

Por favor contesta cada una de las siguientes preguntas, marcando con una cruz (tachando) el punto en la línea que corresponda a tu respuesta.

Por ejemplo:

¿En la semana pasada te has sentido más triste que de costumbre?

                

No                                      Más o menos                                      Sí

Esta sería tu respuesta si te sintieras más o menos más triste que de costumbre o si estuvieras más o menos de acuerdo con la pregunta

1. ¿Tú estás aquí porque has tratado de hacerte daño a ti mismo?

                

No                                      Más o menos                                      Sí

2. ¿Esto fue un intento para matarte a ti mismo?

                

No                                      Más o menos                                      Sí

3. ¿Utilizaste alcohol o drogas (durante el intento)?

                

No                                      Más o menos                                      Sí

4. La semana pasada ¿tuviste un pensamiento acerca de dañarte a ti mismo?

                

No                                      Más o menos                                      Sí

5. La semana pasada ¿tuviste un pensamiento de matarte a ti mismo?

No Más o menos Sí

6. ¿En este momento tienes pensamientos de hacerte daño a ti mismo?

No Más o menos Sí

7. ¿Piensas que necesitas ayuda para cuidarte a ti mismo?

No Más o menos Sí

8. ¿Siempre has tratado de hacerte daño, como lo estás haciendo ahora?

No Más o menos Sí

9. En el pasado, ¿consideraste seriamente matarte a tí mismo?

No Más o menos Sí

10. ¿Recibiste tratamiento médico como resultado de cualquier intento de hacerte daño o matarte a ti mismo?

No Más o menos Sí

11. ¿Alguien cercano a ti ha muerto recientemente?

No Más o menos Sí

12. ¿Conoces a alguien que se haya matado a sí mismo?

No Más o menos Sí

13. En las últimas semanas ¿tuviste un pensamiento acerca de hacerte daño a ti mismo?

No Más o menos Sí

14. ¿Consumes alcohol o drogas?

No Más o menos Sí

## 12.2 Anexo II Escala de desesperanza Beck

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

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

20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograr.

### **12.3 Anexo III Escala de Intencionalidad Suicida**

#### I. Circunstancias objetivas

##### 1. Aislamiento

0. Alguien presente

1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)

2. Nadie cerca o en contacto

##### 2. Medición del tiempo

0. La intervención es muy probable

1. La intervención es poco probable

2. La intervención es altamente improbable

##### 3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas

0. Ninguna

1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)

2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)

##### 4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento

0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda

1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado

2. No contactó, ni avisó a nadie

##### 5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)

0. Ninguno

1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa

2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales

##### 6. Preparación activa del intento

0. Ninguna

1. Mínima o moderada

2. Importante

7. Nota suicida

0. Ninguna

1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla

2. Presencia de nota

8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)

0. No comunicación verbal

1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)

2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

II. Autoinforme

9. Propósito supuesto del intento

0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza

1. Componentes de O y 2

2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte

0. Pensó que era improbable

1. Posible pero no probable

2. Probable o cierta

11. Concepción de la letalidad del método

0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal

1. No estaba seguro si lo que hacía era letal

2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

12. Seriedad del intento

0. No intentó seriamente poner fin a su vida

1. Inseguro

2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. Actitud hacia el vivir/morir

0. No quería morir

1. Componentes de 0 y 2

2. Quería morir

14. Concepción de la capacidad de salvamento médico

0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica

1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica

2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. Grado de premeditación

0. Ninguno, impulsivo

1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento

2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. Reacción frente al intento

0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza

1. Acepta tanto el intento como su fracaso

2. Rechaza el fracaso del intento

17. Preconcepciones de la muerte

0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos

1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas

2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. Número de intentos de suicidio previos

0. Ninguno

1. 1 o 2

2. 3 o más

19. Relación entre ingesta de alcohol e intento

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad

1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad

2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

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

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad

1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad

2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

## **12.4 Anexo IV Hoja de información al participante en un estudio de investigación**

### **Título:**

**Tentativas suicidas: Incidencia y características de los adolescentes en el Área Sanitaria de Oviedo**

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio se está realizando en el hospital Universitario Central de Asturias y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Asturias.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador o colaboradores, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Usted puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de opinión retirando el consentimiento en cualquier momento sin la obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su enfermera/o ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

### **¿Cuál es el propósito del estudio?**

El propósito del estudio es determinar la incidencia de tentativas suicidas en adolescentes que acudan al servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), describir las características epidemiológicas y clínicas así como el grado de desesperanza, la intencionalidad suicida y la conducta suicida a través de diferentes escalas.

### **¿Por qué me ofrecen participar a mí?**

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Ud. es invitado a participar porque cumple esos criterios.

### **¿En qué consiste mi participación?**

Si decide participar en el estudio se recogerá en un cuestionario de registro la información referente a los siguientes aspectos:

-Edad: Años

-Sexo: Hombre/Mujer

-Ocupación laboral: Estudiante educación secundaria, estudiante bachillerato, estudiante formación profesional, estudiante universitario, otros

-Núcleo de convivencia: Ambos padres/solo un padre/ otro familiar o tutor

-Antecedentes psiquiátricos: SI/NO

En caso de ser afirmativo especificar patología psiquiátrica según criterios diagnósticos del DSM V

-Mecanismo tentativa:

Intoxicación medicamentosa / Autoagresión arma / Precipitación / Ahorcamiento

-Consumo de tóxicos:

Alcohol/Tabaco/Cannabis/Cocaína/Drogas diseño/Otros

-Acontecimientos vitales estresantes: SI/NO

-Precisa ingreso hospitalario: SI/NO

-Tentativas previas: SI/NO

-Seguimiento en Salud Mental: SI/NO

-Fecha de la tentativa

-Escala para valorar el grado de desesperanza, de intencionalidad suicida y conducta suicida.

### **¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?**

Su participación no tiene ningún riesgo ya que se trata de un estudio transversal. La documentación obtenida será tratada siguiendo las normas éticas y legales vigentes, asegurando en todo momento su confidencialidad.

**¿Obtendré algún beneficio por participar?**

No se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio. El único beneficio buscado, en un principio, es dar a conocer la prevalencia de las tentativas suicidas en adolescentes con el objetivo de desarrollar estrategias preventivas eficaces.

**¿Recibiré información que se obtenga del estudio?**

Si usted lo desea se le facilitará un resumen con los resultados del estudio cuando éste finalice.

**¿Se publicarán los resultados de este estudio?**

Los resultados del estudio podrían ser publicados en publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirían datos que pudieran identificar a los participantes.

**¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?**

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Ud. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador, los monitores del estudio en representación del promotor, y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros

**¿Existen intereses económicos en este estudio?**

Ni equipo investigador ni participantes recibirán retribuciones por ello.

**En caso de requerir más información puede contactar con Naiara Castán Pescador**, en el teléfono ----- o correo electrónico -----@-----

**Muchas gracias por su colaboración**

## 12.5 Anexo V Consentimiento informado para padres o tutor legal

### **Título del estudio: Tentativas suicidas: Incidencia y características de los adolescentes en el Área Sanitaria de Oviedo**

Investigador: Naiara Castán Pescador

D/Dña.-----, con DNI----- en  
calidad de padres / tutores legales del / la menor de edad  
D/Dña\_\_\_\_\_

He leído la hoja de información al participante en el estudio de investigación arriba mencionado, aclarando las dudas con el investigador en lo relativo a la participación y objetivo de dicho estudio.

La participación es voluntaria y se puede anular en cualquier momento sin tener que justificar esta decisión y sin que ello repercuta en los cuidados médicos.

Permito la utilización de los datos en las condiciones estipuladas en la hoja informativa.

Presto libremente mi conformidad para la participación en el presente estudio.

Oviedo, a ----- de ----- de 20—

TUTOR PARTICIPANTE

Fdo.

LA INVESTIGADORA

Fdo.

## 12.6 Anexo VI Consentimiento informado para el menor

Título del estudio: Tentativas suicidas: Incidencia y características de los adolescentes en el Área Sanitaria de Oviedo

Investigador: Naiara Castán Pescador

D/Dña \_\_\_\_\_

- He leído la hoja de información al participante en el estudio de investigación arriba mencionado, aclarando las dudas con el investigador en lo relativo a mi participación y objetivo de dicho estudio.
- Participo voluntariamente y puedo anular mi participación en el estudio en cualquier momento sin tener que justificar esta decisión y sin que ello repercuta en mis cuidados médicos.
- Permito la utilización de mis datos en las condiciones estipuladas en la hoja informativa.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

Oviedo, a ----- de ----- de 20—

EL/LA PARTICIPANTE

Fdo.

LA INVESTIGADORA

Fdo.